

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Asuransi

1. Pengertian Asuransi Menurut Undang-undang

- a. Menurut Undang-Undang No. 2 Tahun 1992 Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri pada tertanggung, dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian pada 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.
- b. Menurut Pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD) Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung

mengikatkan diri pada bertanggung dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tak tertentu.

2. Jenis-Jenis Asuransi Menurut Undang-Undang

Menurut Undang- undang nomer 2 tahun 1992 tentang asuransi, asuransi yang umum di Indonesia terdapat tiga jenis, yaitu asuransi sosial, asuransi jiwa, dan asuransi kerugian. Berikut ini adalah definisi dari asuransi tersebut :

- a. Asuransi Sosial : Asuransi jenis ini merupakan bagian dari kewajiban pemerintah menurut undang- undang yang bertujuan untuk memberikan jaminan dasar bagi masyarakat tanpa mempertimbangkan kepentingan untuk mendapatkan keuntungan komersial. Jenis asuransi wajib yang harus dimiliki, contoh saja masyarakat di Yogyakarta. Tidak ada warga Yogyakarta yang memperkirakan waktu kejadian letusan gunung yang merenggut banyak korban jiwa dan melululantakkan harta benda meskipun sudah diperkirakan bahwa

kemungkinan gunung Merapi meletus ada mengingat gunung tersebut merupakan gunung berapi. Tidak ada warga Aceh yang menduga bahwa gempa yang mengguncang daerahnya akan menimbulkan tsunami yang menyapu kehidupan dan harta benda.

- b. Asuransi Jiwa : Ada beragam resiko yang dilibatkan dalam asuransi ini yang meliputi resiko kecelakaan yang mungkin akan terjadi walaupun tidak bisa dipastikan, resiko hari tua yang sudah pasti akan terjadi meskipun waktu dan jangka waktunya tidak bisa diprediksi, dan resiko kematian yang pasti terjadi tetapi waktunya tidak bisa ditentukan secara pasti. Asuransi investasi, asuransi kesehatan, asuransi tahapan, asuransi pensiun, dan asuransi pendidikan merupakan bagian dari asuransi jiwa.
- c. Asuransi Kerugian : Ada beberapa jenis asuransi yang termasuk dalam asuransi kerugian, yaitu asuransi diri terhadap kecelakaan atau kesehatan, asuransi kepentingan keuangan atau pecuniary, asuransi tanggung

jawab hukum atau liability, dan asuransi harta benda yang berupa properti maupun kendaraan.

3. Keuntungan Asuransi

Perusahaan asuransi sebagai lembaga keuangan tentu saja mengharapkan keuntungan atas usaha yang dijalankan. Keuntungan ini digunakan untuk membiayai seluruh aktivitasnya. Demikian pula dengan nasabah yang mengharapkan polis asuransi akan menerima manfaat dari jasa asuransi tersebut (PAMJAKI, 2005).

Berikut ini keuntungan dari pihak asuransi dan pihak nasabah :

a. Pihak Asuransi

- 1) Keuntungan dari premi yang diberikan oleh nasabah.
- 2) Keuntungan dari hasil penyertaan modal di perusahaan lain.
- 3) Keuntungan dari hasil bunga dari investasi disurat-surat berharga.

b. Pihak Nasabah

- 1) Terhindar dari resiko kehilangan atau kerugian.

- 2) Memberikan rasa aman.
- 3) Memberikan simpanan yang pada saat jatuh tempo dapat diambil kembali.
- 4) Memperoleh penggantian akibat kerusakan atau kehilangan.
- 5) Memperoleh penghasilan di masa yang akan datang.

B. Pengertian Klaim

Menurut Kamus bahasa Klaim adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak untuk memiliki atau mempunyai atas sesuatu. Menurut Yaslis Ilyas dalam Manajemen Utilisasi, Menejemen klaim dan kecurangan Asuransi kesehatan. Pengertian klaim adalah suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan, agar hak nya terpenuhi. Satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan, agar hak nya terpenuhi. Satu dari dua pihak yang melakukan ikatan tersebut akan mengajukan klaimnya kepada pihak lainnya sesuai dengan perjanjian atau provisi polis yang disepakati bersama oleh kedua pihak (froud, 2006).

Pada manajemen klaim ada beberapa hal penting yang perlu diperhatikan, antara lain

1. Adanya dua pihak yang jelas melakukan ikatan perjanjian. Hal ini menggambarkan secara jelas siapa yang melakukan ikatan dengan siapa dan kejelasan pihak-pihak yang memiliki hak serta kewajiban
2. Adanya ikatan perjanjian yang jelas dan resmi antara kedua pihak terhadap ikatan perjanjian yang mereka sepakati bersama. Ikatan tersebut dapat berbentuk saling percaya, saling mengikat secara etis, secara and dan secara hukum.
3. Adanya Informed Consent. Informed Consent artinya kedua pihak mengetahui dan memahami semua aspek yang mengikat mereka. Adapun consent adalah ikatan tersebut dilakukan dengan dasar kesadaran dan kesukarelaan dan bukan didasarkan karena paksaan, ancaman dan tipuan.
4. Didokumentasikan. Dokumentasi dari pernyataan ikatan antara kedua pihak diperlukan untuk mencegah pengingkaran oleh salah satu pihak yang bias disengaja atau tidak disengaja. Biasanya bentuk perjanjian ini berupa sertifikat polis yang berisi tentang segala hal yng berkaitan dengan

kewajiban dan tanggung jawab kedua belah pihak secara tertulis.

