



***Pre-Admission Confirmation* sebagai Instrumen Perlindungan Hukum Rumah Sakit dalam Skema Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)**

Mohamad Ihsan Ramdani^{1*}, Diah Nurlita²

¹Program Doktor Ilmu Hukum, Fakultas Hukum Universitas Islam Bandung, Indonesia

²Politeknik Kesehatan Tasikmalaya, Indonesia

*Penulis Korespondensi: ihsan.docsan@gmail.com

Abstract. *This study is motivated by the increasing complexity of financing coordination between the National Health Insurance (BPJS Kesehatan) and supplementary health insurance providers under the Coordination of Benefits (KAPJ) scheme, which creates potential claim disputes and administrative risks for hospitals. Although Minister of Health Decree No. HK.01.07/MENKES/1117/2025 regulates payment allocation and membership verification mechanisms, it does not explicitly recognize pre-admission confirmation as a preventive legal protection instrument. This research aims to analyze the normative position of pre-admission confirmation within the KAPJ framework, conceptualize it as a preventive legal protection mechanism, and formulate a proportional implementation model. The study employs a normative juridical method using statutory and conceptual approaches through literature review of relevant regulations and scholarly works. The findings indicate that pre-admission confirmation possesses implicit normative legitimacy through membership verification obligations and system integration requirements, and functions as a risk allocation mechanism that clarifies payment responsibilities prior to service delivery. Its implementation enhances legal certainty, reduces fraud potential, and minimizes claim disputes, provided that access to emergency medical services remains guaranteed.*

Keywords: *Coordination of Benefits; Health Financing Governance; Hospital Administration; Pre-Admission Confirmation; Preventive Legal Protection.*

Abstrak. Penelitian ini dilatarbelakangi oleh meningkatnya kompleksitas koordinasi pembiayaan antara BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan dalam skema Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ), yang berpotensi menimbulkan sengketa klaim dan risiko administratif bagi rumah sakit. Meskipun Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1117/2025 telah mengatur mekanisme pembagian pembayaran dan verifikasi kepesertaan, belum terdapat pengaturan eksplisit mengenai *pre-admission confirmation* sebagai instrumen perlindungan hukum preventif. Penelitian ini bertujuan menganalisis kedudukan normatif *pre-admission confirmation* dalam kerangka KAPJ, mengkonstruksinya sebagai mekanisme perlindungan hukum preventif, serta merumuskan model implementasi yang proporsional. Metode yang digunakan adalah yuridis normatif dengan pendekatan perundang-undangan dan konseptual melalui studi kepustakaan terhadap regulasi dan literatur ilmiah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *pre-admission confirmation* memiliki legitimasi normatif implisit melalui kewajiban verifikasi kepesertaan dan integrasi sistem, serta berfungsi sebagai instrumen alokasi risiko yang memperjelas tanggung jawab pembayaran sebelum pelayanan diberikan. Mekanisme ini berimplikasi pada peningkatan kepastian hukum, pengurangan potensi fraud, dan penurunan sengketa klaim, sepanjang tetap menjamin akses pelayanan dalam kondisi gawat darurat.

Kata kunci: Administrasi Rumah Sakit; *Health Financing Governance*; Konfirmasi Pra-Pendaftaran; Koordinasi Manfaat; Perlindungan Hukum Preventif.

1. LATAR BELAKANG

Transformasi tata kelola pembiayaan kesehatan secara global menunjukkan kecenderungan meningkatnya koordinasi antara asuransi publik dan asuransi tambahan guna menjaga keberlanjutan fiskal serta efisiensi sistem pelayanan kesehatan. Integrasi skema jaminan dinilai mampu mengurangi tumpang tindih pembiayaan dan memperluas cakupan layanan apabila disertai mekanisme koordinasi administratif yang jelas (Venkataramana & RamiReddy, 2024). Namun demikian, studi kebijakan pembiayaan kesehatan menunjukkan

bahwa lemahnya desain pengawasan dan rantai verifikasi meningkatkan risiko inefisiensi serta potensi penyimpangan dana asuransi (Zhang et al., 2025). Dalam konteks manajemen klaim rumah sakit, ketidakjelasan prosedur verifikasi awal sering berujung pada penolakan klaim dan proses banding yang kompleks (Owolabi, 2025). Di Indonesia, implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menghadapi tantangan serius terkait fraud dan sengketa pembiayaan, yang berdampak pada stabilitas dana jaminan dan kepercayaan institusi pelayanan kesehatan (Firmansyah et al., 2022).

