

BAB III

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Permasalahan umum antara rumah sakit, pasien dan BPJS

Setelah diterapkannya sistem jaminan kesehatan nasional yang berakibat kepada bagaimana manajemen dana dan berhubungan juga dengan pembayaran pembayaran dana kapitasi yang mana sebagian besar dan dapat dikatakan lebih banya yan tidak sesuai dalam hal ini timbul di karenakan beberapa hal diantaranya adalah :

- a) Pegambilan keputusan yang tidak jelas atau tidak memiliki standart yang jadi salah satu sumber permasalahan.

Hal ini dapat dicermati saat seorang dokter melakukan diagnosis kepada pasien , jika hal tersebut dilakukan secara baik dapat di katakana jika seorang dokter harus melakukan penggalan informasi dari pasien secara mendalam untuk memberikan atau menyembuhkan permasalahan si pasien , untuk mengukur obat yang dibutuhkan si pasien tersebut sering disebut anamnesa , hal ersebut pun masi saja kurang akurat sebahagian untuk menambah keyakinannya penggalan informasi tersebut ditambah dengan cara menambahkan fakta dari hasil laboratorium , karna dalam hal mengumpulkan informasi akurat atau tidak lengkap nya sebuah informasi aka mempengaruhi keberhasilan seorang dokter.

- b) Besaran iuran yang tidak memadai , tidak sesuai dengan prinsip kecukupan untuk membayar tanggung jawab BPJS

Perhitungan yang dibuat oleh pemerintah meskipun terlihat logis dan masuk akal namun tetap menimbulkan masalah baru , yang menyebabkan kemacetan disektor pelayanan, pemerintah membayar iuran PBI dengan hitungan hanya Rp 19.225 namun jika dilihat belanja rata rata untuk pemenuhan hak kesehatan rata rata perbulan yang dilansir oleh National Health Account Indonesia pada tahun 2012 , yang dikeluarkan kementerian kesehatan sudah mencapai R.96.000 perorang , dalam waktu satu bulan jika dikalikan dalam satu tahun untuk satu orang berarti mengeluarkan biaya sekita Rp 1.055.000 perorang pertahun. Sudah dapat dilihat artinya iuran yang diberikan tidak akan memadai.

- c) Besaran Kapitasi dan CBG tdk memadai untuk hampir semua klinik dan RS swasta.

Besaran dana kapitasi tidak memadai dalam arti untuk rs atau klinik swasta yang menjalani pelayanan kesehatan dan ini akan berdampak buruk terhadap kinerja kesehatan lainnya artinya jika ingin dilihat secara utuh, dari beberapa hal misalnya dari segi pembayar cbg terdapat penyamaan antara rumah sakit swasta dan rs milik pemerintah , sementara jika kita lihat rumah sakit pemerintah masih mendapatkan suntikan dana investasi dan gaji pegawai , namun masih banyak juga dari rumah sakit swasta yang bertipe di bawah b yang mendapatkan tariff lebih rendah , akhirnya disinilah banyak kita temukan permasalahan permasalahan , mulai dari mengakali layanan sampai dengan mengakali pasien JKN dengan meminta datang kembali setelah beberapa hari kemudian dengan alasan macam macam. Keluhan keluhan tersebut juga berdasar dan bukan tanpa alasan dalam MK no 69 tahun 2013 tercantum tariff tariff yang di terapkan oleh

cbg yang tidak sesuai dengan persaingan sehat seharusnya untuk prosedur yang sama rs tanpa melihat kelas apa , haruslah dibayar sama.

d) Anggaran dana BPJS yang terbatas

Indikator yang dipakai untuk melihat berjalan efektif dan tidaknya JKN harus juga salah satunya kita lihat adalah indicator keuangan yang digunakan dan diterima yang masuk dalam rasio claim yang di gunakan dalam JKN , pada tahun 2014 biaya kesehatan yang dikeluarkan lebih besar dibanding dengan iuran yang diterima , misalnya tahun 2014 biaya yang dikeluarkan oleh BPJS adalah R.42,7 triliun. Sementara penerimaan sebesar Rp. 41,99 triliun jadi terdapat selisih total kurang lebih 0,8 triliun, dari angka tersebut , jika ditambah dengan biaya biaya lainnya terdapat selisih 3,8 triliun artinya rasio BPJS mencapai 109 persen .

Beberapa permasalahan yang kaitannya tindakan fraud yang dilakukan oleh peserta, petugas, pemberi layanan, dan penyedia obat dan alat kesehatan diantaranya Tindakan kecurangan dalam jaminan kesehatan yang dilakukan peserta meliputi :

- a) Membuat pernyataan yang tidak benar dalam hal eligibilitas (memalsukan status kepesertaan) untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
- b) Memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu dengan cara memalsukan kondisi kesehatan
- c) Memberikan gratifikasi kepada pemberi pelayanan agar bersedia memberi pelayanan yang tidak sesuai/ tidak ditanggung.
- d) Manipulasi penghasilan agar tidak perlu membayar iuran terlalu besar.

- e) Melakukan kerja sama dengan Pemberi layanan untuk mengajukan klaim palsu
- f) Memperoleh obat dan atau alat kesehatan yang diresepkan untuk dijual kembali.
- g) Melakukan tindakan kecurangan dalam jaminan kesehatan nasional lainnya.

Tindakan kecurangan dalam jaminan kesehatan nasional yang dilakukan oleh petugas BPJS kesehatan meliputi :

- a) Melakukan kerja sama dengan peserta dan atau fasilitas kesehatan untuk mengajukan klaim yang palsu.
- b) Manipulasi manfaat yang seharusnya tidak dijamin agar dijamin.
- c) Menahan pembayaran ke fasilitas kesehatan dengan tujuan memperoleh keuntungan pribadi
- d) Membayarkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan.
- e) Melakukan tindakan kecurangan dalam jaminan kesehatan nasional lainnya.

Tindakan kecurangan dalam jaminan kesehatan yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan di FKT meliputi :

- a) Memanfaatkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan
- b) Manipulasi klaim pada pelayanan yang dibayar secara non kapitasi.
- c) Menerima komisi atas rujukan ke FKRTL
- d) Menarik biaya dari peserta yang seharusnya telah dijamin dalam biaya kapitasi dan atau non kapitasi sesuai standart tarif yang ditetapkan.

- e) Melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu.
- f) Tindakan kecurangan lainnya.

Tindakan kecurangan dalam jaminan kesehatan nasional yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL diantaranya :

- a) penulisan kode diagnosis yang berlebihan (upcoding)
- b) penjiplakan klaim dari pasien lain (Cloning)
- c) Klaim Palsu (Phantom Billing)
- d) Penggelembungan tagihan obat dan alkes
- e) Pemecahan episode pelayanan
- f) Rujukan semu
- g) Tagihan berulang
- h) Memperpanjang lama perawatan.
- i) Manipulasi lama perawatan.
- j) Manipulasi kelas perawatan.
- k) Membatalkan tindakan yang wajib dilakukan
- l) Melakukan tindakan yang tidak perlu
- m) Penyimpangan terhadap sytandard layanan
- n) Melakukan tindakan pengobatan yang tidak perlu.
- o) Menambah panjang waktu penggunaan ventilator
- p) Tidak melakukan visitasi yang seharusnya
- q) Tidak melakukan prosedur yang seharusnya
- r) Admisi yang berulang

- s) Melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu
- t) Meminta cost sharing tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan.
- u) Tindakan kecurangan jaminan kesehatan nasional lainnya.

Tindakan kecurang dalam jaminan kesehatan nasional yang dilakukan oleh penyedia obat dan alat kesehatan diantaranya :

- a) Tidak memenuhi kebutuhan obat dan alat kesehatan sesuai dengan ketentuan perundang undangan
- b) Melakukan kerja sama dengan pihak lain mengubah obat atau alat kesehatan yang tercantum dalam e catalog dengan harga tidak sesuai dengan e catalog
- c) Melakukan tindakan kecurangan jaminan kesehatan nasional lainnya .

Pada lain pihak pasien sebagai pengguna dan pemnigmat fasilitas BPJS mendapat permasalahan permasalahan yang kerap menjadi permasalahan mulai dari administrasi sampai dengan permasalahan aturan yang dianggap tidak memihak atau dianggap merugikan pasien untuk beberapa kasus yang dulunya dilayani namun setelah berjalan nya program BPJS di potong hanya karena alasan defisit anggaran , aturan yang dianggap merugikan tersebut tertuang dalam peraturan direktur jaminan kesehatan tahun 2018 no 2 , 3 dan 5 yang isinya sebagai berikut :

- a) Dalam aturan no 2 tahun 2018 tentang penjamin pelayanan dalam program jaminan kesehatan yang mana operasi hanya dibatasi pada pasien yang

memiliki visus dibawah 6/18, jika belum sampai pada angka tersebut pasien tidak akan mendapatkan jaminan operasi dari BPJS kesehatan.

- b) Dalam aturan no 5 tahun 2018 tentang penjamin pelayanan rehabilitasi medis yang mana sebelumnya berapa kalipun pasien terapi akan dijamin BPJS Kesehatan , namun setelah aturan ini hanya dua kali seminggu.
- c) Dalam aturan no 3 tahun 2018 tentang penjamin pelayanan dan persalinan dengan bayi lahir , seht dalam aturan ini berlaku . bagi bayi yang baru lahir sehat jaminan perantranya disertakan dengan ibunya yang butuh penanganan khusus akan dijamin jika sebelum didaftarkan terlebih dahulu, namun setelah keluarnya aturan ini bagi anak ke 4 peserta yang merupakan pekerja penerima upah masih masuk dalam jaminan ibunya

B. Proses Pemutusan Kontrak BPJS Dengan Rumah Sakit Atas Dugaan Tindak Pidana Penipuan /Fraud

Dalam proses pemutusan sebuah perjanjian pasti dimulai dengan adanya perjanjian awal yang dilakukan oleh BPJS dengan pihak rumah saki untuk melihat permasalahan dalam hal pemutusan kontrak hubungan kerja antara BPJS dan rumah sakit ada baiknya kita melihat juga beberapa aturan yang melandasi perjanjian kerja sama antara rumah sakit dan BPJS dalam program jaminan kesehatan nasional diantaranya sebagai berikut :

pertama, dasar hukum perjanjian kerja sama antara rumah sakit yang dipakai rumah sakit diantaranya peraturan presiden no 12 tahun 2013 yang menjadi landasan dilaksanakannya perjanjian kerja sama dalam program JKN , peraturan menteri kesehatan no 71 tahun 2013 juga menjadi aturan dasar perjanjian kerja

sama, dan kedua peraturan tersebut selain juga mengatur perjanjian kerja sama juga memberikan penjelasan tentang syarat syarat fasilitas kesehatan ang menjalin kerja sama dengan BPJS kesehatan. dalam aturan peraturan presiden nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan pasal 36 yang berbunyi :

