

FUNGSI KELEMBAGAAN INDEPENDEN DALAM PENGUATAN MEKANISME PENYELESAIAN SENGKETA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Function of Independent Institution in Strengthening Mechanism of Dispute Resolution on National Health Insurance

Asep Kusnali, Turniani Laksmiarti, Diyan Ermawan Effendi

Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan,
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Naskah Masuk: 22 Juni 2016, Perbaikan: 29 Agustus 2016, Layak Terbit: 14 September 2016

ABSTRAK

BPJS Kesehatan merupakan salah satu Lembaga Jasa Keuangan yang diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Berdasarkan Peraturan OJK No. 1/POJK.07/2014 tentang Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa di Sektor Jasa Keuangan, Lembaga Jasa Keuangan wajib menjadi anggota Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa di sektor jasa keuangan. Namun terdapat perbedaan mekanisme penyelesaian sengketa dalam program JKN yaitu adanya peran atau intervensi negara sebagai penyelenggara JKN. Kajian yang digunakan adalah yuridis normatif dengan menggunakan analisis data secara kualitatif. Potensi sengketa dalam JKN yang bersumber pengaduan terjadi karena adanya hubungan antara Peserta dengan BPJS Kesehatan dan Peserta dengan fasilitas kesehatan. Sedangkan sengketa yang bersumber di luar pengaduan terjadi karena adanya hubungan antara fasilitas kesehatan dengan BPJS, dan asosiasi fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan. Pola hubungan yang beragam tersebut perlu diakomodasi dalam suatu lembaga yang independen untuk mengawasi pelaksanaan JKN di lapangan, seperti pembayaran klaim yang terlambat, pemberian kode diagnosa atau coding, peserta mandiri yang tidak bisa naik kelas perawatan, kontrak kerja sama dengan BPJS Kesehatan, dan masalah lainnya. Keberadaan lembaga independen adalah penting sekaligus sebagai bentuk penguatan sistem penyelesaian sengketa alternatif dan meminimalisir masuknya sengketa ke pengadilan. Pembentukan lembaga independen yang sekaligus berfungsi sebagai wasit dalam sengketa JKN perlu di tata ulang untuk memudahkan Pemerintah menjalankan tugas dalam fungsi pengaturan dan pengawasan.

Kata kunci: penyelesaian sengketa, JKN, independen

ABSTRACT

The Healthcare BPJS (BPJS-Kesehatan) is one of the Financial Services Institutions that is supervised by the Financial Services Authority (OJK). According to the OJK Regulation No. 1/POJK.07/2014 on Alternative Dispute Resolution Institution in Financial Services Sector, Financial Services Institution must be a member of the Alternative Dispute Resolution Institution in the financial services sector. However, there is a difference in the dispute resolution mechanism in the National Health Insurance (JKN) program. The difference is related to the existence of the government's role or intervention as the organizer of JKN. The method of the study was normative juridical with qualitative data analysis. The potential disputes in JKN from the complaints basis are caused by the existence of direct connections between the members (patients) and the BPJS-Kesehatan as well as connection between the members (patients) and the Health Facilities. Meanwhile, the disputes that are originated from the basis other than complaints occur because of the connection between Health Facilities and BPJS-Kesehatan as well as the connection between Health Facilities Association and BPJS-Kesehatan. This varied pattern of relationships needs to be accommodated in an independent institution to oversee the implementation of JKN in the field such as the late payment on claims, diagnosis coding, independent participants who could not ascend the treatment class, cooperation agreement with BPJS-Kesehatan, and other issues. The existence of independent institutions

Korespondensi:

Asep Kusnali

Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan,

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta Pusat

E-mail: asepkusnali@yahoo.com

is essential as a form of alternative dispute resolution system strengthening and minimizing the influx of the disputes to the court. The establishment of an independent institution that also functions as an arbiter in the JKN disputes needs to be reorganized to facilitate the government's regulatory and supervisory functions.

