

PENYELESAIAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN

DI. PT ASKES (PERSERO) CABANG UTAMA

SEMARANG

TESIS



MAGISTER KENOTARIATAN

Disusun Oleh :

WIDYA SOFYANTO

NIM : B4B007224

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG
SEMARANG**

2009

© WIDYA SOFYANTO 2009

**PENYELESAIAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN
DI. PT ASKES (PERSERO) CABANG UTAMA
SEMARANG**

**Disusun Oleh :
WIDYA SOFYANTO
NIM : B4B007224**

**Dipertahankan di depan Dewan Penguji
Pada tanggal 14 Maret 2009**

**Tesis ini telah diterima
Sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar
Magister Kenotariatan**

Telah disetujui oleh :

Pembimbing,

Ketua Program,

HERMAN SUSETYO,S.H,M.Hum.

NIP. 130 702 192

H.KASHADI,S.H,M.H.

NIP.131 124 438

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini Nama : Widya Sofyanto, SH., dengan ini menyatakan hal-hal sebagai berikut:

1. Tesis ini adalah hasil karya sendiri dan di dalam tesis ini tidak terdapat karya orang lain yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar di perguruan tinggi/ lembaga pendidikan manapun. Pengambilan karya orang lain dalam tesis ini dilakukan dengan menyebutkan sumbernya sebagaimana tercantum dalam Daftar Pustaka;
2. Tidak keberatan untuk dipublikasikan oleh Universitas Diponegoro dengan sarana apapun, baik seluruhnya atau sebagian, untuk kepentingan akademik/ ilmiah yang non komersial sifatnya.

Semarang, Februari 2009
Yang menyatakan,

WIDYA SOFYANTO, S.H.
NIM : B4B007224

ABSTRAK

Penyelesaian Klaim Asuransi Kesehatan Di PT. ASKES (Persero)
Cabang Utama Semarang

Oleh :
Widya Sofyanto, SH.

Pemerintah Indonesia di dalam memajukan kesehatan masyarakat terutama kesejahteraan di bidang kesehatan mempunyai suatu program yang disebut Asuransi Kesehatan (ASKES) yaitu program pemerintah dalam memelihara kesehatan yang ditujukan kepada suatu kelompok tertentu yaitu Golongan Pegawai Negeri Sipil, penerima pensiun dan keluarganya. Pegawai Negeri Sipil adalah unsur aparatur negara, abdi negara dan abdi masyarakat untuk menyelenggarakan pemerintahan dan melaksanakan pembangunan dalam rangka usaha mencapai tujuan nasional. Kelancaran pembangunan nasional terutama tergantung kepada Pegawai Negeri Sipil.

Permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini adalah tentang penyelesaian klaim asuransi kesehatan di PT. ASKES (Persero) cabang utama Semarang, Untuk mengetahui hambatan-hambatan apa dan upaya-upaya apa saja yang dilakukan PT. ASKES apabila klaim tidak terpenuhi.

Metode pendekatan yang digunakan yaitu yuridis empiris yaitu suatu penelitian yang menekankan pada fakta-fakta yang diperolehnya dari hasil penelitian yang didasarkan pada metode ilmiah serta juga berpedoman pada teori-teori hukum dan perundang-undangan yang ada.

Berdasarkan pembahasan hasil penelitian dapat ditemukan : penyelesaian pembayaran klaim asuransi kesehatan di PT. ASKES (Persero) Indonesia mempunyai 2 (dua) cara yaitu dengan klaim perorangan dan klaim kolektif. Sehingga peserta Askes dapat mengetahui bagaimana penyelesaian klaim tersebut dapat dilaksanakan. Untuk mengetahui hambatan-hambatan apa dan upaya-upaya apa saja yang dilakukan PT. ASKES apabila klaim tidak terpenuhi. PT. ASKES (Persero) Indonesia berupaya untuk memberikan jaminan sosial kepada peserta Asuransi Kesehatan, tetapi dalam hal ini peserta harus mengetahui hak dan kewajibannya serta harus mengikuti peraturan yang ada, oleh karena itu peserta harus memenuhi persyaratan dan prosedur-prosedur yang telah ditetapkan oleh kantor PT. ASKES (Persero) Indonesia. Upaya PT. ASKES (Persero) Indonesia adalah Mengintruksikan kepada seluruh Kantor Regional dan Kantor Cabang di Seluruh Indonesia, untuk melaksanakan Pelayanan administrasi Peserta Askes Sosial sesuai pedoman secara tertib dan bertanggung jawab.

Kata Kunci : Penyelesaian Klaim, Klaim Asuransi Kesehatan.

ABSTRACT

Health insurance claim execution on PT. ASKES (Persero) Semarang Branch:

By :
Widya Sofyanto, SH.

Indonesian Government on demand to improve public health especially wealthy on health a spect have a program that called Health Insurance (ASKES) which is a government program on health keeping that made for a certain group which is Civilian Government Employee type, retirement money receiver and their family. Civilian Government Employee is apart of Country substance, Country servant and public servant to enroll the government and to execute development in order to reach national aims. The fluentcy of national development mainly depend on civilian government.

The objectives of research is about the execution of health insurance claim on PT. ASKES (Persero) Semarang main branch, to know about/ find out what kinds of obstacles and effort of PT. ASKES made to do if claim was not fullfilled.

The research method is empirical yudicial which is a research that emphacizing the facts obtained from the research result based on scientific method and also according to laws theory and local acts.

Based on this research result can be determind. Payment process of health insurance claim at PT. ASKES it has two ways which are personal claim and collective claim so the PT. ASKES member can understand how the claim processes are exexecuted. To find out the obstacles and efforts of PT. ASKES if the claim are not fullfilled. PT. ASKES (Persero) Indonesia tried to give social assurance to the members of health Insurance, but in the other hard, the members should understand rights and obligation and follow the rules have been made, therefore the members have to complete the requirements and procedures of PT. ASKES (Persero) Indonesia. PT. ASKES (Persero) Indonesia give on instruction to all regional and branch office in Indonesia to operate administrative service of social ASKES member according to instruction regulation, proper and responsibility.

Keywords : Execution claim, Health insurance claim.

MOTO DAN PERSEMBAHAN

MOTO :

- ❖ Setiap manusia hanya diberi satu kesempatan untuk hidup didunia ini, maka manfaatkanlah sebaik-baiknya.
- ❖ Berusaha dengan tekad yang kuat dan Berdoalah kepada Allah SWT agar cita-cita dapat tercapai.

(by Widya Sofyanto, SH)

PERSEMBAHAN :

Tesis ini Kupersembahkan untuk

:

- ♫ Bapak dan Ibu Tercinta
- ♫ Adik-adikku tersayang
- ♫ Sahabatku Kekasihku
- ♫ Almamaterku tercinta

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmatan karunia-Nya, sehingga paripurna sudah usaha penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini yang berjudul **“PENYELESAIAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DI. PT ASKES (PERSERO) CABANG UTAMA SEMARANG”**.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dalam menyelesaikan Tesis ini tidak lepas dari dorongan, bantuan dan doa berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih pada :

1. Bapak Prof. Dr. Susilo Wibowo, M.S, Med, S.Pd, dan selaku Rektor Universitas Diponegoro Semarang.
2. Bapak Kashadi, SH, M.H selaku Ketua Program yang baru.
3. Bapak Mulyadi, SH, MS, selaku mantan Ketua Program Studi Magister Kenotariatan Universitas Diponegoro Semarang dan Bapak Yunanto, SH, M.Hum serta Bapak Budi Ispriyarso, SH, M.Hum selaku pengelola.
4. Bapak Herman Susetyo, SH, M.Hum selaku dosen pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, pengarahan dan petunjuk-petunjuk serta saran dalam menyelesaikan Tesis ini.
5. Ibu Dr. Rita Gaby Samanati, AAK selaku Kepala PT. ASKES (Persero) Cabang Utama Semarang serta staf yang telah berkenan

mengijinkan penulis melakukan penelitian di tempat tersebut dan memberikan informasi yang dibutuhkan oleh penulis.

6. Bapak Sonhaji, SH, M.Hum selaku Dosen Wali Program Studi Magister Kenotariatan Undip Semarang Angkatan 2007.
7. Bapak dan Ibu Dosen Program Studi Magister Kenotariatan Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan ilmu pengetahuan tentang hukum dan kenotariatan kepada penulis.
8. Semua karyawan tata usaha Program Studi Magister Kenotariatan Universitas Diponegoro Semarang yang membantu dalam menyelesaikan semua urusan administrasi di Kampus.
9. Bapak dan Ibu yang Penulis hormati yang telah memberikan doa, bimbingan dan semangat kepada penulis untuk menyelesaikan Tesis ini.
10. Adikku Bagas dan Dita yang penulis sayangi dan banggakan yang telah memberikan dorongan semangat dalam menyelesaikan Tesis ini.
11. Kekasihku Sahabatku, Susilowati Anggraeni yang telah membantu serta memberikan spirit dalam segala hal dan menemani dalam suka dan duka.
12. Teman-teman Futsal (Sony, Eric, Wisnu, Fian, Sugeng, Rizqi, Faisal, Rifki, Bang Edo, Bang Gerrard, Agung), Nanu, Tyas, Mbak Ratih dan anak buahnya yang telah memberikan semangat hingga terselesaikannya Tesis ini (*I Love u all*).

13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah ikut membantu dan terlibat dalam menyusun Tesis ini.

Semoga amal baik yang telah diberikan pada penulis mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT, Amin.

Akhirnya semoga tesis ini bermanfaat dan menambah wawasan bagi pembaca. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran demi kebaikan karya ini dimasa yang akan datang.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
MOTO DAN PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
BAB I. PENDAHULUAN	1
1. Latar Belakang Masalah	1
2. Perumusan Masalah	8
3. Tujuan Penulisan	9
4. Manfaat Penulisan	9
5. Kerangka Pemikiran / Kerangka Teoretik	5
6. Metode Penelitian	15
7. Sistematika Penelitian	21
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	24
1. Pengertian Asuransi dan Prinsip Dasar Asuransi	24
1). Pengertian Asuransi	24
2). Prinsip Dasar Asuransi	29
2. Sejarah Asuransi Kesehatan Di Indonesia	33
3. Pengertian Asuransi Kesehatan	34
4. Tujuan Asuransi Kesehatan	41
5. Pihak-pihak Yang Terkait Dalam Perjanjian Asuransi Kesehatan	43
BAB III. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	47
1. Penyelesaian Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan Di PT.ASKES (Persero) Cabang Utama Semarang	47
2. Hambatan-Hambatan Apa dan Upaya Apa Saja yang Dilakukan	

PT.ASKES (Persero) Cabang Utama Semarang Untuk Mengatasi Hambatan Apabila Klaim Tersebut Tidak Terpenuhi	77
1). Tanggung jawab PT. ASKES (Persero) Cabang Utama Semarang Jika Klaim Tidak Bisa Terpenuhi	77
2). Upaya-upaya yang Dilakukan PT. ASKES (Persero) Cabang Utama Semarang Untuk Mengatasi Hambatan Apabila Klaim Tersebut Tidak Terpenuhi	83
BAB IV. PENUTUP	89
A. Kesimpulan	89
B. Saran	91
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

1. LATAR BELAKANG MASALAH

Setiap orang didalam usaha mengejar kesejahteraan baik kesejahteraan jasmani maupun rohani mulai memikirkan resiko yang mungkin akan terjadi dalam perjalanan hidupnya, baik resiko datangnya dari unsur ketidaksengajaan maupun dari unsur kecerobohan dari manusia itu sendiri. Manusia tidak ingin menderita kerugian dan ia selalu berusaha mencegahnya, ataupun setidaknya mengalihkan resiko yang akan mungkin akan dihadapinya.

Usaha mengalihkan resiko itu baru dirasakan sasarannya setelah tujuan mengalihkan risiko itu dilakukan melalui suatu perjanjian yang khusus diadakan untuk itu, yaitu perjanjian pertanggungan atau dalam praktek perusahaan pertanggungan lebih banyak dikenal dan dipakai dengan kata Asuransi.¹ Pengertian Pertanggungan pada umumnya diatur dalam KUHPerdara Pasal 246 yang berbunyi sebagai berikut:

“Pertanggungan adalah perjanjian timbal balik antara penanggung dengan penutup asuransi, dimana penanggung mengikatkan diri untuk mengganti kerugian dan atau membayar sejumlah uang (santunan) yang ditetapkan pada waktu penutupan perjanjian, kepada penutup asuransi atau orang lain yang ditunjuk, pada waktu terjadinya evenemen, sedangkan penutup asuransi mengikatkan diri untuk membayar uang premi.”²

¹ Abdulkadir Muhammad, 1994, *Pengantar Hukum Pertanggungan*, Citra Aditya Bakti, Bandung, halaman 6.

² H.M.N. Purwosutjipto, 1983, *Pengetian Pokok Hukum Dagang Indonesia*, Djambatan, Jakarta, halaman 10.

Manusia dalam hidupnya selalu dalam ketidakpastian dan berusaha mengganti ketidakpastian tersebut menjadi kepastian yang maksimal dengan asuransi, ingin mengganti ketidakpastian ekonomis, ketidakpastian financial menjadi kepastian finansial, semua ketidakpastian inilah yang disebut resiko.

Dengan adanya perjanjian pertanggungan ini orang dapat sedikit lega terhadap risiko yang mungkin terjadi atas jiwa, kesehatan, barang/hartanya. Peralihan risiko ini tidak terjadi begitu saja tanpa adanya kewajiban apa-apa dari pihak yang mengalihkan. Hal ini harus diperjanjikan terlebih dahulu. Sebagai imbalan dari peralihan risiko ini maka di dalam perjanjian pertanggungan, pembayaran premi adalah menjadi suatu keharusan. Premi itu adalah menjadi kewajiban bagi tertanggung dan menjadi hak dari penanggung.³

Pada umumnya dilihat dari sudut asuransi, setiap peristiwa yang tidak sengaja, yang dapat membawa kerugian pada kekayaan kita, adalah *bahaya atau risiko*. *Risiko*, seperti biasa dalam bahasa sehari-hari, adalah kemungkinan akan rugi.⁴

Bahaya atau risiko adalah kemungkinan terjadinya suatu peristiwa yang merugikan dan tidak tentu, suatu keadaan terancam oleh peristiwa yang demikian. Pada *overdracht*, maka dengan bahaya atau risiko ditunjukkan peristiwa itu sendiri. Asuradur menanggung akibat finansial dari terjadinya peristiwa yang tidak tentu, maka untuknya bahaya atau risiko

³ Djoko Prakoso, dan I. Ketut Murtika, 1989, *Hukum Asuransi Indonesia*, Bina Aksara, Jakarta. Halaman 18.

⁴ H. Mashudi dan Moch. Chidir (Alm), 1998, *Hukum Asuransi*, Mandar Maju, Bandung, halaman 146.

adalah kemungkinan yang dihadapinya untuk membayar (kemungkinan kerugian). Kemungkinan kerugian ini adalah obyek dari perjanjian.⁵

Penanggung sebagai pihak yang menerima peralihan resiko, mengikatkan diri untuk mengganti kerugian apabila itu benar-benar menjadi suatu kenyataan. Untuk kewajiban inilah penanggung membebani kewajiban kepada tertanggung, untuk membayar premi. Premi itu sangat penting dibutuhkan untuk jalannya perusahaan pertanggungan yang sehat. Adanya premi merupakan syarat mutlak bagi penanggung sebagai perusahaan pertanggungan. Yang menetapkan jumlah premi adalah penanggung berdasarkan perhitungan kemungkinan dan statistik. Di dalam praktek pengetahuan mengenai hal tersebut sudah berkembang sebagai pengetahuan tersendiri yang dikenal dengan pengetahuan aktuarial dan orang-orang memiliki pengetahuan tersebut dinamakan aktuaris.

Di dalam suatu pertanggungan yang tujuannya adalah semata-mata untuk mengganti kerugian, maka nilai dari benda yang dipertanggungkan itu adalah penting untuk diketahui. Di dalam keadaan di mana terjadi kehilangan seluruhnya, maka nilai itulah yang harus diganti, dan kalau terjadi keadaan yang menimbulkan kerugian maka jumlah kerugian itu haruslah diperhitungkan menurut nilai itu.⁶

Dengan adanya peranan asuransi itu, maka nampak pula manfaatnya bagi kelancaran dan kelanjutan usaha pembangunan di

⁵ *Ibid*, halaman 146.

⁶ Emmy Pangaribuan Simanjatak, 1990, *Hukum Pertanggungan (Pokok Pertanggungan kerugian Kebakaran dan Jiwa)*, Seri Hukum Dagang Fakultas Hukum Universitas Gajah Mada, Yogyakarta., halaman 70.

tengah-tengah kehidupan masyarakat, manfaatnya adalah sebagai berikut⁷:

- 1). Asuransi itu memberikan rasa terjamin atau terlindungi dalam menjalankan usaha;
- 2). Asuransi menaikkan efisiensi dan kegiatan perusahaan;
- 3). Asuransi cenderung kearah perkiraan atau penilaian biaya yang layak;
- 4). Asuransi merupakan dasar pertimbangan atau persyaratan dari pemberi suatu kredit;
- 5). Asuransi ikut serta mengurangi kerugian;
- 6). asuransi itu menguntungkan masyarakat umum.

Setiap perjanjian selalu harus ada yang menjadi subyek hukum ialah pihak-pihak atau partai-partai yang berkepentingan yang menjadi pendukung hak dan kewajiban dari perjanjian itu. Subyek hukum menurut **Dr. Soenawar Soekowati** dalam Buku H. Mashudi dan Moch. Chidir (Alm) adalah manusia yang berkepribadian hukum dan segala sesuatu yang berdasarkan tuntutan kebutuhan masyarakat oleh hukum diakui sebagai pendukung hak dan kewajiban.⁸

Pemerintah dari suatu negara khususnya di Indonesia sekarang berusaha untuk menanggulangi resiko, terutama resiko kesehatan dan kecelakaan guna membantu anggota masyarakatnya untuk mencapai kesejahteraannya. Di Indonesia ada beberapa bentuk pertanggungansian sosial antara lain:

- 1). Asuransi Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI);

⁷ Asrel Idjard dan Nico Ngani, 1985, *Seri Hukum Dagang : 1, Profil peransuransian di Indonesia*, Penerbit Liberty, Yogyakarta, halaman, 35 - 36. xv

⁸ H. Mashudi dan Moch. Chidir (Alm), *Op-Cit*, halaman 4.

