



**KAJIAN YURIDIS TERHADAP PELAKSANAAN ASURANSI
KESEHATAN DI SEMARANG (STUDI KASUS PADA
PT. ASKES (PERSERO) CABANG SEMARANG)**

TESIS

Disusun

Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh Derajat S2
Program Studi Magister Kenotariatan

Oleh :

NURHAYATI

B4B008191

**PROGRAM STUDI MAGISTER KENOTARIATAN
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2010**

**KAJIAN YURIDIS TERHADAP PELAKSANAAN ASURANSI
KESEHATAN DI SEMARANG (STUDI KASUS PADA
PT. ASKES (PERSERO) CABANG SEMARANG)**

Disusun oleh :

**Nurhayati
B4B008191**

**Dipertahankan di depan Dewan Penguji
Pada tanggal 24 Juni 2010**

Tesis ini telah diterima
Sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar
Magister Kenotariatan

Pembimbing

Mengetahui,
Ketua Program Studi
Magister Kenotariatan
Universitas Diponegoro

RINITAMI NJATRIJANI, SH, M.Hum

NIP : 19610817 198703 2 001

H. KASHADI, SH, MH

NIP : 19540624 198203 1 001

**KAJIAN YURIDIS TERHADAP PELAKSANAAN ASURANSI
KESEHATAN DI SEMARANG (STUDI KASUS PADA
PT. ASKES (PERSERO) CABANG SEMARANG)**

Disusun Oleh :

NURHAYATI
NIM : B4B008191

Disusun

Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh Derajat S2
Program Studi Magister Kenotariatan

Pembimbing :

RINITAMI NJATRIJANI, SH.M.Hum
NIP : 19610817 198703 2 001

ABSTRAK

Kajian Yuridis Terhadap Pelaksanaan Asuransi Kesehatan Di Semarang
(Studi Kasus Pada PT. Askes (Persero) Cabang Semarang)

Pemerintah Indonesia 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 Sipil, penerima pensiun dan keluarganya.

Permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini adalah tentang proses pelaksanaan pembayaran klaim asuransi kesehatan jika terjadi klaim yang lebih besar dari yang dipertanggungjawabkan dan untuk mengetahui upaya apa saja yang dilakukan PT. Askes (Persero) apabila klaim tidak terpenuhi.

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

Berdasarkan pembahasan hasil penelitian dapat ditemukan :(1). Proses pelaksanaan pembayaran klaim asuransi kesehatan jika terjadi klaim yang lebih besar dari yang dipertanggungjawabkan mempunyai 2 (dua) cara yaitu dengan klaim perorangan dan klaim kolektif, sehingga peserta dapat mengetahui proses pelaksanaan klaim (2). Untuk mengetahui upaya apa saja yang dilakukan PT. Askes (Persero) apabila klaim tidak terpenuhi.

PT. Askes (Persero) berupaya untuk memberikan asuransi sosial kepada peserta asuransi kesehatan, tetapi peserta harus mengetahui hak dan kewajibannya serta mengikuti prosedur dan persyaratan yang telah ditetapkan oleh PT. Askes (Persero).

Pemerintah harus lebih banyak menyediakan dana kesehatan karena semakin tingginya biaya kesehatan..

Kata kunci : Pelaksanaan Klaim, Klaim Asuransi Kesehatan

ABSTRACT

Judicial Review on the Implementation of Health Insurance In Semarang (Case Study at PT. Askes (Persero) Branch Semarang)

The Indonesian government in promoting the welfare of the public health, especially in the health sector has a program called Health Insurance (Health Insurance), namely the Government programs in health care was addressed to a particular group is the Group of Civil Servants, pension recipients and their families.

Issues raised in this research is about the implementation process of payment of health insurance claims in case of larger claims of the insured and to know what is being done by PT. Askes (Persero) if the claim is not met.

The method used is that is a juridical empirical research that focuses on facts obtained from the research that is based on scientific method, and also based on legal theories and existing legislation. Based on the discussion of research results can be found: (1). The process of implementation of health insurance claim in case of larger claims of the insured has 2 (two) way is to claim an individual and collective claims, so that participants can learn the process of implementing the claims (2). To find out what is being done by PT. Askes (Persero) if klian not met.

PT. Askes (Persero) seeks to provide social insurance to health insurance participants, but participants must know their rights and obligations and follow the procedures and requirements established by PT. Askes (Persero).

The Government should provide more health funds because the higher cost of health care.

Keywords: Implementation of Claims, Health Insurance Claim

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini Nurhayati, dengan ini menyatakan hal-hal sebagai berikut:

1. Tesis ini adalah hasil karya saya 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, 24 Juni 2010

Yang menyatakan

NURHAYATI

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmaanirrahim

Segala puji syukur kehadirat Allah SWT atas berkah rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis berhasil menyelesaikan tesis berjudul “KAJIAN YURIDIS TERHADAP PELAKSANAAN ASURANSI KESEHATAN DI SEMARANG (STUDI KASUS DI PT. ASKES (PERSERO) CABANG SEMARANG)”

Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi sebagian persyaratan untuk mencapai derajat S-2 pada program studi Magister Kenotariatan Universitas Diponegoro Semarang.

Penulis menyadari bahwa di dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran dari berbagai pihak dan dalam kesempatan ini dengan rasa hormat dan kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. dr. Susilo Wibowo M.S, Med S.Pd selaku Rektor Universitas Diponegoro Semarang
2. Bapak Prof. Drs. Y. Warella, MPA, PhD selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang
3. Bapak Prof. DR. Arief Hidayat S.H, M.Hum, selaku Dekan Fakultas Hukum Universitas Diponegoro Semarang

4. Bapak Kashadi, S.H, M.H, Selaku Ketua Program Pascasarjana Magister Kenotariatan Universitas Diponegoro Semarang
5. Bapak Prof. DR. Budi Santoso, S.H, M.S, Selaku Sekretaris Bidang Akademik Program Magister Kenotariatan Universitas Diponegoro
6. Bapak DR. Suteki S.H, M.Hum selaku sekretaris Bidang Keuangan Program Magister Kenotariatan Universitas Diponegoro Semarang
7. Bapak H. Ahmad Busro, SH, M.Hum selaku Dosen Wali penulis
8. Para Guru Besar beserta Bapak/Ibu Dosen pada Program studi Magister Kenotariatan Universitas Semarang yang telah memberi bantuan selama penulis mengikuti perkuliahan
9. Staf Administrasi/Pengajaran Program Magister Kenotariatan Universitas Diponegoro Semarang
10. Para responden yang telah membantu jalannya penelitian, yaitu dr. Veronika selaku Kepala PT. Askes (Persero) Cabang Semarang, dr. Maya WS sebagai Kepala Bagian JPK (Jaminan Pelayanan Kesehatan) PT. Askes (Persero) Semarang yang telah memberikan kesempatan dan ijin kepada penulis untuk mengadakan penelitian serta memberikan data-data yang penulis perlukan dalam penelitian ini.
11. Ibu Rinitami Njatrijani, SH, M.Hum sebagai pembimbing dalam penyusunan tesis ini, yang dengan kesabaran dan tulus ikhlas meluangkan waktu, tenaga dan pikiran dalam memberikan pengarahan, masukan serta kritik yang membangun selama proses penulisan tesis ini

12. Tim Reviewer Proposal Penelitian serta Tim Penguji Tesis yaitu Bapak Prof. DR. Budi Santoso, SH, MS, Bapak Budiharto, SH, MS, Ibu Siti Mahmudah, SH, MH yang telah meluangkan waktu dan perhatiannya untuk menilai kelayakan proposal penelitian penulis dan bersedia menguji tesis dalam rangka meraih gelar Magister Kenotariatan Universitas Diponegoro Semarang
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu yang telah membantu penulis selama menempuh studi dan melakukan penelitian sejak awal hingga terselesainya tesis ini.

Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah membantu terselesainya tesis ini sekaligus terselip harapan semoga tesis ini berguna bagi pihak yang membutuhkan.

Semarang, 24 Juni 2010

Penulis

Nurhayati

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN	li
HALAMAN PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	10
E. Kerangka Pemikiran	11
F. Metode Penelitian	17
G. Sistematika Penulisan	20
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	22
A. Pengertian Asuransi Umum	22
1. Pengertian Asuransi	22
2. Tujuan Asuransi	26
3. Prinsip Asuransi	27
B. Asuransi Sosial	28
1. Pengertian Asuransi Sosial	28
2. Jenis-Jenis Asuransi Sosial Di Indonesia	31

C.	Asuransi Kesehatan	34
1.	Latar Belakang Asuransi Kesehatan	35
a.	Dasar Hukum	35
b.	Pengertian Asuransi Kesehatan	35
c.	Tujuan Asuransi Kesehatan	40
d.	Konsep Manajemen Asuransi Kesehatan	43
2.	Pihak-Pihak Yang Terkait	44
3.	Hak dan Kewajiban	47
D.	Jaminan Kesehatan Masyarakat	50
1.	Latar Belakang Jaminan Kesehatan Masyarakat	50
a.	Dasar Hukum	50
b.	Pembentukan Jamkesmas.....	51
c.	Tujuan Jamkesmas	51
d.	Ruang Lingkup Peserta Jamkesmas	51
e.	Program Jaminan Kesehatan Masyarakat	52
2.	Pihak-Pihak Yang terkait	52
3.	Hak dan Kewajiban	63
BAB III. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		69
A.	Hasil Penelitian	69
1.	Pelaksanaan Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan Jika Terjadi Klaim Yang Lebih Besar Dari Yang Dipertanggung kan	69
a.	Sejarah Singkat PT. Askes (Persero)	69

b. Mekanisme Pelayanan Kesehatan	73
c. Sistem Pengajuan Klaim	78
d. Hal Yang Menyebabkan Pembayaran Klaim	82
e. Syarat-Syarat Klaim	84
2. Upaya Yang Dilakukan PT. Askes (Persero) Cabang Semarang Dalam Mengatasi Klaim Yang tidak Terpenuhi	88
B. Pembahasan	94
1. Pelaksanaan Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan Jika Terjadi Klaim Yang Lebih Besar Dari Yang Dipertanggung.....	94
a. Pelaksanaan Pembayaran Klaim Yang Lebih besar	95
b. Pelaksanaan Pembayaran Klaim Yang Tidak Bisa Dipenuhi	98
2. Upaya Yang Dilakukan PT. Askes (Persero) Cabang Semarang Dalam Mengatasi Klaim Yang Tidak Terpenuhi	101
a. Pelaksanaan Pembayaran Klaim Yang Lebih Besar	104
b. Pelaksanaan Pembayaran Klaim Yang Tidak Bisa Terpenuhi	105

BAB IV. PENUTUP	111
A. Kesimpulan	111
B. Saran	112
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Pembangunan sosial ekonomi sebagai salah satu pelaksana kebijakan pembangunan Nasional telah menghasilkan banyak kemajuan, diantaranya telah meningkatkan kesejahteraan rakyat. Kesejahteraan tersebut harus dapat dinikmati secara berkelanjutan, adil dan merata menjangkau seluruh rakyat. Salah satunya adalah penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat yang diamanatkan dalam pasal 28 ayat (3) dan Pasal 34 (2) Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 dan Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia TAP MPR Nomor X/MPR/2001 menugaskan Presiden untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang menyeluruh dan terpadu.

Sistem Jaminan Sosial Nasional pada dasarnya merupakan program Negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya pendapatan karena sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan meliputi upaya kesehatan dan sumber dayanya harus dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan guna mencapai hasil yang optimal. Upaya kesehatan yang semula dititikberatkan pada upaya penyembuhan penderita secara berangsur-angsur berkembang kearah keterpaduan upaya kesehatan yang menyeluruh. Perencanaan kesehatan adalah langkah bijak yang ditempuh oleh masyarakat modern. Dengan perencanaan kesehatan yang baik, risiko mengalami hal yang tidak dikehendaki dapat diminimalkan. Dewasa ini semakin banyak alasan untuk melakukan perencanaan kesehatan sejak dini. Pasalnya semakin banyak orang yang mengalami gangguan kesehatan yang perawatannya membutuhkan biaya besar dalam jangka panjang. Oleh karena itu setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipasif, perlindungan dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa serta pembangunan Nasional (Penjelasan atas Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan).

Usaha untuk mencari sumber dana yang lain dapat dilakukan melalui perjanjian khusus, yaitu perjanjian pertanggungan atau dalam praktek dikenal dengan nama asuransi.¹

Pengertian pertanggungan yang diatur dalam KUHPerdara pasal 246

berbunyi:

“ 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 terjadi evenem, sedang penutup asuransi mengikatkan diri untuk membayar uang premi “

Dengan adanya perjanjian pertanggungan ini, seseorang dapat bernafas lega apabila terjadi risiko terhadap jiwa, kesehatan juga harta bendanya. Peralihan risiko tersebut dilakukan dengan kewajiban melakukan pembayaran premi secara rutin sesuai dalam perjanjian pertanggungan²

Didalam suatu pertanggungan yang tujuannya adalah semata-mata untuk mengganti kerugian, maka nilai dari benda yang dipertanggungan itu penting untuk diketahui. Didalam keadaan dimana terjadi kehilangan keseluruhan, maka nilai itulah yang harus diganti dan bila timbul kerugian, maka jumlah tersebut haruslah

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

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

dperhitungkan menurut nilai itu³. Perbedaan mendasar antara asuransi kesehatan dan asuransi kerugian terletak pada jenis kerugian yang ditanggung. Asuransi kerugian memproteksi kerugian yang disebabkan oleh kebakaran, pencurian dan lain-lain, sedangkan asuransi kesehatan memproteksi kerugian yang disebabkan oleh penyakit dan kecelakaan. Pada asuransi kerugian, besarnya ganti rugi yang diproteksi ditentukan dimuka, sementara pada asuransi kesehatan terdapat 2 (dua) tipe ganti rugi yang diberikan :⁴

1. Medical Reimbursement, memberikan penggantian biaya-biaya berobat sesuai dengan biaya aktual yang dikeluarkan berdasarkan kuitansi, namun tidak melebihi jumlah maksimal yang disediakan
2. Santunan Harian Rumah Sakit, memberikan penggantian penghasilan selama bertanggung di rawat di rumah sakit akibat kecelakaan maupun penyakit

Dengan adanya asuransi, membawa manfaat bagi masyarakat⁵ :

1. asuransi memberikan rasa terjamin atau terlindungi dalam menjalankan usaha.
2. asuransi mengurangi biaya kerugian
3. asuransi menguntungkan masyarakat umum

³Emmy Pangaribuan Simanjuntak, 1990, *Hukum Pertanggung (Pokok Pertanggung Kerugian Kebakaran dan Jiwa)*, Seri Hukum Dagang Fakultas Hukum Universitas Gajah Mada, Jogjakarta, halaman 70

⁴Fuad Usman dan M. Arief, 2004, *Security For Life (Hidup Lebih Nyaman Dengan Bersuransi)*, PT. Elex Media Komputindo, Jakarta, halaman 23

⁵Asrel Idjard dan Nico Ngani, 1985, *Seri Hukum Dagang:1, Profil Perasuransian di Indonesia*, Penerbit Liberty, Jogjakarta, halaman 35-36

Asuransi yang diselenggarakan pemerintah, antara lain : ⁶

1. Asuransi Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI)
2. Asuransi Kesehatan (ASKES)
3. Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK)
4. Tabungan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN)

Tujuan asuransi sosial ini adalah untuk melindungi kepentingan tertanggung yaitu masyarakat tertentu yang menjalankan kegiatan atau profesinya, terhadap risiko yang mungkin dialami dalam menjalankan kegiatan atau profesinya tersebut. Pada Tahun 2004, Pemerintah di dalam memajukan kesehatan masyarakatnya terutama kesejahteraan dalam bidang kesehatan telah menetapkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), karena pembangunan Nasional di bidang kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya karena kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia yang fundamental dan unsur penting dari kesejahteraan. Salah satu hambatan utama bagi masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan adalah keterbatasan finansial dan kemampuan masyarakat untuk mengatasi kenaikan biaya pelayanan melalui Jaminan Kesehatan atau Asuransi Kesehatan. Sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan secara Nasional, PT. Askes (Persero) mempunyai program yang disebut dengan Asuransi Kesehatan (ASKES), yaitu suatu

⁶ M. Suparman dan Endang, 1993, *Hukum Asuransi (Perlindungan Tertanggung, Asuransi, Deposito, Usaha Perasuransian)*, PT. Alumni, Jakarta, halaman 67

program yang ditujukan kepada suatu kelompok tertentu yaitu Golongan Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun beserta keluarganya dan Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin dan tidak mampu yang disebut dengan Jamkesmas, yang berdasarkan surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004 sebagai BUMN telah mendapatkan persetujuan Meneg BUMN Nomor S-697/HBU/2004 tanggal 31 Desember 2004.

Asuransi kesehatan dapat menjadi solusi yang tepat, karena mereka yang membeli asuransi kesehatan juga menabung untuk memenuhi biaya kesehatan yang diperlukan melalui pembayaran premi secara rutin, karena biaya kesehatan dari tahun ke tahun semakin meningkat, sehingga jika dibutuhkan sumber dana dalam jumlah besar untuk biaya kesehatan, dana tersebut akan ditanggulangi oleh perusahaan asuransi lebih dulu sesuai dengan benefit yang dipilih oleh nasabah. Dengan ini, pemegang polis asuransi akan mendapat kepastian dalam perencanaan keuangan keluarga. Yang mesti diperhatikan adalah perawatan-perawatan tertentu yang memerlukan biaya tinggi seperti rawat inap, penyakit kritis, serta cacat tetap total sehingga tidak memungkinkan lagi mencari nafkah.