Keywords: Dispute resolution, JKN, Independent

PENDAHULUAN

Pertumbuhan peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang pesat, jauh melampaui target dan belum diimbangi ketersediaan sarana dan prasarana fasilitas kesehatan dapat mengakibatkan lemahnya kualitas pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut berpotensi menimbulkan friksi yang berujung pada sengketa di sektor kesehatan maupun sektor jasa keuangan. Untuk mengatasi masalah tersebut, UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS memberikan ruang penyelesaian sengketa melalui beberapa tahapan, yaitu tahapan penanganan pengaduan, mediasi dan pengadilan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan Lembaga Jasa Keuangan yang diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Hal ini ditegaskan dalam Pasal 1 angka 4 Jo. angka 10 Peraturan OJK No. 1/POJK.07/2014 tentang Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa di Sektor Jasa Keuangan, bahwa yang termasuk Lembaga Jasa Keuangan adalah Lembaga Jasa Keuangan Lainnya yang menyelenggarakan pengelolaan dana masyarakat yang bersifat wajib meliputi penyelenggara program jaminan sosial dan dinyatakan diawasi oleh OJK berdasarkan peraturan perundang-undangan. Hal ini sejalan dengan ciri-ciri BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam UU No. 24 Tahun 2011 sebagai penyelenggara program jaminan sosial (Pasal 1 angka 1) yang mengelola dana seluruh masyarakat sebagai peserta yang bersifat wajib (Pasal 4 huruf g) dan diawasi oleh lembaga pengawas eksternal yang independen yaitu OJK dan dalam hal tertentu Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) dapat melakukan pemeriksaan (Pasal 39 ayat (3) huruf b).

Berdasarkan Peraturan OJK No. 1/POJK.07/2014 dalam Pasal 3 ayat (1) disebutkan bahwa Lembaga Jasa Keuangan wajib menjadi anggota Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa di sektor jasa keuangan. Kewajiban tersebut merupakan bagian dari rangkaian perlindungan konsumen dalam memfasilitasi penyelesaian pengaduan dan memberikan kemudahan akses bagi masyarakat

terhadap keadilan (*access to justice*). Menurut Bryan G. Garth (1978:228), alternatif penyelesaian sengketa merupakan bentuk reformasi terhadap sistem peradilan untuk melindungi hak-hak individu dan kelompok. Hal ini karena penyelesaian sengketa melalui pengadilan memiliki kelemahan memakan waktu yang relatif lama, saat ini belum ada peluang untuk memaksimalkan individu dalam mengatasi hukum dalam menyelesaikan masalah tanpa bantuan profesional yang mahal (Rhode, 2001:1816). Berdasarkan data Mahkamah Agung RI dalam tahun 2007 sampai 2012 beban perkara relatif tinggi atau rata-rata tidak lebih dari 60% perkara yang diputuskan setiap tahun, sehingga sisanya menjadi beban pekerjaan pada tahun berikutnya (Mahkamah Agung RI, 2007–2012).

Mekanisme penyelesaian sengketa dalam program JKN belum diarahkan pada penyelesaian pada suatu lembaga penyelesaian alternatif sengketa yang independen sebagaimana petunjuk dalam Peraturan OJK No. 1/POJK.07/2014. Perbedaan penyelesaian sengketa dalam JKN dengan sengketa oleh jasa keuangan lainnya, terletak pada adanya peran dan intervensi negara sebagai penyelenggara JKN yang sangat diperlukan untuk mewujudkan dan meningkatkan kesejahteraan rakyat (*welvaarstaat* atau *verzorgingsstaat*) dan adanya hubungan hukum yang melibatkan banyak pihak antara lain BPJS Kesehatan, peserta (masyarakat), fasilitas pelayanan kesehatan dan asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan. Ketiadaan lembaga alternatif penyelesaian sengketa dalam JKN dapat berdampak bergantungnya penyelesaian sengketa pada lembaga penyelesaian sengketa lain dan bahkan pengadilan.

METODE

Studi ini merupakan kajian hukum normatif, yaitu mengkaji ketentuan-ketentuan dalam peraturan perundang-undangan terkait penyelesaian sengketa dalam penyelenggaraan JKN yang mencakup kajian terhadap asas-asas hukum, sistematika hukum dan taraf sinkronisasi (Soekanto, 2007:14). Pelaksanaan kajian dalam bulan Nopember hingga Desember 2015.

Data yang dikumpulkan berupa bahan hukum primer berupa peraturan perundang-undangan terkait penyelesaian sengketa dalam JKN dan bahan hukum sekunder berupa bahan kepustakaan. Metode analisis data secara deskriptif, dengan langkah pertama menghimpun literatur dan dokumen-dokumen yang relevan sebagai sumber data dan informasi yang diperlukan; kedua adalah pemilahan atau mengklasifikasikan data secara sistematis; ketiga adalah analisis berdasarkan kerangka dasar teori; keempat adalah pengambilan kesimpulan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hubungan Hukum dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

Penyelenggaraan JKN telah melahirkan hubungan hukum yang beragam dan dapat berimplikasi pada sengketa yang melibatkan berbagai lembaga penyelesaian sengketa yang berbeda dari setiap hubungan-hubungan hukum yang terjadi.

