

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Asuransi kesehatan adalah suatu sistem pembiayaan yang memberikan jaminan penggantian sosial dalam menghadapi risiko yang disebabkan oleh gangguan kesehatan (penyakit) baik penyakit yang dapat disembuhkan dengan pelayanan rawat jalan maupun perawatan yang lebih intensif atau rawat inap. Keadaan tersebut sebagai akibat adanya gangguan kesehatan dan menimbulkan kerugian yang disebabkan pengeluaran biaya untuk pengobatan dan perawatan serta kerugian akibat hilangnya waktu kerja (Wahyuni, 1995)

Pemeliharaan kesehatan merupakan kebutuhan bagi setiap orang tanpa membedakan status sosial ekonomi dan sosial. Saat ini negara-negara berkembang terus di tekan agar memperhatikan masalah kesehatan yang merupakan hak azasi manusia, sebagai prioritas dalam pembangunan. Peraturan perundang-undangan indonesia pun telah mengatur kesehatn ini yang dituangkan dalam Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 Pasal 28H "...Setiap orang berhak mendapat pelayanan kesehatan.

Menurut Gotret P, (2006) yang dikutip dari Chusnun (2007) hampir semua penderita berbagai penyakit (*burden disease*) tinggal di negara berkembang. Sedang kontribusi pembiayaan kesehatan negara berkembang hanya sekitar 12% dari total pembiayaan kesehatan dunia. Kualitas pelayanan kesehatan yang terbatas di negara berkembang dapat dimaklumi, dengan melihat sumber daya yang terbatas dan banyaknya masalah kesehatan yang dihadapi. Besarnya

pembiayaan kesehatan ini berkaitan erat dengan indikator kesehatan di suatu negara (WHO,2000).

Pembiayaan kesehatan yang dilakukan langsung (*out of pocket/OOP*) masih mendominasi dinegara berkembang termasuk Indonesia. Sistem pembiayaan seperti ini akan membebani setiap individu baik kesulitan untuk mendapatkan akses maupun hambatan dalam finansial individu. Menurut Thabrany (2005), tingginya pengeluaran *OOP* ini bersifat regresif, semakin berat dirasakan bagi mereka yang berpendapatan rendah dibandingkan yang berpendapatan tinggi. Selain itu semakin berkembangnya tehnologi kesehatan dan kedokteran membuat biaya kesehatan semakin meningkat/tinggi. Sebagai suatu solusi untuk menghadapi masalah tersebut dibutuhkan suatu sistem pelayanan asuransi kesehatan (Thabrany dan Mayanda, 2005)

Data Susenas 2004 menyebutkan, penduduk yang sudah mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan baik itu dari pemerintah (BUMN) maupun asuransi komersial adalah 25,4 dari total jumlah penduduk Indonesia. Cakupan program asuransi kesehatan ini terus berkembang Karena adanya jaminana progarm jaminan kesehatan masyarakat miskin dari 18% hingga sekarang sekitar 35% dari jumlah total penduduk Indonesia(Chusnun,2007).

Penduduk Indonesia yang kurang dari 225 juta (Bakohumas, 2008), 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 tranfers resiko keuangan atau kejadian sakit yang dialami.

Menurut (Bhisma Murti, 2000), Asuransi kesehatan merupakan cara untuk mengatasi resiko dan ketidakpastian peristiwa sakit serta implikasi biaya-biaya yang diakibatkannya. Melalui asuransi kesehatan peristiwa yang tidak pasti dan sulit diramalkan dapat diubah menjadi peristiwa yang pasti dan terencana. Untuk mencapai hal tersebut pesert asuransi akan membayar sejumlah uang yang disebut premi secara teratur kepada perusahaan asuransi. Asuransi melakukan perangkuman resiko (risk Pooling) untuk membantu mengurangi resiko perorangan ke resiko kelompok. Janji perusahaan asuransi untuk memberikan proteksi kepada pesertanya dari kemungkinan kerugian finansial akibat terjadinya resiko direalisasikan dengan pembayarab klaim oleh perusahaan asuransi sesuai dengan yang disepakati dalam kontrak (HIAA, 1994 dan Ilyas, 2006)

Health Insurance Association of Amerika (HIAA) menerangkan bahwa dalam melaksanakan tugasnya Unit Klaim berpedoman pada filosofi manajemen klaim yaitu, dengan berlaku adil, efisien dan tepat waktu dalam setiap penyelesaian klaim. Sehingga dengan demikian perusahaan asuransi bertanggung jawab untuk membayar sesegera mungkin klaim yang valid sesuai dengan polis kepada tertanggung sesuai dengan kesepakatan waktu yang telah disepakati antara pihak asuransi dan pihak tertanggung. Namun hal tersebut menjadi perhatian penting bagi suatu perusahaan asuransi, karena tidak jarang keterlambatan klaim terjadi disuatu perusahaan asuransi. Berdasarkan hal itu, untuk menangani hal tersebut diperlukan manajemen yang bagus untuk mengelola sebuah perusahaan asuransi. Manajemen klaim adalah unit yang sangat berperan

dalam kelangsungan perusahaan asuransi yang menentukan apakah suatu klaim harus dibayar segera, tunda atau ditolak, yang selanjutnya hal ini akan berefek pada citra perusahaan.

Menurut Adriana (2009) keterlambatan pembayaran klaim Rembuirstment yang terjadi di Asuransi kesehatan Takaful periode Januari-Maret 2009 adalah sebanyak 1332 kasus atau sebesar 23,1%. Berdasarkan dari hasil olah data laporan rekapitulasi pembayaran klaim kesehatan di Asuransi Kesehatan Takaful. Salah satunya di sebabkan tenaga yang kurang yang berakibatkan beban kerja karyawan menjadi banyak dan proses administrasi klaim yang tidak sesuai dengan mekanisme prosedur penggantian klaim.

PT. Asuransi Sinar Mas didirikan pada tanggal 27 Mei 1985 dengan nama PT. Asuransi Kerugian Sinar Mas Dipta. Kemudian di tahun 1991 berubah nama menjadi PT. Asuransi Sinar Mas hingga saat ini. PT. Asuransi Sinar Mas bergerak dibidang Industri Asuransi Kerugian, salah satunya Asuransi Kesehatan yang memberikan jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan kepada tertanggung dengan jaminan rawat jalan dan rawat inap. Dimana 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. Jaminan rawat inap terdiri dari biaya perawatan kamar, pembedahan, perawatan dan pengobatan.

PT. Asuransi Sinarmas Sehat menerima 2 (dua) jenis klaim, yakni klaim reimbursement dan klaim provider. Klaim reimbursement adalah klaim yang diajukan oleh peserta dimana nasabah mendapatkan pelayanan di PPK (pemberi

pelayanan kesehatan) dimana saja, sedang untuk klaim provider adalah klaim yang disajikan oleh PPK yang telah membentuk ikatan kerjasama dengan PT. Asuransi Sinarmas. PT. Asuransi Sinarmas Sehat pun memiliki komitmen untuk membayarkan atau penggantian klaim rawat jalan reimbursement sesegera mungkin yang diajukan maksimal 7-14 hari kerja.

Berdasarkan data rekapitulasi yang dikumpulkan bulan Agustus terdapat keterlambatan dalam proses pembayaran klaim yaitu sebanyak 603 klaim dari jumlah total klaim 36.400 klaim rawat jalan reimbursement akibat kelengkapan dokumen pada bulan Agustus tahun 2013, hal ini dikarenakan pihak tertanggung/peserta yang tidak teliti dalam mengirimkan berkas dokumen klaim ke PT. Asuransi sinarmas. Sehingga kasus keterlambatan pembayaran klaim ini dapat terjadi di PT. Asuransi Sinar Mas dan sesuai dengan perjanjian polis bahwa pembayaran klaim tidak lebih dari 7-14 hari kerja sejak diterimanya kelengkapan berkas pengajuan klaim di Unit klaim Asuransi Kesehatan Sinarmas Jakarta di bagian klaim Rawat Jalan Reimbursement, tetapi pada kenyataanya masih terdapat beberapa keterlambatan dalam pembayaran klaim tersebut.

Adapun latar belakang tersebut, maka penulis ingin melihat dan mengetahui secara langsung dan mendapatkan pengalaman mengenai sistem manajemen klaim rawat jalan reimbursement PT. Asuransi Sinar Mas. pada bagian Healty Insurance Division melalui kegiatan magang Dengan Mengambil Judul Tentang “ Gambaran Manajemen klaim rawat jalan Reimbursement di Asuransi Kesehatan Sinarmas Jakarta.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui gambaran manajemen klaim rawat jalan reimbursement di Asuransi Kesehatan Sinarmas Jakarta

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kegiatan penerimaa dokumen klaim Jaminan Kesehatan di PT.Asuransi Sinarmas
- b. Mengidentifikasi kegiatan verifikasi dokumen klaim Jaminan Kesehatan di PT.Asuransi Sinarmas
- c. Mengidentifikasi proses pembuatan keputusan pembayaran atau penggantian klaim Jaminan Kesehatan di PT.Asuransi Sinarmas
- d. Mengidentifikasi permasalahan dalam mekanisme pengantian klaim jaminan kesehatan di PT. Asuransi Sinarmas danpenaggulangnya.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Mahasiswa

- a. Mendapatkan gambaran berbagai permasalahan nyata di lapangan.
- b. Mendapatkan pengetahuan dan keterampilan yang lebih aplikatif di bidang Asuransi Kesehatan.
- c. Menggunakan metodologi yang relevan untuk menganalisis, mengidentifikasi masalah yang terkait di bidang perusahaan Asuransi Kesehatan, dan menetapkan alternatif pemecahan masalah.
- d. Mendapatkan bahan untuk penulisan karya ilmiah di institusi Asuransi kesehatan

1.3.2 Bagi Fakultas

- a. Sebagai Informasi tambahan untuk memperkaya ilmu pengetahuan tentang asuransi kesehatan
- b. Terbinanya Suatu jaringan kerjasama yang saling menguntungkan dan bermanfaat antara institusi lahan magang dalam upaya meningkatkan keterkaitan dan kesepadanan antar substansi akademik dengan pengetahuan dan keterampilan sumber daya manusia yang dibutuhkan dalam pembangunan kesehatan.
- c. Tersusunnya kurikulum program studi kesehatan khususnya Manajemen Rumah Sakit (MARS) yang sesuai dengan kebutuhan lapangan,
- d. Meningkatkan kapasitas dan kualitas pendidikan dengan melibatkan tenaga terampil dan tenaga lapangan dalam kegiatan magang.

1.3.3 Bagi Lahan Magang

- a. Dapat memanfaatkan mahasiswa untuk membantu kegiatan manajemen dan operasional,
- b. Dapat memanfaatkan tenaga Dosen Pembimbing untuk tukar pengalaman (sharing) dalam bidang Asuransi Kesehatan yang hasilnya dapat menjadi asupan bagi kegiatan manajemen maupun operasional institusi lahan magang.
- c. Dapat mengembangkan kemitraan dengan fakultas dan institusi lain yang terlibat dalam magang, baik untuk kegiatan penelitian maupun pengembangan