Indonesian Journal of Law and Economics Review

Vol. 21 No. 4 (2026): November

Doi: 10.21070/ijler.v21i4.1736



ISSN 2598-9928 (online), https://ijler.umsida.ac.id, published by Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
Copyright © Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY).

Indonesian Journal of Law and Economics Review

Vol. 21 No. 4 (2026): November

Doi: 10.21070/ijler.v21i4.1736

Table Of Contents

Journal Cover 1
Author[s] Statement 3
Editorial Team 4
Article information 5
Check this article update (crossmark) 5
Check this article impact 5
Cite this article 5
Title page 6
Article Title 6
Author information 6
Abstract 6
Article content 8

Copyright © Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY).

Indonesian Journal of Law and Economics Review

Vol. 21 No. 4 (2026): November

Doi: 10.21070/ijler.v21i4.1736

Originality Statement

The author[s] declare that this article is their own work and to the best of their knowledge it contains no materials previously published or written by another person, or substantial proportions of material which have been accepted for the published of any other published materials, except where due acknowledgement is made in the article. Any contribution made to the research by others, with whom author[s] have work, is explicitly acknowledged in the article.

Conflict of Interest Statement

The author[s] declare that this article was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Copyright Statement

Copyright © Author(s). This article is published under the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0) licence. Anyone may reproduce, distribute, translate and create derivative works of this article (for both commercial and non-commercial purposes), subject to full attribution to the original publication and authors. The full terms of this licence may be seen at http://creativecommons.org/licences/by/4.0/legalcode

Indonesian Journal of Law and Economics Review

Vol. 21 No. 4 (2026): November

Doi: 10.21070/ijler.v21i4.1736

EDITORIAL TEAM

Editor in Chief

Dr. Wisnu Panggah Setiyono, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia (Scopus) (Sinta)

Managing Editor

Rifqi Ridlo Phahlevy , Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia (Scopus) (ORCID)

Editors

Noor Fatimah Mediawati, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia (Sinta

Faizal Kurniawan, Universitas Airlangga, Indonesia (Scopus)

M. Zulfa Aulia, Universitas Jambi, Indonesia (Sinta)

Sri Budi Purwaningsih, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia (Sinta)

Emy Rosnawati, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia (Sinta)

Totok Wahyu Abadi, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia (Scopus)

Complete list of editorial team (link)

Complete list of indexing services for this journal (link)

How to submit to this journal (link)

Copyright © Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY).

Indonesian Journal of Law and Economics Review

Vol. 21 No. 4 (2026): November

Doi: 10.21070/ijler.v21i4.1736

Article information

Check this article update (crossmark)



Check this article impact (*)















Save this article to Mendeley



(*) Time for indexing process is various, depends on indexing database platform

Copyright © Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY).

Indonesian Journal of Law and Economics Review

Vol. 21 No. 4 (2026): November

Doi: 10.21070/ijler.v21i4.1736

Legal Uncertainty and Claims Disputes Challenge Hospital Governance Under National Health Insurance

Ketidakpastian Hukum dan Sengketa Klaim Menjadi Tantangan bagi Tata Kelola Rumah Sakit di Bawah Sistem Asuransi Kesehatan Nasional

Jasran Asya, djasran.205230402@stu.untar.ac.id (*)

Program Studi Ilmu Hukum, Fakultas Hukum, Universitas Tarumanagara, DKI Jakarta, Indonesia

(*) Corresponding author

Abstract

General Background: National health insurance programs create complex legal relationships between healthcare providers and purchasing institutions, particularly regarding reimbursement and accountability. **Specific Background:** Private hospitals operating under Indonesia's National Health Insurance program face contractual and regulatory challenges, illustrated by two disputes involving RSIA Tiara and BPJS Kesehatan concerning retrospective claim deductions and cesarean section reimbursement audits. **Knowledge Gap:** Existing regulatory arrangements leave questions regarding contractual authority, administrative accountability, medical assessment standards, and dispute resolution procedures. **Aims**: This study examines hospital business challenges and formulates legal recommendations using normative juridical research supported by statutory, case, and conceptual approaches grounded in Wolfgang Friedmann's functional critical legal theory. **Results:** Five interconnected challenges were identified: asymmetric hybrid legal relationships, regulatory uncertainty, potential escalation of administrative disagreements into fraud allegations, inadequate dispute resolution mechanisms, and tensions between administrative and clinical assessments. Retrospective deductions and contemporary reimbursement audits require distinct legal evaluations. **Novelty:** The study applies Friedmann's functional legal perspective to distinguish contractual, regulatory, and clinical dimensions of hospital reimbursement disputes within a single analytical framework. **Implications:** Hospitals should strengthen contractual safeguards and clinical documentation, while regulators should establish transparent audit procedures, independent dispute resolution mechanisms, and appropriate clinical review standards to support legal certainty and institutional accountability.

