

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pemeliharaan kesehatan merupakan suatu kebutuhan bagi setiap orang tanpa membedakan status ekonomi dan sosial. Saat ini, negara-negara berkembang terus ditekan agar memperhatikan masalah kesehatan yang merupakan hak asasi manusia, sebagai prioritas dalam pembangunan. Peraturan perundang-undangan di Indonesia-pun telah mengatur mengenai kesehatan ini yang dituangkan dalam Undang-undang Dasar (UUD) 1945 Pasal 28H, "...*setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan*".

Menurut Gotret P, (2006) yang dikutip dari Chusnun, (2007) "Hampir semua penderita berbagai penyakit (*burden disease*) tinggal dinegara berkembang. Sedang kontribusi pembiayaan kesehatan negara berkembang hanya sekitar 12 % dari total pembiayaan kesehatan dunia". Kualitas pelayanan kesehatan di negara berkembang yang terbatas dapat dimaklumi, dengan melihat sumber daya yang terbatas dan besarnya masalah kesehatan yang dihadapi. Besarnya pembiayaan kesehatan ini berkaitan erat dengan indikator kesehatan di suatu Negara (WHO, 2000).

Pembiayaan kesehatan yang dilakukan dengan membayar langsung (*out of pocket/OOP*) masih mendominasi di negara berkembang termasuk Indonesia. Sistem pembiayaan seperti ini akan membebani setiap individu baik dari kesulitan untuk mendapatkan akses maupun hambatan dalam finansial individu. Menurut Thabrany (2005), tingginya pengeluaran OOP ini bersifat regresif, yakni

semakin berat dirasakan bagi mereka yang berpendapatan rendah dibandingkan dengan yang berpendapatan tinggi. Selain itu semakin berkembangnya teknologi kesehatan dan kedokteran membuat biaya kesehatan semakin meningkat. Sebagai salah satu solusi untuk menghadapi masalah tersebut dibutuhkan suatu sistem pelayanan asuransi kesehatan (Thabrany dan Mayanda,2005).

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 (Jamkeskin), dari 18% hingga sekarang sekitar 35% dari total penduduk Indonesia (Chusunun, 2007).

Penduduk Indonesia yang berjumlah kurang lebih 225 juta jiwa (Bakohumas, 2008), membuat Indonesia sebenarnya pasar yang besar untuk asuransi namun karena banyaknya kendala, seperti krisis ekonomi yang sedang dihadapi membuat persaingan diantara perusahaan asuransi semakin ketat. Akan tetapi karena krisis ekonomi ini pula membuat banyak dari masyarakat Indonesia yang kian menyadari pentingnya asuransi kesehatan sebagai transfer risiko keuangan atas kejadian sakit yang dialami.

Menurut Bhisma Murti(2000), asuransi kesehatan merupakan *cara untuk mengatasi risiko dan ketidakpastian peristiwa sakit serta implikasi biaya-biaya yang diakibatkannya*. Melalui asuransi kesehatan peristiwa yang tidak pasti dan sulit diramalkan dapat diubah menjadi peristiwa yang pasti dan terencana. Untuk mencapai hal tersebut, peserta asuransi akan membayar sejumlah uang yang disebut premi secara teratur kepada perusahaan asuransi. Asuransi melakukan

perangkuman risiko (*risk pooling*) untuk membantu mengurangi risiko perorangan ke risiko kelompok. Janji perusahaan asuransi untuk memberikan proteksi kepada pesertanya dari kemungkinan kerugian finansial akibat terjadinya risiko direalisasikan dengan pembayaran klaim oleh perusahaan asuransi kepada peserta sesuai dengan yang disepakati dalam kontrak (HIAA,1994 dan Ilyas, 2006).

Perusahaan-perusahaan asuransi komersial di Indonesia bersaing ketat untuk merebut pasar dengan pemberian tarif premi, discount dan komisi (ABDA, 2006). Hal ini menjadi dilema bagi perusahaan jika tidak mengikuti pasar maka perusahaan tidak mendapatkan bisnis baru sedangkan jika mengikuti tidak dapat menutup risiko. Untuk menangani hal tersebut diperlukan manajemen yang bagus untuk mengelola sebuah perusahaan asuransi.

Manajemen klaim adalah unit yang sangat berperan dalam kelangsungan perusahaan asuransi yang menentukan apakah suatu klaim harus dibayar segera, ditunda, atau ditolak, yang selanjutnya hal ini akan berefek pada citra perusahaan. Unit ini juga berpengaruh dalam menentukan arus kas keuangan perusahaan secara langsung (Ilyas, 2006).

PT. Citra International Underwriter (CIU) Sub Bisnis Unit (SBU) Health yang merupakan pengelola bisnis asuransi kesehatan, memasarkan produk indemnitas yang dikombinasikan dengan Preferred Provider Organization (PPO). Oleh karena itu prosedur klaim bisa dilakukan melalui reimbursement dan secara *cashless* melalui provider.

