

**KAJIAN YURIDIS TERHADAP PERLINDUNGAN PIHAK  
TERTANGGUNG ASURANSI KESEHATAN PADA BADAN  
PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) DI SAMARINDA**

**TITI RISKANA**

Fakultas Hukum

Universitas 17 Agustus 1945 Samarinda. Indonesia

**ABSTRAK**

Penelitian ini berjudul “Kajian Yuridis Terhadap Perlindungan Pihak Tertanggung Asuransi Kesehatan Pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Di Samarinda”,

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui secara jelas mengenai pengaturan dalam rangka perlindungan terhadap pihak tertanggung asuransi kesehatan apabila terjadi klaim yang lebih besar jumlahnya dari yang dipertanggungkan oleh badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) kesehatan, dan bertujuan untuk mengetahui upaya yang harus diberikan oleh pemerintah terhadap pihak tertanggung asuransi badan penyelenggara Jaminan sosial (BPJS) kesehatan untuk mengatasi klaim yang lebih besar dari jumlah yang dipertanggungkan.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian yang bersifat normatif Jenis data yang digunakan adalah data primer guna memperoleh bahan kepustakaan serta peraturan-peraturan yang berkaitan dengan judul skripsi. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu dilakukan dengan studi kepustakaan. Dalam hal ini yang diteliti adalah pelaksanaan dan upaya pembayaran klaim asuransi kesehatan apabila terjadi klaim yang lebih besar jumlahnya dari yang dipertanggungkan oleh BPJS kesehatan menurut Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang system Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan pembayaran klaim asuransi kesehatan dari penyelenggara kesehatan yang lebih besar jumlahnya dari yang dipertanggungkan, oleh BPJS kesehatan biasanya dilakukan verifikasi dahulu oleh pihak BPJS kesehatan dengan prosedur mengecek dan mempelajari pemberitahuan tertulis dari pemberi pelayanan kesehatan (PPK) petugas BPJS kesehatan mendatangi PPK untuk memverifikasikan besarnya klaim yang menjadi tanggungan BPJS kesehatan, mengecek bukti pendukung klaim yang diajukan PPK, dan membayar klaim tanggungan sesuai dengan hasil verifikasi serta upaya yang harus dilakukan

pemerintah guna melindungi pihak tertanggung BPJS kesehatan untuk mengatasi klaim penyelenggara kesehatan yang lebih besar dari yang dipertanggungjawabkan, yaitu membuat regulasi tentang BPJS kesehatan dengan menumbuhkan sistem pelayanan kesehatan yang efisien, efektif dan akuntabel.

***Kata Kunci: BPJS, Jaminan Kesehatan dan Pelaksanaan Klaim.***

## **ABSTRACT**

This research entitled "A Juridical Study of the Protection of the Insured Person in Health Insurance at the Social Security Administering Body (BPJS) in Samarinda",

The purpose of this study is to know clearly about the arrangements in order to protect the insured health insurance in the event of a claim that is greater than that covered by the health social security administering agency (BPJS), and aims to find out what efforts should be made by the government against the insured party of the health social security administering body (BPJS) to resolve claims that are greater than the insured amount.

This research is a type of research that is normative in nature. The type of data used is primary data in order to obtain library materials and regulations related to the title of the thesis. The data collection technique used was carried out by literature study. In this case, what is examined is the implementation and payment of health insurance claims in the event of a claim that is greater than that covered by BPJS health according to Law Number 40 of 2004 concerning the National Social Security System (SJSN).

From the results of the study, it can be concluded that the implementation of payment for health insurance claims from health providers is greater than the insured, BPJS health is usually verified first by the BPJS Kesehatan by checking and studying written notifications from health service providers (PPK), BPJS health officers. come to PPK to verify the amount of claims borne by BPJS Kesehatan, check supporting evidence of claims submitted by PPK, and pay insurance claims in accordance with the verification results as well as efforts that must be made by the government to protect the insured party of BPJS Kesehatan to overcome claims of health providers that are larger than those be insured, namely making regulations on BPJS health by fostering a health service system that is efficient, effective and accountable

***Keywords: BPJS, Health Insurance and Claims Implementation.***

## **PENDAHULUAN**

## **Alasan Pemilihan Judul**

Sistem Jaminan Sosial Nasional pada dasarnya merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi rakyat Indonesia sebagaimana telah diamanatkan dalam pasal 28 H butir 1 Undang-Undang dasar negara Indonesia tahun 1945 bahwa “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan “

Tujuan asuransi sosial ini adalah untuk melindungi kepentingan tertanggung yaitu masyarakat tertentu yang menjalankan kegiatan atau profesi dari resiko yang mungkin dialami dalam menjalankan kegiatan atau profesinya, Misalnya di tahun 2004 Pemerintah dalam memajukan kesejahteraan masyarakat terutama bidang kesehatan telah menetapkan Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem jaminan Sosial Nasional (SJSN), karena pembangunan nasional di bidang kesehatan beertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, yang merupakan salah satu hak asasi manusia yang fundamental dan unsur penting dari kesejahteraan, selanjutnya mulai 1 januari 2014, system jaminan sosial terbaru yang lebih dikenal dengan sebutan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN ) resmi diberlakukan melalui Badan Penyelenggara jaminan Sosial (BPJS ) kesehatan.

Sesuai ketentuan peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013 tentang perubahan atas peraturan Nomor 12 tahun 2012 pasal 6 tentang jaminan kesehatan terdapat penjelsan bahwa jenis iuran jaminan kesehatan yangh dikelola oleh BPJS dibagi menjadi 3 ( tiga ) yaitu :

1. Iuran jaminan kesehatan bagi penduduk yang didaftarkan oleh pememrintah daerah ( orang miskin dan tidak mampu )
2. Iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekekrja penerima upah ( PNS, anggota TNI/POLRI, pejabat negara Pegawai pemerintah non pegawai negeri dan pegawai swasta ) dibayar oleh pemberi kerja yag dipotong langsung dari gaji bulanan yang diterima dan
3. Pekerja bukan penerima upah ( pekerja diluar hubungan kerja atau pekekrja mandiri ) dan peserta bukan pekekrja ( investor, perusahaan, penenrma pension, veteran perintis kemerdekaan, janda, duda,. Anak yatim piatu dari veteran atau perintis kekerdekaan ) dibayuar oleh peserta yang bersangkutan

Dengan demikian dapat dikemukakan bahwa ciri-ciri dari asuransi sosial adalah yang menyelenggarakan pertanggungn atau poenanggungnya adsalah pemerintah melalui badan usaha pemerintah seperti Badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS ), sifat hubungan hukum wajib bagi seluruh anggota atau sebagian anggota masyarakat tertentu Penentuan penggantian kerugian

diatur oleh pemerintah dengan peraturan perundang-undangan, Tujuannya adalah untuk memberikan suatu jaminan sosial, bukan untuk mencari keuntungan semata, Namun dalam praktiknya pelaksanaan pertanggung jawaban kesehatan ini tidak selalu berjalan dengan ekspektasi dari masyarakat luas pada umumnya, seperti fasilitas yang didapatkan peserta, kualitas pelayanan kesehatan, besarnya tanggungan kerugian dan klaim tentang tanggungan kerugian, birokrasi administrasi dan sebagainya.

Adapun perumusan dan pembatasan masalah tersebut adalah:

1. Bagaimana pengaturan dalam rangka perlindungan terhadap pihak tertanggung asuransi kesehatan apa bila terjadi klaim yang lebih besar jumlahnya dari yang dipertanggungjawabkan oleh badan penyelenggara jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan ?
2. Upaya apa saja yang harus diberikan Pemerintah terhadap pihak tertanggung asuransi, Badan penyelenggara jaminan Sosial (BPJS) kesehatan untuk mengatasi klaim penyelenggara kesehatan yang lebih besar dari jumlah yang dipertanggungjawabkan ?

### **Metode Penelitian**

Berdasarkan permasalahan yang penulis sajikan untuk memperoleh data yang diperlukan dalam penelitian ini, maka penulis menggunakan jenis penelitian sebagai berikut :

- a. Yuridis Normatif  
Yaitu suatu metode pengumpulan data dengan cara mempelajari buku-buku kepustakaan untuk memperoleh data sekunder.
- b. Yuridis Sosiologis ( Empiris )  
Yaitu data yang diperoleh dari hasil penelitian secara langsung berdasarkan penelitian di lapangan, yaitu di Kantor Badan penyelenggara jaminan Sosial (BPJS) kesehatan Kota Samarinda.

### **KERANGKA TEORITIS**

#### **A. Pengertian dan dasar Hukum Asuransi**

Berdasarkan ketentuan Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD) bahwa asuransi peratnggungan didefinisikan sebagai suatu perjanjian dengan mana seseorang penanggung mengikatkan dirinya kepada seorang tertanggung, dengan menenrma 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.

Dalam pasal 247 KUHD disebutkan bahwa pertanggung jawaban dapat mengenai antara lain bahaya kebakaran termuat dalam pasal 287 KUHD,

bahaya yang mengancam hasil pertanian yang belum dipanen menurut pasal 299 KUHD mengenai jiwa satu orang atau lebih seperti isyarat pasal 302 KUHD, bahaya laut dan bahaya perbudakan yang disebut dalam pasal 592 KUHD, bahaya pengangkutan didarat, di sungai dan perairan pedalaman menurut pasal 363 KUHD.

Apabila dicermati rumusan pertanggung jawaban dalam pasal-pasal KUHD, didalam pasal-pasal tersebut sudah jelas bahwa KUHD tidak mengenal asuransi kesehatan, Namun bila dikemabngkan konsepsi penjaminan yang ada dalam pasal-pasal KUHD, terutama pasal 302 KUHD “ mengancam jiwa satu orang atau lebih “, rumusan ini bisa dikembangkan pengertiannya bahwa asuransi terhadap jiwa diantaranya gangguan kesehatan, Realita saat ini bahwa urgensinya asuransi yang melindungi kesehatan seseorang telah disediakan oleh beberapa perusahaan asuransi, dengan alasan bahwa gangguan dan biaya perawatan kesehatan seseorang dapat menimbulkan kerugian bagi para pihak yang ada didalamnya, sedangkan segala bentuk objek yang dapat menimbulkan kerugian berarti dapat diasuransikan.

## **B. Asuransi Kesehatan**

Asuransi di Indonesia dikenal sejak tahun 1968 dengan dikeluarkan Keputusan Presiden Nomor 230 tahun 1968 tentang peraturan pemeliharaan pegawai negeri sipil dengan peserta terbatas yaitu Pegawai negeri Sipil dan Militer termasuk pensiunan, Kemudian diubah dengan keputusan pResiden nomor 13 tahun 1981 yang berisi tentang pembahasan atas keputusan Presiden nomor 230 tahun 1968, tetapi kedua Kepres ini dicabut dengan peraturan pemerintah nomor 22 tahun 1984 tentang asuransi pegawai negeri Sipil dan peraturan pemerintah nomor 23 tahun 1984.

Asuransi kesehatan Pegawai negeri sipil dikelola oleh perum Husada selanjutnya guna meningkatkan efesinesi dan efektivitas usaha, Perum husada bakti dialihkan bentuknya menjadi poerusahaan persero dengan dikeluarkannya peraturan nomor 6 tahun 1992, tentang pengalihan bentuk perusahaan umum husada bakti menjadi perusahaan perseroan. 20 Sesuai arah pembangunan Nasional dan pemikiran dasara dari sitem kesehatan nasional, tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat keaehatan masyarakat yang optimal sesuai ketentuan pasal 3 Undsang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan.

Asuransi kesehatan memegang teguh prinsip bahwa kesehatan adalah sebuah pelayanan sosial oleh satu pihak tertentu, oleh karena pelayanannya kesehatan tidak boleh semat-mata diberikan berdasarkan satus

sosial masyarakat sehingga semua lapisan masyarakat berhak untuk memperoleh jaminan pelayanan kesehatan yang jangkauannya diantaranya :

1. Tabungan hari tua
2. Jaminan hari tua
3. Jaminan kecelakaan
4. Jaminan kesehatan dan
5. Jaminan kematian

Dengan demikian asuransi kesehatan dapat digolongkan kedalam asuransi sosial, dari segi ekonomi asuransi kesehatan merupakan usaha bersama mengatasi kesulitan ekonomi dari anggota apabila mereka sedang mengalami gangguan kesehatan. Meskipun pemerintah bertanggung jawab terhadap derajat kesehatan tapi masyarakat wajib ikut serta dalam usaha kesehatan yang diselenggarakan pemerintah melalui PT Askes ( senejak 1 januari menjadi BPJS) yang memberikan sistem pelayanan dalam usaha melindungi masyarakat atas gangguan kesehatan karena sakit atau kecelakaan. Sdistem pelayanan yang dipakai adalah sistem tripartite yaitu badan asuaransi yang merupakan badan pengengah antara peserta asuransi.

Asuransi kesehatan memegang teguh prinsip bahwa kesehatan adalah sebuah pelayanan sosial oleh satu pihak tertentu, oleh karena pelayanannya kesehatan tidak boleh semat-mata diberikan berdasarkan satus sosial masyarakat sehingga semua lapisan masyarakat berhak untuk memperoleh jaminan pelayanan kesehatan yang jangkauannya diantaranya :

1. Tabungan hari tua
2. Jaminan hari tua
3. Jaminan kecelakaan
4. Jaminan kesehatan dan
5. Jaminan kematian

Dengan demikian asuransi kesehatan dapat digolongkan kedalam asuransi sosial, dari segi ekonomi asuransi kesehatan merupakan usaha bersama mengatasi kesulitan ekonomi dari anggota apabila mereka sedang mengalami gangguan kesehatan. Meskipun pemerintah bertanggung jawab terhadap derajat kesehatan tapi masyarakat wajib ikut serta dalam usaha kesehatan yang diselenggarakan pemerintah melalui PT Askes ( senejak 1 januari menjadi BPJS) yang memberikan sistem pelayanan dalam usaha melindungi masyarakat atas gangguan kesehatan karena sakit atau kecelakaan. Sdistem pelayanan yang dipakai adalah sistem tripartite yaitu badan asuaransi yang merupakan badan pengengah antara peserta asuransi.

Dengan para pelaksana pelayanan kesehatan, Dalam pelaksanaannya asuransi kesehatan memiliki ciri-ciri chas yaitu sebagai berikut:

- a. Peserta bersifat wajib dan otomatis

b. Tidak bersifat mencari untung

Penyelenggara adalah badan atau lembaga yang dituju oleh pemerintah untuk mempergunakan prinsip solidaritas. Adanya pembatasan terhadap kualitas dari ketentuan klaim Asuransi kesehatan dalam pelaksanaannya tetap berpedoman pada asas-asas sebagai berikut:

- a. Asas usaha bersama berdasarkan kekeluargaan
- b. Asas adil dan merata
- c. Asas percaya diri
- d. Asas kepentingan dan keseimbangan
- e. Asas musyawarah dan mufakat
- f. Asas tidak mencari keuntungan

Tujuan pemerintah dalam menyelenggarakan asuransi sosial terutama asuransi kesehatan adalah memberikan jaminan sosial dibidang kesehatan bagi masyarakat Khususnya Pegawai negeri Sipil, pensiunan, karyawan dan anggota keluarganya, Karena dengan pertumbuhan penduduk yang semakin meningkat, muncul banyak masalah yang melahirkan resiko sosial maupun resiko ekonomi, resiko yang mendatangkan kerugian bagi masyarakat, jelas tidak diinginkan untuk itu resiko perlu dipindahkan dengan jalan mengasuransikan, sehingga masyarakat dapat mewujudkan kesejahteraan hidupnya.

Dengan demikian pemegang polis asuransi akan mendapat kepastian dalam perencanaan keuangan keluarga, yang mesti diperhatikan perawatan yang memerlukan biaya tinggi, seperti rawat inap, penyakit kritis serta cacat tetap total, sehingga tidak memungkinkan lagi mencari nafkah. Adanya sistem asuransi kesehatan yang dapat mengikut sertakan seluruh rakyat, dirasakan sudah mendesak untuk ditangani oleh pemerintah selaku penerima mandat konstitusi nasional.

### **C. Pihak-Pihak Yang Terkait Dalam Asuransi Kesehatan**

Berdasarkan uraian tersebut diatas dapat dikatakan bahwa penyelenggara asuransi kesehatan meliputi pihak terkait peserta pihak asuransi penjamin dan pemerintah, Peserta asuransi kesehatan di Indonesia meliputi :

1. Peserta

- a. Pegawai negeri Sipil Anggota TNI/POLRI, anggota Pensiun yang membayar iuran untuk jaminan pemeliharaan kesehatan menurut peraturan Presiden no, 111 tahun 2013
- b. Pegawai negeri tidak tetap sebagai mana isyarat Menkes Nomor 1540/MENKES/SK XII/2012
- c. Anggota keluarga yaitu Suami/isteri atau anak yang sah atau anak

angkat dan peserta yang mendapat tunjangan dari 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 ditanggunga 2 anak, demikian Kepres Nomor 1994

- d. Iuran jaminan Kesehatan bagi penduduk miskin dan tidak mampu yang terdaftar dan dibayar pemerintah Daerah seperti ketentuan peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013.

Sebagai peserta asuransi kesehatan maka bertanggung memiliki hak sebagai berikut :

- a. Memiliki kartu BPJS kesehatan untuk dapat dilayani pada fasilitas kesehatan yang ditunjuk sesuai ketentuan yang berlaku
- b. Memperoleh penjelasan tentang hak dan kewajiban serta tata cara pelayanan kesehatan
- c. Menyampaikan keluhan secara lisan atau tertulis ke kantor BPJS setempat.

Sedangkan kewajiban yang harus dipenuhi peserta asuransi kesehatan adalah sebagai berikut :

- a. Membayar Iuran
- b. Memberikan data identitas untuk menerbitkan kartu BPJS kesehatan
- c. Menaatikan ketentuan dan prosedur pelayanan kesehatan BPJS kesehatan yang berlaku
- d. Menjaga kartu BPJS kesehatan agar tidak rusak atau dinfaatkan oleh pihak yang tidak berhak.

## 2. Rumah sakit

Rumah sakit adalah salah satu sarana kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah ataupun masyarakat Pemerintah dalam penyelenggaraan menetapkan asuransi kesehatan dalam upaya membantu pengobatan bagi PNS anggota TNI/POLRI, pensiunan beserta keluarganya dan iuran jaminan kesehatan bagi penduduk miskin atau tidak mampu, yang terdaftar dan dibayarkan oleh pemerintah daerah di Rumah sakit pemerintah atau swasta, Rumah sakit sebagai sarana dapat dapat memberikan jaminan ketersediaan, kelengkapan jaringan pelayanan yang dibutuhkan seperti BPJS Kesehatan dan refrensentatif atas domisili peserta sehingga dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.

Program layanan kesehatan yang diselenggarakan BPJS memberikan



jaminan kepada peserta bahwa setiap keluhan dan ketidakpuasan akan di terima, ditangani dan ditindaklanjuti dan diselesaikan secara dini.

#### **D. Badan penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

Sesuai pasal 16 Peraturan Pemerintah Nomor 111 tahun 2013 atas perubahan tentang peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2012 tentang Jaminan kesehatan jenis iuran kesehatan meliputi :

1. Iuran jaminan kesehatan bagi penduduk difatrakan oleh pemerintah daerah dibayar oleh pemerintah daerah.
2. Iuran Jaminan kesehatan bagi peserta pekerja pemerintah upah ( PNS, TNI dan Polri, pejabat negara, non pegawai negeri dan pegawai Swasta dibayar oleh pemberi kerja yang dipotong dari gaji bulanan yang Diterima.
3. Pekerja bukan penerima upah ( pekerja diluar hubungan kerja atau pekerjaan mandiri ) dan peserta bukan pekerja dibayar oleh peserta yang bersangkutan

Untuk jaminan iuran kesehatan bagi peserta pekerja penerima upah PNS, TNI POLRI pejabat negara dan pejabat negara non PNS, akan dipotong sebesar 5% dari gajinya perbulan dengan ketentuan 3% dibayar pemberi kerja dan 2% peserta iuran hal ini tidak dipotong sekaligus melainkan bertahap mulai tanggal 1 Januari hingga 30 Juni 2015 dengan pemotongan 4% dari gajinya perbulan, Namun mulai 1 Juli 2015 pembayaran iuran 5% dari gaji peserta perorangan akan membayar iuran sebesar kemampuan dan kebutuhan yang ditetapkan, yaitu untuk mendapatkan fasilitas kelas I perbulan dikenai iuran Rp 59,500, perorangan, Fasilitas kelas II dikenai iuran Rp 42,500 per orang dan fasilitas kelas III dikenai iuran Rp 25, 500 per orang, pembayaran iuran dilakukan paling lambat tanggal 20 setiap bulan, jika terlambat dikenakan denda administrasi 2% dari total iuran tertunggak paling lama 3 bulan. Besaran iuran jaminan kesehatan ditinjau paling lama 2 tahun sekali, ditetapkan dengan peraturan Presiden.

Dalam hal peserta tidak puas terhadap pelayanan jaminan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan, maka peserta dapat menyampaikan pengaduannya kepada penyelenggara pelayanan kesehatan dan atau BPJS kesehatan, atau dapat langsung datang ke posko di kota dan desa juga dapat melalui hotline BPJS nomor kontak 500-400.

#### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Pengaturan Perlindungan Pihak Tertanggung Asuransi Kesehatan Apabila terjadi Klaim Yang lebih Besar Jumlahnya dari Yang Di pertanggungkan Oleh BPJS Kesehatan**

Salah satu sisten jaminan sosial nasional ( JSN) yang diberlakukan pememrintah Indonesia adalah jaminan kesehatan nasional, Tujuan porogram jaminan kesehatan nasional, ini adalah untuk melindungi kepentingan peserta asuransi yaitu masyarakat tertentu yang dalam aktivitas dan kehidupannya sehari-hari ada kemungkinan mengalami resiko gangguan kesehatan dan kecelakaan.

Hal ini tercermin semenjak tanggal 1 Januari 2014 dimana sistem jaminan sosial terbaru telah diluncurkan oleh Pememrintah yang terkenal dengan sebutan Jaminan Kesehatan Nasional, yang diberlakukan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Nasional ( BPJS ) Kesehatan, Adapun yang menjadi payung hukum penyelenggaraan BPJS kesehatan adalah Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Upaya kesehatan yang semula dititik berat pada upaya penyembuhan pendeitaa secara berangsur-angsur berkembang kearah ketrapduan upaya kesehatan menyeluruh, Perncanana kesehatan merupakan langkah bijak yang ditempuh oleh masyarakat modern. Dengan perencanaan kesehatan yang baik, maka resiko mengalami hal yang tidak dikehendaki dapat diminalkan, Dewaqsa ini semakin banyak alasan untuk melakukan perencanaan kesehatan sejak dini, mengingat semakin banyak orang yang mengalami gangguan kesehatan yang perawatannya menimbulkan biaya relatif besar untuk jangka waktu panjang, Dalam upaya negara meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diselenggarakan program JKN oleh BPJS, sebagai upaya meberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk mendapat manfaat pemeliharaan kesehatan dan pelrlindungan dalam mememnuhi kebutuhan dasar kesehatan, Berdasarkan poertimbangan maka pihak BPJS kesehatan memberikan pemahaman kepada seluruh stakholder terkait agar pelaksanaannya dapat berjalan baik efektif,tranfaran dan akuntabel.

Peraturan Menteri kesehatan nomor 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional, peraturan menteri keuangan nomor 206/PMK 02/2013 tentang tata cara penyedian pencairan dan pertanggungjawaban dana Iuran jaminan kesehatan penerima bantuan iuran, Peraturan menteri kesehatan nomor 19 tahun 2014 tentang penggunaan dana kafitasi jaminan keshatan nasional untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasi pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah dan peraturan Menteri kesehatan nomor 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional.

Selanjutnya sebelum membahas lebih lanjut tentang pelaksanaan pembayaran klaim asuransi kesehatan kepada BPJS kesehatan, sebaiknya dijelaskan terlebih dulu mengenai serba-serbi JKN oleh BPJS kesehatan itu sendiri, BPJS kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas. Sehingga peserta BPJS kesehatan yakin setiap orang termasuk WNA, yang bekerja paling singkat selama 6 bulan wajib membayar iuran yang dibayar teratur oleh peserta kerja dan pemerintah yang telah membayar iuran meliputi :

1. Untuk peserta PBI ( penenerima bantuan iuran )
  - a. Pekerja penenerima upah akan mendapat pelayanan kelas I dan II
  - b. Pekerja bukan penenerima upah akan mendapatkan pelayanan kelas I II dan III sesuai dengan premi dan kelas perawatan yang dipilih
  - c. Bukan pekerja bisa mendapat pelayanan kesehatan kelas I II dan III sesuai dengan premi dan kelas perawatan yang dipilih.

2. Penenerima Bantuan Iuran (PBI )

Orang yang tergolong fakir miskin dan tidak mampu yang dibayarkan preminya oleh pemerintah ( pemerintah pusat atau pemerintah daerah ) mendapatkan layanan kesehatan kelas III.

Dalam bab IV tentang pelayanan kesehatan pada ketentuan umum butir 1 Peraturan menteri kesehatan nomor 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional dijelaskan bahwa setiap peserta BPJS kesehatan mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan meliputi :

1. Pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama
2. Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan dan rawat inap tingkat lanjutan
3. Pelayanan gawat darurat dan
4. Pelayanan kesehatan lainnya yang ditetapkan oleh Menteri.

Pelayanan kesehatan dalam program JKN diberikan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan tingkat kedua hanya bisa dilayani atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali dalam keadaan gawat darurat, kehususan masalah kesehatan pasien, pertimbangan geografis dan pertimbangan kesediaan fasilitas.

## **B. Upaya Pemerintah terhadap Pihak bertanggung Asuransi BPJS Kesehatan Untuk Mengatasi Klaim Penyelenggaraan Kesehatan Yang Lebih Besar dari Jumlah Yang dipertanggungkan**

Upaya mengatasi klaim yang tidak dapat dipenuhi, bukan hanya berasal dari aspek manusianya, tetapi juga dari manajemen kelembagaan, bangsa dan Negara itu sendiri, Rumah Sakit misalnya didorong untuk saling membentuk kelompok/rantai dan industri farmasi juga disarankan untuk melakukan evaluasi dan membuka kemungkinan untuk kerja sama, sehingga dapat menumbuhkan daya saing, khususnya menghadapi era globalisasi, kalau tidak pada saat globalisasi lembaga Rumah sakit dan farmasi berbiaya relatif tinggi, padahal disitulah sebagian besar pembiayaan kesehatan dihitung.

Dalam rangka mewujudkan visi dan misi yang ditetapkan BPJS Kesehatan yang tercermin sebagai perilaku segenap jajaran BPJS kesehatan mulai dari direksi hingga pegawai rendah berupa integritas, pelayanan yang prime, kerja sama dan pembelajaran, secara terus menerus yang secara operasional dijabarkan sebagai berikut :

1. Integritas

Menciptakan SDM yang memiliki jiwa pengabdian dan loyalitas serta tanggung jawab yang tinggi, yang terwujud dalam pelaksanaan tugas secara taat asas serta bersiplin hingga tercipta good corporate government

2. Pelayanan Prime

Senantiasa mengupayakan pelayanan yang terbaik bagi peserta dan mitra kerja untuk mencapai tingkat kepuasan peserta dan mitra kerja yang optimal untuk menciptakan pelayanan yang loyal

3. Peningkatan Kerja Sama

Dibangun pemahaman visi bersama, yang jelas tujuan bersama, kerja bersama sudah berjalan dibina harus ditingkatkan agar selang ada tukar informasi program antar unit kerja di kantor pusat dan daerah

4. Pembelajaran Terus Menerus

Menciptakan iklim kerja yang menunjang semangat pembelajaran secara terus menerus secara perorangan ataupun melalui program pendidikan atau pelatihan secara berencana sehingga selalu inovatif mengatasi berbagai akibat perubahan lingkungan usaha dalam upaya peningkatan dan pengembangan guna mengoptimalkan kinerja perusahaan.

Adapun tujuan BPJS kesehatan melaksanakan dan menunjang kebijaksanaan terkait program pemerintah dibidang ekonomi khususnya asuransi kesehatan, bagi PNS TNI. POLRI, penerima pensiun, Veteran dan perintis kemerdekaan beserta keluarganya dan peserta lainnya, Untuk mencapai maksud dan tujuan ini dilakukan kegiatan usaha sebagai berikut :

1. Menyelenggarakan asuransi kesehatan yang bersifat menyeluruh bagi PNS.TNI.POLRI Penerima pensiun Veteran, Peintis Kemerdekan, beserta keluarganya
2. Menyelenggarakan asuransi kesehatan yang bersifat menyeluruh bagi pegawai dan penenrma pensiun Badan Usaha dan Badan lainnya
3. Menyelenggarakan jaminan pememliharaan keehatan sesauai ketentuan undang-undang yang berlaku.

Dengan asuransi kesehatan tidak berarti pelayanan kesehatan gratis, karena asuransi kesehatan bertujuan mengelolan pelyanan kesehatan, atas dasar rasional, dengan mempertimbangkan aspek biaya dan jenis pelayanan keehatan yang diberikan, Dalam pelayanan keehatan dituntut sikap bertnggung jawab peserta, yang selama ini menikmati pelayanan kesehatan berlebihan akan dirasakan merugikan yang bersangkutan.

Dalam hal adanya pebayaran klaim yang lebih besar dari yang dipertanggungkan oleh BPJS kesehatan, dimana tuntutan klaim dapat pudar karena adanya faktor yang menunjukkan jmlah tuntutan yang tidak sesuai kaluasl perjanjian, selanjutnya kelebihan biaya ini menjadi beban peserta BPJS kesehatan, disini peserta BPJS kesehtan akan berusaha menyelesaikan perkaranya dengan menggunakan klaim perorangan pada BPJS kesehatan yang prosedurnya ditentukan sebagi berikut :

1. Peserta dapat menunjukkan klaim perorangan hanya pada kasus berikut :
  - a. Kasus emergensi - kegawat daruratan atas indikasi medis) seseuai kriteria emergensi
  - b. Persalinan normal diluar jaringan
  - c. Pesalin penyulit dengan tindakan elektif terencana sebelumnya
  - d. Peserta mengajukan klaim disertai dokumen pendukung sebagai syarat klaim yang telah ditentukan oleh BPJS kesehatan
  - e. BPJS melakukan pemeriksaan terhadap berkas myang diajukan, manakala berkas klaim belum lengkap maka akan dikembalikan kepada yang bersangkutan
  - f. Apabila sudah dianggap lengkap maka klaim akan diproses
  - g. Apabila setelah dilakukan verifikasi ternyata ada hal tertentu yang tidak dapat diproses Bidang JPK BPJS kesehatan akan menginformasikan melalau surat pemberitahuan atau telepon kepada pesertaa melalui perusahaan
  - h. PBJS kesehatan melaksanakan pembayaran disertai dengan rincian pembayaran sesuai ketentuan setelah proses verifikasi klaim selesai.

Bagi nasabah memahami cara mengajukan klaim asuransi dapat mencegah timbulnya kesulitan dan kerugian serta memudahkan untuk mendapat uang penggantian.

## **P E N U T U P**

### **A. Kesimpulan**

1. Pelaksanaan pembayaran klaim asuransi kesehatan dari penyelenggara kesehatan yang lebih besar jumlahnya dari yang dipertanggungkan, oleh BPJS kesehatan biasanya dilakukan verifikasi dahulu oleh pihak BPJS kesehatan dengan prosedur mengecek dan mempelajari pemberitahuan tertulis dari pemberi pelayanan kesehatan (PPK) petugas BPJS kesehatan mendatangi PPK untuk memverifikasikan besarnya klaim yang menjadi tanggungan BPJS kesehatan, mengecek bukti pendukung klaim yang diajukan PPK, dan membayar klaim tanggungan sesuai dengan hasil verifikasi, Dalam hal ada kelebihan biaya perawatan yang iluar tanggungan BPJS kesehatan, maka menjadi tanggung jawab BPJS kesehatan
2. Upaya yang harus dilakukan pemerintah guna melindungi pihak tertanggung BPJS kesehatan untuk mengatasi klaim penyelenggara kesehatan yang lebih besar dari yang dipertanggungkan, yaitu membuat regulasi tentang BPJS kesehatan dengan menumbuhkan sistem pelayanan kesehatan yang efisien, efektif dan akuntabel, misalnya menyederhanakan jumlah dan jenis obat beredar atau penyediaan obat-obat esensial yang murah untuk pelayanan umum, Pengaturan dengan pihak penyelenggara kesehatan dalam kemitraan yang positif. Misalnya membuat perjanjian pertanggungan mengenai jenis dan tingkat serta besaran tarif pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh BPJS kesehatan serta tranpran dan disosialisasikan kepada masyarakat, bahkan jika memang diperlukan maka dituang dalam peraturan perundangan beserta dengan petunjuk pelaksanaannya.

### **B. Saran - saran**

1. Peserta BPJS seharusnya mengetahui terlebih dahulu hak dan kewajiban yang termuat dalam klausul perjanjian BPJS kesehatan untuk mendukung pengetahuan dan kesadaran peserta BPJS kesehatan, perlu kiranya petugas pelayanan kesehatan atau BPJS kesehatan memberikan penyuluhan lebih intensif tentang hak dan kewajiban peserta dengan berkomunikasi lebih baik agar tidak terjadi kesalah pahaman.
2. Hendaknya diadakan kembali penyederhanaan tentang tata laksana pelayanan kesehatan, administrasi dan keunagn agar tidak terjadi pengajuan klaim yang lebih besar dari yang dipertanggungkan sehingga

bisa mengakibatkan terlambat penyelesaian pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan atau adanya tagihan kelebihan biaya perawatan kepada peserta BPJS kesehatan, Disamping itu pemerintah menyediakan dana khusus agar pengajuan klaim kepada BPJS kesehatan dapat lebih terjamin, serta jumlahnya memenuhi jumlah dana yang dibutuhkan peserta, mengingat semakin tingginya biaya kesehatan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Andrianto, Andi Simpel konsep pemasaran asuransi andra Biz jakarta 2014  
Butar-Butar Hukum harta kekayaan menurut sistematika KUH perdata dan Perkembangannya Refika Aditama Bandung 2012  
Dewan jaminan Sosial Nasional sistem jaminan sosial terbaru, Jaminan kesehatan Nasional resmi diberlakukan 25.05-2014  
Norhayati kajian yuridis terhadap asuransi, pascasarjana Universitas diponegoro Semarang 2014  
Prodikoro Hukum asuransi di Indonesia Intyermasaa Jakarta 1990  
Porwosicpto Pengertian pokok hukum dagang Indonesia Djembatan jakarta 1993  
Ridho Ali fungsi asuransi d alam lembaga keuangan Alumni Bandung 2012  
Sokanto Sorjono Pennelitian hukum normatif Raja Grafindo Persda Jakarta 2009  
Sigiono Bambang Metode penenlitain Hukum Rajawali Press 2012  
Sulastono, Manajemen Kesjhatan Gramedia Pustaka Utama Jakarta 2013  
Suma Mur, Keselamatan Kerja dan pencegahan kecealkan Haji Masa Agung Jakarta 2012  
Tarmudi tarsiis wawasan perasuransian Djembatan jakarta 2003  
Usman Fuad Hidup lebih Nyaman dengan berasuransi Media Komputido jakarta 2012  
Wijaya Gunawan Hukum tentang pewrlindungan Konsumen Gramedia Pustaka utama Jakarta 2009