

BAB VI

HASIL PENELITIAN

Dibawah ini merupakan uraian dari hasil penelitian dengan menggunakan data sekunder yang didapat dari PT. CIU mengenai gambaran *excess claim* provider Perusahaan “X” periode Januari - April 2008.

6.1 Jumlah *Provider Excess Claim* periode Januari - April 2008

Organisasi / Perusahaan “X” ini menjadi peserta pada PT. CIU terhitung sejak November 2007. Sejak bulan tersebut klaim atas biaya kesehatan karyawannya telah menjadi tanggungan PT. CIU.

Dibawah ini merupakan tabel perbandingan antara jumlah klaim provider yang diajukan dengan jumlah *excess* yang terjadi selama periode Januari – April 2008

Tabel 6.3

Perbandingan Jumlah Klaim Provider dengan Jumlah Klaim Excess

No	Bulan	Jumlah Klaim Provider (Rp)	Jumlah Klaim Excess (Rp)	Persentase Excess : Provider
1	Januari	665.968.572	11.664.174	2%
2	Februari	47.466.676	6.066.848	13%
3	Maret	33.689.669	6.157.923	18%
4	April	91.323.564	41.960.876	46%
	Total	838.448.481	65.849.821	8%

Tabel di atas menerangkan *excess claim* yang terjadi selama bulan Januari hingga April 2008 adalah 8% dari jumlah seluruh klaim provider pada

periode tersebut. Pada bulan April tercatat proporsi *excess claim* tertinggi yaitu sebesar 46% dari total klaim pada bulan tersebut.

6.2 Jumlah *Excess Claim* dilihat dari Provider

Dibawah ini merupakan tabel Jumlah *Excess Claim* dari setiap provider yang mengadakan kerjasama dengan PT. CIU dimana terjadi excess di provider tersebut, dari data sekunder diperoleh 152 provider. Penulis hanya mengambil 10 (sepuluh) provider berdasarkan kriteria besar *Excess* yang terjadi.

Tabel 6.4

Jumlah *Excess Claim* Berdasarkan Provider

Periode Januari – April 2008

NO	NAMA PROVIDER	DIAJUKAN	EXCESS	Persentase
1	RS. SIAGA RAYA	5.590.050	2.871.960	51,38%
2	RS. TRIA DIPA	13.198.190	6.557.255	49,68%
3	RSIA. GRAHA PERMATA IBU DEPOK	4.354.500	2.088.797	47,97%
4	RS. MEDISTRA	8.156.600	3.541.232	43,42%
5	RS. PUSAT PERTAMINA	54.723.982	17.332.490	31,67%
6	RSIA. ZAHIRAH	6.590.260	1.943.573	29,49%
7	RS. JAKARTA	16.096.709	4.094.464	25,44%
8	SILOAM HOSPITAL KEBON JERUK	33.873.500	5.016.000	14,81%
9	RSIA. HERMINA DEPOK	43.968.777	3.844.136	8,74%
10	RS. MEDIROS	23.869.625	1.774.585	7,43%
11	Lain-lain	628.026.288	16.785.330	2,67%
	Total	838.448.481	65.849.821	8%

Dari tabel di atas dapat dilihat proporsi kejadian *excess claim* yang terbesar ada pada RS. Siaga Raya, yaitu sebesar 51,38% dari total klaim yang terjadi pada Rumah Sakit tersebut. Sedang proporsi terkecil untuk kejadian

excess ada pada Rumah Sakit Mediros sebesar 7,43%. Serta sisanya adalah jumlah *excess* dari 142 provider yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

6.3 Jumlah *Excess Claim* dilihat dari Jenis Pekerjaan

Setelah mengelompokkan jenis pekerjaan yang ada pada Perusahaan "X" di dapat Jumlah *Excess Claim* sebagai berikut;

Tabel 6.5

Jumlah *Excess Claim* Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Periode Januari – April 2008

Jenis Pekerjaan	Jumlah Klaim Provider	Jumlah Excess Klaim	Persentase
Peneliti	92.229.333	656.636	0,71%
Tekhnisi	75.460.363	3.194.498	4,23%
Guards / Satpam	377.301.817	50.635.255	13,42%
Administrasi dan lain-lain	293.456.968	11.363.432	3,87%
Total	838.448.481	65.849.821	8%

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa peserta yang mempunyai pekerjaan sebagai *Guards / satpam* memiliki *excess claim* yang tertinggi dibanding pekerjaan yang lainnya, yaitu sebesar Rp. 50.635.255,- atau sebesar 13,42% dari total klaim yang terjadi untuk semua peserta yang mempunyai pekerjaan *guards/ satpam*. Kemudian diikuti *teknisi* sebesar Rp. 3.194.498,- (4,23%), *administrasi dan lain-lain* (dari level manager sampai dengan office boy) jumlah *excess claim*

yang terjadi adalah sebesar Rp. 11.363.432,- (3,87%%) dan yang terkecil adalah peneliti sebesar Rp. 656.636,- (0,71%).