1. Hubungan Hukum antara Peserta dengan BPJS Kesehatan

Salah satu prinsip dalam penyelenggaraan JKN adalah kepesertaan bersifat wajib, yaitu prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan kesehatan. Hal ini berarti setiap orang (masyarakat) dikehendaki atau tidak mengikatkan dirinya berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS untuk menjadi Peserta. Maka lahirlah perikatan yang menimbulkan hak dan kewajiban antara Peserta dengan BPJS Kesehatan. Sehingga hubungan hukum yang terjadi diakibatkan karena adanya perikatan yang lahir karena undang-undang. Berdasarkan Pasal 1352 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata) disebutkan "*Perikatan yang lahir karena undang-undang, timbul dari undang-undang sebagai undang-undang atau dari undang-undang sebagai akibat perbuatan orang*" (Subekti dan R. Tjitrosudibio, 2008). Konsekuensi logis dari perikatan tersebut apabila terjadi perbuatan yang bertentangan dengan kewajiban hukum si pelaku atau melanggar hak subjektif orang lain maka dapat dikategorikan sebagai perbuatan melawan hukum.

Hubungan antara Peserta dengan BPJS Kesehatan secara kontekstual tidak seperti hubungan antara konsumen dengan Pelaku Usaha Jasa Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Peraturan OJK No. 1/POJK.07/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan. Hal ini karena

BPJS Kesehatan berbeda dengan pengertian Pelaku Usaha Jasa Keuangan, demikian jika membandingkan antara Peserta BPJS Kesehatan dengan konsumen di sektor jasa keuangan.

2. Hubungan Hukum antara Peserta dengan Fasilitas Kesehatan

Fasilitas Kesehatan merupakan organ yang memiliki kemandirian untuk melakukan perbuatan hukum (*rechtshandeling*), namun Fasilitas Kesehatan diberi kedudukan hukum sebagai *person* dan karenanya merupakan *rechtspersoon*. Oleh karena itu, Fasilitas Kesehatan dibebani dengan hak dan kewajiban menurut hukum atas tindakan yang dilakukannya (Aziz, 2010:36). Terdapat perbedaan hubungan hukum dalam konteks Praktik Kedokteran (dokter umum maupun dokter gigi) sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dibandingkan dengan fasilitas kesehatan lainnya yang telah berbadan hukum maupun badan usaha.

Hubungan hukum antara Praktik Kedokteran dengan Pasien merupakan hubungan yang secara langsung antara Dokter dan Pasien melahirkan aspek hukum horizontal kontraktual yang bersifat *inspanning verbintenis*, di mana dokter hanya berupaya berdasarkan ilmu pengetahuan dan pengalamannya untuk menyembuhkan Pasien. Dengan demikian, hanya terdapat satu bidang tanggung jawab di dalam Praktik Kedokteran sebagai Fasilitas Kesehatan yaitu tanggung jawab di bidang medis di mana dokter/dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran sebagai penanggung jawab atas tindakan yang dilakukannya. Tanggung jawab medis tersebut melahirkan tanggung jawab hukum dokter terhadap pasien, baik perdata, pidana maupun administratif.

Hubungan Fasilitas Kesehatan lainnya, yaitu Puskesmas, Klinik dan Rumah Sakit dengan Pasien yaitu bahwa Fasilitas Kesehatan ialah pihak yang harus memberikan prestasi, sementara dokter dan para medis hanya berfungsi sebagai *employee* (*subordinate* dari Fasilitas Kesehatan) yang bertugas melaksanakan kewajiban Fasilitas Kesehatan dengan perkataan lain, kedudukan Fasilitas Kesehatan adalah sebagai *prinsipal* dan dokter sebagai *agent*. Sedangkan kedudukan pasien adalah sebagai pihak yang wajib memberikan kontra-prestasi.

Dilihat dari sudut pandang Fasilitas Kesehatan sebagai lembaga korporasi, maka tanggung jawab Fasilitas Kesehatan tersebut meliputi tanggung jawab yang berkaitan dengan personalia, tanggung

jawab yang menyangkut sarana dan prasarana, dan tanggung jawab yang menyangkut *duty of care*. Dalam hal tanggung jawab Fasilitas Kesehatan yang berkaitan dengan personalia (kecuali praktik kedokteran), dikenal adanya doktrin *vicarious liability*, *hospital liability* dan *corporate liability* sehingga Fasilitas Kesehatan dapat bertanggung gugat terhadap kelalaian atau kesalahan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (Wahyudi, 2011:520).

3. Hubungan Hukum antara Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan

Hubungan hukum antara Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan dibangun dari hubungan kontraktual melalui perjanjian kerja sama yang didasarkan pada Pasal 11 huruf e UU No. 24 Tahun 2011 di mana BPJS berwenang membuat dan menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan, dan Pasal 36 ayat (4) Perpres No. 12 Tahun 2013, yaitu fasilitas kesehatan milik Pemerintah yang telah memenuhi persyaratan wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan yang dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis.