- 2). Tabungan asuransi Pegawai Negeri (TASPEN);
- 3). Asuransi Kesehatan (ASKES);
- 4). Asuransi Sosial Tenaga Kerja (ASTEK).

Secara luas Asuransi itu meliputi risiko sosial. Risiko sosial adalah segala risiko yang terdapat di masyarakat.⁹ Asuransi sosial sering juga disebut asuransi pemerintah karena diadakan oleh pemerintah melalui badan usaha yang didirikan oleh pemerintah. Tujuan asuransi sosial ini adalah untuk melindungi kepentingan tertanggung yang dalam hal ini adalah sekelompok masyarakat tertentu yang menjalankan kegiatan atau profesi pula, terhadap risiko yang mungkin dialami dalam menjalankan kegiatan atau profesi tersebut.

Pemerintah Indonesia di dalam memajukan kesehatan masyarakat terutama kesejahteraan di bidang kesehatan mempunyai suatu program yang disebut Asuransi Kesehatan (ASKES) yaitu program pemerintah dalam memelihara kesehatan yang ditujukan kepada suatu kelompok tertentu yaitu Golongan Pegawai Negeri Sipil, penerima pensiun dan keluarganya. Pegawai Negeri Sipil adalah unsur aparatur negara, abdi negara dan abdi masyarakat untuk menyelenggarakan pemerintah dan melaksanakan pembangunan dalam rangka usaha mencapai tujuan nasional. Kelancaran pembangunan nasional terutama tergantung kepada Pegawai Negeri Sipil.

Undang-undang Nomor 9 tahun 1960 tentang Pokok-pokok kesehatan dan Undang-undang Nomor 8 tahun 1974 tentang Pokok-

xvi

⁹ Hasyimi. A, 1981, *Bidang Usaha Asuransi*, Penerbit Balai Aksara, Bandung, halaman 115.

pokok Kepegawaian sama-sama mengatur bahwa pemerintah berkewajiban untuk menjamin kesehatan pegawai negeri sipil serta anggota keluarganya. Dalam Pasal 32 Undang-undang Nomor 8 Tahun 1974 ditegaskan bahwa:

“Peningkatan kesejahteraan pegawai negeri sipil diusahakan secara bertahap sesuai dengan kemampuan. Sehingga pada akhirnya pegawai negeri sipil dapat memusatkan perhatiannya pada pelaksanaan tugasnya. Usaha kesejahteraan yang dimaksud meliputi kesejahteraan materiil dan spiritual berupa jaminan hari tua, bantuan perawatan kesehatan, bantuan kematian dan lain sebagainya”.

Hal ini merupakan hal yang wajar karena Pegawai Negeri Sipil adalah bagian dari masyarakat yang berperan cukup penting dalam proses pembangunan, sehingga dalam melaksanakan tugasnya mutlak dijaga dan dipelihara kesehatannya. Mengingat hal di atas presiden telah menetapkan Peraturan Pemerintah No. 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil dan Penerima Pensiun beserta Anggota keluarganya. Penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan di dalam asuransi kesehatan berdasarkan pada asas usaha bersama dan kekeluargaan (gotong-royong), di mana pembiayaan pemeliharaan kesehatan ini ditanggung bersama oleh para pegawai negeri, penerima pensiun dan pemerintah.

Peraturan tersebut di atas dipertegas dengan di keluarkannya Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984 tentang Perusahaan Umum Husada Bhakti sebagai pihak penanggung dalam asuransi kesehatan untuk pegawai negeri sipil dan penerima pensiun.

Perjanjian Pertanggungan berdasarkan unsur persesuaian kehendak dapat dibedakan atas:¹⁰

- 1). Pertanggungan Sukarela (*Free Voluntary Insurance*)
- 2). Pertanggungan Wajib (*Compulsary Insurance*)

Asuransi kesehatan yang merupakan salah satu asuransi sosial termasuk ke dalam pertanggungan wajib. Dikatakan wajib oleh karena salah satu pihak mewajibkan kepada pihak lain dalam mengadakan pertanggungan ini. Pihak yang mewajibkan itu adalah pihak pemerintah.

Dalam asuransi sukarela perjanjian antara kedua belah pihak diadakan berdasarkan persesuaian kehendak, maksudnya pihak penanggung dengan rela memikul resiko, sedang tertanggung dengan sukarela membayar premi sebagai imbalan dengan dialihkannya resiko kepada pihak penanggung. Jadi dalam asuransi sukarela unsur paksaan dari pihak lain tidak ada dan apabila dalam perjanjian terdapat unsure paksaan maka asuransi tersebut bukan lagi asuransi sukarela tetapi menjadi asuransi wajib.¹¹

Unsur-unsur Asuransi Wajib:¹²

- 1). Bersifat Wajib;
- 2). Bersifat sosial;
- 3). Bersifat Sukarela (tidak ada paksaan);
- 4). Bersifat seperti menabung yang berguna di kemudian hari.

¹⁰ Emmy Pangaribuan, 1980, *Pertanggungan Wajib dan Sosial*, Seri Hukum Dagang Fakultas Hukum Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, halaman 5.

¹¹ R. Ali Ridho, 1992, *HUKUM DAGANG Tentang Prinsip dan fungsi Asuransi dalam lembaga keuangan, Pasar Modal, Lembaga Pembiayaan Modal Ventura dan Asuransi Haji*, Alumni, Bandung, halaman 390.

¹² *Ibid*, halaman 390.

Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa ciri khas dari pada asuransi sosial adalah sebagai berikut:

Yang menyelenggarakan pertanggungan ini biasanya adalah pemerintah atau penanggungnya adalah pihak pemerintah melalui badan usaha pemerintah. Sifat hubungan hukumnya adalah wajib bagi seluruh anggota masyarakat atau sebagian anggota tertentu dari masyarakat. Penentuan penggantian kerugian diatur oleh pemerintah dengan peraturan perundang-undangan. Tujuannya adalah untuk memberikan suatu jaminan sosial, bukan untuk mencari keuntungan semata. Setelah melihat uraian tersebut diatas, maka penulis mengambil judul tentang “Pelaksanaan Klaim asuransi Kesehatan Di PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang”.

2. PERUMUSAN MASALAH

Asuransi Kesehatan (ASKES) asuransi suatu program pemerintah dalam memelihara kesehatan yang ditujukan kepada suatu kelompok sasaran tertentu yaitu golongan Pegawai Negeri Sipil. Penerima pensiun dan keluarganya. Sehingga apabila ada peserta ASKES yang menderita sakit dapat berobat ke rumah sakit atau pihak ketiga yang ditunjuk pemerintah, dan biaya berobat itu ditanggung oleh pemerintah. Sistem pembayaran di sini bermaksud menghilangkan/mengurangi hambatan ekonomi, sehingga sarana pelayanan kesehatan yang ada dapat digunakan oleh peserta asuransi kesehatan berdasarkan kebutuhan yang wajar dan tidak didasarkan pada kemampuan membayar.

- 1). Bagaimana Penyelesaian Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan di PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang?
- 2). Hambatan – hambatan apa dan upaya-upaya apa saja yang dilakukan PT. ASKES untuk mengatasi hambatan apabila klaim tersebut tidak terpenuhi?

3. TUJUAN PENULISAN

Tujuan utama yang hendak dicapai dari penelitian ini adalah :

- 1). Untuk mengetahui penyelesaian pembayaran klaim asuransi kesehatan
- 2). Untuk mengetahui hambatan-hambatan apa dan upaya-upaya apa saja yang dilakukan PT. ASKES apabila klaim tidak terpenuhi.

4. MANFAAT PENULISAN

Manfaat dari penelitian ini adalah :

- 1). Manfaat Teoritis
 - a). Menambah wawasan bagi masyarakat tentang prinsip-prinsip proses pelaksanaan pembayaran klaim Di. PT. ASKES (PERSERO).
 - b). Diharapkan dapat memberikan sumbangan ilmu hukum, khususnya bagi calon Notaris untuk dapat diterapkan dalam lingkungan kerja.

2). Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi penerapan langsung di lapangan dan dapat dipergunakan dalam mengambil kebijaksanaan yang lebih baik pada pihak-pihak terkait, khususnya pihak-pihak yang terlibat dalam pelaksanaan perjanjian asuransi kesehatan dan masyarakat pada umumnya.

5. KERANGKA PEMIKIRAN/ KERANGKA TEORETIK

Istilah *assurantie* di Indonesiakan menjadi asuransi. Istilah asuransi lebih banyak dikenal dan dipakai dalam praktek perusahaan pertanggungansan sehari-hari. Asuransi adalah Perjanjian. Penegasan bahwa asuransi merupakan suatu perjanjian yang dibuat antar pihak penanggung jawab dengan tertanggungnya, diatur dalam Pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD).

Seperti dalam pengertian asuransi jiwa, Asuransi merupakan salah satu jenis asuransi umum oleh karenanya dalam asuransi jiwa terkandung pengertian asuransi pada umumnya, walaupun jenis asuransi jiwa berbeda dengan asuransi kerugian, yaitu termasuk kedalam asuransi tak sesungguhnya, biasanya disebut asuransi sejumlah uang atau *sommen verzekering*.

Selanjutnya Undang-undang No. 2 Tahun 1992 tentang usaha Perasuransian memberikan definisi tentang asuransi yang lebih lengkap sebagai berikut:

“Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.”

Hak-hak Tertanggung:

- 1). menerima polis;
- 2). mendapat ganti kerugian bila terjadi peristiwa itu;
- 3). hak-hak lainnya sebagai imbalan dari kewajiban penanggung.

Kewajiban dari Tertanggung:

- 1). membayar preminya;
- 2). memberitahukan keadaan-keadaan sebenarnya mengenai barang yang dipertanggungkan;
- 3). mencegah agar kerugian dapat dibatasi;
- 4). Kewajiban khusus yang mungkin disebut sebagai polis.

Penanggung, *verzekeraar*, *asuradur*, *penjamin* ialah mereka yang dengan mendapat premi, berjanji akan mengganti kerugian atau membayar sejumlah uang yang telah disetujui, jika terjadi peristiwa yang tidak dapat diduga sebelumnya, yang mengakibatkan kerugian bagi tertanggung, Jadi Penanggung adalah sebagai subyek yang berhadapan dengan (lawan dari), tertanggung. Dan yang biasanya menjadi penanggung adalah suatu badan usaha yang memperhitungkan untung rugi dalam tindakan-tindakannya.¹³

¹³ *Ibid*, halaman 8.

Hak-hak dari Penanggung:

- 1). menerima premi;
- 2). menerima mededelingsplicht/ memberitahukan dari tertanggung;
- 3). maka hak lain sebagai imbalan dari kewajiban tertanggung. Seperti telah disinggung di muka, bahwa perjanjian asuransi termasuk perjanjian timbal-balik, maka dari itu terlihat bahwa hak penanggung adalah paralel atau sejajar dengan kewajiban pihak tertanggung, dan mengenai ini akan dibahas selanjutnya.

Kewajiban-kewajiban dari Penanggung:

- 1). memberikan polis kepada tertanggung;
- 2). mengganti kerugian dalam schadeverzekering atau asuransi ganti rugi dan memberi sejumlah uang yang telah dipersepakatkan dalam sommen-verzekering atau asuransi sejumlah uang;
- 3). melaksanakan premi restorno pada tertanggung yang beritikad baik, berhubung penanggung untuk seluruhnya atau sebagian tidak menanggung resiko lagi, dan asuransinya gugur atau batal seluruhnya atau sebagian.

Industri asuransi baik asuransi kerugian maupun asuransi kesehatan memiliki prinsip-prinsip yang menjadi pedoman bagi seluruh penyelenggaraan kegiatan perasuransian dimanapun berada. Prinsip-prinsip yang terdapat dalam sistem hukum asuransi tersebut antara lain¹⁴:

- 1). *Insurable Interest* (kepentingan yang dipertanggungkan);
- 2). *Utmost Good Faith* (kejujuran sempurna);
- 3). *Indemnity* adalah Dasar penggantian kerugian dari penanggung kepada tertanggung;
- 4). *Subrogation* adalah Apabila tertanggung sudah mendapatkan penggantian atas dasar *Indemnity*, maka si tertanggung tidak berhak lagi memperoleh penggantian dari pihak lain.

¹⁴ M. Suparman Sastrawidjaja, 1993, *Hukum Asuransi, perlindungan tertanggung, Asuransi Deposito Usaha Peransurasian*, Alumni, Bandung, halaman 55.

Asuransi Kesehatan adalah suatu sistem pengelolaan dana yang diperoleh dari uang iuran secara teratur oleh anggota, suatu bentuk organisasi guna membiayai pelayanan kesehatan yang dibutuhkan anggota.¹⁵ Dari segi ekonomi asuransi kesehatan juga merupakan usaha bersama untuk menghindari adanya kesulitan ekonomi dari para anggotanya apabila mereka sakit, atau suatu usaha untuk memungkinkan seseorang membayar terlebih dahulu biaya kesehatannya atas dasar spekulasi dari sebagian atau seluruh biaya kesehatannya yang mungkin terjadi pada masa yang akan datang.

Sistem asuransi kesehatan bagi banyak negara merupakan bagian dari sistem jaminan sosial yang semakin lama semakin berkembang.¹⁶

Yang termasuk di dalam jangkauan asuransi sosial meliputi:

- 1). Tabungan hari tua;
- 2). Jaminan hari tua;
- 3). Jaminan kesehatan;
- 4). Jaminan kecelakaan;
- 5). Jaminan kematian.

Dari segi peserta asuransi kesehatan maka mereka tidak semata-mata sebagai konsumen tetapi juga sebagai klien. Dengan demikian mereka juga dapat mempengaruhi Badan Penyelenggara Asuransi Kesehatan dalam menentukan tingkat atau jenis pelayanan yang harus diberikan. Sebaliknya dari segi Badan Asuransi dia juga merupakan klien

¹⁵ Wirjono Prodjodikoro, 1986, *Hukum Asuransi di Indonesia*, PT. Intermedia, Jakarta. Halaman 12.

¹⁶ Sri Rejeki Hartono, 1985, *Asuransi dan Hukum Asuransi*, IKIP Semarang Press. Semarang. Halaman 35.

bagi penghasil jasa pelayanan kesehatan (misalnya dokter, apotek, laboratorium klinik, rumah sakit dan lain-lain). Karena itu Badan Asuransi akan merupakan badan penengah antara peserta asuransi kesehatan dengan para pelaksana pelayanan kesehatan. Dengan cara ini akan tercapai hubungan yang harmonis antara ketiganya dan saling menguntungkan.

Khususnya dalam jaminan pelayanan kesehatan, pengembangan sistem ini dimulai dengan diundangkannya Undang-undang Pokok-pokok Kesehatan Nomor 9 Tahun 1960, yang mengatur Pokok-pokok Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Jiwa dari Undang-undang ini sebenarnya adalah meskipun pemerintah bertanggung jawab terhadap derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi seluruh rakyat Indonesia, masyarakat wajib diikuti sertakan di dalam usaha-usaha kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah.

Dalam pelaksanaannya asuransi kesehatan mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- 1). Peserta bersifat wajib dan secara otomatis;
- 2). Hubungan hukum antara penanggung dengan tertanggung diatur didalam suatu Peraturan Perundang-undangan khusus (Keppres No. 230/ 1968 jo Keppres No. 13/ 1981 jo PP No. 22 jo PP No. 23/ 1984);
- 3). Penyelenggaranya adalah satu badan atau lembaga yang ditunjuk oleh pemerintah (PT. ASKES Persero Indonesia);

- 4). Tidak bersifat mencari untung;
- 5). Mempergunakan prinsip solidaritas atau gotong-royong;
- 6). Adanya pembatasan-pembatasan terhadap kualitas dan kuantitas klaim.

Asuransi kesehatan di dalam pelaksanaannya tetap berpedoman pada azas-azas sebagai berikut:

- 1). Azas usaha bersama berdasarkan kekeluargaan;
- 2). Azas adil dan merata;
- 3). Azas keseimbangan dan kepentingan;
- 4). Azas berdaya guna dan hasil guna;
- 5). Azas musyawarah dan mufakat;
- 6). Azas percaya diri;
- 7). Azas tidak mencari keuntungan semata.

6. METODE PENELITIAN

Metode Penelitian digunakan untuk mengumpulkan data guna mendapatkan jawaban atas pokok permasalahan, sehingga data yang diperoleh dari penelitian ini dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah dan tidak menyimpang dari pokok permasalahan.

Penelitian merupakan suatu sarana pokok dalam pengembangan ilmu pengetahuan maupun teknologi. Hal ini disebabkan, oleh karena itu penelitian bertujuan untuk mengungkapkan kebenaran secara sistematis, metodologi, dan konsisten. Melalui proses penelitian tersebut diadakan analisa dan konstruksi terhadap data yang telah dikumpulkan dan diolah.¹⁷

¹⁷ Rianto Adi, 2004, *Metode Penelitian Sosial dan Hukum*, Granit, Jakarta, halaman 3.

Penelitian adalah terjemahan dari istilah bahasa Inggris *research* yang terdiri dari *re* artinya ulang dan *search* artinya mencari. Jadi *research* atau penelitian adalah kegiatan mencari ulang, mengungkapkan kembali gejala ataupun kenyataan yang sudah ada untuk direkonstruksi dan diberi arti guna memperoleh kebenaran yang dimasalahkan.¹⁸

Penelitian hukum merupakan kegiatan ilmiah yang didasarkan pada metode, sistematika dan pemikiran tertentu, yang bertujuan untuk mempelajari gejala hukum dengan cara menganalisisnya. Selain itu juga dilakukan pengkajian yang mendalam terhadap fakta hukum tersebut, untuk kemudian mengusahakan suatu pemecahan atas permasalahan yang timbul dalam gejala yang bersangkutan.¹⁹

Peranan metodologi dalam suatu penelitian yaitu :²⁰

- 1). Menambah kemungkinan para ilmuwan untuk mengadakan atau melaksanakan penelitian secara baik dan lengkap;
- 2). Memberi kemungkinan yang lebih besar untuk meneliti hal-hal yang belum diketahui;
- 3). Memberi kemungkinan yang lebih besar untuk melakukan penelitian yang interdisipliner;
- 4). Memberi pedoman untuk mengorganisasikan serta mengintegrasikan pengetahuan mengenai masyarakat.

Metode Penelitian merupakan sebuah pengetahuan ketrampilan artinya sebagai pengetahuan ia dapat dipelajari atau dibaca dari buku-

¹⁸ Abdulkadir Muhammad, 2004, *Hukum dan Penelitian Hukum*, Citra Aditya Bakti, Bandung, Halaman.7.