6.4 Jumlah *Excess Claim* berdasarkan Pengecualian Polis dan Limitasi Manfaat

Penulis melakukan perbandingan terhadap dua faktor ini dikarenakan, dua faktor ini berhubungan langsung dengan hal-hal yang berkaitan dengan perjanjian kerjasama, mengenai manfaat yang diberikan oleh perusahaan asuransi (PT. CIU) kepada tertanggung (perusahaan "X"). :

Tabel 6.6
Perbandingan Jumlah Excess berdasarkan Pengecualian Polis
Dengan Limitasi Manfaat Periode Januari-April 2008

Faktor Langsung Penyebab Excess	Jumlah Klaim	Jumlah Excess	Persentase
Pengecualian Polis	838.448.481	14.057.990	1,68%
Limitasi Manfaat	838.448.481	51.791.831	6,18%
Total	838.448.481	65.849.821	8%

Dari tabel di atas dapat dilihat jumlah klaim provider yang terjadi *excess* akibat pengecualian polis adalah sebesar 1,68%, dan limitasi manfaat sebesar 6,18%.

6.5 Jumlah *Excess Claim* dilihat dari Pengecualian Polis

Tabel di bawah ini akan menerangkan besar jumlah excess klaim yang terjadi berdasarkan pengecualian polis yang ada pada Perusahaan "X".

Tabel 6.6
Jumlah *Excess Claim* Berdasarkan Pengecualian Polis
Periode Januari – April 2008

Pengecualian	Jumlah Excess (Rupiah))	Persentase
Tindakan Medis yang tidak ditanggung	3.721.598	26,47%
Pengecualian Obat	9.856.422	70,11%
Biaya Non Medis	479.970	3,41%
Total	14.057.990	100,00%

Dari tabel di atas Pengecualian Polis yang terbesar adalah pengecualian obat, yaitu sebesar Rp. 9.856.422,- (70,11%), kemudian tindakan medis yang tidak ditanggung sebesar Rp. 3.721.598,- (26,47%), dan biaya non medis sebesar Rp. 479.970,- (3,41%).

6.6 Jumlah *Excess Claim* dilihat dari Limitasi Manfaat

Hasil dari perhitungan jumlah excess klaim berdasarkan manfaat satu tahun polis adalah sebagai berikut.

Tabel 6.7
Jumlah *Excess Claim* Berdasarkan Limitasi Manfaat
Periode Januari – April 2008

Limitasi Manfaat	Jumlah Klaim (Rp)	Jumlah Excess (Rp)	Persentase
Limit Rawat Inap	117.271.280	1.655.425	1,41%
Limit Rawat Jalan	76.887.443	47.351.192	61,59%
Limit Kacamata	122.370.000	-	0,00%
Limit Gigi	292.438.248	2.438.140	0,83%
Limit Maternity	151.706.056	-	0,00%
Limit MCU	77.775.454	347.074	0,45%
Total	838.448.481	51.791.831	6,18%

Dari data di atas *excess claim* terbesar yang terjadi berdasarkan limit manfaat ada pada manfaat rawat jalan yaitu, Rp. 47.351.192,- (61,59%), kemudian jumlah excess dari habisnya limit manfaat inap peserta sebesar Rp. 1.655.425,-(1,41%), dari limit manfaat gigi sebesar Rp 2.438.140,-(0,83%), serta limitasi manfaat medical check up menghasilkan excess sebesar Rp. 347.074,- (0,45%).

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Data yang penulis peroleh dalam penelitian ini memiliki keterbatasan, karenanya tidak sepenuhnya menggambarkan penyebab kejadian *excess* yang terjadi. Data tersebut hanya menjelaskan kejadian *excess* menurut Provider, kemudian jenis pekerjaan peserta, pengecualian dalam polis, serta limitasi manfaat peserta yang telah habis dan kemudian menjadi *excess*. Hal-hal tersebutlah yang penulis angkat menjadi variabel, dan mungkin dapat menggambarkan kejadian *excess claim* yang terjadi. Keterbatasan lainnya adalah data yang diperoleh hanya dari satu perusahaan peserta karena pada saat itu peserta program Asuransi Kesehatan yang dimiliki oleh PT. CIU hanya Perusahaan “X”.

7.2 Pembahasan

Pada BAB sebelumnya telah disajikan hasil perhitungan, pengkodean ulang, serta editing data sekunder yang diperoleh. Data sekunder ini berasal dari data *excess claim* provider yang ada pada PT. CIU dan merupakan laporan dari Pihak Ketiga (*Third Party Administrator / TPA*). Penulis mengambil data *excess* ini dimulai dari bulan Januari 2008 (bulan pertama penulis melakukan magang di PT. CIU) sampai bulan April 2008. *Excess claim* provider yang terjadi hingga

bulan April 2008 adalah sebesar Rp. 65.849.821,- atau sebesar 8% dari total klaim provider yang berjumlah Rp. 838.448.481,-.

Menurut Standard Operating Procedure (SOP) PT. CIU dan polis standard yang dimiliki, *Excess claim* adalah jumlah yang harus dibayar kembali oleh peserta kepada penanggung atas biaya-biaya perawatan pengobatan yang telah dikeluarkan oleh penanggung pada provider jaringan (PPK) tetapi tidak dijamin dalam perjanjian atau biaya yang muncul akibat jumlah klaim telah melebihi batasan klaim pertahun yang tercantum dalam tabel manfaat. *Excess* klaim akan ditagihkan kepada Peserta oleh PT. CIU.

Dalam bukunya Mengenal Asuransi Kesehatan Review Utilisasi, Manajemen Klaim, dan Fraud (2003), Ilyas menyebutkan penyelesaian klaim dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu :

1. Penyelesaian Klaim PPK / Provider
 - a. Telaah isi klaim / kontrak dan polis
 - b. Periksa isi kontrak :
 - Cakupan hak dan kewajiban.
 - Eksklusi (hal-hal yang tidak dijamin)
 - Limitasi
 - Hal-hal boleh atau tidak (*terms and condition*)
 - Keabsahan mengenai kepesertaan dan waktu peserta
 - Cara pembayaran

2. Penyelesaian Klaim Peserta

a. Telaah isi klaim / kontrak dan polis

b. Periksa isi kontrak

- Cakupan hak dan kewajiban
- Eksklusi (hal-hal yang membatasi)
- Limitasi
- Hal-hal yang boleh atau tidak (*terms and condition*)
- Keabsahan mengenai kepesertaan dan waktu peserta
- Cara pembayaran dapat dilakukan secara tunai, yang dapat diambil langsung oleh PPK atau peserta atau dapat ditransfer melalui Bank.

Hal tersebut di atas telah dijadikan acuan standar dalam menyelesaikan klaim asuransi kesehatan. Setelah melakukan proses telaah klaim dan memeriksa isi kontrak akan diketahui apakah klaim tersebut valid atau tidak. Berdasarkan hasil dari proses tersebut juga di peroleh data mengenai kejadian *excess* pada klaim provider.

7.2.1 Gambaran *Provider Excess Claim* Periode Januari – April 2008

Hasil penelitian pada bab sebelumnya jumlah klaim Perusahaan "X", terbesar ada pada bulan Januari yaitu sebesar Rp. 665.968.572,-

berikutnya pada bulan April Rp. 91.323.564,-, bulan Februari sebesar Rp. 47.466.676,- dan pada bulan Maret sebesar Rp. 33.689.669,-.

Bulan Januari menunjukkan proporsi terbesar dalam pengajuan klaim selama kurun waktu 4 (empat) bulan ini. Menurut asumsi penulis pada bulan yang terhitung bulan awal pertanggungansan ini, ada kecendrungan peserta untuk menggunakan pelayanan kesehatan secara berlebihan dikarenakan adanya jaminan yang diberikan kepada mereka dan akses yang mudah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang menjadi hak mereka, hal ini sesuai dengan apa yang diungkapkan Ilyas (2006).

Menurut Ramli dan Sulthon(1999), besar atau kecilnya kasus klaim sangat menentukan keberhasilan daripada manajemen klaim itu sendiri, klaim besar terjadi sebagai akibat : utilisasi besar, salah kelola (perkembangan produk salah), moral hazard, dan prosedur pengajuan klaim yang mudah.

Sementara itu untuk hasil dari perhitungan *Providers Excess Claim* yang terjadi pada Perusahaan "X" dari bulan Januari 2008 sampai April 2008 adalah Rp. 65.849.821,-, dimana pada *excess* klaim tertinggi terjadi pada bulan April 2008 sebesar Rp. 41.960.876,-, kemudian bulan Januari sebesar Rp. 11.664.174,-, bulan Maret sebesar Rp. 6.157.923,-, dan pada bulan Februari Rp. 6.066.848,-.