Perselisihan atas Perjanjian Kerja Sama dapat terjadi karena adanya wanprestasi oleh salah satu pihak. Menurut Subekti (2005:45), wanprestasi adalah apabila si berhutang tidak melakukan apa yang dijanjikannya maka ia dikatakan melakukan wanprestasi, alpa atau lalai atau ingkar janji atau juga ia melanggar perjanjian, bila ia melakukan atau berbuat sesuatu yang tidak boleh dilakukannya. Yahya Harahap (1978:45) menyebutkan bahwa pelaksanaan kewajiban yang tidak tepat pada waktunya atau dilakukan tidak menurut selayaknya dapat dikatakan sebagai wanprestasi. Dalam hubungan tersebut Fasilitas Kesehatan bertanggung jawab secara perdata terhadap semua kegiatan baik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan atau non tenaga kesehatan (Dwiriani, 2009: 108) dalam pelaksanaan JKN. Bahkan dalam ranah hukum perdata wanprestasi merupakan salah satu bentuk malpraktek (Turingsih, 2012:270), sehingga dalam pelaksanaan perjanjian antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan harus dilaksanakan dengan prinsip kehati-hatian.

Penyelesaian Sengketa dalam Jaminan Kesehatan Nasional

1. Sengketa yang Bersumber Pengaduan

Pelayanan yang dapat diadukan dalam penyelenggaraan JKN meliputi pelayanan

administratif, pelayanan medis, pelayanan non-medis, biaya diluar ketentuan dan pelayanan obat (Idris, 2015). Jenis pelayanan yang dapat diadukan Peserta kepada BPJS Kesehatan termasuk pelayanan yang diberikan Fasilitas Kesehatan. Dalam penyelesaian pengaduan tersebut UU No 24 Tahun 2011 Pasal 48 telah memberikan kewenangan atribusi kepada BPJS Kesehatan yang selanjutnya diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 2 Tahun 2014 tentang Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta oleh BPJS Kesehatan.

UU No. 24 Tahun 2011 hanya mengatur penyelesaian sengketa antara Peserta dengan BPJS Kesehatan yang didahului dengan penyelesaian pengaduan. Namun dalam Perpres No. 12 Tahun 2013 sebagai peraturan pelaksana UU No. 24 Tahun 2011 mekanisme penyelesaian sengketa dapat dilaksanakan tanpa melalui proses pengaduan dan memberikan ruang untuk tidak memilih mediasi sebagai alternatif penyelesaian sengketa. Pilihan penyelesaian sengketa didasarkan apabila musyawarah tidak memberikan kata sepakat maka dapat dilanjutkan di pengadilan.

Permenkes No. 28 Tahun 2014 telah memfasilitasi penyelesaian sengketa melalui mediasi oleh Tim Monitoring-Evaluasi Penyelenggaraan Pelayanan JKN (Tim Monev), yang berada dan dilakukan secara berjenjang mulai tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi, hingga Pusat. Dalam hal sengketa tidak dapat diselesaikan oleh Tim Monev Pusat maka Menteri Kesehatan dapat menjadi mediator dalam proses mediasi tersebut. Tim Monev tingkat Kabupaten/Kota dan provinsi ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi melalui Dinas Kesehatan Provinsi sedangkan Tim Monev tingkat Pusat ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Ada pendapat bahwa mediator dari Pemerintah akan tidak jelas dan dapat dimainkan untuk kepentingan pribadi (Astor, 2007:3), untuk itu dalam penyelesaian sengketa JKN mediator Pemerintah diperlukan sifat independensi dari Pemerintah sendiri yang bertujuan melindungi kepentingan masyarakat.

Pada dasarnya penyelesaian sengketa alternatif melalui mediasi oleh Tim Monev dan Menteri Kesehatan tersebut telah mendekati hakikat independensi. Namun memaknai 'independensi' tidak dapat disamakan dengan prinsip netralitas dari mediasi. Joseph B. Stulberg (2005:266) menyebutkan bahwa *being neutral is not synonymous with being indifferent; most mediators care—and care deeply—about how the process and outcomes develop.*

Netralitas dalam mediasi memiliki sejumlah makna (Astor, 2007:2). Pertama, mediator tidak mempengaruhi isi atau hasil mediasi. Tugas mediator adalah mengontrol proses mediasi, memberikan kerangka kerja prosedural di mana para pihak dapat memutuskan atas perselisihan mereka yaitu tentang dan bagaimana mengatasinya. Netralitas dalam pengertian ini berhubungan erat dengan pengambilan keputusan secara konsensus oleh para pihak yang berselisih. Netralitas juga memiliki makna kedua yaitu mediator bukan seorang partisan namun dia akan memperlakukan para pihak dengan sama, tidak memihak salah satu dari yang lainnya. Makna ketiga dari netralitas adalah bahwa mediator tidak harus dipengaruhi oleh hubungan keuangan atau urusan pribadi dengan pihak yang bersengketa, atau informasi merugikan dari para pihak. Unsur keempat netralitas adalah kebebasan dari pengaruh pemerintah. Penekanan unsur ke empat tersebut yaitu pada proses mediasi yang dilaksanakan oleh pengadilan.

