

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Tujuan pembangunan kesehatan dalam Pasal 3 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan berbunyi:

“Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis”.

Prinsip dasar pembangunan kesehatan hakekatnya adalah nilai pokok sebagai landasan utama untuk berfikir dan bertindak dalam pembangunan kesehatan. Salah satu prinsip dasar pembangunan kesehatan yaitu setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh kesehatan yang setinggi-tingginya, tanpa memandang suku, golongan, agama, dan status sosial ekonominya.¹

Kenyataannya, sistem kesehatan di Indonesia telah dibangun atas dasar sistem superkapitalis, berobat di rumah sakit milik pemerintah sekalipun seorang rakyat bisa jatuh miskin atau mati tanpa memperoleh penanganan yang berarti. Sebelum Jaminan Kesehatan Nasional berfungsi penuh, rakyat tidak terlindungi dari jatuh miskin atau mati sekalipun.²

¹Hapsara Habib Rachmat, 2004, *Pembangunan Kesehatan di Indonesia*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, hal. 11.

²Hasbullah Thabrany, 2014, *Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, hal. 1.

Ditegaskan dalam Pasal 28 ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 “*Jaminan sosial merupakan hak setiap warga negara*” dan “*Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan kurang mampu*”. Pemerintah berupaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, dengan menyelenggarakan program jaminan sosial terutama untuk tujuan terjaminnya hak kesehatan orang miskin atau kurang mampu.

Pada tahun 2004, dikeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-undang tersebut mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memerdekakan rakyat dari beban finansial ketika sakit, tetapi seluruh rakyat yang cukup mampu wajib membayar ketika sehat. Sesuai dengan Pasal 23A UUD 1945 “*Pungutan lain yang bersifat memaksa diatur dengan UU*”, maka Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mewajibkan semua yang berpenghasilan membayar iuran untuk kepentingan bersama di masa depan, terlepas miskin atau tidak miskin.³ Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus

³Hapsara Habib Rachmat, *Op. Cit.*, hal. 34. “Itulah wujud kegotongroyongan, saling menolong”.

untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014.⁴

Sebagaimana dalam Pasal 36 ayat (1) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan “*Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan*”. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan. Pelaksanaan pelayanan BPJS Kesehatan menggunakan sistem rujukan berjenjang, peserta diharuskan melalui fasilitas kesehatan tingkat pertama. Setiap peserta BPJS Kesehatan tidak boleh langsung berobat ke rumah sakit kecuali dalam keadaan gawat darurat medis. Sehingga rumah sakit kini melayani kesehatan masyarakat terbatas pada rujukan tingkat lanjutan setelah fasilitas kesehatan tingkat pertama.⁵

Pengaturan biaya dalam Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Pasal 24 ayat (1) besaran pembayaran (termasuk satuannya—kapitasi atau CBG) BPJS kepada fasilitas kesehatan harus ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara BPJS dengan asosiasi fasilitas kesehatan di suatu wilayah. Dalam undang-undang BPJS Pasal 11 disebutkan

⁴Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*, <http://www.depkes.go.id/resources/download/jkn/buku-pegangan-sosialisasi-jkn.pdf>, diakses pada 30/08/2016 pukul 23:12, hal. 10.

⁵BPJS Kesehatan, 2014, *Info BPJS Kesehatan*, Buletin Edisi XI. “Pelayanan kesehatan tingkat pertama meliputi pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yaitu Puskesmas, praktik dokter perorangan, praktik dokter gigi, klinik umum dan rumah sakit kelas D Pratama. Jika di suatu daerah tidak ada dokter, maka BPJS Kesehatan dapat bekerjasama dengan bidan dan praktik perawat untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar”.

kewenangan BPJS untuk “membuat” kesepakatan besaran pembayaran mengacu “standar tarif yang ditetapkan pemerintah (Kemenkes)”.

Dirut BPJS Kesehatan, Fachmi Idris menjelaskan, DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional) sejak awal sudah menghitung besaran iuran minimal untuk PBI yakni Rp 27.500 dan tahun 2016 minimal Rp 36.000. Namun pemerintah hanya mampu membiayai PBI tahun 2014-2015 sebesar Rp 19.225 dan tahun 2016 Rp 23.000.⁶ Ini menunjukkan ketidaksesuaian antara penghitungan secara aktuarial dengan anggaran yang mampu dialokasikan pemerintah. Hal ini tentu saja, potensial menimbulkan masalah terhadap pelaksanaan hubungan kerja rumah sakit dengan BPJS Kesehatan.

Selanjutnya, penulis mengambil contoh pelaksanaan program JKN di dua rumah sakit swasta antara lain RS Kasih Ibu Surakarta dan RS Baptis Batu Malang. Dikutip Solopos, Direktur Rumah Sakit Kasih Ibu Solo, dr Sugandi Hardjanto SpB mengungkapkan selama ini biaya paket bedah yang ditentukan BPJS, ditetapkan seragam antara rumah sakit negeri dan rumah sakit swasta. “Kalau rumah sakit negeri tidak terbebani dengan itu semua. Padahal tarif disamakan. Jadi kalau dihitung-hitung, terutama bidang bedah, rumah sakit swasta harus tombok,” terangnya kepada wartawan.⁷

⁶*Iuran Naik, BPJS Masih Terancam Defisit*, Rabu 13 April 2016, <http://m.hukumonline.com/berita/baca/lt570ddfb284e99/iuran-naik-bpjs-masih-terancam-defisit>, diakses pada 10/12/16 pukul 11:40.

⁷Eni Widiastuti, Solopos News Minggu 8 Maret 2015 pukul 10:30 WIB, *RS Swasta Tombok Tarif Paket Bedah*, <http://www.solopos.com/2015/03/08/layanan-bpjs-rs-swasta-tombok-tarif-paket-bedah-582947>, diakses pada 30/08/2016 pukul 21:10. “Besaran CBG tidak memadai untuk hampir semua klinik dan rumah sakit swasta. Begitu juga dengan pembayaran CBG yang disamakan antara rumah sakit milik pemerintah dengan rumah sakit milik swasta, sementara rumah sakit milik pemerintah masih mendapat suntikan dana investasi dan gaji pegawai.”

Dikutip *Hukum Online*, Manajer Pelayanan Asuransi dan Perusahaan RS Baptis Batu, Malang, Dita Prawita Sari, mengatakan RS Baptis sudah menjadi mitra BPJS Kesehatan sejak 1 Januari 2014. Dita mengatakan salah satu masalahnya ialah besaran tarif yang tercantum dalam paket Indonesian Case Based Group (INA-CBGs). Begitu pula dengan besaran tarif untuk operasi (bedah) yang tergolong rendah daripada biaya riil yang diperlukan. Menurut Dita hal itu menuntut RS swasta untuk efektif dan efisien dalam memberi pelayanan kesehatan. Selain itu ia berharap agar besaran tarif INA-CBGs dibenahi agar sesuai dengan kebutuhan medis yang sebenarnya. Atau bisa juga dibentuk perbedaan tarif INA-CBGs antara RS swasta dan RS pemerintah untuk kelas yang sama.⁸

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian hukum dengan judul: “PELAKSANAAN HUBUNGAN KERJA ANTARA RUMAH SAKIT DENGAN BPJS KESEHATAN DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL”.

B. Pembatasan Masalah dan Perumusan Masalah

Adapun pembatasan masalah penelitian ini yaitu RSU Mulia Hati Wonogiri dan RSI Klaten serta BPJS Kesehatan Cabang Boyolali.

Berdasarkan uraian permasalahan di atas, maka penulis merumuskan antara lain:

⁸*Ini Catatan RS Swasta tentang Dua Tahun JKN*, Senin 14 Desember 2015, <http://m.hukumonline.com/berita/baca/lt566ea225ab0e7/ini-catatan-rs-swasta-tentang-dua-tahun-jkn>, diakses pada 10/09/2016 pukul 15:18. “Dita mencatat selama ini besaran tarif INA-CBGs untuk RS swasta dan RS pemerintah tidak dibedakan. Padahal kedua jenis RS itu menanggung beban yang berbeda dalam membiayai kegiatan operasionalnya.”

1. Bagaimana pelaksanaan perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional?
2. Apa saja kendala yang dialami pihak rumah sakit dan BPJS kesehatan dalam melaksanakan Program Jaminan Kesehatan Nasional?
3. Bagaimana upaya pihak BPJS Kesehatan mengatasi kendala pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan uraian latar belakang masalah dan pokok permasalahan di atas, maka tujuan penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui pelaksanaan perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional.
2. Untuk mengetahui kendala pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan dalam melaksanakan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
3. Untuk mengetahui upaya pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan mengatasi kendala pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

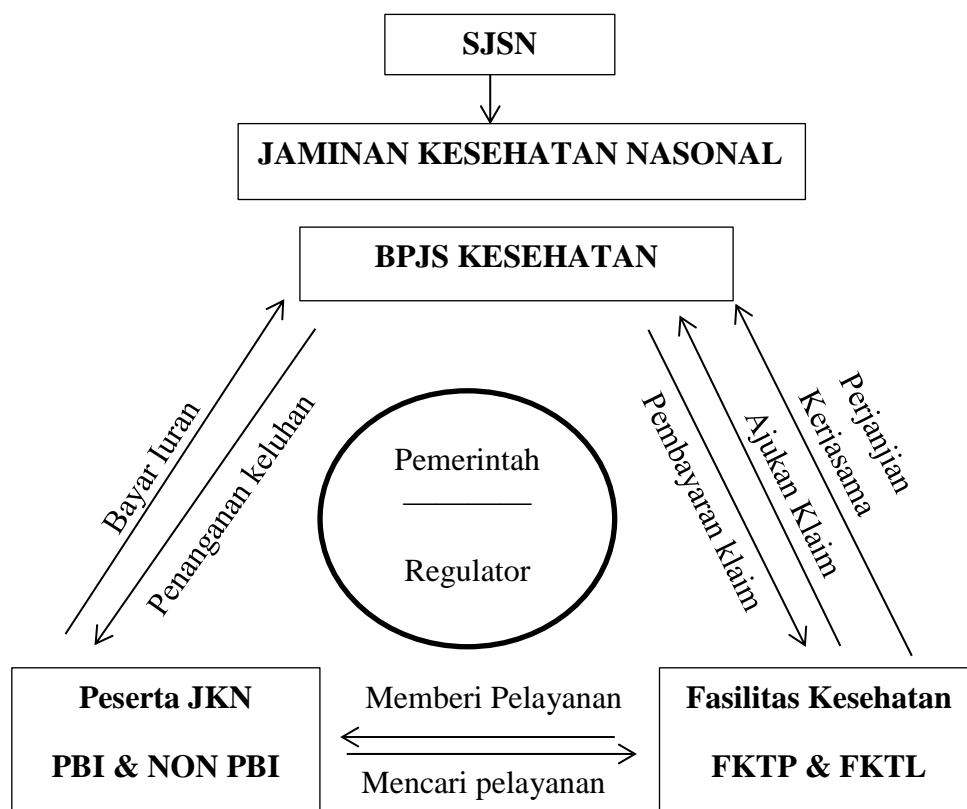
D. Manfaat Penelitian

Berdasarkan beberapa uraian tujuan penelitian di atas, maka manfaat penelitian ini adalah:

1. Manfaat Teoritis yaitu memberikan wawasan dalam bidang hukum perdata khususnya mengenai hukum perjanjian, dalam perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan.

2. Manfaat Praktis yaitu memberikan pengetahuan bagi akademisi hukum dan sumbangan pemikiran bagi para pihak yang berkepentingan terutama paramedis, BPJS dan pemerintah dalam mengatasi permasalahan yang kerap muncul selama pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

E. Kerangka Pemikiran



Berdasarkan kerangka pemikiran di atas dapat dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman,

bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.⁹

BPJS Kesehatan sebagai Badan Pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN yang bertujuan memenuhi kebutuhan kesehatan rakyat dengan mewajibkan setiap orang untuk membayar iuran tiap bulan. Kemudian oleh Pemerintah dana tersebut dialokasikan untuk pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bermitra dengan BPJS. Guna mendukung penyelenggaraan program JKN, BPJS dapat bekerja sama dengan fasilitas kesehatan melalui perjanjian kerjasama.

Perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan menimbulkan hubungan hukum antara keduanya. Sebagaimana Subekti berpendapat bahwa suatu perjanjian adalah suatu peristiwa di mana seorang berjanji kepada seorang lain atau di mana dua orang itu saling berjanji untuk meakukan sesuatu hal. Dari peristiwa ini, timbullah hubungan hukum di antara keduanya yang dinamakan perikatan. Selanjutnya, perhubungan hukum antara dua orang atau dua pihak, pihak yang satu berhak menuntut sesuatu dari pihak yang lain, dan pihak yang lain berkewajiban untuk memenuhi tuntutan itu.¹⁰

F. Metode Penelitian

Adapun metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

⁹ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Op. Cit.*, hal. 8-9.

¹⁰ Subekti, 2002, *Hukum Perjanjian*, Jakarta: Intermasa, hal.1.

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif¹¹, yaitu penulis menjabarkan pelaksanaan perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan, kendala pihak rumah sakit serta upaya yang dilakukan pihak BPJS Kesehatan untuk mengatasi kendala pelaksanaan program jaminan kesehatan.

2. Metode Pendekatan

Metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah yuridis empiris¹², yaitu mengkaji perilaku masyarakat dalam hal ini ialah pihak rumah sakit dan BPJS kesehatan yang berinteraksi dengan ketentuan perundangan terkait pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

3. Sumber dan Jenis Data

Penelitian yuridis empiris¹³ menggunakan dua jenis data, antara lain:

- a. Data primer adalah data yang diperoleh dari sumber-sumber utama berupa fakta yang diperoleh secara langsung dari narasumber, antara lain Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan BPJS Kesehatan Cabang Boyolali, Kabag. Umum dan SDM RSU Mulia Hati dan Kabag Keuangan RSI Klaten.

¹¹Mukti Fajar Nur Dewata dan Yulianto Achmad, 2015, *Dualisme Penelitian Hukum Normatif & Empiris*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, hal. 53. “Deskriptif adalah memaparkan dan menjelaskan data yang ditemukan dalam penelitian”.

¹²*Ibid.*, hal. 47. “Penelitian yang berbasis pada ilmu hukum normatif (peraturan perundangan) tetapi bukan mengkaji mengenai sistem norma dalam aturan perundang-undangan, namun mengamati bagaimana reaksi dan interaksi yang terjadi ketika norma itu bekerja di dalam masyarakat”.

¹³*Ibid.*, hal. 59. “Penelitian hukum yuridis empiris menggunakan data primer sebagai sumber data utama selain data sekunder atau kepustakaan”.

- b. Data sekunder¹⁴ dibedakan menjadi:
- 1) Bahan Hukum Primer terdiri dari:
 - a) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).
 - b) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
 - c) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
 - d) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
 - e) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
 - f) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
 - g) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional.
 - h) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2016 tentang perubahan atas Permenkes Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
 - i) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.
 - 2) Bahan hukum sekunder berupa literatur-literatur pendukung penelitian tentang pelaksanaan hubungan kerja antara rumah sakit

¹⁴*Ibid.*, hal. 60. "Data Sekunder merupakan studi dokumen dan studi kepustakaan mengenai keterkaitan data dengan permasalahan yang diajukan dalam penelitian."

dengan BPJS Kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

3) Bahan hukum tersier yaitu kamus hukum dan KBBI.

4. Metode Pengumpulan Data

Penulis dalam melakukan penelitian menggunakan metode pengumpulan data antara lain:

a. Studi Kepustakaan

Studi pustaka dilakukan dengan cara mencari, memperoleh, menganalisis semua referensi berupa peraturan perundang-undangan, pendapat para ahli yang terdapat dalam buku-buku, dan jurnal-jurnal yang berkaitan dengan penelitian.

b. Studi Lapangan

Studi lapangan dilakukan dengan penulis turun langsung ke lapangan guna memperoleh data primer yang berkaitan dengan objek kajian yang diteliti dengan cara wawancara bersama narasumber antara lain Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan BPJS Kesehatan Cabang Boyolali, Kabag. Umum dan SDM RSU Mulia Hati dan Kabag Keuangan RSI Klaten.

5. Metode Analisis Data

Penulis akan menganalisa penelitian ini secara kualitatif¹⁵ dengan menguraikan pelaksanaan perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan, kendala pihak rumah sakit dalam melaksanakan program

¹⁵*Ibid.*, hal. 53-54. "Pendekatan atau metode kualitatif adalah metode yang mengungkapkan fakta-fakta secara mendalam berdasar karakteristik ilmiah dari individu atau kelompok untuk memahami dan mengungkap sesuatu dibalik fenomena."

jaminan kesehatan nasional dan upaya pihak BPJS Kesehatan mengatasi kendala pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional.

G. Sistematika Skripsi

Untuk lebih mengetahui dan mempermudah dalam memperoleh gambaran skripsi, berikut sistematika skripsi di bawah ini:

Bab I Pendahuluan yang berisikan tentang Latar Belakang Masalah, Pembatasan Masalah dan Perumusan Masalah, Tujuan Penelitian, Manfaat Penelitian, Kerangka Pemikiran, Metode Penelitian, dan Sistematika Skripsi.

Bab II Tinjauan Pustaka menguraikan Tinjauan Umum tentang Perjanjian Kerjasama, Tinjauan Umum tentang Rumah Sakit, Tinjauan Umum tentang BPJS Kesehatan, Tinjauan Umum tentang JKN.

Bab III Hasil Penelitian dan Pembahasan yang akan membahas tentang Hasil Penelitian dan Pembahasan yaitu: 1) Pelaksanaan Perjanjian Kerjasama antara Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan; 2) Kendala Pihak Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan dalam Melaksanakan Program Jaminan Kesehatan Nasional; 3) Upaya Pihak Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan Mengatasi Kendala Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

Bab IV Penutup yang berisikan kesimpulan yang ditarik dari hasil penelitian oleh penulis dan saran bagi pihak yang berkaitan dalam penulisan skripsi ini.