¹⁹ Soerjono Sokanto, 1986, *Pengantar Penelitian Hukum*, UI-Press, Jakarta, halaman 67.

²⁰ *Ibid*, halaman.15.

buku dan memberikan pengetahuan bagi yang mempelajarinya. Akan tetapi dengan pengetahuan saja masih belum merupakan jaminan bagi yang bersangkutan untuk mempergunakan dan menerapkannya dalam suatu kegiatan pendidikan.

Karena penelitian merupakan sarana ilmiah bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka metode yang diterapkan harus sesuai dengan ilmu pengetahuan yang menjadi induknya. Sebagai suatu kegiatan ilmiah penelitian memiliki karakteristik kerja ilmiah yaitu:²¹

- 1). Bertujuan;
- 2). Sistematis;
- 3). Terkendali;
- 4). Obyektif;
- 5). Tahan Uji.

Penelitian dilakukan dalam rangka menunjang kegiatan pengabdian pada masyarakat, dalam artian pengamatan ilmu untuk kepentingan masyarakat sesuai dengan prinsip-prinsip “ilmu alamiah danamal ilmiah”. Hasil penelitian pada akhirnya adalah untuk kemaslahatan masyarakat banyak dan untuk melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat sebaik-baiknya.²²

Dalam penelitian ini penulis memakai metode penelitian yang telah ada yang menulis sesuaikan dengan obyek yang ada yang sedang penulis teliti. Sehingga hasil yang diperoleh adalah benar-benar menggambarkan

²¹ Saifudin Azwar, 1998, *Metode Penelitian. Pustaka Pelajar*, Yogyakarta, halaman 2.

²² Soejono dan Abdurrahman, 2005, *Metode Penelitian Suatu Pemikiran dan Penerapan*, Rineka Cipta, Jakarta, halaman 66.

fakta yang terjadi di lapangan. Metode penelitian yang digunakan sebagai berikut:

1). METODE PENDEKATAN

Dalam melakukan penelitian diperlukan suatu metode yang harus tepat dan sesuai dengan jenis penelitian yang dilakukan serta harus sistematis dan konsisten. Metode yang penulis pakai dalam penelitian ini adalah metode penelitian yuridis empiris. Pendekatan yuridis empiris adalah .pendekatan permasalahan mengenai hal-hal yang bersifat yuridis dan kenyataan yang ada mengenai pelaksanaan klaim asuransi kesehatan di PT. ASKES Cabang Utama Semarang. Penelitian hukum empiris atau penelitian sosiologis yaitu penelitian hukum yang menggunakan data primer.²³

Menurut pendekatan empiris pengetahuan didasarkan atas fakta-fakta yang diperoleh dari hasil penelitian dan observasi.²⁴ Penelitian-penelitian yang dilakukan didasarkan pada metode ilmiah yang merupakan bagian dari pendekatan empiris.

Penelitian ini juga berdasarkan teori-teori hukum yang ada, ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku maupun pendapat para sarjana dan ahli.

2). SPESIFIKASI PENELITIAN

Suatu penelitian untuk mendekati pokok masalah digunakan penelitian deskriptif analisis. Penelitian ini bersifat pemaparan bertujuan

²³ Ronny Hanitijo Soemitro, *Metodologi Penelitian Hukum dan Jurimetri*, Ghalia Indonesia, Jakarta, halaman 10.

²⁴ Ronny Kountur, 2004, *Metode Penelitian Untuk Penulisan Skripsi dan Tesis*, PPM, Jakarta, halaman 6.

untuk memperoleh gambaran (deskriptif) lengkap tentang keadaan hukum yang berlaku ditempat tertentu dan pada saat tertentu, atau peristiwa hukum tertentu yang terjadi dalam masyarakat.²⁵

Dua hal penting yang sangat menonjol dalam penggunaan metode penelitian deskriptif ini yaitu “deskripsi dan analisis”. Pada hakikatnya setiap penyelidikan mempunyai sifat deskriptif dan setiap penyelidikan mengadakan proses analisis.²⁶

Penelitian deskriptif mempelajari masalah-masalah dalam masyarakat serta tata cara yang berlaku dalam masyarakat serta situasi-situasi tertentu, termasuk tentang hubungan kegiatan-kegiatan sikap-sikap, pandangan-pandangan, serta proses-proses yang sedang berlangsung dan pengaruh dari fenomena.²⁷

Kesimpulan yang diberikan selalu dasar faktualnya sehingga semuanya selalu dapat dikembalikan langsung pada data yang diperoleh.

3). POPULASI DAN PENENTUAN SAMPLE

Dalam penelitian sosial, populasi didefinisikan sebagai keseluruhan dari obyek pengamatan atau obyek penelitian.²⁸ Berdasarkan pertimbangan-pertimbangan dalam membuat keputusan tentang penggunaan sample, harus sesuai dengan tujuan dari sampling, yaitu untuk mengurangi biaya dan tenaga dalam pengumpulan data atau

²⁵ Soerjono Sokanto, *Op.cit*, hal.50.

²⁶ Winarno Surakhamad, 1978, *Dasar dan Teknik Research, Pengantar Metodologi Ilmiah*, Tarsito, Bandung, halaman 133.

²⁷ Moch Nazir, 1998, *Metode Penelitian*, Ghalia Indonesia, Jakarta, Halaman 84.

²⁸ Burhan Ashshofa, 2001, *Metode Penelitian Hukum*, PT. Rineka Cipta, Jakarta, hal.79.

mempercepat waktu pengumpulan data terutama bila populasi besar sekali dan mendesak.²⁹

Metode pengambilan sample secara non random, *purposive sampling* yaitu pengambilan sample dari populasi berdasarkan suatu kriteria tertentu. Kriteria yang digunakan dapat berdasarkan pertimbangan (*judgement*) tertentu atau jatah (*quota*) tertentu.³⁰

Populasi dalam penelitian ini adalah Peserta Asuransi Kesehatan di lingkungan PT. ASKES yang ada di wilayah Semarang dengan mengambil Asuransi Kesehatan sebagai sampelnya. Responden dalam hal ini adalah Pegawai Negeri Sipil yang mengurus klaim tersebut diantaranya Klaim Asuransi Kesehatan yang disetujui dan Klaim Asuransi Kesehatan yang Ditolak atau tidak terpenuhi.

4). METODE PENGUMPULAN DATA

Metode pengumpulan data dalam kegiatan penelitian mempunyai tujuan mengungkap fakta mengenai variabel yang diteliti. Tujuan untuk mengetahui (*Goal of knowing*) haruslah dicapai dengan menggunakan metode atau cara-cara yang efisien atau akurat.³¹

Data yang dikumpulkan berupa data primer, data sekunder atau kedua-duanya, antara lain:

- 1). Data primer diperoleh secara langsung dari nara sumber yang berkompeten dalam bidangnya. Cara ini dapat berupa, komunikasi secara langsung atau wawancara atau *interview*.

²⁹ *Ibid*, halaman 79.

³⁰ Jogiyanto, 2004/2005, *Metodologi Penelitian Bisnis: Salah Kaprah dan Pengalaman-pengalaman*.BPFE. Yogyakarta, halaman 79. xxxi

³¹ *Ibid*, halaman 91- 92.

2). Data sekunder diperoleh dari sumber tidak langsung yang biasanya berupa data dokumentasi dan arsip-arsip resmi atau studi kepustakaan, seperti:

- a). Peraturan perundang-undangan;
- b). Hasil karya ilmiah para sarjana;
- c). Hasil-hasil penelitian;
- d). Buku-buku yang relevan.

5). ANALISA DATA

Analisis data yang digunakan adalah analisis kualitatif suatu metode analisa data yang tidak berdasarkan angka-angka tetapi data yang telah yang didapat dirangkai dengan kata-kata dan kalimat, kemudian dibuat dengan metode berfikir deduktif yaitu cara berfikir yang berdasar pada hal umum kemudian ditarik kesimpulan yang bersifat khusus.³² Ataupun bisa diartikan data yang diperoleh, dipilih dan disusun secara sistematis berdasarkan obyek yang diteliti, dianalisis secara kualitatif, kemudian disusun dalam bentuk tesis.

7. SISTEMATIKA PENULISAN

Dalam usaha untuk memberikan gambaran secara umum mengenai isi tesis serta untuk mempermudah dalam penyusunan dan pembatasan masalah maka tesis harus disusun secara sistematis dan berurutan. Sistematika yang diterapkan dalam penulisan tesis sebagai berikut:

³² Soerjono Sokanto, *Op.cit*, halaman 67.

BAB I. PENDAHULUAN

1. Latar belakang
2. Perumusan Masalah
3. Tujuan Penelitian
4. Manfaat Penelitian
5. Kerangka Pemikiran/ Kerangka Teoretik
6. Metode Penelitian
7. Sistematika Penulisan

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

1. Pengertian Asuransi dan Prinsip Dasar Asuransi
 - 1). Pengertian Asuransi
 - 2). Prinsip Dasar Asuransi
2. Sejarah Asuransi Kesehatan Di Indonesia
3. Pengertian Asuransi Kesehatan
4. Tujuan Asuransi Kesehatan
5. Pihak-Pihak yang terkait Dalam Perjanjian Asuransi Kesehatan

BAB III. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Bagaimana Pelaksanaan Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan di PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang?
2. Upaya-upaya apa saja yang dilakukan PT. ASKES untuk mengatasi hambatan apabila klaim tersebut tidak terpenuhi?

BAB IV. PENUTUP

1. Kesimpulan

2. Penutup

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. PENGERTIAN ASURANSI DAN PRINSIP DASAR ASURANSI

1). PENGERTIAN ASURANSI

Istilah *assurantie* di Indonesiakan menjadi asuransi. Istilah asuransi lebih banyak dikenal dan dipakai dalam praktek perusahaan pertanggung jawaban sehari-hari. Asuransi adalah Perjanjian. Penegasan bahwa asuransi merupakan suatu perjanjian yang dibuat antar pihak penanggung jawab dengan tertanggungnya, diatur dalam Pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD).

Seperti dalam pengertian asuransi jiwa, Asuransi merupakan salah satu jenis asuransi umum oleh karenanya dalam asuransi jiwa terkandung pengertian asuransi pada umumnya, walaupun jenis asuransi jiwa berbeda dengan asuransi kerugian, yaitu termasuk kedalam asuransi tak sesungguhnya, biasanya disebut asuransi sejumlah uang atau *sommen verzekering*.³³

Dalam definisi ini dapat ditentukan beberapa unsur pertanggung jawaban³⁴:

a). Unsur subyek

Subyek-subyek pertanggung jawaban adalah pihak-pihak, yaitu penanggung dan tertanggung yang mengadakan perjanjian secara timbal balik.

³³ R. Ali Ridho, 1986, *HUKUM DAGANG tentang Asuransi udara, Asuransi Jiwa dan Perkembangan Perseroan Terbatas*, Remadja Karya, Bandung, halaman 175.

³⁴ Abdulkadir Muhammad, *Op-cit*, halaman 7 - 9.

b). Unsur status

Pihak penanggung dan tertanggung adalah pendukung kewajiban dan hak, dapat berstatus sebagai manusia pribadi, badan hukum. Tetapi khusus mengenai penganggung harus berstatus badan hukum (Pasal 7 ayat (1) No. 2 Tahun 1992).

c). Unsur obyek

Obyek pertanggungan dapat berupa benda, kepentingan yang melekat pada benda, sejumlah uang. Tujuan yang hendak dipakai oleh tertanggung ialah peralihan resiko dari tertanggung kepada penanggung. Pertanggungan terjadi karena tertanggung tidak mampu menghadapi bahaya yang mengancam benda miliknya (kepentingannya). Dengan pertanggungan tertanggung merasa bebas dari resiko, karena membayar sejumlah premi kepada penanggung dan ini merupakan tujuan yang hendak dicapai oleh penganggung.

d). Unsur peristiwa

Peristiwa pertanggungan merupakan persetujuan atau kata sepakat antara penanggung dan tertanggung mengenai obyek prtanggungan dan syarat-syarat yang berlaku dalam pertanggungan. Dalam persetujuan atau kata sepakat itu termasuk juga *evenemen* (peristiwa tak tentu). Jika evenemen ini benar-benar terjadi, sehingga timbul kerugian, maka penanggung berkewajiban membayar ganti kerugian kepada tertanggung.

Sebaliknya, jika evenemen itu tidak terjadi, penanggung tetap menikmati premi yang diterimanya dari tertanggung.

e). Unsur hubungan hukum.

Hak dan Kewajiban itu merupakan akibat hukum yang terbit karena hubungan hukum lebih kepada akibat hukum tersebut.

Hubungan hukum tersebut adalah:

- (1). Hubungan hukum pelayanan berhak;
- (2). Hubungan hukum pemberian jasa.

Unsur sahnya Perjanjian Asuransi³⁵

- (1). Persetujuan Kehendak;
- (2). Wenang melakukan perbuatan hukum;
- (3). Harus ada objek pertanggungan;
- (4). Ada kausa yang dibolehkan (*Legal Cause*);
- (5). Kewajiban Pemberitahuan.

Selanjutnya Undang-undang No. 2 Tahun 1992 tentang usaha Perasuransian memberikan definisi tentang asuransi yang lebih lengkap sebagai berikut:

“Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.”³⁶

³⁵ *Ibid*, halaman 21-24

³⁶ *Ibid*, halaman 9-10

Dari definisi diatas dapat dilihat bahwa asuransi ataupun pertanggungan adalah perjanjian atau kontrak antara para pihak yang sepakat. Dimana salah satu pihak bertindak sebagai penanggung jawab terdapat resiko dari suatu potensi kerugian yang diperjanjikan, dan pihak lain bertindak sebagai tertanggung, yang akan menerima ganti rugi sebesar kerugian yang dialaminya, ataupun sebesar nilai yang diperjanjikan.³⁷

Subyek hukum menurut **Dr. Soenawar Soekowati** dalam buku H. Mashudi dan Moch. Chidir (Alm) adalah manusia yang berkepribadian hukum dan segala sesuatu yang berdasarkan tuntutan kebutuhan masyarakat oleh hukum diakui sebagai pendukung hak dan kewajiban. Jika dilihat dalam persetujuan atau perjanjian asuransi, yang secara yuridis disebut sebagai nyata, si Penanggung dan si Tertanggung sebagai pihak-pihak yang bersangkutan.

Tertanggung atau terjamin, *verzekerde, insured*, adalah manusia dan badan hukum, sebagai pihak yang berhak dan berkewajiban, dalam perjanjian asuransi, dengan membayar premi. Tertanggung ini dapat dirinya sendiri seseorang yang mempertanggungkan untuk dirinya sendiri, seorang ketiga harus disebut dalam polis, dengan perantaraan seorang makelar, tetapi hal ini makelar tersebut, sebagai kuasa tak terikat oleh perjanjian asuransi itu.³⁸

³⁷ Gunawan Widjaja dan Ahmad Yani, 2000, *Hukum tentang Perlindungan Konsumen*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, halaman 11. xxxviii

³⁸ H. Mashudi dan Moch. Chidir (Alm), *Op-Cit*, halaman 4.

Hak-hak Tertanggung:

- 1). menerima polis;
- 2). mendapat ganti kerugian bila terjadi peristiwa itu;
- 3). hak-hak lainnya sebagai imbalan dari kewajiban penanggung.

Kewajiban dari Tertanggung:

- 1). membayar preminya;
- 2). memberitahukan keadaan-keadaan sebenarnya mengenai barang yang dipertanggung;
- 3). mencegah agar kerugian dapat dibatasi;
- 4). Kewajiban khusus yang mungkin disebut sebagai polis.

Penanggung, *verzekeraar*, *asuradur*, *penjamin* ialah mereka yang dengan mendapat premi, berjanji akan mengganti kerugian atau membayar sejumlah uang yang telah disetujui, jika terjadi peristiwa yang tidak dapat diduga sebelumnya, yang mengakibatkan kerugian bagi tertanggung, Jadi Penanggung adalah sebagai subyek yang berhadapan dengan (lawan dari), tertanggung. Dan yang biasanya menjadi penanggung adalah suatu badan usaha yang memperhitungkan untung rugi dalam tindakan-tindakannya.³⁹

Hak-hak dari Penanggung:

- 1). menerima premi;
- 2). menerima *mededelingsplicht*/ memberitahukan dari tertanggung;
- 3). maka hak lain sebagai imbalan dari kewajiban tertanggung. Seperti telah disinggung di muka, bahwa perjanjian asuransi termasuk perjanjian timbal-balik, maka dari itu terlihat bahwa hak

³⁹ *Ibid*, halaman 8.

penanggung adalah paralel atau sejajar dengan kewajiban pihak tertanggung, dan mengenai ini akan dibahas selanjutnya.

Kewajiban-kewajiban dari Penanggung:

- 1). memberikan polis kepada tertanggung;
- 2). mengganti kerugian dalam schadeverzekerings atau asuransi ganti rugi dan memberi sejumlah uang yang telah dipersepakatkan dalam sommen-verzekering atau asuransi sejumlah uang;
- 3). melaksanakan premi restorno pada tertanggung yang beritikad baik, berhubung penanggung untuk seluruhnya atau sebagian tidak menanggung resiko lagi, dan asuransinya gugur atau batal seluruhnya atau sebagian.

Kebijakan pemerintah ini ditetapkan pada akhir tahun 1997 untuk meningkatkan kesejahteraan tenaga kerja pada perusahaan-perusahaan. Pada hakekatnya sama dengan pelaksanaan pemerataan pembangunan. Dalam garis besarnya inti peraturan ini mewajibkan perusahaan-perusahaan untuk mengansurakan karyawan-karyawan terhadap kecelakaan kerja dan kematian. Disamping itu mewajibkan pula perusahaan untuk melaksanakan program tabungan hari tua tenaga kerja itu.⁴⁰

2). PRINSIP DASAR ASURANSI

Industri asuransi baik asuransi kerugian maupun asuransi kesehatan memiliki prinsip-prinsip yang menjadi pedoman bagi seluruh penyelenggaraan kegiatan perasuransian dimanapun berada. Prinsip-prinsip yang terdapat dalam sistem hukum asuransi tersebut antara lain⁴¹:

⁴⁰ Iting Partadiredja, 1980, *Suplemen Pengetahuan dan Hukum Dagang*, Erlangga, Jakarta, halaman 12

⁴¹ M. Suparman Sastrawidjaja, 1993, *Hukum Asuransi, perlindungan tertanggung, Asuransi Deposito Usaha Peransurashian*, Alumni, Bandung, halaman 55.