5. Administrasi Klaim menurut definisi HAA (*Health Insurance Association of America*) adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan kejadian sakit atau cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim (Ilyas, 2006). Walaupun hanya merupakan satu kata, klaim mempunyai arti yang luas, penting dan merupakan suatu proses, artinya melakukan klaim harus mengikuti langkah-langkah yang telah disepakati oleh kedua pihak yang berkaitan (Ramli, 1999).

Secara umum langkah-langkah tersebut terdiri dari

1. Penerimaan dan perampungan klaim
2. Telaah dan verifikasi klaim
3. Pembuatan keputusan klaim
4. Penyelesaian klaim

Dalam administrasi klaim melibatkan unsure unsure sebagai berikut:

1. Tertanggung.

Dalam hal ini tertanggung (*insured*) sesegara mungkin harus melaporkan atau memberikan informasi dan mengajukan berkas klaim kepada pihak penanggung atau perusahaan asuransi (*insured*). Dalam mengajukan berkas klaim, ada beberapa hal yang harus dipenuhi tertanggung, yaitu melengkapi berkas berkas klaim seperti: kuitansi asli, resep obat dan data lain, missalnya surat jaminan pelayanan atau presertifikasi untuk kasus rawat inap dan pembedahan.

2. Pemegang polis

Untuk program asuransi kesehatan kelompok (*group health insurance*), polis biasanya dipegang oleh divisi atau bagian personalia. Dalam hal administrasi klaim, pemegang polis secepatnya harus member konfirmasi kepada perusahaan asuransi tentang adanya peserta yang mengajukan klaim dan memastikan bahwa pengajuan klaim atau tertanggung masih eligible. Dalam pengajuan klaim, pemegang polis juga berperan dalam melakukan skrening

terhadap kelengkapan berkas klaim dan eligibilitas pengaju klaim sebelum diajukan ke perusahaan asuransi. Pemegang polis merupakan mitra kerjasama perusahaan asuransi dalam melakukan investigasi atau penyelidikan terhadap klaim klaim yang bermasalah (Ilyas, 2006).

3. Perusahaan Asuransi

Dalam hal ini perusahaan asuransi harus dapat dan bersedia mengembangkan prinsip-prinsip manajemen klaim yang baik dan benar dan tidak merugikan tertanggung. Prosedur klaim yang ditetapkan juga harus efektif dan efisien, disamping harus mampu melakukan penekanan biaya (*cost containment*). Perusahaan asuransi harus menyediakan pedoman dan petunjuk yang jelas mengenai prosedur dan proses klaim kepada setiap tertanggung terutama kepada pemegang polis atau *group health insurance* (Ilyas, 2006).

4. Pemberi pelayanan kesehatan

Dalam administrasi klaim, provider pelayanan kesehatan baik rumah sakit, klinik, apotek ataupun dokter praktek harus memberikan informasi yang jelas dan benar mengenai pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada

tertanggung. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh perusahaan. Ada produk asuransi kesehatan yang membatasi pelayanan untuk kehamilan, melahirkan, penyakit akibat hubungan seksual, HIV, gagal ginjal dan bedah jantung. Ada juga polis yang membatasi semua pelayanan yang berkaitan dengan kecantikan, kebugaran, vitamin dan food supplement tidak dijamin oleh perusahaan asuransi. Pengecualian pelayanan kesehatan harus diketahui oleh semua pihak secara jelas dan sadar untuk mencegah kejadian kesalahpahaman. Hal ini sering menimbulkan konflik antara perusahaan asuransi, tertanggung, dan pemberi pelayanan kesehatan (Ilyas, 2006)

1. Cara Pengajuan Klaim

Pengajuan klaim dapat dibedakan atas tiga cara (Ilyas, 2006) yaitu

a. Direct Submission

Dengan metode ini, pemegang polis atau tertanggung mengajukan langsung klaimnya ke perusahaan asuransi. Perusahaan melakukan verifikasi atas klaim yang diajukan dengan melakukan pembayaran

langsung kepada tertanggung. Direct submission dapat dilakukan dengan pendekatan claim kit, dimana masing masing tergantung dilengkapi dengan claim kit yang mencakup formulir klaim dan instruksi bagaimana mengisi formulir tersebut dan bagaimana cara melakukan pengajuan klaim. Pendekatan claim kit dikembangkan khusus untuk digunakan oleh perusahaan besar (Ilyas, 2006). Karena pendekatan ini sukses digunakan beberapa perusahaan asuransi memperluas pendekatai ini pada kelompok yang lebih kecil, yaitu kurang dari 100 jiwa dan pada peserta perseoangan. Selain itu dapat diajukan dengan pendekatan *card-only*, dimana masing-masing tergantung dilengkapi dengan kartu yang menjelaskan atau mengidentifikasi benefit benefit yang diperoleh. Pendekatan kartu, baik untuk perusahaan yang besar, dengan lokasi yang terpusat dan populasi pekerja yang stabil serta menyediakan rencana pengeluaran medis dengan beberapa batasan dan pengecualian. Manfaat pengajuan kalim dengan direct submission antara lain:

