

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Dunia industri Asuransi kini sudah mulai berkembang di Indonesia, terbukti dengan makin banyaknya perusahaan asuransi yang bermunculan dan tingkat kesadaran masyarakat untuk berasuransi pun semakin baik. Belum lagi dukungan dan upaya pemerintah dalam memajukan dunia perasuransian khususnya asuransi kesehatan berupa produk perundang-undangan, sebut saja dengan diikeluarkannya UU No.2 Tahun 1992 tentang Usaha Asuransi, UU No.3 Tahun 1992 Tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Tenaga Kerja, UU No. 40 Tahun 2004 Tentang SJSN dan yang teranyar dengan dikeluarkannya kebijakan Jamkesmas yang menggantikan program Askeskin. Itu semua bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia.

Data Susenas 2004 menyebutkan, 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 Miskin (Jamkesmas), dari 18% hingga sekarang sekitar 35% dari total penduduk Indonesia (Chusnun, 2007)

Peningkatan akan usaha jasa asuransi kesehatan juga terdapat pada usaha jasa asuransi yang menggunakan prinsip-prinsip syariah. Menurut Sula (2004) bisnis asuransi syariah akan memberikan harapan positif di masa mendatang. Terbukti saat krisis lalu hanya bank dan asuransi syariah yang lolos dari kesulitan dana, sekitar 80% *market share* (pangsa pasar) asuransi syariah dikuasai asuransi syariah Takaful memiliki sistem yang baik serta mampu memberikan solusi bila ada masalah, untuk jangka panjang yang menguntungkan. Selain itu, dibanding bisnis asuransi konvensional, asuransi syariah Takaful memiliki pilihan produk yang lebih lengkap. Pertumbuhan asuransi syariah saat ini mencapai 40 persen dibanding asuransi konvensional yang hanya 20 persen. Padahal modal awal asuransi Takaful ketika didirikan pada 1994 hanya Rp 2,4 miliar.

Seperti industri yang dinamis pada umumnya, industri asuransi jiwa dan asuransi kesehatan pun memiliki fungsi dan saling keterkaitan. Hubungan antara suatu perusahaan asuransi dengan para nasabahnya terbina karena kegiatan-kegiatan administrasi asuransi, yakni sejak pengajuan surat permintaan asuransi sampai dengan penyelesaian klaim.

Menurut Ilyas (2006), jasa produk asuransi memberikan proteksi kepada individu maupun organisasi dari kemungkinan kerugian finansial akibat terjadinya risiko yang mereka pertanggungkan pada perusahaan asuransi. Artinya perusahaan asuransi menjual janji atau jaminan untuk membayar kerugian keuangan bila risiko tersebut terjadi pada tertanggung.

Disinilah peran administrasi klaim sangat penting, bila kepesertaan mencerminkan produksi maka klaim asuransi memberi arti tersendiri bagi keberhasilan produksi. Sehingga klaim dalam usaha asuransi kesehatan digunakan juga sebagai indikator keberhasilan usaha dan manajemen perusahaan.

Menurut Brown (2002), administrasi klaim yang efektif adalah apabila perusahaan asuransi memenuhi tanggung jawabnya kepada para tertanggung untuk segera membayar semua klaim yang sah dengan nilai yang pantas dan menolak klaim yang tidak masuk dalam pertanggungan atau yang merupakan penipuan.

Menurut Ramli (1999), sebuah klaim bisa terselesaikan atau dibayarkan apabila didukung dengan kerjasama yang baik, kepatuhan peserta yang baik serta manajemen yang baik.

Singkatnya 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 (15 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 itulah sudah seharusnya perusahaan asuransi membayar sesegera mungkin klaim yang diajukan peserta sesuai dengan haknya, karena hal ini akan berdampak pada kepuasan peserta dan citra perusahaan. Namun terkadang masalah keterlambatan pembayaran klaim dapat saja terjadi di suatu perusahaan asuransi. Menurut Ramli (1999), salah satu penyebab keterlambatan tersebut disebabkan karena tenaga yang kurang. Dengan tenaga yang kurang maka beban kerja pegawai akan berlebih. Menurut Sastowinoto (1985) yang dikutip dari Nurani (1999) beban kerja dipengaruhi oleh volume pekerjaan yang dibebankan kepada seorang pekerja.

Dalam melakukan proses klaim PT. Asuransi Takaful Keluarga menerima 2 (dua) jenis klaim, yakni klaim reimbursement dan klaim provider. Klaim reimbursement adalah klaim yang diajukan langsung 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 Takaful Keluarga.

Seperti yang sudah disinggung sebelumnya, suatu perusahaan asuransi mempunyai kewajiban untuk membayarkan sesegera mungkin klaim yang diajukan oleh pemegang polis atau nasabah. PT. Asuransi Takaful Keluarga pun memiliki komitmen tersebut untuk membayar klaim yang diajukan maksimal 14 hari kerja. Namun, adakalanya perusahaan luput dari komitmen tersebut. Hal ini dikarenakan beban kerja pegawai di Unit Klaim dirasa berlebih, dimana antara jumlah klaim yang diterima tidak sebanding dengan jumlah pegawai yang ada.

Berdasarkan Laporan Monitoring Klaim Asuransi Kesehatan di PT. Asuransi Takaful Keluarga, jumlah klaim yang masuk pada bulan Januari-Maret 2009 baik reimbursement maupun provider berjumlah 9.608 berkas, hal ini tidak sebanding dengan jumlah staff Unit klaim yang hanya berjumlah 5 (lima) orang yang terdiri dari 1 orang *claim register*, 3 orang *claim analyst* dan 1 orang *Assistant Manager*. Sehingga tidak mengherankan bila kasus keterlambatan pembayaran klaim terjadi di PT. Asuransi Takaful Keluarga.

Faktor penyebab yang disebutkan diatas dapat mengakibatkan terjadinya keterlambatan pembayaran klaim kepada peserta. Untuk itu perlu dilakukan suatu

penelitian secara mendalam untuk mengetahui dan menggambarkan secara mendetail faktor penyebab tersebut.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian untuk memberikan gambaran keterlambatan pembayaran klaim kesehatan reimbursement di PT. Asuransi Takaful Keluarga periode Januari-Maret 2009.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Keterlambatan pembayaran klaim reimbursement akan berdampak pada kepuasan peserta dan citra perusahaan. Berdasarkan Laporan Monitoring Klaim Asuransi Kesehatan yang diambil dari sistem SMART PT. Asuransi Takaful Keluarga, didapat bahwa jumlah berkas pengajuan klaim yang masuk selama periode Januari-Maret 2009 baik reimbursement maupun provider berjumlah 9.608 klaim. Namun antara jumlah klaim yang masuk serta tugas yang diemban tidak sebanding dengan jumlah pegawai di Unit Klaim. Sehingga janji perusahaan untuk membayarkan klaim kepada pemegang polis atau nasabah maksimal 14 hari kerja terkandang luput untuk dilaksanakan.

Dari latar belakang tersebut, perumusan masalah dalam penelitian ini adalah untuk meneliti dan mengetahui gambaran keterlambatan klaim reimbursement di PT. Asuransi Takaful Keluarga selama periode Januari-Maret 2009.

## **1.3 Pertanyaan Penelitian**

1. Bagaimana gambaran jumlah SDM di Unit Klaim terhadap kasus keterlambatan pembayaran klaim kesehatan reimbursement di PT. Asuransi Takaful Keluarga periode Januari-Maret 2009?
2. Bagaimana gambaran volume pengajuan klaim terhadap kasus keterlambatan pembayaran klaim kesehatan reimbursement di PT. Asuransi Takaful Keluarga periode Januari-Maret 2009?
3. Bagaimana gambaran beban kerja pegawai di Unit Klaim terhadap kasus keterlambatan pembayaran klaim kesehatan reimbursement di PT. Asuransi Takaful Keluarga periode Januari-Maret 2009?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mengetahui gambaran keterlambatan pembayaran klaim kesehatan reimbursement yang terjadi di PT. Asuransi Takaful Keluarga periode Januari – Maret 2009

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui gambaran jumlah SDM di Unit Klaim terhadap kasus keterlambatan pembayaran klaim kesehatan reimbursement di PT. Asuransi Takaful Keluarga periode Januari-Maret 2009
2. Mengetahui gambaran volume pengajuan klaim terhadap kasus keterlambatan pembayaran klaim kesehatan reimbursement di PT. Asuransi Takaful Keluarga periode Januari-Maret 2009
3. Mengetahui gambaran beban kerja SDM Unit Klaim terhadap kasus keterlambatan pembayaran klaim kesehatan reimbursement di PT. Asuransi Takaful Keluarga periode Januari-Maret 2009

## **1.5 Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran keterlambatan pembayaran klaim yang dapat menjadi masukan untuk penyempurnaan proses klaim serta sebagai bahan evaluasi bagi Unit Klaim.

## **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran keterlambatan pembayaran klaim di PT. Asuransi Takaful Keluarga periode Januari–Maret 2009. Penelitian ini menggunakan data primer dan sekunder. Data primer berupa wawancara mendalam terhadap *Assistant Manager* Unit Klaim, *Claim Analist* dan *Claim Register* serta pengamatan kegiatan pegawai dengan menggunakan metode *work sampling*. Sedangkan untuk data sekunder, peneliti menggunakan Laporan Rekapitulasi pembayaran klaim dan Laporan Surat Penundaan Klaim periode Januari – Maret 2009.