Highlights:

- Hybrid contractual arrangements create asymmetric authority between providers and purchasing institutions.
- Retrospective deductions and surgical reimbursement audits raise distinct questions of legality.
- Five interconnected challenges demonstrate the need for independent review and transparent procedures.

Keywords: JKN, BPJS Kesehatan, Hospitals, Claim Disputes, Friedmann's Legal Theory

Published Date: 2026-11-02

Copyright © Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY).

Indonesian Journal of Law and Economics Review

Vol. 21 No. 4 (2026): November

Doi: 10.21070/ijler.v21i4.1736

Pendahuluan

Penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak 2014 telah mengubah pola pembiayaan dan struktur pendapatan rumah sakit di Indonesia. Bagi rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, sebagian besar pendapatan tidak lagi sepenuhnya bergantung pada penetapan harga layanan oleh rumah sakit, melainkan pada pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan sebagai pembeli layanan kesehatan yang dominan. Besaran pembayaran tersebut ditentukan melalui sistem Indonesian Case Based Groups (INA-CBG), sehingga tarif pelayanan pada dasarnya mengikuti standar pembiayaan yang telah ditetapkan pemerintah, bukan berdasarkan biaya yang secara mandiri dihitung dan ditentukan oleh rumah sakit [1].

Kondisi tersebut menempatkan rumah sakit pada posisi yang cukup kompleks. Di satu sisi, rumah sakit tetap harus menanggung berbagai risiko yang berkaitan dengan penyediaan layanan kesehatan, mulai dari risiko klinis, kebutuhan tenaga medis, pengadaan obat dan alat kesehatan, hingga investasi dan pemeliharaan fasilitas. Di sisi lain, ruang rumah sakit untuk menentukan nilai ekonomis atas layanan yang diberikan menjadi terbatas karena besaran klaim, mekanisme verifikasi, serta ketentuan mengenai pelayanan dan kelas perawatan berada dalam kerangka regulasi dan kebijakan yang ditetapkan di luar rumah sakit. Dengan demikian, rumah sakit tidak sepenuhnya memiliki kendali atas hubungan antara biaya yang dikeluarkan untuk memberikan pelayanan dan penerimaan yang diperoleh dari pelayanan tersebut.

Persoalan semakin terlihat ketika tarif INA-CBG tidak sepenuhnya mencerminkan biaya riil yang dikeluarkan rumah sakit. Apabila biaya penyelenggaraan suatu tindakan lebih tinggi daripada nilai klaim yang dibayarkan, maka terdapat selisih yang pada praktiknya harus ditanggung oleh rumah sakit. Kondisi ini dapat memberikan tekanan terhadap keberlanjutan keuangan rumah sakit, khususnya pada tindakan medis dengan kebutuhan sumber daya yang relatif besar, seperti sectio caesarea. Dengan demikian, penerapan sistem JKN tidak hanya berkaitan dengan mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan, tetapi juga berpengaruh langsung terhadap struktur risiko dan beban ekonomi yang harus dikelola oleh rumah sakit [2].

Pada saat struktur pembiayaan rumah sakit mengalami perubahan, kerangka hukum yang mengaturnya juga mengalami perkembangan yang cukup cepat. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mencabut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan menempatkan pengaturan mengenai rumah sakit dalam kerangka hukum kesehatan yang lebih luas. Perubahan tersebut kemudian diikuti oleh Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 yang mendorong penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), sehingga rumah sakit perlu menyesuaikan penyelenggaraan pelayanan dan fasilitas rawat inap dengan standar yang ditetapkan pemerintah. Selanjutnya, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit hadir dengan mengonsolidasikan berbagai ketentuan mengenai perumahsakitan yang sebelumnya tersebar dalam sejumlah peraturan.