2. Sengketa yang Bersumber di Luar Pengadilan

Sengketa yang bersumber dari luar pengadilan yaitu sengketa yang dilakukan tanpa melalui mekanisme penanganan pengadilan seperti yang dilakukan Peserta kepada unit pengadilan di BPJS Kesehatan. Penyelesaian sengketa yang disebabkan oleh beda pendapat tentang penetapan tindak kecurangan dalam JKN tidak dapat dilaksanakan melalui unit pengadilan karena tugas Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengadilan Peserta tidak termasuk menyelesaikan beda pendapat tentang penetapan tindak kecurangan dalam JKN. Tindak kecurangan dapat dilakukan oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan dan penyedia obat dan alat kesehatan. Diidentifikasi lebih lanjut terhadap badan/lembaga/institusi terkait dapat dimungkinkan terjadi potensi kecurangan JKN seperti pemberian ijin Fasilitas Kesehatan yang tidak memenuhi karena faktor diperolehnya keuntungan tertentu oleh pemberi ijin, pemberian Surat Ijin Praktek bagi PNS dalam jam kerja di Puskesmas/ Rumah Sakit, dan lain sebagainya.

Dalam kaitannya dengan upaya penyelesaian sengketa yang bersumber dari luar pengadilan, secara tegas disebutkan bahwa tugas yang di emban Tim Pencegahan Kecurangan JKN di FKTP adalah menyelesaikan perselisihan kecurangan JKN, sedangkan tugas pada Tim Pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL tidak ditentukan secara tegas. Namun

melihat salah satu unsur pembentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL, yaitu Komite Medik, sehingga dapat sekaligus menangani penyelesaian perselisihan kecurangan JKN pada tingkat FKRTL. Dalam rangka upaya pencegahan, deteksi dan penindakan kecurangan JKN, Permenkes No. 36 Tahun 2015 memberikan ruang untuk melakukan penyelesaian sengketa perselisihan dalam hal terjadi penetapan kecurangan berdasarkan hasil investigasi Tim Pencegahan Kecurangan JKN melalui tahapan pengaduan yang dilakukan secara tertulis yang disampaikan kepada pimpinan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Dinas Kesehatan Provinsi.

Sengketa lain yang tidak dapat diselesaikan melalui mekanisme pengadilan yaitu sengketa yang bersumber dari hubungan kontraktual. Dalam perjanjian kerja sama antara Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan secara tegas telah ditentukan dalam salah satu pasalnya bahwa bentuk penyelesaian sengketa dibagi dalam dua tahap, yaitu melalui upaya musyawarah untuk mufakat dan diselesaikan di pengadilan.

Penguatan Lembaga Penyelesaian Sengketa dalam JKN

Keberadaan lembaga penyelesaian sengketa dalam JKN terletak pada adanya peran atau intervensi negara dalam penyelenggaraannya. Menurut Jimly Asshiddiqie dalam Siahaan (2005:18), dalam konsep negara kesejahteraan terdapat tanggung jawab negara untuk mengembangkan kebijakan di berbagai bidang kesejahteraan sebagai wujud pelaksana fungsi pelayanan umum melalui penyediaan intervensi-intervensi Pemerintah. Spicker (2000:3–6) memaknai negara kesejahteraan (*welfare state*) sebagai sarana untuk mempromosikan dan memelihara kesejahteraan masyarakat yang dicapai melalui tindakan kolektif (*collective action*), saling menguntungkan (*mutualism*) dan solidaritas (*solidarity*).

Menurut pandangan Spicker sebenarnya konsep negara kesejahteraan (*welfare state*) dapat digali dari nilai-nilai Pancasila. Dalam disertasi Roberia (2013:17), secara konseptual pengembangan jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia harus dikonstruksi dari idealisme negara kesejahteraan sesuai dengan UUD 1945 serta memperhatikan dan menjunjung tinggi konsep negara hukum. Pada intinya hukum harus dijadikan panglima dalam dinamika kehidupan kenegaraan (Asshiddiqie, 2016). Namun,

dalam proses penegakan hukum berdasarkan konsep negara hukum tidak selamanya harus dilakukan dengan menggunakan metode keadilan formal yang dilanjutkan tindakan *formal legality* karena dapat juga timbul suatu ketidakpastian hukum dalam pelaksanaannya (Termoshuizen, 2004).