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

“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 tersebut meliputi kesejahteraan materiil dan spiritual berupa jaminan hari tua, bantuan perawatan kesehatan, bantuan kematian dan sebagainya. “

Pegawai Negeri Sipil merupakan bagian dalam masyarakat yang mempunyai peran yang cukup penting dalam proses pembangunan, sehingga didalam melaksanakan tugas, harus dijaga serta dipelihara kesehatannya. Dalam Peraturan Pemerintah no. 22 tahun 1984, Presiden menetapkan tentang Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun beserta keluarganya. Sebab didalam penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan didalam asuransi kesehatan, didasarkan pada asas usaha bersama dan kekeluargaan (gotong-royong), dimana pembiayaan pemeliharaan kesehatan ini ditanggung bersama oleh para pegawai negeri, penerima pensiun dan Pemerintah.⁷

Peraturan tersebut dipertegas dengan dikeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 2 tahun 1984 tentang Perusahaan Umum Usaha Bakti (sekarang PT. Askes) tetapi sejak tanggal 23 Desember 1991, PP Nomor 22 Tahun 1984 dinyatakan tidak berlaku lagi yang digantikan oleh Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 bahwa PT. Askes

⁷ Sulastomo,2003, *Managemen Kesehatan*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, halaman 263

(Persero) sebagai pihak penanggung dalam asuransi kesehatan untuk pegawai negeri sipil dan penerima pensiun beserta keluarganya.

Asuransi berdasarkan unsur persesuaian kehendak dapat dibedakan atas⁸

1. Pertanggung sukarela (*Free Voluntary Insurance*)
2. Pertanggung wajib (*Compulsary Insurance*)

Asuransi kesehatan merupakan salah satu asuransi sosial yang masuk dalam pertanggung wajib. Dikatakan wajib,⁹ sebab salah satu pihak mewajibkan kepada pihak lain dalam mengadakan pertanggung ini. Pihak yang mewajibkan itu adalah pihak pemerintah.

Sedang dalam asuransi sukarela, perjanjian kedua pihak berdasarkan persesuaian kehendak, pihak penanggung dengan rela memikul risiko, sedangkan tertanggung dengan sukarela pula membayar premi sebagai imbalan dengan dialihkannya risiko tersebut kepada pihak penanggung. Jadi dalam asuransi sukarela, tidak ada unsur paksaan dari pihak lain dan apabila ada unsur paksaan, maka asuransi tersebut bukan lagi asuransi sukarela tetapi menjadi asuransi wajib.¹⁰

Unsur-unsur asuransi wajib :¹¹

1. Bersifat wajib

⁸ Emmy Pangaribuan, 1980, *Pertanggung wajib dan sosial*, Seri Hukum Dagang Fakultas Hukum Universitas Gajah Mada, Jogjakarta, halaman 5

⁹ M. Suparman Sastrawidjaja, 1997, *Aspek-Aspek Hukum Asuransi dan Surat Berharga*, PT. Alumni, halaman 93

¹⁰ R. Ali Ridho, 1992, *Tentang Prinsip dan Fungsi Asuransi dalam Lembaga Keuangan, Pasar Modal dan Asuransi Haji*, Alumni. Bandung, halaman 390

¹¹ *Ibid*, hal 360

2. Ditetapkan berdasarkan Undang-Undang
3. Bertujuan Memberikan Jaminan Sosial

Oleh karena itu, ciri dari asuransi sosial adalah sebagai berikut :

Yang menyelenggarakan pertanggung jawaban atau penanggungjawabnya adalah pemerintah melalui badan usaha pemerintah.

Sifat hubungan hukumnya adalah wajib bagi seluruh anggota masyarakat atau sebagian anggota tertentu masyarakat. Penentuan penggantian kerugian diatur oleh pemerintah dengan peraturan perundang-undangan. Tujuannya adalah untuk memberikan suatu jaminan sosial, bukan untuk mencari untung semata.

Setelah melihat uraian tersebut, maka penulis mengambil judul tentang :

“ Kajian Yuridis Terhadap Pelaksanaan Asuransi Kesehatan Di Semarang (Studi Kasus Pada PT. Askes (Persero) Cabang Semarang)”

B. PERUMUSAN MASALAH

Asuransi kesehatan dapat menjadi solusi yang tepat untuk memelihara kesehatan bagi golongan pegawai negeri sipil, penerima pensiun dan keluarganya, karena apabila menderita sakit, peserta ASKES dapat berobat kerumah sakit atau pihak ketiga yang telah ditunjuk oleh Pemerintah dan nantinya biaya pengobatan tersebut akan ditanggung oleh Pemerintah. Sistem pembayaran tersebut

dimaksud untuk mengurangi hambatan ekonomi, sehingga sebagai sarana pelayanan kesehatan dapat digunakan oleh peserta asuransi kesehatan.

Adapun dari permasalahan tersebut dapat diperinci sebagai berikut :

1. Bagaimana pelaksanaan pembayaran Klaim asuransi kesehatan jika terjadi klaim yang lebih besar jumlahnya dari yang dipertanggungkan?
2. Upaya apa saja yang dilakukan PT. Askes (Pesero) dalam mengatasi klaim tersebut jika tidak terpenuhi?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Untuk mengkaji dan menganalisis pelaksanaan pembayaran klaim asuransi kesehatan jika terjadi klaim yang lebih besar jumlahnya dari yang dipertanggungkan.
2. Untuk mengkaji upaya apa saja yang dilakukan oleh PT. Askes (Persero) Cabang Semarang apabila klaim tidak terpenuhi.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat dipergunakan secara langsung dalam lapangan dan juga dalam pengambilan keputusan yang lebih baik terhadap pihak-pihak yang terkait, khususnya pihak

yang terlibat dalam asuransi kesehatan serta masyarakat pada umumnya.

2. Manfaat Teoritis

Menambah wawasan bagi masyarakat tentang pelaksanaan pembayaran klaim di PT. Askes (Persero).

E. KERANGKA PEMIKIRAN

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan Nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Pembangunan kesehatan pada dasarnya menyangkut semua segi kehidupan baik fisik, mental maupun sosial ekonomi. Peran aktif masyarakat termasuk swasta perlu diarahkan, dibina dan dikembangkan sehingga dapat melakukan fungsi dan tanggung jawab sosialnya sebagai mitra Pemerintah. Peran Pemerintah lebih dititikberatkan pada pembinaan, pengaturan dan pengawasan untuk terciptanya pemerataan pelayanan kesehatan dan tercapainya kondisi yang serasi dan seimbang antara upaya kesehatan yang dilakukan Pemerintah dan masyarakat. Kewajiban melakukan pemerataan dan peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat tetap menjadi tanggung jawab Pemerintah.

Founding Father Amerika Serikat, Benjamin Franklin (1706-1790) mengatakan :¹²

“ Sungguh aneh banyak orang yang perhatian dalam mengasuransikan harta bendanya seperti mobil, rumah dan barang dagangan, namun mereka lalai mengasuransikan jiwanya yang paling berharga bagi keluarga mereka dan berpotensi menimbulkan kerugian besar”

Benarlah apa yang dikatakan pendiri Negara Amerika Serikat tersebut bahwa kematian seorang ayah sebagai kepala keluarga membawa kerugian besar sekaligus bencana bagi keluarga yang ditinggalkan. Besarnya risiko yang ditimbulkan akibat musibah kematian sama dengan nilai ekonomis hidupnya atau penghasilan yang akan diterimanya selama masa kerja. Agar keluarga yang dicintai terhindar dari risiko akibat dari kematian, maka dapat mengalihkan risiko tersebut kepada penanggung yaitu perusahaan asuransi. Namun asuransi tidak hanya sekedar memproteksi kerugian nilai ekonomi akibat kematian, cacat atau lanjut usia, lebih dari itu asuransi dapat digunakan sebagai alat menabung, perencanaan keuangan di usia lanjut, sarana investasi dan lain sebagainya. Berasuransi berarti memproteksi penghasilan keluarga sekaligus merencanakan masa depan keuangan untuk dirinya sendiri.

Pemerintah Indonesia dalam memajukan kesehatan masyarakatnya terutama kesejahteraan di bidang kesehatan, mempunyai program yang disebut Asuransi Kesehatan Sosial

¹² Fuad Usman dan M. Arief, 2004, *Security For Life (Hidup Nyaman Dengan Berasuransi)*, PT. Elex Media Komputindo, Jakarta, halaman 2

(ASKES) yang merupakan penugasan Pemerintah melalui Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 yaitu program Pemerintah dalam memelihara kesehatan yang ditujukan kepada suatu kelompok tertentu yaitu Golongan Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, yang membayar iuran untuk jaminan Pemeliharaan Kesehatan serta Pegawai Negeri Tidak Tetap (Dokter/Dokter Gigi/ Bidan-PPT melalui SK MenKes Nomor1540/MENKES/SK/XII/2002) beserta keluarganya dan Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin dan tidak mampu yang disebut dengan Askeskin yang berdasarkan Surat Menteri Kesehatan Republik Indonesia tanggal 30 Desember 2008, untuk pelaksanaan program Jamkesmas tahun 2009, Departemen Kesehatan mengikutsertakan dan menugaskan PT. Askes (Persero) khususnya dalam penyelenggaraan Jamkesmas. Penugasan kepada PT. Askes (Persero) dikhususkan dalam hal penyelenggaraan manajemen kepesertaan sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Adanya perlindungan dan perawatan yang layak harus pula berarti bahwa itu termasuk perawatan kesehatan kerja. Dengan perawatan kesehatan kerja, dapat diartikan adanya perlindungan dalam pekerjaan sehingga dengan perlindungan dapat terhindar dari kecelakaan kerja. Keselamatan dan kecelakaan kerja merupakan upaya perlindungan yang ditujukan agar tertanggung yang berada ditempat kerja atau perusahaan selalu dalam keadaan selamat dan

sehat agar setiap produksi digunakan secara aman dan efisien.

Undang-Undang No. 2 Tahun 1992 memberikan definisi asuransi 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”

Asuransi merupakan suatu usaha yang menjamin agar tertanggung tidak memperoleh kesulitan dalam menghadapi penderitaan karena sakit atau kecelakaan. Manusia dalam hidupnya selalu hidup dalam ketidakpastian dan berusaha mengganti ketidakpastian tersebut menjadi kepastian yang maksimal dengan asuransi. Pada umumnya dilihat dari sudut asuransi, setiap peristiwa yang tidak disengaja yang dapat membawa kerugian pada harta kekayaan adalah bahaya atau risiko.

John H Magee dalam bukunya *General Insurance* (bab 2) mengklarifikasi asuransi menjadi 2 kelompok, yaitu :¹³

¹³ A. Abbas Salim, 1993, *Dasar-Dasar Asuransi*, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta, halaman 2

1. Usaha Asuransi Sosial

Adalah penyelenggaraan program asuransi sosial yang tidak dengan tujuan memperoleh keuntungan semata, tetapi bermaksud memberikan jaminan sosial (social security) kepada masyarakat.

2. Usaha Asuransi Komersial

Adalah diadakan oleh perusahaan asuransi sebagai suatu bisnis dengan tujuan utama memperoleh keuntungan, oleh sebab itu segala sesuatu yang berkaitan dengan perjanjian ini didasarkan pada perhitungan-perhitungan ekonomis.

Program Asuransi sosial diselenggarakan oleh Badan Usaha Milik Negara (BUMN) sesuai dengan Pasal 9 ayat 1 UU No. 2 Tahun 1992, sementara untuk Asuransi Kesehatan (PT. Askes) diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 tentang Pemeliharaan Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun beserta keluarganya. Ini berarti bahwa Pemerintah memang menugaskan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang bersangkutan untuk semua program asuransi sosial yang telah diputuskan untuk dilaksanakan oleh Pemerintah. Apabila ada pihak yang melakukan usaha perasuransian, wajib memperoleh ijin usaha dari Menteri Keuangan kecuali perusahaan yang menyelenggarakan program asuransi sosial (Pasal 9 ayat 1 UU No. 9 Tahun 1992), khusus bagi Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang menyelenggarakan usaha perasuransian sosial, fungsi dan tugasnya sebagai penyelenggara program dituangkan dalam

Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991. Dengan demikian Badan Usaha Milik Negara yang dimaksud tidak perlu memperoleh ijin usaha dari Menteri keuangan.

Pelayanan kesehatan yang diberikan bagi Pegawai Negeri Sipil adalah¹⁴

1. Pengobatan jalan oleh dokter puskesmas atau dokter keluarga yang ditunjuk
2. Perawatan Rumah Sakit Umum milik Pemerintah
3. Penunjang diagnostik, laboratorium, dan rotgen
4. Pemeriksaan hamil dan perawatan bersalin (untuk anak 1 dan 2)
5. Pelayanan khusus gigi dan mata

Sumber daya kesehatan sebagai pendukung penyelenggaraan upaya kesehatan, harus tetap melaksanakan fungsi dan tanggung jawab sosialnya, dengan pengertian bahwa sarana pelayanan kesehatan harus tetap memperhatikan golongan masyarakat yang kurang mampu dan tidak semata-mata mencari keuntungan. Asuransi sosial merupakan sistem perlindungan yang dimaksudkan bagi orang kurang mampu yang tujuannya untuk menanggulangi secara langsung berkurangnya atau hilangnya suatu penghasilan.

Dalam arti luas asuransi sosial dimaksudkan untuk menutup risiko-risiko sosial seperti :¹⁵

¹⁴ Orie Andari Soetadji, 2004, *Pedoman Bagi Peserta Askes Sosial*, PT. Askes (Persero), Jakarta, halaman 12

¹⁵ M. Suparman Sastrawidjaja, 1997, *Aspek-aspek Hukum Asuransi dan Surat Berharga*, PT. Alumni, halaman 105

1. hilangnya penghasilana karena usia lanjut
2. kematian
3. kecelakaan
4. kehilangan kemampuan untuk bekerja

Dari uraian tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa asuransi sosial tumbuh dan berkembang sebagai sarana yang dibutuhkan masyarakat, sehingga Pemerintah menganggap perlu untuk campur tangan lebih luas dalam kehidupan masyarakat. Tindakan demikian dalam rangka menciptakan kesejahteraan bagi masyarakat.¹⁶

F. METODE PENELITIAN

1. Pendekatan Masalah

Metode yang dipakai dalam penelitian ini adalah metode penelitian yuridis empiris, yaitu pendekatan permasalahan mengenai hal-hal yang bersifat yuridis dan kenyataan yang ada mengenai pelaksanaan klaim asuransi kesehatan di PT. Askes (Persero) Cabang Semarang. Metode Pendekatan Yuridis adalah suatu pendekatan yang dilakukan secara efektif¹⁷ dalam hal ini digunakan untuk menganalisis tentang suatu pelaksanaan pembayaran klaim asuransi kesehatan.

¹⁶ M. Suparman Sastrawidjaja, *Op-Cit*, halaman 113

¹⁷ Soejono Soekanto, 1986, *Pengantar Penelitian Hukum*, UI-Press, halaman 52

2. Spesifikasi Penelitian

Spesifikasi dalam penelitian ini termasuk deskriptif analisis yang bertujuan untuk memperoleh gambaran lengkap tentang keadaan hukum yang berlaku di tempat tertentu dan pada saat tertentu, atau peristiwa hukum tertentu yang terjadi di dalam masyarakat.¹⁸

3. Sumber dan Jenis Data

a. Data Primer, berupa data atau informasi yang diperoleh secara langsung dalam hal ini diperoleh dengan cara wawancara yaitu melakukan komunikasi secara langsung dengan subyek penelitian. Metode digunakan adalah metode bebas terpimpin yaitu suatu tanya jawab secara lesan yang berpedoman dengan catatan pertanyaan yang dimaksudkan untuk menjaga agar jalannya wawancara tetap terkendali sesuai dengan situasi dan kebutuhan pada saat wawancara berlangsung¹⁹

b. Data Sekunder, berupa data yang diperoleh secara tidak langsung yang biasanya berupa data dokumentasi dan arsip-arsip resmi atau studi kepustakaan seperti :

1. Bahan Hukum Primer

- a. UU No. 2 Tahun 1992 tentang Perasuransian
- b. UU No. 3 Tahun 1992 tentang Kesehatan
- c. UU No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen

¹⁸ *Ibid*, halaman 50

¹⁹ Soetrisno Hadi, 1985, *Metodologi Research jilid III*, Fakultas Psikologi UGM, Jogjakarta, halaman 26

d. UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

e. UU No. 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan

2. Bahan Hukum Sekunder

Yang termasuk bahan hukum sekunder adalah kepustakaan dan literatur-literatur yang berhubungan dengan asuransi kesehatan seperti pengertian, dasar hukum, tujuan, prinsip dan pengajuan klaim asuransi kesehatan.

3. Bahan Hukum Tersier

Merupakan bahan yang memberikan kejelasan terhadap hukum primer dan hukum sekunder. Populasi dalam penelitian ini adalah :

a. Peserta Asuransi Kesehatan di lingkungan PT. Askes (Persero) yang ada di wilayah Semarang berjumlah 5 orang

b. Bagian JPK (Jaminan Pelayanan Kesehatan) PT. Askes (Persero) Cabang Semarang

4. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan wawancara langsung yang dilakukan pada bagian JPK (Jaminan Pelayanan Kesehatan) PT. Askes (Persero) cabang Semarang. Responden dalam hal ini adalah peserta

Asuransi kesehatan yang berjumlah 5 orang yaitu Pegawai Negeri Sipil yang mengurus klaim asuransi kesehatan yang lebih besar dan asuransi kesehatan yang tidak terpenuhi/ditolak.

5. Tehnik Analisis Data

Analisis kualitatif adalah metode yang tidak berdasarkan angka-angka tetapi data yang dapat dirangkai dengan kata-kata dan kalimat²⁰, atau data diperoleh, dipilih dan disusun secara sistematis berdasarkan obyek yang diteliti, dianalisis secara kualitatif yang kemudian disusun dalam bentuk tesis.

G. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika yang diterapkan dalam penulisan tesis ini sebagai berikut :

1. BAB I. PENDAHULUAN

Bab ini merupakan bab yang membahas latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan sistematika penelitian.

2. BAB II. TINJAUAN PUSTAKA,

Pada kesempatan ini akan diuraikan dan dijelaskan tentang pengertian asuransi umum, asuransi sosial,

²⁰ Soejono Soekanto, *Op-Cit*, halaman 67

asuransi kesehatan dan asuransi kesehatan masyarakat
miskin

3. BAB III. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN,

Dalam hal ini memuat tentang pelaksanaan pembayaran klaim asuransi kesehatan jika terjadi klaim yang lebih besar jumlahnya dari yang dipertanggungkan serta upaya yang dilakukan PT. Askes (Persero) dalam mengatasi klaim yang tidak terpenuhi.