Rangkaian perubahan tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit tidak hanya menghadapi persoalan efisiensi dan keberlanjutan pembiayaan, tetapi juga tuntutan untuk terus menyesuaikan kegiatan operasionalnya dengan perkembangan regulasi. Perubahan norma dapat memengaruhi tata kelola, standar pelayanan, fasilitas, hubungan dengan pasien, hingga pola pembiayaan dan kerja sama dengan pihak pembayar. Dalam kondisi demikian, pengelolaan rumah sakit berlangsung di tengah lingkungan hukum yang dinamis, sehingga setiap keputusan bisnis dan operasional harus mempertimbangkan tidak hanya aspek ekonomi, tetapi juga kepatuhan terhadap ketentuan yang terus berkembang. Dengan kata lain, rumah sakit dituntut untuk menjaga keberlanjutan usahanya tanpa kehilangan kemampuan untuk beradaptasi terhadap perubahan norma yang menjadi dasar penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

RSIA Tiara, rumah sakit ibu dan anak swasta di Tangerang, saat ini berada dalam dua sengketa dengan BPJS Kesehatan Cabang Tigaraksa. Keduanya memperlihatkan persoalan yang lebih luas: sejauh mana rumah sakit mitra terlindungi secara hukum ketika pembeli tunggal menafsirkan dan menegakkan aturannya sendiri. Berdasarkan latar tersebut, dirumuskan dua permasalahan: (1) bagaimana konstruksi hubungan hukum rumah sakit swasta–BPJS Kesehatan serta tantangan hukum bisnis perumahsakitan yang timbul di era JKN, sebagaimana tampak pada sengketa RSIA Tiara; dan (2) bagaimana strategi hukum dan rekomendasi kebijakan untuk menghadapi tantangan tersebut.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode yuridis normatif dengan pendekatan perundang-undangan (*statute approach*), pendekatan kasus (*case approach*), dan pendekatan konseptual (*conceptual approach*). Pendekatan perundang-undangan digunakan untuk mengkaji ketentuan hukum yang mengatur penyelenggaraan rumah sakit, pembiayaan pelayanan kesehatan, serta hubungan hukum antara rumah sakit dan pihak terkait. Pendekatan kasus digunakan untuk menelaah permasalahan berdasarkan fakta dan kronologi yang disampaikan oleh pihak RSIA Tiara, sedangkan pendekatan konseptual digunakan untuk membangun analisis berdasarkan konsep dan prinsip hukum yang relevan. Data mengenai kasus diperoleh dari kronologi yang disampaikan oleh pihak RSIA Tiara dan selanjutnya dianalisis dengan menghubungkannya pada ketentuan peraturan perundang-undangan serta konsep hukum yang relevan.

Pendekatan Friedmann. Wolfgang Friedmann tidak menawarkan satu mazhab, melainkan metode: setiap konsep hukum diuji terhadap kondisi sosial-ekonomi nyata, dan hukum dipahami secara relativis-fungsional [3]. Tiga gagasannya dipakai di sini. *Pertama*, kritik atas formalisme yang menyamarkan pilihan nilai—istilah yang tampak teknis seperti "standar tarif", "verifikasi administratif", dan "kelebihan bayar" sesungguhnya menentukan siapa yang menanggung risiko. *Kedua*, fungsi nyata institusi hukum: mengikuti Karl Renner, bentuk hukum (kontrak) dapat tetap sama sementara fungsi sosial-ekonominya berubah; perjanjian kerja sama (PKS) berbentuk kontrak tetapi isinya banyak ditentukan regulasi [3]. *Ketiga*, fungsi kreatif hakim yang mengisi kekosongan lewat penafsiran dan *public policy*—relevan karena forum sengketa klaim JKN belum tegas. Kerangka ini bertaut dengan persoalan legitimasi norma: pedoman teknis pembeli baru sah mengikat bila memiliki dasar delegasi yang jelas dalam hierarki peraturan (Pasal 8 UU Nomor 12 Tahun 2011).