Insurable Interest (kepentingan yang dipertanggungkan) dikatakan memiliki kepentingan atas obyek yang diasuransikan apabila menderita kerugian keuangan, seandainya terjadi musibah yang menimbulkan kerugian atau obyek tersebut. Kepentingan keuangan ini memungkinkan harta benda atau kepentingan untuk diasuransikan. Apabila terjadi musibah atas obyek yang diasuransikan dan terbukti tidak memiliki kepentingan keuntungan atas obyek tersebut, maka pihak tertanggung tidak berhak menerima ganti rugi.

Utmost Good Faith (kejujuran sempurna) adalah pihak tertanggung berkewajiban untuk memberitahukan se jelas-jelasnya dan teliti mengenai segala fakta-fakta penting yang berkaitan dengan obyek yang diasuransikan. Prinsip inipun menjelaskan resiko-resiko yang dijamin maupun yang dikecualikan, segala persyaratan dan kondisi pertanggungangan secara jelas serta teliti. Kewajiban untuk memberikan fakta-fakta penting tersebut berlaku:

- 1). Sejak perjanjian mengenai perjanjian asuransi dibicarakan sampai kontrak asuransi selesai dibuat, yaitu pada saat kami menyetujui kontrak tersebut;
- 2). Pada saat perpanjangan kontrak asuransi;
- 3). Pada saat terjadi perubahan pada kontrak asuransi dan mengenai hal-hal yang ada kaitannya dengan perubahan-perubahan itu.

Indemnity adalah Dasar penggantian kerugian dari penanggung kepada tertanggung setinggi-tingginya adalah sebesar kerugian yang

sesungguhnya diderita tertanggung dalam arti tidak dibenarkan mencari keuntungan dari ganti rugi asuransi.

Subrogation adalah Apabila tertanggung sudah mendapatkan penggantian atas dasar *Indemnity*, maka si tertanggung tidak berhak lagi memperoleh penggantian dari pihak lain, walaupun jelas ada pihak lain yang bertanggung jawab pula atas kerugian yang dideritanya. Penggantian dari pihak lain harus diserahkan pada penanggung yang telah memberikan ganti rugi dimaksud (Pasal 284 KUHD)⁴².

Apabila obyek yang diasuransikan terkena musibah sehingga menimbulkan kerugian maka pihak penanggung akan memberikan ganti rugi untuk mengembalikan posisi keuangan pihak tertanggung setelah terjadi kerugian menjadi sama dengan saat sebelum terjadi kerugian. Dengan demikian pihak tertanggung tidak berhak memperoleh ganti rugi lebih besar dari pada kerugian yang diderita.

Prinsip Subrogasi diatur dalam Pasal 284 Kitab Undang-undang Hukum Dagang yang berbunyi

“Apabila seorang penanggung telah membayar ganti rugi sepenuhnya kepada tertanggung, maka penanggung akan menggantikan kedudukan tertanggung dalam segala hal untuk menuntut pihak ketiga yang telah menimbulkan kerugian pada tertanggung”.

Dengan kata lain, apabila pihak tertanggung mengalami kerugian akibat kelalaian atau kesalahan pihak ketiga maka pihak penanggung memberikan ganti kepada pihak tertanggung, akan menggantikan

⁴² C.S.T. Kansil dan Christine S.T Kansil, 2001, *Hukum Perusahaan Indonesia (Aspek Hukum Dalam Ekonomi bagian 2*, Pradnya Paramita, Jakarta, halaman 358.

kedudukan pihak bertanggung dalam mengajukan tuntutan kepada pihak ketiga tersebut.

Pihak bertanggung bisa mengasuransikan harta benda yang sama pada perusahaan asuransi. Namun bila terjadi kerugian atas obyek yang diasuransikan maka secara otomatis berlaku prinsip kontribusi. Prinsip kontribusi berarti bahwa apabila pihak penanggung telah membayar penuh ganti rugi yang menjadi hak pihak bertanggung, maka kami berhak menuntut perusahaan-perusahaan lain yang terlibat suatu pertanggungan (secara bersama-sama menutup asuransi harta benda milik pihak bertanggung) untuk membayar bagian kerugian masing-masing yang besarnya sebanding dengan jumlah pertanggungan yang di tutupnya.

Suatu prinsip yang digunakan untuk mencari penyebab kerugian yang aktif dan efisien adalah *Unbroken Chain of Events* yaitu suatu rangkaian mata rantai peristiwa yang tidak terputus. Misalnya kasus seorang mengendarai kendaraan di jalan tol dengan kecepatan tinggi sehingga mobil tidak terkendali dan terbalik, korban luka parah lalu dibawa ke Rumah Sakit. Dari peristiwa tersebut diketahui bahwa kausa promaksimalnya adalah korban mengendarai kendaraan dengan kecepatan tinggi sehingga mobilnya tak terkendali dan terbalik. Melalui kausa prosimal akan dapat diketahui apakah penyebab terjadinya musibah atau kecelakaan tersebut dijamin dalam kondisi polis asuransi atau tidak.

- **Dasar Hukum Undang-undang Usaha Perasuransian Tahun 1992**

Undang-undang No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian disusun berdasarkan peraturan perundangan di bawah ini:⁴³

- 1). Pasal 5 ayat (1), Pasal 20 ayat (1), dan Pasal 33 ayat (1) Undang-undang Dasar 1945;
- 2). Kitab Undang-undang Hukum Perdata (Staatsblad Tahun 1847 Nomor 23);
- 3). Kitab Undang-undang Hukum Dagang (Staatsblad Tahun 1847 Nomor 23)
Sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-undang Nomor 4 Tahun 1971 (BN No. 2081 hlm. 3B-5B) tentang Perubahan dan Penambahan atas Ketentuan Pasal 54 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (Lembaran Negara Tahun 1971 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Nomor 2959);
- 4). UU RI No. 19 Tahun 2003 tentang BUMN;
- 5). UU RI No. 40 Tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas.

2. SEJARAH ASURANSI KESEHATAN DI INDONESIA

Di Indonesia kita belum mengenal sistem asuransi kesehatan yang dijalankan oleh swasta dan mencakup berbagai macam perusahaan sekaligus dengan ribuan karyawan. Pada saat ini perlu diusahakan adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang efisien dengan menggunakan sistem asuransi kesehatan dimana terdapat adanya keseimbangan antara biaya kesehatan dengan pelayanan kesehatan. Di Indonesia Asuransi Kesehatan dikenal pada tahun 1968 melalui Keppres No. 230 Tahun 1968 tentang Peraturan Pemeliharaan Pegawai Negeri Sipil dengan pesertanya masih terbatas Pegawai Negeri Sipil dan Militer termasuk pensiunannya.

⁴³ *Ibid*, halaman 362.

Untuk pemerintah membentuk suatu organisasi penyelenggara pada tingkat pusat yang disebut dengan Badan Penyelenggara dan Pemelihara Kesehatan Pegawai Negeri Sipil dan Penerima Pensiun.

Setelah di keluarkannya Keppres No. 230 Tahun 1968 ini, kemudian ditambah dan diubah dengan Keppres No. 13 Tahun 1981 yang berisi tentang Perubahan atas Keppres No. 230 Tahun 1968, tetapi kedua Keppres juga dicabut dan yang berlaku adalah Peraturan Pemerintah No. 22 Tahun 1984, tentang Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri Sipil dan Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 1984 tentang Kesehatan Pegawai Negeri Sipil dikelola PERUM Husada dimana menurut Peraturan Pemerintah ini Pengelolaan Asuransi Kesehatan diserahkan kepada suatu badan hukum yang berbentuk Perusahaan Umum (Perum) yaitu PERUM Husada Bhakti. Kemudian dalam rangka meningkatkan efisiensi dan efektivitas usaha, maka Perusahaan Umum (PERUM) Husada Bhakti yang didirikan dengan PP No. 23 Tahun 1984 dinilai memenuhi persyaratan untuk dialihkan bentuknya menjadi Perusahaan Perseroan (Persero) dengan dikeluarkannya PP No. 6 Tahun 1992 tentang Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum Husada Bhakti menjadi Perusahaan Perseroan (Persero).

3. PENGERTIAN ASURANSI KESEHATAN

Semua negara yang telah menyadari pentingnya kesehatan sebagai salah satu syarat menuju kesejahteraan hidup, dengan berbagai upaya berusaha untuk menyediakan dana bagi pelaksana kegiatan

pelayanan kesehatan mereka. Salah satu diantaranya adalah dengan melaksanakan asuransi kesehatan (*Health Insurance*) yang dipakai untuk membiayai pelayanan kesehatan ditengah-tengah masyarakat.

Asuransi Kesehatan adalah suatu sistem pengelolaan dana yang diperoleh dari uang iuran secara teratur oleh anggota, suatu bentuk organisasi guna membiayai pelayanan kesehatan yang dibutuhkan anggota.⁴⁴ Dari segi ekonomi asuransi kesehatan juga merupakan usaha bersama untuk menghindari adanya kesulitan ekonomi dari para anggotanya apabila mereka sakit, atau suatu usaha untuk memungkinkan seseorang membayar terlebih dahulu biaya kesehatannya atas dasar spekulasi dari sebagian atau seluruh biaya kesehatannya yang mungkin terjadi pada masa yang akan datang.

Sistem asuransi kesehatan bagi banyak negara merupakan bagian dari sistem jaminan sosial yang semakin lama semakin berkembang.⁴⁵

Yang termasuk di dalam jangkauan asuransi sosial meliputi:

- 1). Tabungan hari tua;
- 2). Jaminan hari tua;
- 3). Jaminan kesehatan;
- 4). Jaminan kecelakaan;
- 5). Jaminan kematian.

Dengan demikian asuransi kesehatan ini dapat digolongkan sebagai asuransi sosial. Pada asuransi kesehatan dikenal asas

⁴⁴ Wirjono Prodjodikoro, 1986, *Hukum Asuransi di Indonesia*, PT. Intermedia, Jakarta. Halaman 12.

⁴⁵ Sri Rejeki Hartono, 1985, *Asuransi dan Hukum Asuransi*, IKIP Semarang Press. Semarang. Halaman 35.

mempertimbangkan kemampuan membayar premi dari para peserta asuransi. Karena itu dikenal azas yang kaya membayar yang lebih besar dari yang kurang mampu (miskin). Biasanya dipakai prosentase tertentu dari pendapatan mereka. Sekaligus ini mencerminkan adanya sifat solidaritas sosial atau kegotong-royongan.

Mekipun demikian haruslah diperhitungkan secara baik jumlah premi yang harus dibayar berdasarkan prosentasi tersebut. Karena jumlah premi yang terlalu sedikit menyebabkan perusahaan asuransi tidak mampu memenuhi kewajibannya memnayar biaya kesehatan. Dengan demikian besarnya jumlah premi yang harus dibayar oleh setiap anggota dan jenis pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh perusahaan asuransi harus jelas. Badan penyelenggara asuransi juga harus menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang efisien, sehingga jasa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta asuransi tidak terpakai secara salah, berlebihan serta kemungkinan disalah-gunakan oleh orang lain.

Dari segi peserta asuransi kesehatan maka mereka tidak semata-mata sebagai konsumen tetapi juga sebagai klien. Dengan demikian mereka juga dapat mempengaruhi Badan Penyelenggara Asuransi Kesehatan dalam menentukan tingkat atau jenis pelayanan yang harus diberikan. Sebaliknya dari segi Badan Asuransi dia juga merupakan klien bagi penghasil jasa pelayanan kesehatan (misalnya dokter, apotek, laboratorium klinik, rumah sakit dan lain-lain). Karena itu Badan Asuransi

akan merupakan badan penengah antara peserta asuransi kesehatan dengan para pelaksana pelayanan kesehatan. Dengan cara ini akan tercapai hubungan yang harmonis antara ketiganya dan saling menguntungkan.

Khususnya dalam jaminan pelayanan kesehatan, pengembangan sistem ini dimulai dengan diundangkannya Undang-undang Pokok-pokok Kesehatan Nomor 9 Tahun 1960, yang mengatur Pokok-pokok Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Jiwa dari Undang-undang ini sebenarnya adalah meskipun pemerintah bertanggung jawab terhadap derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi seluruh rakyat Indonesia, masyarakat wajib diikuti sertakan di dalam usaha-usaha kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah. Pemerintah melalui PT. ASKES memberikan sistem pelayanan dalam usaha melindungi masyarakat atas gangguan kesehatan karena sakit atupun kecelakaan yaitu:

1). Asuransi biaya rumah sakit (*hospital expense insurance*)

Asuransi ini merupakan bentuk asuransi yang paling luas dipakai dalam asuransi kesehatan, di mana perusahaan asuransi akan membayar pengeluaran-pengeluaran pada waktu tertanggung dirawat di rumah sakit baik karena sakit maupun kecelakaan.

2). Asuransi atas biaya pembedahan (*surgical expense insurance*)

Biaya pembedahan biasanya juga termasuk biaya perawatan rumah sakit pada umumnya ditutup asuransinya tersendiri, dalam hal ini ditentukan untuk jenis pembedahan apakah

serta berapa besar jumlah maksimum yang dapat diganti dan jenis-jenis biaya atau pengeluaran yang termasuk dalam perawatan rumah sakit.

3). Asuransi atas biaya pengobatan biasa (*regular medical expenses insurance*)

Asuransi atas biaya pengobatan biasa, kadang disebut asuransi biaya pengobatan dokter, yaitu biaya pemeriksaan dokter baik di rumah, dikantor ataupun di rumah sakit tidak termasuk biaya pembedahan.

4). Asuransi atas biaya pengobatan medis utama (*major medical expenses insurance*)

Asuransi atas biaya pengobatan medis utama ini ditujukan biaya kepada pengobatan yang membutuhkan proyeksi yang besar karena penyakit.

5). Asuransi ketidakmampuan berpenghasilan (*disability Income insurance*)

Penggantian penghasilan yang selama masa ketidakmampuan karena sakit atau kecelakaan mungkin lebih berperan dibandingkan dengan biaya pengobatan.

Sistem pelayanan yang dilakukan atau dipakai oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang di sini, menggunakan sistem tripartit yaitu badan asuransi yang merupakan badan penengah antara peserta asuransi kesehatan dengan para pelaksana pelayanan

kesehatan.

Pemikiran kearah penyelenggaraan jaminan pelayanan kesehatan berdasarkan pada asuransi akhir-akhir ini semakin berkembang. Dalam hubungan ini dikemukakan beberapa alasan antara lain:

- 1). Perkembangan ekonomi Indonesia yang pada umumnya lebih dituntut untuk menyelenggarakan pengelolaan bidang pelayanan kesehatan secara modern.
- 2). Dorongan dari pihak pemerintah dalam bentuk perundang-undangan atau Peraturan Pemerintah yang pada dasarnya telah menentukan pilihan sistem asuransi sebagai sistem yang akan dikembangkan dalam pengembangan sistem sosial di Indonesia.
- 3). Masyarakat umumnya, khususnya dikota-kota besar menghendaki terselenggaranya pelayanan kesehatan yang dapat di jangkau oleh kemampuan masyarakat.

Asuransi kesehatan adalah bagian dari program kesehatan pemerintah yang khusus diperuntukan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, beserta anggota keluarganya didalam memelihara kesehatan mereka.

Dalam peraturan perundang-undangan, asuransi kesehatan disebut dengan "Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil dan Penerima Pensiun, beserta anggota keluarganya". Dalam pelaksanaannya asuransi kesehatan mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- 1). Peserta bersifat wajib dan secara otomatis;

- 2). Hubungan hukum antara penanggung dengan tertanggung diatur didalam suatu Peraturan Perundang-undangan khusus (Keppres No. 230/ 1968 jo Keppres No. 13/ 1981 jo PP No. 22 jo PP No. 23/ 1984);
- 3). Penyelenggaranya adalah satu badan atau lembaga yang ditunjuk oleh pemerintah (PT. ASKES Persero Indonesia);
- 4). Tidak bersifat mencari untung;
- 5). Mempergunakan prinsip solidaritas atau gotong-royong;
- 6). Adanya pembatasan-pembatasan terhadap kualitas dan kuantitas klaim.

Salah satu ciri PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang seperti yang telah yang diutarakan sebelumnya adalah kegotong-royongan, ini terlihat tidak saja dalam pembentukan dananya, tetapi di dalam pelaksanaannya asuransi itu sendiri. Setiap peserta yang dipotong penghasilannya dalam jumlah prosentasi tertentu kalau dia tidak sakit, dia tidak akan menerima apa-apa dari pemerintah, sedangkan uang yang terkumpul dari potongan gaji atau uang pensiun peserta tersebut setiap bulannya akan dipakai untuk membiayai pengobatan atau peserta lain yang membutuhkannya.

Bantuan yang diberikan kepada peserta atau keluarganya yang sakit tergantung kepada jenis penyakit dan bentuk pengobatan yang digunakan berpedoman kepada ketentuan yang telah ditetapkan terlebih dahulu. Jadi tidak harus sama dengan iuran yang terkumpul dari potongan

penghasilan mereka setiap bulannya.

Asuransi kesehatan di dalam pelaksanaannya tetap berpedoman pada azas-azas sebagai berikut:

- 1). Azas usaha bersama berdasarkan kekeluargaan;
- 2). Azas adil dan merata;
- 3). Azas keseimbangan dan kepentingan;
- 4). Azas berdaya guna dan hasil guna;
- 5). Azas musyawarah dan mufakat;
- 6). Azas percaya diri;
- 7). Azas tidak mencari keuntungan semata.

Mengenai istilah Asuransi Kesehatan (ASKES) memang secara resmi tidak dicantumkan didalam ketentuan perundang-undangan yang mengaturnya. Jadi untuk istilah resmi untuk ini adalah (Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun serta anggota keluarganya).

4. TUJUAN ASURANSI KESEHATAN

Tujuan pemerintah menyelenggarakan semua pertanggung jawaban sosial pada azasnya adalah sama yaitu untuk memberikan jaminan sosial bagi masyarakat. Ini merupakan tujuan khusus dalam pertanggung jawaban, sedangkan apabila ditelaah lebih jauh tujuan yang lebih luas lagi adalah supaya dengan terlaksananya tujuan khusus itu tercapai juga suatu masyarakat yang sejahtera, adil dan makmur.