4. BAB IV. PENUTUP

Bab ini merupakan kesimpulan-kesimpulan yang dapat dirangkum sehubungan dengan uraian dan penjelasan dalam bab-bab sebelumnya, serta saran yang kiranya bermanfaat bagi perusahaan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. PENGERTIAN ASURANSI UMUM

1. PENGERTIAN ASURANSI

Istilah asuransi ini lebih banyak dikenal dan dipakai oleh perusahaan pertanggungsaan. Dalam Undang-undang No. 2 Tahun 1992 tentang usaha asuransi, memberikan definisi tentang asuransi sebagai berikut :

“ Asuransi atau pertanggungsaan 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”

Dari definisi tersebut diatas maka asuransi merupakan perjanjian atau kontrak antara para pihak yang sepakat, dimana salah satu pihak bertindak sebagai penanggung jawab terhadap risiko 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 telah diperjanjikan²¹. Tertanggung mempunyai hak dan kewajiban, yaitu :

²¹ Gunawan Widjaja dan Ahmad Yani, 2000, *Hukum tentang Perlindungan Konsumen*, Gramedia Pustaka Utama halaman 11

a. Kewajiban yang harus diperhatikan oleh tertanggung

adalah

1. membayar premi
2. mencegah agar kerugian dapat dibatasi
3. kewajiban khusus yang disebut sebagai polis
4. memberitahukan keadaan-keadaan sebenarnya mengenai barang yang dipertanggungkan

b. hak yang dipunyai tertanggung adalah :

1. menerima polis
2. mendapatkan ganti kerugian apabila terjadi peristiwa itu
3. hak-hak lainnya sebagai imbalan dari kewajiban penanggung.

Sedangkan yang disebut penanggung atau penjamin ialah mereka yang dengan mendapatkan premi berjanji akan mengganti kerugian atau membayar sejumlah uang yang telah disetujui, jika nanti terjadi peristiwa yang tidak dapat diduga sebelumnya, yang akan menimbulkan kerugian bagi si tertanggung. Jadi disini penanggung merupakan subyek yang berhadapan dengan tertanggung, dan biasanya yang menjadi penanggung adalah suatu badan usaha yang telah memperhitungkan untung rugi didalam tindakan-tindakannya.²²

Kewajiban dan hak dari penanggung adalah :

²² *ibid*, Halaman 8

a. **Penanggung mempunyai kewajiban, yaitu :**

1. memberikan polis kepada tertanggung
2. mengganti kerugian dalam asuransi ganti rugi dan memberikan sejumlah uang yang telah disepakati dalam polis asuransi tersebut
3. melaksanakan premi restorno pada tertanggung yang beritikad baik, berhubung penanggung untuk seluruhnya atau sebagian tidak menanggung risiko lagi dan asuransinya gugur atau batal seluruhnya atau sebagian.

b. **hak-hak penanggung adalah :**

1. menerima premi dari tertanggung
2. karena perjanjian asuransi adalah perjanjian timbal balik, maka dapat dilihat bahwa hak penanggung adalah paralel atau sejajar dengan kewajiban pihak tertanggung.

Kebijakan pemerintah ini ditetapkan pada akhir tahun 1997 untuk meningkatkan kesejahteraan tenaga kerja pada perusahaan-perusahaan. Dalam garis besarnya, peraturan ini mewajibkan perusahaan-perusahaan untuk mengansuransikan tenaga kerjanya terhadap kecelakaan kerja dan kematian. Sebab kecelakaan merupakan kejadian yang tidak terduga dan tidak diharapkan oleh

setiap orang²³ . Dikatakan tidak terduga karena dalam kecelakaan itu tidak terdapat unsur kesengajaan, apalagi direncanakan.

Di dalam pertanggungan terdapat beberapa unsur-unsur pertanggungan yaitu :

1. Unsur subyek

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

2. Unsur obyek

Obyek pertanggungan dapat berupa benda, kepentingan yang melekat pada benda, atau juga sejumlah uang. Tujuan tertanggung adalah peralihan risiko dari tertanggung ke penanggung. Penanggungan terjadi dikarenakan tertanggung tidak dapat atau tidak mampu menghadapi bahaya yang mengancam kepentingannya.

3. Unsur peristiwa

Peristiwa pertanggungan merupakan persetujuan atau kata sepakat antara penanggung dan tertanggung mengenai obyek yang akan ditanggung dan syarat-syarat yang berlaku dalam pertanggungan. Hal ini juga berlaku bila terjadi evenemen (peristiwa tidak tentu yang diperjanjikan) , jika evenemen benar-benar terjadi sehingga timbul suatu kerugian, maka

²³ Suma'mur PK,1988, *Keselamatan Kerja dan Pencegahan Kecelakaan*, Haji Masagung, Jakarta, Halaman 5

penanggung berkewajiban untuk membayar ganti kerugian kepada tertanggung, tapi jika tidak, maka penanggung menikmati premi yang diterimanya dari tertanggung.

2. TUJUAN ASURANSI

Tujuan asuransi adalah:

1. Teori pengalihan risiko

Mengalihkan segala risiko menimbulkan peristiwa-peristiwa yang tidak dapat diharapkan terjadinya kepada orang lain yang mengambil risiko itu untuk mengganti kerugian.

2. Pembayaran Ganti Kerugian

Untuk menggantikan kerugian pada tertanggung, tertanggung harus dapat menunjukkan bahwa dia benar-benar menderita kerugian. Di dalam asuransi, setiap waktu selalu dijaga supaya jangan sampai seorang tertanggung hanya menyingkirkan suatu kerugian saja dan mendapatkan suatu keuntungan menikmati asuransi dengan cara memakai spekulasi.

3. Pembayaran Santunan

Tertanggung yang membayar adalah mereka yang terikat pada suatu hubungan hukum tertentu yang ditetapkan Undang-Undang. Apabila mereka mendapatkan musibah kecelakaan dalam menjalankan pekerjaannya, mereka (atau ahli warisnya) memperoleh pembayaran santunan dari penanggung (BUMN)

yang jumlahnya telah ditetapkan oleh Undang-Undang. Jadi tujuan mengadakan asuransi sosial menurut pembentuk Undang-Undang adalah untuk melindungi kepentingan masyarakat dan mereka yang terkena musibah diberi santunan.

3. PRINSIP ASURANSI

Asuransi kerugian maupun asuransi kesehatan mempunyai prinsip yang menjadi pedoman dalam kegiatan perasuransian dimanapun berada. Prinsip asuransi tersebut antara lain²⁴

- a. Kejujuran sempurna (*Ulmost Good Faith*) yaitu tertanggung mempunyai kewajiban untuk memberikan fakta-fakta penting yang sejelas-jelasnya yang berkaitan dengan objek yang akan diasuransikan. Kewajiban memberikan fakta-fakta berlaku ketika
 1. saat perpanjangan asuransi
 2. saat terjadi perubahan pada isi kontrak asuransi dan mengenai hal-hal yang ada kaitannya dengan perubahan-perubahan itu.
- b. Sebab Akibat yaitu timbulnya kewajiban penanggung untuk mengganti kerugian kepada tertanggung apabila ada peristiwa yang menjadi sebab timbulnya kerugian. Berdasarkan sebab itulah timbul kerugian yang menjadi tanggungan penanggung.

²⁴ M. Suparman Sastrawidjaja, 1993, *Hukum Asuransi, Perlindungan tertanggung, Asuransi Deposito Usaha Perasuransiaan*, PT. Alumni, Bandung, Halaman 5

- c. Kepentingan yang dapat diasuransikan yaitu memiliki kepentingan atas obyek yang diasuransikan seandainya terjadi musibah terhadap obyek tersebut.

B. ASURANSI SOSIAL

1. PENGERTIAN

Secara luas, asuransi sosial meliputi risiko-risiko sosial. Risiko sosial adalah segala risiko yang terdapat dalam masyarakat. Asuransi sosial sering juga disebut asuransi pemerintah karena diadakan dan diwajibkan oleh Pemerintah terhadap golongan-golongan masyarakat tertentu, karena apabila tidak diwajibkan, dana yang terkumpul dari pembayaran iuran akan sedikit. Dana asuransi sosial diperoleh bukan dari premi peserta melainkan dari penghasilan pegawai yang dipotong secara langsung, dengan demikian penggalangan dana asuransi sosial tidak menggunakan prinsip-prinsip asuransi dan tidak mengenal premi. Ada beberapa definisi asuransi sosial yaitu

1. A. Hasymi Ali

Asuransi Sosial adalah alat untuk menghimpun risiko dengan memindahkan kepada organisasi yang biasanya adalah organisasi pemerintah yang diharuskan oleh Undang-Undang untuk memberikan manfaat atau pelayanan kesehatan kepada atau atas nama orang-orang yang diasuransikan itu pada waktu terjadinya kerugian-kerugian tertentu yang telah ditetapkan sebelumnya.²⁵

²⁵ A. Hasymi Ali, 1999, *Bidang Usaha Asuransi*, PT. Bumi Aksara, Jakarta halaman

2. R. Ali Ridho, SH

Asuransi Sosial adalah asuransi yang memberikan perlindungan yang dari segi objeknya diutamakan pada benda immaterial dan umumnya tidak dapat dinilai dengan uang²⁶

Tujuan asuransi sosial adalah menyediakan program-program untuk menjamin kesejahteraan sosial baik masyarakat umum, maupun (terutama) bagi masyarakat yang tidak diuntungkan. Dapat dikatakan bahwa dengan adanya asuransi diharapkan agar para korban yang termasuk golongan lemah (golongan tidak mampu) tidak berada dalam keadaan terlantar dan tanpa suatu sumber penghasilan apabila terjadi suatu peristiwa yang mengakibatkan kerugian terhadap mereka yang termasuk golongan lemah. Dari uraian diatas jelas bahwa asuransi sosial merupakan program pemeliharaan kesejahteraan dan pendapatan dengan cara redistribusi kekayaan dari segmen masyarakat yang lebih mampu kepada segmen masyarakat yang kurang mampu.²⁷

Asuransi sosial timbul karena kebutuhan akan terselenggaranya suatu jaminan sosial (social security) bagi masyarakat sehingga jaminan sosial merupakan suatu hal yang mendesak dan tidak dapat ditunda. Setiap jaminan sosial selalu mempunyai tujuan dan fungsi ganda yaitu sosial dan ekonomis. Tujuan dan fungsi sosial diwujudkan dalam bentuk perlindungan

²⁶ R. Ali Ridho, 1984, *Aspek-Aspek Hukum dalam Asuransi Udara dan Perkembangan Perseroan Terbatas*, CV. Remadja Karya, halaman 279

²⁷ R. Ali Ridho, 1992, *Prinsip dan Fungsi Asuransi dalam Lembaga Keuangan, Pasar Modal dan Asuransi Haji*, PT. Alumni, Bandung, halaman 375

terhadap risiko yang mengakibatkan hilangnya pendapatan seseorang yang mendapat kecelakaan seperti jaminan hari tua, sakit dan kematian. Dengan demikian korban akan memperoleh bantuan pada saat yang benar-benar dibutuhkannya yang mana akan membantu tercapainya ketenangan kerja dan produktivitas meningkat. Di dalam mengatasi hal yang demikian, pemerintah mengeluarkan peraturan perundang-undangan yang mewajibkan masyarakatnya untuk membayar iuran wajib. Hal ini didasarkan pada kewajiban pemerintah yang tugasnya adalah untuk melindungi kesejahteraan umum bagi warga negaranya. Sebab asuransi sosial bertitik tolak pada upaya perlindungan bagi golongan lemah, baik kondisi sosialnya maupun posisi keuangan perseorangannya.

Adapun unsur-unsur dari asuransi sosial adalah: ²⁸

1. Bertujuan untuk kepentingan umum
2. Bersifat wajib
3. Harus ada hukum yang bersifat publik
4. Dikelola oleh Perusahaan Negara dan di Indonesia biasanya berbentuk Perum dan kemudian ada yang beralih menjadi Persero

Pengertian asuransi tidak terbatas hanya pada memberikan perlindungan pada tertanggung saja, tetapi juga kepada seluruh

²⁸ *Ibid*, halaman 374

anggota masyarakat. Pengertian asuransi yang seperti ini dikenal dengan nama asuransi sosial (*social insurance*) yang kesehatan termasuk didalamnya. Pada saat ini jenis asuransi juga semakin bervariasi, mula-mula lebih terarah pada barang, kemudian pada jasa, untuk selanjutnya ketika hidup dan kehidupan mulai dapat dinilai dalam bentuk rupiah (*concept of human life value*), berkembanglah asuransi jiwa (*life insurance*) serta asuransi kesehatan (*health insurance*).

2. JENIS-JENIS ASURANSI SOSIAL

Ada beberapa macam asuransi sosial yang dikenal di dalam praktek, yaitu :

1. Tabungan Asuransi Sosial Pegawai Negeri Sipil (TASPEN)

Adalah merupakan asuransi wajib dalam rangka memberikan jaminan kesejahteraan bagi pegawai negeri. Usaha Tabungan Asuransi Sosial Pegawai Negeri Sipil (TASPEN) adalah merupakan usaha asuransi sosial yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan pegawai negeri dengan memberikan sejumlah modal pada saat mereka mengakhiri masa pengabdianya kepada pemerintah (pensiun) atau memberikan sejumlah modal kepada keluarga apabila pegawai negeri tersebut meninggal dunia dalam masa aktif. Berdasarkan hal tersebut diatas maka jelaslah tujuan dari program Tabungan

Asuransi Sosial Pegawai Negeri Sipil (TASPEN) adalah sesuai dengan tujuan asuransi sosial pada umumnya yaitu memberikan kesejahteraan. Tabungan Asuransi Sosial Pegawai negeri Sipil (TASPEN) diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 10 tahun 1963, yang kemudian dicabut dan diganti dengan Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 1981

2. Asuransi Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI)

Asuransi Angkatan Bersenjata RI (ASABRI) pada permulaannya dijadikan satu dengan TASPEN (Peraturan Pemerintah No. 10 Tahun 1963), tetapi karena tidak begitu lancar sehingga perlu diadakan pemisahan yang diwujudkan pada tahun 1971 dengan Lembaran Negara No. 50 Tahun 1971. Adapun yang menjadi pesertanya adalah Anggota TNI dan Pegawai sipil Departemen Pertahanan dan Keamanan diwajibkan menjadi peserta mulai dari tanggal pengangkatannya

3. Asuransi Kesehatan (ASKES)

Asuransi kesehatan yang berada di tingkat pusat, penyelenggaraannya diserahkan pada badan penyelenggara dan pemeliharaan kesehatan pusat, sedangkan pada tingkat propinsi diselenggarakan oleh kepala dinas kesehatan dan kotamadya. Dana yang dipakai oleh pemerintah untuk membiayai pemeliharaan kesehatan dibentuk dengan cara memotong prosentase tertentu dari gaji pegawai negeri setiap

bulan dan potongan ini bersifat wajib. Dari dana yang terkumpul inilah pemerintah membiayai atau membayar tuntutan atau klaim dari setiap pegawai negeri bilamana mereka harus mengeluarkan biaya untuk kesehatannya. Jadi sebenarnya dana tersebut dibentuk dengan cara gotong royong membantu mereka jika dalam keadaan sakit dan memerlukan biaya. Walaupun seorang pegawai negeri dipotong gajinya setiap bulan, kalau dia tidak sakit maka ia tidak mendapatkan apa-apa tetapi dari uangnya yang terkumpul bersama-sama dengan peserta lain akan dipakai untuk membiayai perawatan atau obat kepada peserta lain yang sedang sakit. Dasar hukumnya adalah Peraturan Pemerintah No. 9 Tahun 1991.

4. Asuransi Tenaga Kerja (ASTEK)

Asuransi Tenaga Kerja (ASTEK) didirikan berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 1977 dan Surat Keputusan Menteri Tenaga Kerja, Transmigrasi dan Koperasi No. 116/Men/1977 tentang peraturan, tata cara, persyaratan, pembayaran iuran dan pembayaran jaminan sosial tenaga kerja. Jenis program yang diselenggarakan oleh ASTEK antara lain program asuransi kecelakaan kerja dan Program tabungan hari tua yang dikaitkan dengan asuransi kematian.

C. ASURANSI KESEHATAN

Di Indonesia, kita belum mengenal sistem asuransi kesehatan yang dijalankan oleh swasta dan mencakup berbagai macam perusahaan sekaligus, dengan ribuan karyawan. Di Indonesia, asuransi kesehatan dikenal pada tahun 1968 dengan dikeluarkan Keppres No. 230 tahun 1968 tentang Peraturan Pemeliharaan Pegawai Negeri Sipil dengan peserta yang masih terbatas yaitu Pegawai Negeri Sipil dan militer termasuk pensiunannya. Pemerintah membentuk suatu organisasi penyelenggara tingkat pusat yang disebut dengan Badan Penyelenggara dan Pemelihara Kesehatan Pegawai Negeri Sipil, penerima Pensiun beserta keluarganya. Setelah dikeluarkan Keppres No. 230 Tahun 1968, kemudian diubah dengan Keppres No. 13 Tahun 1981 yang berisi tentang perubahan atas Keppres No. 230 Tahun 1968, tetapi kedua keppres tersebut dicabut serta diganti dengan peraturan Pemerintah No. 22 Tahun 1984 tentang Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri Sipil dan Peraturan Pemerintah NO. 23 Tahun 1984 Kesehatan Pegawai Negeri sipil yang dikelola PERUM Husada, dimana menurut Peraturan Pemerintah pengelolaannya diserahkan kepada suatu badan hukum yang berbentuk Perusahaan Umum (PERUM) Husada Bakti.²⁹

Dalam rangka meningkatkan efisiensi dan efektifitas usaha, maka PERUM Husada Bakti dialihkan bentuknya menjadi Perusahaan

²⁹ Tarsis Tarmudi, 1990, *Wawasan Perasuransian*, IKIP, Semarang-Press, halaman 124

Persero (PERSERO) dengan dikeluarkan PP No. 6 Tahun 1992 tentang pengalihan Bentuk Perusahaan Umum Husada Bakti menjadi Perusahaan Perseroan (PERSERO).