Konstruksi hubungan hukum. Hubungan rumah sakit–BPJS Kesehatan berlapis: norma publik di atas, dan PKS yang mengikat secara privat di bawah [4]. UU Nomor 24 Tahun 2011 memberi BPJS kewenangan menyepakati pembayaran yang mengacu pada standar tarif pemerintah, sehingga ruang tawar rumah sakit atas harga sempit sejak awal [5]. Sejumlah studi menunjukkan hubungan ini secara empiris timpang dan rawan sengketa, baik menyangkut keadilan akses maupun pemenuhan hak rumah sakit [6], [7].

Copyright © Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY).

Indonesian Journal of Law and Economics Review

Vol. 21 No. 4 (2026): November

Doi: 10.21070/ijler.v21i4.1736

Instrumen yang relevan. *Permenkes 6/2026* (ditetapkan 4 Juni 2026, berlaku 12 Juni 2026) mencabut 21 peraturan—antara lain Permenkes 3/2020 tentang klasifikasi dan perizinan serta Permenkes 4/2018 tentang kewajiban rumah sakit—dan menata ulang penyelenggaraan, perizinan berbasis risiko, klasifikasi (paripurna, utama, madya, dasar), tata kelola, peningkatan mutu, pendanaan, dan sanksi. Pasal 36 menegaskan kewajiban memberikan pelayanan yang aman, bermutu, antidiskriminatif, dan efektif, serta menyelenggarakan rekam medis—kewajiban yang menjadi tumpuan pembuktian dalam sengketa klaim. Ketentuan pendanaan (Pasal 70–72) menegaskan prinsip keterjangkauan, keadilan, dan keberlanjutan. *Perpres 59/2024* mengatur kriteria KRIS (Pasal 46A) dan penerapannya (Pasal 103B), sementara *Permenkes 3/2023* menetapkan tarif INA-CBG menurut kelas rumah sakit, regional, dan kelas rawat inap. *Permenkes 16/2019* mendefinisikan *fraud* sebagai perbuatan yang dilakukan **dengan sengaja** untuk memperoleh keuntungan finansial dari JKN, dengan sanksi bertingkat. Perlu dicatat, pemerintah tengah mengalihkan dasar pembayaran dari INA-CBG ke *Indonesian Diagnosis Related Group* (iDRG), yang menambah ketidakpastian tarif bagi rumah sakit [8].

Hasil dan Pembahasan

A. Studi Kasus: RSIA Tiara

RSIA Tiara merupakan rumah sakit ibu dan anak swasta di Tangerang yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dalam hubungan kerja sama tersebut, terdapat dua sengketa yang berlangsung secara paralel antara RSIA Tiara dan BPJS Kesehatan. Meskipun keduanya sama-sama berkaitan dengan pembayaran klaim pelayanan kesehatan, karakter permasalahan hukum yang muncul berbeda sehingga memerlukan pendekatan analisis yang berbeda pula.

Pertama, sengketa mengenai pemotongan klaim periode 2021–2022. BPJS Kesehatan melakukan pemotongan terhadap pembayaran klaim RSIA Tiara yang berkaitan dengan penurunan kelas kamar. Tindakan tersebut kemudian dipersoalkan oleh RSIA Tiara karena menyangkut klaim atas pelayanan yang telah terjadi pada periode sebelumnya. RSIA Tiara telah menyampaikan somasi kepada BPJS Kesehatan yang diterima pada 14 September 2026, dengan memberikan tenggat waktu 14 hari sampai dengan 28 September 2026. Permasalahan hukum dalam sengketa ini terutama berkaitan dengan dasar kewenangan BPJS Kesehatan dalam melakukan pemotongan terhadap klaim yang telah terjadi, dasar hukum yang digunakan untuk melakukan koreksi terhadap klaim periode 2021–2022, serta persoalan mengenai kepastian hukum apabila ketentuan atau standar yang dijadikan dasar pemotongan baru diberlakukan setelah pelayanan dan proses klaim berlangsung.