Demikian juga hal Asuransi Kesehatan, tujuannya adalah

membayar biaya rumah sakit, biaya pengobatan dan mengganti kerugian tertanggung atas hilangnya pendapatan karena cedera akibat kecelakaan atau penyakit. Sedangkan tujuan asuransi kesehatan adalah meningkatkan pelayanan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan anggota keluarganya. Asuransi kesehatan yang bertujuan memberikan bantuan kepada peserta dalam membiayai pemeliharaan kesehatannya meliputi beberapa program tertentu:

- 1). Pengobatan, perawatan dan pemberian suntik pencegah (proventatif program) seperti:
 - a). Oleh dokter umum, dokter gigi pemerintah atau swasta yang ditunjuk.
 - b). Oleh suatu lembaga pengobatan atau rumah sakit pemerintah atau swasta yang ditunjuk.
- 2). Perawatan persalinan pada Rumah Sakit Bersalin Pemerintah atau Swasta yang ditunjuk;
- 3). Obat-obatan berdasarkan resep dokter yang ditunjuk;
- 4). Pembelian kacamata menurut resep dokter yang ditunjuk dan lain-lain.

Maka apabila seseorang menghadapi resiko yang langsung menyangkut penderitaan bagi kesehatan jasmaninya, lebih mudah ditanggulangi dengan bantuan dari pemerintah melalui pertanggungans sosial ini atau asuransi kesehatan pada khususnya. Bantuan pemerintah pada saat-saat itu hendaknya dapat meringankan beban hidup, sehingga

orang ini dapat diharapkan menghasilkan atau produktifitasnya lebih besar dalam pekerjaannya.

PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang sebagai badan pengelola Asuransi Kesehatan di Indonesia bertujuan untuk menjaga, memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun beserta anggota keluarganya, dalam rangka upaya menciptakan aparatur negara yang sehat, kuat dan dinamis serta memiliki jiwa pengabdian dan kesetiaan yang tinggi terhadap cita-cita Nusa dan Bangsa.

Sekalipun Asuransi Kesehatan bertujuan sebagai salah satu untuk menjamin lebih terpeliharanya pelayanan kesehatan, tetapi bukan berarti status kesehatan masyarakat dapat langsung diperbaiki. Karena untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat, masalahnya tidak terletak pada ada atau tidaknya dana saja, tetapi juga terletak pada berbagai faktor lainnya seperti sikap mental masyarakat itu sendiri, adat istiadat, kebiasaan dan lain sebagai dari masyarakat serta kebijaksanaan pemerintah dalam melaksanakan program kesehatan di suatu negara.

Untuk Indonesia adanya suatu sistem asuransi kesehatan yang dapat mengikut sertakan seluruh rakyat, dirasakan merupakan hal yang mendesak. Hal ini disebabkan karena situasi ataupun keadaan sosial ekonomi rakyat rata-rata lemah, sehingga tidak tersedia dana yang cukup untuk menganggulangi pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh masyarakat.

5. PIHAK-PIHAK YANG TERKAIT DALAM PERJANJIAN ASURANSI KESEHATAN

Sebelum menguraikan pihak-pihak yang terkait dalam perjanjian asuransi kesehatan perlu diuraikan terlebih dahulu hubungan antara perjanjian dengan perjanjian asuransi. Perjanjian diatur didalam Buku Ketiga KUHPerdara yaitu dalam Bab V sampai dengan Bab XVIII dan Bab VII A menagtur tentang persetujuan-persetujuan bernama (tertentu). Beberapa persetujuan diatur dalam Kitab Undang-undang Hukum Dagang seperti Perseroan, Asuransi, Komisioner, Makelar, Pengangkutan. Pengertian perjanjian menurut Pasal 1313 KUHPerdara yaitu suatu perbuatan dengan mana satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap satu orang lain atau lebih. Agar suatu perjanjian sah, harus memiliki syarat-syarat yang diatur dalam Pasal 1320 BW yaitu:

- 1). Sepakat mereka yang mengikatkan dirinya;
- 2). Kecakapan untuk membuat suatu perikatan;
- 3). Suatu hal tertentu;
- 4). Suatu sebab yang halal;
- 5). Wajib memberitahukan;
- 6). Premi.

Asuransi dalam terminologi hukum merupakan suatu perjanjian, oleh karena itu perjanjian itu perlu dikaji sebagai acuan menuju pada pengetian perjanjian asuransi.

Secara umum pengertian perjanjian dapat dijabarkan antara lain

adalah sebagai berikut:

- 1). Suatu perbuatan dengan mana satu orang atau lebih mengakibatkan dirinya terhadap satu orang atau lebih;
- 2). Suatu hubungan hukum antara pihak, atas dasar mana pihak yang satu (yang berpiutang / kreditur) yang juga berkewajiban melaksanakan dan bertanggung jawab atas suatu prestasi.

Dari batasan tersebut di atas dapat diketahui bahwa setiap perjanjian pada dasarnya akan meliputi hal-hal tersebut dibawah ini:

- 1). Perjanjian selalu menciptakan hubungan hukum;
- 2). Perjanjian menunjukan adanya kemampuan atau kewenangan menurut hukum;
- 3). Perjanjian mempunyai atau berisikan suatu tujuan bahwa pihak yang satu akan memperoleh dari pihak yang lain suatu prestasi yang mungkin memberikan sesuatu, melakukan sesuatu, melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu;
- 4). Dalam setiap perjanjian, kreditur berhak atas prestasi dari debitur, yang dengan sukarela akan memenuhinya;
- 5). Bahwa dalam setiap perjanjian debitur wajib dan bertanggung jawab melakukan prestasinya sesuai dengan perjanjian.

Kelima unsur termaksud di atas pada hakikatnya selalu terkandung pada setiap perjanjian termasuk perjanjian asuransi. Jadi pada perjanjian asuransi di samping harus mengandung kelima unsur pokok termaksud, mengandung pula unsur-unsur lain yang menunjukan ciri-ciri khusus

dalam karakteristiknya. Ciri-ciri dan karakteristik perjanjian asuransi inilah nanti yang membedakannya dengan jenis perjanjian pada umumnya pada perjanjian-perjanjian lain.

Mengingat arti pentingnya perjanjian asuransi sesuai dengan tujuannya, yaitu sebagai suatu perjanjian ini sebenarnya menawarkan suatu kepastian dari suatu ketidakpastian mengenai kerugian-kerugian ekonomi yang mungkin diderita karena suatu peristiwa yang belum pasti. Batasan perjanjian asuransi secara formal terdapat dalam Pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang.

Apabila suatu peristiwa atau resiko yang diperjanjikan dalam polis asuransi itu terjadi, maka bertanggung atau pemegang polis atau pihak yang ditunjuk untuk menerima manfaat melapor ke kantor cabang perusahaan asuransi yang bersangkutan. Laporan dapat dilakukan melalui surat ataupun secara lisan dengan telepon, kepada *customer service* atau kepada bagian klaim. Setelah menerima laporan, unit klaim akan memeriksa arsip atau database untuk melihat apakah klaim telah dilunasi dan kondisi-kondisi yang lain.

Cara untuk mengajukan klaim harus memenuhi beberapa syarat yaitu:

- 1). Formulir pengajuan klaim (FPK) yang telah diisi lengkap;
- 2). Melampirkan kartu peserta PT. ASKES;
- 3). Kwitansi pembayaran premi terakhir.⁴⁶

⁴⁶ Agus Prawoto, 1995, *Hukum Asuransi dan Kesehatan Perusahaan Asuransi*, BPFE, Yogyakarta, halaman 133.

BAB III

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. PELAKSANAAN PEMBAYARAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DI PT. ASKES (PERSERO) CABANG UTAMA SEMARANG.

Citra PT. ASKES (PERSERO) oleh peserta terbentuk ketika mendapatkan pelayanan baik itu di kantor PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang atau di Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Prosedur dan proses pelayanan administrasi kepada peserta sangat penting dan harus dilaksanakan secara profesional oleh setiap petugas terkait sesuai dengan peran dan fungsinya. Secara garis besar proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang adalah sama di seluruh Indonesia, berarti prosedur dan perangkat administrasi yang digunakan juga harus sama, dan ini sesuai dengan telah ditetapkannya "*business process*" dan telah dilaksanakan sistem manajemen mutu ISO 9001 ; 2000.

Dengan adanya perkembangan dalam sistem informasi serta pola tarif pelayanan kesehatan maka Pedoman Administrasi Pelayanan Kesehatan juga perlu disesuaikan. Dengan mempertimbangkan hal tersebut, maka Pedoman Administrasi Pelayanan Kesehatan Peserta Askes Sosial yang telah ditetapkan Direksi No. 106/Kep/0602 tanggal 14 Juni 2002, dan Pedoman PPATRS (Program Pelayanan Administrasi Terpadu di Rumah Sakit) No. 195/Kep/1201 tanggal 7 Desember 2001

dianggap oelu untuk disempurnakan dan dijadikan satu bersama-sama dengan Pedoman SPNM, menjadi Pedoman Administrasi Pelayanan Kesehatan Askes Sosial edisi 2006. Pedoman ini diharapkan dapat menjadi pegangan bagi petugas didalam memberikan pelayanan yang bermutu bagi peserta.

Mekanisme pelayanan Kesehatan peserta ASKES mengacu pada prinsip, "**BERJENJANG DAN KONSEP WILAYAH**".⁴⁷ Berjenjang artinya pelayanan kesehatan dilaksanakan secara hirarki, yaitu pelayanan dasar dan pelayanan rujukan.

Setiap pelayanan kesehatan efektif (non emergency) harus dimulai pada tingkat pelayanan kesehatan dasar atau tingkat pertama, yaitu pelayanan oleh Dokter Umum. Pelayanan Dokter Umum dapat dilakukan pada sarana milik pemerintah (Puskesmas) maupun swasta (Praktek Dokter Umum/ Dokter Keluarga) yang bekerja sama dengan PT. ASKES (Persero) Indonesia.

Apabila berdasarkan pemeriksaan Dokter Umum secara medis dipandang perlu pelayanan spesialistik, maka pasien dapat dirujuk untuk mendapat pelayanan spesialistik di Rumah Sakit dan Balai Pengobatan Spesialis yang bekerja sama dengan PT. ASKES (Persero) Indonesia. Apabila diperlukan, selanjutnya Rumah Sakit dapat pula merujuk ke RS umum yang lebih lengkap atau ke RS khusus, sesuai dengan kebutuhan medis peserta.

⁴⁷ Orié Andari Sutadji, 2007, *Pedoman Pengendalian Pelayanan Kesehatan Askes Sosial PT. ASKES (Persero)*, PT. ASKES, Jakarta, halaman 3

Untuk kondisi emergency peserta dapat langsung mendapat pelayanan di PPK tingkat lanjutan, tanpa rujukan.

Konsep Wilayah artinya:

Untuk pelayanan tingkat pertama, peserta didaftarkan pada PPK tingkat pertama dalam wilayah domisili tempat bekerja peserta, yang dipilih oleh peserta.

Untuk pelayanan rujukan diutamakan pada RS yang paling dekat dengan wilayah domisili tempat bekerja peserta.

Pelayanan obat diberikan pada setiap jenjang pelayanan kesehatan. Pada pelayanan tingkat pertama di Puskesmas pelayanan obat juga dilaksanakan di Puskesmas, sedang pelayanan tingkat pertama di Dokter Keluarga, pelayanan obat dapat dilaksanakan di Dokter Keluarga atau di Apotik yang bekerja sama dengan PT. ASKES (Persero) Indonesia.

Pada pelayanan tingkat lanjutan, pelayanan obat dilaksanakan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit atau di Apotik yang bekerja sama dengan PT. ASKES (Persero) Indonesia.

Pengendalian pelayanan kesehatan harus dilaksanakan pada setiap titik dari rantai pelayanan kesehatan.

Prinsip Pengendalian pelayanan kesehatan:⁴⁸

⁴⁸ *Ibid*, halaman 4.

- 1). Dilaksanakan secara seimbang antara pengendalian mutu dan biaya, artinya pengendalian biaya tidak boleh mengorbankan mutu pelayanan;
- 2). Upaya pengendalian diutamakan pada pencegahan/ minimalisasi Fraud dan Abuse dari pihak PPK, Peserta dan PT. ASKES;
- 3). Dilaksanakan pada phase sebelum pelayanan (Prospective), pada saat pelayanan (Concurrent) dan sesudah (Retrospective) pelayanan kesehatan;
- 4). Dilaksanakan pada setiap jenjang pelayanan kesehatan;
- 5). Melibatkan Peserta, PPK, MAB;
- 6). Dilaksanakan secara berkelanjutan, berkesinambungan dan professional;
- 7). Melakukan umpan balik kepada PPK.

Sebagai upaya optimalisasi pelayanan kepada pelanggan, PT. ASKES (Persero) sejak tahun 2002 telah melaksanakan **Program Pelayanan Administrasi Terpadu di Rumah Sakit (PPATRS)**⁴⁹. Sejalan dengan perkembangan bisnis perusahaan khususnya perkembangan sistem informasi, program ini juga mengalami penyempurnaan, sehingga pedoman pelaksanaannya juga perlu disempurnakan.

Selain itu revisi juga dimaksud untuk mendekatkan pedoman dengan realita di lapangan sehingga pelaksanaan PPATRS memenuhi persyaratan baik sisi kualitas maupun kuantitas, yang semuanya

⁴⁹ Orie Andari Sutadji, 2006, *Pedoman Administrasi Pelayanan Kesehatan Askes Sosial PT. ASKES (Persero)*, PT. ASKES, Jakarta, halaman 57.

bermuara ke peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit maupun Provider demi terwujudnya kepuasan pelanggan yang optimal.

1). Empat fungsi utama PPATRS yaitu:

a). Fungsi Pelayanan Administrasi, melalui program ini pelayanan administrasi di rumah sakit disederhanakan, sebagai berikut:

(1). Peserta/ anggota keluarga yang berobat tidak perlu menyerahkan

Fotokopi kartu Askes, cukup dengan menunjukkan Kartu Askes dan menyerahkan surat rujukan;

(2). Kemudahan dan percepatan proses klaim atas biaya pelayanan

peserta Askes;

(3). Memusatkan Administrasi pelayanan kesehatan hanya pada satu

tempat yakni di Rumah Sakit, sehingga peserta tidak perlu ke Kantor PT. ASKES (Persero) untuk mendapatkan pelayanan.

b). Fungsi Pelayanan Informasi dan Penanganan Keluhan yaitu dalam satu unit PPATRS dimana ada petugas Askes dan Petugas Rumah Sakit, semua informasi yang berkaitan dengan Askes dan Rumah Sakit diberikan pada satu tempat.

c). Fungsi Pengendalian yaitu:

- (1).Pengendalian pemanfaatan kartu oleh yang tidak berhak;
- (2).Pengendalian penyalahgunaan dan pemberian pelayanan yang berlebihan;
- (3).Minimalisasi kesalahan dalam proses verifikasi klaim.

d). Fungsi Kemitraan yaitu PT. ASKES (Persero) dengan Rumah Sakit secara nyata bermitra dalam memberikan pelayanan kepada peserta. Fungsi kemitraan juga nyata didalam proses pelaksanaan klaim, dimana prosesnya dapat dilaksanakan secara lebih cepat sehingga saling menguntungkan kedua belah pihak.

2). Tujuan PPATRS yaitu:

a). Tujuan Umum

Terciptanya peningkatan mutu pelayanan kesehatan melalui peningkatan mutu pelayanan administrasi dan pelayanan pelanggan;

b). Tujuan Khusus

- (1). Diperolehnya kemudahan dan percepatan proses pelayanan administrasi bagi peserta dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di RS;
- (2). Tercapainya Kemudahan dan percepatan proses penyelesaian klaim RS;
- (3). Terciptanya pelayanan informasi dan penanganan keluhan di RS;

- (4). Tercapainya fungsi Pengendalian pelayanan kesehatan;
- (5). Meningkatnya hubungan kemitraan antara PT. ASKES (Persero) dengan RS melalui keterlibatan fungsi Tim Pengendali Rumah Sakit (TPRS) atau petugas pencatatan dan pelaporan data.

3). Sasaran PPATRS dilaksanakan di seluruh PPK tingkat Lanjutan (Rumah Sakit) yang melayani peserta Askes Sosial, untuk seluruh jenis pelayanan yaitu:

- a). Pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL);
- b). Pelayanan rawat inap tingkat lanjutan (RITL);
- c). Pelayanan obat di Apotik dan Instalasi Farmasi.

4). Prinsip Dasar Program PPATRS:

- a). PPATRS sebagai unit pelayanan administrasi terpadu antara PT.Askes (Persero) dan RS, menjalankan tugas dan fungsinya sesuai dengan kewenangannya masing-masing dengan dasar saling percaya dan dilandasi atas hubungan kerjasama kemitraan yang baik dan benar;
- b). PT. Askes Persero bukan mengambil alih tugas dan fungsi Tim Pengendali Rumah Sakit (TPRS). TPRS tetap ada oleh karena TPRS merupakan bagian dari organisasi RS untuk menjalankan kepentingan Rumah Sakit dalam melayani Peserta Askes. TPRS yang selama ini berjalan terpisah menjadi terintegrasi dengan petugas PT. Ases (Persero) didalam PPATRS;

- c). Fungsi petugas RS adalah mengentri data peserta pada saat pendaftaran untuk penerbitan SJP, mengentri data pelayanan untuk tagihan dan memberikan informasi tentang pelayanan dari RS;
- d). Fungsi pegawai PT. Askes (persero) di Unit PPATRS adalah untuk melaksanakan tugas legalisasi (SJP dan Resep), verifikasi klaim RS, pemberian informasi dan penanganan keluhan yang merupakan kewenangan dan kepentingan PT. Askes (Persero);
- e). Persyaratan administrasi di RS tidak lagi memerlukan fotokopi Kartu Askes (Persero) dan fotokopi surat rujukan. Kedua dokumen ini digantikan oleh Surat Jaminan Pelayanan (SJP), yang dikeluarkan oleh PPATRS.

RUANG LINGKUP PELAYANAN KESEHATAN ⁵⁰

1). Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.

a). Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP).

Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK).

- (1). Puskesmas;
- (2). Poliklinik Induk milik TNI – Polri;
- (3). Dokter Keluarga, baik praktek perorangan maupun bersama;
- (4). Klinik 24 jam.

Jenis Pelayanan.

- (1). Konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan;
- (2). Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis kecil/ sederhana
oleh
Dokter atau paramedis;

⁵⁰ *Ibid*, Halaman 11.

- (3). Pemeriksaan, pengobatan, termasuk pencabutan dan tambal gigi oleh Dokter Gigi dan atau perawat gigi;
- (4). Pemeriksaan penunjang diagnostik sederhana;
- (5). Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh Bidan atau Dokter, termasuk pelayanan Imunisasi Dasar;
- (6). Upaya penyembuhan terhadap efek samping kontrasepsi;
- (7). Pemberian obat pelayanan dasar dan bahan alat kesehatan habis pakai;
- (8). Pemberian surat rujukan ke PPK yang lebih tinggi bagi penyakit yang tidak dapat ditanggulangi di PPK yang bersangkutan;
- (9). Pelayanan rujuk balik dari PPK yang lebih tinggi.

b). Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP).