Nilai-nilai Pancasila inilah yang diadopsi dalam penyelesaian sengketa JKN, yang diawali dengan musyawarah dan mediasi secara berjenjang mulai dari tingkat kabupaten/kota, provinsi, Pusat dan berujung penyelesaian sengketa oleh Dewan Pertimbangan Klinis (DPK). Disebutkan dalam Pasal 26 ayat (3) Permenkes No. 71 Tahun 2013 bahwa dalam hal terdapat sengketa indikasi medis antara Peserta, Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan, diselesaikan oleh Dewan Pertimbangan Klinis yang dibentuk oleh Menteri Kesehatan. Pembentukan DPK bertujuan agar pelayanan kesehatan yang kepada pasien efektif dan sesuai kebutuhan yang terdiri atas unsur organisasi profesi dan akademisi kedokteran. Selanjutnya, dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 penyelesaian sengketa secara berjenjang dilakukan oleh Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) yang terdiri dari organisasi profesi, pakar klinis dan akademisi. Sebelumnya, jika terjadi sengketa maka tim Komite Medik yang memfasilitasi penyelesaian antara pihak dokter, rumah sakit dan pengadu.

Pada tanggal 23 Juni 2015, Kementerian Kesehatan menerbitkan Surat Edaran (SE) Nomor 03.03/X/1185/2015 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG dalam Penyelenggaraan JKN untuk memberikan solusi penyelesaian beberapa klaim kasus yang mengalami penundaan. Pantauan Ardyanto (2016), penerbitan SE tersebut karena laporkan BPJS Kesehatan tentang 500 kasus yang belum jelas aturan kodingnya. Kemudian kasus-kasus tersebut dibahas oleh Kementerian Kesehatan dengan menghadirkan Organisasi Profesi termasuk Perhimpunan Dokter Spesialis terkait. Inti SE tersebut membahas kesepakatan solusi terhadap tiga puluh enam (36) poin perbedaan pendapat sehingga klaim yang *pending* dapat diselesaikan. Namun terdapat kesalahpahaman dalam implementasinya sehingga belum semua, dari 500 kasus tersebut terselesaikan melalui SE di atas. Verifikator BPJS Kesehatan berpendapat, masih adanya beberapa pertanyaan yang belum terjawab dengan SE tersebut mengakibatkan perbedaan pendapat dengan penyedia layanan (Ardyanto, 2016). Untuk

mengatasinya Menteri Kesehatan menerbitkan SE Nomor 03.03/MENKES/63/2016 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG dalam Penyelenggaraan JKN.

Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013, Pasal 43A sebenarnya memerintahkan pemerintah pusat dan daerah melakukan monitoring serta evaluasi pelaksanaan JKN, diantaranya penilaian teknologi kesehatan dan pertimbangan klinis. Sedangkan TKMKB dan Dewan Pertimbangan Medik (DPM) merupakan tim pembedah penyelesaian masalah yang berafiliasi dengan BPJS Kesehatan yang juga menjalankan fungsi DPK secara berjenjang dari tingkat Kabupaten/Kota sampai ke Provinsi.

Sehingga terdapat beberapa tim penyelesaian masalah yang telah dibentuk untuk menyelesaikan permasalahan JKN. Dan untuk memudahkan Pemerintah menjalankan tugas dalam fungsi pengaturan dan pengawasan maka perlu suatu lembaga penyelesaian masalah yang menaungi seluruh penyelesaian permasalahan JKN, sekaligus sebagai lembaga yang berfungsi sebagai wasit dalam sengketa JKN. Lembaga ini penting untuk mengawasi pelaksanaan JKN di lapangan, seperti keterlambatan pembayaran klaim, pemberian kode diagnosa atau *coding*, peserta mandiri yang tidak bisa naik kelas perawatan, kontrak kerja sama dengan BPJS Kesehatan, dan masalah lainnya. Fungsi independensi dalam lembaga ini nantinya tentu tidak utuh dan tidak netral artinya sifat independensi dibatasi yang harus berpihak kepada kepentingan rakyat, sebagaimana dijamin dalam konstitusi yang menyatakan bahwa kedaulatan berada di tangan rakyat (Ali, 2009:63). Pembatasan independensi ini dengan melegalisasi unsur Pemerintah ke dalam lembaga independen yang memfokuskan konsepnya pada pelayanan publik yang maksimal baik dari sisi politis, sosial, budaya dan ekonomi (Sibuea, 2010:41).

Lembaga Penyelesaian Sengketa Asuransi Sosial di Jerman

Pengelolaan JKN di Indonesia secara sentralistik sedangkan pengelolaan jaminan kesehatan (*Social Health Insurance/SHI*) di Jerman bersifat desentralisasi. Di Jerman pada tingkat nasional, pengelolaan dilakukan oleh *the Federal Assembly*, *the Federal Council* dan *the Federal Ministry of Health* yang sifatnya sebagai regulator dan legislator. Sedangkan di negara bagian atau *Lander* urusan jaminan kesehatan menjadi tanggung jawab *Land's*

Labour Ministry. Adanya tanggung jawab di *Labour Ministry* tersebut karena tidak semua negara bagian memiliki yang namanya Menteri Kesehatan. Kemudian di tingkat *Corporatist*, terdiri dari *providers*, *payers*, dan berbagai organisasi profesional di bidang kesehatan (Reinhard Busse and Annette Reisberg, 2004:29-39).

Pada tingkat *providers*, lembaga ini merupakan *quasi-public corporation* berupa *the SHI-affiliated physicians' and dentists' associations* dan *hospital organizations*. Data tahun 2014 bahwa terdapat 17 (tujuh belas) *regional physicians' associations* dan 1 (satu) *Federal Association of SHI physicians* di tingkat nasional serta 16 (enam belas) *regional hospital organizations* dan 1 (satu) *German Hospital Organization* di tingkat nasional. Sedangkan untuk *payers*, lembaga ini merupakan lembaga yang *autonomous sickness funds organized on a regional and/or federal basis* (Reinhard Busse and Miriam Blumel, 2014:18). Walaupun sebagian besar pembiayaan dan penyediaan jaminan kesehatan di Jerman diserahkan kepada sektor swasta, namun tetap bersifat sosial (nirlaba) yang diatur oleh pemerintah (Thabrany, 2000:10).

Untuk menyelesaikan masalah terkait dengan jaminan kesehatan terdapat suatu lembaga 'pengadilan sosial' (*social court*) yang terpisah dari sistem peradilan di Jerman, berwenang menyelesaikan gugatan terhadap berbagai permasalahan yang ditimbulkan oleh keputusan berbagai lembaga pengelola dan/atau penyelenggara (*providers*, *payers*, dan organisasi profesi yang terkait) jaminan kesehatan. Penyelesaian masalah di pengadilan sosial dilakukan apabila di tingkat nasional dan korporatis tidak ditemukan penyelesaian, bahkan jika seseorang merasa bahwa hak jaminan sosialnya tidak dipenuhi maka dapat mengajukan tuntutan haknya di pengadilan sosial tersebut. Selain itu, pengadilan sosial juga berwenang menyelesaikan gugatan terhadap produk legislatif dan regulasi dari pemerintah yang terkait jaminan kesehatan di Jerman. Pengadilan sosial terdiri dari tiga level, yaitu *exist at the local, state, dan federal levels*. Beberapa contoh perkara yang dapat diajukan ke 'pengadilan sosial', antara lain: (i) *patients using their sickness fund for not granting a benefit*; (ii) *individual physicians disputing the calculations of the Claims Review Arbitration Committee at state level*; atau (iii) *medical device companies objecting to the non-inclusion of their product in the ambulatory medical*

services benefits package (Reinhard Busse and Annette Reisberg, 2004:53).

KESIMPULAN

Potensi sengketa dalam JKN yang bersumber pengaduan karena adanya hubungan antara Peserta dengan BPJS Kesehatan dan Peserta dengan fasilitas kesehatan. Sedangkan sengketa yang bersumber di luar pengaduan terjadi karena adanya hubungan antara fasilitas kesehatan dengan BPJS, dan asosiasi fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan. Pola hubungan yang beragam tersebut perlu diakomodasi dalam satu lembaga yang independen untuk memudahkan pengaturan, pengawasan dan penyelesaian sengketa. Sebagaimana di Jerman, fungsi independensi lembaga penyelesaian sengketa jaminan kesehatan diberikan pada pengadilan sosial yang terpisah dari sistem peradilan yang ada saat ini.

Di Indonesia, pembentukan lembaga independen di luar sistem peradilan sangat dimungkinkan sebagai bentuk penguatan sistem penyelesaian sengketa alternatif dan meminimalisir masuknya sengketa ke pengadilan dan melindungi kepentingan masyarakat.

SARAN

Perlu membentuk lembaga penyelesaian sengketa independen yang dapat mengakomodasi tim penyelesaian permasalahan dalam JKN. Pilihan lain adalah memperkuat salah satu tim penyelesaian permasalahan JKN menjadi suatu lembaga independen. Pembentukan lembaga independen tersebut juga berfungsi sebagai wasit dalam sengketa JKN.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, A. 2009. Menguak Teori Hukum (Legal Theory) dan Teori Peradilan (Judicial Prudence) Termasuk Interpretasi Undang-Undang (Legisprudence). Jakarta, Kencana.
- Ardyanto, T.D. 2016. Verifikasi Oh Verifikasi: Solusi Penyelesaian Dispute Claim. Tersedia pada: http://www.kompasiana.com/tonangardyanto/verifikasi-oh-verifikasi-solusi-penyelesaian-dispute-claim_56be6f03c823bd1e05047751 [Diakses 1 April 2016].

- Asshidiqie, J. 2016. Gagasan Negara Hukum Indonesia. Tersedia pada: www.jimly.com: http://www.jimly.com/makalah/namafile/135/Konsep_Negara_Hukum_Indonesia.pdf [Diakses 25 Maret 2016]
- Astor, H. 2007. *Mediator Neutrality: Making Sense of Theory and Practice*. Sydney Law School, Legal Study Research Paper No. 07/46.
- Aziz, M.N. 2011. Laporan Penelitian Hukum tentang Hubungan Tenaga Medik, Rumah Sakit dan Pasien. Jakarta, Badan Penelitian Hukum Nasional, Kementerian Hukum dan HAM RI.
- Dwiriani, M. 2009. Perlindungan Hukum terhadap Peserta Askes dalam Perjanjian Kerja sama tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Pegawai Negeri Sipil antara PT Askes (Persero) Cabang Utama Semarang dengan Rumah Sakit Umum Daerah Semarang. Tesis. Semarang, Pascasarjana Universitas Diponegoro.
- Garth, B.G. dan Mauro Cappelletti, 1978. Access to Justice: The Newest Wave in the Worldwide Movement to Make Rights Effective. *Buffalo Law Review*. 27 (2), 181–292.
- Harahap M. Yahya. 1978. Segi-segi Hukum Perjanjian. Bandung, Alumni.
- Idris, F. 2015. Figur Sengketa dan Kecurangan dalam JKN - BPJS Kesehatan. Seminar Nasional Kajian Hukum Atas pelayanan Jaminan Kesehatan. Jakarta.
- Indrati, M. F. 2007. Ilmu Perundang-Undangan. Yogyakarta, Kanisius.
- Mahkamah Agung Republik Indonesia. Laporan Tahunan Tahun 2007–2012.
- Marbun, S. 1997. Peradilan Administrasi Negara dan Upaya Administratif di Indonesia. Yogyakarta, Liberty.
- Reinhard Busse dan Annette Reisberg. 2004. *Health Care System in Transition: Germany 2004*. Copenhagen, WHO-The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Reinhard Busse dan Miriam Blumel. 2014. “Germany: Health System Review”. *Health System in Transition*, 16 (2).
- Rhode, D. L. 2001. Access to Justice. *Fordham Law Review*, 69 (5), 1785–1819.
- Roberia. 2013. Paradigma Jaminan Kesehatan Nasional: Konstruksi Jaminan Kesehatan bagi Seluruh Rakyat Indonesia dalam Mewujudkan Negara Kesejahteraan Menurut Konstitusi Indonesia. Disertasi. Jakarta, Fakultas Hukum Program Pascasarjana Universitas Indonesia.
- Siahaan, L.O. 2005. Prospek PTUN Sebagai Penyelesaian Sengketa Administrasi di Indonesia. Jakarta, Perum Percetakan Negara RI.
- Soekanto, S. 2007. *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat*. Jakarta, Raja Grafindo Persada.
- Spicker, P. 2000. *The Welfare State: A General Theory*. London, Sage publication.
- Stulberg, J.B. 2005. Should a Mediator be Neutral? *Journal of American Arbitration*. Vol. 4. Halaman 259–269.
- Subekti, R. dan R. Tjitrasudibio. 2005. *Hukum Perjanjian*. Jakarta, PT Intermasa.
- Termoshuizen, Arts M. 2004. The Concept of Rule of Law. *Jurnal Hukum Jentera*. 7 (3), 83–92.
- Thabrany, H. 2000. Kegagalan Pasar Asuransi Kesehatan. Seminar Nasional Asuransi Sosial Kesehatan. Makalah. Jakarta: PAMJAKI.
- Turingsih, R.A. 2012. Tanggung Jawab Keperdataan Bidan dalam Pelayanan Kesehatan. *Mimbar Hukum*. 24 (2), 267–274.
- Wahyudi, S. 2011. Tanggung Jawab Rumah Sakit terhadap Kerugian Akibat Kelalaian Tenaga Kesehatan dan Implikasinya. *Jurnal Dinamika Hukum*, 11 (3), 505–521.