Klaim-klaim reimbursement dan provider pada PT. CIU di proses dengan menggunakan jasa Third Party Administrator (TPA). Seluruh fungsi manajemen

klaim (administrasi klaim dan proses klaim) dilakukan oleh TPA, PT. CIU hanya melakukan audit terhadap klaim yang terjadi. Untuk penggantian klaim reimbursement akan dikirim langsung ke rekening peserta dan untuk provider dibayar secara *fee for service* sesuai dengan kontrak. Penggunaan jasa TPA ini akan mengurangi beban kerja dari perusahaan asuransi, namun dalam pelaksanaannya TPA seringkali melakukan interpretasi sendiri terhadap polis dan praktek administrasi (Ilyas, 2006), yang berefek pada diterima atau ditolaknya klaim.

Pada klaim provider banyak terdapat pelayanan diluar tanggungan dari PT. CIU, tetapi dibayarkan oleh TPA. Pelayanan ini sebelumnya telah diatur dalam polis, dan dicantumkan sebagai pengecualian, yang antara lain : bedah kosmetik, obat-obatan yang tidak ditanggung (vitamin, obat-obatan keras, dan lain-lain), atau yang merupakan *preexisting condition* (HIAA,1994). Selain itu sistem yang tidak sesuai antara TPA dan PT. CIU mengakibatkan informasi yang diberikan tidak tepat waktu, banyak peserta yang manfaat klaim providernya telah habis, masih terus menggunakan manfaatnya, sehingga menjadi *overlimit*. Klaim-klaim inilah yang biasa disebut *excess claim*, dan akan ditagihkan pada peserta. Kartu peserta juga berperan dalam terjadinya *excess claim* ini. Kartu peserta yang dikeluarkan oleh PT. CIU saat ini belum menggunakan teknologi yang dapat memberikan informasi lengkap kepada provider mengenai status peserta (*History klaim, Batasan Manfaat, dan lain-lain*).

Berdasarkan data yang diperoleh penulis dari hasil rekapitulasi *excess claim* PT. CIU sampai bulan April 2008 terdapat jumlah *excess* sebesar Rp. 65.849.820,- dengan rincian bulan Januari Rp.11.664.174,-, bulan Februari Rp.

6.066.848,-, bulan Maret sebesar Rp. 6.157.923,- dan pada bulan April 2008 sebesar Rp. 41.960.876,-.

Dampak yang diakibatkan *excess claim*, antara lain : mempengaruhi *cashflow* (arus kas) perusahaan, hal ini dikarenakan peningkatan klaim peserta asuransi kesehatan yang mengakibatkan risiko yang ditanggung perusahaan akan menjadi lebih besar jika *excess* yang terjadi terlalu besar (Situngkir, 2003). Selain itu akan mempengaruhi penilaian kinerja perusahaan oleh peserta karena kurang bisa menanggulangi *excess* sehingga jumlahnya semakin besar dan akhirnya berdampak pada citra perusahaan.

1.2 Rumusan Masalah

Masih ditemukannya kasus *provider excess claim* yang telah dibayarkan oleh PT. CIU kepada provider untuk kemudian ditagihkan kepada peserta, selama periode Januari – April 2008.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Bagaimana gambaran kejadian *provider excess claim* pada perusahaan “X” di PT. Citra International Underwriters untuk produk Asuransi Kesehatan sejak Januari – April 2008?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran dari kejadian *excess claim* provider di Perusahaan “X” pada PT. CIU periode Januari – April 2008.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya gambaran kejadian *excess claim* perusahaan "X", dilihat dari segi provider.
2. Diketuainya gambaran kejadian *excess claim* perusahaan "X", dilihat dari segi pekerjaan.
3. Diketuainya gambaran kejadian *excess claim* perusahaan "X", dilihat dari segi pengecualian polis.
4. Diketuainya gambaran kejadian *excess claim* perusahaan "X", dilihat dari segi limitasi manfaat per tahun polis.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Aplikatif

Sebagai bahan masukan untuk PT. Citra International Underwriters dalam mengelola klaim provider dan menangani *excess claim* yang terjadi.

1.6 Ruang Lingkup penelitian

Penelitian dilakukan untuk memperoleh gambaran kejadian *excess claim* di PT. CIU Insurance. Hal yang membuat penulis tertarik untuk meneliti karena banyaknya kejadian *excess claim* provider pada produk gabungan indemnity dan PPO.. Penelitian yang dilakukan terhadap staff klaim dan data klaim yang telah diterima dari TPA. penelitian ini dilakukan selama penulis magang yaitu dari

Bulan Januari sampai dengan bulan April 2008, dengan menggunakan metode kuantitatif melalui observasi di lapangan, dan alat bantu data mengenai klaim.