- 1) Meringankan beban administrasi pemegang polis.
- 2) Mempermudah proses penagihan.
- 3) Melindungi informasi, contoh: informasi medis.

b. *Policyholder Submission (Group Health Insurance)*

Pengajuan klaim yang dilakukan oleh pemegang polis, tergantung menginformasikan perihal klaim yang diajukan kepada pemegang polis, biasanya bagian personalia. Pemegang polis menyediakan formulir klaim beserta instruksinya kepada tertanggung pengaju klaim. Setelah menerima berkas klaim yang lengkap dari tertanggung. Kemudian pemegang polis mereview kelengkapannya dan menyatakan bahwa pengaju klaim eligible untuk dijamin dan kemudian mengirim berkas klaim tersebut kepada perusahaan asuransi (Ilyas, 2006). Langkah-langkah pengajuan klaim oleh pemegang polis adalah sebagai berikut :

- 1) Tertanggung atau pegawai yang mengajukan klaim adalah peserta atau tertanggung yang menjadi anggota pembayar premi asuransi kesehatan yang

dikelola oleh pemegang polis kelompok perusahaan.

- 2) Pemegang polis menyatakan bahwa tertanggung tersebut adalah benar anggotanya dan biaya yang dikeluarkan merupakan pelayanan yang mendapat jaminan dari polis kelompok perusahaan.
- 3) Pemegang polis memberikan formulir klaim kepada tertanggung beserta instruksi pengisiannya.
- 4) Formulir yang telah diisi lengkap dan telah diterima dari tertanggung tersebut kemudian diperiksa kembali kelengkapannya dan dinyatakan oleh pemegang polis bahwa tertanggung tersebut berhak atas tanggungan dan dikirimkan kepada perusahaan asuransi kesehatan.
- 5) Perusahaan asuransi kesehatan memproses klaim dan mengirimkan pembayaran ke pemegang polis untuk diberikan kepada peserta atau tertanggung, kecuali pembayaran harus dibayarkan kepada provider. Pembayaran klaim dapat juga dilakukan langsung ke peserta asuransi (Ilyas, 2006).

c. *Third-Party Submission*

Perusahaan asuransi kesehatan bekerjasama dengan perusahaan TPA (*Tirth-Party Administration*) dengan memberikan kewenangan untuk melakukan prosesi klaim dan melakukan pelayann klaim dalam batasan jumlah tertentu sesuai dengan kesepakatan dengan perusahaan asuransi (Ilyas, 2006). Namun ada beberapa kerugian bila menggunakan jas TPA, yaitu :

- 1) *Third Party Administration* cenderung menggunakan system yang mereka kembangkan sendiri.
- 2) Mereka melakukan interpretasi sendiri terhadap polis dan praktek administrasi.
- 3) Menambah biaya.

2. Tujuan Prosesi Klaim

Menurut Brown (2002) fokus dan falsafah klaim semua perusahaan asuransi adalah administrasi klaim yang tepat, adil, dan sopan. Sedangkan tujuan dari prosesi klaim (Ilyas, 2006), yaitu :

- a. Membayar semua klaim yang valid.

- b. Mengidentifikasi kemungkinan tindakan kecurangan baik yang disengaja (fraud) maupun yang tidak disengaja (abuse) dalam melakukan klaim.
- c. Memenuhi peraturan pemerintah.
- d. Menghindari atau mencegah tuntutan hukum.
- e. Mengkoordinasikan keuntungan.
- f. Melakukan kontrol terhadap biaya klaim (*claim cost*).

C. Program Jaminan Kesehatan Nasional

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Unsur-unsur penyelenggaraan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menurut PMK No 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional meliputi:

1. Regulator

Yang meliputi berbagai kementerian/lembaga terkait antara lain Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Dalam Negeri, dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) (PMK No 28 Tahun 2014).

2. Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran (PMK No 28 Tahun 2014).

3. Pemberi Pelayanan Kesehatan

Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut) (PMK No 28 Tahun 2014).

4. Badan Penyelenggara

Badan Penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan

sebagaimana yang ditetapkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (PMK No 28 Tahun 2014).

5. Prinsip Prinsip Penyelenggaraan

Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) mengacu pada prinsip-prinsip sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yaitu:

a. Kegotongroyongan

Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaannya bersifat wajib untuk seluruh penduduk (Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN).

b. Nirlaba

Dana yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah

dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat secara nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*).

Tujuan utamanya adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta (Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN).

c. Prinsip

Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas. Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya (Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN).

d. Portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN).

e. Kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah, serta kelayakan penyelenggaraan program (Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN).

f. Dana Amanah

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta (Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN).

g. Hasil pengelolaan dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta (Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN).

