

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Resiko merupakan suatu kondisi yang timbul karena adanya ketidakpastiaan atau ketidaksempurnaan dalam peramalan sebuah keinginan. Risiko juga dapat diartikan sebagai suatu bahaya. Resiko dapat terjadi pada berbagai kejadian (kecelakaan, banjir, Gempa bumi, ledakan bom, kematian, kebakaran, tanah longsor, dan berbagai macam penyakit). Bagi kebanyakan orang sakit merupakan peristiwa yang tidak pasti, ireguler, dan mungkin jarang terjadi. Namun ketika peristiwa tersebut benar-benar terjadi, implikasi biaya pengobatan dapat sedemikian besar dan membebani ekonomi rumah tangga (Prawato Agus, 1995).

Jaminan kesehatan yang di tanggungkan oleh perusahaan Asuransi kesehatan melalui program penjaminan pemeliharaan kesehatan merupakan cara untuk mengatasi resiko dan ketidakpastian peristiwa sakit serta implikasi biaya-biaya yang diakibatkannya. Jaminan kesehatan mengubah menjadi peristiwa yang pasti dan terencana dan membantu mengurangi resiko perorangan.

Asuransi kesehatan adalah asuransi yang memberikan santunan kesehatan kepada seseorang (tertanggung) berupa sejumlah uang untuk biaya pengobatan dan perawatan, bila diluar kehendak ia diserang penyakit. Dimana tertanggung membayar premi kepada penanggung secara berkala

seumur hidup atau selama jangka waktu tertentu sebagaimana di tutup asuransinya.

Industri Asuransi Kesehatan kini sudah mulai berkembang, terbukti dengan makin banyaknya perusahaan asuransi kesehatan yang bermunculan dan tingkat kesadaran masyarakat untuk berasuransi pun semakin baik. Belum lagi dukungan upaya pemerintah dalam memajukan dunia perasuransian berupa produk perundang-undangan, yang dikeluarkannya pemerintah dalam mengatur tentang usaha perasuransian dalam Undang-undang Nomor 2 Tahun 1992, UU No. 3 Tahun 1992 tentang jaminan pemeliharaan kesehatan bagi tenaga kerja, UU No. 40 tahun 2004 tentang SJSN (Wulansari diah Andriana, 2009).

Data Susenas (2004) menyebutkan, bahwa penduduk yang sudah memperoleh jaminan pelayanan kesehatan baik itu dari pemerintah (BUMN), maupun asuransi komersial, adalah 25,4% dari total penduduk Indonesia. Cakupan program asuransi kesehatan ini terus meningkat karena adanya program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkeskin), dari 18 % hingga sekitar 35% dari total penduduk indonesia (Chusnun, 2007).

Menurut Presiden RI Pada Penyampaian Keterangan Pemerintah Atas RUU APBN 2012 pada tanggal 16 Agustus 2011, Program Jaminan Kesehatan Masyarakat pada saat ini telah melayani 76,4 juta jiwa dari total penduduk Indonesia. Angka ini di dapat dari jumlah data yang dilaporkan setiap tahunnya Kepada Depertemen Kesehatan dari laporan seluruh Dinas Kesehatan di Indonesia.

Perusahaan asuransi memiliki kewajiban hukum dan etika untuk membayar semua klaim yang sah dan menolak kewajiban yang lainnya. Di Amerika, kewajiban ini dituntut oleh undang-undang bahwa setiap perusahaan harus membayar klaim pada periode tertentu (14 hari), apabila tidak dibayar tepat waktu, sedangkan perusahaan telah menerima bukti klaim secara lengkap, maka perusahaan wajib membayar bunga sesuai dengan keterlambatan waktu pembayaran. Ketentuan tersebut diatur dalam *The National Insurance Commissioners (NAIC) Model Unfair Claim Settlement Practices Act* yang bertujuan untuk mencegah terjadinya praktek manajemen klaim yang tidak baik.

Untuk itu sudah seharusnya perusahaan asuransi membayar sesegera mungkin klaim yang diajukan peserta/rumah sakit provider sesuai dengan haknya, karena hal ini akan berdampak pada kepuasan peserta dan citra perusahaan. Namun terkadang masalah keterlambatan pembayaran klaim atau penolakan pembayaran klaim dapat saja terjadi disuatu perusahaan asuransi.

Menurut Ilyas (2006) Keterlambatan atau Penolakan Klaim dapat terjadi hanya karena kesalahpahaman tertanggung dalam memahami prosedur klaim asuransi. Tanpa melakukan klaim dengan benar, sudah pasti proses klaim akan berbelit-belit dan bahkan kemungkinan klaim akan ditolak. Selain itu, Menurut Ramli (1999) salah satu penyebab keterlambatan klaim terjadi disebabkan karena tenaga yang kurang.

Dengan tenaga yang kurang maka volume pekerjaan yang dibebankan pegawai akan bertambah banyak.

Berdasarkan pantauan Kompas, keterlambatan pembayaran klaim askes dan askeskin pada tahun 2006 itu terjadi hampir di seluruh Indonesia. Di RS Mohammad Husni Thamrin, Palembang, Sumatera Selatan, tunggakan klaim mencapai Rp 6 miliar, sementara di RSUD Abdul Moeloek, Bandar Lampung, mencapai Rp 6,6 miliar. Di Jawa Tengah, tunggakan klaim askes dan askeskin di RSUD Banyumas mencapai Rp 8 miliar dan di RSUD Kardinah, Tegal, Rp 2 miliar. Di Jawa Barat, tunggakan klaim di RSUD Bayuasih, Purwakarta, mencapai Rp 1 miliar lebih. Menurut General Manager PT Askes (Persero) Regional III Sumatera Bagian Selatan bahwa keterlambatan pembayaran ini masih dalam proses administrasi di departemen kesehatan masih belum selesai dilakukan, sehingga terjadinya keterlambatan klaim secara nasional.

Sedangkan, Menurut Adriana (2009) keterlambatan pembayaran klaim Rembursement 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 diajukan oleh PPK yang telah membentuk ikatan kerjasama dengan PT. Asuransi Sinarmas. PT. Asuransi Sinarmas Sehat pun memiliki komitmen untuk membayarkan atau penggantian klaim sesegera mungkin yang diajukan maksimal 14 hari kerja.

Namun, adakalanya perusahaan luput dari komitmen pada ketepatan pembayaran. Hal ini dikarenakan ketidaklengkapan dokumen yang menjadi syarat – syarat dari penyelesaian atau pembayaran klaim

yang diajukan peserta/Rumah sakit Provider yang tidak memahami prosedur klaim asuransi dengan baik, sehingga apabila salah satu persyaratan dalam pengajuan dokumen klaim ada yang kurang perusahaan membutuhkan waktu tambahan untuk melakukan proses pembayaran klaim sehingga proses klaim harus tertunda.

Berdasarkan Laporan Monitoring klaim Asuransi Kesehatan di PT. Asuransi Sinarmas Sehat, Jumlah Klaim Provider yang terlambat pembayarannya akibat kelengkapan dokumen pada bulan November-Desember tahun 2012 berjumlah 7,76% berkas, hal ini dikarenakan pihak rumah sakit provider/ peserta yang tidak teliti dalam mengirimkan berkas dokumen klaim ke PT. Asuransi sinarmas. Sehingga kasus keterlambatan pembayaran klaim ini dapat terjadi di PT. Asuransi Sinarmas.

Adapun latar belakang tersebut, maka penulis ingin melihat dan mengetahui secara langsung dan mendapatkan pengalaman mengenai mekanisme penggantian klaim medicare untuk karyawan PT. Asuransi Sinar Mas. pada bagian Healty Insurance Division melalui kegiatan magang Dengan Mengambil Judul Tentang “ Gambaran Mekanisme Penggantian Klaim Jaminan Kesehatan Simas Sehat Pada Karyawan Asuransi Sinarmas di PT. Asuransi Sianar Mas Jakarta Pusat”.

## **1.2 Tujuan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Untuk mendapatkan gambaran mengenai mekanisme pengantian klaim jaminan kesehatan simas sehat untuk karyawan PT. Asuransi Sinarmas.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi kegiatan penerimaa dokumen klaim Jaminan Kesehatan di PT.Asuransi Sinarmas
2. Mengidentifikasi kegiatan verifikasi dokumen klaim Jaminan Kesehatan di PT.Asuransi Sinarmas
3. Mengidentifikasi proses pembuatan keputusan pembayaran atau penggatian klaim Jaminan Kesehatan di PT.Asuransi Sinarmas
4. Mengidentifikasi permasalahan dalam mekanisme pengantian klaim jaminan kesehatan di PT. Asuransi Sinarmas dan penaggulangannya.

## **1.3 Manfaat**

### **1.3.1 Bagi Mahasiswa**

1. Mendapatkan gambaran berbagai permasalahan nyata di lapangan.
2. Mendapatkan pengetahuan dan keterampilan yang lebih aplikatif di bidang Asuransi Kesehatan.

3. Menggunakan metodologi yang relevan untuk menganalisis, mengidentifikasi masalah yang terkait di bidang perusahaan Asuransi Kesehatan, dan menetapkan alternatif pemecahan masalah.
4. Mendapatkan bahan untuk penulisan karya ilmiah di institusi Asuransi kesehatan

### **1.3.2 Bagi Fakultas**

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

### **1.3.3 Bagi Lahan Magang**

1. Dapat memanfaatkan mahasiswa untuk membantu kegiatan manajemen dan operasional,
2. 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.
3. Dapat mengembangkan kemitraan dengan fakultas dan institusi lain yang terlibat dalam magang, baik untuk kegiatan penelitian maupun pengembangan