Dengan demikian, sengketa pertama memiliki karakter **retrospektif**, karena tindakan koreksi atau pemotongan dilakukan terhadap klaim yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan pada periode yang telah lampau. Persoalan tersebut perlu dianalisis dengan memperhatikan asas kepastian hukum, asas *non-retroaktif*, serta prinsip bahwa perubahan kebijakan atau ketentuan tidak seharusnya secara serta-merta membebani suatu hubungan hukum yang telah terjadi apabila tidak terdapat dasar hukum yang secara jelas memberikan kewenangan tersebut. Selain itu, perlu dikaji pula apakah sejak awal terdapat klausul dalam perjanjian kerja sama atau ketentuan program JKN yang memberikan kewenangan kepada BPJS Kesehatan untuk melakukan koreksi atau pemotongan terhadap klaim tersebut setelah jangka waktu tertentu.

Kedua, sengketa mengenai audit klaim sectio caesarea (SC) tahun 2026. Dalam sengketa ini, BPJS Kesehatan menyatakan terdapat kelebihan pembayaran atas klaim tindakan SC yang telah dibayarkan kepada RSIA Tiara dan kemudian meminta pengembalian atas pembayaran tersebut. RSIA Tiara telah menyampaikan keberatan pada 14 September 2026. Namun, tanggapan BPJS Kesehatan yang disampaikan pada 24 September 2026 tidak memberikan jawaban terhadap substansi keberatan yang diajukan oleh RSIA Tiara. Kondisi tersebut menimbulkan persoalan mengenai dasar dan mekanisme penetapan adanya kelebihan bayar serta parameter yang digunakan untuk menyatakan bahwa suatu tindakan SC tidak layak atau tidak sepenuhnya dapat dibayarkan melalui mekanisme klaim JKN.

Berbeda dengan sengketa pertama, sengketa kedua memiliki karakter **kontemporer**, karena berkaitan dengan pelaksanaan audit dan verifikasi terhadap klaim pelayanan kesehatan tahun 2026. Oleh karena itu, titik persoalan hukumnya bukan terutama mengenai pemberlakuan ketentuan secara surut, melainkan mengenai **kewenangan, standar, parameter, dan prosedur audit klaim**. Hal yang perlu dikaji antara lain pihak yang memiliki kewenangan untuk menentukan bahwa tindakan SC tidak memenuhi kriteria pembayaran, dasar medis dan administratif yang digunakan dalam penilaian, standar atau pedoman yang menjadi tolok ukur, serta prosedur yang harus ditempuh sebelum suatu klaim dinyatakan sebagai kelebihan bayar dan diminta untuk dikembalikan oleh rumah sakit.

Kedua sengketa tersebut pada dasarnya mencerminkan persoalan yang lebih luas dalam pelaksanaan program JKN, khususnya pada tahapan *pending claim*, verifikasi, dan audit pascaklaim. Dalam praktiknya, permasalahan tersebut dapat berkaitan dengan kelengkapan dokumen pelayanan, kesesuaian dokumen pendukung, ketepatan diagnosis dan tindakan, serta akurasi pengodean (*coding*) yang menjadi dasar pembayaran klaim. Namun, adanya mekanisme verifikasi dan audit tidak dengan sendirinya berarti bahwa setiap hasil koreksi BPJS Kesehatan dapat diterima tanpa pengujian. Setiap koreksi klaim tetap harus memiliki dasar kewenangan yang jelas, menggunakan parameter yang dapat dipertanggungjawabkan, serta dilaksanakan melalui prosedur yang memberikan kesempatan kepada fasilitas kesehatan untuk mengetahui dasar koreksi dan menyampaikan keberatan.

Dengan demikian, kedua sengketa RSIA Tiara dan BPJS Kesehatan perlu dipisahkan berdasarkan karakter dan isu hukumnya. **Sengketa pertama** berfokus pada legalitas pemotongan klaim periode 2021–2022, khususnya mengenai dasar kewenangan, kepastian hukum, dan kemungkinan penerapan ketentuan secara retrospektif. Sementara itu, **sengketa kedua** berfokus pada legalitas audit klaim SC tahun 2026, terutama mengenai kewenangan BPJS Kesehatan, standar penilaian medis dan administratif, serta prosedur penetapan kelebihan bayar. Pemisahan tersebut penting agar analisis tidak mencampuradukkan persoalan perubahan atau penerapan ketentuan terhadap klaim masa lalu dengan persoalan pengawasan dan audit terhadap klaim yang sedang berjalan [9], [10], [11].

B. Analisis: Lima Tantangan Hukum

Copyright © Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY).

1. **Hubungan hukum hibrida dan asimetri posisi.** PKS berbentuk kontrak dan tunduk pada Pasal 1338 KUH Perdata, tetapi tarif, kriteria klaim, dan prosedur verifikasi ditentukan norma publik dan pedoman teknis. Dalam analisis fungsional Friedmann, bentuk kontrak bertahan sementara fungsinya bergeser menjadi kontrak baku yang diatur; argumen *pacta sunt servanda* semata menjadi lemah bila PKS mengacu pada pedoman yang dapat diubah sepihak. Pertanyaan kunci pada Sengketa 1: apakah PKS 2021–2022 memuat dasar pemotongan retrospektif yang berasal dari norma yang berlaku saat layanan diberikan [12].
2. **Ketidakpastian norma.** Perubahan beruntun—Permenkes 3/2023, Perpres 59/2024, UU 17/2023, Permenkes 6/2026, dan transisi ke iDRG—menghadirkan antinomi stabilitas versus perubahan. Rumah sakit mengambil keputusan investasi jangka panjang, misalnya renovasi kamar untuk KRIS, di atas norma yang tenggatnya bergeser. Pada Sengketa 1, penurunan kelas kamar berdampak langsung pada tarif karena INA-CBG berbeda menurut kelas; yang harus dibuktikan adalah norma mana yang berlaku saat layanan dan siapa yang menanggung selisih.
3. **Pergeseran ke tuduhan kecurangan.** Permenkes 16/2019 mensyaratkan unsur kesengajaan untuk *fraud*. Kelebihan bayar akibat perbedaan tafsir koding, kelengkapan berkas, atau indikasi medis belum otomatis *fraud* [13]. Risikonya besar: bila audit SC dibingkai sebagai indikasi kecurangan, sanksi dapat meluas hingga pengembalian dana dan pemutusan kerja sama [14]. Karena itu rumah sakit perlu menegaskan sejak awal bahwa perkara ini adalah perbedaan interpretasi klaim, bukan kesengajaan—sekaligus mendorong penguatan sanksi agar tidak menjerat ranah administratif secara berlebihan [15].
4. **Lemahnya forum sengketa klaim.** Balasan BPJS pada 24 September 2026 yang tidak menjawab substansi memperlihatkan celah ini: dalam regulasi yang ditelaah tidak ditemukan kewajiban tegas bagi pembeli untuk menjawab keberatan secara substantif dalam batas waktu tertentu. Jalur yang tersedia bergantung pada klausul PKS [isi: klausul penyelesaian sengketa]. Literatur menyarankan penguatan penyelesaian sengketa alternatif—khususnya mediasi—yang kini juga diperluas oleh UU 17/2023 [16]. Bila ditempuh jalur perdata, dua dalil yang lazim diuji adalah wanprestasi (setelah somasi) dan perbuatan melawan hukum; status BPJS sebagai badan hukum publik membuka pertanyaan forum yang belum tuntas dan perlu kajian lanjutan [17].
5. **Tegangan penilaian administratif versus indikasi medis.** Klaim SC mengandung penilaian klinis. Bila auditor administratif menyimpulkan SC "tidak sesuai" tanpa penilaian sejawat dokter spesialis obstetri dan ginekologi, timbul persoalan kewenangan dan legitimasi—dalam bahasa Friedmann, apakah standar formal boleh menyingkirkan pengetahuan objektif klinis. Studi menunjukkan biaya riil SC kerap melampaui tarif paket, sehingga selisih dan pertanyaan indikasi menjadi titik rawan [18], [19]. Bagi RSIA Tiara, rekam medis, partograf, dan justifikasi indikasi per kasus—yang kelengkapannya diwajibkan Pasal 36 Permenkes 6/2026—menjadi alat pembuktian utama [20].