D. Pendanaan

(Menurut Peraturan Presiden Nomor 32 tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional)

1. Ketentuan Umum

- a. Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan Nasional.
- b. Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar dimuka kepada FKTP oleh BPJS Kesehatan berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
- c. Pengelolaan Dana Kapitasi adalah tatacara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan.

- d. Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
- e. Pola pembayaran *Case Based Groups* adalah salah satu pola pembayaran prospektif yang berupa pengelompokan diagnosis dan prosedur yang memiliki ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip atau sama.
- f. Pengelolaan dan pemanfaatan dana di FKTP dan FKRTL milik pemerintah pengaturannya mengikuti ketentuan peraturan perundangan, sedangkan pengelolaan dan pemanfaatan dana di FKTP dan FKRTL milik swasta pengaturannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada faskes swasta tersebut.
- g. Fasilitas kesehatan tidak diperbolehkan meminta iur biaya kepada peserta selama mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya.
- h. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan

berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan.

- i. Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang tujuannya adalah untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. Ketentuan mengenai verifikasi klaim FKTP dan FKRTL diatur lebih lanjut dalam Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang diterbitkan BPJS Kesehatan.
- j. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang atau Kantor Layanan Operasional Kabupaten atau Kota BPJS Kesehatan.
- k. BPJS Kesehatan wajib memberikan *feedback* atas telaah hasil verifikasi terhadap perbedaan biaya yang diajukan dengan yang disetujui.
- l. FKRTL wajib mengirimkan *softcopy* klaim individual yang sudah dibayar oleh BPJS Kesehatan ke

Kementerian Kesehatan Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.

- m. FKTP dan FKRTL yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan menagihkan biaya pelayanan gawat darurat secara langsung kepada BPJS Kesehatan.
- n. BPJS Kesehatan membayar biaya pelayanan gawat darurat menggunakan tarif INA-CBG's sesuai dengan penetapan kelas rumah sakit oleh Menteri Kesehatan dan regionalisasi tarif yang berlaku di wilayah tersebut.
- o. FKRTL yang belum memiliki penetapan kelas, menggunakan tarif INA-CBG's Rumah Sakit kelas D.

2. Kadaluarsa Klaim

a. Klaim Kolektif

Batas waktu maksimal pengajuan klaim bagi Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah maupun Swasta, baik Tingkat Pertama maupun Tingkat Lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.

b. Klaim Perorangan

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

diberikan, kecuali diatur secara khusus (Peraturan Presiden Nomor 32 tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional).

3. Sumber Pendanaan

Sumber pendanaan dalam penyelenggaraan JKN berasal dari iuran peserta PBI dan bukan PBI menurut Peraturan Presiden Nomor 32 tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional, yaitu :

- a. Iuran Peserta PBI dibayar oleh Pemerintah.
- b. Iuran Peserta Bukan PBI:
 - 1) Pekerja Penerima Upah dibayar oleh Pekerja dan Pemberi Kerja.
 - 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja dibayar oleh peserta yang bersangkutan.

4. Mekanisme Pembayaran

Mekanisme Pembayaran Iuran

Mekanisme pembayaran iuran peserta kepada BPJS Kesehatan disesuaikan dengan kepesertaan yang terdaftar di BPJS Kesehatan.

- a. Iuran bagi peserta PBI dibayarkan oleh Pemerintah Pusat melalui Kementerian Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
- b. Iuran bagi peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dibayarkan oleh Pemerintah Daerah dengan besaran iuran minimum sama dengan besar iuran untuk peserta PBI.
- c. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja dengan ketentuan sebagai berikut:
 - 1) Pemberi kerja memungut iuran dari pekerja dan membayar iuran yang menjadi tanggung jawab pemberi kerja kemudian iuran disetorkan ke BPJS Kesehatan.
 - 2) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sebagai pemberi kerja menyetorkan iuran kepada BPJS Kesehatan melalui rekening kas negara dengan tata cara pengaturan penyetoran dari kas negara kepada BPJS Kesehatan sebagaimana diatur oleh Kementerian Keuangan.

- d. Iuran bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dibayarkan oleh peserta sendiri kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan kelas perawatannya.
- e. Iuran bagi penerima pensiun, veteran, dan perintis kemerdekaan dibayar oleh pemerintah kepada BPJS Kesehatan.

E. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

1. Mekanisme Pemanfaatan

a. Rumah Sakit/Balai Non BLU/Non BLUD

Dana hasil pembayaran klaim, bagi Rumah Sakit/Balai milik pemerintah/ pemerintah daerah yang belum berstatus BLU/ BLUD, pengelolaan dan pemanfaatannya disesuaikan dengan ketentuan perundangan.

b. Rumah Sakit/Balai BLU/BLUD

Dana hasil pembayaran klaim, bagi Rumah Sakit/Balai milik pemerintah/pemerintah daerah yang berstatus BLU/BLUD, pengelolaan dan pemanfaatannya mengikuti ketentuan BLU/ BLUD.

c. Rumah Sakit Swasta/Klinik Utama

Dana hasil pembayaran klaim, bagi Rumah Sakit Swasta / Klinik Utama pengaturannya diserahkan kepada fasilitas kesehatan tersebut.