1. LATAR BELAKANG ASKES

a. Dasar Hukum

1. Keppres No. 230 Tahun 1968 tentang Peraturan Pemeliharaan Pegawai Negeri Sipil dengan peserta yang terbatas yaitu Pegawai Negeri Sipil, Militer dan pensiunannya.
2. Keppres No. 13 Tahun 1981 yang dicabut dengan PP No. 22 tahun 1984 tentang Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri Sipil
3. PP No. 69 Tahun 1991 tentang penugasan Pemerintah kepada PT. Askes dalam pengelolaan Asuransi Kesehatan Sosial dengan peserta Pegawai Negeri Sipil, Pensiun beserta keluarganya serta Pegawai Negeri Tidak Tetap (SK Menkes No. 1540/MENKES/SK/XII/2002 tentang penempatan Tenaga Medis melalui Masa bakti dan Cara Lain (Pegawai Negeri Tidak tetap, yaitu Dokter/Dokter Gigi/Bidan-PTT)

b. Pengertian Asuransi Kesehatan

Sesuai dengan arah pembangunan nasional dan dengan pemikiran dasar dari sistem kesehatan nasional, tujuan

pembangunan kesehatan adalah tercapainya mutu dan lingkungan hidup yang optimal bagi setiap penduduk dengan mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Hal ini sesuai dengan Undang-Undang tentang pokok-pokok kesehatan No. 9 Tahun 1960 Pasal 1 menyebutkan bahwa tiap-tiap warga Negara berhak memperoleh derajat kesehatan setinggi-tingginya dan perlu diikutsertakan dalam usaha-usaha kesehatan Pemerintah. Oleh karena itu, Negara telah menyadari pentingnya kesehatan sebagai syarat menuju kesejahteraan hidup, sehingga dengan berbagai upaya berusaha menyediakan dana bagi pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan. Pembangunan yang berlangsung selama ini telah memperluas kesempatan kerja dan memberikan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan hidup bagi tenaga kerja dan keluarganya. Namun kemampuan bekerja dan penghasilan tersebut dapat berkurang atau hilang karena berbagai risiko yang dihadapi, misalkan kecelakaan, cacat, sakit, hari tua dan meninggal dunia. Beberapa sarjana berpendapat bahwa faktor utama terjadinya kecelakaan kerja terletak pada faktor manusianya³⁰. Salah satu pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah adalah dengan melaksanakan asuransi kesehatan. Ada tiga jenis Asuransi kesehatan diantaranya :

³⁰ Suma'mur PK, *Op-cit*, Halaman 44

1. Askes sosial yang diperuntukkan untuk PNS dan para pensiun.
2. Askes komersial diperuntukkan kepada pihak Swasta, BUMN, maupun para kepala-kepala Desa.
3. Jamkesmas diperuntukkan bagi masyarakat miskin / PJPK-MM (Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin)

Wirjono Prodjodikoro memberikan definisi mengenai pengertian Asuransi Kesehatan :

“Suatu sistem pengelolaan dana yang diperoleh dari uang iuran anggota secara teratur kepada suatu organisasi guna membiayai pelayanan kesehatan yang dibutuhkan”³¹

Oleh sebab itu, asuransi sangat penting dalam menghadapi berbagai peristiwa yang terjadi karena sesuatu diluar kemampuan dan dugaannya. Maka pemberian asuransi haruslah merupakan suatu kepastian, suatu hak karena peraturan perusahaan, Undang-Undang atau peraturan lain. Asuransi kesehatan memegang teguh prinsip bahwa kesehatan adalah sebuah pelayanan sosial, karena pelayanan kesehatan tidak boleh semata-mata diberikan berdasarkan status sosial masyarakat sehingga semua lapisan berhak untuk memperoleh jaminan pelayanan kesehatan. Yang termasuk dalam jangkauan asuransi sosial yaitu

1. Tabungan hari tua

³¹ Wirjono Prodjodikoro, 1986, *Hukum Asuransi di Indonesia*, PT. Intermasa, Jakarta, halaman 12

2. Jaminan hari tua
3. Jaminan kecelakaan
4. Jaminan kesehatan
5. Jaminan kematian

Dengan demikian asuransi kesehatan dapat digolongkan sebagai asuransi sosial. Dari segi ekonomi asuransi kesehatan juga merupakan usaha bersama untuk menghindari adanya kesulitan ekonomi dari anggota apabila mereka sakit. Khususnya dalam jaminan pelayanan kesehatan, dimulai dengan diundangkannya Undang-undang Pokok-Pokok Pelayanan Kesehatan No. 9 tahun 1960 yang mengatur tentang Pokok-Pokok Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Meskipun Pemerintah bertanggung jawab terhadap derajat kesehatan, tapi masyarakat wajib ikut serta dalam usaha-usaha kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah melalui PT. Askes, yang memberikan sistem pelayanan dalam usaha melindungi masyarakat atas gangguan kesehatan karena sakit atau kecelakaan.

Sistem pelayanan yang dipakai oleh PT. Askes cabang Semarang, menggunakan sistem tripartite yaitu badan asuransi yang merupakan badan penengah antara peserta asuransi kesehatan dengan para pelaksana pelayanan kesehatan.

Dalam pelaksanaannya, asuransi kesehatan mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

1. Peserta bersifat wajib dan otomatis
2. Tidak bersifat mencari untung
3. Penyelenggara adalah badan atau lembaga yang ditunjuk oleh pemerintah (PT. Askes)
4. Mempergunakan prinsip solidaritas atau gotong royong
5. Adanya pembatasan-pembatasan terhadap kualitas dan kuantitas klaim.

Asuransi kesehatan di dalam pelaksanaannya tetap berpedoman pada asas-asas sebagai berikut:³²

1. asas usaha bersama berdasarkan kekeluargaan
2. asas adil dan merata
3. asas percaya diri
4. asas kepentingan dan keseimbangan
5. asas musyawarah dan mufakat
6. asas tidak mencari keuntungan semata

Beberapa alasan agar penyelenggaraan jaminan pelayanan kesehatan berdasarkan asuransi semakin berkembang :

³² Tarsis Tarmudi, op-cit, halaman 130

1. Perkembangan ekonomi Indonesia yang semakin meningkat sehingga dituntut untuk menyelenggarakan pengelolaan bidang pelayanan kesehatan secara modern.
2. Dorongan dari pihak Pemerintah baik dalam bentuk perundang-undangan atau Peraturan Pemerintah yang pada dasarnya telah menentukan sistem asuransi kesehatan sebagai sistem yang akan dikembangkan dalam pengembangan asuransi sosial di Indonesia.
3. Masyarakat yang menghendaki terselenggaranya pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh kemampuan masyarakat.

c. Tujuan Asuransi Kesehatan

Tujuan pemerintah dalam menyelenggarakan asuransi sosial yaitu memberikan jaminan sosial bagi masyarakat khususnya PNS, Pensiunan dan anggota keluarganya. Karena dengan pertumbuhan penduduk yang semakin meningkat, muncullah berbagai permasalahan yang melahirkan risiko-risiko, baik itu risiko sosial maupun risiko ekonomi. Risiko yang mendatangkan kerugian bagi masyarakat ini tidak diinginkan, untuk itu risiko tersebut perlu dipindahkan dengan jalan

mengasuransikan sehingga masyarakat dapat mewujudkan kesejahteraan hidupnya. Jadi tujuan asuransi antara lain :³³

1. Ingin mewujudkan ketentraman jasmaniah, rohaniah dan sosial
2. Mendapatkan jaminan dalam mengurangi ketidakpastian dimasa mendatang
3. Memperoleh stabilitas sosial dan ekonomi dalam rangka mewujudkan kesejahteraan masyarakat.

Pada hakekatnya asuransi kesehatan memberikan kepastian berlangsungnya arus penerimaan penghasilan keluarga sebagai pengganti sebagian atau seluruh penghasilan yang hilang. Asuransi kesehatan bertujuan memberikan bantuan kepada peserta dalam membiayai pemeliharaan kesehatan, yang meliputi program-program tertentu :

1. Pengobatan, perawatan dan pemberian suntik pencegahan (proventatif program) :
 - 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

³³ Tarsis Tarmudi, *Op-cit*, halaman 11

3. Obat-obatan berdasarkan resep dokter yang ditunjuk
4. Pembelian kacamata menurut resep dokter yang ditunjuk dan lain-lain.

PT. Askes (Persero) Cabang Semarang sebagai badan pengelola asuransi kesehatan bertujuan untuk menjaga, memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun dan anggota keluarganya dalam rangka upaya menciptakan aparatur Negara yang sehat, kuat, dinamis serta memiliki pengabdian dan kesetiaan yang tinggi terhadap Nusa dan Bangsa. Walaupun asuransi kesehatan bertujuan untuk menjamin lebih terpeliharanya pelayanan kesehatan, tetapi bukan berarti status kesehatan dalam masyarakat dapat langsung diperbaiki. Karena untuk meningkatkan status tersebut, terletak berbagai faktor seperti sikap mental masyarakat, adat istiadat serta kebijaksanaan pemerintah dalam melaksanakan program kesehatan

Di Indonesia, adanya sistem asuransi kesehatan yang dapat mengikutsertakan seluruh rakyat, dirasakan sangat mendesak. Hal tersebut disebabkan situasi atau keadaan sosial ekonomi masyarakat rata-rata lemah, sehingga tidak tersedia dana cukup menanggulangi pelayanan kedokteran yang dibutuhkan masyarakat.

d. Konsep Manajemen Asuransi Kesehatan

Di Indonesia, program jaminan pemeliharaan kesehatan dilaksanakan baik oleh pemerintah melalui BUMN yang diberikan kepercayaan sebagai pengelola program maupun oleh beberapa perusahaan dan kelompok masyarakat tertentu (swasta). Ada beberapa konsep asuransi kesehatan³⁴:

1. Konsep *Tripartite* (tiga pihak)

Dimaksud dengan *tripartite* (tiga pihak) adalah pihak perusahaan asuransi (*insurance company*) sebagai pengelola dana, pihak pemberi jasa pelayanan kesehatan (*health provider*) dan pihak peserta (*consumer*). Ketiga pihak harus saling bekerjasama terutama dalam hal pengawasan pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada peserta sehingga dapat dilaksanakan secara efisien dan efektif.

2. Konsep Pelayanan Menyeluruh

Bentuk pelayanan asuransi meliputi semua jenis pelayanan kesehatan meliputi semua jenis pelayanan kesehatan mulai dari yang bersifat preventif, promotif, kuratif sampai bersifat rehabilitasi. Di dalam pelaksanaannya, ada jaminan untuk pelayanan rawat jalan tingkat pertama, pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan dan pelayanan rawat inap serta pelayanan obat.

³⁴ A.A. Gde Muninjaya, 2004, *Manajemen Kesehatan*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta halaman 122

3. Konsep Wilayah (dokter keluarga/puskesmas)

Peserta asuransi dikelompokkan dalam satu wilayah tertentu. Pelayanan kesehatan dasar diberikan oleh dokter umum atau dokter keluarga. Dengan cara seperti ini, RS akan melaksanakan program penyuluhan dan pencegahan untuk masyarakat di wilayahnya sehingga masyarakat akan tetap sehat.

4. Konsep Rujukan

Konsep ini diterapkan dengan surat pernyataan rujukan dari institusi pemberi pelayanan kesehatan (misalnya pukesmas) ke pemberi pelayanan kesehatan rujukan (misalnya rumah sakit).

2. PIHAK YANG TERKAIT

Penyelenggaraan asuransi kesehatan meliputi pihak-pihak yang terkait :

a. Peserta

1. Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun yang membayar iuran untuk jaminan pemeliharaan kesehatan (PP No.69 Tahun 1991)
2. Pegawai Negeri Tidak Tetap (dokter/dokter gigi/bidan-SK MenKes Nomor 1540/MENKES/SK/XII/2002)

3. Anggota keluarga adalah istri atau suami dan anak yang sah atau anak angkat dan peserta yang mendapat tunjangan keluarga sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan yang berlaku dengan ketentuan belum mencapai usia 21 tahun, belum menikah, belum berpenghasilan dan masih menjadi tanggungan peserta atau sampai usia 25 tahun bagi yang masih mengikuti pendidikan formal. Jumlah anak yang ditanggung adalah 2 anak (Keppres No. 16 tahun 1994)

b. Rumah Sakit

Keberhasilan upaya kesehatan tergantung pada ketersediaan sumber daya kesehatan yang berupa tenaga, sarana, dan prasarana dalam jumlah dan mutu yang memadai. Rumah sakit merupakan salah satu sarana kesehatan yang diselenggarakan baik oleh pemerintah maupun masyarakat.³⁵ Pemerintah dalam penyelenggaraannya juga menetapkan asuransi kesehatan dalam upaya membantu pengobatan bagi Pegawai Negeri, Pensiunan beserta keluarganya di Rumah Sakit Pemerintah maupun Rumah Sakit Swasta.

Rumah sakit sebagai sarana dapat memberikan jaminan ketersediaan, kelengkapan jaringan pelayanan yang dibutuhkan serta representatif terhadap domosili peserta

³⁵Sri Praptianingsih, S.H., M.H, *Kedudukan Hukum Perawat Dalam Upaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit*, Penerbit: PT.RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2006, hlm.12-13.

sehingga cepat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.

c. PT. Asuransi Kesehatan

Berdasarkan Peraturan Pemerintah No.69 tahun 1991 mengenai penugasan Pemerintah kepada PT. Askes sebagai institusi yang mengelola pembiayaan kesehatan Pegawai Negeri Sipil, Pensiunan dan keluarganya, maka PT. Askes menjamin konstinuitas dan ketersediaan seluruh jenis pelayanan yang dibutuhkan oleh peserta. Kartu yang diberikan kepada setiap peserta dan anggota keluarganya memberikan jaminan aksesibilitas terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia. Hal itu memberikan rasa aman dan terlindungi dari sisi pembiayaan, karena pada saat membutuhkan pelayanan kesehatan, PNS, pensiunan dan keluarganya tidak perlu menyediakan uang tunai, cukup hanya memperlihatkan kartu peserta.

Program layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh PT. Askes memberikan jaminan bagi peserta bahwa setiap keluhan dan ketidakpuasan akan diterima, ditangani, ditindaklanjuti dan diselesaikan secara dini.

d. Pemerintah

Pembentukan Asuransi Kesehatan (Askes) sendiri berasal dari peran Pemerintah yaitu dalam memberikan

jaminan sosial yang menyeluruh pada Pegawai Negeri, pensiunan dan anggota keluarganya untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak.

Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap pegawai negeri, pensiunan dan keluarganya menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh pemerintah pusat dan daerah. Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan kesehatan yang optimal. Dengan kerjasama antara Pemerintah dan PT. Askes, Pegawai negeri, pensiunan dan keluarganya akan mendapatkan jaminan kesehatan berupa pengobatan, pemeriksaan laboratorium, sampai pengobatan rawat inap di Rumah Sakit.

3. HAK DAN KEWAJIBAN PIHAK-PIHAK YANG TERKAIT :

a. Peserta

1. Hak peserta Askes
 - a. Memiliki kartu Askes, untuk dapat dilayani pada fasilitas kesehatan yang ditunjuk sesuai dengan ketentuan yang berlaku
 - b. Memperoleh penjelasan tentang hak, kewajiban dan tata cara pelayanan kesehatan

- c. Menyampaikan keluhan baik secara lisan (telepon atau datang langsung) atau tertulis ke kantor PT. Askes (Persero) setempat.

2. Kewajiban Peserta

- a. Membayar iuran
- b. Memberikan data identitas diri untuk penerbitan kartu Askes
- c. Mentaati semua ketentuan dan prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku
- d. Menjaga kartu Askes agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh pihak yang tidak berhak.

b. Rumah Sakit

1. Hak Rumah Sakit

- a. Rumah sakit berhak memberikan pelayanan obat yang sesuai dengan DPHO (Daftar Plafon Harga Obat) yang telah ditentukan oleh PT. Askes

2. Kewajiban Rumah Sakit

- a. Rumah Sakit berkewajiban menerima dan menempatkan peserta dan anggota keluarganya dikelas perawatan sesuai dengan golongan kepegawaian peserta.

c. PT. Asuransi Kesehatan

1. Hak PT. Askes

- a. Menerima pembayaran premi

2. Kewajiban PT. Askes

- a. Memberikan kartu askes kepada peserta
- b. Memberikan penjelasan atau informasi kepada peserta tentang hak, kewajiban serta tata cara pelayanan kesehatan
- c. Menerima keluhan baik secara lisan (telepon/datang langsung) atau tertulis yang disampaikan oleh peserta.

d. Pemerintah

1. Hak Pemerintah

- a. Pemerintah berhak melakukan kewenangannya dengan melalui penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri sipil, pensiun dan keluarganya dengan melakukan pemotongan gaji 2% setiap bulan

2. Kewajiban Pemerintah

1. Menjamin terciptanya asas gotong royong atau subsidi silang antara yang muda dan tua, serta antara yang kaya dan miskin.
2. Menjamin pelayanan kesehatan diselenggarakan dengan pola *managed care* yaitu pelayanan yang bermutu dengan memperhatikan aspek pengendalian biaya secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis.

D. JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS)

Jamkesmas atau Jaminan Kesehatan Masyarakat dibentuk untuk menjamin akses penduduk miskin ke pelayanan kesehatan. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana yang diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar 1945, Pemerintahan Indonesia Bersatu telah berupaya untuk melaksanakan program Jaminan Pemeliharaan kesehatan Masyarakat Miskin, yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT. Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/MenKes/SK/XI/2004 tentang penugasan PT. Askes (persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin

1. LATAR BELAKANG JAMKESMAS

a. Landasan Hukum

1. SK Menkes Nomor 1241 Tahun 2004 tentang penugasan PT. Askes (Persero) dalam pengelolaan Program Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin
2. SK Menkes Nomor 56 Tahun 2005 tentang penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin tahun 2005.
3. SK Menkes Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2005 tentang Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Rujukan Rawat Jalan

dan Rawat Inap kelas III Rumah Sakit yang dijamin Pemerintah.