Simpulan

Bisnis rumah sakit di era JKN menghadapi lima tantangan hukum yang saling terkait, dan dua sengketa RSIA Tiara menampilkannya sekaligus. Pendekatan Friedmann menunjukkan solusinya bukan memilih antara kepastian kontrak dan keberlangsungan dana JKN, melainkan mengelola tegangan itu melalui prosedur yang adil dan dapat diuji.

Bagi rumah sakit: (1) kunci seluruh dokumen—PKS, bukti klaim 2021–2022, somasi, keberatan, balasan BPJS, dan hasil audit SC; (2) tempuh eskalasi berjenjang (tanggapan tertulis menuntut jawaban substantif → mediasi sesuai PKS → jalur peradilan dengan pendapat hukum tertulis); (3) pisahkan narasi agar perkara tidak bergeser menjadi *fraud*; (4) siapkan pembelaan klinis per kasus SC; (5) uji dasar hukum dan daluwarsa pemotongan 2021–2022; (6) negosiasikan PKS ke depan: batas waktu audit retrospektif, kewajiban menjawab keberatan, forum sengketa, dan pemisahan penilaian medis.

Bagi regulator: perlu (1) forum penyelesaian sengketa klaim yang independen, berbatas waktu, dan berkewajiban menjawab substansi; (2) batas waktu audit retrospektif; (3) pelibatan penilai klinis sejawat dalam audit indikasi medis; serta (4) publikasi kriteria audit agar norma teknis memenuhi ukuran legitimasi dalam hierarki peraturan. Kajian lanjutan disarankan menguji putusan pengadilan mengenai sengketa klaim rumah sakit–BPJS dan status hukum tindakan BPJS Kesehatan.

References

[1] S. Wusono, J. Hendrartini, and D. H. Sulistyo, "Analisis tarif pelayanan poli penyakit dalam di rumah sakit umum daerah dalam era Jaminan Kesehatan Nasional," Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan (The Indonesian Journal of Health Service Management), vol. 23, no. 3, pp. 95–100, Mar. 2022, doi: 10.22146/jmpk.v23i03.4247.
[2] I. M. Hasibuan, Pakam, F. Kasim, Pakam, and S. M. B. Bangun, "Perbandingan biaya rumah sakit dengan paket INA-CBGs pada pembayaran klaim sectio caesarea pasien BPJS di RSU Indah Kota Bagan Batu Riau tahun 2025," Journal of Healthcare Technology and Medicine, vol. 11, no. 1, 2025, doi: 10.33143/jhtm.v11i1.4808.
[3] W. Friedmann, Legal Theory, 4th ed. London, UK: Stevens & Sons Ltd., 1960.
[4] R. Zubaedah, E. Nurlailasari, and N. Apriningrum, "Perjanjian kerjasama pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Karawang," Jurnal Ilmiah Hukum DE'JURE: Kajian Ilmiah Hukum, vol. 4, no. 1, pp. 135–149, 2019, doi: 10.35706/dejure.v4i1.1866.
[5] M. Irayadi, "Legal protection for Social Security Administering Body Health participants," Awang Long Law Review, vol. 6, no. 2, May 2024, doi: 10.56301/awl.v6i2.1308.
[6] I. N. D. Wiasa and I. N. Budiana, "Implementasi perlindungan konsumen peserta BPJS dalam pelayanan kesehatan di RSUP Sanglah Denpasar," Jurnal Analisis Hukum, vol. 2, no. 2, pp. 181–193, 2019, doi: 10.38043/jah.v2i2.2206.
[7] A. D. Fitria, F. Salwa, K. Khairani, S. R. Ujung, and S. H. Purba, "Studi literature perlindungan hukum bagi pasien BPJS dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit," Indonesian Journal of Health Science, vol. 4, no. 3, pp. 246–255, Jun. 2024, doi: 10.54957/ijhs.v4i3.923.
[8] Haridiva, "iDRG: Sistem baru pembiayaan JKN dan tantangan mitigasi risiko keuangan rumah sakit," Legawa, Jun. 2, 2026. [Online]. Available: https://legawa.com/2026/06/02/idrg-sistem-baru-pembiayaan-jkn-dan-tantangan-mitigasi-risiko-keuangan-rumah-sakit/

Copyright © Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY).

Vol. 21 No. 4 (2026): November
Doi: 10.21070/ijler.v21i4.1736

[9] E. S. Maulida and A. Djunawan, "Analisis penyebab pending claim berkas BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap Rumah Sakit Universitas Airlangga," Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, vol. 21, no. 6, pp. 374–379, Dec. 2022, doi: 10.14710/mkmi.21.6.374-379.
[10] A. A. U. Amri and A. Nurwahyuni, "Analisis klaim pending, verifikasi dan audit pascaklaim Jaminan Kesehatan Nasional," Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, vol. 9, no. 2, Dec. 2024, doi: 10.7454/eki.v9i2.1132.
[11] J. N. Rizki, A. A. Sari, Y. Yektiningtyastuti, and E. Suprihatin, "Penyebab pengembalian klaim BPJS rawat inap triwulan 1 tahun 2024 di RSI Sultan Agung Semarang," J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, vol. 6, no. 2, pp. 156–167, Mar. 2025, doi: 10.25047/j-remi.v6i2.5853.
[12] R. Amran, "Prosedur BPJS dan klaim BPJS oleh rumah sakit," Health and Medical Journal, vol. 5, no. 2, pp. 147–154, May 2023, doi: 10.33854/heme.v5i2.1338.
[13] T. S. Hartati, "Pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Kesehatan (SJSN) (Studi di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tulang Bawang)," Fiat Justisia: Jurnal Ilmu Hukum, vol. 10, no. 4, p. 715, May 2017, doi: 10.25041/fiatjustisia.v10no4.808.
[14] S. Sulaiman, F. S. Margono, B. Ahoen, and A. Hutauruk, "Tinjauan terhadap sengketa klaim pembayaran peserta Jaminan Kesehatan Nasional antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dan Rumah Sakit Graha Medika Kenari Kabupaten Bogor," College Studies Journal, vol. 9, no. 1, pp. 365–376, Jun. 2026, doi: 10.56301/csj.v9i1.2381.
[15] H. Riswanti, T. Tohir, and A. Lucyanti, "Evaluasi dan penguatan sanksi hukum dalam penanggulangan kecurangan (fraud) pada sistem pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia," Jurnal Riset Rumpun Ilmu Sosial, Politik dan Humaniora, vol. 5, no. 2, pp. 249–263, 2026, doi: 10.55606/jurrish.v5i2.7257.
[16] L. Z. Camellia and A. W. Kartika, "Aspek keperdataan dalam upaya penyelesaian sengketa medis antara pasien dengan tenaga medis berdasarkan Undang-Undang Kesehatan," Jurnal Hukum & Pembangunan, vol. 54, no. 3, Sep. 2024, doi: 10.21143/jhp.vol54.no3.1647.
[17] S. P. Ngura, "Penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan penerima layanan kesehatan perspektif hukum acara perdata," ADHAPER: Jurnal Hukum Acara Perdata, vol. 10, no. 2, pp. 110–127, Dec. 2024, doi: 10.36913/adhaper.v10i02.60.
[18] A. Hayati, S. C. Budi, and I. A. Dani, "Analysis of differences between hospital rates and INA-CBG's claim of sectio caesarea," Procedia of Engineering and Life Science, vol. 6, pp. 18–23, Nov. 2024, doi: 10.21070/pels.v6i1.1924.
[19] A. Oktapiyani, E. Fransisca, and A. Rois, "Faktor-faktor yang berhubungan dengan proses klaim BPJS Kesehatan pada pasien sectio caesaria di Rumah Sakit Umum Daerah Pakuhaji," Quantum Wellness: Jurnal Ilmu Kesehatan, vol. 1, no. 3, pp. 106–118, Aug. 2024, doi: 10.62383/quwell.v1i3.741.
[20] C. Rahmatiqa, I. N. Sulrieni, and A. Novita Sary, "Kelengkapan berkas rekam medis dan klaim BPJS di RSUD M. Zein Painan," Jurnal Kesehatan Medika Saintika, vol. 11, no. 1, p. 11, Jun. 2020, doi: 10.30633/jkms.v11i1.514.

ISSN 2598-9928 (online), https://ijler.umsida.ac.id, published by Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
Copyright © Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY).