

**BAB II**  
**GAMBARAN UMUM**  
**PT. CITRA INTERNATIONAL UNDERWRITERS (CIU)**

**2.1. Sejarah Singkat PT.**

Dikutip dari Salim (2008) dan Sari (2006), PT. Citra International Underwriters atau "*CIU Insurance*" adalah sebuah perusahaan yang bergerak dalam bidang usaha perasuransian dengan jenis asuransi umum. PT. CIU didirikan berdasarkan akta Nomor 25 pada tanggal 10 Mei 1988 yang dibuat oleh dan dihadapan Ny. Maria Lidwina Indriyani Supoyo, SH, Notaris di Jakarta. Akta Pendirian tersebut telah mendapat pengesahan dari Menteri Kehakiman RI dalam Keputusannya Tanggal 18 Agustus 1988, Nomor. C2-7299-HT.01.01 th' 88 serta telah diumumkan dalam Berita Negara Republik Indonesia Tanggal 18 Agustus 1989 Nomor 66 Tambahan Nomor 1617/1989. Terakhir diubah berdasarkan Akta No. 02 Tanggal 31 Oktober 2007 yang dibuat oleh dan dihadapan Doddy Radjasa Waluyo, SH, Notaris di Jakarta, dan telah diberitahukan kepada Departemen Hukum dan HAM Republik Indonesia sebagaimana ternyata dalam Surat Penerimaan Pemberitahuan tanggal 04 Desember 2007, Nomor C-UM.HT.01.10-5021.

Pada mulanya CIU Insurance merupakan anak perusahaan Bimantara Citra Group dan menjalankan kegiatan usahanya berdasarkan izin usaha dari Dirjen Moneter Depkeu sebagaimana Surat Keputusan No. KEP-7211/M/1988 per tanggal 26 September 1988. Para pendiri perusahaan adalah sebagai berikut :

1. PT. Bimantara Citra dalam hal ini diwakili Bambang Trihatmodjo.
2. Drs. Iwa Sewaka.
3. Rudy Wanandi.

#### 4. Luki Hermanto Wahjoe

Tujuan awal PT. CIU adalah sebagai perusahaan asuransi yang menanggung risiko-risiko yang mungkin timbul atas seluruh unit usaha atau anak perusahaan yang berada dalam naungan Bimantara Citra Group (BCG). PT. CIU sendiri merupakan anak perusahaan Bimantara Citra Group. Dalam perjalanannya PT. CIU kemudian tidak hanya menjamin anak perusahaan BCG, tetapi juga memiliki nasabah atau klien diluar BCG, seperti: perusahaan-perusahaan Airlines; perusahaan yang bergerak dalam bidang perbankan; TV Broadcast; *Leasing Company* dan sebagainya.<sup>1</sup>

Pada tahun 2004 BCG lebih menitik beratkan pada bidang media dan komunikasi. Oleh karenanya PT. CIU yang jenis usahanya adalah asuransi umum melepaskan diri dan berdiri sendiri sebagai suatu perusahaan mandiri hingga sekarang. Setelah Bimantara Citra Group melepaskan sahamnya yang ada pada PT. CIU, maka komposisi Pemegang Saham PT CIU hingga saat ini adalah PT. Nusalaras Lestari dan Tn. Indra Wijaya Moechtar.

Saat ini PT. CIU Insurance selain mempunyai kantor pusat di Jakarta yang beralamat di Menara Kebon Sirih Lantai 9 Jalan Kebon Sirih No. 17-19 Jakarta 10340, juga mempunyai satu Kantor cabang yang berkedudukan di Semarang dengan alamat Komplek Ruko Peterongan Plaza Blok B-15 Jl. MT. Haryono No. 719 Semarang 50242 Jawa Tengah. Kantor Pemasaran ini mulai beroperasi pada akhir tahun 2007.

## **2.2 Visi, Misi, dan Tujuan Perusahaan**

### **2.2.1 Visi**

Visi PT. CIU adalah : perusahaan asuransi yang mempunyai reputasi positif dan dikenal secara luas sebagai mitra dalam setiap perkembangan, professional dalam melindungi asset dan jaminan klien serta memberikan nilai lebih sampai ke pelayanan terbaik dengan solusi yang penuh inovasi.

### **2.2.2 Misi**

- 1) Senantiasa menjaga perusahaan untuk membuat keputusan yang konsisten;
- 2) Memotivasi dan membangun Unit Organisasi;
- 3) Mengintegrasikan antara tujuan jangka pendek dengan tujuan jangka panjang; dan
- 4) Membangun peta untuk mewujudkan strategi menjadi tindakan nyata.

### **2.2.3 Tujuan PT. Citra International Underwriters**

- 1) Meningkatkan kepuasan pelanggan dengan memadukan pelayanan yang berkelas sesuai dengan polis.
- 2) Kearah peringkat yang lebih tinggi sebelum dan sesudah globalisasi ekonomi.
- 3) Menciptakan reputasi dan citra perusahaan yang tinggi, baik financial maupun reliability.

## **2.3 Struktur Organisasi Dan Personil Perusahaan**

PT. CIU Insurance dipimpin oleh 1 orang Presiden Direktur (*CEO*), dan membawahi 3 orang direktur, yang terdiri dari :

- 1) Satu (1) orang Vice President Director; membawahi dua (2) Sub Business Unit (SBU), yaitu : SBU Health dan SBU Retail; dan 1 divisi, yaitu Divisi Claim,

- 2) Satu (1) orang Direktur Pemasaran, membawahi 2 SBU, yaitu SBU Aviation dan SBU Corporate; dan 1 Unit Teknik.
- 3) Satu (1) orang Direktur Keuangan dan Administrasi yang membawahi empat (4) divisi, yaitu : Accounting; Finance dan Collection; IT dan Investment; dan HRD dan General Affairs (GA).

Kerja dari masing-masing direktur tersebut dibantu oleh 3 orang sekretaris. Jumlah keseluruhan dari karyawan PT. CIU Insurance (pusat) beserta Direktur adalah 53 orang dan 5 orang karyawan yang ditempatkan di Kantor Cabang Semarang.

Lebih lengkap mengenai bagan struktur Organisasi di lampirkan pada lampiran 1

#### **2.4 Produk**

PT. Citra International Underwriters bergerak dalam bidang asuransi kerugian (general insurance), dengan menyediakan bentuk-bentuk perlindungan asuransi yang terdiri dari:

- 1) Asuransi harta benda dan / atau semua resiko usaha industry (Property and / or Industrial All Risk Insurance).
- 2) Asuransi Minyak dan Gas (Oil dan Gas Insurance)
- 3) Asuransi Kebakaran (Fire Insurance) meliputi kebakaran sendiri atau akibat kejahatan, tersambar petir, ledakan, kejatuhan pesawat terbang, dan kerusakan yang disebabkan oleh asap dari kebakaran tersebut.
- 4) Asuransi Penerbangan dan Satelit (Aviation and Satellite Insurance)
- 5) Asuransi Kendaraan Bermotor (Motor Vehicle Insurance) meliputi ganti rugi yang disebabkan oleh tabrakan, benturan, kerusakan akibat kejahatan, pencurian,

kebakaran pada kendaraan/bangunan atau karena petir, peledakan mesin dan biaya pengangkutan kendaraan bengkel.

- 6) Asuransi Pengangkutan Laut (Marine Cargo Insurance) meliputi kerugian yang diakibatkan oleh bahaya laut seperti; cuaca buruk, tenggelam, terdampar, dan tabrakan, dan kerugian yang disebabkan oleh bahaya laut seperti; terbakar/peledakan, pencurian, perampokan dan biaya-biaya yang dikeluarkan karena General Average.
- 7) Asuransi Rangka Kapal Laut (Marine Hull Insurance) meliputi rangka dan mesin kapal, biaya pengoperasian kapal, uang tambang, tanggung jawab hukum akibat tabrakan, barang muatan dan kesehatan dan keselamatan penumpang.
- 8) Asuransi Kerusakan Mesin (Machinery Breakdown Insurance) meliputi ganti rugi yang disebabkan oleh kerusakan perencanaan, kesalahan dalam pemasangan dan pengoperasian, ledakan dari mesin itu sendiri maupun bahan baku yang dipakai, kerusakan eletrofikasi, kekurangan air atau pendingin dalam boiler dan pengembunan atau pembekuan.
- 9) Asuransi Kontraktor dan / atau Semua Resiko Kerusakan (Contractors and/ or Erection All Risk Insurance) meliputi jaminan kerugian dari proyek yang sedang dalam pembangunan maupun masa pemeliharaan dan menjamin kontraktor dari kerugian atau kerusakan yang terjadi selama masa pemasangan/instalasi mesin dan dari kerugian yang bersifat tidak terduga.
- 10) Asuransi Peralatan Listrik (Electronic Equipment Insurance) meliputi pertanggungjawaban terhadap kerusakan yang terjadi pada peralatan akibat kebakaran, petir, ledakan, kejatuhan pesawat, asap karbon hitam, gas-gas korosif,

air/kelembapan, kesalahan desain dan pemasangan, kesalahan pengoperasian dan akibat perbuatan jahat.

11) Asuransi Kecelakaan Diri (Personal Accident Insurance) meliputi pertanggung jawaban untuk setiap kecelakaan yang mengakibatkan meninggal dunia, cacat tetap, cacat sementara dan biaya pengobatan akibat kecelakaan.

12) Asuransi Kecelakaan Umum (General Accident Insurance)

13) Asuransi Rawat Inap dan Pembedahan Kelompok (SBUH) meliputi jaminan rawat jalan, rawat inap, maternity, gigi dan kacamata.

Produk-produk tersebut dipasarkan secara individu maupun kelompok melalui saluran distribusi yaitu agen, internet dan kemitraan dengan instansi. Untuk meningkatkan komunikasi dan memberikan pelayanan kepada peserta dan masyarakat luas informasi mengenai PT. CIU Insurance dapat di akses melalui homepage: <http://www.ciuinsurance.com>.

## **2.5 Gambaran Umum Sub Bisnis Unit Health (SBUH)**

Sub Bisnis Unit Health (SBUH) merupakan suatu program pelayanan kesehatan bagi karyawan dan keluarga yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan medis dan memberikan kemudahan serta kenyamanan bagi peserta.

Divisi SBUH adalah divisi yang dibuat oleh PT.CIU Insurance untuk menangani segala kegiatan bisnis dan operasional yang berhubungan dengan produk SBUH. Produk SBUH pertama kali diperkenalkan pada tahun 1997, dengan nasabah yang seluruhnya merupakan anak perusahaan dari Bimantara Citra Group, dan merupakan salah satu *centre of business* di PT. CIU Insurance. Seperti dikatakan dalam sejarah dari perkembangan PT. CIU Insurance, Bimantara Citra Group kemudian pecah

,banyak perusahaan yang memisahkan diri dan menjadi perusahaan mandiri, termasuk PT. CIU Insurance. Hal tersebut memberikan dampak yang besar terhadap divisi SBUH, tahun 2004 klaim rasio sangat tinggi, membuat divisi ini berhenti beroperasi untuk sementara. Sebelumnya divisi SBUH merupakan.

Akhir tahun 2007 divisi SBUH kembali beroperasi, dengan jumlah peserta lebih dari 6000 (enam ribu) orang dari 2 (dua) perusahaan yang menjadi nasabah. Saat ini SBUH mempunyai 356 Rumah Sakit dan 109 Klinik, seiring dengan perkembangan SBUH provider ini masih terus bertambah.

### **2.5.1 Produk SBUH**

#### **1. Citra Care**

Produk ini mengadopsi dari sistem *managed care* yang merupakan sistem pelayanan berjenjang.

Berdasarkan buku *Managed Care Bagian A*, 2001, "*Managed care* adalah sebuah sistem yang mengintegrasikan pembiayaan dan pemberian pelayanan kesehatan untuk peserta dengan memenuhi satu atau lebih dari elemen-elemen sebagai berikut :

- a) Kesepakatan dengan pemberi pelayanan tertentu untuk melaksanakan serangkaian jasa pelayanan yang komprehensif bagi peserta;
- b) Patokan eksplisit bagi seleksi pemberi pelayanan kesehatan;
- c) Program formal untuk memperbaiki kualitas yang sudah ada dan meninjau penggunaannya;

- d) Penekanan pada menjaga agar peserta tetap sehat sehingga penggunaan jasa pelayanan berkurang; dan
- e) Insentif pembiayaan bagi peserta dalam rangka memanfaatkan pemberi pelayanan dan prosedur yang berkaitan dengan rencana.”

**Tabel 2.1**  
**Daftar Manfaat Produk Managed Care**  
**PT. CIU**

<b>Sistem</b>	<b>Limit Manfaat</b>	<b>Benefit / Manfaat</b>	<b>Keterangan Manfaat</b>
<b>Managed Care</b>	<b>Unlimited</b>	Pelayanan Penyuluhan	-Penyuluhan medis ke kantor peserta. - Mengirimkan buletin sebagai info kesehatan bagi seluruh karyawan setiap 6 bulan sekali.
		Pelayanan Pencegahan	- Imunisasi Dasar bagi Bayi dan Balita. - Vaksinasi Hepatitis B bagi Balita (Maksimum 3 x) - Imunisasi Tetanus pada Ibu Hamil - Layanan KB - Pemberian Zat Besi - Pemberian Vitamin A pada anak balita.
		Pelayanan Rawat Jalan	- Rajal Tingkat I (Konsultasi, Pemeriksaan oleh Dokter Keluarga, obat-obatan, Pemeriksaan penunjang diagnostik, Fisioterapi, tindakan bedah sederhana, perawatan gigi.) - Rajal Tingkat II (Konsultasi, pemeriksaan dokter spesialis, Obat-obatan, alat-alat penunjang diagnostik, Laboratorium, Fisioterapi, tindakan medis sederhana.)
		Pelayanan Rawat Inap	- Kamar dan makan – 365 hari/kasus, sesuai dengan hak kelas rawat inap - ICU / ICCU (20 hari/ tahun/ kasus) - Aneka perawatan - Visite dokter - Konsultasi dokter ahli - Tindakan pembedahan - Ambulance - 1 day care



	Pelayanan Kehamilan dan Persalinan	- Prenatal - Natal (normal dan Sectio Caesaria karena indikasi medis). - Antenatal
	Pelayanan Gawat Darurat	- Diberikan jika ada bukti medis yang diberikan oleh dokter yang menangani.
	Penunjang Diagnostik	- Pemeriksaan lanjutan yang dilakukan dengan mempergunakan alat periksa untuk membantu menengakkan diagnosis dokter.
	Pemberian obat-obatan / Terapi	- Standar obat Generik - Generik Berlogo - DOEN Plus

## 2. Citra Health

Jenis produk ini menggunakan metode indemnity yang sudah di modifikasi dengan merujuk pada sistem Preferred Provider Organization (PPO). Produk ini lah yang dipakai oleh PT. CIU terhadap Perusahaan “X”. Berikut adalah penjelasan manfaat yang diberikan :

### a. Manfaat Rawat Inap

**Tabel 2.2**  
**Daftar Manfaat Rawat Inap pada Produk Citra Health**

No	Rincian Manfaat	Limit Penggantian	Naik ke kamar perawatan yang lebih tinggi
1.	Biaya akomodasi dan kamar perawatan	Rp. 400.000,-	Rp. 400.000,-
2.	Biaya Perawatan Intensif (Icu/ICCU)	Sesuai Tagihan	20% deductible
3.	Biaya aneka perawatan Rumah Sakit antara lain : a. Laboratorium dan Radiologi b. Jasa Perawatan c. Obat d. Biaya kamar bedah e. Administrasi f. Physical Therapy	Sesuai tagihan Sesuai tagihan Sesuai tagihan Sesuai tagihan Sesuai tagihan	20% deductible 20% deductible 20% deductible 20% deductible 20% deductible
4.	a. Biaya Pembedahan b. Kunjungan dokter	Sesuai tagihan Sesuai tagihan	20% deductible 20% deductible

	c. Konsultasi dokter ahli di Rumah Sakit	Sesuai tagihan	20% deductible
5.	Pelayanan Ambulan	Sesuai tagihan	20% deductible
<b>Maximum batas manfaat per kasus perawatan Rp. 20.000.000,-</b>			
<b>Maximum batas manfaat rawat inap pertahun Rp. 124.676.000,-</b>			

#### b. Manfaat Rawat Jalan

**Tabel 2.3**  
**Daftar Manfaat Rawat Jalan pada Produk Citra Health**

No.	Rincian Manfaat	Limit Penggantian	Ketentuan
1.	Konsultasi Dokter per kunjungan	Sesuai tagihan	Sesuai kebutuhan
2.	Tindakan medis sederhana per kunjungan	Sesuai tagihan	medis dan selama batas waktu
3.	Konsultasi Dokter Spesialis per kunjungan	Sesuai tagihan	manfaat rawat jalan masih tersedia.
4.	Phisioteraphi dan Teraphy fisik per kunjungan	Sesuai tagihan	
5.	Pemeriksaan penunjang diagnostik sesuai dengan rekomendasi dokter	Sesuai tagihan	
6.	Imunisasi, per tindakan	Sesuai tagihan	
7.	Biaya Obat-obatan sesuai resep dokter	Sesuai tagihan	
8.	Pengoabatan alternatif sesuai dengan kebutuhan medis	Sesuai tagihan	
<b>Maximum Manfaat Rawat Jalan per tahun</b>		<b>Rp. 6.500.000,-</b>	

#### c. Manfaat Persalinan

**Tabel 2.4**  
**Daftar Manfaat Persalinan pada Produk Citra Health**

No.	Rincian Manfaat	Limit Penggantian	Ketentuan
1.	Persalinan normal maksimum per manfaat kelahiran	Rp. 6.000.000,-	Sesuai kebutuhan medis
2.	Keguguran maksimum per manfaat kelahiran	Rp. 4.500.000,-	Sesuai kebutuhan medis
3.	Persalinan dengan Sectio Caesaria maksimum per manfaat kelahiran	Rp. 10.000.000,-	Sesuai kebutuhan medis

#### d. Pemeriksaan Kesehatan Tahunan

**Tabel 2.5**  
**Daftar Manfaat Pemeriksaan Kesehatan Tahunan pada Produk Citra Health**

No.	Rincian Manfaat	Limit Penggantian	Ketentuan
1.	Pemeriksaan kesehatan pertahun	Sesuai tagihan	Sesuai kebutuhan
<b>Batas manfaat penggantian pemeriksaan kesehatan pertahun Rp.700.00,-</b>			

#### e. Manfaat Kacamata

**Tabel 2.6**  
**Daftar Manfaat Kacamata pada Produk Citra Health**

No.	Rincian Manfaat	Limit Penggantian	Ketentuan
1.	Bingkai & Lensa	Sesuai Tagihan	Sesuai kebutuhan
2.	Kacamata	Sesuai Tagihan	medis
3.	Penggantian Lensa	Sesuai Tagihan	Sesuai kebutuhan
4.	kacamata	Sesuai Tagihan	medis
	Kontak Lensa		Sesuai kebutuhan
	Pemeriksaan Mata		medis
			Sesuai kebutuhan
			medis
<b>Batas Manfaat kacamata pertahun Rp. 924.000,-</b>			

## f. Manfaat Rawat Gigi

**Tabel 2.7**  
**Daftar Manfaat Rawat Gigi pada Produk Citra Health**

No.	Rincian Manfaat	Limit Penggantian	Ketentuan
1.	Perawatan gigi dasar	Sesuai tagihan	Sesuai kebutuhan
2.	Perawatan Pencegahan	Sesuai tagihan	medis dan selama batas
3.	Gigi Palsu	Sesuai tagihan	manfaat rawat gigi
4.	Perawatan gigi khusus	Sesuai tagihan	masih tersedia
<b>Batas Manfaat gigi per tahun Rp. 2.688.000,-</b>			

### 2.5.2 Program Pendukung yang diberikan SBUH

Disamping santunan yang telah disebutkan di atas, SBU juga memberikan program pendukung yang bertujuan untuk meningkatkan wawasan peserta terhadap pemeliharaan kesehatan. Program pendukung tersebut antara lain :

#### a. Promotif dan Preventif

Tim kesehatan PT. CIU Insurance yang terdiri dari dokter – dokter dan orang – orang yang menekuni kesehatan masyarakat dan asuransi kesehatan dengan aktif memonitor secara terus-menerus penyakit-penyakit yang timbul dikalangan pesertanya. Data-data penyakit ini kemudian diolah oleh tim audit medis untuk disampaikan kepada dokter perusahaan (bila ada) atau HRD supaya dapat diinformasikan tindakan – tindakan preventif (pencegahan) yang dapat dilakukan.

#### b. Jaga mutu

Untuk tetap menjaga standar pelayanan yang diberikan SBUH kepada peserta, SBUH memiliki tim audit medis yang tujuannya selain untuk menilai kelayakan klaim dari aspek medis juga bertujuan untuk melindungi peserta dari pelayanan yang tidak bermutu, dalam hal ini baik itu over treatment maupun under treatment. Dalam hal pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta, SBUH mengacu pada Standar Pelayanan Medis yang ditetapkan oleh Ikatan

Dokter Indonesia (IDI) atau depkes RI. Data yang diperoleh dari tim medis tersebut kemudian diinformasikan kepada perusahaan tersebut maupun langsung kepada peserta yang bersangkutan.

**c. Layanan pelanggan**

Pada tahap ini SBUH mengambil langkah-langkah aktif untuk mengurangi jumlah keluhan yang masuk kepada SBUH. Salah satunya SBUH membuat kuesioner tentang pelayanan yang telah diberikan beserta saran-saran untuk meningkatkan kualitas pelayanan. SBUH juga memberikan layanan emergency call 24 jam bagi peserta yang membutuhkan informasi tentang SBUH dan bagi peserta yang mempunyai keluhan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Meningkatkan kepuasan peserta dapat dilakukan juga dengan mengurangi waktu penyelesaian klaim meupun hal – hallain yang berhubungan dengan kepuasan peserta.

**2.5.3 Ketenagaan SBUH**

Sejak kembali beroperasi pada akhir tahun 2007 sampai saat ini divisi SBUH memiliki 3 (tiga) karyawan tetap dan 4 (empat) karyawan kontrak. Berikut tabel distribusi karyawan divisi SBUH menurut jabatan dan jenis kelamin :

**TABEL 2.8**  
**Distribusi Karyawan SBUH Berdasarkan Jabatan dan Jenis Kelamin**

No	Jabatan	Jenis Kelamin	Jumlah
1	Kepala Divisi SBUH	Perempuan	1
2	Kepala Unit Underwriting dan Kepesertaan	Laki-laki	1
3	Kepala Unit Klaim dan Provider	Perempuan	1
4	Kepala Unit <i>Customer Service</i>	Perempuan	1
5	Staf Klaim	Perempuan	1
6	Staf <i>Customer Service</i>	Perempuan	1
7	Staf Underwriting dan Kepesertaan	Laki-laki	1

Jumlah seluruh karyawan divisi SBUH adalah 7 (tujuh orang). Sedangkan di bawah ini adalah distribusi karyawan menurut latar belakang pendidikan :

**TABEL 2.9**  
**Distribusi Karyawan SBUH Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan**

Pendidikan	Jumlah (orang)
Sarjana (S1)	3
Diploma Tiga (D3)	1
Diploma Satu (D1)	2
SMK	1

#### 2.5.4 Tugas Pokok SBUH

- a) Menyusun rencana kerja jangka panjang dan rencana kerja jangka pendek SBUH
- b) Memonitor perkembangan pasar asuransi kesehatan khususnya pelayanan kesehatan dan kedokteran umumnya
- c) Menyusun dan menyesuaikan sistem dan prosedur pengelolaan asuransi kesehatan untuk meningkatkan kepuasan relasi.

- d) Merancang variasi produk dan pengembangan jenis layanan produk asuransi kesehatan.
- e) Memasarkan produk SBUH dan melakukan *product development*
- f) Maintenance terhadap klien yang sedang berjalan
- g) Membuat kontrak kerjasama provider
- h) Membuat evaluasi terhadap kinerja provider.
- i) Melakukan seleksi kepesertaan dan melakukan kegiatan manajemen kepesertaan lainnya, seperti mencetak kartu peserta, endorsement, dan sebagainya
- j) Menjawab pertanyaan dan menangani keluhan dari peserta yang berhubungan dengan produk SBUH
- k) Melakukan administrasi klaim peserta
- l) Melakukan analisis klaim yang terjadi

### **2.5.5 Pembagian Tugas Masing-Masing Unit**

#### **1. Kepala Divisi SBUH**

- a. Menyusun rencana kerja jangka pendek dan jangka panjang Divisi SBUH.
- b. Menyampaikan usulan dan analisis ke perusahaan untuk perancangan atau penyusunan target pencapaian SBUH.
- c. Membina relasi dengan klien, calon klien.
- d. Menyusun standar produser penanganan keluhan peserta
- e. Memonitor perkembangan pasar asuransi kesehatan khususnya pelayanan kesehatan dan kedokteran umumnya.

- f. Menyusun dan menyesuaikan sistem dan produser pengelolaan asuransi kesehatan untuk meningkatkan kepuasan relasi.
- g. Merancang variasi produk dan pengembangan jenis layanan produk asuransi kesehatan.
- h. Menyusun rencana kegiatan diklat dan upaya peningkatan kemampuan teknis SDM SBUH dalam hal asuransi kesehatan, dengan persetujuan divisi SDM.

## **2. Sub Divisi Marketing**

- a. Memasarkan produk SBUH
- b. Menjalin kerja sama klien
- c. Melakukan product development
- d. Menganalisa competitor asuransi kesehatan PT. CIU Insurance untuk mengantisipasi kemungkinan berpindahnya klien ke pengelola asuransi lain.
- e. Melakukan tindakan prospecting (mencari peserta baru)
- f. Melakukan kegiatan enrolling seperti menentukan apakah prospek berminat dan ingin melakukan negoisasi
- g. Maintenace terhadap klien yang sedang berjalan.

## **3. Sub Divisi Undewriting Kepesertaan**

- a. Melakukan proses yang berkaitan dengan data kepesertaan (input, data baru, penambahan, pengurangan dan perubahan status kepesertaan/endorsement)
- b. Melakukan seleksi resiko kepesertaan
- c. Memproses polis beserta nota tagihan premi maupun endorsement



- d. Mencetak kartu kepesertaan

#### **4. Sub Divisi Layanan Pelanggan (*Client Relation*)**

- a. Menangani pertanyaan dan keluhan dari customer (peserta, klien, dan lain-lain)
- b. Memberikan informasi kepada peserta tentang prosedur pelayanan kesehatan
- c. Memberikan informasi tentang jenis perawatan yang harus dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi peserta serta pemilihan provider sesuai dengan mutu dan benefit yang dimiliki
- d. Melakukan survey atas kebutuhan Informasi yg diinginkan oleh klien
- e. Collect DATABANK Klien
- f. Melakukan koordinasi antar team atas masalah yg timbul

#### **5. Sub Divisi Klaim dan Provider**

- a. Melakukan koordinasi dengan TPA dalam proses administrasi klaim, baik itu klaim provider maupun klaim reimbursement.
- b. Membuat Rekapitulasi klaim
- c. Rekapitulasi akses klaim
- d. Follow up Provider lama dan proses pembukaan provider baru, serta melakukan monitoring dan evaluasi provider.
- e. Koordinasi dengan divisi Keuangan mengenai pembayaran klaim
- f. Melakukan analisa klaim
- g. Melaporkan seluruh klaim ke Klien.

## 2.5.6 Hubungan Kerja Divisi SBUH

### 1. Internal PT. CIU

#### a. Divisi administrasi dan keuangan

Divisi administrasi dan keuangan menerima data-data produksi dari divisi SBUH. Data-data tersebut berupa copy dari nota debit atau nota kredit. Data-data tersebut diposting dan diverifikasi setiap bulan sesuai dengan bulan bukunya dan selanjutnya dicetak buku produksi berdasarkan *kind of business*. Setelah semua data – data diverifikasi dan diposting selanjutnya diproses dan dicetak dalam Laporan Produksi Premi.

#### b. Divisi Inkaso

Divisi inkaso melakukan penagihan premi dan excess klaim

#### c. Divisi umum dan personalia

Divisi umum dan personalia yang mendukung kebutuhan operasional SBUH baik itu atk (alat tulis kantor), maintenance komputer dan alat telekomunikasi, kebutuhan alat transportasi atau kendaraan. Disamping itu divisi ini pula yang bertugas untuk memperhatikan akan kebutuhan SDM yang berkualitas serta memperhatikan kesejahteraan para karyawan.

### 2 Eksternal

#### a. TPA "X" (nama disamarkan atas permintaan perusahaan)

Perusahaan ini bekerja sama dengan PT. CIU Insurance dalam hal pengelolaan administrasi klaim. CIU insurance juga mendapatkan keuntungan langsung berupa penyediaan provider di hampir seluruh wilayah Indonesia yang telah disediakan oleh TPA "X".

## 2.6 Administrasi Klaim

*Klaim adalah suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang akan mempunyai ikatan, agar haknya dipenuhi (Rasmita,1999).*

Dan menurut HIAA, 1994 : *Claim administration is the process of gathering facts relating to illness or injury, comparing them with the insurance contract, and determining the benefits payable to the insured or the beneficiary.*

Pada Asuransi Kesehatan klaim yang dimaksud adalah pengajuan ganti berupa uang oleh tertanggung atau provider atas pembiayaan pelayanan kesehatan yang telah dibayarkan lebih dahulu oleh si tertanggung (reimbursement) atau atas pelayanan yang telah diberikan terlebih dahulu oleh provider.

Administrasi klaim ini adalah salah satu pelaksanaan dari fungsi Manajemen klaim, dan pengertian manajemen klaim itu sendiri adalah *pengaturan atau pengelolaan proses klaim peserta asuransi (insured) dan klaim pemberi pelayanan kesehatan (provider) kepada perusahaan asuransi (asuradur)* (Yaslis Ilyas, 2007).

Kinerja klaim berdampak langsung pada kepuasan konsumen, oleh karena itu kinerja pelaksana fungsi klaim ini akan menceminkan reputasi dari sebuah perusahaan asuransi, dan ketatnya persaingan antara perusahaan-perusahaan asuransi menjadikan kinerja klaim sebagai salah satu indikator kemampuan bersaing (*competitiveness*). Selain itu kinerja dari klaim ini akan berpengaruh pada kondisi keuangan perusahaan.

Pada SBUH CIU Insurance, administrasi klaim secara menyeluruh dilakukan oleh *Third Party Administration (TPA)*. Sub Divisi Klaim dan Provider hanya memeriksa ulang secara acak apakah administrasi klaim yang telah dilakukan oleh TPA benar atau tidak, serta menerima semua laporan pembayaran yang telah

dilakukan oleh TPA. Khusus untuk klaim reimbursement, karena pengambilan klaim tersebut dilakukan sendiri oleh Divisi SBUH (melalui kolektor), maka sub divisi klaim berfungsi sebagai verifikator awal baru kemudian dikirimkan ke TPA untuk proses selanjutnya.

#### **2.6.1 Tujuan Kerja Sub Divisi Klaim dan Provider SBUH**

- a. Membayarkan semua klaim yang sah dan sesuai dengan kontrak secara cepat dan tepat.
- b. Mampu menyediakan data untuk akuntansi/ laporan, statisitik, analisa, dan penelitian, yang nantinya akan digunakan untuk penentuan harga, kontrol keuangan, dan rencana jangka panjang.

#### **2.6.2 Target Sub Divisi Klaim dan Provider SBUH**

- a. Mampu menjalankan proses administrasi klaim sendiri tanpa bantuan TPA
- b. Tidak ada lagi *Excess* Klaim obat dan pelayanan kesehatan yang telah dilakukan oleh peserta.
- c. Mempunyai provider di seluruh Indonesia

#### **2.6.3 Sumber Daya Manusia dan Sarana Sub Divisi Klaim dan Provider SBUH**

Sumber Daya Manusia yang ada pada unit klaim di SBUH saat ini hanya terdapat 2(dua) orang, terdiri dari : 1 (satu) orang Kepala Subdiv Klaim dan Provider (dokter), serta 1 (satu) orang staff Administrasi Klaim dengan

latar belakang pendidikan S1. Jika dilihat dari struktur yang ada pada SBUH maka posisi untuk Provider Relation dan *Claim Analyst* belum terisi. Sementara tugas kedua bagian tersebut dilakukan oleh Kepala Unit Klaim.

#### **2.6.4 Hubungan Kerja Sub Divisi Klaim Dengan Sub Divisi Lain di SBUH**

##### **a. Sub Divisi *Client Relation***

- Sub divisi klaim menerima informasi dari *Client Relation* jika ada keluhan mengenai masalah klaim.
- Memberikan informasi (jawaban) mengenai keluhan kepada *Client Relation* yang kemudian diteruskan kepada klien.
- Sub divisi klaim menerima data klaim reimbursement klien dari kolektor *Client Relation*
- Penagihan *Excess* klaim kepada klien yang dilakukan oleh kolektor *Client Relation*.

##### **b. Sub Divisi Marketing**

- Menyediakan data provider untuk pembuatan proposal proyek baru.

##### **c. Sub Divisi Underwriting dan Kepesertaan**

- Membantu underwriting dengan memberikan data-data mengenai tarif pelayanan kesehatan yang biasa terjadi, untuk digunakan dalam penetapan premi.

### 2.6.5 Prosedur Penggunaan Pelayanan

Untuk memperoleh santunan atau manfaat tersebut, PT. CIU menyediakan 2 (dua) jenis pelayanan yaitu sistem reimbursement dan sistem provider. Saat ini kedua sistem ini dijalankan dengan bantuan Third Party Assurance (TPA). *TPA ini berperan sebagai pihak yang memberikan pelayanan administrasi dalam penghitungan penggantian biaya kesehatan bagi karyawan perusahaan tersebut. Layanan jasa ini dikenal dengan nama ASO (Administration Service Only)* (Farouk, 2007). Adapun prosedur penggunaan kedua sistem tersebut adalah :

#### a. Sistem Reimbursement

Pelayanan pengobatan diluar klinik atau rumah sakit yang dikontrak oleh PT. CIU. Pada sistem ini Peserta harus mengeluarkan biaya terlebih dahulu, lalu mengirimkan tagihan biaya pengobatan ke PT. CIU. Setelah diverifikasi oleh Divisi SBUH, Peserta akan mendapatkan penggantian biaya sesuai perjanjian yang tercantum dalam polis. Proses penggunaan pelayanan kesehatan secara reimbursemen adalah sebagai berikut :

- 1) Peserta dapat langsung ke rumah sakit atau klinik untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan membayar seluruh biaya pengobatan.
- 2) Peserta harus memberitahukan dan mengajukan klaim kepada PT. CIU selambat-selambatnya 10 hari kerja.

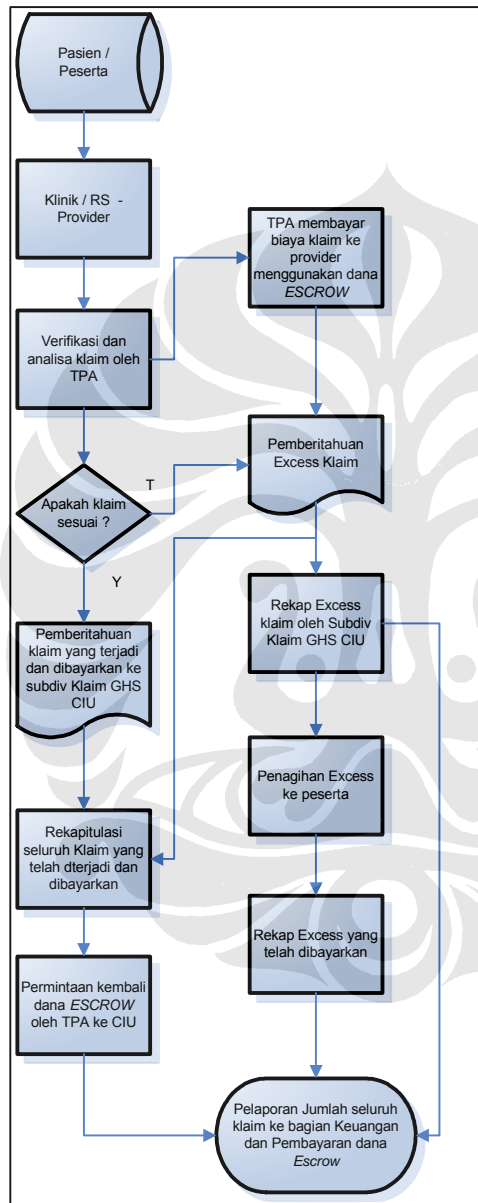
#### b. Sistem Provider

Pelayanan pengobatan di sarana pelayanan kesehatan yang dikontrak oleh PT. CIU. Pada sistem ini peserta harus menunjukkan kartu peserta PT. CIU kepada provider tetapi tidak perlu mengeluarkan biaya terlebih dahulu, karena dokter / klinik/ RS tersebut akan mengirimkan tagihan biaya pengobatan peserta langsung ke PT. CIU. Setelah diverifikasi oleh SBUH peserta akan mendapatkan informasi kembali tentang biaya yang telah digunakan dan jumlah kelebihan biaya / excess bila ada. Proses penggunaan pelayanan kesehatan secara provider adalah sebagai berikut :

- 1) Peserta dapat langsung ke klinik atau RS provider untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan plan, dengan menunjukkan kartu peserta yang masih berlaku.
- 2) Peserta tidak dikenakan kewajiban deposit/uang muka
- 3) Perusahaan harus memberitahukan kepada PT. CIU tentang karyawan / keluarganya yang akan atau sedang menjalani perawatan
- 4) Apabila Peserta mengambil kelas perawatan lebih tinggi dari haknya, maka selisih dari biaya tersebut harus dibayar langsung kepada RS yang bersangkutan.
- 5) Perusahaan harus membayar kelebihan biaya (excess klaim) jika ada, yang akan diberitahukan dan ditagih setelah dilakukan perhitungan klaim.

## 2.6.1 Alur Penyelesaian Klaim SBUH di PT. Citra International

### Underwriters



### SISTEM PROVIDER

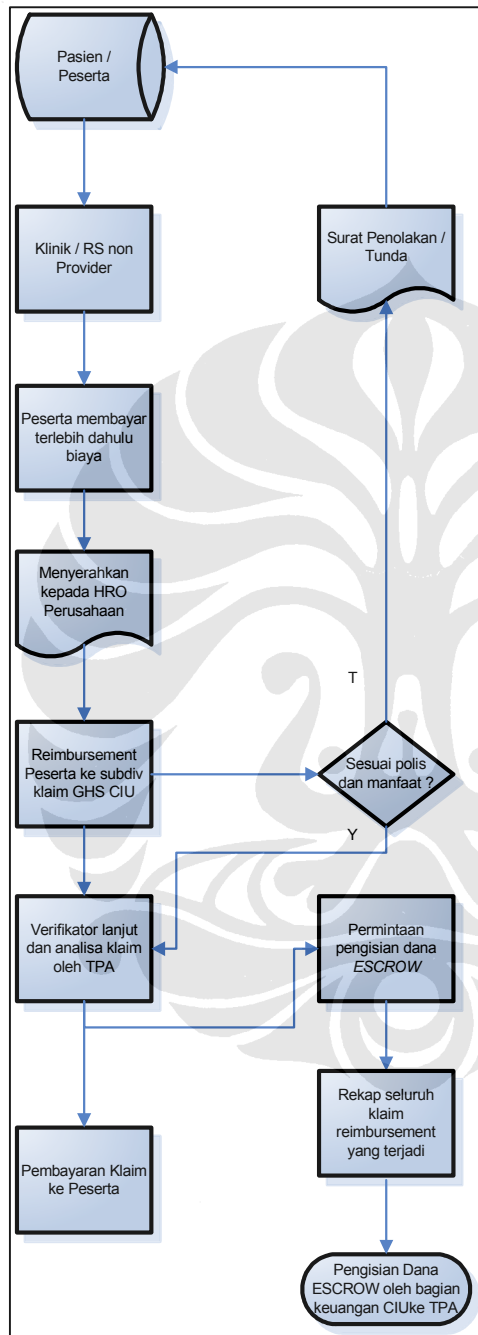
Keterangan :

Bagan di samping dimulai dari pasien yang menjadi peserta SBUH CIU Insurance menggunakan jasa pelayanan kesehatan pada provider. Cukup dengan menunjukkan kartu peserta CIU Insurance, peserta tidak perlu membayar terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan asal sesuai dengan isi polis dan limit manfaat belum habis. Provider yang telah memberikan jasa pelayanan kesehatan akan menagih biaya kepada TPA "X" selaku administrator klaim dari PT. CIU Insurance. Klaim yang terjadi akan dibayarkan seluruhnya oleh TPA "X" dengan menggunakan dana *escrow* (dana deposit yang diberikan kepada TPA oleh PT. CIU). Setelah itu klaim akan diverifikasi dan di analisa, dan TPA memberikan hasil rekapitulasi kepada Subdiv Klaim. Jika terdapat klaim yang tidak sesuai maka TPA akan memberikan keterangan *Excess* (biaya-biaya pelayanan kesehatan yang bukan menjadi tanggungan PT. CIU Insurance). Biaya *Excess* tersebut akan ditagihkan kembali kepada peserta. Setelah mengirimkan semua hasil rekapitulasi klaim TPA kemudian melakukan permintaan kembali dana *escrow* ke CIU. Seluruh hasil rekapitulasi akan diberikan kepada bagian keuangan PT. CIU Insurance, setelah itu keuangan akan membayarkan dana *escrow* kepada TPA.

Bagan 2.1 Alur Klaim Provider SBUH PT. CIU Insurance



### SISTEM NON PROVIDER (REIMBURSEMENT)



Bagan 2. 2. Alur Klaim Sistem Non-Provider SBUH

Keterangan :

Peserta menggunakan pelayanan kesehatan di Klinik / Rumah Sakit Non provider, dimana biaya untuk pelayanan akan ditanggung terlebih dahulu oleh peserta (*out of pocket*). Setelah itu peserta akan memberikan dokumen klaim kepada *Human Resources Officer* (HRO) perusahaan tempat peserta bekerja. Kemudian HRO akan memberikan dokumen tersebut kepada kolektor yang telah ditunjuk oleh CIU Insurance dan diberikan kepada sub divisi klaim SBUH. Staf administrasi klaim akan melakukan verifikasi tahap awal, jika dokumen klaim tidak lengkap maka klaim tersebut akan dikembalikan kepada peserta. Klaim yang telah melewati tahap awal verifikasi akan diberikan ke TPA untuk verifikasi lanjutan dan dianalisa, pembayaran klaim ke peserta akan dilakukan oleh TPA dengan menggunakan dana *Escrow*.

Setelah hasil rekapitulasi klaim *reimbursement* diberikan kepada PT. CIU Insurance, TPA akan meminta untuk pengisian dana *Escrow* yang kemudian akan ditindaklanjuti oleh bagian keuangan PT. CIU Insurance.

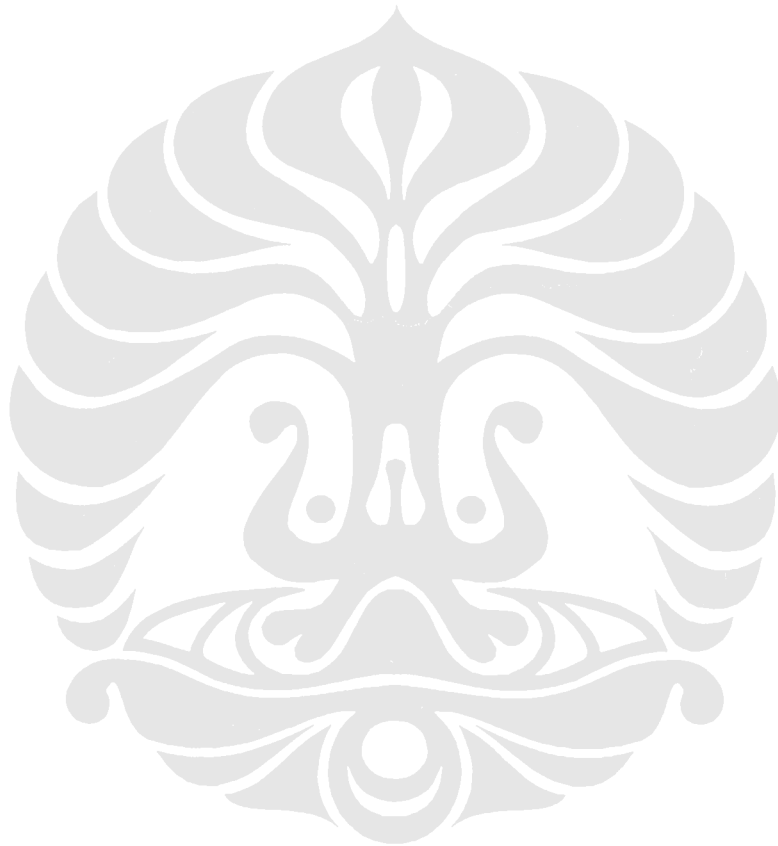
## 2.7 Input, Proses, Output Sub Divisi Klaim dan Provider SBUH PT. CIU Insurance

Dibawah ini merupakan tabel mengenai proses kerja yang dimulai dari input proses sampai pada output, yang terjadi pada subdiv klaim dan provider SBUH PT. CIU Insurance.

**Tabel 2.10**  
**Proses Kerja Sub Divisi Klaim dan Provider**

	<i>Input</i>	Proses	<i>Output</i>
<i>Man</i>	-Kepala Subdiv klaim dan provider -Administrator Klaim (1 orang)	- Rekapitulasi seluruh data klaim baik itu klaim reimburse dari peserta maupun data klaim dari TPA. - Analisa laporan klaim dari TPA - Analisa setiap pembayaran yang dilakukan TPA - Melaporkan jumlah klaim ke Keuangan - Pembukaan provider baru dan Follow up provider lama - Analisa klaim - Melakukan <i>Case Management</i>	- Hasil rekapitulasi seluruh klaim - Surat permintaan pembayaran - Hasil <i>Claim Ratio</i> - Data Provider - Hasil <i>History Claim</i> yang akan dikirimkan ke Peserta - Surat klaim tunda / tolak ke peserta - Surat penagihan <i>excess</i>
<i>Material</i>	Surat Permintaan Pembayaran (SPP), PKS tarif di Provider, Buku Daftar Obat, Buku Register Surat, Form Pengajuan Klaim Reimbursement, Alat Tulis, Kwitansi, dokumen klaim yang telah diverifikasi oleh TPA	- Data diolah menjadi informasi	- Surat penolakan / tunda klaim ( <i>hard copy</i> ) - Informasi seluruh klaim terjadi - Informasi mengenai tarif Provider ( <i>Hard Copy</i> )

<i>Machine</i>	Komputer, Telepon, <i>Printer</i> , Kalkulator	- Mengolah data menjadi informasi	- Surat penolakan / tunda ( <i>Hard &amp; Soft Copy</i> ) - <i>History Claim</i> peserta - Informasi mengenai tarif provider ( <i>soft copy</i> ) - Hasil rekapitulasi klaim reimbursement
----------------	---	-----------------------------------	---



## BAB III

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 3.1 Asuransi Kesehatan

Asuransi adalah suatu instrument sosial yang menggabungkan resiko individu menjadi resiko kelompok dan menggunakan dana yang dikumpulkan oleh kelompok tersebut untuk membayar kerugian yang diderita. Essensi 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 seluruh kelompok. (Athern, 1960, dikutip dari Ilyas, 2006).

Undang-Undang RI No. 2/1992 Tentang Asuransi memberikan definisi mengenai asuransi sebagai berikut :

*“Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih yang pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hokum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung yang timbul akibat suatu peristiwa yang tidak pasti untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dapat dipertanggungkan”.*

Sedang menurut Black and skipper (1994) asuransi kesehatan adalah :

*“ ...a social insurance where by individuals transfer the financial risks associated with loss of health to group of individuals, and which involves the accumulation of funds by the group from these individuals to meet the uncertain financial losses from an illness or for prevention of an illness.”*

Asuransi kesehatan adalah jenis asuransi yang membantu ketersediaan dana jika peserta asuransi kesehatan terserang gangguan kesehatan atau penyakit. Semua kebutuhan dari berobat ke dokter, menginap (perawatan) di rumah sakit, biaya obat di rumah sakit sampai operasi, semua itu dapat ditanggung oleh perusahaan asuransi. ([www.keuanganpribadi.com](http://www.keuanganpribadi.com) Dikutip dari [Suplemen Pikiran Rakyat Khusus Keluarga](#) )

## **3.2 Jenis Asuransi Kesehatan**

### **3.2.1 Indemnity (tradisional)**

Asuransi indemnity adalah program asuransi pelayanan kesehatan yang memberikan pertanggungan (benefit) dengan jumlah yang sudah ditentukan lebih dahulu untuk mengganti biaya pelayanan. Secara tradisional pembayaran dilakukan atas dasar ada uang ada jasa (fee for service) tanpa keterlibatan pihak asuransi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesungguhnya.

### **3.2.2 Sistem Managed Care**

Sistem pelayanan terkendali yang mengkoordinasikan pembiayaan dan kelengkapan pelayanan kesehatan agar terwujud pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dengan biaya serendah mungkin

(Saefuddin dan Ilyas, 2001). Dalam perkembangannya, managed care memiliki bermacam model, antara lain sebagai berikut :

1. HMO (Health Maintenance Organization), adalah organisasi managed care yang paling canggih pada masa kini dalam upaya mengendalikan biaya, pemanfaatan, dan akses. Secara umum organisasi ini (selanjutnya disebut HMO) memiliki karakteristik yang sama berikut ini :

- a. Menawarkan perangkat program jaminan kesehatan (health benefits) yang komprehensif, biasanya atas dasar premi tetap (fixed-premium), bagi masyarakat secara sukarela.
- b. Pilihan pemberi pelayanan kesehatan biasanya terbatas pada jaringan dokter dan rumah sakit yang tergabung dalam HMO.
- c. Mengurangi hingga menghapuskan biaya yang menguras kantong peserta, sejauh peserta menggunakan pelayanan provider yang tergabung atau ditunjuk HMO.
- d. Menggunakan dokter untuk pelayanan primer sebagai dokter keluarga atau pengendali bagi pelayanan spesialis rujukan atau perawatan di rumah sakit.

2. PPO (Preferred Provider Organization), adalah organisasi managed care yang terdiri atas suatu kelompok rumah sakit, dokter, dan pemberi pelayanan kesehatan lainnya yang mengadakan kontrak dengan asuransi, perusahaan, administrator

pihak ketiga, atau kelompok sponsor lainnya untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi para tertanggung. Perbedaan dengan HMO, PPO memberikan kesempatan kepada peserta untuk menggunakan pelayanan primer di luar PPO, namun peserta mempunyai insentif keuangan untuk mengupayakan pelayanan dari pemberi pelayanan kesehatan (PPK) yang ikut dalam program karena pembayaran yang lebih tinggi, biasanya diberlakukan *coinsurance*, dimana peserta / pasien dikenakan persentase biaya medis.

#### Mekanisme penggantian biaya (Reimbursement)

Pemberi pelayanan kesehatan PPO paling sering diganti biaya atas dasar fee for service, meski pun beberapa menerapkan system kapitasi untuk jasa pelayanan primer. PPO jarang menghadapi rencana berisiko yang meliputi pembatasan pelayanan spesialis karena sukarnya mengontrol pelayanan spesialis yang berada di luar jaringan.

PPO dapat menyediakan pilihan lebih banyak dengan memperkenankan pasien untuk mendapatkan pelayanan baik pada pemberi pelayanan kesehatan yang ikut dalam PPO maupun yang bukan anggota jaringan; Menggunakan teknik-teknik Managed Care seperti penilaian pemanfaatan dan manajemen kasus untuk mengendalikan biaya dan mutu pemantuan; dan Melakukan penggantian biaya (reimbursement) secara cepat dan

meningkatkan jumlah pasien sebagai akibat biaya yang lebih rendah dan dapat dirundingkan.

3. EPO (Exclusive Provider Organization), merupakan gambaran PPO yang lebih terbatas dan dikontrol lebih ketat. EPO melakukan proses kredesial (pemilihan PPK dengan syarat-syarat tertentu yang telah ditetapkan) atas pemberi pelayanan kesehatan secara lebih ketat. Pelayanan kepada peserta EPO harus dilakukan secara eksklusif (sesuai dengan namanya), dan peserta harus berobat di PPK yang berada dalam jaringan sama halnya dengan HMO, jika tidak peserta membayar sendiri risikonya.

4. POS (Point of Service), merupakan organisasi managed care yang relatif baru, dengan mengkombinasikan cirri-ciri PPO dengan HMO. Program ini menyediakan seperangkat jaminan kesehatan yang komprehensif dan menawarkan pelayanan kesehatan berskala penuh, mirip HMO dan anggotanya / peserta dapat secara bebas memilih apakah akan menggunakan pelayanan yang berada di dalam jaringan atau di luar jaringan dengan kendali *coinsurance*.

### 3.2.3 Managed Indemnity

Program asuransi berbasis *fee-for-service* yang tradisional telah meniru beberapa teknik Managed Care agar dapat menekan biaya yang mereka tawarkan kepada perusahaan / pembeli asuransi.



Managed Indemnity atau sistem ganti-rugi terkendali ini menerapkan control pemanfaatan dalam asuransi kesehatan tradisional berasa ada uang ada pelayanan dalam upaya mengurangi biaya dan pelayanan yang tidak tepat (Thabrany, 2001).

### 3.3 Manajemen Klaim Asuransi Kesehatan

Klaim adalah suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang akan mempunyai ikatan, agar haknya dipenuhi (Ramli, 1999).

Pada Asuransi Kesehatan klaim yang dimaksud adalah pengajuan ganti berupa uang oleh tertanggung atau provider atas pembiayaan pelayanan kesehatan yang telah dibayarkan lebih dahulu oleh si tertanggung (reimbursement) atau atas pelayanan yang telah diberikan terlebih dahulu oleh provider.

Manajemen klaim asuransi kesehatan pada hakekatnya adalah pengaturan atau pengelolaan proses klaim peserta asuransi (*insured*) dan klaim pemberi pelayanan kesehatan (*provider*) kepada perusahaan asuransi (asuradur) (Ilyas, 2006).

Manajemen klaim pada dasarnya menjalankan dua fungsi, yaitu administrasi klaim (claim administration) dan proses klaim (claim processing)(Ilyas,2006).

#### 1. Administrasi klaim

Health Insurance Association Of America, dalam buku Group Life and Health Insurance Part B,1994, mengatakan, *Claim administration is the process of gathering facts relating to illness or injury, comparing*

*them with the insurance contract, and determining the benefits payable to the insured or the beneficiary.*

Dalam administrasi klaim melibatkan unsur-unsur sebagai berikut :

a. Tertanggung

Tertanggung (insured) melaporkan atau memberikan informasi dan mengajukan berkas klaim kepada pihak asuradur atau penanggung (*insurer*). Hal-hal yang perlu dilengkapi dalam mengajukan berkas klaim antara lain : kuitansi asli, resep obat, surat jaminan pelayanan kesehatan (presertifikasi) untuk kasus rawat inap dan atau pembedahan, dan data-data lainnya.

b. Pemegang polis

Pada program asuransi kesehatan kelompok, polis biasanya dipegang oleh divisi atau bagian personalia (Human Resources Development / HRD). Dalam hal administrasi klaim, pemegang polis berfungsi sebagai pihak yang bekerja sama dengan asuradur dalam hal skrining terhadap kelengkapan berkas klaim, dan memperhatikan eligibilitas pengaju klaim, sebelum klaim itu diajukan kepada asuradur.

c. Perusahaan asuransi kesehatan

Perusahaan asuransi sebagai pihak yang akan memutuskan apakah klaim itu diterima atau ditolak, harus mengembangkan prinsip-prinsip manajemen klaim yang baik dan benar dan tidak merugikan tertanggung, serta mampu melakukan pengendalian biaya (*cost containment*). Prosedur klaim yang ditetapkan oleh perusahaan

asuransi kesehatan harus efektif dan efisien, pedoman mengenai prosedur dan proses klaim ini hendaknya diberikan kepada setiap tertanggung terutama kepada pemegang polis untuk asuransi kesehatan kumpulan.

d. Pemberi pelayanan kesehatan (PPK) / Provider

PPK / Provider bertugas memberikan informasi yang jelas dan benar mengenai pelayanan kesehatan yang diberikan kepada tertanggung. Pelayanan kesehatan yang diberikan ini harus sesuai dengan hak-hak tertanggung yang dijamin oleh perusahaan.

Tujuan Administrasi Klaim (Ilyas, 2006).

- a. Membayar seluruh klaim yang telah diverifikasi dan tepat sesuai dengan polis.
- b. Mengumpulkan dan mengelola data klaim yang tersedia untuk akuntan /laporan, statistik, analisa dan penyelidikan terhadap data yang meragukan dan data yang diperlukan untuk pembayaran.
- c. Melakukan penekanan biaya (*cost containment*) dalam rangka mencapai tujuan perusahaan dalam memperoleh profit yang maksimal.

2. Prosesi Klaim (*Claim Processing*)

Proses klaim adalah serangkaian kegiatan untuk meneliti dan membuktikan bahwa telah terjadi tersaksi yang wajar dan biasa serta

melakukan pembayaran yang sesuai pada waktu yang telah ditetapkan (Ilyas, 2006).

#### i.1 Tujuan Prosesi Klaim

Tujuan prosesi klaim adalah untuk :

- a. Membayar semua klaim yang valid.
- b. Mengidentifikasi kemungkinan berbagai tindakan kecurangan, baik yang disengaja (*fraud*) maupun yang tidak disengaja (*abuse*) dalam melakukan klaim.
- c. Memenuhi peraturan pemerintah
- d. Menghindari atau mencegah tuntutan hukum
- e. Mengkoordinasikan benefit
- f. Melakukan kontrol terhadap biaya klaim (*claim cost*)

#### i.2 Jenis Klaim

Menurut (Ilyas, 2006), klaim bisa dibagi berdasarkan pihak pengaju klaim, yaitu :

##### a. Klaim Perorangan

Klaim perorangan adalah suatu penggantian biaya (*reimbursement*) yang terjadi pada asuransi indemnitas.

b. Klaim *Provider* / PPK

Klaim dari *provider* terjadi pada asuransi produk *managed care*, diaman ada ikatan kerjasama antara perusahaan asuransi atau Bapel JPK dengan *provider* yang dibayar secara praupaya. Klaim dapat dilakukan oleh : klinik, dokter spesialis, rumah sakit, apotik dan optik.

Sedangkan menurut bentuk dan macamnya, umumnya klaim bisa dibagi menjadi dua (Ramli, 1999), yaitu:

a. Klaim wajar

Satu pihak menurut haknya sesuai dengan kesepakatan atau sesuai dengan yang ada dalam polis.

b. Klaim tidak wajar

Disini klaim terjadi bila satu pihak dengan sadar meningkari apa yang telah sama-sama disepakati.

i.3 Langkah-langkah Prosedur Klaim (Ilyas, 2006)

a. Penerimaan dan Perampungan Klaim

Dilakukan pengecekan ulang terhadap berkas-berkas yang diajukan. Hal yang perlu dipertanyakan adalah "Apakah berkas-

berkas klaim tersebut sesuai dengan syarat-syarat yang diberlakukan dan disepakati oleh kedua belah pihak?”

b. Telaah dan verifikasi klaim

Klaim yang diterima oleh unit klaim sebelum diputuskan untuk dibayar perlu ditelaah secara cermat terlebih dahulu. Untuk itu ada langkah-langkah baku yang biasanya dilakukan oleh perusahaan asuransi. Tahapan yang harus dilakukan biasanya dikerjakan secara berurutan agar tidak terjadi kemungkinan lolosnya kegiatan yang harus dilkakukan. Disamping itu, tahapan tersebut harus dilakukan secara konsisten dan cermat. Tahapan – tahapan yang umum dan perlu dilakukan adalah sebagai berikut :

- i. Keabsahan pihak yang mengajukan klaim
- ii. Kelengkapan formulir klaim, termasuk di dalamnya tanda tangan dokter yang memeriksa dan peserta.
- iii. Kesesuaian klaim dengan kesepakatan kedua belah pihak atau polis, khususnya mengenai :
  - batasan pelayanan
  - batasan biaya
  - pengecualian tindakan.
- iv. Batas waktu pengajuan klaim

- v. Kewajaran klaim, yaitu kewajaran antara diagnosa, jenis obat yang diberikan dan tindakan yang dilakukan.

#### i.4 Penyelesaian Klaim (Ilyas, 2006)

Setiap penyelesaian klaim akan berpatokan kepada dokumen legal yang telah menjadi kesepakatan bersama antara asuradur dan PPK, atau asuradur dengan peserta. Dokumen ini antara lain :

- a. Polis (uraian manfaat / benefit)
- b. Kontrak / Perjanjian kerjasama dengan Provider

Penyelesaian klaim ini dapat dibagi menjadi dua kelompok, berdasarkan pengaju klaim tersebut, yaitu :

##### a. Tahapan Penyelesaian Klaim PPK

- i. Telaah isi klaim / kontrak dan polis
- ii. Periksa isi kontrak : Cakupan hak dan kewajiban; Eksklusi (Pengecualian); Limitasi; Hal-hal yang boleh atau tidak (*terms and condition*); Keabsahan mengenai kepesertaan dan waktu peserta; dan cara pembayaran (langsung diberikan kepada PPK, tidak kepada peserta).

## b. Tahapan Penyelesaian Klaim Peserta

Tahapan ini hampir sama dengan penyelesaian PPK, namun cara pembayaran biasanya diberikan langsung kepada peserta melalui transfer atau pengambilan secara langsung oleh peserta disertai oleh kelengkapan klaim.

### i.5 Pembuatan Keputusan

Setelah melakukan telaah klaim, maka yang dilakukan selanjutnya adalah membuat keputusan terhadap klaim tersebut. Keputusan klaim berupa (Ilyas, 2006):

#### a. Klaim ditolak seluruhnya

Biasanya hal ini terjadi apabila pelayanan kesehatan yang diterima oleh tertanggung tidak dijamin atau karena ditemukan ketidakwajaran dalam pengajuan klaim.

#### b. Klaim diterima sebagian

Apabila ada sebagian tagihan klaim yang diajukan, tidak dijamin dalam polis atau terkait dengan berbagai pengaturan seperti pengecualian, *coordination of benefit*, limitasi atau pengaturan lainnya.

#### c. Klaim ditangguhkan penyelesaiannya

Terjadi apabila klaim yang diajukan belum lengkap persyaratannya dan memerlukan penyelesaian kedua-dua pihak.

#### d. Klaim diterima secara keseluruhan



Klaim yang diajukan tersebut wajar, dan semua persyaratan yang dibutuhkan telah sesuai dengan polis, maka klaim tersebut akan dibayarkan seluruhnya.

#### i.6 Excess Klaim

Menurut Iskandar (2005), *Excess Klaim* adalah selisih antara biaya aktual<sup>1</sup> dengan biaya yang dicakup oleh polis yang menjadi beban pemegang polis atau tertanggung. Pada program sistem reimbursement, *excess klaim* ini akan ditagihkan langsung di tempat pada tertanggung, namun pada sistem reimbursement akan ditagihkan kepada tertanggung setelah verifikasi klaim dilakukan.

Pengertian *Excess Klaim* yang ada pada polis standar yang dikeluarkan oleh PT. CIU (PT. Citra International Underwriters) dan tercantum dalam klausula tambahan (2007), adalah sebagai berikut : "Jumlah yang harus dibayar kembali oleh Peserta kepada Penanggung atas biaya-biaya perawatan pengobatan yang telah dikeluarkan oleh Penanggung pada Provider yang menjadi jaringan tetapi tidak dijamin oleh PT. CIU atau biaya-biaya yang muncul akibat jumlah klaim yang telah melebihi batasa klaim pertahun yang tercantum dalam tabel manfaat.

---

<sup>1</sup> Besarnya biaya yang terjadi, atas pelayanan kesehatan yang diberikan.

i.7 Masalah –masalah dalam Klaim (Ramli dan Sulthoni, 1999)

Masalah-masalah yang bisa timbul antara lain disebabkan :

a. Keterlambatan, dari segi : tenaga kurang, keahlian kurang, tidak jujur, konflik, dan proses yang berbelit-belit.

b. Kesalahan pihak asuransi

- pembayaran lebih
- pembayaran kurang

c. Kesalahan peserta

- tidak paham
- niat buruk
- bingung

d. Kesalahan PPK / Provider

- tidak paham
- niat buruk
- tidak peduli

Besar kecilnya kasus klaim sangat menentukan keberhasilan daripada manajemen klaim itu sendiri klaim dengan jumlah besar terjadi sebagai akibat :

- utilisasi besar
- salah kelola (perkembangan produk salah)
- moral hazard
- prosedur mudah

### 3.4 Adminstrasi Pihak Ketiga

Menurut (Junadi, 2000), adalah suatu metode dari administrasi klaim yang memproses klaim menggunakan sebuah administrator pihak ketiga (TPA/ Third Party Administrator). Pihak ketiga sering digunakan oleh paket kesejahteraan serikat buruh, kelompok multi pengusaha, kelompok asosiasi, serta sponsor paket lainnya yang mendanai sendiri mangaat biaya medis mereka. Perusahaan-perusahaan asuransi yang kecil boleh menggunakan adminstrator pihak ketiga untuk memproses klaim mereka. Dalam kasus seperti itu pihak ketiga diberikan sejumlah buku dan wewenang untuk membayar kalim dengan dana perusahaan asuransi.

Fitur esensial dari administrator pihak ketiga untuk paket asuransi adalah sebagai berikut :

- a. Administrasi dipilih oleh pemegang polis kelompok dan disetujui oleh perusahaan asuransi;
- b. Administrator biasanya mendapat kompensasi atas pelayanan oleh pemegang polis, tetapi kadangkala dibuat perjanjian untuk pengeluaran atau tagihan yang akan dibayar oleh perusahaan asuransi; dan
- c. Perjanjian yang ditandatangani oleh kedua belah pihak yang menyatakan fungsi-fungsi dan seberapa wewenang administrator melindungi pemegang polis dan perusahaan asuransi terhadap penyalahgunaan dana.

### 3.4.1 Kerugian TPA

Ada beberapa kerugian perusahaan asuransi jika menggunakan jasa TPA. Di bawah ini merupakan kerugian menggunakan TPA (Junadi, 2000) :

- a. Kebanyakan administrator profesional menggunakan sistem keputusan klaim mereka sendiri, yang mungkin tidak selalu kompatibel dengan perusahaan asuransi;
- b. Administrator mungkin memiliki atau mengembangkan interpretasi mereka sendiri dari ketentuan polis dan praktek administratif daripada mengikuti yang ditentukan oleh perusahaan asuransi; contohnya, apakah sebuah pelayanan dibutuhkan secara medis mungkin akan ditentukan berbeda oleh sebuah TPA dan perusahaan asuransi;
- c. Penambahan pihak ketiga mungkin akan menambah overall cost dari paket asuransi kelompok, yang mungkin akan mempengaruhi persistensi jaminan karena tarif premi mungkin naik.

### 3.5 Penilaian Kinerja PPK

Perusahaan asuransi yang produknya berbasis managed care akan terus menerus melakukan penilaian kinerja (*Review Utilisasi*) PPK / Provider untuk memperbaiki mutu dan menurunkan biaya pelayanan yang diberikan PPK. Hal-hal yang dapat dilakukan untuk menilai kinerja PPK adalah sebagai berikut (*Managed Care B, 2001*):

a. Pengukuran kinerja berdasarkan biaya

Penilaian kinerja berbasis biaya mencakup :

- i. Biaya per kunjungan
- ii. Biaya per hari rawat
- iii. Biaya per perawatan
- iv. Biaya per operasi / pembedahan
- v. Biaya per peserta per bulan, dalam bentuk jumlah total dan per pelayanan tertentu
- vi. Angka perawatan
- vii. Angka operasi Sesar
- viii. Angka pembedahan per rujukan

b. Pengukuran kinerja berdasarkan kualitas dan kepuasan pekerja, mencakup :

- i. Akses terhadap pendaftaran pasien / perjajian
- ii. Lama waktu menunggu pendaftaran
- iii. Angka keluhan peserta
- iv. Angka peserta berhenti
- v. Survei kepuasan peserta
- vi. Angka imunisasi
- vii. Angka pelayanan preventif
- viii. Angka komplikasi
- ix. Perawatan yang tidak diharapkan atau yang dapat dicegah atau perawatan kembali.

c. Insentif untuk yang berkinerja tinggi

Pemberian insentif yang tinggi bagi PPK yang mempunyai kinerja baik dan kepuasan peserta yang tinggi. Selain itu penggunaan *withhold* (penahanan dana) sebagai salah satu insentif finansial bagi PPK juga membantu untuk tetap menjaga kualitas PPK. *Withhold* biasanya merupakan bagian pembayaran asuradur kepada PPK yang ditahan / tidak dibayarkan untuk masa tertentu, dan pembayaran dana yang ditahan tersebut dikaitkan dengan pemenuhan PPK terhadap persyaratan kualitas, administrasi, atau utilisasi (*Managed Care C, 2000*).

### **3.6 Program Manajemen Klinis**

Peningkatan kualitas program dan penurunan biaya dapat dicapai oleh perusahaan asuransi dengan menerapkan manajemen klinis. Manajemen klinis dapat dilakukan dengan cara-cara sebagai berikut :

a. Formularium Obat

Membuat sebuah daftar obat yang disetujui oleh sejumlah dokter, digunakan sebagai petunjuk bagi dokter untuk memilih obat yang paling cocok untuk pasien.

b. Penggantian Obat

Penggantian obat terjadi jika obat diganti oleh obat lain yang sama efektifnya dan sama hasilnya.

c. Diskon Pabrik Obat

Biasanya pabrik obat memberikan diskon kepada perusahaan asuransi karena membeli obat mereka untuk peserta asuransi.

d. Petunjuk Pengobatan

Petunjuk pengobatan memberikan kriteria yang objektif dan tidak bias sehingga dokter mempunyai informasi yang mutakhir tentang obat yang tepat dan hemat biaya. Petunjuk pengobatan dibuat berdasarkan tinjauan literatur kedokteran, standar kedokteran, dan tinjauan kebijakan dan rekomendasi organisasi kesehatan nasional dan dokter yang dihormati.

e. Perlu Otorisasi

Suatu proses klinis yang membolehkan para dokter untuk meninjau obat atau profil obat dari pasien dan memutuskan cocok atau tidaknya pengobatan yang diminta. Obat-obat yang memerlukan otorisasi terlebih dahulu :

- Yang berpotensi kuat menimbulkan efek samping
- Yang sering diresepkan secara tidak tepat
- Yang berpotensi tinggi untuk disalah gunakan
- Obat-obat generasi kedua yang sering diresepkan sebagai generasi pertama.

Jika obat perlu diotorisasi terlebih dahulu, dokter yang meresepkan akan diberi sejumlah pertanyaan dan, jika memenuhi kriteria yang telah ditentukan, obat itu disetujui.

f. Tinjauan Penggunaan Obat

Tinjauan penggunaa obat (*DUR*) atau evaluasi penggunaan obat mencakup tinjauan resep dokter, penyaluran oleh apotik, dan penggunaan obat oleh pasien.

g. Program manajemen Penyakit

Manajemen penyakit adalah sebagai usaha untuk mengurangi biaya total kesehatan melalui koordinasi diantara para dokter menyangkut penyakit tertentu.

h. Program Pendidikan

Program yang dirancang untuk meningkatkan peresepan dan penyaluran obat digunakan luas oleh perusahaan asuransi dan kontraktor mereka.

Program ini dibagi menjadi tiga kategori :

- Penyuluhan ke dokter
- Program training apoteker
- Penyuluhan ke peserta.



## BAB IV

### KERANGKA KONSEP

#### 4.1 Kerangka Konsep

Kejadian *excess* klaim adalah salah satu bagian dari proses manajemen klaim. Menurut Ilyas (2003), *Manajemen klaim adalah salah satu fungsi penting untuk kelangsungan suatu perusahaan asuransi, karena disinilah ditentukan apakah klaim itu dibayar segera, ditunda, atau ditolak.*

Setiap perusahaan asuransi mempunyai tahapan berbeda dalam proses penyelesaian klaim, namun secara umum langkah-langkah prosedur klaim adalah sebagai berikut : (Ilyas, 2003)

1. Penerimaan Dan Perampungan Klaim

Pengecekan ulang seluruh berkas-berkas klaim yang diajukan dan menyesuaikan dengan syarat-syarat yang sebelumnya telah disepakati oleh kedua belah pihak.

2. Telaah dan verifikasi klaim

Telaah ini harus dilakukan secara cermat sebelum diputuskan untuk dibayar. Setiap perusahaan asuransi biasanya mempunyai langkah-langkah yang baku dan dilakukan secara bertahap, cermat dan konsisten.

Beberapa tahapan yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Keabsahan pihak yang mengajukan klaim (baik itu dari provider maupun peserta / reimbursement)
- b. Kelengkapan formulir klaim, termasuk didalamnya tanda tangan dokter yang memeriksa dan peserta.

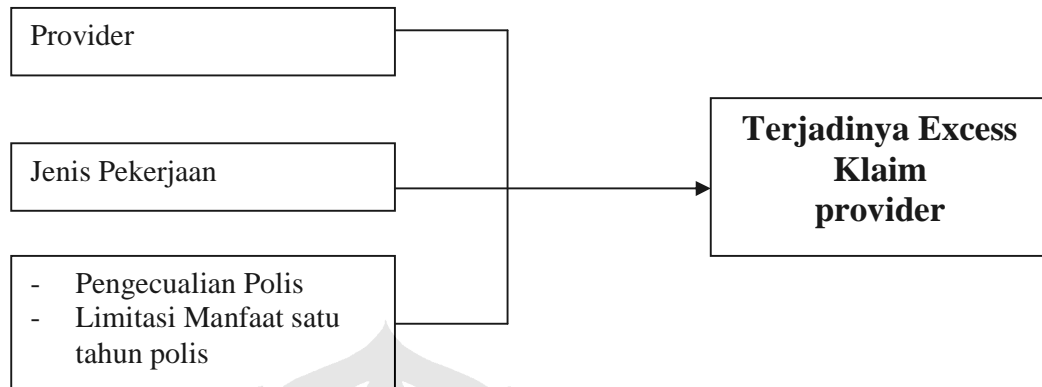
- c. Kesesuaian klaim dengan kesepakatan kedua belah pihak atau polis, khususnya mengenai batasan pelayanan (limitasi manfaat), batasan biaya, pengecualian tindakan.:
- d. Batas waktu pengajuan klaim
- e. Kewajaran klaim, yaitu kewajaran antara diagnosa, jenis obat yang diberikan dan tindakan yang dilakukan.

Berdasarkan teori di atas dan melihat kejadian di lapangan (observasi), serta melihat dari judul dan tujuan penulisan mengenai kejadian *excess* klaim provider pada klien "X", penulis membuat suatu kerangka konsep yang menggambarkan kejadian *excess* klaim itu sendiri, dengan mengambil variabel : provider (dilihat dari segi pengaju klaim), Jenis Pekerjaan Peserta<sup>2</sup>, Pengecualian yang ada pada polis dan limitasi manfaat 1 tahun polis pada Organisasi / Perusahaan "X", yang diberikan oleh PT. CIU. Variabel –variabel tersebut menjadi variabel yang mempunyai pengaruh terhadap *excess* klaim.

Kerangka konsep digambarkan oleh penulis sebagai berikut :

---

<sup>2</sup> Pekerjaan bergaji rendah sering berhubungan dengan kondisi kerja yang buruk, karyawan dan keluarganya dengan masalah kesehatan yang belum tertangani, kesulitan menjaga tingkat partisipasi yang cukup dan tingkat pergantian yang tinggi (Junadi, 2000).



**Bagan 3.1 Kerangka Konsep Gambaran Kejadian Excess Klaim Provider di Perusahaan "X" pada PT. CIU**

#### **4.2 Variabel Kerangka Konsep**

##### **3.2.1 Variabel Terikat**

Variabel terikat pada penelitian ini adalah terjadinya excess klaim provider

##### **3.2.2 Variabel Bebas**

Variabel bebas yang diteliti adalah faktor-faktor penyebab terjadinya excess klaim provider, yaitu :

1. Provider
2. Jenis Pekerjaan
3. Pengecualian Polis
4. Limitasi Manfaat 1 tahun polis

### 4.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Excess Klaim Provider	Jumlah yang harus dibayar kembali oleh Peserta kepada penanggung atas biaya –biaya perawatan pengobatan yang telah dikeluarkan oleh penanggung untuk pembayaran jaringan provider dimana biaya tersebut bukan merupakan tanggungan penanggung	menjumlahkan data sesuai dengan variabel	Data Klaim	Terjadi <i>excess claim</i> dan tidak terjadi <i>excess claim</i> .	Nominal
2.	Provider	Penyedia Pelayanan Kesehatan untuk peserta asuransi yang mempunyai kontrak kerjasama dengan PT. CIU Insurance.	menjumlahkan data sesuai dengan variabel	Data Klaim	Nilai <i>Excess</i> di - RS. Pusat Pertamina - RS. Tria Dipa - Siloam Hospital - RS. Yakarta - RSIA. Hermina Dpk - RS. Medistra - RS. Siaga Raya - RS. Graha Dpk - RS. Zahirah - RS. Mediros	Nominal
3.	Jenis Pekerjaan	Ragam hal yang dilakukan peserta untuk memperoleh penghasilan tetap perbulan.	mejumlahkan data sesuai dengan variabel	Data Kepese r-taan	Nilai <i>excess</i> di a. Administrasi dan lain-lain (OB, kurir) b. Peneliti c. Tehknisi d. Guards / Satpam	Nominal

4.	Pengecualian Polis	Hal-hal yang tidak ditanggung atau tidak tercantum dalam polis atau perjanjian kerjasama antara PT. CIU dan Perusahaan "X", seperti obat dan tindakan pengobatan.	Menjumlahkan data sesuai dengan variabel	Data Klaim	Nilai <i>excess</i> berdasarkan : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tindakan Medis yang tidak ditanggung</li> <li>- Pengecualian Obat</li> <li>- Biaya Non Medis</li> </ul>	Rasio
5.	Limitasi Manfaat 1 tahun polis	Batasan biaya pertanggungungan yang diberikan oleh PT. CIU kepada Perusahaan "X" selama kurun waktu satu tahun perjanjian.	Menjumlahkan data sesuai dengan variabel	Data klaim	Nilai <i>excess</i> berdasarkan : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitasi Rawat Inap</li> <li>- Limitasi Rawat Jalan</li> <li>- Limitasi Gigi</li> <li>- Limitasi Medical Check Up</li> <li>- Limitasi kacamata</li> <li>- Limitasi Maternity</li> </ul>	Rasio