

Analisis Yuridis Koordinasi Manfaat Pada BPJS Kesehatan Pasca Diberlakukannya Peraturan BPJS Nomor 4 Tahun 2020

Wahidah Rachmaniyah¹, M. Khoirul Huda², Ninis Nugraheni³

¹Universitas Hang Tuah

²Universitas Hang Tuah

³Universitas Hang Tuah

¹E-Mail: wahida9054@gmail.com

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis norma hukum yang mengatur koordinasi manfaat dalam hukum positif di Indonesia dan menganalisis nilai keadilan bagi peserta BPJS Kesehatan dengan berlakunya koordinasi manfaat dalam program JKN pasca berlakunya peraturan BPJS Nomor 4 Tahun 2020. Penelitian ini merupakan penelitian normatif atau doktrinal (hukum)/penelitian kepustakaan, dengan menggunakan pendekatan undang-undang (statute Approach) dan pendekatan konsep (Conceptual Approach). Hasil penelitian ini adalah substansi hukum dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 masih terlalu umum dan terdapat kekosongan norma hukum sehingga belum mampu menjadi solusi atas tantangan yang dihadapi rumah sakit dalam melaksanakan koordinasi manfaat. . BPJS Kesehatan perlu melakukan rekonstruksi hukum dengan mengkaji ulang seluruh aturan yang mengatur koordinasi manfaat, selisih biaya, dan pembagian biaya agar kekosongan norma dapat segera teratasi. BPJS Kesehatan perlu melakukan pengendalian mutu dan biaya serta pengawasan untuk mencegah terjadinya penipuan, upaya menciptakan keadilan bagi pasien dan rumah sakit.

Kata Kunci: *BPJS Kesehatan, Coordination Of Benefits, Selisih Biaya, Urun Biaya.*

ABSTRACT

This study aims to analyze the legal norms rule the coordination of benefits in positive law in Indonesia and to analyze the value of justice for BPJS Kesehatan participants with the enactment of benefit coordination in the JKN program after the enactment of BPJS regulation Number 4 of 2020. This research was normative or doctrinal (legal) research/library research, using statutory approach (statute approach) and concept approach (conceptual approach). The results of this study was the legal substance in BPJS Kesehatan Regulation Number 4 of 2020 is still too general and there is a vacuum in legal norms so that it has not been able to become a solution to the challenges faced by hospitals in implementing benefit coordination. BPJS Kesehatan needs to carry out legal reconstruction by reviewing all the rules governing the coordination of benefits, cost differences and cost sharing so that the void in norms can be resolved immediately. BPJS Kesehatan needs to carry out quality and cost control as well as supervision to prevent fraud from occurring, efforts to create justice for patients and hospitals

Keywords: *BPJS Kesehatan, Coordination Of Benefits, Cost Differences, Cost Sharing.*



A. PENDAHULUAN

Jaminan kesehatan merupakan hak konstitusional bagi setiap warga negara Indonesia. Setiap warga negara berhak untuk mendapatkan layanan kesehatan. Aturan terkait Jaminan kesehatan tersebut diatur dalam Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (selanjutnya disebut UUD 1945), yang menegaskan bahwa “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak mendapatkan layanan kesehatan”. Salah satu bentuk penyediaan layanan kesehatan tersebut adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan bagian dari program Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN). JKN yang dikembangkan di Indonesia bertujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. JKN merupakan bagian dari SJSN dan bersifat wajib.

Asuransi merupakan perjanjian antara tertanggung dan penanggung tentang pengalihan risiko. Asuransi di Indonesia secara umum pengelompokannya dibagi 2 (dua) berdasarkan tujuan meliputi asuransi kesehatan tambahan (komersial) dan asuransi sosial. Asuransi komersial memiliki tujuan utama untuk mencari laba dan *profit oriented*. Asuransi sosial bersifat *non profit oriented* sehingga tujuan utamanya bukan untuk mencari keuntungan. Penduduk Indonesia sebagian besar mengeluarkan biaya sendiri (*out of money pocket*) untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sebelum JKN diimplementasikan. Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa sumber pembiayaan kesehatan penduduk Indonesia baik rawat jalan maupun rawat inap masih didominasi oleh biaya sendiri, mencapai 67,9 % untuk rawat jalan dan 53,5 % untuk rawat inap. Jumlah peserta BPJS Kesehatan di Indonesia berdasarkan data bulan Mei 2022 mencapai 241,7 juta jiwa atau 88,6 % dari total jumlah penduduk Indonesia, sedangkan untuk wilayah Jawa Timur sebesar 32 juta jiwa atau sekitar 78 % dari jumlah penduduk Jawa Timur.

Masyarakat sebagian besar memiliki asuransi yang bersifat wajib pada era JKN ini, disamping juga memiliki Asuransi Kesehatan Tambahan yang kepesertaannya bersifat tidak wajib. Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) mengantisipasi kekhawatiran dari masyarakat yang sudah memiliki asuransi kesehatan komersial dan menyatakan bahwa meskipun prinsip bisnis BPJS Kesehatan (asuransi sosial) dan Asuransi Kesehatan Tambahan berbeda, namun keduanya dapat tetap saling bersinergi melalui mekanisme koordinasi manfaat. Pengaturan tentang pelaksanaan koordinasi manfaat diatur dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 4 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Koordinasi Manfaat dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (selanjutnya disebut Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2016). Koordinasi manfaat merupakan metode dimana 2 (dua) atau lebih penanggung (*insurer*) menanggung orang yang sama untuk manfaat asuransi kesehatan yang sama. Penyelenggaraan koordinasi manfaat dengan tetap membatasi total manfaat dalam jumlah tertentu yang tidak melebihi jumlah pelayanan kesehatan yang dibiayai.

III

Masyarakat yang sebagian memiliki lebih dari satu asuransi (*double insurance*) telah membuka peluang adanya praktik koordinasi manfaat di Indonesia. Skema koordinasi manfaat diharapkan dapat membantu peserta JKN yang memiliki asuransi ganda memperoleh beberapa keuntungan. Keuntungan yang memungkinkan yaitu naik kelas perawatan, mendapatkan paket manfaat yang tidak ditanggung dalam JKN, serta untuk selisih biaya dapat ditanggung oleh Asuransi Kesehatan Tambahan. Besaran biaya merefleksikan biaya aktual pasien yang dijamin dalam praktik koordinasi manfaat sesuai jumlah hari rawat dan jenis perawatan. Namun dalam praktik pelaksanaannya masih ada peluang untuk terjadinya penyalahgunaan pelayanan.

Saat ini di Indonesia mulai diterapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 tentang Petunjuk Teknis Penjaminan Pelayanan Kesehatan dengan Asuransi Kesehatan Tambahan dalam Program Jaminan Kesehatan (selanjutnya disebut Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020). Peraturan dimaksud menjelaskan bahwa peserta jaminan kesehatan dapat meningkatkan perawatan yang lebih tinggi dari haknya dengan mengikuti Asuransi Kesehatan Tambahan. Apabila ada peningkatan perawatan maka akan ada selisih biaya yang harus dibayarkan oleh peserta jaminan kesehatan.

Pengaturan Asuransi Sosial dan Asuransi Kesehatan Tambahan yang belum detail dapat menjadi celah adanya perbedaan perlakuan terhadap peserta JKN yang hanya memiliki BPJS Kesehatan dan peserta JKN yang memiliki *double insurance*. Hal tersebut dikhawatirkan dapat memunculkan *gap* terjadinya ketidakadilan penerapan koordinasi manfaat pada peserta JKN baik peserta BPJS Kesehatan ataupun Asuransi Kesehatan Tambahan. Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Analisis Yuridis Koordinasi Manfaat Pada BPJS Kesehatan Pasca Berlakunya Peraturan BPJS Nomor 4 Tahun 2020.

B. METODE

Penelitian merupakan penelitian hukum normatif atau doktrinal (*legal research*)/Kepustakaan (*library research*). Penulis mengumpulkan dan meneliti bahan pustaka atau data sekunder yang mencakup bahan hukum primer, sekunder dan tertier. Obyek hukum sebagai ilmu atau aturan yang sifatnya dogmatik, yaitu sebagai kaidah/norma/*law in book*. Sesuai dengan jenis penelitiannya yakni penelitian hukum normatif maka dalam penelitian ini menggunakan pendekatan perundang-undangan (*statute approach*) dan pendekatan konsep (*conceptual approach*).

C. HASIL ATAU PEMBAHASAN

1. Tinjauan Yuridis Koordinasi Manfaat Pada BPJS Kesehatan Dan Asuransi Kesehatan Tambahan Pada Program JKN

Asuransi kesehatan adalah salah satu bagian dari lingkup penyelenggaraan asuransi jiwa sebagaimana yang diatur pada Pasal 2 ayat (2) UU Perasuransian. Sistem asuransi kesehatan sosial mulai dikembangkan di Indonesia dengan adanya JKN, bertujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam

III

sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. Unsur-unsur asuransi kesehatan sosial antara lain: (a) tata laksana terkait penyelenggaraan diatur dalam peraturan perundang-undangan; (b) perikatan atau perjanjian yang terjadi antara para pihak, lahir karena undang-undang mengharuskan; (c) memiliki sifat wajib bagi pihak yang telah memenuhi persyaratan perundang-undangan yang bersangkutan; (d) pemerintah bertindak sebagai penyelenggara atau penanggung; (e) tujuan utama penyelenggaraan bukan mencari laba namun memberikan jaminan sosial kepada masyarakat; (f) premi dan manfaat diatur secara progresif; (g) pemerintah mengatur besaran premi yang ditetapkan dengan perundang-undangan dan disesuaikan dengan kepatutan masyarakat (*social adequacy*) dari pada keadilan pribadi (*private equity*) dan (h) tidak ada pilihan mengenai masalah kepentingan dan peristiwa (*eventment*).

Asuransi kesehatan tambahan memiliki sifat sistem kepesertaan yang bersifat sukarela serta memiliki tujuan untuk mencari keuntungan (*profitable bussiness*). Asuransi kesehatan tambahan lebih cenderung kepada kepentingan ekonomi. Unsur-unsur Asuransi Kesehatan Tambahan meliputi: (a) penyelenggaraannya bukan karena ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan; (b) perikatan yang terjadi antara tertanggung dengan penanggung berdasarkan perjanjian; (c) memiliki sifat bagi peserta; (d) pihak penanggung bisa dari badan swasta atau pemerintah; (e) mengutamakan perlindungan terhadap risiko individual; (f) tujuan utama untuk mencari keuntungan; (g) perbandingan antara premi dan santunan bersifat proporsional; (h) besarnya premi dan santunan ditetapkan berdasarkan perjanjian; (i) adanya pilihan bagi tertanggung mengenai kepentingan dan peristiwa (*eventment*) yang akan diasuransikan.

Masyarakat Indonesia sebagian besar memiliki *double insurance*, yaitu asuransi kesehatan sosial dan Asuransi Kesehatan Tambahan, sehingga pemerintah mengembangkan skema koordinasi manfaat untuk menjembatani kondisi tersebut. Koordinasi manfaat diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 serta Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2016. Koordinasi manfaat bertujuan untuk memastikan pembayaran yang tepat dengan mengidentifikasi tunjangan kesehatan yang tersedia bagi penerima manfaat dan mengkoordinasikan proses pembayaran untuk mencegah kesalahan pembayaran ataupun pembayaran berlebih dari biaya yang seharusnya dibayarkan kepada *provider* atau tertanggung.

Prinsip penyelenggaraan koordinasi manfaat BPJS Kesehatan adalah koordinasi manfaat yang diperoleh peserta tidak melebihi total jumlah biaya pelayanan kesehatan, yang artinya jika jumlah biaya perawatan yang diklaim rumah sakit lebih besar dari tarif *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBG's), asuransi tambahan akan membayar selisihnya namun jika tidak melebihi tarif INA-CBG's maka tidak akan ada pembayaran dari asuransi tambahan sebagai penjamin kedua. Salah satu pelayanan kesehatan yang sering dilakukan pasien yang memiliki *double insurance* adalah melakukan peningkatan perawatan.

Hal terkait peningkatan perawatan pada peserta jaminan kesehatan diatur pada Pasal 2 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 yang menjelaskan



bahwa peserta jaminan kesehatan dapat meningkatkan perawatan lebih tinggi dari haknya dengan mengikuti program Asuransi Kesehatan Tambahan. Peningkatan perawatan yang lebih tinggi dari haknya termasuk pelayanan rawat jalan eksekutif. Hal ini sesuai dengan aturan sebagaimana tercantum pada Pasal 10 Permenkes 51 Tahun 2018 yang menyatakan bahwa peserta dapat meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya termasuk rawat jalan eksekutif. Pelayanan rawat jalan eksekutif adalah layanan kesehatan rawat jalan non reguler di FKRTL sakit yang melibatkan pelayanan dokter spesialis dan dokter sub-spesialis yang berada pada satu fasilitas ruangan terpadu secara khusus.

Apabila pasien menginginkan naik kelas perawatan, maka pasien harus membayar selisih biaya atas haknya dengan biaya pribadi maupun Asuransi Kesehatan Tambahan. Berdasarkan Pasal 10 ayat (1) Permenkes 51 Tahun 2018, dijelaskan bahwa “Peserta dapat meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya termasuk rawat jalan eksekutif”. Selanjutnya pada Pasal 10 ayat (3) Permenkes 51 Tahun 2018, dijelaskan bahwa “Peserta yang ingin meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenakan Selisih Biaya antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan pelayanan”.

Menurut Permenkes 51 Tahun 2018, urun biaya yang dimaksud adalah tambahan biaya yang dibayar oleh peserta pada saat memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan. Sedangkan selisih biaya adalah tambahan biaya yang dibayar oleh peserta pada saat memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dibanding haknya. Perhitungan selisih biaya dilakukan oleh fasilitas kesehatan sesuai Pasal 7 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 dan dilaksanakan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan serta mempersiapkan administrasi tagihan kepada Asuransi Kesehatan Tambahan.

Pasal 11 Permenkes 51 Tahun 2018 mengatur ketentuan terkait pembayaran selisih biaya. Pembayaran selisih biaya untuk kenaikan kelas pelayanan rawat inap dari kelas 3 (tiga) ke kelas 2 (dua) dan dari kelas 2 (dua) ke kelas 1 (satu), harus membayar selisih biaya antara tarif INA-CBG's pada kelas rawat inap lebih tinggi yang dipilih dengan tarif INA-CBG's pada kelas rawat inap yang sesuai hak peserta. Pembayaran selisih biaya untuk kenaikan kelas pelayanan rawat inap di atas kelas 1 (satu), harus membayar selisih biaya paling banyak sebesar 75 % (tujuh puluh lima perseratus) dari tarif INA-CBG's. Pasal 12 Permenkes 51 Tahun 2018 mengatur bahwa pembayaran selisih biaya pelayanan rawat jalan eksekutif dilakukan dengan ketentuan membayar biaya paket pelayanan rawat jalan eksekutif paling banyak sebesar Rp. 400.000 (empat ratus ribu rupiah) untuk setiap episode rawat jalan.

Pemerintah mengatur tata laksana terkait koordinasi manfaat dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020. Pasca diberlakukannya Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 maka Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 tahun 2016 dinyatakan tidak berlaku lagi. Pasca diberlakukannya Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020, untuk koordinasi manfaat

III

dengan Asuransi Kesehatan Tambahan dapat tetap dilakukan sesuai dengan amanah undang-undang dan Peraturan Presiden dimana BPJS Kesehatan berperan sebagai penjamin dan pembayar pertama. Adapun untuk ketentuan kenaikan kelas/perawatan di poli klinik eksekutif tetap mengacu pada Permenkes 51 Tahun 2018.

2. Kekosongan Norma pada Pengaturan Koordinasi Manfaat pada BPJS Kesehatan dan Asuransi Kesehatan Tambahan

Kekosongan hukum juga dapat terjadi karena keadaan yang terjadi belum dapat diatur dalam suatu peraturan perundang-undangan atau apabila sudah diatur dalam suatu peraturan perundang-undangan namun tidak jelas atau bahkan tidak lengkap. Kekosongan hukum dapat mengakibatkan terjadinya ketidakpastian hukum (*rechtsonzekerheid*) atau ketidakpastian peraturan perundang-undangan di masyarakat, dampak lebih lanjut akan berakibat kepada kekacauan hukum (*rechtsverwarring*).

Regulasi yang mengatur koordinasi manfaat di Indonesia terdapat pada beberapa Peraturan Menteri Kesehatan dan Peraturan BPJS Kesehatan. Aturan tersebut mengatur secara umum terkait koordinasi manfaat, namun belum ada aturan secara detail dan terperinci yang mengatur pelaksanaan di lapangan. Skema koordinasi manfaat di Indonesia diatur oleh beberapa aturan, antara lain meliputi:

- a. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan;
- b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 Tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan;
- c. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 4 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Koordinasi Manfaat;
- d. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 tentang Petunjuk Teknis Penjaminan Pelayanan Kesehatan dengan Asuransi Kesehatan Tambahan dalam Program Jaminan Kesehatan.

Pengaturan koordinasi manfaat antara BPJS kesehatan dengan Asuransi Kesehatan Tambahan sudah diatur dalam beberapa perundang-undangan yang dijabarkan di atas, namun pada pelaksanaannya masih dijumpai adanya aspek-aspek yang belum diatur dalam perundang-undangan. Pasal 2 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 mengatur bahwa peserta jaminan kesehatan dapat meningkatkan perawatan yang lebih tinggi dari haknya termasuk rawat jalan eksekutif sebagaimana diatur dalam undang-undang dengan mengikuti program Asuransi Kesehatan Tambahan. Penggunaan istilah perawatan yang lebih tinggi dari haknya ini belum memiliki arti dan batasan yang jelas, karena pada pasal-pasal selanjutnya dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 tidak dijelaskan lebih lanjut tentang apa yang dimaksud dengan perawatan yang lebih tinggi dari haknya.

Pasal 10 Permenkes 51 Tahun 2018 juga mengatur hal yang selaras yaitu peserta dapat meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya

III

termasuk rawat jalan eksekutif. Perawatan yang lebih tinggi dari haknya pada Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 perlu dijelaskan lebih detail agar terdapat batasan yang jelas dan tidak menimbulkan multitafsir dalam pelaksanaan di lapangan, terutama di fasilitas kesehatan. Istilah perawatan terlalu umum untuk digunakan dan dikhawatirkan dapat menimbulkan kekaburan norma.

Pasal 4 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 menjelaskan bahwa apabila pasien melakukan peningkatan perawatan yang lebih tinggi dari haknya meliputi rawat jalan eksekutif maka BPJS sebagai pembayar pertama dan Asuransi Kesehatan Tambahan sebagai penjamin kedua. Hal ini berarti BPJS Kesehatan akan menanggung biaya pasien sesuai dengan tarif INA-CBG's dan apabila terdapat selisih biaya maka Asuransi Kesehatan Tambahan sebagai penjamin kedua wajib untuk membayar selisih biaya tersebut. Selisih biaya adalah tambahan biaya yang dibayar peserta pada saat memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi daripada haknya. Pada pengaturan ini belum ada ketentuan yang mengatur tentang tata laksana pembayaran selisih biaya, tata laksana klaim serta berkas dokumen klaim yang perlu untuk disiapkan.

Pasal 23 ayat 4 UU SJSN terkait dengan kenaikan kelas perawatan menjelaskan bahwa dalam hal peserta membutuhkan rawat inap di rumah sakit, maka kelas pelayanan yang diberikan adalah berdasarkan kelas standar. Peserta yang menginginkan kelas lebih tinggi daripada haknya (kelas standar), dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti Asuransi Kesehatan Tambahan atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.

Pasal 24 Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (selanjutnya disebut Perpres Perubahan Jaminan Kesehatan) serta Pasal 10 ayat 1-3 Permenkes 51 Tahun 2018 memperkuat hal tersebut diatas dengan menyatakan: (a) Peserta yang menginginkan kelas yang lebih tinggi dari haknya dapat mengikuti Asuransi Kesehatan Tambahan; (b) Selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya atas kelas yang lebih tinggi dari haknya dapat dibayar oleh peserta yang bersangkutan, pemberi kerja atau Asuransi Kesehatan Tambahan.

Aturan yang jelas terkait selisih biaya serta dasar penetapan besaran selisih biaya dalam UU SJSN belum ada, sehingga perlu dilakukan pengaturan lebih lanjut. Perlunya pengkajian ulang terkait aturan selisih biaya yang sudah ada antara lain Permenkes 51 Tahun 2018, Pasal 4 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 dan UU SJSN serta dibandingkan pelaksanaan berbagai aturan tersebut di lapangan. Berdasarkan observasi dan diskusi yang dilakukan oleh penulis dengan beberapa pihak rumah sakit di wilayah Sidoarjo, diketahui bahwa fakta pelaksanaannya sampai saat ini rumah sakit masih belum mendapatkan kejelasan dalam penetapan selisih biaya terutama untuk rawat jalan eksekutif karena kurangnya sosialisasi serta belum ada petunjuk teknis yang detail dan siap pakai untuk diterapkan.



Salah satu upaya dalam menghadapi kondisi tersebut adalah melakukan rekonstruksi hukum untuk membangun kembali substansi hukum terkait selisih biaya serta tata laksana detail yang meliputi pihak Asuransi Sosial, Asuransi Kesehatan Tambahan, fasilitas kesehatan dan peserta koordinasi manfaat. Pengaturan terkait dasar hukum koordinasi manfaat untuk rawat jalan eksekutif belum detail terutama perihal kewajiban dari Asuransi Kesehatan Tambahan. Sebagian besar Asuransi Kesehatan Tambahan memiliki program *coverage* untuk rawat jalan, tergantung dari program yang dipilih oleh peserta, namun juga ada beberapa Asuransi Kesehatan Tambahan yang hanya menanggung biaya pelayanan kesehatan apabila pasien menginap. Sebagaimana diatur dalam Pasal 10 ayat (6) Permenkes 51 Tahun 2018 pelayanan rawat jalan eksekutif merupakan pelayanan kesehatan rawat jalan non reguler di rumah sakit melalui pelayanan dokter spesialis-subspesialis dalam 1 (satu) fasilitas ruangan terpadu secara khusus tanpa menginap di rumah sakit dengan sarana prasarana di atas standar.

Pelayanan rawat jalan eksekutif diberikan pada FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 3 Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020. Hal tersebut juga tercantum pada Pasal 10 ayat (1) Permenkes 51 Tahun 2018 yang menyatakan bahwa “Peserta dapat meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya termasuk rawat jalan eksekutif”. Terkait aturan ini juga perlu diperjelas dalam petunjuk teknis pelaksanaan koordinasi manfaat, apakah pasien bisa langsung datang ke rumah sakit atau FKRTL untuk mendapatkan layanan rawat jalan eksekutif tanpa mengikuti rujukan berjenjang dari FKTP. Sebagaimana sudah dijelaskan sebelumnya, bahwa pelayanan yang langsung ke rumah sakit tanpa melalui rujukan berjenjang tidak dapat dijamin BPJS Kesehatan dan hanya dijamin oleh Asuransi Kesehatan Tambahan sesuai polis yang diperjanjikan. Pengaturan yang lebih detail dalam peraturan perundang-undangan diperlukan agar tidak merugikan pasien.

Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 apabila ditinjau dari substansi hukum dinilai terlalu umum dan belum dapat langsung digunakan sebagai petunjuk teknis di lapangan. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 disusun dengan pertimbangan guna mewujudkan kepastian hukum dalam pelaksanaan peningkatan perawatan yang lebih tinggi dari haknya dengan mengikuti Asuransi Kesehatan Tambahan. Namun apabila dibandingkan dengan aturan sebelumnya yang telah dicabut yaitu Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2016, malah ditemukan banyak kekosongan norma terkait detail pelaksanaannya. Pengaturan yang lebih detail perlu dilakukan terkait dasar hukum antara asuransi sosial (BPJS Kesehatan) dengan Asuransi Kesehatan Tambahan.

Pihak BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara JKN dalam hal ini perlu mengadakan forum yang melibatkan penyelenggara AKT serta pihak fasilitas kesehatan, terutama rumah sakit yang terlibat langsung dalam perawatan pasien. Diskusi terkait kondisi nyata yang terjadi di lapangan baik yang dihadapi oleh pihak fasilitas kesehatan maupun penyelenggara AKT perlu dilakukan secara komprehensif. Rekonstruksi hukum guna memperbaharui substansi



hukum penting dilaksanakan agar aturan yang tercantum dapat menjadi solusi untuk menjawab tantangan yang terjadi selama ini. Pengkajian perlu dilakukan kembali terkait Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 dimana substansi hukumnya terlalu umum untuk dianggap sebagai petunjuk teknis.

D. PENUTUP

Berdasarkan pembahasan di atas maka penelitian ini dapat disimpulkan bahwa norma hukum pengaturan koordinasi manfaat dalam hukum positif di Indonesia diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Koordinasi Manfaat dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dan selanjutnya digantikan oleh Peraturan BPJS Kesehatan No 4 Tahun 2020 tentang Petunjuk Teknis Penjaminan Pelayanan Kesehatan dengan Asuransi Kesehatan Tambahan dalam Program Jaminan Kesehatan. Substansi hukum dalam Peraturan BPJS Kesehatan No 4 Tahun 2020 masih bersifat terlalu umum serta terdapat kekosongan norma hukum sehingga belum mampu menjadi solusi bagi tantangan yang dihadapi oleh pihak rumah sakit maupun Asuransi Kesehatan Tambahan dalam menerapkan koordinasi manfaat. Pemerintah diharapkan mampu melakukan rekonstruksi hukum dengan mengkaji kembali semua aturan yang mengatur tentang koordinasi manfaat, selisih biaya dan urun biaya sehingga kekosongan norma dapat segera diselesaikan. Upaya pengkajian dapat dilakukan dengan mempertimbangkan pendapat dari pihak rumah sakit dan penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan terkait tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaannya sehingga norma hukum yang dirumuskan sesuai dengan kebutuhan.

E. UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan terselesaikannya penelitian ini saya ucapkan terima kasih banyak kepada Rektor, Dekan Fakultas Hukum, Kaprodi dan jajaran akademik dan admin Universitas Hang Tuah Surabaya. Terima kasih kepada kedua orang tua, suami dan anak saya, teman kuliah serta sekertaris saya, You Are Nita Sari yang selalu memberikan dukungan.

F. DAFTAR PUSTAKA.

- Agus Yudha Hernoko.(2008). *Hukum Perjanjian Asas Proporsionalitas Dalam Kontrak Komersial*.Yogyakarta: Laksbang Mediatama.
- Arief Suryono.(2020).*Pengetahuan Dasar Asuransi Hukum*. Surakarta: UNS Press
- Burhan Bungin.(2003). *Metodologi Penelitian Kualitatif Aktualisasi Metodologis ke Arah Ragam Varian Kontemporer*. Jakarta : Rajagrafindo.
- E. Sumaryono.(1995). *Etika Profesi Hukum*. Yogyakarta: Kanisius.
- Eka Afrina Djamhari et al. (2020). *Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya?*, Jakarta.
- Eko Rahman Setiawan.(2014). *Kajian Coordination of Benefit* antara BPJS Kesehatan dengan Asuransi Kesehatan Komersial Badan Penjamin Lainnya pada Awal Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Tahun



2014. *Tesis*. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Febri Murtiningtias. (2020). Perjanjian Kerjasama antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dengan RSUP Dr. Mohammad Hoesin dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan. *Tesis*, Program Studi Magister Hukum Fakultas Hukum, Universitas Sriwijaya.
- Goddard, M., & Smith P. (2010). Equity of Access to Health Care Services: Theory and Evidence from The UK, *Social Science & Medicine*, 53 (9).
- Hans Kelsen. (2011). *General Theory of Law and State*, Terjemahan Raisul Muttaqien. Bandung: Nusamedia.
- Man Suparman Sastrawidjaja dan Endang. (1993). *Kedudukan Hukum Asuransi Sosial dalam Pengaturan Undang-Undang Hukum Asuransi Nasional serta Kemungkinan Pengembangan Ruang Lingkupnya*, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- , *Hukum Asuransi*. (2002). *Perlindungan Tertanggung Asuransi Deposito*, Alumni, Bandung.
- Maria Farida Indrati. (2007). *Ilmu Perundang-Undangan*, Jilid 1. Yogyakarta: Kanisius.
- Mokhamad Khoirul Huda. (2020). *Hukum Asuransi Jiwa: Masalah-Masalah Aktual di Era Disrupsi 4.0*. Surabaya: Scopindo Media Pustaka.
- Pamjaki, *Manage Care Part A*. (2008). Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Ahli Asuransi Kesehatan Indonesia, Jakarta.
- Peter Mahmud Marzuki. (2016). *Penelitian Hukum*, Cetakan ke-12, Edisi Revisi. Jakarta : Kencana.
- , *Penelitian Hukum*. (2016). Cetakan ke-14, Edisi Revisi. Jakarta : Kencana.
- Radiks Purba. (1995). *Memahami Asuransi di Indonesia*. Jakarta : PT. Pustaka Binaman Pressindo.
- Skipper H. D. (2020). *Insurance in the General Agreement on Trade is Services*. Washington : American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Sri Redjeki Hartono, *Hukum Dagang, Asuransi dan Hukum Auransi di Indonesia*, Cetakan Pertama, IKIP Semarang Press, Semarang.
- Wirdjono Prodjodikoro. (1991). *Hukum Asuransi di Indonesia*. Jakarta : Intermasa.