Literatur terbaru menunjukkan bahwa fraud dalam sistem asuransi kesehatan sering muncul akibat lemahnya integrasi data, manipulasi klaim, dan kurangnya verifikasi administratif sebelum pelayanan diberikan (Nurlianti et al., 2025). Analisis peluang fraud dalam JKN menegaskan bahwa kesempatan administratif dan kelemahan kontrol internal merupakan faktor dominan yang memicu penyimpangan (Agustini et al., 2025). Studi empiris di tingkat rumah sakit juga memperlihatkan bahwa sistem pencegahan fraud yang tidak disertai verifikasi awal meningkatkan risiko kerugian finansial dan sengketa dengan penjamin (Saru et al., 2023). Selain itu, kepastian hukum dalam sektor kesehatan dipandang sebagai prasyarat penting untuk melindungi institusi pelayanan dari risiko administratif dan sanksi regulator (Silapurna, 2022). Meskipun berbagai studi telah membahas fraud dan pengawasan pembiayaan kesehatan, belum banyak kajian yang secara spesifik mengkonstruksi mekanisme *pre-admission confirmation* sebagai instrumen perlindungan hukum preventif bagi rumah sakit dalam skema koordinasi penjamin.

Dari perspektif konseptual, kebutuhan akan verifikasi sebelum pelayanan dapat dianalisis melalui prinsip indemnity dalam hukum asuransi dan doktrin *coordination of benefits*, yang menekankan pembagian tanggung jawab pembayaran secara proporsional untuk mencegah *overcompensation* dan klaim ganda. Penguatan strategi pencegahan fraud terbukti berkontribusi terhadap stabilitas keuangan perusahaan asuransi dan keberlanjutan sistem pembiayaan kesehatan (Andia, 2024). Sistem pelaporan internal dan mekanisme verifikasi yang kuat juga menjadi komponen penting dalam tata kelola anti-fraud modern (Ridwan et al., 2024). Dalam konteks administrasi rumah sakit, integrasi proses pra-rawat inap dan koordinasi antar-penyedia layanan berpengaruh terhadap efisiensi serta kualitas tata kelola klaim (Forstner et al., 2023). Dengan demikian, *pre-admission confirmation* dapat dipahami sebagai mekanisme alokasi risiko dan penguatan kepastian hukum sebelum timbulnya kewajiban pembayaran.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kedudukan normatif *pre-admission confirmation* dalam kerangka Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) berdasarkan

KMK No. HK.01.07/MENKES/1117/2025, mengkonstruksinya sebagai instrumen perlindungan hukum preventif bagi rumah sakit, serta merumuskan model implementasi yang sejalan dengan prinsip koordinasi manfaat dan tata kelola anti-fraud. Pertanyaan penelitian yang diajukan meliputi: (1) bagaimana legitimasi normatif *pre-admission confirmation* dalam sistem KAPJ; (2) bagaimana mekanisme tersebut berfungsi sebagai alat mitigasi risiko hukum dan finansial; dan (3) bagaimana desain idealnya agar tidak menghambat akses pelayanan kesehatan.

Kontribusi ilmiah artikel ini terletak pada pengembangan konstruksi teoretis baru yang menempatkan *pre-admission confirmation* bukan sekadar prosedur administratif, melainkan sebagai instrumen perlindungan hukum preventif dalam tata kelola pembiayaan kesehatan terintegrasi. Berbeda dengan penelitian terdahulu yang berfokus pada deteksi fraud berbasis teknologi atau stabilitas finansial penjamin (Rahman, 2025) dan pada aspek kontraktual asuransi kesehatan (Laras et al., 2025), artikel ini menawarkan perspektif normatif yang menekankan pencegahan sengketa melalui verifikasi pra-pelayanan sebagai bentuk konkret alokasi risiko dan penguatan kepastian hukum dalam sistem jaminan kesehatan nasional.

2. KAJIAN TEORITIS

Kajian teoritis penelitian ini dibangun atas tiga pilar konseptual utama, yaitu teori perlindungan hukum preventif, prinsip indemnity dan doktrin *coordination of benefits* dalam hukum asuransi, serta teori tata kelola dan pencegahan fraud dalam sistem pembiayaan kesehatan. Ketiga kerangka ini menjadi dasar untuk mengkonstruksi *pre-admission confirmation* sebagai instrumen perlindungan hukum rumah sakit dalam skema Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ).

Secara konseptual, perlindungan hukum preventif bertujuan mencegah timbulnya sengketa sebelum kerugian terjadi melalui mekanisme administratif yang memastikan kepastian hak dan kewajiban para pihak. Dalam sektor kesehatan, kepastian hukum dipandang sebagai elemen esensial untuk menjaga keseimbangan antara akuntabilitas layanan dan perlindungan institusi pelayanan kesehatan (Silapurna, 2022). Studi mengenai tata kelola pembiayaan publik juga menekankan bahwa lemahnya sistem pengawasan dan verifikasi administratif dapat menimbulkan ketidakpatuhan dan ketidakefisienan penggunaan dana kesehatan (Bostan et al., 2022). Dalam konteks kebijakan asuransi kesehatan, efektivitas pengawasan sangat bergantung pada desain kebijakan yang sistematis dan integratif (Zhang et al., 2025). Oleh karena itu, mekanisme verifikasi sebelum pelayanan dapat diposisikan sebagai bentuk perlindungan hukum preventif yang memperkuat kepastian administratif.

Pilar kedua adalah prinsip indemnity dalam hukum asuransi, yang menyatakan bahwa pembayaran klaim tidak boleh menyebabkan tertanggung memperoleh keuntungan melebihi kerugian yang dialami. Prinsip ini menjadi dasar berkembangnya doktrin *coordination of benefits* (COB), yaitu pembagian tanggung jawab pembayaran antara penjamin utama dan penjamin tambahan untuk mencegah klaim ganda dan *overcompensation*. Integrasi skema asuransi publik dan tambahan memerlukan mekanisme koordinasi yang jelas untuk menghindari konflik administratif dan tumpang tindih pembayaran (Venkataramana & RamiReddy, 2024). Dalam praktik manajemen klaim rumah sakit, kegagalan verifikasi awal sering menyebabkan penolakan klaim dan proses banding yang kompleks serta mahal (Owolabi, 2025). Dengan demikian, *pre-admission confirmation* dapat dipahami sebagai implementasi operasional dari prinsip indemnity dan COB dalam konteks pembiayaan kesehatan terintegrasi.

Pilar ketiga berkaitan dengan teori pencegahan fraud dan alokasi risiko dalam sistem jaminan kesehatan. Fraud dalam asuransi kesehatan merupakan ancaman global yang berdampak pada keberlanjutan dana jaminan dan stabilitas keuangan institusi pelayanan kesehatan (Firmansyah et al., 2022). Literatur terbaru menunjukkan bahwa peluang fraud meningkat ketika terdapat kelemahan kontrol internal dan kurangnya integrasi sistem informasi (Nurlianti et al., 2025). Analisis empiris juga mengidentifikasi bahwa faktor kesempatan administratif dan lemahnya verifikasi awal menjadi determinan utama terjadinya penyimpangan klaim (Agustini et al., 2025). Sistem pelaporan internal dan mekanisme pencegahan fraud berbasis tata kelola organisasi terbukti efektif dalam meminimalkan risiko apabila disertai kontrol verifikasi yang memadai (Ridwan et al., 2024).

Dari perspektif manajemen rumah sakit, integrasi proses pra rawat inap dan koordinasi antar penyedia layanan berpengaruh terhadap efisiensi administrasi dan kualitas tata kelola klaim (Forstner et al., 2023). Stabilitas finansial perusahaan asuransi juga berkorelasi dengan efektivitas strategi pencegahan fraud dan penguatan kontrol internal (Andia, 2024). Di sisi lain, perkembangan teknologi analitik dan kecerdasan buatan dalam deteksi klaim menunjukkan bahwa sistem verifikasi awal menjadi fondasi penting dalam pengelolaan risiko klaim secara sistematis (Rahman, 2025). Hubungan kontraktual antara penyedia layanan dan perusahaan asuransi juga menuntut kejelasan cakupan manfaat serta prosedur klaim guna mencegah sengketa interpretasi polis (Laras et al., 2025).

Dengan mensintesis ketiga pilar tersebut, *pre-admission confirmation* dapat dikonstruksikan sebagai mekanisme preventif yang mengintegrasikan perlindungan hukum, prinsip indemnity, koordinasi manfaat, dan tata kelola anti fraud. Secara teoritis, mekanisme

ini berfungsi sebagai instrumen alokasi risiko yang memperjelas tanggung jawab pembayaran sebelum pelayanan diberikan, memperkuat kepastian hukum, serta mendukung keberlanjutan sistem pembiayaan kesehatan terintegrasi. Konstruksi ini memperluas diskursus hukum kesehatan dengan menempatkan verifikasi pra pelayanan bukan sekadar prosedur administratif, melainkan sebagai bagian integral dari sistem perlindungan hukum preventif dalam tata kelola pembiayaan kesehatan modern.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode yuridis normatif dengan pendekatan kualitatif-deskriptif yang bertujuan untuk mengkonstruksi *pre-admission confirmation* sebagai instrumen perlindungan hukum preventif dalam skema Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ). Metode yuridis normatif dipilih karena penelitian ini berfokus pada analisis norma, prinsip hukum, dan konstruksi doktrin, bukan pada pengujian perilaku empiris. Pendekatan normatif dinilai tepat dalam studi tata kelola pembiayaan kesehatan karena permasalahan utama terletak pada desain regulasi dan struktur pengawasan kebijakan (Zhang et al., 2025). Penelitian kebijakan pembiayaan publik juga menegaskan bahwa evaluasi normatif terhadap kerangka regulasi diperlukan untuk menilai efektivitas sistem pengawasan dana kesehatan (Bostan et al., 2022).

Pendekatan yang digunakan meliputi pendekatan perundang-undangan (*statute approach*), pendekatan konseptual (*conceptual approach*), dan pendekatan komparatif terbatas (*comparative approach*). Pendekatan perundang-undangan dilakukan dengan menganalisis Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1117/2025 beserta regulasi terkait pencegahan fraud dan hubungan kontraktual asuransi kesehatan. Pendekatan konseptual digunakan untuk mengkaji teori perlindungan hukum preventif, prinsip indemnity, serta doktrin *coordination of benefits* dalam hukum asuransi. Pendekatan komparatif dilakukan dengan menelaah praktik pengelolaan klaim dan mekanisme verifikasi awal di berbagai sistem asuransi kesehatan modern, yang terbukti mempengaruhi stabilitas sistem dan efisiensi klaim (Venkataramana & RamiReddy, 2024).

Sumber data penelitian berupa data sekunder yang terdiri atas bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier. Bahan hukum primer mencakup peraturan perundang-undangan yang mengatur sistem jaminan kesehatan dan hukum asuransi. Bahan hukum sekunder meliputi artikel jurnal bereputasi sepuluh tahun terakhir yang membahas fraud dalam asuransi kesehatan, stabilitas keuangan penjamin, dan tata kelola klaim. Literatur menunjukkan bahwa fraud dalam sistem jaminan kesehatan sering dipicu oleh lemahnya

kontrol administratif dan kurangnya verifikasi awal sebelum pelayanan diberikan (Nurlianti et al., 2025). Penelitian lain menegaskan bahwa penguatan strategi pencegahan fraud berkontribusi signifikan terhadap stabilitas finansial institusi asuransi (Andia, 2024). Selain itu, studi mengenai manajemen klaim menunjukkan bahwa proses banding dan sengketa klaim sering kali bersumber dari kegagalan verifikasi administratif sebelum pelayanan (Owolabi, 2025).

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui studi kepustakaan (*library research*) dengan penelusuran sistematis terhadap publikasi ilmiah dan dokumen kebijakan yang relevan. Analisis data dilakukan secara kualitatif melalui metode interpretasi sistematis dan teleologis terhadap norma hukum, serta penalaran deduktif dalam mengkonstruksi legitimasi normatif *pre-admission confirmation*. Pendekatan ini selaras dengan kajian-kajian sebelumnya yang menekankan pentingnya desain kebijakan dan integrasi sistem dalam pencegahan fraud dan penguatan tata kelola klaim (Firmansyah et al., 2022). Hasil analisis kemudian disintesis untuk merumuskan model konseptual *pre-admission confirmation* sebagai mekanisme alokasi risiko dan perlindungan hukum preventif dalam sistem pembiayaan kesehatan terintegrasi.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Bagian ini menguraikan hasil analisis normatif terhadap kedudukan *pre-admission confirmation* dalam kerangka Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) berdasarkan KMK No. HK.01.07/MENKES/1117/2025, dengan memperkuat argumentasi melalui sintesis minimal lima belas literatur terbaru dari jurnal bereputasi. Pembahasan difokuskan pada tiga dimensi utama, yaitu konstruksi normatif, fungsi perlindungan hukum preventif, dan model implementasi dalam tata kelola pembiayaan kesehatan terintegrasi.

Konstruksi Normatif *Pre-Admission Confirmation* dalam Skema KAPJ

KMK 1117/2025 mengatur kewajiban koordinasi kepesertaan aktif, integrasi sistem informasi, pembagian tanggung jawab pembayaran (75% BPJS dan maksimal 175% asuransi tambahan), serta penguatan pencegahan fraud. Walaupun tidak secara eksplisit menyebut *pre-admission confirmation*, kewajiban verifikasi sebelum pelayanan menciptakan dasar legitimasi normatif bagi mekanisme konfirmasi pra-pelayanan.

Penelitian mengenai konvergensi skema asuransi publik dan tambahan menunjukkan bahwa keberhasilan integrasi sangat bergantung pada koordinasi administratif yang jelas dan sistem verifikasi yang kuat (Venkataramana & RamiReddy, 2024). Evaluasi kebijakan pengawasan dana asuransi kesehatan juga menegaskan bahwa desain pengawasan berbasis verifikasi awal meningkatkan efektivitas kontrol pembiayaan (Zhang et al., 2025).

Dalam praktik manajemen klaim, kegagalan verifikasi administratif sebelum pelayanan sering berujung pada penolakan klaim dan proses banding yang memakan biaya serta waktu (Owolabi, 2025). Hal ini menunjukkan bahwa konfirmasi awal merupakan instrumen rasional untuk memastikan kesesuaian cakupan manfaat sebelum timbulnya kewajiban pembayaran.

Prinsip Indemnity dan Coordination of Benefits

Prinsip indemnity dalam hukum asuransi menegaskan bahwa pembayaran klaim tidak boleh melebihi kerugian aktual bertanggung. Dalam konteks koordinasi penjamin, doktrin *coordination of benefits* (COB) berfungsi menghindari klaim ganda dan konflik pembayaran. Studi kontraktual asuransi kesehatan menunjukkan bahwa sengketa sering timbul akibat ketidakjelasan pembagian tanggung jawab pembayaran (Laras et al., 2025).

Integrasi proses pra-rawat inap dan koordinasi antar-penjamin terbukti meningkatkan efisiensi administratif serta memperkuat kepastian klaim (Forstner et al., 2023). Dengan demikian, *pre-admission confirmation* dapat dipahami sebagai mekanisme operasional untuk memastikan penerapan prinsip indemnity secara konsisten sebelum tindakan medis dilakukan.

Integrasi Sistem dan Stabilitas Finansial

Studi mengenai stabilitas keuangan perusahaan asuransi menunjukkan bahwa strategi penguatan kontrol internal dan pencegahan fraud berkontribusi signifikan terhadap keberlanjutan institusi (Andia, 2024). Implementasi sistem analitik berbasis kecerdasan buatan dalam deteksi klaim juga menekankan pentingnya data awal yang tervalidasi (Rahman, 2025). Hal ini mengindikasikan bahwa verifikasi pra-pelayanan merupakan fondasi penting dalam manajemen risiko klaim modern.

Pre-Admission Confirmation sebagai Instrumen Perlindungan Hukum Preventif

Konsep perlindungan hukum preventif bertujuan mencegah timbulnya sengketa sebelum kerugian terjadi melalui mekanisme administratif yang menjamin kepastian hak dan kewajiban para pihak. Dalam konteks KAPJ, *pre-admission confirmation* berfungsi mengurangi risiko administratif, finansial, dan litigatif bagi rumah sakit melalui verifikasi kepesertaan dan cakupan manfaat sebelum tindakan medis dilakukan. Dalam sistem jaminan kesehatan yang kompleks dan multipayer, pendekatan preventif dinilai lebih efektif dibanding pendekatan korektif pasca-klaim, karena mampu mengendalikan potensi konflik sejak tahap awal pelayanan (Inggi & Achadi, 2024).

Selain itu, implementasi strategi pencegahan fraud yang terstruktur dalam BPJS Kesehatan menunjukkan bahwa penguatan mekanisme verifikasi administratif pada fase pra-pelayanan merupakan bagian penting dari sistem pengendalian internal (Hana & Prabowo,

2025). Dengan demikian, *pre-admission confirmation* dapat dipahami sebagai instrumen kontrol ex-ante dalam tata kelola pembiayaan kesehatan.

Pencegahan Fraud dalam Sistem Jaminan Kesehatan

Fraud dalam JKN menjadi isu sistemik yang berdampak pada stabilitas dana jaminan (Firmansyah et al., 2022). Analisis peluang fraud menunjukkan bahwa lemahnya kontrol administratif dan integrasi data meningkatkan risiko penyimpangan klaim (Agustini et al., 2025). Literatur review terbaru juga menegaskan bahwa fraud administratif sering terjadi akibat kurangnya verifikasi awal terhadap kepesertaan dan cakupan manfaat (Nurlianti et al., 2025). Studi empiris mengenai penerapan strategi anti-fraud di BPJS Kesehatan menegaskan bahwa deteksi dini dan validasi data sebelum klaim diproses secara signifikan menurunkan potensi penyimpangan (Hana & Prabowo, 2025). Penggunaan teknologi kecerdasan buatan dalam sistem deteksi fraud asuransi kesehatan juga menunjukkan bahwa efektivitas pengawasan sangat bergantung pada kualitas data awal yang tervalidasi (Syahrudin, 2024).

Penelitian berbasis jaringan informasi heterogen menemukan bahwa model deteksi fraud yang efektif selalu memerlukan data administratif yang telah diverifikasi sebelum klaim diajukan (Lu et al., 2023). Demikian pula, pendekatan pembelajaran berbasis struktur graf menunjukkan bahwa integrasi data kepesertaan dan manfaat sejak tahap pra-pelayanan berperan penting dalam menekan klaim fiktif dan manipulatif (Hong et al., 2024).

Implementasi sistem *whistleblowing* dan pengawasan internal akan lebih efektif apabila didukung mekanisme konfirmasi pra pelayanan (Ridwan et al., 2024). Studi di tingkat rumah sakit menunjukkan bahwa penguatan sistem pencegahan fraud berpengaruh langsung terhadap pengurangan risiko kerugian institusi (Saru et al., 2023). Dengan demikian, *pre-admission confirmation* dapat dikonstruksikan sebagai bagian integral dari arsitektur anti-fraud berbasis pencegahan.

Kepastian Hukum dan Pengurangan Sengketa

Kepastian hukum dalam sektor kesehatan menjadi prasyarat bagi perlindungan institusi pelayanan (Silapurna, 2022). Evaluasi pembiayaan publik menegaskan bahwa transparansi dan akuntabilitas prosedur meningkatkan efisiensi penggunaan anggaran (Bostan et al., 2022). Dalam praktik asuransi kesehatan, kegagalan memastikan kesesuaian polis dan kepesertaan sebelum pelayanan sering menjadi sumber utama sengketa kontraktual. Kajian implementasi reformasi kebijakan asuransi menunjukkan bahwa kurangnya kejelasan prosedur verifikasi awal meningkatkan potensi konflik klaim dan beban litigasi (Inggi & Achadi, 2024).

Dokumentasi konfirmasi pra-pelayanan berfungsi sebagai alat pembuktian administratif yang memperjelas pembagian tanggung jawab pembayaran sebelum kewajiban

finansial timbul. Dalam perspektif tata kelola modern, mekanisme verifikasi awal juga memperkuat akuntabilitas dan integritas sistem pembiayaan kesehatan (Hana & Prabowo, 2025). Dengan demikian, *pre-admission confirmation* tidak hanya berfungsi sebagai prosedur administratif, tetapi sebagai mekanisme perlindungan hukum preventif yang mengalokasikan risiko secara proporsional dan memperkuat posisi hukum rumah sakit dalam menghadapi potensi sengketa klaim.

Model Implementasi Ideal dalam Kerangka KAPJ

Berdasarkan analisis normatif terhadap KMK No. HK.01.07/MENKES/1117/2025 dan sintesis literatur mengenai tata kelola pembiayaan kesehatan, pencegahan fraud, serta manajemen klaim terintegrasi, implementasi *pre-admission confirmation* dalam skema Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) harus dirancang secara sistematis dan berlapis. Model ideal tidak cukup hanya berupa prosedur administratif, melainkan harus menjadi bagian dari arsitektur tata kelola pembiayaan kesehatan yang terintegrasi, berbasis teknologi, serta menjamin keseimbangan antara kepastian hukum dan hak atas pelayanan kesehatan.

Secara konseptual, model implementasi ini setidaknya harus memenuhi tiga komponen utama: (1) verifikasi kepesertaan dan limit manfaat secara *real-time*, (2) dokumentasi digital yang terstandarisasi dan dapat diaudit, serta (3) pengaturan pengecualian yang jelas untuk kondisi kegawatdaruratan medis. Ketiga komponen ini saling melengkapi dalam membangun sistem pencegahan sengketa dan perlindungan hukum preventif bagi rumah sakit.

Verifikasi Kepesertaan dan Limit Manfaat Secara Real-Time

Komponen pertama menekankan pentingnya integrasi sistem digital antar-penyelenggara jaminan, yaitu rumah sakit, BPJS Kesehatan, dan perusahaan asuransi tambahan. Verifikasi *real-time* memungkinkan konfirmasi langsung atas status kepesertaan aktif, jenis kepesertaan, batas manfaat (*benefit limit*), serta cakupan tindakan medis sebelum pelayanan elektif diberikan.

Literatur mengenai integrasi layanan dan manajemen transisi perawatan menunjukkan bahwa koordinasi administratif sebelum masuk rumah sakit berpengaruh signifikan terhadap efisiensi sistem dan pengurangan kesalahan administratif (Forstner et al., 2023). Dalam konteks manajemen klaim modern, kegagalan verifikasi awal sering menjadi penyebab utama penolakan klaim dan proses banding yang memakan waktu serta biaya tambahan (Owolabi, 2025). Oleh karena itu, verifikasi *real-time* tidak hanya berfungsi sebagai prosedur administratif, tetapi sebagai instrumen mitigasi risiko klaim.

Dalam kerangka KAPJ, verifikasi *real-time* juga berfungsi untuk:

- a) Memastikan kepesertaan aktif pada kedua penjamin (BPJS dan asuransi tambahan).
- b) Mengidentifikasi apakah tindakan medis termasuk dalam cakupan manfaat polis.
- c) Menghitung estimasi pembagian tanggung jawab pembayaran sesuai skema 75%–175%.
- d) Menghindari terjadinya *overlapping claim* atau *double billing*.

Secara hukum, mekanisme ini memperkuat prinsip kehati-hatian (*prudential principle*) dalam hubungan kontraktual rumah sakit dan penjamin. Rumah sakit dapat menunjukkan bahwa tindakan medis diberikan setelah dilakukan verifikasi yang memadai, sehingga memperkecil risiko tuduhan kelalaian administratif atau fraud.

Dokumentasi Digital Terstandarisasi dan Dapat Diaudit

Komponen kedua berkaitan dengan standarisasi format *pre-admission confirmation* dalam bentuk dokumen digital yang memiliki validitas administratif dan dapat diaudit. Dokumentasi ini harus memuat sekurang-kurangnya identitas peserta, status kepesertaan aktif, jenis dan kelas manfaat, estimasi biaya pelayanan, pembagian tanggung jawab pembayaran, waktu dan tanggal verifikasi dan identitas petugas verifikasi.

Dokumentasi yang terstandarisasi meningkatkan transparansi serta memperkuat posisi hukum rumah sakit apabila terjadi sengketa klaim. Studi mengenai manajemen banding klaim menunjukkan bahwa dokumentasi administratif yang lengkap menjadi faktor penentu dalam penyelesaian sengketa pembayaran (Owolabi, 2025). Selain itu, dalam perspektif tata kelola publik, transparansi prosedur dan akuntabilitas administratif berkontribusi terhadap efisiensi penggunaan dana kesehatan serta mengurangi potensi penyalahgunaan (Zhang et al., 2025). Sistem dokumentasi digital yang dapat diaudit juga mendukung kebijakan anti-fraud dengan menyediakan jejak elektronik (*audit trail*) yang jelas.

Secara normatif, dokumentasi ini dapat dikualifikasikan sebagai alat bukti tertulis dalam hal terjadi sengketa wanprestasi antara rumah sakit dan asuransi, gugatan perdata dari peserta, audit administratif oleh BPJS Kesehatan atau otoritas pengawas dan pemeriksaan dugaan pelanggaran anti-fraud. Dengan demikian, dokumentasi digital tidak hanya meningkatkan efisiensi, tetapi juga memperkuat kepastian hukum dan perlindungan institusional bagi rumah sakit.

Pengecualian untuk Kondisi Gawat Darurat

Komponen ketiga menekankan pentingnya keseimbangan antara kepastian hukum dan hak atas pelayanan kesehatan. Implementasi *pre-admission confirmation* tidak boleh menjadi hambatan dalam kondisi kegawatdaruratan medis. Dalam situasi darurat, prinsip *salus populi*

suprema lex yang berarti keselamatan pasien sebagai hukum tertinggi harus tetap menjadi prioritas. Literatur mengenai integrasi skema jaminan kesehatan menunjukkan bahwa sistem koordinasi manfaat yang efektif tetap harus menjamin akses universal terhadap pelayanan darurat tanpa hambatan administratif (Venkataramana & RamiReddy, 2024). Oleh karena itu, model ideal KAPJ harus secara eksplisit memuat ketentuan bahwa verifikasi administratif dapat dilakukan setelah kondisi pasien stabil dalam kasus gawat darurat.

Pengaturan pengecualian ini penting untuk mencegah potensi tuduhan diskriminasi administratif atau pelanggaran hak atas kesehatan. Tanpa pengaturan yang jelas, *pre-admission confirmation* berpotensi ditafsirkan sebagai mekanisme pembatasan akses layanan, yang bertentangan dengan prinsip keadilan distributif dalam sistem jaminan kesehatan nasional.

Sintesis Model Implementasi

Secara keseluruhan, model implementasi ideal *pre-admission confirmation* dalam kerangka KAPJ harus bersifat:

- a) Terintegrasi melalui sistem verifikasi real-time antar-penjamin.
- b) Akuntabel melalui dokumentasi digital terstandarisasi dan dapat diaudit.
- c) Proporsional dengan pengecualian jelas untuk kondisi gawat darurat.

Model ini menempatkan *pre-admission confirmation* sebagai mekanisme alokasi risiko yang rasional dan preventif, bukan sebagai hambatan pelayanan. Dengan desain yang tepat, mekanisme ini mampu memperkuat kepastian hukum, meminimalkan sengketa klaim, mendukung kebijakan anti-fraud, serta menjaga stabilitas pembiayaan kesehatan dalam sistem jaminan terintegrasi.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa *pre-admission confirmation* memiliki legitimasi normatif implisit dalam kerangka Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1117/2025. Meskipun tidak diatur secara eksplisit, kewajiban verifikasi kepesertaan aktif, integrasi sistem, pembagian tanggung jawab pembayaran, dan penguatan pencegahan fraud memberikan dasar hukum yang memadai untuk penerapan mekanisme konfirmasi sebelum pelayanan diberikan.

Secara teoretis, *pre-admission confirmation* dapat dikonstruksikan sebagai instrumen perlindungan hukum preventif yang mengintegrasikan prinsip indemnity, doktrin *coordination of benefits*, dan teori alokasi risiko. Mekanisme ini memperjelas tanggung jawab pembayaran, meminimalkan sengketa klaim, serta mendukung stabilitas sistem pembiayaan kesehatan

terintegrasi. Namun, penerapannya harus tetap menjamin akses pelayanan, khususnya dalam kondisi kegawatdaruratan medis.

Pembentuk kebijakan perlu mempertimbangkan pengaturan teknis yang lebih eksplisit mengenai *pre-admission confirmation* guna memberikan kepastian hukum dalam skema KAPJ. Rumah sakit dan perusahaan asuransi disarankan memperjelas klausul verifikasi pra-pelayanan dalam perjanjian kerja sama serta memperkuat dokumentasi digital dan sistem audit internal. Penelitian selanjutnya perlu menggunakan pendekatan empiris untuk menilai efektivitas implementasi mekanisme ini terhadap akses pelayanan dan stabilitas pembiayaan kesehatan.

DAFTAR REFERENSI

- Agustini, P., Veranica, R., & Mahadewi, E. P. (2025). Analysis of the possibility of fraud in the national health insurance program in Indonesia. *International Journal of Health and Pharmaceutical Analysis*, 5(1), 109–115. <https://doi.org/10.51601/ijhp.v5i1.394>
- Andia, S. (2024). Fraud prevention strategies and financial stability of insurance companies in Kenya. *African Journal of Commercial Studies*, 5(1), 42–50. <https://doi.org/10.59413/ajocs.v5.i1.6>
- Bostan, P., Asalos, N., & Bostan, I. (2022). Funding public health action programs: Allocations, budget execution and post-audit results at the level of the first pandemic year. *Ovidius University Annals, Economic Sciences Series*, 22(1), 793–802. <https://doi.org/10.61801/ouaess.2022.1.106>
- Firmansyah, Y., Haryanto, I., & Ernawati, E. (2022). Fraud issues in the national health insurance: Causes, legal impacts, dispute settlement and preventive measures. *Jurnal Multidisiplin Madani (MUDIMA)*, 2(4), 1663–1680. <https://doi.org/10.55927/mudima.v2i4.272>
- Forstner, J., Pilz, M., Straßner, C., Weis, A., Litke, N., Uhlmann, L., Peters-Klimm, F., Aluttis, F., Baldauf, A., Kiel, M., Qreini, M., Kaufmann-Kolle, P., Schubert-Haack, J., El-Kurd, N., Tomaschko-Ubeländer, K., Treffert, S., Rück, R., Handlos, B., Karakas, G., ... Szecsenyi, J. (2023). Hospital admission and discharge: Lessons learned from a large programme in southwest Germany. *International Journal of Integrated Care*, 23(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.6534>
- Hana, M. Z., & Prabowo, H. Y. (2025). Implementing fraud prevention and detection strategies in Indonesia's national health insurance: A case study at BPJS Kesehatan Yogyakarta. *At-Taradhi: Jurnal Studi Ekonomi*, 16(1). <https://doi.org/10.18592/taradhi.v16i1.16732>
- Hong, B., Lu, P., Xu, H., Lu, J., Lin, K., & Yang, F. (2024). Health insurance fraud detection based on multi-channel heterogeneous graph structure learning. *Heliyon*, 10(9), e30045. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e30045>
- Inggi, P. G., & Achadi, A. (2024). Evaluation of fraud prevention policies in the national health insurance system in Indonesia: Narrative literature review. *The Indonesian Journal of Health Promotion*, 7(10), 2449–2457. <https://doi.org/10.56338/mparki.v7i10.6164>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang pencegahan dan penanganan kecurangan (fraud) serta pengenaan*

sanksi administrasi terhadap kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1117/2025 tentang pedoman pelaksanaan pembayaran selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan.*
- Laras, D. N., Yulita, H., Ikhsan, M., & Mahadewi, E. P. (2025). Healthcare insurance agreement regarding financing of health services by insurance companies. *International Journal of Health and Pharmaceutical Analysis*, 5(3), 469–475. <https://doi.org/10.51601/ijhp.v5i3.424>
- Lu, J., Lin, K., Chen, R., Lin, M., Chen, X., & Lu, P. (2023). Health insurance fraud detection by using an attributed heterogeneous information network with a hierarchical attention mechanism. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23, Article 62, 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02152-0>
- Nurlianti, I., Winarti, S., Sujatmiko, P., & Mahadewi, E. P. (2025). Analysis of fraud in national health insurance in Indonesia: A literature review. *International Journal of Health and Pharmaceutical Analysis*, 5(3), 476–484. <https://doi.org/10.51601/ijhp.v5i3.341>
- Owolabi, T. (2025). Transforming appeal decisions: Machine learning triage for healthcare insurance systems. *JAMIA Open*, 8(1), 1–6. <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooaf016>
- Rahman, M. (2025). Data-driven graph neural network models for detecting fraudulent insurance claims in healthcare systems. *American Journal of Interdisciplinary Studies*, 6(1), 263–294. <https://doi.org/10.63125/pmqa1e33>
- Ridwan, R., Munadi, S., Fahlevi, H., & Nadirsyah, N. (2024). Fraud prevention system with whistleblowing system in health services: A systematic review. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 4(1), 13–25. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v4i1.182>
- Saru, A. A. A., Arifin, M. A., Darmawansyah, D., Syafar, M., & Rahmatia, R. (2023). Potential fraud and its prevention in the implementation of national health insurance at Dadi Regional Hospital. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 12(3), 1040–1047. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v12i3.22952>
- Silapurna, E. L. (2022). Fraud prevention legal certainty principle in health sector and implementation of health insurance program in Indonesia. *Jurnal Berkala Kesehatan*, 8(1), 61–67. <https://doi.org/10.20527/jbk.v8i1.12855>
- Syahrudin, M. (2024). A systematic literature review of artificial intelligence in detecting fraud in health insurance. *Bima Journal: Business Management and Accounting*, 5(2), 175–188. <https://doi.org/10.37638/bima.5.2.175-188>
- Venkataramana, P., & RamiReddy, C. (2024). Convergence of national and state health insurance schemes: A case study of AB PM-JAY and Dr. NTR Vaidya Seva. *EPRA International Journal of Multidisciplinary Research (IJMR)*, 10(12), 145–152. <https://doi.org/10.36713/epra2013>
- Zhang, Z., Ding, S., Yang, Z., & Hu, H. (2025). Research on quantitative evaluation of medical insurance fraud supervision policy based on the antecedents–process–outcomes framework. *PLoS ONE*, 20(1), 1–27. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313618>