2. Besaran jasa pelayanan kesehatan di FKRTL milik Pemerintah dalam kisaran 30 - 50% (tiga puluh sampai dengan lima puluh persen) dari total pendapatan fasilitas kesehatan tersebut. Sedangkan untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan milik swasta pengaturannya diserahkan kepada fasilitas kesehatan tersebut.
3. Sesuai UU Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara Pasal 25 ayat (1) bahwa bunga bank dan atau jasa giro yang diperoleh Pemerintah merupakan Pendapatan Negara atau Daerah (*Permenkes No 28 Tahun 2014*).

F. Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa

memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif *Indonesian - Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. Tarif Kapitasi merupakan rentang nilai yang besarnya untuk setiap Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ditetapkan berdasarkan seleksi dan kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Tarif Kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberlakukan bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang melaksanakan pelayanan kesehatan komprehensif kepada Peserta Program Jaminan Kesehatan berupa Rawat Jalan Tingkat Pertama. Tarif Non Kapitasi sebagaimana dimaksud Pasal 2 ayat (1) huruf b merupakan nilai besaran yang sama bagi seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang melaksanakan pelayanan kesehatan kepada Peserta Program

Jaminan Kesehatan berupa Rawat Inap Tingkat Pertama dan pelayanan Kebidanan dan Neonatal. Pembiayaan untuk pelayanan ambulans, pelayanan obat rujuk balik, pelayanan skrining kesehatan tertentu, dan/atau pelayanan kesehatan pada daerah terpencil dan kepulauan dibayar oleh BPJS Kesehatan yang diatur lebih lanjut dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

1. Tarif INA-CBG's

Sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini. Pedoman Teknis Pelaksanaan Peraturan Menteri ini ditetapkan oleh BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Menteri (Permenkes No 69 Tahun 2013).

- a. Tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C dan kelas D dalam regional 1.
- b. Tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C dan kelas D dalam regional 2.

- c. Tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C dan kelas D dalam regional 3.
 - d. Tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C dan kelas D dalam regional 4.
 - e. Tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C dan kelas D dalam regional 5;
 - f. Tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit umum rujukan nasional.
 - g. Tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit khusus rujukan nasional.
2. Penetapan regional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a sampai dengan huruf e, bagi setiap Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan merupakan hasil kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan.
3. Tarif rawat jalan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan berupa Klinik Utama atau yang setara diberlakukan tarif

sebesar 50% (lima puluh persen) dari standar Tarif INA-CBG's untuk kelompok rumah sakit kelas D.

4. Tarif rawat inap di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan berupa Klinik Utama atau yang setara diberlakukan tarif sebesar 35% (tiga puluh lima persen) dari standar Tarif INA-CBG's untuk kelompok rumah sakit kelas D dengan perawatan kelas III.

G. Verifikasi Klaim BPJS

Ruang Lingkup Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan terdiri dari Verifikasi Administrasi Klaim dan Verifikasi Pelayanan Kesehatan dimana masing masing verifikasi tersebut dijelaskan di bawah ini :

Verifikasi Administrasi Klaim

Dalam verifikasi administrasi, klaim mencakup 2 hal pokok yaitu Berkas klaim yang akan diverifikasi dan Tahap verifikasi administrasi klaim. Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat jalan meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus,

Resep alat kesehatan (diluar prosedur operasi), Tanda terima alat kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dll), Berkas pendukung lain yang diperlukan. Sedangkan Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat inap adalah Surat perintah rawat inap, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP, Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), Laporan operasi (jika diperlukan), Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus, Resep alat kesehatan (diluar prosedur operasi), Tanda terima alat kesehatan (alat bantu gerak, collarneck, corset, dll), Berkas pendukung lain yang diperlukan. Adapun tahap verifikasi administrasi klaim yaitu meliputi :

1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan : Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data yang diinput dalam aplikasi INA CBGs dengan berkas pendukung lainnya.

2. Verifikasi Administrasi Pelayanan : Hal-hal yang harus diperhatikan dalam deteksi dini administrasi pelayanan adalah :
 - a. Untuk kode INA CBG's severity level III pastikan ada pengesahan dari Komite Medik.
 - b. Kesesuaian Spesialisasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan diagnosa. Misalnya, pasien dengan diagnosa jantung namun DPJP-nya adalah spesialis mata, lakukan *cross check* ke resume medis atau poli.
 - c. Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator. Misalnya, dalam laporan tindakan Apendiktomi oleh operator spesialis jantung, perlu dilakukan *cross check* lebih lanjut. Kesesuaian antara Tipe Rumah Sakit dan kompetensi dokter di Rumah Sakit tersebut. Misalnya : Tindakan Kraniotomi yang dilakukan di Rumah Sakit Type D, Tindakan CABG yang dilakukan di Rumah Sakit yang perlu dilakukan *cross check* lebih lanjut. Koding yang ditentukan koder tidak unbundling. Contoh : Diabetes Melitus with

Nephrophaty menjadi Diabetes Melitus (Diagnosa Primer) dan Nephrophati (Diagnosa Sekunder). Perhatikan Readmisi untuk diagnosa penyakit yang sama, jika pasien masuk dengan diagnosa yang sama lakukan cross check dengan riwayat pulang rawat pada episode yang lalu, apakah pada episode rawat yang lalu pasien pulang dalam keadaan sembuh atau pulang dalam keadaan pulang paksa, ataupun dirujuk. Jika pasien telah dipulangkan dalam keadaan pulang paksa maka episode rawat pada read misi merupakan kelanjutan dari pembiayaan penyakit yang sama.

- d. Pada kasus special CMGs :
 - 1) Alat kesehatan dengan prosedur operasi :pastikan kesesuaian tagihan dengan resume medis, billing RS dan laporan operasi.
 - 2) Diluar prosedur operasi : pastikan kesesuaian tagihan dengan resume medis, billing RS, resepat kesehatan, bukti tanda terima alat kesehatan.

- 3) Pada kasus special drug, pastikan kesesuaian antara tagihan dengan resume medis, billing dan regimen (jadwal dan rencana pemberian obat).

3. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang harus menjadi perhatian adalah :

- a. Tingkat keparahan (*severity level*) sesuai dengan tipe dan kompetensi RS.
- b. Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau *soft copy*nya).
- c. Perhatikan kasus dengan special CMGs yaitu :
 - 1) *Special drugs* : Steptokinase, Deferiprone, Deferoksamin, Deferasirox, Human albumin.
 - 2) *Special prosedurs*, contoh : Tumor pineal - Endoscopy, Pancreatectomy dll. Diperlukan surat keterangan dokter sebagai keterangan atau laporan operasi untuk special prosedur yang dilakukan.
 - 3) *Special investigations* : CT Scan, Nuclear Medicine, MRI, Diagnostic and prosedur imaging

on eye. Kasus yang mendapatkan special investigation telah dilengkapi bukti pelayanan penunjang sebelumnya, seperti : MRI dilakukan setelah ada hasil X-ray dan CT Scan, dsb.

- 4) *Special prosthesis* : subdural grid electrode, cote graft, TMJ prosthesis, Liquid Embolic (for AVM), Hip Implant/knee implant. Perhatikan kesesuaian diagnosa utamadan prosedur yang dilakukan, misal : TMJ Prosthesis dilakukan pada kasus fraktur os temporomandibular atau temporomandibular joint, ditangani spesialis THT kraniofasial atau Bedah Mulut.
- 5) *Sub-acute group* : hari rawat 43 sampai dengan 103 hari dan *Chronic Group* : hari rawat 104 sampai dengan 180. Sesuaikan masa rawat pasien dengan rekomendasi pulang dari DPJP pada visite terakhir di rekam medis. Untuk kasus-kasus dengan diagnosa berbiaya tinggi lakukan kunjungan ke bangsal perawatan atau *Customer*

visite. Pastikan assessment ADL sudah dilakukan dan dikuatkan dengan customer visit

- 6) *Ambulatory package*, contoh : hemodialisa, radioterapi dll.
- d. Kasus-kasus bayi baru lahir dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), memastikan berat badan bayi kurang dari 2500 gram dengan resume medis dan apabila diperlukan melihat surat keterangan lahir. Memastikan bayi baru lahir yang tidak memiliki masalah medis dari persalinan normal maupun section menjadi satu bagian tagihan persalinan.
 - e. Memastikan bayi baru lahir tidak sehat dari persalinan normal maupun dari seksio sesaria menjadi tagihan terpisah dari persalinan ibu.
 - f. Pada kasus-kasus yang sudah ditegakkan diagnosa pastikan pada kunjungan berikutnya harus menggunakan kode diagnosis Z (kontrol).
 - g. Perhatikan pasien yang menjalani rawat jalan dan dilanjutkan dengan rawat inap pada hari yang sama hanya bisa ditagihkan sebagai satu episode rawat inap.

Ruang Lingkup Verifikasi Klaim BPJS (Teknis Verifikasi Klaim BPJS)

- h. Dalam klaim pembayaran kepada BPJS Kesehatan atas pelayanan kesehatan yang telah selesai diberikan maka Faskes perlu memperhatikan bagaimana proses verifikasi dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Proses verifikasi dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu dengan melakukan pemeriksaan berkas dan melakukan konfirmasi. Pemeriksaan berkas sendiri merupakan pemeriksaan akan kelengkapan berkas, isian dalam berkas dan biaya yang diajukan. Sedangkan untuk verifikasi melalui konfirmasi akan dilakukan jika ada temuan khusus yang perlu dijelaskan. Berikut in bagaimana pemeriksaan berkan dan konfirmasi dilakukan.
4. Pemeriksaan berkas, yaitu pemeriksaan meliputi kelengkapan berkas, isian dalam berkas dan biaya yang diajukan. Hal- hal yang harus diperhatikan :
 - a. Surat Eligibilitas Peserta :
 - b. Dilegalisasi Petugas BPJS Kesehatan

- c. Nomor SEP
- d. Identitas yang tertera di SEP (No. Kartu, Nama, Tgl Lahir, No. RM, Poli Tujuan/ Ruang Perawatan)
Bandingkan data di SEP, lembar kerja dan berkas pendukung. Data di SEP harus sama dengan data di Lembar Kerja dan data di berkas pendukung
- e. Pastikan untuk rawat jalan melampirkan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh DPJP.
- f. Resume Medis :
 - 1) No. *Medical Record* dan Identitas Pasien (Nama, Tgl Lahir, dll)
 - 2) Tanggal pelayanan (Tanggal masuk dan tanggal Pulang untuk pasien Rawat Inap)
 - 3) Diagnosa Primer, Diagnosa Sekunder dan Prosedur/ Tindakan
 - 4) Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) : nama jelas dan tanda tangan.
 - 5) Pastikan tanggal pelayanan sama dengan tanggal di SEP dan tanggal di Resume Medis

- 6) Pastikan identitas di Resume Medis sama dengan Identitas di SEP
 - 7) Diagnosa yang dituliskan DPJP dalam Resume Medis sesuai dengan koding yang ditentukan koder pada Aplikasi INA-CBG's.
 - 8) Prosedur atau tindakan yang dilakukan sesuai dengan diagnosa primer dan diagnosa sekunder.
 - 9) Pemeriksaan kode diagnosis pasien, prosedur yang dilakukan.
 - 10) Pemeriksaan biaya pelayanan kesehatan atas kode diagnose dan prosedur yang dimasukkan serta kesesuaian dengan kode INA-CBG's yang dihasilkan. Untuk menjadi perhatian pada diagnosis dengan biaya mahal dan kemungkinan penagihan berulang.
5. Melakukan konfirmasi dalam hal ditemukan sesuatu yang perlu mendapat perhatian khusus maka bisa dilakukan konfirmasi. Hal ini dilakukan untuk memperoleh bukti atau mendapatkan informasi atas klaim-klaim yang mendapat perhatian, antara lain:

- a. Konfirmasi administrasi pelayanan Yaitu melakukan konfirmasi kepada coder dengan meminta bukti-bukti pendukung/ penunjang yang diperlukan, diagnosis primer maupun sekunder dan prosedur yang ada di dalam resume medis pasien.
 - b. Konfirmasi administrasi klaim lain konfirmasi administrasi bukti-bukti special CMG. Dalam langkah-langkah konfirmasi tersebut diatas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim RS untuk dilengkapi atau diperbaiki.
6. Purifikasi data : Purifikasi berfungsi untuk mengvalidasi output data INA-CBG's yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP. Purifikasi data yang terdiri dari No SEP, Nomor Kartu Peserta dan Tanggal SEP. Langkah dalam melakukan purifikasi adalah sebagai berikut :
- a. Penarikan data INA-CBG's dapat menggunakan pengiriman file TXT ataupun dengan WEB Service.
 - b. Melakukan proses verifikasi administrasi

- c. Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil entry rumah sakit.
- d. Verifikator dapat melihat detail data pasien dengan mengklik row yang akan dilihat sehingga akan tampil data detail.
- e. Proses verifikasi lanjutan

Verifikasi lanjutan dengan tujuh langkah dilaksanakan dengan disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadi error verifikasi dan potensi double klaim. Verifikasi lanjutan terdiri dari :

- 1) Verifikasi double klaim untuk dua (atau lebih) pelayanan RITL Tahap ini berguna untuk melihat kasus readmisi atau pasien yang dipulangkan hanya secara administrasi.
- 2) Verifikasi double klaim RJTL yang dirujuk langsung ke RITL Dalam hal ini klaim yang dapat disetujui adalah klaim RITL. Hal yang perlu diperhatikan verifikator adalah pasien yang pada pagi hari mendapatkan pelayanan rawat jalan dan pada sore hari pasien mendapatkan pelayanan

UGD dan dirujuk ke pelayanan RITL maka dalam kasus ini pelayanan yang dilakukan pada pagi hari dapat diklaimkan sedang pelayanan IGD pada sore hari tidak dapat diklaimkan. Bisa saja terjadi kasus dimana pasien yang memang secara rutin sudah melakukan hemodialisa pada suatu ketika dirawat inap untuk diagnosis yang tidak berhubungan dengan diagnosis, pada saat pasien tersebut dirawat inap dan harus menjalani hemodialisa maka pelayanan rawat jalan hemodialisa juga dapat diklaimkan sendiri.

- 3) Verifikasi double klaim untuk dua (atau lebih) pelayanan RJTL. RJTL yang mendapatkan pelayanan 2 atau lebih pelayanan pada hari yang sama dimungkinkan terjadi karena konversi data yang berulang atau penerbitan 2 atau lebih SEP pada hari yang sama.
- 4) Verifikasi klaim terhadap kode INA CBGs berpotensi tidak benar. Langkah ini menyaring kode INA CBGs yang tidak layak bayar dan

diperlukan analisis lebih lanjut, misalnya : kasus yang tidak dijamin, bayi lahir sehat.

- 5) Verifikasi terhadap kode Diagnosa yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku, misalnya : Infertilitas.
 - 6) Pemeriksaan bebas Langkah verifikasi ini adalah pemeriksaan dengan alasan lainlain untuk kasus-kasus yang tidak termasuk dalam kategori langkah-langkah sebelumnya, namun harus ditidaklayakkan karena alasan lain.
- f. Finalisasi Klaim
 - g. Verifikator dapat melihat klaim dengan status pending
 - h. Umpan balik pelayanan

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan

kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

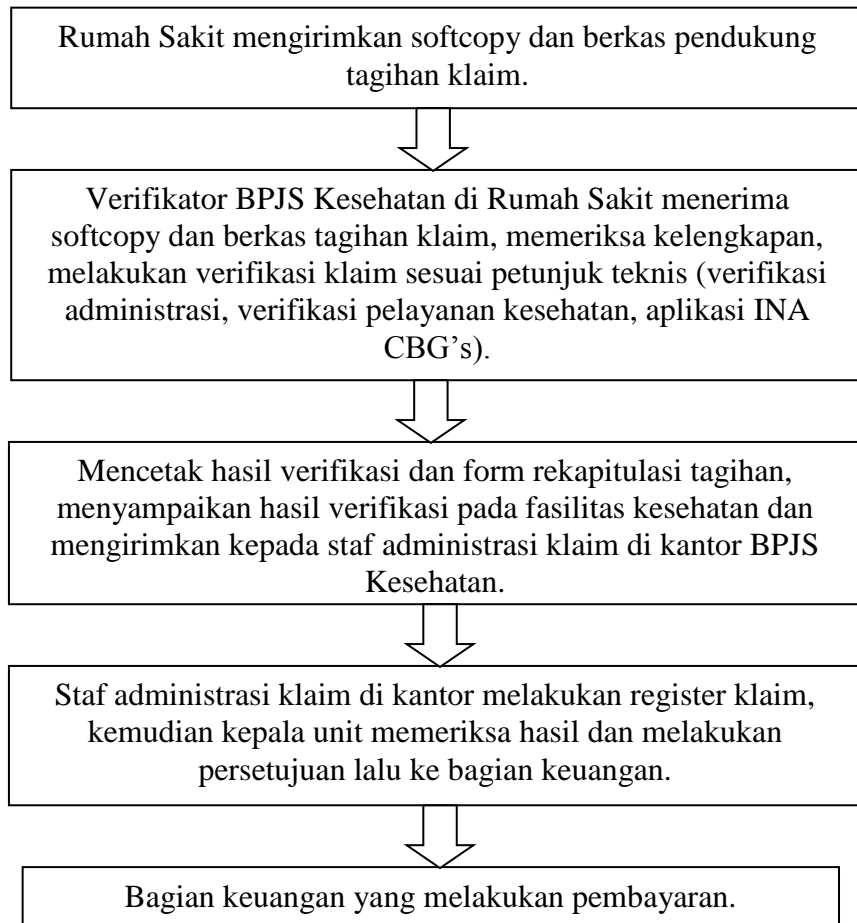
H. Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu dilakukan oleh saudara Taliana D. Malonda pada tahun 2015 dengan judul “Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano”.

Berdasarkan penelitian terdahulu, perbedaan dengan penelitian yang dilakukan oleh penulis antara lain :

1. Lokasi penelitian terdahulu dilakukan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano, sedangkan penelitian yang akan dilakukan penulis dilakukan di rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping.
2. Penelitian terdahulu penulis meneliti bagaimana analisis pengajuan klaim BPJS, sedangkan penelitian yang akan dilaksanakan penulis ialah bagaimana model verifikasi klaim BPJS.

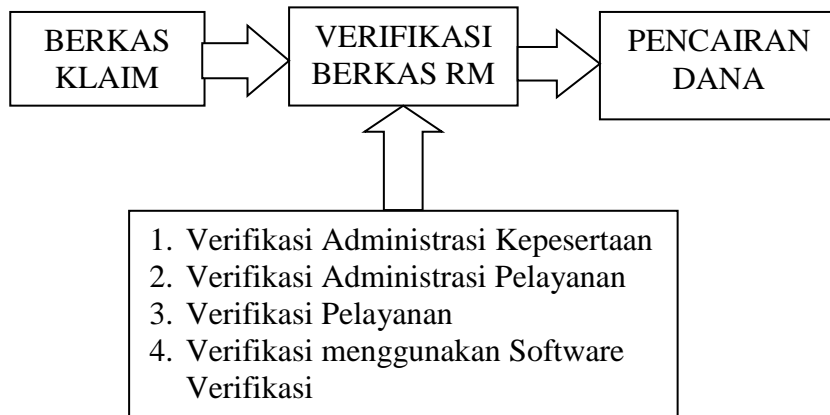
I. Landasan Teori



(Sumber : Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan Tahun 2014)

Gambar 2.1 Landasan Teori

J. Kerangka Konsep Penelitian



(Sumber : Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan Tahun 2014)

Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian