

BAB I PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Salah satu lembaga keuangan non bank yang berperan menjadi salah satu pilar perekonomian nasional adalah industri perasuransian. Di China, pertumbuhan industri asuransi memberikan kontribusi yang signifikan terhadap perkembangan ekonomi makro negaranya. Bahkan pertumbuhan industri asuransi berpengaruh secara positif terhadap faktor produksi, tabungan dan akumulasi modal investasi. Hasil studi lain menunjukkan ada hubungan kausalitas yang signifikan antara pertumbuhan ekonomi dengan pertumbuhan asuransi (Mishra, 2014).

Asuransi kesehatan komersial (swasta) di Indonesia telah ada sejak tahun 1970, namun perkembangannya sangat lambat sampai tahun 1992 karena landasan hukum yang tidak jelas (Thabrany, 2014). Pada saat itu, asuransi kesehatan dijual sebagai produk tumpangan (rider) oleh perusahaan asuransi kerugian. Perusahaan asuransi jiwa tidak jelas dapat menjual atau tidak produk tersebut. Dengan dikeluarkannya UU Nomor 2 tahun 1992 tentang asuransi, maka baik asuransi kerugian maupun asuransi jiwa boleh menjual produk asuransi kesehatan. Faktor lain yang menyebabkan pertumbuhan asuransi adalah pertumbuhan ekonomi di Indonesia (Basuki, 2013).

Perusahaan asuransi kesehatan komersial dapat memenuhi keinginan perorangan yang beragam. Konsekuensinya, perusahaan akan merancang berbagai produk yang sesuai dengan permintaan masyarakat. Asuransi kesehatan dalam hal ini mencakup produk asuransi kesehatan sosial maupun komersial (Thabrany, 2014). Secara umum pengeluaran kesehatan asuransi swasta negara-negara di dunia sekitar 4.7% dari pengeluaran kesehatan di luar investasi pada tahun 2014 (WHO, 2014).

Badan Pusat Statistik (BPS) melaporkan berdasarkan data Susenas 2014 dan 2015, jumlah penduduk Indonesia mencapai 254,9 juta jiwa, membuat Indonesia sebenarnya pasar yang besar untuk asuransi namun karena banyaknya kendala, seperti krisis ekonomi yang sedang dihadapi membuat persaingan diantara perusahaan asuransi semakin ketat. Akan tetapi karena krisis ekonomi ini pula membuat banyak dari masyarakat Indonesia yang kian menyadari pentingnya asuransi kesehatan sebagai transfer resiko keuangan atau kejadian sakit yang dialami (Thabrani, 2014)

Asuransi adalah instrumen sosial yang menggabungkan risiko individu menjadi risiko kelompok tersebut untuk membayar kerugian yang diderita. Esensi asuransi adalah suatu *instrument* sosial yang melakukan kegiatan pengumpulan dana secara sukarela, mencakup kelompok resiko dan setiap individu atau badan yang menjadi anggotanya mengalihkan resikonya kepada kelompok. Asuransi kesehatan adalah merupakan salah satu asuransi yang berkembang dan menjadi perhatian khusus pemerintah saat ini, dimana pemerintah saat ini sedang menjalankan program asuransi kesehatan untuk masyarakat yaitu Sistem Jaminan Sosial Nasional UU No. 40 tahun 2004 tentang SJSN (Ghufron, 2008).

Asuransi komersial merespons *demand* (permintaan) masyarakat sedangkan asuransi sosial merespons terhadap *needs* (kebutuhan) masyarakat. Tujuan utama penyelenggaraan asuransi kesehatan komersial ini adalah pemenuhan keinginan (*demand*) perorangan yang beragam. Dengan demikian, perusahaan akan merancang berbagai produk, bahkan dapat mencapai ribuan jenis produk, yang sesuai dengan permintaan masyarakat. Secara teoritis bahkan dapat dibuat lebih dari satu juta produk, apabila variasi demand masyarakat memang sebanyak itu. Hal itu akan menimbulkan pemborosan, tidak efisien karena untuk dapat menjual produk yang sangat bervariasi tersebut dibutuhkan biaya besar. Biaya besar tersebut dibutuhkan untuk riset pasar, perancangan produk, pengembangan sistem informasi, penjualan, komisi agen atau broker, dan keuntungan perusahaan (Thabrany, 2014)

Menurut Anantha (2017), penyebab keterlambatan pembayaran klaim tersebut dapat terjadi karena faktor eksternal (*provider*) maupun internal (pihak asuradur itu sendiri) yang dapat menghambat proses klaim dan pembayaran ke pihak *provider*. Menurut Hidayat (2002), beberapa permasalahan yang dialami oleh pihak asuradur yaitu keterlambatan pembayaran klaim diantaranya dikarenakan kekurangan berkas klaim (67,5%) dan keterlambatan proses klaim (18,2%). Menurut Wulansari (2009), keterlambatan klaim disebabkan oleh kekurangan tenaga Sumber Daya Manusia (SDM), kekurangan keahlian analisis, terdapat ketidakjujuran, konflik dan proses yang berbelit-belit.

Administrasi klaim mempunyai pengaruh yang kuat pada setiap reputasi perusahaan asuransi. Hal ini dikarenakan selain memberi arti bagi keberhasilan produk, juga dipakai sebagai indikator keberhasilan usaha dan manajemen perusahaan. Fungsi klaim dalam perusahaan asuransi adalah memenuhi kontrak perjanjian untuk memberi perlindungan finansial kepada peserta atas suatu peristiwa atau kejadian untuk itulah suatu perusahaan asuransi mempunyai kewajiban untuk memproses klaim dengan cepat, tepat dan akurat serta

membayarkan sesegera mungkin klaim yang diajukan oleh peserta atau nasabah (Thabrany, 2014).

Dampak bagi rumah sakit dari keterlambatan pembayaran klaim yaitu menimbulkan arus kas (*cash flow*). Untuk mengelola klaim yang efektif dibutuhkan personil, sistem dan prosedur yang handal. Personil klaim harus mempunyai pengetahuan, keahlian dan profesional dalam bidang administrasi klaim. Sistem klaim yang wajib diketahui oleh setiap pemegang polis, sedangkan prosedur dapat mencegah kesalahpahaman mengenai isi polis, menghindari kesenjangan pengetahuan antara peserta dengan perusahaan asuransi dan menjaga keakuratan serta kerahasiaan data klaim (Amrin, 2009).

PT. X bergerak dibidang asuransi kesehatan yang memberikan jaminan kesehatan kepada tertanggung dengan jaminan rawat jalan dan rawat inap. Jaminan rawat jalan terdiri dari biaya dokter umum, spesialis, laboratorium, fisioterapi, imunisasi dasar (BCG, Polio, Campak, hepatitis B), pemeriksaan keluarga berencana, perawatan dasar gigi (cabut, tambal, perawatan syaraf, gigi palsu, platet gigi), dan pembelian kacamata, sedangkan jaminan rawat inap terdiri dari biaya perawatan kamar, pembedahan, perawatan dan pengobatan (Polis PT. X, 2015)

Berdasarkan informasi yang didapatkan, terdapat keterlambatan pembayaran klaim *provider* oleh PT. X pada periode Januari sampai dengan Juni 2020 mencapai 9.646 kasus dari seluruh total klaim *provider*, kekurangan berkas klaim 369 kasus. Keterlambatan pembayaran klaim dapat mengganggu keuangan rumah sakit, bahkan kondisi ini berpotensi membuat mutu pelayanan menurun ditengah upaya pemerintah mendorong peningkatan pelayanan kesehatan. Berdasarkan *Standard Operating Procedure* (SOP) PT. X, proses klaim rawat jalan paling lambat 5 hari. Hal ini berarti pihak asuradur harus dapat membayarkan seluruh tagihan kepada pihak *provider* (sebagai pihak yang mengajukan klaim sesuai perjanjian kerjasama yang telah disepakati dengan asuradur) paling lambat 5 hari setelah berkas pengajuan klaim telah dinyatakan lengkap dan valid untuk dibayarkan.

Sebelum pengajuan klaim *provider* dapat dibayarkan oleh pihak asuradur, terdapat proses klaim yang harus dilakukan guna proses seleksi atau menentukan kelayakan nilai pembayaran terhadap klaim yang diajukan oleh pihak *provider*. Dalam proses klaim terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan, antara lain administrasi klaim, berkas pengajuan klaim, dan proses verifikasi klaim (Thabrany, 2014). Penyebab keterlambatan pembayaran klaim dikarenakan dalam hal metode yaitu dokumen yang tidak lengkap, hal ini dikarenakan kurang ketelitian tertanggung atau agen yang mengajukan klaim, seperti dokumen biaya perawatan

rumah sakit terdapat kekurangan seperti kurangnya tanda tangan pihak rumah sakit atau dokter yang merawat bertanggung (Anantha, 2017).

Studi awal pendahuluan yang dilakukan peneliti pada seorang analis klaim, dimana PT. X sebagai administrator dan verifikator seluruh klaim yang diajukan oleh *provider*, masih ditemukan ketidaklengkapan yang terdapat pada berkas klaim rawat jalan sehingga memperlambat proses pembayaran klaim. Terkait penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa lamanya pembayaran klaim *provider* PT. X berkaitan dengan kelengkapan berkas klaim *provider* untuk diverifikasi dan lamanya waktu yang dibutuhkan analis dalam proses klaim. Oleh karenanya peneliti ingin mengetahui Gambaran Kelengkapan Dokumen Klaim Rawat Jalan *Provider* Asuransi Kesehatan di PT. X tahun 2020.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan laporan, terdapat keterlambatan pembayaran klaim *provider* oleh PT. X pada periode Januari sampai dengan Juni 2020 mencapai 9.646 kasus dari seluruh total klaim *provider*, kekurangan berkas klaim 369 kasus. Hal ini memiliki dampak bagi PT. X dan juga bagi RS. Dampak keterlambatan pembayaran klaim dapat mengganggu keuangan rumah sakit, bahkan kondisi ini berpotensi membuat mutu pelayanan menurun ditengah upaya pemerintah mendorong peningkatan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, berdasarkan masalah yang telah dipaparkan diatas, maka masalah dalam penelitian ini adalah “Gambaran kelengkapan dokumen klaim rawat jalan *provider* asuransi kesehatan di PT. X tahun 2020”.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran umum klaim rawat jalan *provider* di PT. X tahun 2020 ?
2. Bagaimana gambaran kelengkapan keterangan medis klaim rawat jalan *provider* di PT. X tahun 2020?
3. Bagaimana gambaran kelengkapan salinan resep klaim rawat jalan *provider* di PT. X tahun 2020?
4. Bagaimana gambaran kelengkapan hasil penunjang diagnosis klaim rawat jalan *provider* di PT. X tahun 2020?
5. Bagaimana gambaran kelengkapan kuitansi asli klaim rawat jalan *provider* di PT. X tahun 2020?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran kelengkapan dokumen klaim rawat jalan *provider* oleh PT. X tahun 2020.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran kelengkapan keterangan medis klaim rawat jalan *provider* di PT. X tahun 2020.
2. Mengetahui gambaran kelengkapan salinan resep klaim rawat jalan *provider* di PT. X tahun 2020.
3. Mengetahui gambaran kelengkapan hasil penunjang diagnosis klaim rawat jalan *provider* di PT. X tahun 2020.
4. Mengetahui gambaran kelengkapan kuitansi asli klaim rawat jalan ke *provider* di PT. X tahun 2020.

1.5 Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi PT. X

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan evaluasi PT. X dalam memperbaiki manajemen klaim yang ada guna memberikan pelayanan klaim kepada *provider* tepat pada waktunya

2. Manfaat bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Esa Unggul

Hasil penelitian diharapkan menjadi tambahan wawasan keilmuan khususnya penelitian dibidang AKK untuk selanjutnya perlu dikembangkan dalam penelitian yang lebih komprehensif.

3. Manfaat bagi Peneliti Lainnya

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah pengetahuan pembaca tentang keterlambatan pembayaran klaim menyesuaikan dengan analisis terhadap faktor SDM, SOP dan sarana prasarana.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kelengkapan dokumen klaim rawat jalan *provider* Asuransi Kesehatan di PT. X pada tahun 2020. Penelitian ini dilakukan karena kekurangan berkas dapat mengganggu proses klaim rawat jalan. Jenis penelitian ini adalah observasional deskriptif dengan rancangan *cross sectional*. Adapun

variabel yang digunakan adalah kekurangan keterangan medis, salinan resep, hasil penunjang diagnostis yang dilakukan, kuitansi asli. Data yang dibutuhkan menggunakan data sekunder yang diperoleh dari rekapan klaim rawat jalan PT. X.