(1). Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK)

Puskesmas dengan tempat tidur (Puskesmas TT)

(2). Ruang lingkup Pelayanan.

- (a) Konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan;
- (b) Perawatan dan akomodasi di ruang perawatan;
- (c) Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis kecil/ sederhana oleh
- (d) Dokter ataupun paramedis;
- (e) Pemeriksaan penunjang diagnostik;
- (f) Pelayanan obat-obatan standar serta alat kesehatan habis pakai selama masa perawatan;
- (g) Pemberian surat rujukan ke PPK yang lebih tinggi bagi penyakit yang tidak dapat ditanggulangi di PPK yang bersangkutan.

2). Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan.

Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan merupakan pelayanan yang bersifat spesialisik dan dilaksanakan di RS yang bekerja sama dengan PT. Askes baik pemerintah, TNI – Polri maupun RS Swasta.

Penyetaraan RS Swasta dan TNI – Polri terhadap RS Pemerintah adalah sebagai berikut:

- a). RS Pemerintah Tipe A setara dengan RS TNI - Polri Tingkat I;
- b). RS Pemerintah Tipe B setara dengan RS TNI - Polri Tingkat II dan RS Swasta Kelas Utama;
- c). RS Pemerintah Tipe C setara dengan RS TNI - Polri Tingkat III dan RS Swasta Kelas Madya;
- d). RS Pemerintah Tipe D setara dengan RS TNI - Polri Tingkat IV dan RS Swasta Kelas Pertama.

Pelayanan Kesehatan tingkat lanjutan bagi peserta Askes Sosial adalah sebagai berikut:

a). Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

(1). Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK):

- (a) Poli spesialis RSU Pemerintah;
- (b) Poli spesialis RS TNI - Polri;
- (c) Poli spesialis RS Swasta yang bekerjasama;
- (d) Klinik spesialis yang bekerjasama;
- (e) Balai Pengobatan khusus: BP-Paru, BP- Mata, BP-Indra;
- (f) Poli RS Khusus, RS Jiwa, RS Mata, RS Paru, RS Jantung, RS Infeksi, RS Kanker, dan PPK lain yang ditunjuk;

(g) Labkesda;

(h) Poli Unit Gawat Darurat (untuk kasus emergency).

(2). Ruang lingkup Pelayanan Kesehatan RJTL

Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan terdiri dari:

(a) Paket Pemeriksaan (Paket I):

Mencakup Pemeriksaan medis spesialisik, sub-spesialisik, konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan;

(b) Paket Penunjang Diagnostik (Paket II) terdiri dari:

(i.) Paket II-A (pemeriksaan laboratorium klinik dan parasitologi);

(ii.) Paket II-B (pemeriksaan penunjang radio diagnostik);

(iii.) Paket II-C (Pemeriksaan penunjang diagnostik-elektromedik);

(c) Penunjang Diagnostik Luar Paket terdiri dari:

(i.) Pemeriksaan laboratorium klinik;

(ii.) Pemeriksaan laboratorium patalogi anatomi;

(iii.) Pemeriksaan Mikrobiologi;

(iv.) Pemeriksaan radio diagnostic;

(v.) Pemeriksaan diagnostic elektromedik;

(vi.) Pemeriksaan CT Scan;

(vii.) Pemeriksaan MRI.

(d) Tindakan Medis yang terdiri dari:

(i.) Paket Tindakan Medis (Paket III);

- (ii.) Tindakan Medis Non Operatif (Radio Terapi);
- (e) Pemberian obat standar dan bahan alat kesehatan habis pakai;
- (f) Peresepan dan pelayanan obat sesuai DPHO;
- (g) Pemberian surat rujukan ke PPK yang lebih tinggi untuk
- (h) penyakit yang tidak dapat ditangani;
- (i) Pelayanan hemodialisa dan CAPD;
- (j) Pelayanan Akupunktur;
- (k) Pelayanan gawat darurat dengan kriteria kasus emergency sebagaimana terlampir.

b). Paket Pelayanan Satu Hari (One Day Care)

- (1). Pemberi Pelayanan Kesehatan
 - (a) RSUD Pemerintah;
 - (b) RS TNI-Polri;
 - (c) RS Khusus, antara lain RS Jiwa, Mata, Paru, Jantung, Infeksi, Kanker);
 - (d) RS Swasta yang bekerja sama dengan PT Askes.
- (2). Paket Pelayanan Satu Hari
 - (a) Perawatan dan akomodasi minimal 6 (enam) jam tanpa menginap;
 - (b) Observasi;

- (c) Konsultasi;
 - (d) Pengobatan;
 - (e) BAHP.
- (3). Apabila berdasarkan indikasi medis diperlukan pelayanan lain, dapat diberikan pelayanan
- (a) Paket penunjang diagnostik (Paket II) dan Penunjang Diagnostik Luar Paket;
 - (b) Paket Tindakan Medis (Paket III);
 - (c) Pemberian obat standar yang termasuk dalam paket rumah sakit serta bahan dan alat kesehatan habis pakai;
 - (d) Pelayanan obat sesuai DPHO.

c). Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

(1). Rawat Inap di Ruang Perawatan Biasa

(a) Pemberi Pelayanan Kesehatan

- (i.) RSUD Pemerintah;
- (ii.) RS TNI-Polri;
- (iii.) RS Khusus, (antara lain RS jiwa, Mata, Paru, Jantung, Infeksi, Kanker);
- (iv.) RS swasta yang bekerja sama dengan PT. Askes.

(b) Ruang Lingkup Pelayanan

Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Lanjutan terdiri dari

- (i.) Pelayanan paket rawat inap, meliputi;
 - ((i)) Pemeriksaan dan konsultasi oleh dokter spesialis;
 - ((ii)) Perawatan dan akomodasi di ruang perawatan;
 - ((iii)) Pemeriksaan dan Pengobatan oleh dokter, dokter spesialis dan atau dokter sub spesialis;
 - ((iv)) Paket Pemeriksaan Laboratorium (Paket II A);
 - ((v)) Pemberian Obat standar yang termasuk dalam paket rumah sakit serta bahan dan alat kesehatan habis pakai.
- (ii) Paket Pemeriksaan Penunjang Diagnostik (Paket II B dan Paket II C);
- (iii) Penunjang Diagnostik Luar Paket terdiri dari:
 - ((i)) Pemeriksaan Laboratorium klinik;
 - ((ii)) Pemeriksaan laboratorium patalogi anatomi;
 - ((iii)) Pemeriksaan Mikrobiologi;
 - ((iv)) Pemeriksaan radio diagnostic;
 - ((v)) Pemeriksaan diagnostic elektromedik;
 - ((vi)) Pemeriksaan CT Scan;
 - ((vii)) Pemeriksaan MRI.
- (iv) Tindakan Medis, yang terdiri dari:
 - ((i)) Paket Tindakan Medis (Paket III);
 - ((ii)) Tindakan Medis Non Operatif (Radio Terapi);
 - ((iii)) Tindakan Medis Operatif, dilakukan pada ruang

Operasi

dengan anestasi umum atau lumbal;

- ((iv)) Tindakan Persalinan, normal atau dengan penyulit;
- ((v)) Pelayanan Obat sesuai DPHO;
- ((vi)) Pelayanan Darah;
- ((vii)) Pelayanan ESWL;
- ((viii)) Pelayanan hemodialisa dan CAPD;
- ((ix)) Pelayanan Akupunktur;
- ((x)) Pemberian Surat Rujukan

(c) Hak Kelas Perawatan

Hak peserta dan keluarganya atas kelas Perawatan adalah berdasarkan pada golongan kepangkatan sebagai berikut:

- (i) Golongan I, II, III di kelas II;
- (ii) Golongan IV di kelas I;
- (iii) Dokter PTT dan bidan PTT dikelas II;
- (iv) Penerima Pensiun sesuai golongan/ kepangkatan pegawai terakhir pada saat pensiun.

3). Pelayanan Persalinan.

a). Pemberian Pelayanan Kesehatan

- (1). Puskesmas TT;
- (2). Rumah Sakit Umum;
- (3). RS Bersalin.

b). Ruang Lingkup

Persalinan terdiri dari persalinan normal (tanpa penyulit) dan persalinan dengan penyulit baik penyulit per vaginam atau per abdomen. Pelayanan Persalinan berdasarkan Tingkat PPK adalah sebagai berikut:

- (1). Pelayanan Persalinan di PPK tingkat pertama (Puskesmas TT dan Rumah Bersalin) milik Pemerintah Daerah terdiri dari:
 - (a) Tindakan Persalinan Normal;
 - (b) Tindakan Persalinan dengan Penyulit per vaginam;
 - (c) Pelayanan Paket rawat inap tingkat pertama termasuk perawatan untuk bayi.
- (2). Pelayanan Persalinan di PPK tingkat lanjutan terdiri dari pelayanan paket, luar paket tindakan persalinan, pelayanan darah, pelayanan obat dan surat rujukan.
 - (a) Tindakan Persalinan Normal;
 - (b) Tindakan Persalinan dengan Penyulit per vaginam;
 - (c) Tindakan Persalinan dengan penyulit perabdominam
 - (d) Pelayanan paket rawat inap tingkat lanjutan termasuk perawatan untuk bayi sebagaimana yang diberikan pada pelayanan paket rawat inap tingkat lanjutan;
 - (e) Penunjang Diagnostik Paket dan Luar Paket;
 - (f) Pelayanan Darah;
 - (g) Pelayanan Obat sesuai dengan DPHO.

4). Pelayanan Darah.

- a). Pelayanan darah dapat diberikan atas indikasi medis untuk pelayanan rawat inap tingkat pertama dan tingkat lanjutan, persalinan dengan penyulit dan pelayanan rawat inap di ruang perawatan khusus;
- b). Darah diperoleh dari Unit Transfusi Darah (UTD) Palang Merah Indonesia (PMI) setempat atau UTD di rumah sakit, dengan menyerahkan surat permintaan kebutuhan darah dari dokter yang merawat;
- c). Ketentuan Pelayanan darah diatur berdasarkan Perjanjian kerjasama antara PT. Askes dengan Unit Transfusi Darah Palang Merah Indonesia (PMI) setempat atau dengan Rumah Sakit Setempat.

5). Pelayanan Obat.

- a). Pemberi Pelayanan Kesehatan.
 - (1). Apotek;
 - (2). Instalasi Farmasi Rumah Sakit
- b). Ruang Lingkup
 - (1). Pelayanan obat pada Pelayanan Kesehatan tingkat Pertama;
 - (2). Pelayanan obat pada Pelayanan tingkat lanjutan;
 - (3). Untuk obat khusus;
 - (4). Pemberian antibiotika di luar DPHO hanya diperbolehkan apabila;

- (a) Berdasarkan hasil *sensitivity test*, antibiotika yang ada dalam DPHO tidak ada yang sensitive;
 - (b) Penggantian harga antibiotika diluar DPHO maksimum sebesar harga antibiotika tertinggi dengan sediaan yang sama yang ada dalam DPHO.
- (5). Pemberian obat sitostatiska diluar DPHO hanya diperbolehkan apabila Ada rekomendasi dari Tim MAB dengan nilai ganti maksimal sebesar harga obat sitostatika tertinggi dengan sediaan yang sama yang ada dalam DPHO.

6). Pelayanan Alat Kesehatan.

- a). Kacamata;
- b). Alat Bantu Dengar (Hearing Aid);
- c). Prosthese Gigi (Gigi Tiruan);
- d). Prosthese Anggota Gerak (Kaki dan atau Tangan Tiruan);
- e). Implant.

7). Hal-hal yang Tidak Ditanggung.

Pelayanan atau hal-hal lain yang tidak termasuk jaminan yang ditanggung oleh PT. Askes adalah sebagai berikut:

- a). Pelayanan kesehatan yang tidak mengikuti prosedur ataupun ketentuan

yang berlaku;

- b). Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas yang bukan jaringan PPK PT. ASKES, kecuali kasus emergency;
- c). Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
- d). Pelayanan kesehatan untuk tujuan kosmetik;
- e). Check up dan atau General Chesk up;
- f). Semua jenis Imunisasi selain imunisasi dasar bagi bayi dan balita;
- g). Seluruh rangkaian pemeriksaan dalam usaha ingin mempunyai anak;
- h). Sirkumsisi tanpa indikasi medis;
- i). Pemeriksaan kehamilan, persalinan, masa nifas pada anak ketiga dan seterusnya;
- j). Usaha meratakan gigi, membersihkan karang gigi;
- k). Gangguan kesehatan/ penyakit akibat ketegantungan obat, alcohol dan atau zat adiktif lainnya;
- l). Gangguan kesehatan/ Penyakit akibat usaha bunuh diri atau dengan sengaja menyakiti diri sendiri;
- m). Kursi roda, tongkat peyangga, korset elastic bandage;
- n). Kosmetik, Makanan bayi, obat gosok;
- o). Obat diluar DPHO;
- p). lain-lain.

Proses administrasi klaim sangat penting dalam suatu rangkaian

proses bisnis asuransi dimana kinerja suatu perusahaan asuransi sangat ditentukan oleh bagaimana klaim diproses dan diselesaikan. Disamping itu penyelesaian klaim juga sangat mempengaruhi efisiensi dalam biaya kesehatan karena kurang hati-hatian dalam proses klaim dapat mengakibatkan pembayaran yang berlebihan dari yang seharusnya. Oleh sebab itu semua petugas terutama petugas verifikator, kepala seksi dan kepala cabang harus melaksanakan proses klaim dengan prinsip hati-hati dan teliti.

PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang dalam memberikan pelayanan kepada peserta mengenal dua sistem pengajuan klaim,yaitu:

1). Klaim Perorangan⁵¹

Pada klaim perorangan , peserta sendirilah yang mengajukan klaimnya kepada PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang klaim diajukan berdasarkan alat bukti pembayaran yang sah atas biaya pengobatan atau perawatan yang dibayar oleh peserta terlebih dahulu.

Pada saat sekarang ini klaim perorangan tidak ada lagi kecuali:

a). Klaim Hearing Aid (Alat Bantu Dengar)

Untuk memperoleh pergantian pembayaran Hearing Aid yang telah dibayar/ dilaksanakan harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- (1). Harus ada surat rujukan dari PUSKESMAS kepada Poli Spesialis THT;

⁵¹ *Ibid*, halaman 50.

(2). Memperoleh surat keterangan dari dokter THT yang memeriksa;

(3). Harus melampirkan kwitansi pembelian yang asli;

(4). Mengisi Formulir Pengajuan Klaim (FKP) yang telah disediakan

dengan melampirkan kwitansi pembelian Hearing Aid yang asli.

(5). Biaya yang ditanggung oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang

Utama Semarang untuk klaim hearing aid maksimal sebesar Rp. 100.000,- berlaku hanya kepada peserta saja dan jangka waktu pergantiannya 2 tahun sekali. Pengajuan klaim Hearing Aid selama bulan Juli kepada PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang tidak ada.

b). Klaim Prothese Gigi (Pemasangan Gigi Palsu)

Bagi peserta yang mengajukan klaim pergantian pembayaran biaya prothese gigi yang telah dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan medisnya dapat dilayani dengan syarat:

(1). Harus memperoleh surat keterangan dari dokter gigi untuk prothese gigi;

(2). Harus melampirkan Kartu Peserta PT. ASKES (Persero) Indonesia;

- (3). Harus melampirkan kwitansi yang asli dari pembelian atau pembuatan gigi palsu tersebut, baik dari dokter gigi maupun dari tukang gigi;
 - (4). Mengisi Formulir Pengajuan Klaim (FPK) yang telah disediakan dan mengajukannya ke Kantor Perwakilan PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang.
- c). Klaim khusus untuk Prothese Anggota Gerak (Pembuatan kaki atau tangan palsu).

Syarat-syarat untuk mengajukan pembayaran klaimnya adalah:

- (1). Harus melampirkan kwitansi pembelian dari bengkel atau usaha alat Bantu gerak tersebut;
- (2). Harus melampirkan Kartu Peserta PT. ASKES (Persero) Indonesia.
- (3). Mengisi Formulir Pengajuan Klaim (FPK) yang telah tersedia dan mengajukkannya ke Kantor Perwakilan PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang.

Biaya yang ditanggung oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang untuk pengajuan Klaim Prothese Anggota Gerak maksimal sebesar Rp. 200.000,- berlaku hanya untuk peserta saja dan jangka waktu pergantiannya 2 tahun sekali.

d). Klaim Persalinan Normal

Mengenai persalinan normal ini berlaku dua ketentuan yaitu:

- (1). Peserta atau anggota keluarganya yang ingin melahirkan ditempat
- (2). praktek bidan atau dukun yang telah ditatar oleh Departemen Kesehatan dan diakui oleh pihak PT. ASKES (Persero) Indonesia. Terhadap mereka ini berlaku klaim perorangan, yang bersangkutan membayar terlebih dahulu semua ongkos persalinannya. Kemudian dengan bukti pembayaran yang sah, baru mengklaim PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang. Pengajuan klaim ini kepada PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang. Syarat-syarat persalinan pada bidan atau dukun adalah:
 - (3). Harus melampirkan kwitansi asli biaya persalinan pada bidan atau dukun tersebut;
 - (4). Harus melampirkan foto copy Kartu Tanda Peserta PT. ASKES (Persero) Indonesia;
 - (5). Mengisi Formulir Pengajuan Klaim (FPK) yang telah tersedia.
 - (6). Bagi peserta yang ingin melahirkan di Rumah Sakit Umum Pemerintah atau klinik bersalin yang ditunjuk oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang, maka disini peserta atau anggota keluarganya mendapat pelayanan

gratis beserta obat-obatan yang dibutuhkannya. Maka klaim nantinya akan diajukan oleh pihak yang mengadakan ikatan kerja sama (klinik Bersalin) kepada PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang.

Sesuai dengan Surat Keputusan Direksi PT. ASKES (Persero) Indonesia Nomor 69/Kep/0304 tertanggal 8 Maret 2004, maka ketentuan suatu klaim dianggap kadaluarsa untuk klaim perorangan adalah: ⁵²

Batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan

2). Klaim Kolektif ⁵³

Pada klaim kolektif, peserta tidak mengeluarkan biaya apapun atas pelayanan kesehatan yang telah diterimanya. Dalam hal ini pihak PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang mengadakan ikatan kerja sama terlebih dahulu dengan Unit Pelayanan tempat peserta dilayani untuk memperoleh perawatan atau pelaksanaan yang telah ditetapkan oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang.