Jika dilihat dari perbandingan jumlah klaim provider, klaim *excess* yang terjadi pada bulan April sebanyak 46% dari total klaim provider pada bulan tersebut, kemudian bulan Maret sebesar 18%, bulan Februari 13%

dan bulan Januari 2%. Tabel di atas menerangkan *excess* klaim yang terjadi selama bulan Januari hingga April 2008 adalah 8% dari jumlah seluruh klaim provider pada periode tersebut. Pada bulan April tercatat proporsi *excess claim* tertinggi yaitu sebesar 46% dari total klaim pada bulan tersebut.

Bulan April merupakan bulan ke enam masa dari masa pertanggung jawaban 1 (satu) tahun perusahaan "X". Semakin tingginya nilai *excess* ini bisa disebabkan karena kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan berlebih di masa awal pertanggung jawaban dan masih terus menggunakannya mengingat masa waktu pertanggung jawaban tersebut masih ada, namun tidak disertai informasi mengenai jumlah yang telah digunakan, apakah sudah melebihi batasan manfaat atau belum? Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Ramli dan Sulthon (1999), bahwa masalah klaim bisa timbul akibat ketidak pahaman peserta.

7.2.2 Jumlah *Excess claim* dilihat dari Provider

Melalui hasil penelitian dapat dilihat proporsi *excess* terbesar ada pada RS. Siaga Raya, yaitu 51,38% dari total klaim yang terjadi pada Rumah Sakit tersebut. Sedang proporsi terkecil untuk kejadian *excess* ada pada Rumah Sakit Mediros sebesar 7,43%. Serta sisanya adalah jumlah *excess* dari 142 provider yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Asuransi yang menganut sistem provider seperti produk yang ditawarkan pada Perusahaan “X” ini, menggunakan kartu untuk berobat ke provider, sehingga tidak perlu membawa uang kontan untuk membayar cukup dengan menunjukkan kartu kepada provider yang berada dalam jaringan (di kutip dari suplemen pikiran rakyat;www.keuanganpribadi.com). Kartu tersebut akan menunjukkan manfaat apa saja yang bisa diberikan oleh PPK dan menjadi tanggungan dari perusahaan asuransi terhadap peserta. Namun terkadang provider memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan polis atau ketidak tahuan provider mengenai batasan, atau jumlah limitasi yang dapat diberikan kepada peserta (Ramli dan Sulthon, 1999).

Menurut Razak (2007), Rumah Sakit awalnya berfungsi sebagai organisasi sosial, namun saat ini menjadi suatu industri kesehatan yang berorientasikan profit. Rumah sakit saat ini merupakan industri pada karya, padat teknologi, dan padat modal. Orientasi profit ini seringkali memaksa Rumah sakit untuk mencari keuntungan dengan segala cara. Penyimpangan yang seringkali terjadi adalah sebagai berikut : pemeriksaan penunjang diagnostic / tindakan bukan atas diagnosa medis, dan pemberian obat berlebihan. Tindakan- tindakan itu terjadi disebabkan karena *awareness* rendah dari peserta, hubungan dokter – pasien yang paternalistic, dan asimetri informasi dokter – pasien (Yulherina, 2007).

7.2.3 Jumlah *Excess Klaim Provider* dilihat dari Jenis Pekerjaan Peserta

Dari penelitian dapat dilihat bahwa peserta yang mempunyai pekerjaan sebagai *Guards* / satpam memiliki *excess claim* yang tertinggi dibanding pekerjaan yang lainnya, yaitu sebesar Rp. 50.635.255,- atau sebesar 13,42% dari total klaim yang terjadi untuk semua peserta yang mempunyai pekerjaan *guards*/ satpam. Kemudian diikuti tehknisi sebesar Rp. 3.194.498,- (4,23%), administrasi dan lain-lain (dari level manager sampai dengan office boy) jumlah *excess claim* yang terjadi adalah sebesar Rp. 11.363.432,- (3,87%%) dan yang terkecil adalah peneliti sebesar Rp. 656.636,- (0,71%).

Menurut Jones dan Long (1999), risiko morbiditas juga tergantung dari pekerjaannya. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pekerjaan seseorang yang mempengaruhi tingkat risiko morbiditasnya termasuk bahaya yang terkait dengan pekerjaan tersebut, stabilitas pekerjaan, dan lamanya waktu pemulihan yang biasanya diperlukan seseorang untuk memulai kembali tugas-tugas pekerjaannya secara normal.

Menurut asumsi penulis, pekerjaan sebagai *guards* / satpam yang menuntut stamina yang bagus, karena jam kerja yang tidak seperti jenis pekerjaan lain, kemungkinan besar mempengaruhi jumlah klaim yang terjadi. Selain itu karena tuntutan disiplin waktu yang tinggi, banyak dari *guards* yang bertugas tidak dapat hadir pada saat penyuluhan mengenai manfaat dan peraturan dari produk asuransi kesehatan yang diberikan PT.

CIU, dan karena ketidak hadirannya dalam penyuluhan membuat pengetahuan mereka mengenai manfaat dan peraturan tersebut kurang, hal inilah yang diduga mempengaruhi besarnya angka *excess* pada

7.2.4 Perbandingan Jumlah *Excess Claim* Provider berdasarkan Pengecualian Polis dengan Limitasi Manfaat pertahun Polis.

Melalui hasil penelitian dapat dilihat sebanyak 1,68% *excess claim* karena pengecualian polis, dari total klaim provider yang terjadi dan berdasarkan limitasi manfaat sebanyak 6,18%. Hal ini menandakan bahwa *excess* yang terjadi akibat dari habisnya limit manfaat dari setiap peserta lebih besar daripada *excess* akibat dari pengecualian polis.

Menurut penulis yang didasarkan pada teori yang diungkapkan oleh Ramli dan Sulthon (1999), kasus klaim terjadi karena ketidaktahuan peserta mengenai batasan manfaat yang mereka peroleh, selain karena kurangnya sosialisasi, juga karena kartu yang ada tidak dapat memberikan informasi secara jelas dan provider sebagai pemberi pelayanan kesehatan juga tidak peduli akan hal tersebut.

7.2.5 Jumlah *Excess Klaim* Provider berdasarkan Pengecualian Polis

Berdasarkan hasil penelitian Pengecualian Polis yang terbesar yang menjadi *excess* adalah pengecualian obat, yaitu sebesar Rp. 9.856.422,- (70,11%), kemudian tindakan medis yang tidak ditanggung sebesar Rp.

3.721.598,- (26,47%), dan biaya non medis sebesar Rp. 479.970,- (3,41%) dari jumlah *excess claim* yang terjadi.

Menurut Ramli (1999), apabila suatu kontrak asuransi biaya pengobatan diciptakan, perusahaan asuransi akan mengidentifikasi dalam kontrak itu biaya-biaya yang tidak akan ditutup oleh polis itu. Biaya-biaya ini disebut pengecualian (*exclusions*).

Pada Polis Standar Asuransi Kesehatan PT. CIU, 2007, menetapkan pengecualian sebagai berikut :

1. Penggantian biaya perjalanan untuk pengobatan di luar negeri;
2. Pengobatan yang berhubungan dengan kecantikan.
3. Biaya-biaya non – medis
4. Biaya perawatan yang memicu kehamilan dan mencegah kehamilan.
5. Biaya yang digunakan untuk penggantian identitas (bedah kelamin).
6. Biaya donasi sosial
7. Biaya karena luka-luka akibat pelanggaran hukum
8. Biaya karena luka-luka akibat perang
9. Biaya karena disebabkan peserta kecelakaan karena olahraga atau berbahaya.
10. Penggantian biaya-biaya karena penggunaan obat-obatan terlarang atau alkohol
11. Penggantian biaya akibat bunuh diri atau melukai diri sendiri.

Namun seringkali pengecualian-pengecualian yang terdapat dalam polis itu tidak dibaca oleh peserta, sehingga ia merasa dirugikan ketika uang pertanggungan asuransinya tidak dibayar. Karena itulah, jika memiliki polis asuransi, sempatkan lagi untuk membaca pasal-pasal yang ada dalam polis.

7.2.6 Jumlah *Excess* Klaim Provider berdasarkan Limitasi Manfaat per tahun Polis

Hasil penelitian memperlihatkan *excess* klaim yang terjadi berdasarkan limit manfaat rawat jalan sebesar 61,59%, kemudian jumlah *excess* dari habisnya limit manfaat inap peserta sebesar 1,41%, dari limit manfaat gigi 0,83% sebesar serta limitasi manfaat medical check up menghasilkan *excess* sebesar 0,45%.

Limitasi / batasan manfaat ini harus disosialisasikan dengan benar kepada peserta dan tercantum secara jelas dalam polis sehingga peserta mengetahui batasan penggunaan manfaat yang dapat digunakan, hal ini senada dengan yang diungkapkan oleh Prasetianingrum (2005). *Excess* klaim karena habisnya limitasi manfaat ini bisa disebabkan karena ketidaktahuan peserta (Ramli, dan Sulthon, 1999).