- a) Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS kesehatan
- b) Fasilitas kesehatan milik pemerintah dan pemerintah daerah yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerja sama dengan BPJS kesehatan.
- c) Fasilitas kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerjasama dengan BPJS kesehatan.
- d) Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat(3) dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis.

Peraturan menteri kesehatn nomor 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional pada pasal 4 yang berbunyi :

- a) Fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 mengadakan kerja sama dengan BPJS kesehatan.
- b) Kerja sama fasilitas kesehatan denan BPJS kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dilakukan melalui perjanjian kerja sama.
- c) Perjanjian kerja sama fasilitas kesehatan dengan BPJS kesehatan dilakukan antara pimpinan atau pemilik fasilitas kesehatan yang berwenang dengan BPJS kesehatan.

- d) Perjanjian kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat 3 berlaku sekurang kurangnya 1(satu) tahun dan dapat diperpanjang kembali atas kesepakatan bersama.

Rumah sakit baik swasta ataupun rumah sakit pemerintah yang menjalin kerjasama dengan BPJS kesehatan menurut peraturan presiden nomor 12 tahun 2013 pasal 36 ayat 2 dan 3 ialah adapun persyaratan yang harus dipenuhi fasilitas kesehatan tingkat lanjutan/ rumah sakit¹⁰² harus melengkapi syarat syarat administrasi diantaranya adalah

- a) Surat ijin operasional
- b) Surat penetapan kelas rumah sakit
- c) Surat ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik
- d) Nomor pokok wajib pajak
- e) Perjanjian kerja sama dengan jejaring jika diperlukan .
- f) Sertifikat akreditasi
- g) Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan jaminan kesehatan nasional

Dalam hal perjanjian kerja sama tersebut juga menjelaskan dan menyebutkan mengenai hal wanprestasi tentang monitoring serta evaluasi dan sanksi , ditambah lagi dalam perjanjian tersebut menjelaskan apabila dalam pelaksanaan hubungan kerja terdapat wanprestasi oleh rumah sakit dan terbukti melanggar perjanjian kerja sama , BPJS kesehatan memberikan surat teguran yang

¹⁰² Pasal 7 huruf b peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional .

menyatakan rumah sakit telah melakukan wanprestasi sehingga timbullah sebuah kewajiban bagi rumah sakit untuk mengganti kerugian. Lebih dari itu dalam perjanjian juga menyebutkan terkait perbuatan melawan hukum yaitu perbuatan melakukan moral hazard hal tersebut juga secara jelas disebutkan dalam undang-undang no 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional pasal 22 ayat 2 bahwa untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya. Perbuatan tersebut dikategorikan perbuatan melawan hukum karena telah diatur dalam peraturan menteri kesehatan no 36 tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan Fraud dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional salah satu bentuk Fraud adalah Penulisan kode diagnosis yang berlebihan Upcoding merupakan kode diagnosis dan atau prosedur menjadi kode yang memiliki tarif yang lebih tinggi. Yang akibatnya dari hal tersebut jika kita tarik maka bagi pelaku hal tersebut dapat dikenakan teguran secara tertulis, sampai dengan kewajiban untuk pemulihan kerugian, hingga pembatalan perjanjian oleh pihak yang dirugikan.

Untuk melihat lebih jelasnya lagi penulis mencoba mengurai salah satu perjanjian antara BPJS dengan rumah sakit sakit Permata madina Panyabungan tepatnya daerah Sumatera Utara, adapun isi perjanjian antara rumah sakit dengan BPJS mengenai Fraud tentang pelayanan kesehatan Rujukan tingkat lanjutan bagi peserta Program jaminan kesehatan.

Dalam hal ini fraud dilihat dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan pada sistem jaminan kesehatan nasional yang mana kecurangan JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta dan petugas, dan pemberi

layanan kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan nasional .

Kebiasaan dalam permasalahan dalam hal fraud dapat terlihat ketika terjadi dalam proses klaim antara rumah sakit dan BPJS untuk memudahkan kita penulis mencoba mengurai proses pengajuan klaim pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan adalah sebagai berikut :¹⁰³

- a. rumah sakit yang bersangkutan mengirim berkas resmi dalam bentuk soft copy dan hard copy dilengkapi dengan dokumen yang disyaratkan ditanda tangani oleh direktur rumah sakit yang bersangkutan
- b. setelah itu berkas tersebut di terima oleh petugas verivikator yang mana petugas verivikator melakukan perhitungan terhadap jumlah klaim yang di ajukan dihadapan rumah sakit yang mengajukan , dilanjutkan dengan membuat berita acara penerimaan klaim yang ditanda tangani BPJS kesehatan dan rumah sakit, dan pada saat itu juga dicatatnya penerimaan klaim pada register klaim, dilanjutkan oleh verivikator untuk melakukan verivikasi sesuai ketentuan yang berlaku.
- c. BPJS kesehatan hanya menerima berkas yang lengkap, jika terdapat kekurangan kelengkapan berkas klaim BPJS kesehatan mengembalikan klaim ke rumah sakit yang bersangkutan untuk dilengkapi dengan melampirkan Berita acara Pengembalian berkas klaimnya.

¹⁰³ Hasil wawancara dengan pegawai Rs permata madina

d. Dalam hal mengajukan klaim ada berapa syarat yang harus dipenuhi diantaranya adalah :

1. formulir pengajuan klaim dibuat rangkap tiga yang ditanda tangani oleh pimpinan rumah sakit atau pejabat yang berwenang, paling tidak menjabat sebagai kepala instansi.

2. soft copy luaran aplikasi BPJS kesehatan.

3. Kuitansi asli bermaterai.

4. Surat tanggung jawab mutlak bermaterai ditanda tangani oleh pimpinan atau direktur rumah sakit.

e. terdapat juga syarat khusus yang harus dipenuhi diantaranya surat bukti penduku pelayanan dan kelengkapan kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing masing tagihan klaim

f. untuk pengajuan klaim pelayanan ke rumah sakit, kelengkapan khusus sebagaimana yang dimaksud diatas adalah sebagai berikut :

1. lembar register klaim masing masing peserta yang berisi informasi tentang keabsahan peserta, resume medis , dan pelayanan special CBG apabila diberikan.

2. Rekapitulasi layanan.

g. untuk pengajuan klaim pelayanan obat untuk penyakit kronis dan obat kemoterapi , kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin e adalah sebagai berikut :

1. bukti pendukung yang berisi informasi tentang keabsahan tentang peserta , resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang diagnostic sesuai dengan retriksi obat.
2. Resep obat dan protocol terapi untuk obat kemoterapi.
3. Data tagihan pelayanan dalam bentuk soft copy sesuai aplikasi dari BPJS kesehatan banyak lagi dan setiap kasus berbeda persyaratan nya sesuai dengan pengajuan masing masing.
- h. batas waktu pengajuan klaim dari rumah sakit adalah 2 tahun setelah pelayanan diberikan , dan jika ada tagihan yang diajukan lebih dari 2 tahun di hitung sejak berakhirnya pelayanan maka proses pembayarannya berhak ditolak oleh BPJS.
- i. BPJS kesehatan tidak mau membayar jika terdapat tagihan diluar layanan kesehatan yang menjadi hak peserta.
- j. Jika dalam Pengajuan klaim oleh rumah sakit terdapat tagihan yang bermasalah , maka biasanya BPJS menanggukkan klaim pembayaran tersebut , dan Penyelesaiannya mengacu pada regulasi yang berlaku.

Dari hal tersebut diatas adalah proses claim yang dilakukan salah satu rumah sakit yaitu rumah sakit permata madina , dalam rangka untuk objektivitas secara keseluruhan maka terdapat tim audit dari satuan pengawas internal yang berasal dari BPJS kesehatan , untuk mempermudah penjelasan ini penulis mencoba memberikan data dari hasil audit tersebut ditemukan beberapa hal diantaranya sebagai berikut :

1. Terdapat kekeliruan dalam pengkodean kasus persalinan

No	Nama RS	no sep	tgl	Koding awal	Koding audit spi	Selisih tarif
1	Rs permata madina	0022r 00311140000	25/11/2014	2.411.400	06131 2.037.600	373.800

Sesuai dengan permenkes no 27 tahun 2014 tentang petunjuk teknis system Indonesia case base Groups (INA- CBGs, huruf F, aturan koding lainnya untuk INA CBG s angka 9 pengkodean untuk persalinan sesuai dengan koding dalam ICD 10 kode 080-084 digunakan sebagai diagnosi sekunder jika ada penyulit dalam Persalinan , Kecuali Penyulitnya kode 042.0 dan 042.1 maka 080-084 digunakan sebagai diagnosis utama.

2. Terdapat peserta BPJS kesehatan yang dijamin dan dibayar tidak sesuai dengan hak kelas rawat peserta sebanyak satu peserta

Nama PPK	Tgl sip	No KA	Tariff kelas Tagihan	Tariff kelas Peserta	Selisih
Non PBI Rumah sakit Permata madina panyabungan	10/2/2014	0000127 1068xxxx	2.197.881	1.883.889	313982

Terdapat perbedaan data kelas rawat yang tercantum diaplikasi SEP dengan data kelas rawat diaplikasi kepesertaan sesuai table diatas.

3. Terdapat kekeliruan penentuan diagnose primer atas pasien dengan gejala stroke dan hipertensi.

Seharusnya berdasarkan permenkes no 27 tahun 2014 tentang petunjuk teknis system INA cbg s disebutkan jika :

- Kriteria diagnosis utama menurut WHO Morbidity Reference Group adalah diagnosis akhir dan final yang dipilih dokter pada hari terakhir perawatan dengan kriteria paling banyak menggunakan sumber daya atau hari rawatan paling lama
- Tindakan atau prosedur seharusnya relevan dengan diagnosi Utama. Berdasarkan hal tersebut setelah dilakukan contoh table dibawah ini adalah contoh berkas klaim yang terdapat kekeliruan penempatan diagnose utama dan sekunder

Nama RS	No sip	Tgl sip	Coding klaim	Coding audit	Selisih
Non PBI	002/e/006001	22/10/201	5.300.60	2.382.20	2.918.40
Rumah sakit	4	4	0	0	0
Permata	000626 dan	Dan	Dan	Dan	Dan
madina	002r00312	18/12201	6.360.70	2.858	3.502.00
panyabung	140000998	4	0		0
n					

C. PERTANGGUNG JAWABAN PENYELESAIAN SENGKETA YANG TERJADI ANTARA BPJS DAN RUMAH SAKIT

Perbuatan dan tindakan dilakukan kebanyakan adalah setelah mengetahui celah celah dalam sebuah sistem yang mana hal tersebut dimanfaatkan oknum baik sebagai perseorangan atau berbentuk badan dan juga pemerintah untuk mencari keuntungan dari proses proses tersebut. Dalam asuransi dikenal dengan adanya klaim yang mana hal tersebut diajukan oleh peserta asuransi secara individual kepada perusahaan asuransi dan bentuk lain adalah klaim yang dilakukan institusi oleh pemberi layanan kesehatan (provider). Dari hal tersebut tidak menutup kemungkinan akan adanya tindakan penipuan dan fraud yang dilakukan pihak rumah sakit dan pihak BPJS. pada program jaminan kesehatan nasional telah diterapkannya prinsip prinsip layanan terkendali yang mana dalam implementasinya harus melibatkan dari tiga pihak yakni penyelenggara (BPJS) , Provider (rs dan klinik) dan peserta , prinsip tersebut di ajukan sebagai bentuk agar terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu.

Ketika ada masalah antara BPJS dengan rumah sakit terdapat mediator yang akan memediasi para pihak. Ketika ada masalah tersebut tidak dapat diselesaikan akan dikembalikan kepada kementrian kesehatan sebagaimana tertuang didalam undang undang no 24 tahun 2011 tentang BPJS , undang undang no 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan nasional dan undang undangf no 40 tahun 2004 tentang SJSN. Dalam undang undang no 24 tahun 2011 btentang badan penyelenggaraan jaminan sosial dipasal 48 bab XII bagian penyelesaian sengketa yaitu :

- a) BPJS wajib membentuk unit pengendalian mutu pelayanan dan penanganan pengaduan peserta.
- b) BPJS wajib menangani pengaduan paling lama 5 hari kerja sejak diterimanya pengaduan
- c) Ketentuan mengenai unit pengendali mutu dan penanganan pengaduan peserta sebagaimana dimaksud pada ayat 21 diatur dalam peraturan BPJS.

Sedangkan jika terjadi sengketa maka penyelesaian sengketa dilaksanakan dengan cara :

- a) Pihak yang merasa diugikan yang pengaduannya belum dapat diselesaikan oleh unit sebagaimana dimaksud dalam pasal 48 ayat 1 penyelesaian sengketa dapat dilakukan melalui mekanisme mediasi
- b) Mekanisme mediasi sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dilakukan melalui bantuan mediato yang disepakati oleh kedua belah pihak secara tertulis
- c) Penyelesaian sengketa melalui mediasi dilakukan paling lama tiga puluh hari kerja sejak penandatanganan kesepakatan sebagaimana dimaksud pada ayat 2 oleh kedua belah pihak
- d) Penyelesaian sengketa melalui mekanisme mediasi, setelah ada kesepakatan kedua belah pihak secara tertulis , bersifat final dan mengikat.
- e) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara penyelesaian sengketa melalui mediasi dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan yang berlaku.

Dalam hal pengaduan tidak dapat diselesaikan oleh unit pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan peserta melalui mekanisme mediasi tidak dapat terlaksana . penyelesaiannya dapat diajukan kepengadilan negeri diwilayah tempat tinggal pemohon BPJS merupakan badan hukum dapat dilihat dari pasal 56 undang undang no 24 tahun 2011 tentang BPJS.

Dalam hal terdapat keluhan , terdapat upaya penanganan keluhan didalam penyelenggaraan jaminan kesehatan meliputi beberapa prinsip :

- a) Obyektif : penanganan keluhan masyarakat harus berdasarkan kriteria tertentu yang ditetapkan.
- b) Responsif : cepat dan akurat setia pengaduan dan permasalahan perlu ditangani/ ditanggapi secara cepat dan tepat.
- c) Koordinatif : penanganan keluhan masyarakat harus dilaksanakan dengan kerja sama baik diantara pejabat yang berwenang dan terkait , berdasarkan mekanisme , tata kerja dan prosedur yang berlaku , sehingga permasalahan dapat diselesaikan sebagaimana mestinya.
- d) Efektif dan efisien : penanganan keluhan masyarakat harus dilaksanakan secara cepat tepat sasaran , hemat tenaga , waktu dan biaya.
- e) Akuntabel : proses penanganan keluhan masyarakat harus dapat dipertanggung jawabkan kepada masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan yang berlaku
- f) Transparan : penanganan keluhan masyarakat dilakukan berdasarkan mekanisme prosedur yang jelas dan terbuka sehingga masyarakat yang berkepentingan dapat mengetahui perkembangan tindak lanjutnya.

Dalam hal menghadapi permasalahan keluhan terdapat beberapa mekanisme yang dapat ditempuh untuk melakukan penyelesaian keluhan diantaranya adalah :

- a) Apabila terjadi masalah antara peserta dengan fasilitas kesehatan atas layanan yang diberikan tidak memuaskan maka peserta dapat mengajukan keluhan , maka sebaiknya diselesaikan oleh para pihak , jika keluhan tidak dapat diselesaikan maka dapat ditindak lanjuti yaitu ke BPJS kesehatan setempat, tim money kabupaten kota, tim money provinsi, tim money pusat dan menteri kesehatan selaku mediator.
- b) Apabila terjadi masalah antara peserta dengan BPJS kesehatan atas layanan yang diberikan tidak memuaskan maka peserta dapat mengajukan keluhan , maka sebaiknya diselesaikan oleh para pihak , jika keluhan tidak dapat diselesaikan maka dapat ditindak lanjuti yaitu ke BPJS kesehatan setempat, tim money kabupaten kota, tim money provinsi, tim money pusat dan menteri kesehatan selaku mediator.
- c) Apabila terjadi masalah antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas kesehatan atas layanan yang diberikan tidak memuaskan maka peserta dapat mengajukan keluhan , maka sebaiknya diselesaikan oleh para pihak , jika keluhan tidak dapat diselesaikan maka dapat ditindak lanjuti yaitu ke BPJS kesehatan setempat, tim money kabupaten kota, tim money provinsi, tim money pusat dan menteri kesehatan selaku mediator.
- d) Apabila terjadi masalah antara BPJS Kesehatan dengan ASOSIASI Fasilitas kesehatan atas layanan yang diberikan tidak memuaskan maka peserta dapat mengajukan keluhan , maka sebaiknya diselesaikan oleh para

pihak , jika keluhan tidak dapat diselesaikan maka dapat ditindak lanjuti yaitu ke BPJS kesehatan setempat, tim money kabupaten kota, tim money provinsi, tim money pusat dan menteri kesehatan selaku mediator.

Dalam hal pengaduan juga dapat disampaikan kepada fasilitas kesehatan kabupaten kota dan atau dinas kesehatan provinsi disebutkan pada pasal 25 ayat 2 Permenkes no 36 tahun 2015 pengaduan pada fasilitas kesehatan dalam hal ini adalah rumah sakit , baik FKTP Maupun FKRTLTL pengaduan ditunjukkan kepada tim pencegahan kecurangan JKN di fkt yang dibentuk oleh dinas kesehatan kabupaten kota .dalam ketentuan pasal 11 ayat 4 permenkes no 36 tahun 2015 tim pencegahan kecurangan JKN di FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat 2 bertugas sebagai berikut :

- a) Mensosialisasikan kebijakan , pedomana , dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya.
- b) Mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik
- c) Melakukan upaya pencegahan, deteksi dan penindakan kecurangan JKN di FKT
- d) Menyelesaikan Perselisihan kecurangan JKN
- e) Monitoring dan Evaluasi dan Pelaporan

Penanganan permasalahan kasus hukum yang terjadi dirumah sakit seaharsnya dapat dilakukan oleh pihak terkait , komite medic, bagian bidang hukum , atau unit yang terkait dengan masalah yang dihadapi, selain itu terdapat institusi yang seharusnya

juga melakukan penanganan kasus hukum pelayanan medis di rumah sakit yakni organisasi profesi, asosiasi rumah sakit, departemen kesehatan beserta dinas kesehatan tingkat provinsi dan kabupaten kota berikut ini wewenang dan tanggung jawab penyelesaian sengketa di rumah sakit diantaranya adalah sebagai berikut :¹⁰⁴

1. Manajemen rumah sakit

Dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit, manajemen rumah sakit memiliki wewenang :

1. Bertindak dan untuk atas nama rumah sakit baik didalam dan diluar pengadilan.
2. Melakukan koordinasi dengan departemen kesehatan
3. Mengarahkan atau mengintruksikan satuan kerja terkait dalam penyelesaian penanganan kasus hukum pelayanan medis termasuk audit medis.
4. Memberdayakan potensi dalam upaya penyelesaian penanganan kasus hukum pelayanan medis.
5. Menunjuk satuan kerja terkait / kuasa hukum jika dibutuhkan.
6. Memberikan perlindungan hukum terhadap tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan sesuai dengan standart profesi dan prosedur.

Selanjutnya manajemen rumah sakit memiliki beberapa tanggung jawab diantaranya adalah :

¹⁰⁴ Dr arni Ilyas, Pertanggung jawaban pidana dokter dalam malpraktik medic di rumah sakit, rangkangeducation, Yogyakarta, cetakan pertama, 2014, hal 116.

1. Menyelesaikan penanganan kasus hukum yang terjadi di rumah sakit.
2. Mengambil langkah strategi baik eksternal maupun internal dalam sengketa medis
3. Mengamankan dokumen dan informasi penanganan kasus hukum pelayanan medis.
4. Melakukan antisipasi terhadap kemungkinan adanya penanganan kasus hukum pelayanan medis.
5. Melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan critical governance
6. Menyiapkan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelesaian penanganan kasus hukum pelayanan medis.
7. Melakukan pembinaan terhadap tenaga kesehatan
8. Melakukan advokasi kepada tenaga kesehatan yang tersangkut kasus hukum pelayanan medis.

2. Komite medik

dalam pelayanan kesehatan komite medic memiliki wewenang di rumah sakit dalam hal layanan kesehatan, adapun wewenang komite medic adalah sebagai berikut :

1. Membuat kebijakan yang tertuang dalam medical staff by laws
2. Melakukan kondensial terhadap tenaga medis

3. Memberikan pertimbangan pertimbangan dalam pelaksanaan tugas tenaga medis
4. Melakukan penilaian terhadap tenaga kinerja tenaga medis
5. Melakukan audit medic
6. Melakukan pembinaan terhadap tenaga medic yang melakukan pelanggaran disiplin profesi
7. Melakukan advokasi kepada tenaga medic yang diduga terkait penanganan kasus hukum pelayanan medis.

Selanjutnya tanggung jawab komite medic dalam layanan kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Melakukan koordinasi dengan bidang hukum , rekam medis, bidang keperawatan dan unit kerja lainnya yang terkait dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
2. Melakukan pengumpulan data / informasi baik dari informasi langsung maupun melalui dokumen
3. Memfasilitasi pertemuan multi disiplin untuk peninjauan kasus dengan melibatkan organisasi profesi dan bagian bidang hukum
4. Melakukan analisis terhadap sengketa medis yang terjadi
5. Memberikan rekomendasi kepada direktur dalam penyelesaian kasus dan upaya upaya pencegahan kasus serupa dikemudian hari.

3. Bagian/bidang hukum

Dalam layanan kesehatan dirumah sakit bagian atau bidang hukum juga memiliki peran yang di cerminkan lewat wewenang nya , diantaranya sebagai berikut :

1. Menginventarisasi dan memastikan kelengkapan peraturan peraturan yang berlaku dirumah sakit
2. Menganalisis hubungan hukum kasus konkrit (subjek , objek , isi hubungan) dengan hukum positive (sop,/ HBL dan peraturan yang lebih tinggi lainnya.
3. Menganalisis substansi kasus dan prosedur beracara kasus hukum konkrit
4. Menganalisis kasus hukum konkrit terkait (pidana , perdata, administrasi).
5. Menerapkan kasus konkrit analisis tanggung jawab hukum pada aturan normative .
6. Penerapan sanksi demi menjamin kedamaian hidup bersama
7. Melakukan mediasi dan negosiasi
8. Mewakili pemberi kuasa dalam melakukan legitimasi dan
9. Mengusulkan rehabilitasi terlapor jika terbukti bersalah.

Selanjutnya bagian hukum memiliki tanggung jawab diantranya sebagai berikut :

1. Memiliki kelengkapan legalitas tenaga kesehatan khususnya tenaga medis rumah sakit

2. Melayani dan menerima berkas pengaduan
3. Mengidentivikasi keluhan utama pengaduan
4. Meneliti status administrasi terlapor , misalnya izin praktik terlapor , keanggotaan organisasi profesi dan lain lain .
5. Melakukan klarifikasi kasus kepada terlapor
6. Merujuk kasus ke komite medis
7. Mengusulkan untuk mengundang saksi ahli dari organisasi profesi terkait
8. Mengajukan telaah hukum atau legal opinion kepada direksi dan komite medik.
9. Mendampingi direksi dan komite medic dalam proses penyelesaian kasus
10. Memberikan sosialisasi hukum
11. Mentikapi pemberitaan/ informasi melalui media massa misalnya dengan menggunakan hak jawab dan
12. Memberikan saran kepada direkasi untuk menunjuk kuasa hukum

4. Organisasi profesi

Wewenang profesi dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit mencakup beberapa hal sebagai berikut :

1. Turut melakukan kredensial anggotanya dengan memberikan rekomendasi pada waktu membuat SIP (surat Izin Praktek)
2. Membina anggotanya agar melakukan praktek profesinya sesuai dengan etika dan standart profesi
3. Memberikan pertimbangan atau penilaian pada suatu kasus hukum pelayanan medis dari aspek profesi
4. Memberikan pertimbangan dan sarana kepada manajemen dan komite medic rumah sakit yang disampaikan baik dalam rapat khusus ataupun melalui surat
5. Memberikan advokasi dan pembelaan kepada anggotanya
6. Memberikan sanksi etik kepada anggotanya yang terbukti melanggar etika profesi
7. Mengirim salah satu anggotanya sebagai saksi ahli.

Selanjutnya dalam wewenang yang dimilikinya organisasi profesi memiliki tanggung jawab dalam layanan kesehatan , adapun tanggung jawabnya adalah sebagai berikut :

1. Melakukan pemeriksaan atas pelaksanaan etika profesi para anggotanya padaka kasus yang dialami dalam layanan kesehatan
2. Memberikan rekomendasi dibidang etika profesi kepada manajemen dan komite medic rumah sakit jika diminta

3. Memberikan advokasi dan pembelaan kepada anggotanya dan
4. Mengirim salah satu anggotanya sebagai saksi ahli .

5. Asosiasi rumah sakit

dalam layanan kesehatan di rumah sakit, asosiasi rumah sakit diberikan kewenangan diantaranya adalah :

1. Turut melakukan kredensial anggotanya dengan memberikan rekomendasi pada waktu membuat ijin SIP
2. Membina anggotanya agar menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan etika dan standart rumah sakit
3. Memberikan pertimbangan atau penilaian pada suatu kasus hukum pelayanan medis dari aspek etika dan standart rumah sakit
4. Memberikan pertimbangan dan saran kepada manajemen dan komite medis rumah sakit yang disampaikan baik dalam rapat khusus itu ataupun melalui surat
5. Memberikan sanksi etik kepada anggotanya yang terbukti melanggar etika rumah sakit dan
6. Mengirim salah satu anggotanya sebagai saksi ahli

Selanjutnya dalam kewenangan tersebut asosiasi rumah sakit dalam layanan kesehatan memiliki tanggung jawab , yakni :

1. Melakukan pemeriksaan atas pelaksanaan etika dan standart rumah sakit para anggotanya pada kasus huku pelayanan medic
2. Memberikan rekomendasi di bidang etika dan standart rumah sakit kepada manajemen dan komite medic rumah sakit apabila diminta
3. Memberikan advokasi dan pembelajaran kepada anggotanya
4. Mengirim salah satu anggotanya

6. Kementrian kesehatan

Dalam upaya pelayanan kesehatan yang baik dirumah sakit , kementrian kesehatan merupakan wakil pemerintah yang mengurus masalah kesehatan di Indonesia , adapun kewenangan yang dimiliki kementrian kesehatan adalah sebagai berikut ;

1. Memberikan perlindungan hukum terhadap tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan sesuai dengan standart profesi dan prosedur.
2. Menetapkan pedoman, standart dan prosedur dalam pelayanan medik.
3. Menyiapkan dan menetapkan pedoman penanganan kasus
4. Memberikan bantuan hukum
5. Memberikan pertimbangan dalam kasus hukum yang terjadi dirumah sakit
6. Memberikan pertimbangan hukum dan memberikan advokasi hukum
7. Menindak lanjuti dengan langkah awal menganalisis penanganan kasus pelayanan medis

8. Melakukan koordinasi dengan unit kerja yang diduga melakukan penanganan kasus hukum pelayanan medis.

Selanjutnya dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan, maka kementerian kesehatan memiliki beberapa tanggung jawab diantaranya adalah :

1. Melakukan analisis atas penanganan kasus hukum pelayanan medis yang terjadi di rumah sakit.
2. Menerima laporan dan menindak lanjuti laporan
3. Memberikan rekomendasi penanganan terhadap penanganan kasus hukum pelayanan medis yang terjadi.
4. Melakukan mediasi dan konsultasi dan litigasi.
5. Menuntut pihak pihak yang mencemarkan nama baik departemen kesehatan
6. Membantu menanggung kerugian yang terjadi akibat kasus hukum
7. Membantu sarana kesehatan dan tenaga kesehatan dalam proses litigasi
7. Dinas kesehatan provinsi

Dalam layanan kesehatan dinas kesehatan provinsi memiliki wewenang yang mencakup beberapa hal , adapun wewenangnya adalah sebagai berikut :

1. Melakukan pembinaan terhadap tenaga kesehatan dan sarana kesehatan diwilayahnya bersama dengan organisasi profesi

2. Membentuk dan melaksanakan MDTK/MKDKI provinsi dalam pelaksanaan kasus pelayanan medis
3. Menjatuhkan hukuman disiplin terhadap tenaga kesehatan dan sarana kesehatan yang terbukti melanggar disiplin.

Selanjutnya dalam kewenangannya tersebut dinas kesehatan provinsi memiliki tanggung jawab sebagai berikut :

1. Memfasilitasi penanganan kasus medis bersama organisasi profesi
2. Melakukan mediasi , konsiliasi terhadap kasus medis
3. Membantu sarana kesehatan dan tenaga kesehatan dalam proses litigasi.

8. Dinas kesehatan kabupaten kota

dalam kaitannya dalam pelayanan kesehatan dinas kesehatan kabupaten/kota memiliki kewenangan dalam layanan kesehatan , adapun kewenangan yang dimilikinya adalah sebagai berikut :

1. Menerbitkan Surat ijin praktik
2. Mencabut surat ijin praktik profesi bila terbukti bersalah
3. Menerbitkan kebijakan dalam pelayanan dirumah sakit
4. Mengkoordinasikan penanganan kasus seperti sarana kesehatan dan tenaga kesehatan, dan organisasi profesi.

Dalam layanan kesehatan dinas kesehatan kabupaten atau kota memiliki tanggung jawab sebagai berikut :

1. Memantau kasus medis di rumah sakit atau sarana kesehatan
2. Memberikan pertimbangan dalam penyelesaian kasus hukum pelayanan medis
3. Melakukan pembinaan terhadap tenaga medis di wilayahnya
4. Melakukan pengawasan terhadap tenaga kesehatan dan sarana kesehatan yang praktik di wilayahnya .

Keseluruhan unit kerja / organisasi profesi tersebut adalah pihak-pihak yang terkait dalam layanan kesehatan termasuk juga, penyelesaian jika terdapat sengketa masing-masing bekerja sesuai dengan tugas dan fungsinya.