Jadi Pada sistem pengajuan klaim ini Unit Pelayanan Kesehatanlah yang mengajukan klaim kepada PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang atas jasa pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta. Adapun pelaksanaan pelayanan kesehatan pada Unit Pelayanan Kesehatan yang telah mengadakan ikatan kerja sama dengan PT. ASKES (PERSERO)

⁵² *Ibid*, halaman 52.

⁵³ *Ibid*, halaman 40.

Cabang Utama Semarang khususnya dalam hak rawat inap, berlaku ketentuan SKB Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI dan Direksi Utama Perum Husada Bakti No. 462/ Yanmed/ II.2/ R.S.m.Dik/YUM/VI/1989 dan No. 134/ Kep/ II.2/20.Mad/0489/ tentang Pedoman Tata Laksana Pelayanan Kesehatan dan Administrasi Keuangan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Vertikal bagi peserta Perum Husada Bakti, sebagai berikut:

- a). Mengurus surat jaminan perawatan dalam waktu 3 x 24 jam pada petugas Pihak Pengendali Rumah Sakit (PPRS) atau Perum Husada Bakti atau dari PUSKESMAS;
- b). Penetapan ruang kelas perawatan bagi peserta berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.279/MENKES/SK/VI/2989, yakni tarif rawat inap bagi perawatan per hari rawat inap peserta, atas dasar penetapan kelas sesuai dengan golongan kepangkatan Pegawai dan Penerima Pensiun, sebagai berikut: ⁵⁴
 - (1). Pegawai Negeri Golongan I dan II di ruangan kelas III;
 - (2). Pegawai Negeri Golongan III di ruangan kelas II;
 - (3). Pegawai Negeri Golongan IV di ruangan kelas I;
 - (4). Penerima pensiun dan anggota keluarganya di ruangan sesuai dengan kepangkatan golongan terakhir pada saat pensiun;
 - (5). Penerima Pensiun ABRI dan anggota keluarganya ruang kelas sesuai dengan kepangkatan/ golongan terakhir yang

⁵⁴ Andry, September 2008, wawancara, Staf Humas PT. ASKES (Persero) Cabang Utama Semarang.

telah disesuaikan dengan Surat Edaran Kepala Badan Administrasi Kepegawaian Negara No.01/SE/1987.

- c). Peserta yang dirawat di ruang kelas yang lebih tinggi dari haknya termasuk kelas utama sebagaimana diatur di atas oleh permintaan sendiri, diwajibkan membayar selisih tarif yang disebabkan oleh perbedaan kelas tersebut kepada pihak rumah sakit tempat peserta dan anggota keluarganya dirawat.
- d). Apabila Rumah Sakit bersangkutan tidak dapat menyediakan ruangan sesuai yang menjadi hak peserta, maka rumah sakit berkewajiban menyediakan ruang perawatan yang lebih tinggi tanpa membedakan peserta dengan selisih tariff.
- e). Besarnya paket tersebut disesuaikan dengan penggolongan tipe rumah sakit yang untuk daerah diatur dengan SKB Direktur Jenderal Pelayanan Medik Kesehatan RI dan Direktur Jenderal Pemerintahan Umum dan Otonomi Daerah Departemen Dalam Negeri No.721/ Yanmed/ RS/ UM.Dik. YMU/ VI/ 1989 tentang Penetapan Tarif Paket Rawat Inap di RSU daerah bagi pelayanan kesehatan peserta.

Unit Pelayanan Kesehatan kepada PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang serta pertanggung jawabannya adalah sebagai berikut:

- 1). Selambat-lambatnya setiap tanggal 10 berikutnya rumah sakit mengajukan tagihan kepada kepala Kantor Cabang ASKES

(Persero) Indonesia dengan tembusan kepada Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan setempat sesuai dengan peraturan.

2). Pengajuan tagihan dilakukan secara kolektif dengan melampirkan tagihan rangkap 4 yang didukung oleh dokumen-dokumen sebagai berikut:

- a). Surat Jaminan Perawatan (asli);
- b). Bukti telah dirawat yang ditanda-tangani oleh peserta;
- c). Bukti telah dilakukan tindakan operasi dengan anesthesia umum;
- d). Nama Peserta;
- e). Nomor Kartu Peserta;
- f). Nomor dan tanggal surat jaminan;
- g). Diagnose penyakit;
- h). Tanggal masuk rumah sakit dan keluar rumah sakit;
- i). Jumlah hari rawat;
- j). Besarnya tariff paket;
- k). Jumlah tagihan paket sama dengan tariff paket kali rawat inap;
- l). Tindakan bedah sedang, besar dan khusus dengan anestasi umum dan biayanya;
- m). Jumlah seluruh tagihan.

3). PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang dapat mengadakan verifikasi atas tagihan yang diajukan rumah sakit

tersebut. Tagihan atau klaim yang tidak lengkap atau kurang didukung oleh dokumen seperti diatas, PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang berhak untuk menolaknya.

Ada satu contoh kasus pelaksanaan klaim yang dapat dipenuhi, yaitu:

- 1). Seorang istri Pensiunan POLRI menderita sakit yang harus di rawat inap di RS. Elizabeth Semarang. Peserta adalah pemegang kartu peserta PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang. Sebagaimana diketahui Kartu Peserta PT. ASKES Indonesia berlaku di Indonesia setempat dimana peserta Askes bekerja. Setelah selesai menjalani perawatan medis beberapa hari, pasien telah dibolehkan pulang tetapi setelah biaya perawatannya ditanggung oleh Keluarga pasien terlebih dahulu. Setelah pihak keluarga membayar semua biaya perawatan, seorang istri Pensiunan Polri tersebut mendapatkan Kwitansi pembayaran selama perawatan dan rincian biaya obat selama rawat inap di Rumah Sakit tersebut. Dengan Kwitansi, rincian perawatan dan rincian obat, dari pihak keluarga pasien mengurus klaim tersebut dengan cara, Meminta Surat Pengantar dari Rumah Sakit saat penderita di rawat agar PT. ASKES (Persero) Cabang Utama Semarang benar-benar yakin bahwa pasien/ peserta Askes pernah dirawat di Rumah Sakit tersebut. Dengan membawa Kwitansi (rincian Perawatan dan obat), Kartu anggota PT. ASKES (Persero)

Cabang Utama Semarang dan Surat Kuasa, pihak keluarga mengurus klaim tersebut ke Kantor PT. ASKES (Persero) Cabang Utama Semarang. Pihak keluarga pasien bertemu Petugas Pelayanan Klaim, Syarat-syarat pengajuan klaim tersebut diserahkan oleh Petugas tersebut, Setelah menunggu beberapa saat, Syarat-syarat yang telah diserahkan tadi diteliti oleh Petugas Pelayanan Klaim, apakah sudah lengkap apa belum. Setelah syarat-syarat dinyatakan lengkap oleh Petugas Pelayanan Klaim pihak keluarga diminta untuk menunggu kurang lebih 1 (satu) minggu sejak proses/syarat-syarat itu dimasukkan ke PT. ASKES (Persero) Cabang Utama Semarang. Setelah 1 (satu) minggu kemudian pihak keluarga pasien datang ke Kantor PT. ASKES (Persero) Cabang Utama Semarang yang sebelumnya telah ditelepon oleh Pegawai pelayanan Klaim untuk mengambil biaya penggantian perawatan dan rincian obat. Pihak keluarga Pasien telah mendapatkan penggantian biaya perawatan dan obat sebesar kurang lebih 25% dari biaya yang telah dikeluarkan oleh Pihak keluarga Pasien. Pasien tersebut adalah istri anggota Polri dan sebagai peserta Asuransi Kesehatan PT. ASKES (Persero) Cabang Utama Semarang.

Sesuai dengan Surat Keputusan Direksi PT. ASKES (Persero) Indonesia Nomor 69/Kep/0304 tertanggal 8 Maret 2004, maka ketentuan suatu klaim dianggap kadaluarsa untuk klaim kolektif adalah: ⁵⁵

⁵⁵ Orie Andari Sutadji, *Opcit*, halaman 51.

- 1). Rumah sakit Pemerintah/TNI/Polri adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan;
- 2). Rumah Sakit Swasta, Apotik dan Optikal adalah 6 (enam) bulan setelah pelayanan diberikan;
- 3). Klaim/ Tagihan Hemodialisa Set diajukan oleh distributor paling lambat 6 (enam) bulan setelah consumable hemodialisa set diterima oleh PT. ASKES (Persero), lewat 6 (enam) bulan dinyatakan telah kadaluarsa.

Dalam rangka pengendalian dan pengawasan PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang dapat mengadakan verifikasi langsung ke rumah sakit mengenai kebenaran klaim yang diajukan. Bila terjadi kekeliruan dalam pembayaran klaim, maka akan diperhitungkan klaim yang diajukan dalam bulan berikutnya.

Untuk menghindari kekecewaan para pengaju klaim yang karena klaimnya ditolak disebabkan tidak melalui jalur yang telah ditetapkan, syarat-syarat klaim yang tidak lengkap dan lain sebagainya, maka diberikan ketentuan-ketentuan yang perlu dilaksanakan dalam setiap pengajuan klaim kepada PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang untuk dapat dilakukan pembayaran.

Dalam klaim perorangan tagihan yang diajukan harus dilakukan oleh yang berhak (peserta) sedangkan di dalam klaim kolektif diajukan oleh Unit Pelayanan Kesehatan yang telah ditunjuk oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang sebelumnya sebagai pihak yang

berhak.

Untuk menghindari penyalahgunaan dari yang tidak berhak, maka tanda tangan dari yang bersangkutan harus sama bentuknya pada setiap formulir yang ditanda tangani yang bersangkutan sebelumnya.

Jadi pelaksanaan pembayaran klaim secara perorangan maupun kolektif baru dapat dilaksanakan dan mendapatkan pelayanan setelah melalui jalur atau prosedur yang ditetapkan oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang. Maka barulah klaim itu dapat dibayarkan oleh petugas PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang atau kasirnya dengan menanda tangani bukti pengeluaran kas oleh peserta atau kuasanya untuk klaim perorangan dan oleh Unit Pelayanan Kesehatan melalui orang lain yang ditunjuk untuk itu. Pembayaran ini dapat diberikan dengan uang tunai ataupun cek.

2. HAMBATAN-HAMBATAN APA DAN UPAYA APA SAJA YANG DILAKUKAN PT. ASKES UNTUK MENGATASI HAMBATAN APABILA KLAIM TERSEBUT TIDAK TERPENUHI

1). Tanggung Jawab PT. ASKES Jika Klaim Tidak Bisa Terpenuhi

PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang sebagai pihak pengelola asuransi kesehatan di Indonesia, dananya sangat terbatas karena berasal dari pemotongan gaji Pegawai Negeri Sipil dan Penerima Pensiun sebesar 2% setiap bulannya yang sebagian besar pesertanya adalah golongan satu dan golongan dua, sehingga dana jaminan pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan juga terbatas. Oleh

karena biaya pemeliharaan kesehatan sangat mahal dibandingkan dengan dana PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang. Hal ini disebabkan karena:

- a). Adanya pengaturan efisiensi, efektifitas dan tata laksana pengelolaan yang lebih baik, seperti pola pengelola dana berdasarkan akuntansi administrasi mata anggaran yang ditentukan dan harus seizin Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan, sehingga sepanjang tidak ada anggarannya atau tidak tetap tidak bisa dilaksanakan dengan alasan apapun;
- b). Adanya pengaturan tersendiri mengenai Pola Tarif Rawat Jalan dengan Surat Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No.11 dan No.153 tahun 1988;
- c). Adanya pengaturan tersendiri mengenai Pola Tarif Paket Rawat Jalan dengan Surat Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No.4 dan No.68 tahun 1987 yang kemudian disusul dengan Surat Keputusan Bersama No.33 dan No.392 tahun 1989;
- d). Adanya pengaturan terhadap hak dan kewajiban peserta dengan cara untuk mendapatkan pelayanan berdasarkan sistem Kesehatan Nasional, seperti dimana peserta dilayani maka PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang setempatlah yang bertanggung jawab terhadap biaya yang menjadi hak peserta.

Maka dengan adanya pengaturan tersebut, saat ini peserta harus mengetahui hak dan kewajibannya serta harus mengikuti peraturan yang ada. Karena sampai saat ini masih banyak diantara peserta asuransi kesehatan kurang mengerti akan hak dan kewajibannya baik dari segi prosedur pengajuan klaim maupun dari jumlah klaim yang dapat dipenuhi berdasarkan garisan yang ada, sehingga klaim yang mereka ajukan tidak dapat Direalisasikan oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang dan mereka merasa dirugikan oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang.

Untuk menghindari timbulnya salah paham ditengah-tengah peserta kesehatan dengan petugas PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang yang menangani klaim peserta, hendaknya peserta menyadari bahwa dengan dana yang sangat terbatas, tidak mungkin keinginan semua pihak dapat terpenuhi. Jadi hendaknya peserta menuntut haknya berdasarkan karena gajinya dipotong.

Ada beberapa contoh hambatan yang klaimnya tidak sepenuhnya dapat dipenuhi, yaitu:⁵⁶

- 1). Seorang istri peserta asuransi kesehatan mengikuti suaminya keluar daerah (Bandung). Peserta adalah pemegang kartu peserta PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang. Sesampainya di Bandung istri menderita sakit mendadak sehingga penanganannya secepatnya Istri harus menjalani Operasi. Ini dapat digolongkan dalam kasus gawat darurat sehingga tidak

⁵⁶ Andry, September 2008, wawancara, Staf Humas PT. ASKES (Persero) Cabang Utama Semarang.

memerlukan surat rujukan dari PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang asal peserta, di Bandung ia menggunakan haknya sebagai peserta asuransi kesehatan PT. ASKES Indonesia, yakni mendapat perawatan pada Rumah Sakit Pemerintah. Sebagaimana diketahui Kartu Peserta PT. ASKES Indonesia berlaku di Indonesia setempat. Setelah selesai menjalani Operasi dan perawatan medis beberapa hari, disini pasien telah dibolehkan pulang tetapi setelah biaya perawatannya ditanggung oleh PT. ASKES Indonesia Kotamadya Bandung dan ternyata biaya yang belum sempat diklaim pada PT. ASKES Indonesia setempat oleh peserta sesampainya di Semarang ia mengklaim kembali biaya tersebut pada kantor perwakilan cabang PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang. Tetapi oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang klaim tersebut ditolak oleh karena menurut ketentuan PT. ASKES Indonesia bahwa dimana peserta dan anggota keluarganya mendapat pelayanan kesehatan, maka PT. ASKES Indonesia setempatlah yang bertanggung jawab atas segala biaya pelayanan kesehatan peserta. Hali ini ditetapkan supaya nantinya jangan ada pembayaran klaim dobel atau dibayar dua kali untuk peserta yang sama.

- 2). Seorang peserta pemegang kartu ASKES harus menjalani perawatan kesehatannya di rumah sakit. Peserta tersebut mempergunakan kartu ASKES-nya dalam menjalani perawatan

tersebut. Kemudian ia oleh pihak Rumah Sakit dimasukkan di ruang kelas II (dua) tetapi peserta tersebut menolak untuk dirawat dikelas II (dua) karena ia menginginkan kelas I (satu), Padahal ia adalah Pegawai Negeri Golongan II yang berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.279/MenKes/SK/IV/1989 yang antara lain mengatakan bahwa untuk Pegawai Negeri Sipil Golongan II (dua) apabila ia harus menjalani rawat inap di rumah sakit pemerintah maka ia harus dirawat di ruangan kelas II rumah sakit tersebut. Sehingga pada waktu selesai menjalani perawatan kesehatannya maka PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang hanya akan membayar biaya perawatan dan lain-lain berdasarkan perawatan untuk kelas II (dua) saja sedangkan selebihnya menjadi tanggung jawab sendiri.

Dari contoh kasus diatas dapat dilihat bahwa masih banyak peserta yang tidak mengetahui prosedur dan ketentuan yang berlaku pada PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang tidak akan bertanggung jawab atas pembayaran yang melebihi jumlah yang ditentukan.

Tujuan pemerintah menyelenggarakan semua pertanggung jawaban sosial pada azasnya adalah sama yaitu untuk memberikan jaminan sosial bagi masyarakat. Ini merupakan tujuan khusus dalam pertanggung jawaban, sedangkan apabila ditelaah lebih jauh tujuan yang lebih jauh tujuan yang lebih luas lagi adalah supaya dengan terlaksananya tujuan khusus itu tercapai juga suatu masyarakat yang sejahtera, adil dan makmur.

Demikian juga hal Asuransi kesehatan, tujuannya adalah membayar biaya rumah sakit, biaya pengobatan dan mengganti kerugian tertanggung atas hilangnya pendapatan karena cedera akibat kecelakaan atau penyakit. Sedangkan menurut pasal 5 (3) tujuan Asuransi Kesehatan adalah meningkatkan pelayanan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan anggota keluarganya. Asuransi Kesehatan yang bertujuan memberikan bantuan kepada peserta dalam membiayai pemeliharaan kesehatannya meliputi beberapa program tertentu:

- 1). Pengobatan, perawatan dan pemberian suntik pencegahan (proventatif program) seperti:
 - a). Oleh dokter umum, dokter gigi pemerintah atau swasta yang ditunjuk;
 - b). Oleh suatu lembaga pengobatan atau rumah sakit pemerintah atau swasta yang ditunjuk.
- 2). Perawatan persalinan pada Rumah Sakit Bersalin Pemerintah atau Swasta yang ditunjuk;
- 3). Obat-obatan berdasarkan resep dokter yang ditunjuk;
- 4). Pembelian kacamata menurut resep dokter yang ditunjuk dan lain-lain.

Maka apabila seseorang menghadapi resiko yang langsung menyangkut penderitaan bagi kesehatan jasmaninya, lebih mudah ditanggulangi dengan bantuan dari pemerintah melalui pertanggungans sosial ini atau asuransi kesehatan pada khususnya. Bantuan pemerintah

pada saat-saat itu hendaknya dapat meringankan beban hidup, sehingga orang ini dapat diharapkan menghasilkan atau produktifitasnya lebih besar didalam pekerjaannya.

PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang sebagai badan pengelola Asuransi Kesehatan di Indonesia bertujuan untuk menjaga, memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun beserta anggota keluarganya, dalam rangka upaya menciptakan aparatur Negara yang sehat, kuat dan dinamis serta memiliki jiwa pengabdian dan kesetiaan yang tinggi terhadap cita-cita Nusa dan Bangsa.

Sekalipun Asuransi Kesehatan bertujuan sebagai salah satu untuk menjamin lebih terpeliharanya pelayanan kesehatan, tetapi bukan berarti status kesehatan masyarakat dapat langsung diperbaiki. Karena untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat dapat langsung diperbaiki. Karena untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat, masalahnya tidak terletak pada ada atau tidaknya dana saja, tetapi juga terletak pada berbagai faktor lainnya seperti sikap mental masyarakat itu sendiri, adap istiadat, kebiasaan dan lain sebagai dari masyarakat serta kebijaksanaan pemerintah dalam melaksanakan program kesehatan di suatu Negara.

Untuk Indonesia adanya suatu sistem asuransi kesehatan yang dapat mengikut sertakan seluruh masyarakat, dirasakan merupakan hal yang mendesak. Hal ini disebabkan karena situasi apapun keadaan sosial ekonomi rakyat Indonesia rata-rata lemah, sehingga tidak tersedia dana

yang cukup.

Upaya-upaya yang dilakukan PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang untuk mengatasi hambatan apabila klaim tersebut tidak terpenuhi

Asuransi kesehatan adalah suatu sistem pengelolaan dana yang diperoleh dari uang iuran secara teratur oleh anggota, atau suatu bentuk organisasi guna membiayai pelayanan kesehatan yang dibutuhkan anggota.

Dalam kegiatan ekonomi terutama di negara-negara yang sedang dan telah berkembang, makin banyaknya orang yang bekerja maka masalah pemeliharaan atau jaminan kesehatan semakin penting, terutama pada mereka yang bekerja pada sector industri maupun sektor pertambangan dan agraria membutuhkan program pengelolaan kesehatan yang lebih efektif demikian juga apabila mereka sudah berhenti bekerja karena usia lanjut.

Gangguan kesehatan biasanya akan menimbulkan biaya untuk pemulihan kesehatan baik berupa biaya pengobatan, biaya perawatan ataupun biaya-biaya khusus seperti biaya operasi, biaya pembelian alat bantu seperti kacamata, alat-alat ortopedik dan lain sebagainya. Bahkan pada tahap tertentu membutuhkan biaya pemulihan kesehatan yang membutuhkan waktu yang cukup lama baik secara fisik maupun psikologis. Kesemua ini perlu mendapatkan pengelolaan yang baik

terlebih apabila ternyata gangguan kesehatan ini menimbulkan dampak ketidakmampuan yang permanen sehingga yang bersangkutan kehilangan pekerjaan yang berarti, kehilangan penghasilan yang sangat dibutuhkan untuk mempertahankan kehidupan bersama keluarganya.

Pada dasarnya asuransi kesehatan memberikan jaminan dalam peristiwa seseorang menderita sakit atau kecelakaan, waktupun dalam praktek umumnya asuransi kesehatan hanya menjamin akibat menderita sakit. Asuransi kesehatan adalah pertanggungan yang menjamin ganti rugi atas pengeluaran untuk pengobatan dan perawatan kesehatan serta kehilangan pendapat karena gangguan kesehatan.

Pentingnya memahami kebutuhan akan asuransi kesehatan berpangkal pada kenyataan bahwa biaya pengeluaran untuk pemeliharaan kesehatan sukar diramalkan besar kecilnya, sehingga dibutuhkan program perlindungan baik atas dirinya maupun keluarganya. Asuransi Kesehatan ini dapat merupakan asuransi kesehatan individu yang hanya menjamin satu orang tetapi ada juga berupa asuransi kesehatan kelompok dimana pada umumnya menjamin kesehatan atas karyawan-karyawan dalam satu perusahaan atau anggota badan organisasi lainnya. Asuransi Kesehatan kelompok ini pada umumnya tarif preminya lebih murah dari pada Asuransi kesehatan individu serta lebih memberikan jaminan yang menarik karena telah adanya preseleksi yang dilakukan oleh perusahaan atau organisasi yang bersangkutan.

Asuransi Kesehatan memberikan jaminan terhadap kerugian yang

timbul dari hilangnya atau menurunnya kesehatan seseorang tidak hanya menyebabkan berkurangnya pendapatan secara taham karena kemampuannya berkurang namun juga dapat menimbulkan kerugian lain berupa diperlukannya dana tambahan guna pengobatan dan perawatan selama yang bersangkutan sakit. Dalam asuransi kesehatan selain usia dan jenis kelamin maka profesi riwayat sakit yang pernah diderita suku bangsa adapt kebiasaan, kebiasaan seorang dan pandangan hidupnya merupakan faktor-faktor yang menentukan tingkat premi yang harus di bayar. Mengingat biaya pemeliharaan kesehatan itu semakin lama semakin besar baiknya bial setiap anggota masyarakat memiliki asuransi kesehatan minimal (standar).

Resiko-resiko yang ada dalam asuransi kesehatan pada dasarnya adalah pengeluaran-pengeluaran untuk biaya pemeliharaan atau pemulihan kesehatan ataupun kerugian keuangan yang berupa kehilangan penghasilan selama yang bersangkutan tidak mampu bekerja karena sakit atau kecelakaan.

Di Indonesia salah satu Perusahaan yang besar adalah PT. ASKES (Persero) dalam usaha melindungi masyarakat atas gangguan kesehatan karena sakit ataupun kecelakaan ada lima bentuk upaya-upaya yang dapat dilakukan yaitu:

- 1). Asuransi biaya Rumah Sakit;
- 2). Asuransi atas biaya pembedahan;
- 3). Asuransi atas biaya pengobatan biasa;

4). Asuransi atas biaya pengobatan medis utama;

5). Asuransi ketidakmampuan berpenghasilan.

Dengan demikian apabila terjadi peristiwa, pihak tertanggung akan mengajukan klaim kepada penanggung akan berusaha membebaskan dirinya dari kewajiban untuk memberikan ganti rugi tersebut. Usaha penanggung untuk membebaskan dirinya ini secara formal memang dilindungi selama sesuai dengan ketentuan Undang-undang. Dalam usahanya ini penanggung harus membuktikan bahwa terdapat unsur-unsur yang dapat membebaskan dirinya, ataupun mungkin yang dapat menjadikan asuransi yang telah ditutupnya sebenarnya adalah batal.

Hal-hal yang dapat membatalkan tersebut adalah misalnya:

1). Terbukti bahwa tertanggung memberikan keterangan yang keliru, tidak benar, ataupun sama sekali tidak memberikan keterangan (Pasal 251 KUHD);

2). Adanya hal-hal yang diharuskan oleh Undang-undang tetapi oleh salah satu pihak dilepaskan, ataupun yang oleh undang-undang dilarang tetapi tetap diadakan (Pasal 254 KUHD).

Disebabkan beban pembuktian berada pada pihak penanggung, maka penanggung harus mencari bukti-bukti bahwa dirinya memang bebas dari kewajiban memberikan ganti rugi tersebut. Dengan perkataan lain, harus dibuktikan bahwa tertanggung memang tidak berhak untuk memperoleh ganti ruginya.

Dari contoh kasus yang Penulis temukan pada saat Penelitian di

Kantor PT. ASKES (Persero) Cabang Utama Semarang dapat dilihat bahwa masih banyak peserta yang tidak mengetahui prosedur dan ketentuan yang berlaku pada PT. ASKES (PERSERO) Indonesia dan PT. ASKES (PERSERO) Indonesia tidak akan bertanggung jawab atas pembayaran yang melebihi jumlah yang ditentukan atau diluar tata cara peraturan pelaksanaan klaim PT. ASKES (PERSERO) Indonesia.

Untuk mengatasi hambatan yang dilakukan pada saat proses Pelaksanaan Klaim di PT. ASKES (Persero) Indonesia tersebut adalah:

- 1). Diharapkan kepada para peserta asuransi kesehatan agar lebih memperhatikan segala sesuatu yang berhubungan dengan perawatan yang dijalannya maupun perawatan untuk anggota keluarganya, sehingga tidak ada lagi terjadi pembayaran yang akan merugikan peserta sendiri;
- 2). Mengintruksikan kepada seluruh Kantor Regional dan Kantor Cabang di Seluruh Indonesia, untuk melaksanakan Pelayanan administrasi Peserta Askes Sosial sesuai pedoman yang dimaksud dalam dictum pertama secara tertib dan bertanggung jawab;
- 3). Kepada pimpinan disetiap tingkatan manajemen Kantor Regional dan Kantor Cabang untuk mensosialisasikan pedoman tersebut kepada seluruh pegawai dilingkungan kerja masing-masing dan memantau pelaksanaannya.

Maka dengan adanya pengaturan tersebut, saat ini peserta harus mengetahui hak dan kewajibannya serta harus mengikuti peraturan yang ada, Karena sampai saat ini masih banyak diantara peserta asuransi kesehatan kurang mengerti akan hak dan kewajibannya baik dari segi prosedur pengajuan klaim maupun dari jumlah klaim yang dapat dipenuhi berdasarkan peraturan yang ada, sehingga klaim yang mereka ajukan tidak dapat direalisasikan oleh PT. ASKES Indonesia dan mereka merasa dirugikan oleh PT. ASKES Indonesia tersebut.

Untuk mengatasi hambatan jika klaim tidak dapat terpenuhi maka pihak PT.ASKES Indonesia berusaha untuk menghindari timbulnya salah paham ditengah-tengah peserta kesehatan dengan petugas PT. ASKES Indonesia yang menangani klaim peserta, hendaknya peserta menyadari bahwa dengan dana yang sangat terbatas, tidak mungkin keinginan semua pihak dapat dipenuhi. Jadi hendaknya peserta menuntut haknya sesuai dengan golongannya.

BAB IV

PENUTUP

1). KESIMPULAN

Dari uraian-uraian dan pembahasan pada hasil penelitian yang dilakukan di Kantor Cabang Semarang dapat diambil kesimpulan, sebagai berikut:

a). Asuransi Kesehatan yang dikelola oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang mempunyai dua cara pengajuan klaim yaitu:

- (1). Pengajuan Klaim Perseorangan dimana yang mengajukan klaim adalah peserta sendiri, oleh karena dana PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang yang tersedia sangat terbatas sedangkan biaya pemeliharaan kesehatan sangat mahal, maka PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang mengadakan pembatasan terhadap bantuan peserta secara perorangan. Jadi klaim perorangan yang masih diakui oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang hanya terdapat beberapa kasus saja menurut ketentuan yang berlaku dan juga tidak untuk seluruh peserta (untuk klaim-klaim tertentu hanya berlaku bagi peserta saja, tidak termasuk anggota keluarganya);

(2). Pengajuan Klaim Kolektif dimana yang mengajukan adalah Unit Pelayanan yang telah mengadakan ikatan kerja sama dengan PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang sehingga peserta tidak mengeluarkan biaya apapun atas pelayanan yang telah diterimanya.

b). Hambatan-hambatan yang terjadi pada saat proses pelaksanaan klaim dan Upaya-upaya PT. ASKES (Persero) Indonesia untuk mengatasi hambatan-hambatan tersebut adalah:

(1). Hambatan yang terjadi pada saat proses pelaksanaan klaim adalah:

PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang berupaya untuk memberikan jaminan sosial kepada peserta Asuransi Kesehatan, tetapi dalam hal ini peserta harus mengetahui hak dan kewajibannya serta harus mengikuti peraturan yang ada oleh karena itu peserta harus memenuhi persyaratan dan prosedur-prosedur yang telah ditetapkan oleh kantor PT. ASKES (PERSERO) Indonesia.

(2). Upaya yang dilakukan PT. ASKES (Persero) Indonesia untuk mengatasi hambatan-hambatan tersebut adalah:

(a) Diharapkan kepada para peserta asuransi kesehatan agar lebih memperhatikan segala sesuatu yang berhubungan dengan perawatan yang dijalannya maupun perawatan untuk anggota keluarganya, sehingga tidak ada lagi terjadi

pembayaran yang akan merugikan peserta sendiri;

- (b) Mengintruksikan kepada seluruh Kantor Regional dan Kantor Cabang di Seluruh Indonesia, untuk melaksanakan Pelayanan administrasi Peserta Askes Sosial sesuai pedoman yang dimaksud dalam dictum pertama secara tertib dan bertanggung jawab;
- (c) Kepada pimpinan disetiap tingkatan manajemen Kantor Regional dan Kantor Cabang untuk mensosialisasikan pedoman tersebut kepada seluruh pegawai dilingkungan kerja masing-masing dan memantau pelaksanaannya.

2. SARAN

Dalam rangka untuk meningkatkan pelayanan kesehatan peserta pada umumnya dan pelaksanaan pembayaran klaim yang lebih baik oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang dapat dikemukakan saran sebagai berikut:

- 1). Peserta harus mengetahui hak dan kewajibannya, untuk itu dapat bertanya kepada Unit Pelayanan Kesehatan ataupun kepada PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang.
- 2). Perlu kiranya petugas Pelayanan Kesehatan maupun petugas PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang memberikan penyuluhan yang lebih intensif tentang penjelasan hak dan kewajiban peserta serta komunikasi yang lebih baik dengan peserta agar tidak terjadi kesalahpahaman.

- 3). Hendaknya diadakan kembali penyederhanaan mengenai tata laksana pelayanan kesehatan, administrasi dan keuangan supaya jangan terjadi pengajuan klaim yang tidak tepat pada waktunya sehingga dapat mengakibatkan terlambatnya penyelesaian pembayaran klaim.
- 4). Hendaknya pemerintah menyediakan dana khusus untuk menambah dana terkumpul dari pemotongan gaji peserta asuransi kesehatan, agar klaim asuransi kesehatan oleh PT. ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang dapat lebih terjamin serta jumlahnya memenuhi jumlah dana yang dibutuhkan oleh peserta. Karena peserta asuransi kesehatan disini adalah termasuk abdi-abdi Negara sehingga adalah wajar kalau pemerintah memberi jaminan kesehatan/ kesejahteraan kepadanya beserta seluruh anggota keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- A, Hasyimi. 1981. *Bidang Usaha Asuransi*. Balai Aksara. Bandung.
- Adi, Rianto. 2004. *Metode Penelitian Sosial dan Hukum*. Granit. Jakarta.
- Ashshofa, Burhan. 2001. *Medote Penelitian Hukum*. PT. Rineka Cipta. Jakarta.
- Asrel idjard, Nico Ngani. 1985. *Hukum Asuransi di Indonesia*. Liberty. Yogyakarta.
- Azwar, Saifuddin. 1998. *Metode Penelitian. Pustaka Pelajar*. Yogyakarta.
- Hanitijo, Ronny Soemitro. *Metodologi Penelitian Hukum dan Jurimetri*. Ghalia Indonesia. Jakarta.
- Hartono, Sri Rejeki. 1985. *Asuransi dan Hukum Asuransi*. IKIP. Semarang Press.
- H. Mashudi, Moch Chidir (Alm). 1998. *Hukum Asuransi*. Mandar Maju. Bandung.
- Jogiyanto. 2004. *Metode Penelitian Bisnis : Salah Kaprah dan Pengalaman-Pengalaman*. BPFE. Yogyakarta.
- Kansil, CST dan Christine S.T Kansil. 2001. *Hukum Perusahaan Indonesia (Aspek Hukum Dalam Ekonomi bagian 2)*. Pradnya Paramita. Jakarta.
- Kountur, Ronny. 2004. *Metode Penelitian Untuk Penulisan Skripsi dan Tesis*. PPM. Jakarta.
- Muhammad, Abdulkadir. 1994. *Pengantar Hukum Pertanggung*. Citra Aditya Bakti. Bandung.
- Nazir, Moch. 1998. *Metode Penelitian*. Ghalia Indonesia. Jakarta.
- Pangaribuan, Emmy Simanjutak. 1990. *Hukum Pertanggung (Pokok Pertanggung kerugian Kebakaran dan Jiwa)*. Seri Hukum Dagang Fakultas Hukum Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.

- Partadiredja, Iting. 1980. *Suplemen Pengetahuan dan Hukum Dagang*. Erlangga. Jakarta.
- Prakoso, Djoko dan I. Ketut Murtika. 1989. *Hukum Asuransi Indonesia*. Bina Aksara. Jakarta.
- Prawoto, Agus. 1995. *Hukum Asuransi dan Kesehatan Perusahaan Asuransi*. BPFE. Yogyakarta
- Purwosutjipto, H.M.N. 1983. *Pengetian Pokok Hukum Dagang Indonesia*. Djambatan. Jakarta.
- Ridho, R. Ali 1992. *HUKUM DAGANG Tentang Prinsip dan fungsi Asuransi dalam lembaga keuangan, Pasar Modal, Lembaga Pembiayaan Modal Ventura dan Asuransi Haji*. Alumni. Bandung.
- _____, 1986. *HUKUM DAGANG tentang Asuransi udara, Asuransi Jiwa dan Perkembangan Perseroan Terbatas*. Remadja Karya. Bandung.
- Sastrawidjaja, M. Suparman. 1993. *Hukum Asuransi, perlindungan tertanggung, Asuransi Deposito Usaha Peransurashian*. Alumni. Bandung.
- Soejono dan Abdurrahman. 2005. *Metode Penelitian Suatu Pemikiran dan Penerapan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Soekanto, Soerjono. 1986. *Pengantar Penelitian Hukum*. UI-Press. Jakarta.
- Soekanto, Soerjono dan Sri Mamudji. 1995. *Penelitian Hukum Normatif Suatu Tinjauan Singkat*. Rajawali. Jakarta.
- Sutadji, Ori Andari 2006. *Pedoman Administrasi Pelayanan Kesehatan Askes Sosial PT. ASKES (Persero)*. PT. ASKES. Jakarta.
- _____, 2007, *Pedoman Pengendalian Pelayanan Kesehatan Askes Sosial PT. ASKES (Persero)*. PT. ASKES. Jakarta.
- Surakhmad, Winarno. 1978. *Dasar dan Teknik Research, Pengantar Metodologi Ilmiah*. Tarsito. Bandung.
- Widjaja, Gunawan dan Ahmad Yani. 2000. *Hukum tentang Perlindungan Konsumen*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.

Undang-undang:

Kitab Undang-undang Hukum Perdata

Kitab Undang-undang Hukum Dagang

Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984 tentang Perusahaan Umum Husada Bhakti

Undang-undang RI No. 19 Tahun 2003 tentang BUMN

Undang-undang No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian