

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Sebelum membahas pengertian asuransi kesehatan sosial, beberapa pengertian yang patut diketahui terkait dengan asuransi tersebut adalah:

- a. Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya (Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional atau SJSN).
- b. Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.
- c. Jaminan Sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Dengan demikian, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

2.1.1 Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Menurut UU No 40 Tahun 2004 bahwa Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip – prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut:

1. Kegotong-royongan

adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau tingkat penghasilannya.

2. Nirlaba

adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya dari seluruh peserta.

3. Keterbukaan
adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.
4. Kehati-hatian
adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.
5. Akuntabilitas
adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
6. Portabilitas
Adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
7. Kepesertaan
adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.
8. Dana Amanat

Bahwa iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial
9. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar besar kepentingan peserta adalah hasil berupa deviden dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

2.1.2 Tujuan JKN

Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

2.1.3 Manfaat Jaminan Kesehatan

Berdasarkan Perpres RI No 82 tahun 2018 manfaat Jaminan Kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan :

- a. Penyuluhan kesehatan perorangan
- b. Imunisasi dasar
- c. Keluarga berencana
- d. Skrining kesehatan

pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:

1. administrasi pelayanan.
2. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar
3. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik
4. tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun nonbedah sesuai dengan indikasi medis
5. pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai
6. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
7. rehabilitasi medis;
8. pelayanan darah
9. pemulasaran jenazah Peserta yang meninggal di Fasilitas Kesehatan
10. pelayanan keluarga berencana
11. perawatan inap nonintensif
12. perawatan inap di ruang intensif

2.1.4 kepesertaan

Peserta BPJS Kesehatan terbagi dalam dua golongan utama, yaitu Penerima Bantuan Iuran dan Bukan Penerima Bantuan Iuran, antara lain :

- a. Penerima Bantuan Iuran / PBI

PBI adalah fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Fakir miskin biasanya tidak memiliki sumber mata pencaharian sehingga tidak mempunyai sumber pendapatan. Sedangkan orang tidak mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian tetapi pendapatan tersebut hanya dapat digunakan untuk hidup dasar yang layak dan tidak mampu membayar iuran JKN.

b. Non Penerima Bantuan Iuran / Non PBI

Peserta tersebut terdiri dari :

- 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
 - a) Pegawai Negeri Sipil
 - b) Anggota TNI
 - c) Anggota Polri
 - d) Pejabat Negara
 - e) Pegawai Pemerintah Non-Pegawai Negeri
 - f) Pegawai swasta
 - g) Pekerja yang menerima upah namun tidak termasuk huruf a hingga huruf f.
- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu :
 - a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri
 - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah
 - c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya, yaitu :
 - a) Investor
 - b) Pemberi Kerja
 - c) Penerima Pensiun, terdiri dari :
 1. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun
 2. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun
 3. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pension
 4. Penerima pensiun lain
 5. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun
 - d) Veteran
 - e) Perintis Kemerdekaan

- f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar Iuran Anggota keluarga.

2.1.5 Iuran

Menurut Perpres RI Nomor 82 Tahun 2018 bahwa Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, Pemberi Kerja dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan.

Sesuai Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 jenis iuran dibagi menjadi:

- a. Iuran Jaminan Kesehatan bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah daerah dibayar oleh Pemerintah Daerah (orang miskin dan tidak mampu).
- b. Iuran Jaminan Kesehatan bagi peserta Pekerja Penerima Upah (PNS, Anggota TNI/POLRI, Pejabat Negara, Pegawai pemerintah non pegawai negeri dan pegawai swasta) dibayar oleh Pemberi Kerja yang dipotong langsung dari gaji bulanan yang diterimanya.
- c. Pekerja Bukan Penerima Upah (pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri) dan Peserta bukan Pekerja (investor, perusahaan, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan, janda, duda, anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan) dibayar oleh Peserta yang bersangkutan.

Untuk jumlah iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang terdiri atas PNS, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri maka akan dikenakan potongan sebesar 5% dari gaji atau upah per bulan, dengan ketentuan 3% dibayar oleh pemberi kerja, dan 2% dibayar oleh peserta. Meski demikian, iuran tidak dipotong sebesar angka tersebut secara sekaligus. Karena pemotongan ini akan dilakukan secara bertahap mulai 1 Januari 2014 hingga 30 Juni 2015 dengan ketentuan pemotongan 4% dari gaji atau upah per bulan dibayar oleh Pemberi Kerja dan 0,5% dibayar oleh peserta. Lalu pada 1 Juli 2015, pembayaran iuran 5% dari gaji atau upah per bulan itu menjadi 4% dibayar oleh Pemberi Kerja dan 1% oleh peserta. Sementara bagi peserta perorangan akan ditentukan ketentuan iuran sesuai dengan kemampuan dan kebutuhannya. Untuk saat ini sudah ditetapkan bahwa:

- a. Untuk mendapat fasilitas kelas I dikenai iuranRp 160.000 per orang per bulan.
- b. Untuk mendapat fasilitas kelas II dikenai iuranRp 110.000 per orang per bulan.
- c. Untuk mendapat fasilitas kelas III dikenai iuranRp 42.000 per orang per bulan.

2.2 Administrasi Klaim

Administrasi klaim menurut definisi *HIAA* (Health Insurance Association of America) adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan kejadian sakit dan cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim. Dalam administrasi klaim melibatkan unsur-unsur sebagai berikut:

1). Tertanggung

Dalam hal ini tertanggung sesegera mungkin melaporkan dan mengajukan berkas klaim kepada pihak penanggung atau perusahaan asuransi. Dalam mengajukan berkas klaim, ada beberapa hal yang harus dipenuhi oleh tertanggung, yaitu: melengkapi berkas-berkas klaim seperti kuitansi asli, resep obat dan data lain misalnya surat jaminan pelayanan kesehatan untuk kasus rawat inap dan atau pembedahan.

2). Pemegang Polis

Dalam hal administrasi klaim, pemegang polis secepatnya harus memberi konfirmasi kepada perusahaan asuransi tentang adanya peserta yang mengajukan klaim dan memastikan bahwa pengaju klaim atau tertanggung masih eligible. Dalam pengajuan klaim, pemegang polis juga berperan dalam melakukan skrining terhadap kelengkapan berkas klaim dan eligibilitas pengaju klaim sebelum diajukan ke perusahaan asuransi.

3). Perusahaan Asuransi Kesehatan

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 diterapkan juga harus efektif dan efisien disamping harus mampu melakukan penekanan biaya. Perusahaan asuransi harus menyediakan pedoman dan petunjuk yang jelas mengenai prosedur dan proses klaim kepada setiap tertanggung terutama kepada pemegang polis.

4). Provider Pelayanan Kesehatan

Dalam administrasi klaim, provider pelayanan kesehatan baik rumah sakit, klinik, apotik, maupun dokter praktik harus memberikan informasi yang jelas dan benar mengenai pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada tertanggung. Pelayanan kesehatan yang

diberikan harus sesuai dengan hak-hak tertanggung tentang 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 terjadinya kesalahpahaman. Hal ini sering menimbulkan konflik antara perusahaan asuransi, tertanggung, dan pemberi pelayanan kesehatan.

5). Tujuan Administrasi Data

1. Membayar seluruh klaim yang telah diverifikasi dan tepat sesuai dengan polis.
2. Mengumpulkan dan mengelola data klaim yang tersedia untuk akuntan/laporan, statistik, analisa dan penyelidikan terhadap data yang meragukan dan data yang diperlukan untuk pembayaran
3. Melakukan penekanan biaya dalam rangka mencapai tujuan perusahaan dalam memperoleh profit yang maksimal.

Menurut Petunjuk Teknis, Pedoman Pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan diajukan kepada kantor cabang/kantor operasional kabupaten/kota BPJS kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum antara lain sebagai berikut:

a. Rekapitulasi pelayanan

b. Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:

- 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP).
- 2) Surat perintah rawat inap.
- 3) Resume medis yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
- 4) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), misal:
 - a) Laporan operasi
 - b) Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus

c) Perincian tagihan rumah sakit

- d) Karakterist (manual atau automatic billing)
- e) Berkas pendukung lain yang diperlukan.

Adapun proses alur pengajuan klaim rawat inap ke BPJS Kesehatan dari klaim rawat inap sebagai berikut:

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan RITL sebagai berikut:

a. kelengkapan administrasi umum :

1. formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga) yang ditandatangani oleh Pimpinan FKRTL atau pejabat lain yang berwenang, paling rendah adalah yang menjabat sebagai Kepala Instansi;
2. softcopy luaran aplikasi BPJS Kesehatan;
3. kuitansi asli bermaterai cukup
4. Surat Tanggung Jawab Mutlak bermaterai cukup yang ditandatangani oleh Pimpinan atau Direktur FKRTL
5. Berita acara hasil verifikasi klaim, serah terima, kelengkapan
6. Surat Pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan
7. Berita acara pengembalian berkas klaim

b. kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:

1. lembar Register Klaim masing-masing Peserta yang berisi informasi tentang keabsahan Peserta, resume medis, dan pelayanan Spesial CBG apabila diberikan;
2. rekapitulasi pelayanan;
3. kelengkapan administrasi khusus berupa bukti pendukung.

2.3 Metode Pembayaran

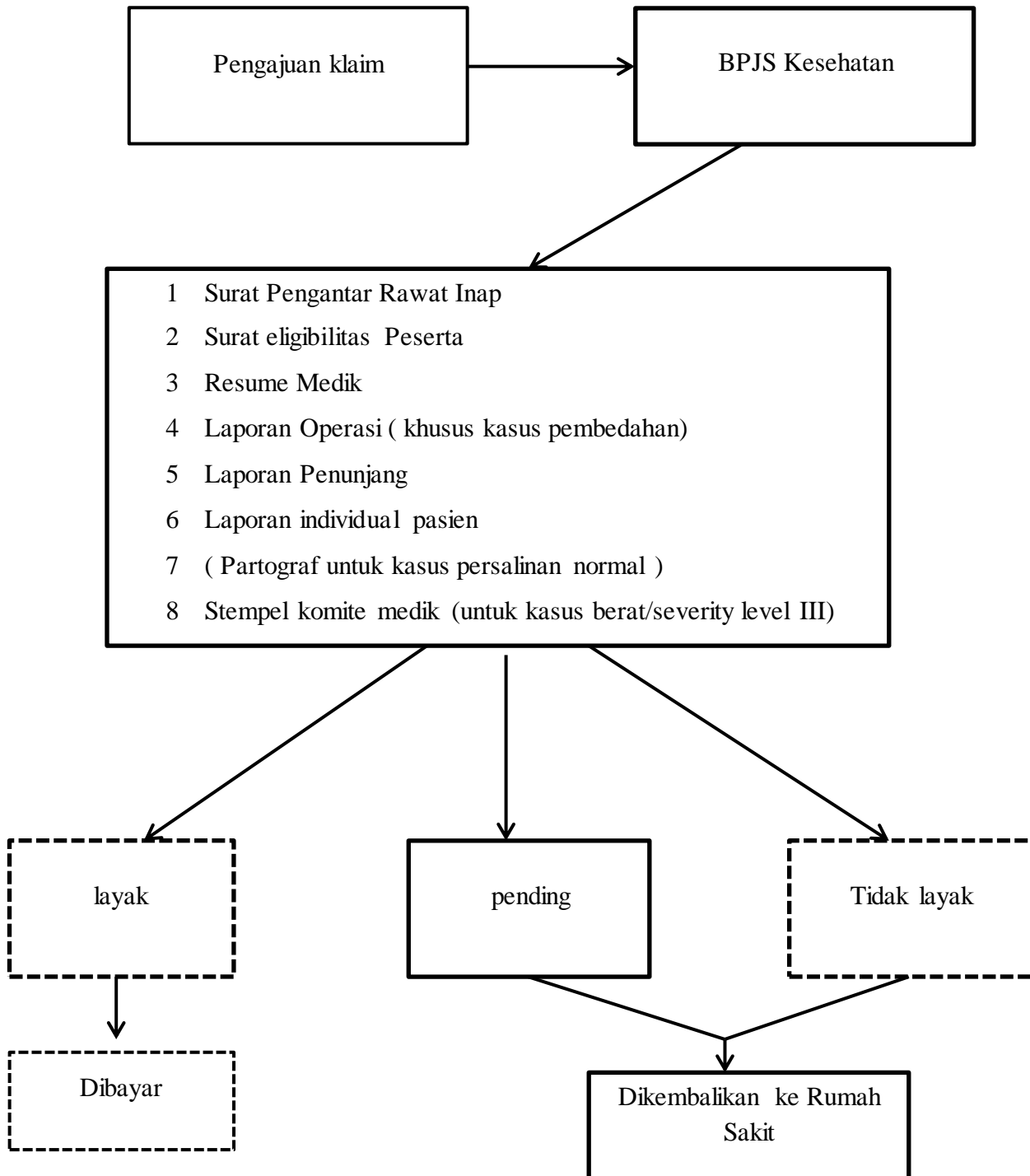
Cara pembayaran klaim BPJS yaitu dengan sistem INA CBGs. Berdasarkan Kepmenkes Republik Indonesia Nomor 440/Menkes/SK/XII/2012 INA-CBG's merupakan singkatan dari Indonesia Case base groups yaitu sebuah aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk mengajukan klaim pada pemerintah. Arti dari Case Base Groups (CBG) adalah cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama.

Sejumlah aspek yang mempengaruhi besarnya biaya INA-CBG's, yaitu diagnosa utama, adanya diagnosa sekunder berupa penyerta (comorbidity) atau penyulit (complication), tingkat keparahan, bentuk intervensi, serta umur pasien. Tarif INACBG's

dibayarkan per episode pelayanan kesehatan, yaitu suatu rangkaian perawatan pasien sampai selesai. Dengan pola INA-CBG's, paket pembayaran sudah termasuk:

- 1) konsultasi dokter.
- 2) pemeriksaan penunjang, seperti laboratorium, roentgen dll.
- 3) obat Formularium Nasional (Fornas) maupun obat bukan fornas.
- 4) bahan dan alat medis habis pakai.
- 5) akomodasi atau kamar perawatan.
- 6) biaya lain yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien. Komponen biaya tersebut sudah termasuk ke dalam paket INA-CBG's, tidak dibebankan kepada pasien

2.4 Kerangka Konsep



Diteliti : _____

Tidak Diteliti : - - - - -

Gambar 2.1 Kerangka Konsep