4. SK Menkes Nomor 1199/XII/2008 tentang penugasan PT. Askes (Persero) dalam penyelenggaraan kepesertaan Program Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin.

b. Pembentukan Jamkesmas

1. Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin
2. Pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

c. Tujuan Jamkesmas

Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk miskin agar tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien.

d. Ruang Lingkup peserta Jamkesmas

1. Kewajiban peserta Askes Jamkesmas

Peserta harus selalu membawa Kartu Jamkesmas dan berkewajiban mengetahui dan menaati prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku.

2. Hak peserta Jamkesmas

Peserta berhak untuk tidak dibebani biaya sedikitpun dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

e. **Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (Jamkesmas)**

Program ini dibiayai oleh Pemerintah dari sumber dana yang berasal dari APBN sektor kesehatan Tahun Anggaran 2008 untuk dan kontribusi APBD. PT. Askes (Persero) dalam hal ini hanya mengelola kepesertaan saja. Dana amanat dan nirlaba yang diperoleh dimanfaatkan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin.

2. **PIHAK YANG TERKAIT**

Penyelenggaraan Jamkesmas di Rumah Sakit meliputi 4 (empat) pihak yang terkait, yaitu:

a. **Rumah Sakit**

Sesuai dengan Pasal 11 ayat (2) Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Daerah Kabupaten dan Daerah Kota. Ini

berarti bahwa dalam rangka Otonomi Daerah, Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota bertanggungjawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya. Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 menyatakan bahwa kewenangan yang telah diserahkan kepada Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota merupakan pelayanan minimal yang sesuai standar dalam bidang-bidang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat 2 Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999, yang dalam pelaksanaan harus disesuaikan. Pelayanan Minimal yang dilaksanakan ini harus disesuaikan dengan standar yang ditentukan oleh propinsi berdasarkan pedoman yang ditetapkan oleh pemerintah, berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Republik Indonesia Nomor 1747/Menkes-Kesos/SK/XII/2000.

Dengan demikian maka untuk Rumah Sakit, dipandang perlu untuk lebih memberikan panduan yang berupa pedoman penyusunan standar pelayanan minimal rumah sakit yang wajib dilaksanakan di Kabupaten/Kota, agar propinsi dapat menyusun Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk dilaksanakan oleh pemerintah Kabupaten/Kota yang berada di wilayahnya. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Kabupaten/Kota adalah standar pelayanan berdasarkan kewenangan yang telah diserahkan, yang harus dilaksanakan Rumah Sakit Kabupaten/Kota untuk meningkatkan mutu pelayanan yang dapat dijangkau oleh masyarakat yang sekaligus merupakan akuntabilitas daerah kepada pemerintah dalam penyelenggaraan pemerintah Kabupaten/Kota serta sebagai instrumen pembinaan dan pengawasan pemerintah kepada Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota.

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1747/Menkes-Kesos/SK/XII/2000 tentang Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal Dalam Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, maka pedoman ini merupakan acuan bagi setiap Propinsi untuk menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan Kabupaten/Kota masing-masing. Rumah Sakit Kabupaten/kota melaksanakan Standar

Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan oleh propinsi dengan memperhatikan situasi kondisi wilayah setempat.

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Daerah adalah:

1. Penyelenggaraan pelayanan manajemen Rumah Sakit.

Secara khusus selain pelayanan yang harus diberikan kepada masyarakat wilayah setempat maka rumah sakit juga harus meningkatkan manajemen di dalam rumah sakit yaitu meliputi:

- a. Manajemen Sumberdaya Manusia.
- b. Manajemen Keuangan.
- c. Manajemen Sistem Informasi Rumah Sakit, kedalam dan keluar rumah sakit.

2. Pelayanan Medik

Adalah upaya pencegahan dan pengobatan penyakit, serta peningkatan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan atas dasar hubungan individual antara dokter dan individu yang membutuhkannya.

3. Pelayanan Penunjang

Pelayanan penunjang merupakan pelayanan yang memberikan kelengkapan alat atau penunjang kesehatan guna kesembuhan pasien.

4. Pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan

Layanan yang berfungsi untuk memenuhi kebutuhan masyarakat di rumah sakit untuk mengatasi masalah yang menyangkut keadaan kesehatan, yang dilakukan oleh perawat terhadap pasiennya di rumah sakit.

Manfaat Standar Pelayanan Minimal:

1. Bagi masyarakat

- a. Tersedia pelayanan yang terjangkau dan berkesinambungan.
- b. Pelayanan bermutu dan sesuai standart
- c. Meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat.
- d. Melindungi hak asasi masyarakat dibidang kesehatan.

2. Bagi Rumah Sakit

- a. Akuntabilitas rumah sakit kepada pemerintah daerah.
- b. Pemacu untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan dan kinerja rumah sakit.
- c. Memudahkan rumah sakit untuk menentukan strategi.
- d. Dapat dijadikan salah satu dasar untuk menghitung besarnya subsidi kepada rumah sakit oleh pemerintah kabupaten/kota untuk pelayanan masyarakat.

3. Bagi Pemerintah Kabupaten/Kota

- a. Adanya akuntabilitas pelayanan kesehatan.

- b. Merupakan rujukan dalam rangka melakukan pembinaan diwilayahnya.
- c. Mengetahui hal-hal yang harus di fasilitas oleh Kabupaten/Kota
- d. Mengetahui ruang kewenangan dalam bidang kesehatan daerah Kabupaten Kota.
- e. Merupakan acuan yang dapat digunakan sebagai alat untuk meningkatkan pembinaan.

4. Bagi Pemerintah Pusat

Terjaminnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat khususnya yang tidak mampu.

a. **PT. Asuransi Kesehatan**

Berdasarkan Keputusan menteri Kesehatan No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 mengenai penugasan PT.Askes(Persero) dari Pemerintah dalam pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, serta Keputusan Menteri Kesehatan No. 56/Menkes/SK/I/2005 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin tahun 2005, maka PT. Askes(Persero) mengemban tugas baru untuk menerbitkan dan menyalurkan kartu peserta Jamkesmas.

Penugasan ini sejalan dengan rencana ke depan untuk pengembangan SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional),

dimana iuran bagi masyarakat miskin ditanggung oleh Negara. UU No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menggariskan bahwa Jaminan Kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip Asuransi Sosial dan prinsip ekuitas. Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Ps.19). Pasal 17 ayat (4) UU ini menegaskan bahwa iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh pemerintah. Berbeda dengan pengelolaan dana askes komersial dan askes sosial PNS, dalam mengelola Jamkesmas, PT.Askes lebih berperan sebagai TPA (*Third Party Administrator*).³⁶

Adapun ruang lingkup PT. Askes dalam menjalankan program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin, yaitu :

1. Kepesertaan

Kriteria miskin yang telah ditetapkan oleh BPS (Badan Pengawas Sosial) sebagai berikut:

- a. Luas lantai hunian kurang dari 8 meter persegi per anggota rumah tangga
- b. Jenis lantai hunian sebagian besar tanah atau lainnya

³⁶ Tim Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Studi Telaah Efisiensi dan Efektifitas Administrasi dan Keuangan Penyelenggara PJKMM*, Depok, 2006, hal.9.

- c. Fasilitas air bersih tidak ada
- d. Fasilitas jamban/kamar mandi tidak ada
- e. Kepemilikan aset (kursi tamu) tidak tersedia
- f. Konsumsi lauk pauk dalam seminggu tidak bervariasi
- g. Kemampuan membeli pakaian minimal satu setel pertahun untuk anggota RT tidak ada
- h. Jenis dinding terbuat dari papan/tripleks.

Bila tiga dari delapan kriteria dimiliki suatu RT, maka RT tersebut dikategorikan miskin. Berbagai pendapat mengenai kriteria ini muncul. Dikatakan bahwa tiap daerah, bahkan tiap kelurahan mungkin memiliki tingkat kemakmuran yang berbeda. Misalnya sama-sama paling miskin, tapi mungkin RT yang satu di suatu kelurahan relatif lebih makmur (misalnya memiliki kulkas/TV), sedang di tempat lain, listrik pun tidak ada.³⁷

2. Pelayanan Obat

Dalam panduan yang digunakan oleh PT.Askes, obat yang mendapatkan penggantian adalah obat yang masuk ke dalam DPHO (Daftar Plafon Harga Obat). Tertuang di manual (Pedoman Pelaksanaan) yang dikeluarkan oleh Depkes, obat non-DPHO bisa saja mendapat penggantian asalkan memenuhi beberapa kriteria tertentu, seperti bersifat life-

³⁷ *Ibid*, hal. 87.

saving, sesuai indikasi medis yang disepakati oleh Komite Medik dan ditandatangani oleh Direktur RS. Obat non DPHO ini banyak dikeluarkan di RS karena keengganan para dokter mematuhi.

b. Pemerintah

Konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO,1948), Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28H dan Undang-Undang Nomor 23/1992, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap warga. Oleh karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar masyarakat terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Adapun berbagai upaya yang telah dilakukan oleh pemerintah untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 Pemerintah melaksanakan beberapa upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin.. Pada awal tahun 2005, melalui keputusan Menteri Kesehatan nomor 1241/Menkes/XI/2004 menetapkan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) melalui pihak ketiga, dengan menugaskan PT. Askes (Persero) dalam hal kepesertaan. Dari upaya tersebut,

Pemerintah dan DPR melalui dana APBN-P untuk program PKPS BBM Bidang Kesehatan telah menyepakati untuk melaksanakan program layanan kesehatan yang dijamin oleh pemerintah di Puskesmas dan layanan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit di seluruh Indonesia. Seperti yang tertuang dalam Keputusan Menkes Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2005 tentang pelayanan kesehatan di Puskesmas, rujukan rawat jalan, rawat inap kelas III Rumah Sakit yang dijamin Pemerintah. Dimana mekanismenya, yaitu Pemerintah melalui Departemen Kesehatan melakukan kontrak dengan Rumah Sakit Pemerintah maupun swasta.

Mengenai peran Pemerintah Daerah, justru ditegaskan bahwa Departemen Kesehatan telah memberikan peran kepada Pemerintah Daerah untuk menangani pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Hal ini dibuktikan dengan dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 56/Menkes/SK/I/2005 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Tahun 2005. Dimana dalam aturan itu, Pemerintah Daerah diberi tugas melakukan pendataan orang miskin, dalam menangani kelebihan kuota di luar yang ditangani Departemen Kesehatan.

Dalam bidang kesehatan, kewenangan kabupaten/kota menurut Surat Edaran Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah No 118/ 1500/Pemda antara lain penyelenggaraan standar minimal pelayanan kesehatan, penyelenggaraan jaminan kesehatan sosial, penyelenggaraan pembiayaan pelayanan kesehatan, penyelenggaraan akreditasi sarana dan prasarana kesehatan, dan penyelenggaraan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat. Pemerintah daerah bersama Rumah Sakit harus mempunyai perencanaan yang jelas dan pasti untuk operasional dan pemeliharaan Rumah Sakit.

Program operasional dan pemeliharaan rumah sakit (OPRS) dalam jaring pengaman sosial (JPS) dari pemerintah pusat untuk menjamin pembiayaan pelayanan rumah sakit bagi keluarga miskin dan kurang mampu di rumah sakit, diharapkan menjadi pendorong peningkatan kinerja rumah sakit dalam mengelola pembiayaan pasien miskin dan kurang mampu. Dinas kesehatan merupakan penanggung jawab kesehatan di daerahnya, berfungsi menetapkan kebijakan, pengendalian pelaksanaan kebijakan, pembiayaan, dan pengawasan. Institusi lain termasuk rumah sakit wajib melaksanakan kebijakan itu untuk meningkatkan derajat kesehatan di kabupaten/kota.

c. Peserta Jamkesmas³⁸

Peserta Jamkesmas adalah masyarakat miskin sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan oleh Pemerintah yang pada tahun 2005 jumlahnya dari data BPS tahun 2004 dan 2005 dan nama-nama peserta ditentukan oleh Pemerintah Daerah Setempat.

3. HAK DAN KEWAJIBAN

Hak dan kewajiban para pihak yang terkait dalam Jamkesmas pada bab II ini dapat dilihat dari UU No.23 Tahun 1992, Buku Pedoman Bagi Peserta Askes Sosial³⁹ dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1239/Menkes/SK/XI/2001⁴⁰, Menteri Kesehatan Nomor 1241/MenKes/SK/XI/2004 dan dapat disimpulkan hak dan kewajiban para pihak, sebagai berikut:

A. Rumah Sakit

1. Hak Rumah Sakit:
 - a. Rumah Sakit berhak memberikan pelayanan obat yang sesuai dengan DPHO (Daftar Plafon Harga Obat).
 - b. Rumah Sakit berhak memberikan obat kepada peserta atau anggota keluarganya atas indikasi medis sesuai kebutuhan, yaitu pada penyakit biasa diberikan maksimal untuk

³⁸ PT. Askes, *Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJK-MM atau ASKESKIN)*

³⁹ PT. Askes, *Pedoman bagi peserta askes sosial*, Jakarta, April 2006

⁴⁰ Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1239/Menkes/SK/XI/2001 *tentang Registrasi dan Praktek Perawat.*

kebutuhan 5 (lima hari), sedangkan pada penyakit kronis diberikan maksimal untuk kebutuhan 30 (tiga puluh) hari khusus untuk rawat inap maksimal untuk 3 (tiga) hari.

2. Kewajiban Rumah Sakit:

- a. Pihak Rumah Sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan dan penerima dana klaim dari Departemen Kesehatan.
- b. Rumah Sakit wajib menyelenggarakan upaya kesehatan sesuai dengan Pasal 1 ayat (4) UU No.23 Tahun 1992
- c. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan (Pasal 10 UU No.23 Tahun 1992)
- d. Dalam penetapan ruang perawatan, Rumah Sakit dapat menempatkan peserta dan atau anggota keluarganya dikelas perawatan sesuai dengan golongan kepegawaian peserta.

B. PT. Asuransi Kesehatan

1. Hak PT.Askes :

- a. Dalam melaksanakan tugasnya PT.Askes (Persero) dapat bekerja sama dengan pihak lain sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

2. Kewajiban PT.Askes :

- d. PT. Askes berkewajiban dan bertanggung jawab membuat administrasi kepesertaan meliputi: registrasi, penerbitan dan pendistribusian kartu sampai ke peserta

C. Pemerintah :

1. Hak Pemerintah:

- a. Pemerintah berhak melakukan pendataan masyarakat miskin dalam menangani kelebihan kuota di luar yang ditangani Departemen Kesehatan.
- b. Pemerintah juga berhak melakukan kewenangannya dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan sosial, penyelenggaraan pembiayaan pelayanan kesehatan, penyelenggaraan akreditasi sarana dan prasarana kesehatan, dan penyelenggaraan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat.

2. Kewajiban Pemerintah:

- a. Pemerintah berkewajiban menjamin pelaksanaan program layanan kesehatan di Puskesmas dan layanan rawat inap kelas III Rumah Sakit di seluruh Indonesia.

D.Pasien

1. Hak Pasien:

Mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal (Pasal 4 UU No.23 Tahun 1992).

2. Kewajiban Pasien:

Memberikan data identitas diri untuk penerbitan Kartu Jamkesmas.

4. PROSEDUR CARA MENDAPATKAN JAMKESMAS

Cara mendapatkan kartu Jamkesmas ini yaitu tidak harus mengurus kartu ke PT. ASKES (Persero), yaitu cukup dengan menyerahkan beberapa ketentuan pada Rumah Sakit yang terkait dengan memberikan kelengkapan sebagai berikut:

- a. Membuat surat keterangan tidak mampu (SKTM) dari RT/RW Kelurahan/Kecamatan.
- b. Fotocopy KTP.
- c. Fotocopy KK.
- d. Minta diferivikasikan oleh puskesmas Kelurahan.
- e. Surat rujukan dari puskesmas Kelurahan/ Kecamatan untuk ke Rumah Sakit.

5. PROSEDUR PELAYANAN

i. Pelayanan yang menjadi hak peserta Jamkesmas

1. Pelayanan Kesehatan dan jajarannya

- a. Rawat Jalan
 - b. Rawat Inap
 - c. Pelayanan Obat
 - d. Persalinan
 - e. Termasuk obat-obatan di Puskesmas dan jajarannya
2. Pelayanan di RS Pemerintah dan beberapa RS Swasta ditunjuk oleh Departemen Kesehatan. Seluruh pelayanan yang ada di Rumah Sakit antara lain
- a. Rawat Jalan tingkat Lanjutan
 - b. Rawat Inap di Kelas III
 - c. Rawat Ruang Khusus (ICU, ICCU)
 - d. Tranfusi darah
 - e. Hemodialisa
 - f. Pelayanan Penunjang / Laboratorium
 - g. Tindakan Operasi dan Non Operasi
3. Pelayanan Obat di Instalasi Farmasi RS/ Apotek.

ii. Pelayanan Obat

Cara mendapatkan obat

1. Obat diambil di Instalasi Farmasi RS atau Apotek
2. Untuk pengambilan obat tersebut, peserta Jamkesmas tidak dipungut biaya apapun.

Jenis obat yang dapat diberikan pada peserta Jamkesmas adalah

1. Pada dasarnya pemberian obat adalah wewenang dari dokter yang menulis resep. Dokter menulis resep sesuai dengan ketentuan yang telah disepakati bersama dimana dokter tersebut bekerja.
2. Pada prinsipnya pemberian obat disesuaikan dengan kebutuhan atau jenis penyakitnya.
3. PT. Askes (Persero) mempunyai daftar obat (DPHO) yang disusun oleh pakar obat dan dokter spesialis yang mewakili RS di Indonesia dimana hampir seluruh penyakit dapat diobati dengan obat pada daftar tersebut.

BAB III

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

1. Pelaksanaan Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan Jika Terjadi Klaim Yang Lebih Besar Jumlahnya Dari Yang Dipertanggungkan

a. Sejarah Singkat PT. Askes (Persero)

PT. Askes (Persero) merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya. Sejarah singkat penyelenggaraan program Asuransi Kesehatan sebagai berikut :

Pemerintah Indonesia pada tahun 1968 mengeluarkan kebijakan yang secara jelas mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968. Menteri Kesehatan membentuk Badan Khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI yaitu Badan

Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), dimana oleh Menteri Kesehatan RI pada waktu itu (Prof. Dr. G.A. Siwabessy) dinyatakan sebagai embrio Asuransi Kesehatan Nasional.

Untuk lebih meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan agar dapat dikelola secara profesional, Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya. Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984, status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991, kepesertaan program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola Perum Husada Bhakti ditambah dengan Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya. Disamping itu, perusahaan diijinkan memperluas jangkauan kepesertaannya ke Badan Usaha dan badan lainnya sebagai peserta sukarela.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 status Perum diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegosiasi

untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/Menkes/XI/2004, PT Askes (Persero) ditunjuk sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). PT Askes (Persero) mendapat penugasan untuk mengelola kepesertaan serta pelayanan kesehatan dasar dan rujukan. Pemerintah mengubah nama Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). PT Askes (Persero) berdasarkan Surat Menteri Kesehatan RI Nomor 112/Menkes/II/2008 mendapat penugasan untuk melaksanakan Manajemen Kepesertaan Program Jamkesmas yang meliputi tatalaksana kepesertaan, tatalaksana pelayanan dan tatalaksana organisasi dan manajemen. Sebagai tindak lanjut atas diberlakukannya Undang-undang Nomor 40/2004 tentang SJSN PT Askes (Persero) pada 6 Oktober 2008 PT Askes (Persero) mendirikan anak perusahaan yang akan mengelola Kepesertaan Askes Komersial. Berdasarkan Akta Notaris Nomor 2 Tahun 2008 berdiri anak perusahaan PT Askes (Persero) dengan nama PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia yang dikenal juga dengan sebutan PT AJII.

Pada tanggal 20 Maret 2009 berdasarkan Surat Keputusan Menteri Keuangan Nomor Kep-38/KM.10/2009 PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia selaku anak perusahaan dari PT Askes (Persero) telah memperoleh ijin operasionalnya. Dengan dikeluarkannya ijin operasional ini maka PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia dapat mulai menyelenggarakan asuransi kesehatan bagi masyarakat.

PT Askes (Persero) yang berkedudukan di Jakarta didirikan dengan Akte Notaris Muhani Salim, SH Nomor 104 tanggal 20 Agustus 1992 yang telah beberapa kali diubah terakhir dengan Akte Notaris NM Dipo Nusantara Pua Upa, SH Nomor 37, tanggal 19 Agustus 2008 yang mempunyai maksud dan tujuan serta kegiatan sebagai berikut :

Maksud dan tujuan perseroan ialah turut melaksanakan dan menunjang kebijakan dan program Pemerintah di bidang ekonomi dan pembangunan nasional pada umumnya, khususnya di bidang asuransi sosial melalui penyelenggaraan asuransi/jaminan kesehatan bagi pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan beserta keluarganya, dan masyarakat lainnya, serta optimalisasi pemanfaatan sumber daya Perseroan untuk menghasilkan jasa yang bermutu tinggi dan berdaya saing kuat, guna meningkatkan nilai manfaat bagi

peserta dan nilai Perseroan dengan menerapkan prinsip-prinsip Perseroan Terbatas.

Untuk mencapai maksud dan tujuan tersebut di atas, PT. Askes (Persero) melaksanakan kegiatan usaha sebagai berikut :

1. Menyelenggarakan asuransi kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta Keluarganya.
2. Menyelenggarakan asuransi kesehatan bagi Pegawai dan Penerima Pensiun Badan Usaha dan Badan lainnya.
3. Menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi masyarakat yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional.
4. Melakukan kegiatan investasi dengan memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undang

Citra PT. Askes (Persero) oleh peserta terbentuk ketika mendapatkan pelayanan baik dikantor 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.

b. Mekanisme pelayanan kesehatan peserta ASKES mengacu pada prinsip⁴¹

1. Berjenjang

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.

Apabila berdasarkan pemeriksaan dokter umum secara medis dipandang perlu pelayanan spesialisik, maka paserta dapat dirujuk untuk mendapatkan pelayanan spesialis di Rumah Sakit dan Balai Pengobatan Spesialis yang bekerjasama dengan PT. Askes, dan apabila diperlukan, selanjutnya Rumah Sakit dapat merujuk ke Rumah Sakit umum yang lebih lengkap atau ke Rumah Sakit khusus yang sesuai dengan kebutuhan peserta. Untuk kondisi *emergency* peserta dapat langsung mendapatkan

⁴¹ Orie Andari Sutardji, 2007, *Pedoman Pengendalian Pelayanan Kesehatan Askes Sosial PT. Askes (Persero)*, PT. Askes, Jakarta, halaman 3

pelayanan di Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) tingkat lanjutan tanpa perlu rujukan.

2. Konsep Wilayah

Untuk pelayanan tingkat pertama, peserta didaftarkan pada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) tingkat pertama dalam wilayah domisili tempat bekerja peserta, yang dipilih sendiri oleh peserta. Untuk pelayanan rujukan diutamakan pada Rumah Sakit yang paling dekat dengan wilayah domisili tempat bekerja peserta.

Pelayanan obat diberikan pada setiap jenjang pelayanan kesehatan. Pada pelayanan tingkat pertama yaitu di puskesmas, pelayanan obat juga dilaksanakan di puskesmas, sedangkan pelayanan tingkat pertama di dokter keluarga, pelayanan obat dapat dilaksanakan di dokter keluarga atau apotek yang bekerjasama dengan PT. Askes. Pada pelayanan tingkat lanjutan, pelayanan obat dilaksanakan di instalasi Farmasi Rumah Sakit atau apotek yang bekerjasama dengan PT. Askes.

Sebagai upaya optimalisasi pelayanan kepada pelanggan, PT. Askes sejak tahun 2002 telah melaksanakan Program Pelayanan Administrasi Terpadu di Rumah Sakit (PPATRS). Pelaksanaan PPATRS di lapangan harus memenuhi persyaratan baik dalam segi kualitas maupun

kuantitas yang semuanya bermuara pada peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit maupun *Provider* demi terwujudnya kepuasan pelanggan. Ada 4(empat) fungsi utama PPTRS yaitu⁴²:

1. Fungsi Pelayanan Administrasi, yaitu melalui program ini pelayanan administrasi di Rumah Sakit disederhanakan sebagai berikut :
 - a. Peserta atau anggota keluarga yang berobat tidak perlu menyerahkan fotocopi kartu askes, cukup menunjukkan kartu askes dan menyerahkan surat rujukan
 - b. Kemudahan dan percepatan proses klaim atas biaya pelayanan kesehatan peserta askes
 - c. Memusatkan administrasi pelayanan kesehatan hanya pada satu tempat yaitu di Rumah Sakit, sehingga peserta tidak perlu ke kantor PT. Askes untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Fungsi Pelayanan Informasi dan Penanganan Keluhan, yaitu dalam satu unit PPTRS terdapat petugas Askes dan petugas Rumah Sakit sehingga semua informasi yang berkaitan dengan Askes dan Rumah Sakit diberikan pada satu tempat.

⁴² *Ibid*, halaman 57

3. Fungsi Pengendalian yaitu:

- a. Pengendalian pemanfaatan kartu oleh orang yang tidak berhak
- b. Pengendalian penyalahgunaan dan pemberian pelayanan yang berlebihan
- c. Minimalisasi kesalahan dalam proses verifikasi klaim

4. Fungsi Kemitraan yaitu PT. Askes dengan Rumah Sakit secara nyata bermitra dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta. Fungsi kemitraan juga terdapat pada proses pelaksanaan klaim, dimana prosesnya dapat dilaksanakan secara lebih cepat sehingga saling menguntungkan bagi kedua belah pihak.

Dalam menerima pengajuan klaim dari peserta asuransi kesehatan, PT. Askes (Persero) memberikan pelayanan prima kepada peserta yaitu dengan bersikap proaktif dalam memberikan respon dan tanggapan pada setiap masukan dan keluhan yang disampaikan oleh peserta.

Proses pelaksanaan administrasi klaim sangat penting dalam suatu rangkaian proses bisnis asuransi dimana kinerja suatu perusahaan asuransi sangat ditentukan oleh bagaimana klaim diproses dan dilaksanakan. Disamping itu penyelesaian klaim juga sangat

mempengaruhi efisiensi dalam biaya kesehatan karena kecuranghatian dalam proses klaim dapat mengakibatkan pembayaran yang berlebihan dari yang seharusnya. Semua petugas terutama petugas *verifikator*, kepala seksi dan kepala cabang harus melaksanakan proses klaim dengan hati-hati dan teliti.

C. Sistem Pengajuan Klaim

PT. Askes (Persero) Cabang Semarang dalam memberikan pelayanan kepada peserta mengenal dua sistem pengajuan klaim, yaitu :⁴³

1. Klaim Perseorangan

Pada klaim perseorangan, peserta sendirilah yang mengajukan klaimnya kepada PT. Askes (Pesero) Cabang Semarang. Klaim diajukan berdasarkan alat bukti pembayaran yang sah atas biaya pengobatan atau perawatan yang dibayar oleh peserta terlebih dahulu. Sesuai dengan Surat Keputusan Direksi PT. Askes Nomor 69/KEP/0304 tertanggal 8 maret 2004, maka ketentuan suatu klaim dianggap kadaluarsa untuk klaim perseorangan yaitu dengan batas waktu maksimal pengajuan klaim perseorangan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.

⁴³ Wawancara Pribadi dengan dr. Maya Kepala Seksi JPK (Jaminan Pelayanan Kesehatan) PT. Askes (Persero) Cabang Semarang, 10 Maret 2010

2. Klaim Kolektif

Pada klaim kolektif, peserta tidak mengeluarkan biaya apapun atas pelayanan kesehatan yang telah diterimanya. Dalam hal ini pihak PT. Askes (Persero) cabang Semarang mengadakan ikatan kerjasama terlebih dahulu dengan unit Pelayanan Kesehatan tempat peserta dilayani untuk memperoleh perawatan atau pelaksanaan yang telah ditetapkan oleh PT. Askes (Persero) Cabang Semarang.

Pada sistem pengajuan klaim kolektif ini unit Pelayanan Kesehatan yang mengajukan klaim kepada PT. Askes (Persero) Cabang Semarang atas jasa pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta. Sesuai dengan Surat Keputusan Direksi PT. Askes Nomor 69/KEP/0304 tertanggal 8 maret 2004, ketentuan suatu klaim dianggap kadaluarsa untuk klaim kolektif yaitu :

- a. Rumah Sakit Pemerintah/TNI/Polri adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan
- b. Rumah Sakit Swasta, Apotek dan Optikal adalah 6 (enam) bulan setelah pelayanan diberikan
- c. Klaim/Tagihan *Hemodialisa* Set diajukan oleh distributor paling lambat 6 (enam) bulan diterima PT.Askes, lewat 6 (enam) bulan dinyatakan telah kadaluarsa.

Asuransi kesehatan sangat penting dan berguna ketika musibah menimpa. Dengan mengikuti asuransi, peserta dapat mengajukan klaim atas biaya yang dikeluarkan selama tertimpa musibah atau bencana, apakah itu kecelakaan, sakit atau meninggal dunia. Namun pengajuan klaim asuransi tidak selalu berjalan mulus, bahkan bisa jadi klaim yang peserta ajukan ditolak oleh perusahaan asuransi.

PT. Askes (Persero) Cabang Semarang sebagai pihak pengelola asuransi kesehatan mempunyai dana yang 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 didapatkan dan dimanfaatkan juga terbatas, yang menyebabkan biaya pemeliharaan kesehatan lebih mahal dibandingkan dengan tersedianya dana pada PT. Askes (Persero) Cabang Semarang. Hal ini disebabkan :

1. Adanya pengaturan efisiensi, efektifitas dan tata laksana pengelolaan yang lebih baik seperti pola pengelola dana berdasarkan akuntansi administrasi mata anggaran yang ditentukan dan harus sejjin Departemen Kesehatan dan Menteri Keuangan, sehingga apabila tidak ada

anggarannya tidak bisa dilaksanakan dengan alasan apapun.

2. Adanya pola pengaturan tersendiri mengenai pola tarif rawat jalan dengan Surat Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 11 dan 153 tahun 1988
3. Adanya pola pengaturan tersendiri mengenai pola tarif paket rawat jalan dengan Surat Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 4 dan 68 tahun 1987 yang kemudian disusul dengan Surat Keputusan Bersama Nomor 33 dan 392 tahun 1989.
4. Adanya pengaturan terhadap hak dan kewajiban peserta dengan cara-cara untuk mendapatkan pelayanan berdasarkan sistem Kesehatan Nasional, dimana peserta menjalani perawatan maka PT. Askes (Persero) setempatlah yang bertanggung jawab terhadap biaya yang menjadi hak peserta.

Dengan adanya pengaturan tersebut, peserta harus mengetahui hak dan kewajibannya serta harus mengikuti peraturan yang ada, karena saat ini masih banyak diantara peserta asuransi kesehatan kurang mengerti akan hak dan kewajiban baik dari segi prosedur pengajuan klaim maupun dari jumlah klaim yang dapat dipenuhi berdasarkan aturan

yang ada sehingga klaim yang mereka ajukan tidak dapat direalisasikan oleh PT. Askes (Persero) cabang Semarang dan mereka merasa dirugikan oleh PT. Askes (Persero) Cabang Semarang.

d. Beberapa hal yang menyebabkan terjadinya pembayaran klaim yang lebih besar dari yang dipertanggungjawabkan adalah :

1. Pengajuan klaim dengan mencantumkan pelayanan/tindakan yang tidak diberikan, misalnya pemeriksaan laboratorium yang dilakukan terhadap 2 (dua) jenis pemeriksaan tetapi digunakan 3 (tiga) jenis pemeriksaan/lebih
2. Melakukan klaim obat dengan nama dagang padahal yang diberikan obat dengan nama generik
3. Melakukan penagihan klaim dengan tarif yang lebih besar dari yang seharusnya, misalnya tagihan alat kesehatan yang lebih besar dari harga regular.

Ada contoh pembayaran klaim asuransi kesehatan yang lebih besar jumlahnya dari yang dipertanggungjawabkan:

4. Seorang peserta pemegang kartu ASKES harus menjalani perawatan kesehatannya di Rumah Sakit. Peserta tersebut mempergunakan kartu ASKES-nya dalam menjalani perawatannya. Kemudian oleh pihak Rumah Sakit, peserta tersebut dimasukkan diruangan kelas II tapi peserta menolak perawatan dikelas II dan menginginkan perawatan dikelas I,

padahal peserta adalah Pegawai Negeri Golongan II yang berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 279/MenKes/SK/IV/1989 yang mengatakan bahwa Pegawai Negeri Golongan II jika harus menjalani rawat inap di Rumah Sakit maka harus dirawat diruangan kelas II. Sehingga pada waktu selesai menjalani perawatan kesehatannya, PT. Askes (Persero) Cabang Semarang hanya akan membayar biaya perawatan dan lain-lain yang berdasarkan pada perawatan kelas II sedangkan jika ada selisih biaya menjadi tanggung jawab peserta sendiri.

Untuk menghindari timbulnya salah paham diantara peserta kesehatan dengan petugas PT. Askes (Persero) Cabang Semarang yang menangani klaim peserta, dari hal itu peserta menyadari bahwa dengan dana yang terbatas tidak mungkin semua keinginan peserta dapat terpenuhi. Biasanya jika terjadi pengajuan tentang klaim yang lebih besar jumlahnya dari yang dipertanggungkan, maka tindakan PT. Askes :⁴⁴

1. Peserta askes yang akan dimintakan klaimnya datang ke kantor PT. Askes (Persero) dengan menyerahkan syarat-syarat dibawah ini.

⁴⁴ Wawancara Pribadi dengan dr. Maya, Kepala Seksi JPK (Jaminan Pelayanan Kesehatan) PT. Askes (Persero) Cabang Semarang, 10 Maret 2010

2. Proses pemeriksaan berkas yang diserahkan bisa ditunggu, bisa juga ditinggal tergantung petugas askes, kalau diminta untuk ditinggal dulu nanti diberikan tanda terima bukti penyerahan berkas dan dibawa waktu mau mengambil klaim.
3. Setelah itu akan dilakukan proses verifikasi besarnya pengajuan biaya ganti oleh petugas askes (tidak semua biaya perawatan diganti).
4. Lalu akan dilakukan proses persetujuan besarnya biaya ganti untuk peserta askes.
5. peserta bisa mengambil biaya ganti perawatan di kasir sambil membawa materai.

e. Syarat klaim asuransi kesehatan untuk :

1. Klaim Tagihan Perawatan

- a. Kuitansi asli bermaterai (> Rp. 1.000.000 materai 6000, > RP. 250.000 materai 3000)
- b. Rincian biaya perawatan
- c. Surat keterangan *emergency* dari Unit Gawat Darurat (UGD), bila kondisi pasien masuk adalah gawat darurat.
- d. Lampiran-lampiran (obat, lab, dll)
- e. Fotocopy kartu askes, kartu askes yang asli dibawa
- f. Bukti tindakan operasi (jika dilakukan operasi)

g. Surat permohonan yang dilengkapi dengan kronologis kejadian (akan diberikan oleh petugas askes)

h. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP)

2. Klaim Tagihan Obat

a. Pemberian obat kepada peserta, berpedoman kepada Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO) dan DPHO tambahan yang berlaku

b. Obat dapat diambil di apotek yang telah ditunjuk yang bekerjasama dengan PT. Askes (Persero)

c. Apabila peserta mendapatkan obat diluar apotek yang ditunjuk, peserta membayar terlebih dahulu kemudian mengajukan klaim perorangan dan diganti dalam waktu 7X24 jam hari kerja terhitung sejak klaim diajukan.

Pembayaran klaim yang lebih besar dari yang dipertanggungkan bukan disebabkan karena adanya penggelembungan tagihan dari Rumah Sakit, melainkan disebabkan karena masalah administrasi yang antara lain adalah : *double record*, tidak lengkapnya bukti pendukung dan kesalahan penerapan besaran tarif karena Pedoman Pelaksanaan terlambat diterima *provider* serta keterlambatan penetapan Surat Keputusan Bupati/Walikota yang berdampak pada pembayaran *kapitasi* Rawat Jalan Tingkat Pertama di

Puskesmas. Dari hasil penelitian yang dilakukan PT. Askes (Persero), memang terdapat hal-hal yang memerlukan klarifikasi lebih lanjut, seperti tentang proporsi klaim untuk obat yang meningkat cukup tinggi.

PT Askes (Persero) selaku Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang 100% sahamnya dimiliki oleh Pemerintah telah melaksanakan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan sejak 40 tahun yang lalu. Sebagai badan yang ditugaskan untuk mengelola risiko pesertanya, maka wajib dalam melaksanakan tugasnya untuk mengutamakan kehati-hatian (*prudent*) agar dapat mewujudkan kinerja yang optimal bagi peserta, mitra kerja dan juga Pemerintah sebagai pemegang saham. Sebagai pengelola risiko yang menerapkan asuransi kesehatan berdasarkan *managed care sistem* (mengintegrasikan antara pelayanan kesehatan yang bermutu dan pembiayaan yang terkendali), PT . Askes (Persero) harus mampu mengelola dengan baik berbagai risiko yang timbul serta berdampak pada biaya yang tinggi, melalui manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan dan manajemen keuangan yang baik, handal, *akuntable* dan transparan. Oleh karena itulah di asuransi manapun manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan dan manajemen keuangan dikontrol atau dikelola oleh perusahaan tersebut.

Dalam pengelolaan asuransi kesehatan sosial yang menganut *managed care sistem* akan terdapat tiga pihak terkait atau *tri-partid* yaitu peserta, *provider* terseleksi dan pengelola asuransi. Peran Pemerintah dalam asuransi kesehatan sosial adalah sebagai *regulator* bukan sebagai *operator*. Asuransi pada prinsipnya adalah pengalihan risiko dari peserta kepada perusahaan asuransi (*asuradur*), dimana dalam pelaksanaannya asuradur mengelola secara *prudent* (hati-hati) risiko yang dialihkan tersebut melalui manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan dan manajemen keuangan. Pembayaran klaim dilakukan oleh Kantor Cabang kepada *Provider* segera setelah klaim selesai *diverifikasi* dengan mengacu kepada standar pelayanan non medik PT Askes (Persero).

Dengan *managed care*, jaringan pemberi pelayanan kesehatan dapat diseleksi dengan baik dan selalu diawasi, sehingga tidak akan menyebabkan kebocoran biaya kesehatan dan perlakuan medis berlebihan terhadap pasien/peserta, yang menyebabkan klaim lebih tinggi dari yang dipertanggungjawabkan. Sebab jika plafon biaya kesehatan peserta terlampaui, mereka harus menambah sendiri biayanya, pilihannya dua, kembali ke peserta atau ke perusahaan, dua-duanya tidak ideal, karena

manajemen perusahaan pasti tidak ingin ada kenaikan (*fluktuasi*) biaya yang sudah dianggarkan awal tahun.

PT Askes (Persero) telah mempunyai struktur organisasi dan proses bisnis yang efektif dan efisien dalam mendukung aspek-aspek manajemen tersebut, sehingga menghasilkan pengelolaan asuransi yang transparan dan akuntabel. Pelaksanaan *verifikasi* dan pembayaran klaim yang dilakukan oleh PT Askes (Persero) bukan merupakan fungsi ganda yang menimbulkan *conflict of interest*, melainkan sebagai bagian dari fungsi *asuradur* (penyelenggara asuransi) dan merupakan salah satu upaya untuk kendali mutu dan kendali biaya yang selanjutnya dipertanggungjawabkan kepada pemegang saham atau pemberi penugasan.

2. Upaya Yang Dilakukan PT. ASKES (PERSERO) Dalam Mengatasi Klaim Yang Tidak Terpenuhi

Perilaku manusia makin menempati tempat yang penting dalam proses manajemen. Perencanaan yang bagus tidak jarang terbentur dan gagal setelah sampai pada tahap pelaksanaan, karena faktor manusia . Sifat yang khusus dari pelayanan kesehatan adalah baik para *health provider* (dokter/perawat) maupun konsumen (penerima jasa pelayanan kesehatan) jarang mempertimbangkan aspek-aspek biaya sepanjang hal itu

menyangkut masalah penyembuhan penyakit. Biaya pelayanan kesehatan merupakan masalah yang serius yang harus segera ditangani saat ini karena sangat membebani masyarakat.

Dalam kegiatan ekonomi terutama dinegara-negara sedang dan tengah berkembang, makin banyaknya orang yang bekerja maka masalah pemeliharaan atau jaminan kesehatan semakin penting, terutama mereka yang bekerja pada sektor industri dan agraria, sangat membutuhkan program pengelolaan kesehatan yang lebih efektif. Mengapa asuransi kesehatan? Pertanyaan tersebut juga menyimpulkan bahwa asuransi kesehatan merupakan pilihan satu-satunya dalam pengembangan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, karena biaya kesehatan (terutama dimasa depan) akan mencapai jumlah yang besar. Dengan demikian, biaya kesehatan tidak akan mungkin dibebankan kepada Pemerintah/perusahaan saja, tetapi juga diorganisir berdasar kegotong royongan masyarakat dan Pemerintah. Masyarakat yang kuat dan sehat harus membantu yang lemah atau sakit.

Pentingnya memahami kebutuhan akan asuransi kesehatan berpangkal pada kenyataan bahwa biaya pengeluaran untuk pemeliharaan kesehatan sukar diramalkan besar kecilnya, sehingga dibutuhkan program perlindungan baik bagi dirinya maupun bagi keluarganya. PT. Askes (Persero) memberikan jaminan kerugian yang timbul dari hilangnya atau menurunnya

kesehatan seseorang yang tidak hanya menyebabkan berkurangnya pendapatan tetapi juga diperlukan dana tambahan guna membiayai pengobatan dan perawatan selama yang bersangkutan sakit.

PT. Askes (Persero) juga harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan masyarakat serta kebijakan pemerintah dalam bidang kesehatan. Sudah tentu perubahan kebijakan PT. Askes (Persero) tersebut tetap harus didukung oleh pertimbangan keuangan. Persoalan jika terjadi klaim yang tidak dapat dipenuhi ini sebenarnya dapat diatasi apabila kepercayaan antara peserta asuransi, perusahaan asuransi/pengelola, dokter/rumah sakit selaku *provider* kesehatan dapat dijaga dengan baik karena pada dasarnya bisnis asuransi adalah bisnis yang didasari oleh kepercayaan.

Upaya-upaya untuk mengatasi klaim yang tidak dapat dipenuhi dapat dicegah melalui peran serta semua pihak yang terkait didalamnya .:

1. Pemerintah

- a. Menetapkan ketentuan hukum atau Undang-Undang jika ada kecurangan dalam pembayaran klaim yang mengakibatkan terjadinya klaim yang lebih besar dari yang dipertanggungjawabkan dengan mencantumkan hukuman yang dapat dikenakan kepada yang melakukan itu.

b. Disamping itu Pemerintah perlu menetapkan standar pelayanan, standar terapi, standar obat dan alat kesehatan yang dapat menjadi acuan dalam semua tindakan pelayanan kesehatan. Dengan demikian maka adanya pembayaran klaim yang lebih besar dari yang dipertanggungjawabkan dapat ditelusuri berdasarkan ketentuan yang sudah ditetapkan.

2. Pemberi Pelayanan Kesehatan (Provider)

- a. Pemberi Pelayanan Kesehatan mempertahankan kepercayaan perusahaan asuransi terhadap pelayanan yang diberikan dan diwujudkan dalam bentuk pengajuan klaim yang sesuai dan akurat dengan pelayanan kesehatan yang diberikan.
- b. Pemberi Pelayanan Kesehatan mempertahankan kepercayaan pasien /peserta asuransi dengan memberikan pelayanan sesuai dengan standar-standar yang telah diberikan dan ditetapkan serta manfaat yang seharusnya menjadi hak peserta dengan baik.

3. PT. Askes

- a. Mengintruksikan kepada seluruh kantor Regional dan kantor Cabang di seluruh Indonesia untuk melaksanakan Pelayanan Administrasi Askes Sosial sesuai pedoman secara tertib dan bertanggung jawab.

- b. Mengembangkan kemitraan yang positif antara PT. Askes dan Rumah Sakit yaitu dengan keterbukaan manajemen sehingga peserta mendapatkan pelayanan yang optimal.
- c. Melakukan pemeriksaan laporan pengajuan klaim secara periodik baik dari segi pelayanan kesehatan maupun dalam pengelolaan keuangan.

4. Peserta Asuransi

- a. Melengkapi identitas sebagai peserta dengan sebenarnya sehingga tidak memberi peluang untuk disalahgunakan oleh orang yang tidak berhak.
- b. Meminta informasi terhadap pelayanan yang diberikan baik oleh Pemberi Pelayanan kesehatan, dokter dan perawat, sehingga tidak lagi ada terjadi pembayaran klaim yang lebih besar dari yang ditanggung.

Seperti yang sudah kita ketahui, PT. Askes (Persero) adalah perusahaan asuransi yang berdasarkan *managed care*, yaitu sebuah sistem yang mengintegrasikan pelayanan kesehatan dan pembiayaan. Keduanya saling terkait dalam mewujudkan pemberian pelayanan kesehatan yang tepat dan efisien dengan pembiayaan yang terkendali. Maka dengan adanya pengaturan tersebut, PT. Askes (Persero) Cabang Semarang mengharapkan agar peserta harus mengetahui hak dan kewajibannya serta harus mengikuti peraturan yang ada,

sehingga pembayaran klaim yang melebihi pertanggungan tidak akan terulang lagi, karena sampai saat ini masih banyak peserta asuransi kesehatan yang kurang mengerti akan hak dan kewajibannya baik dari segi prosedur maupun dari jumlah klaim yang dapat dipenuhi berdasarkan peraturan yang ada, sehingga klaim yang mereka ajukan tidak dapat direalisasikan oleh PT. Askes (Persero) Cabang Semarang.

Untuk mengatasi klaim yang tidak dapat dipenuhi karena nilai pertanggungannya lebih besar, maka pihak PT. Askes (Persero) Cabang Semarang berusaha juga untuk memberikan informasi se jelas mungkin kepada peserta yaitu informasi yang mencakup kondisi-kondisi peserta asuransi kesehatan yang dapat dicover /ditutup oleh asuransi dan kondisi-kondisi yang tidak dapat dicover oleh asuransi. Selain itu juga menyediakan informasi di ASKES CENTRE disetiap Rumah Sakit yang bekerjasama dengan PT. Askes (Persero) mengenai biaya maksimal yang diperoleh jika peserta melakukan rawat inap, cara-cara mengajukan klaim serta dokumen-dokumen apa saja yang dibutuhkan ketika peserta hendak mengajukan klaim, karena pada dasarnya kepuasan pelanggan adalah hal utama yang harus diperhatikan.

B. PEMBAHASAN

1. Pelaksanaan Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan Jika Terjadi Klaim Yang Lebih Besar Jumlahnya Dari Yang Dipertanggungkan

Sistem pengajuan klaim untuk terlaksananya pembayaran klaim, dapat diajukan melalui 2 (dua) macam yaitu sistem kolektif dan sistem perorangan. Hal dasar dari perusahaan asuransi adalah memberikan penggantian biaya pemeliharaan kesehatan kepada peserta ketika yang bersangkutan dalam keadaan sakit. Dengan demikian, apabila terjadi peristiwa yang terjadi pada peserta, maka dapat mengajukan klaim kepada perusahaan asuransi. Tetapi kadang-kadang menentukan jumlah kerugian lebih rumit. Pembayaran kerugian yang telah terjadi merupakan tugas bagian klaim. Pentingnya penilaian ini agar perusahaan asuransi membayar klaimnya secara wajar dan cepat. Tapi sama pentingnya bahwa perusahaan asuransi harus menghindari pembayaran melebihi yang dipertanggungkan. Perbedaan klaim penanganan pasien antara PT. Askes (Persero) dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) sering terjadi. Terlebih perkembangan teknologi kesehatan yang semakin canggih saat ini tentunya akan berdampak pada pembiayaan kesehatan. Pembayaran klaim yang cepat, wajar dan memuaskan merupakan alat promosi efektif yang perlu dimanfaatkan oleh perusahaan asuransi.

a. Pelaksanaan Pembayaran Klaim Yang Lebih Besar Dari Yang Dipertanggungkan

Seorang peserta Askes menjalani perawatan di rumah sakit, yang oleh pihak rumah sakit dimasukkan di ruangan kelas II karena peserta Askes tersebut merupakan pegawai negeri golongan II, tapi menginginkan perawatan kelas I.

Perilaku manusia (*human behaviour*) makin menempati tempat yang penting dalam proses manajemen. Perencanaan yang bagus tidak jarang terbentur dan gagal setelah sampai pada tahap pelaksanaan, karena faktor manusia yang tidak secara cermat diperhitungkan dalam proses perencanaan. Hanya sebagian dari status kesehatan kita dipengaruhi oleh sistem pelayanan kesehatan. Selebihnya ditentukan oleh faktor-faktor lingkungan, keturunan dan faktor sosial budaya (tingkah laku dan sebagainya). Dalam pelayanan kesehatan, masalah ini menjadi lebih pelik, karena manajemen pelayanan kesehatan terkait dengan beberapa kelompok manusia. Dalam manajemen pelayanan kesehatan tersangkut 3 (tiga) kelompok manusia yaitu kelompok penyelenggara pelayanan kesehatan (*Health provider*, misalnya dokter/perawat), kelompok penerima jasa pelayanan kesehatan (para konsumen), serta kelompok yang secara tidak langsung terlibat, misalnya para administrator (baik kalangan perusahaan asuransi maupun pemerintah).

Sifat yang khusus dari pelayanan kesehatan adalah baik para *health provider* maupun konsumen jarang mempertimbangkan aspek-aspek biaya, sepanjang menyangkut masalah penyembuhan suatu penyakit. Kenyataannya juga didukung oleh kebutuhan konsumen yang menghendaki suatu pelayanan yang sebaik mungkin dalam rangka memperoleh rasa aman. Sebabnya tiada lain adalah pertaruhan yang diletakkan adalah nyawa si pasien sendiri. Keadaan ini membawa kecenderungan diabaikannya perhitungan-perhitungan ekonomi, *cost efficiency*/efisiensi biaya dan lain-lain.

Ada 2 (dua) hal yang mendorong meningkatnya biaya pelayanan kesehatan menurut teori *managed care*. Pertama, sifat pelayanan kesehatan itu sendiri, yang dapat digambarkan sebagai mempunyai sifat padat modal, padat teknologi dan sekaligus padat karya. Kedua adalah pembiayaan oleh badan penyelenggara asuransi.

Dalam menentukan klaim tersebut merupakan klaim yang lebih besar dari yang dipertanggungkan, petugas verifikator mengikuti prosedur penyelesaian sebagai berikut :

1. Pemberitahuan

Langkah pertama dalam proses klaim adalah pemberitahuan kepada perusahaan asuransi yang dilakukan secepat mungkin dengan pemberitahuan secara tertulis.

2. Verifikasi

Petugas verifikasi mendatangi *health provider* untuk memverifikasikan mengenai biaya pengobatan dan biaya-biaya perawatan peserta yang bersangkutan, agar dapat ditentukan berapa besar klaim yang harus dibayar, sehingga dapat diketahui apakah klaim yang diajukan sesuai atau melebihi jumlah yang ditanggung.

3. Bukti

Dalam jangka waktu tertentu setelah pemberitahuan, diharapkan menyerahkan bukti-bukti yang mendukung klaim asuransi kesehatan yang akan diajukan.

4. Pembayaran Klaim

Jika semua bukti-bukti yang mendukung klaim terkumpul, perusahaan asuransi dapat menentukan apakah klaim dibayar seluruhnya atau hanya dibayar sesuai dengan verifikasi PT. Askes (Persero). Tuntutan klaim bisa pudar karena adanya faktor yang menunjukkan jumlah tuntutan seperti kasus diatas.

Dari hal diatas PT. Askes (Persero) menerapkan dimana sampai suatu batas tertentu pembiayaan menjadi beban

peserta program asuransi kesehatan. Hal ini untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan dan pengendalian mutu pelayanan kesehatan. Disamping itu betapapun peserta akan memperoleh jasa dan asuransi, tidak seluruh biaya pengobatan dan perawatan ditanggung oleh badan asuransi.

Sehingga apabila ada pembayaran klaim yang lebih besar dari jumlah yang dipertanggungkan, PT. Askes (Persero) tidak akan bertanggungjawab atas pembayaran yang melebihi jumlah yang ditentukan atau diluar tata cara peraturan pelaksanaan klaim.

- b. Pelaksanaan Pembayaran klaim yang sepenuhnya tidak dapat dipenuhi :

Seorang pasien wanita peserta Askes berusia 54 tahun didiagnosis mengidap Tumor Chordoma Sacrum. Berdasarkan laporan operasi yang dilakukan adalah tindakan angkat tumor dengan lama pembedahan 8 jam 45 menit. Lalu pihak Rumah Sakit menagih biaya lima kali operasi pasien yang peserta Askes kepada PT. Askes (Persero). Namun setelah ditanyakan kepada dokter ahli, sebenarnya operasi yang dilakukan hanya empat kali oleh empat tim dengan disiplin ilmu yang berbeda.

Diakui, bahwa terkadang dokter salah dalam melakukan diagnosis sehingga pasien menjadi korban. Sudah tentu tidak

ada peserta yang mau menjadi korban dari kesalahan diagnosis. Juga diakui bahwa peserta belum mengerti betul untuk apa sebenarnya mereka membayar honorarium dokter, apakah untuk pemeriksaannya, penulisan resep atau jasa penyembuhan. Dampak kasus diatas terjadi pada sistem pembayaran yang mendorong terselenggaranya pelayanan kesehatan yang tidak efisien, berlebihan dan oleh karena itu menjadi faktor penyebab meningkatnya biaya pelayanan kesehatan yang berimbas pada pembayaran klaim yang tidak dapat dipenuhi.

Tingginya alokasi biaya kesehatan ternyata belum tentu menghasilkan status kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan yang lebih baik. Hal ini disebabkan oleh banyaknya faktor yang mempengaruhi status kesehatan suatu bangsa, misalnya faktor gaya hidup, adat istiadat, bahkan keturunan dan faktor sosial (tingkah laku) disamping pelayanan kesehatan sendiri. Sistem pembayaran seperti itu sesungguhnya adalah manifestasi hubungan pasien-dokter yang tradisional selama ini. Dalam hubungan pasien- dokter seperti itu, kedua pihak selalu meminta pelayanan sebaik-baiknya dengan teknologi dan obat-obatan yang mutakhir.

Secara alami, hubungan pasien-dokter memang cenderung mendorong penggunaan pelayanan kesehatan yang

berlebihan yang ternyata tidak sesuai dengan pembiayaan kesehatan. Para *health provider* akan selalu didesak untuk menggunakan kemampuan teknologi maupun obat-obatan yang mutakhir. Hal ini untuk dapat memberikan rasa aman terhadap tanggung jawab moral yang dibebankan kepadanya dalam menyembuhkan seorang pasien.

Kepentingan ini akan berlawanan dengan kepentingan para administrator (perusahaan asuransi/Pemerintah) yang sedikit banyak akan memperhatikan aspek biaya dari pelayanan kesehatan. Tidak jarang para administrator mengeluh akan sikap para konsumen dan *health provider*, sehingga hal tersebut yang membuat pembayaran klaim asuransi kesehatan sering tidak dapat dipenuhi.

Para administrator (Perusahaan asuransi/Pemerintah) sudah selayaknya tidak dapat membiarkan masalah ini dan dihadapkan pada suatu sikap untuk bertindak mengurangi adanya in-efisiensi tersebut. perawatan peserta yang bersangkutan, agar dapat ditentukan berapa besar klaim yang harus dibayar, sehingga dapat diketahui apakah klaim yang diajukan dapat dipenuhi atau tidak.

Dengan cara meverifikasi beberapa faktor yang meningkatkan harga pelayanan kesehatan misalnya saja perawatan Rumah Sakit yang terlalu lama, pemberian obat yang

berlebihan, tindakan operasi yang tidak perlu, hal ini disebabkan karena badan- badan asuransi kesehatan sudah tidak mau dipermainkan oleh *health provider* (Rumah Sakit/dokter) untuk membayar biaya pelayanan kesehatan yang tidak perlu.

2. Upaya Yang Dilakukan PT. Askes (Persero) Cabang Semarang Dalam Mengatasi Klaim Apabila Tidak Terpenuhi

Sejalan dengan perubahan status Badan Penyelenggara menjadi Perum (1986) dan menjadi PT (Persero) pada tahun 1992, pengembangan sistem pelayanan dan pembiayaan memperoleh momentum untuk berkembang lebih baik. Di samping itu, dalam setiap asuransi kesehatan ada dua tiang penyangga program askes, yaitu sistem pelayanan kesehatan (*health care delivery system*), dan pembiayaan pelayanan kesehatan (*financing of health care*). Kedua pilar tersebut saling terkait dalam menumbuhkan efisiensi dan mewujudkan suatu pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dengan biaya yang wajar. Selain itu juga, didalam PT. Askes (Persero) berkembang berbagai sistem pelayanan kesehatan yang optimal, misalnya konsep dokter keluarga (*family physician concept*), konsep rujukan (*referral concept*), dan konsep wilayah (*area concept*).

Praktek-praktek asuransi kesehatan selalu menekankan jalur pelayanan dengan jenjang pelayanan yang sesuai dengan

keperluan medis. Masalah yang dapat ditangani oleh perawat/bidan tidak perlu ditangani oleh dokter tanpa mengurangi arti adanya pertanggungjawaban moral secara medis. Demikian juga jenjang dari dokter umum ke dokter spesialis. Dalam bidang pembiayaan, juga berkembang sistem pembayaran pada *health provider* (Pemberi Pelayanan Kesehatan), misalnya konsep kapitasi (*Capitation concept*) yaitu suatu sistem pembayaran pada Pemberi Pelayanan Kesehatan (RS/dokter/apotek) berdasarkan jumlah jiwa yang harus dilayani baik sakit/tidak sakit, pembiayaan tersebut wajib diberikan. Dalam sistem ini pembayaran diberikan didepan sebelum pelayanan kesehatan diberikan sehingga Pemberi Pelayanan Kesehatan akan memperoleh biaya intensif/imbalan pelayanan kesehatan berdasar jumlah jiwa (*capita*), bukan atas dasar frekuensi pelayanan yang diberikan (*fee for services*) , sehingga dengan perencanaan pelayanan kesehatan dengan baik dan seefisien mungkin mampu menekan biaya pelayanan kesehatan dan mendorong orientasi pelayanan kearah pencegahan klaim yang lebih besar/tidak bisa dipenuhi, karena lebih murah dan pendekatan yang ditempuh dalam pelayanan kesehatan yang efisien adalah antara lain dengan menumbuhkan pendekatan hukuman dan ganjaran (*punishment and reward*), bahwa hubungan peserta dan *health provider* mempunyai arti biaya.

Upaya untuk mengatasi klaim yang tidak dapat dipenuhi, bukan hanya berasal dari aspek manusianya saja, tapi juga dari manajemen kelembagaan, bangsa dan Negara itu sendiri. Rumah Sakit ,misalnya perlu didorong untuk saling membentuk kelompok/rantai, dan industri farmasi juga perlu disarankan untuk melakukan evaluasi dan membuka kemungkinan untuk *merger/kerjasama*, sehingga dapat meningkatkan daya saing khususnya menghadapi era globalisasi. Kalau tidak, pada saat globalisasi, lembaga RS dan farmasi kita tidak mustahil dikuasai oleh investor asing, padahal disitulah sebagian besar dana pembiayaan kesehatan akan beredar. Selain itu satu aspek lain yang agak strategis adalah pertumbuhan lembaga pembiayaan kesehatan, khususnya asuransi kesehatan, juga perlu memperkuat diri dari aspek kelembagaan, profesionalisme dan meningkatkan efisiensi perusahaan sehingga mampu mencegah dampak negatif dari era globalisasi, yang nantinya akan mengakibatkan kenaikan pembayaran klaim.

Dengan asuransi kesehatan tidak berarti bahwa pelayanan kesehatan dapat diperoleh dengan cuma-cuma, karena dengan asuransi kesehatan justru bertujuan untuk mengelola pelayanan kesehatan atas dasar yang rasional dengan mempertimbangkan aspek biaya dan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan. Karena itu, dalam pelayanan kesehatan dituntut sikap bertanggung jawab

kepada semua peserta yang selama ini menikmati pelayanan kesehatan yang berlebihan akan dirasakan sebagai merugikan yang bersangkutan.

a. Pelaksanaan Pembayaran klaim yang lebih besar dari yang dipertanggungkan

Disini PT. Askes (Persero) menyelesaikan kasus diatas tersebut dengan menggunakan bentuk *Claim Investigation*/investigasi klaim yaitu petugas melakukan verifikasi ke PPK (rumah sakit) yang bersangkutan. Verifikasi itu dengan bukti kartu Askes, kwitansi pembayaran selama perawatan dan rincian biaya obat selama dirawat dirumah sakit. Sehingga pada waktu selesai menjalani perawatan kesehatannya, PT. Askes (Persero) hanya membayar biaya perawatan dan lain-lain berdasarkan perawatan untuk kelas II saja serta bila ada selisih biaya menjadi tanggung jawab peserta yang bersangkutan. Dari kasus ini, dapat dilihat bahwa peserta juga perlu dibantu dalam hal peningkatan kesadaran dirinya dalam penyelenggaraan kesehatan dengan cara yang rasional karena tidak jarang bahwa pelayanan kesehatan terkait dengan aspek *prestise* sosial/aspek kebanggaan sehingga tingkah laku ini semakin mendorong meningkatnya tarif pelayanan kesehatan.

- b. Pelaksanaan Pembayaran klaim yang sepenuhnya tidak dapat dipenuhi :

Untuk kasus diatas, PT. Askes (Persero) menggunakan tindakan *second opinion*/pilihan kedua, yaitu dengan meminta bantuan dari Dewan Pertimbangan Medik (DPM). Untuk mengatasi perbedaan klaim antara PT. Askes (Persero) dengan PPK, PT. Askes (Persero) bekerjasama dengan Rumah sakit membentuk Dewan Pertimbangan Medik (DPM), yang merupakan suatu tim yang terdiri dari beberapa dokter ahli sebagai mitra dalam kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan. Dibentuknya DPM, dikarenakan PT. Askes (Persero) bingung menghadapi klaim-klaim asuransi yang ada hubungannya dengan istilah-istilah medik. Selain itu PT. Askes (Persero) tidak mengerti bagaimana prinsip-prinsip penanganan rasional dari segi kedokteran klinis dan bedah karena mereka pada umumnya bukan klinis. Hal tersebut mendorong PT. Askes (Persero) untuk mempunyai badan yang dapat menasihati permasalahan klaim kesehatan. Selain itu, PT. Askes(Persero) juga ingin mendapatkan pertimbangan medis terhadap kasus-kasus pelayanan kesehatan kepada peserta Askes dalam bentuk melakukan *claim investigation*, *second opinion*, dan *medical judgment*.

Sebagai badan yang *independent* atau tidak terikat, DPM memberikan pendapatnya secara jujur dan terbuka, serta hanya memberikan nasihat dari permasalahan klaim yang terjadi, sementara tindakan selanjutnya merupakan bagian dari PT. Askes (Persero). DPM juga tidak hanya memberikan masukan tentang langkah yang tepat dalam penanganan sebuah kasus tapi juga mampu bertindak sebagai negosiator dalam memberikan pengertian bagi mitra PT. Askes (Persero) dan juga DPM diharapkan dapat diterima *provider* sebagai tim ahli yang memberikan masukan bagi peningkatan mutu pelayanan secara efisien, sehingga PT. Askes (Persero) dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta tetap memperhatikan aspek mutu pelayanan dan aspek kendali biaya.

Salah satu *managed care System* yang dianut oleh PT. Askes (Persero) adalah adanya kendali biaya dan kendali mutu dengan tujuan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan pada peserta adalah efektif dan rasional serta efisiensi dalam hal biaya. Oleh sebab itu perlu dibuat mekanisme dan sistem yang melibatkan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dan PT. Askes (Persero) dalam hal pengendalian biaya dan mutu pelayanan yang diberikan kepada peserta.

Dalam asuransi kesehatan terkait usaha gotong royong, dimana mereka yang mampu dan mempunyai pendapatan yang

tinggi berkewajiban membantu kelompok yang berpendapatan rendah (sebagaimana berlaku bagi pegawai negeri), sehingga aspek pengawasan dan pemberian pelayanan kesehatan dapat diawasi dengan sebaik-baiknya, dengan kebijakan yang diambil, semua itu dimaksudkan sebagai upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal dengan biaya yang terkendali, sehingga tidak ada klaim yang tidak dapat dipenuhi.

Pemerintah diharapkan lebih berperan sebagai pengarah, adapun pelaksana pelayanan publik bisa dilakukan pihak lain yang lebih profesional agar lebih efisien. Misalnya di sektor pelayanan kesehatan, Pemerintah seyogyanya mulai melibatkan pihak swasta sebagai pelaksana pelayanan kesehatan. Dengan demikian, Pemerintah bisa lebih fokus melakukan fungsi membuat dan menegakkan peraturan. Misalnya bila ada masalah terkait perawatan, akreditasi Rumah Sakit dipertimbangkan untuk diturunkan tergantung keseriusan masalah dan jika masalah tidak terselesaikan, Departemen Kesehatan membawa kasus ke pengadilan. Pengadilan menetapkan denda, bahkan bisa menutup rumah sakit tersebut.

Peranan Pemerintah sebagai tulang punggung pembiayaan kesehatan adalah besar, dan pada dasarnya hendaklah ditujukan untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan yang berkualitas, merata, mencegah adanya subsidi

serta mencegah terjadinya peningkatan biaya pelayanan kesehatan. Pemerintah hendaknya memberikan sejumlah pembebasan pajak, misalnya pembebasan pajak pendapatan, pajak tanah, dan sebagainya sementara itu untuk perorangan atau perusahaan yang memberikan sumbangan bagi Rumah Sakit akan mendapatkan potongan pajak yang nantinya akan digunakan untuk penyediaan pelayanan bagi masyarakat miskin. Sehingga Pemerintah dalam memberikan pelayanan publik khususnya kesehatan tidak dapat terus bekerja sendirian dan harus mengubah paradigma agar tujuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat dicapai lebih baik lagi. *Health provider*/Rumah Sakit perlu juga didorong untuk berkompetisi agar terselenggara kualitas pelayanan yang baik, harga obat yang wajar, serta prosedur pelayanan yang rasional.

Upaya PT. Askes (Persero) untuk mengatasi klaim yang tidak dapat dipenuhi adalah :

1. Mengupayakan agar semua pihak mempunyai *cost consciousness* atau sadar biaya. Upaya ini juga melibatkan pasien/peserta, dengan jalan mereka juga ikut memikul biaya pelayanan kesehatan meskipun perusahaan asuransi telah memikul sebagian besar biaya

2. Melalui penerapan standar pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan sehingga pelayanan kesehatan dapat diberikan sesuai dengan kebutuhan medik
3. Mengontrol pengadaan fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya yang memerlukan biaya tinggi. Peranan Pemerintah adalah dalam memberikan perizinan/pengadaan sarana kesehatan, sehingga fasilitas pelayanan kesehatan dapat digunakan secara efisien
4. Menumbuhkan sistem pelayanan kesehatan yang efisien yang menjamin pelayanan kesehatan diberikan sesuai dengan tingkat keahlian dan saran yang sesuai, misalnya penerapan konsep rujukan, dokter keluarga dan wilayah
5. Menumbuhkan sistem pembiayaan dan pembayaran jasa pelayanan kesehatan yang dapat menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medik misalnya dengan sistem kapitasi (sistem kapitasi adalah suatu sistem pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (RS/dokter/Apotek) berdasarkan jumlah "capita" atau jiwa yang harus dilayani baik sakit/tidak sakit)⁴⁵

Dengan demikian untuk mengatasi klaim yang tidak dapat dipenuhi, dapat dicegah dengan PT. Askes (Persero)

⁴⁵ Sulastomo, 2003, *Manajemen Kesehatan*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, halaman 208

dengan menumbuhkan sistem pelayanan kesehatan yang lebih efisien dengan menciptakan peraturan atau sistem yang dapat memagari pemborosan-pemborosan misalnya dengan menyederhanakan jumlah/jenis obat yang beredar atau kebijaksanaan Pemerintah dengan penyediaan obat-obat esensial bagi pengobatan di puskesmas-puskesmas. Dengan Rumah Sakit, PT. Askes (Persero) juga harus mengembangkan kemitraan yang positif, yaitu keterbukaan antar manajemen dan kesepakatan tarif yang nantinya akan dinikmati oleh peserta Askes.

BAB IV

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Dari uraian- uraian diatas dan pembahasan pada hasil penelitian yang dilakukan dikantor PT. Askes (Persero) Cabang Semarang dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pelaksanaan pembayaran klaim asuransi kesehatan yang lebih besar jumlahnya dari yang dipertanggungkan harus sesuai dengan *verifikasi* PT. Askes (Persero) Cabang Semarang sehingga hal tersebut tidak merugikan peserta asuransi kesehatan maupun PT. Askes (Persero) Cabang Semarang.
2. Upaya PT. Askes (Persero) Cabang Semarang untuk mencegah kenaikan biaya pelayanan kesehatan memperoleh perhatian yang serius. Pada dasarnya dikenal dengan pendekatan ekonomi yaitu pendekatan yang mengupayakan agar semua pihak sadar biaya, maksudnya memberikan batas /limit tertentu atas biaya atau sebaliknya perusahaan asuransi kesehatan memberikan batas biaya maksimum yang ditanggung oleh perusahaan asuransi

kesehatan sehingga tidak menimbulkan klaim yang tidak bisa dipenuhi.

B. SARAN

Dalam rangka untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi peserta pada umumnya dan pelaksanaan klaim yang lebih baik oleh PT. Askes (Persero) Cabang Semarang, dapat dikemukakan saran sebagai berikut

1. Peserta harus mengetahui hak dan kewajibannya untuk itu dapat bertanya pada Unit Pelayanan Kesehatan ataupun kepada PT. Askes (Persero) Cabang Semarang dan perlu kiranya petugas Pelayanan Kesehatan maupun petugas PT. Askes (Persero) Cabang Semarang memberikan penyuluhan yang lebih intensif tentang hak dan kewajiban peserta serta berkomunikasi yang lebih baik dengan peserta agar tidak terjadi kesalahpahaman.
2. Hendaknya diadakan kembali penyederhanaan mengenai tata laksana pelayanan kesehatan, administrasi dan keuangan supaya jangan terjadi pengajuan klaim yang lebih besar dari yang dipertanggungjawabkan sehingga dapat mengakibatkan terlambatnya penyelesaian pembayaran klaim serta hendaknya Pemerintah menyediakan dana khusus agar pengajuan klaim asuransi kesehatan pada PT. Askes (Persero) Cabang Semarang dapat

lebih terjamin serta jumlahnya memenuhi jumlah dana yang dibutuhkan oleh peserta, dikarenakan semakin tingginya biaya kesehatan.

