

ANALISIS PENGETAHUAN SDM, PENGGUNAAN SISTEM INFORMASI DAN KELENGKAPAN KLAIM TERHADAP PENOLAKAN KLAIM REIMBURSEMENT DI PT GESA ASSISTANCE TAHUN 2016

Ahmad Tajudin

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju

Jl. Harapan No. 50 Lenteng Agung Jakarta

Email: tajudinahmad@gmail.com

ABSTRAK

Administrasi klaim mempunyai pengaruh yang kuat pada setiap reputasi perusahaan asuransi, keuntungan yang diberikan oleh TPA adalah penanganan administrasi yang profesional terutama untuk pengelolaan administrasi klaim dan lebih efisien dalam biaya operasional. Tujuan penelitian untuk Menganalisis Pengetahuan SDM, Penggunaan Sistem Informasi dan Kelengkapan Klaim terhadap Penolakan Klaim Reimbursement di PT GESA Assistance Periode Januari – Desember Tahun 2016. Analisis ini diperlukan karena masih terdapat masalah terkait dengan penolakan klaim. Penelitian ini adalah penelitian bersifat deskriptif kualitatif, menggunakan metode induktif dan wawancara mendalam dengan 7 personil klaim. Dalam penelitian ini didapati bahwa dari klaim yang diterima terdapat banyaknya klaim tidak lengkap yang diajukan oleh peserta. Peneliti memfokuskan penelitian kepada permasalahan pengetahuan SDM, penggunaan sistem informasi, kelengkapan klaim dan penolakan klaim. Rata-rata pengetahuan SDM mengenai klaim reimbursment baik, penggunaan sistem informasi klien beberapa yang paham kegunaannya dan banyaknya peserta tidak melengkapi klaim sehingga memperlambat proses pengklaiman. Khususnya pada Divisi Claim ada baiknya manajemen perusahaan memberikan apresiasi kepada SDM yang berkompeten untuk meningkatkan produktivitas kerja karyawannya, guna mempercepat jalannya proses klaim sebaiknya PT GESA Assistance menggunakan satu sistem yang dapat mengakomodir seluruh kebutuhan dari dalam dan luar perusahaan, agar mensosialisaikan syarat-syarat pengajuan klaim kepada peserta dari awal menggunakan asuransi sehingga memperkecil klaim yang ditolak dan mempercepat proses klaim dan dapat mengevaluasi dan menjadwalkan secara regular refreshing product kepada karyawan khususnya di Bagian Claim sehingga mutunya tetap terjamin.

Kata Kunci

Pengetahuan, Sistem, Klaim, Kelengkapan

ABSTRACT

The claims administration has a strong influence on every insurance company's reputation, the benefits provided by TPA are professional administrative handling, especially for claims administration and more efficient in operational costs. The purpose of the research is to Analyze Human Knowledge, Use of Information System and Claim Completeness to Reimbursement Claim Rejection at PT GESA Assistance for the Period of January - December of 2016. This analysis is needed because there are still problems related to denial of claim. This research is qualitative descriptive research, using inductive method and depth interview with 7 claims personnel. In this study it was found that from the claims received there were many incomplete claims submitted by the participants. The researcher focuses the research on human resource knowledge, use of information system, completeness of claim and rejection of claim. The average HR knowledge of reimbursment claims is good, the use of multiple client information systems that understand its usefulness and the number of participants does not complement the claims, thus slowing the process of claiming. Especially in Claim Division there is good management company to give appreciation to competent human resources to improve work productivity of its employees, in order to accelerate the process of claiming process PT GESA Assistance should use a system that can accommodate all needs from within and outside the company, in order to socialize the terms of filing a claim to participants from the beginning of using insurance so as to minimize rejected claims and accelerate the claim process and to evaluate and schedule regular refreshing products to employees especially in Claim Section so the quality is guaranteed.

Keywords

Knowledge, System, Klaim, Completeness

Pendahuluan

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 hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul akibat suatu peristiwa yang tidak pasti (uncertainty), atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.

Asuransi adalah instrumen sosial yang menggabungkan resiko individu menjadi resiko 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 kelompok.

Asuransi kesehatan adalah merupakan salah satu asuransi yang berkembang dan menjadi perhatian khusus pemerintah saat ini, dimana pemerintah saat ini sedang menjalankan program asuransi kesehatan untuk masyarakat yaitu Sistem Jaminan Sosial Nasional UU No. 40 tahun 2004 tentang SJSN. Perusahaan asuransi kesehatan swasta pun semakin mempersiapkan diri untuk menghadapi program pemerintah dalam mendukung dunia perasuransian di Indonesia khususnya asuransi kesehatan, hal ini terbukti dengan banyaknya perusahaan asuransi yang bermunculan, semakin variatifnya produk asuransi kesehatan yang ditawarkan, oleh karenanya persaingan perusahaan di bidang asuransi kesehatan pun semakin ketat dan keras, setiap perusahaan berusaha memenangkan persaingan dalam memasarkan hasil-hasil produksinya.

Semakin tingginya biaya kesehatan yang harus ditanggung bila seseorang mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga masyarakat mencari alternatif pemecahan masalah tersebut dengan mencari pihak yang dapat membantu manajemen biaya kesehatannya, bila seseorang tiba-tiba harus dirawat atau membutuhkan pelayanan kesehatan. Dan semakin meningkatnya kesadaran, perhatian serta kepedulian masyarakat Indonesia akan kesehatan mereka yang mempercayakan manajemen biaya kesehatan kepada perusahaan asuransi kesehatan.

Administrasi klaim mempunyai pengaruh yang kuat pada setiap reputasi perusahaan asuransi. Hal ini dikarenakan selain memberi arti bagi keberhasilan produk, juga dipakai sebagai indikator keberhasilan usaha dan manajemen perusahaan. Fungsi klaim dalam perusahaan asuransi adalah memenuhi kontrak perjanjian untuk memberi perlindungan finansial kepada peserta atas suatu peristiwa atau kejadian. Untuk itulah suatu perusahaan asuransi mempunyai

kewajiban untuk memproses klaim dengan cepat, tepat dan akurat serta membayarkan sesegera mungkin klaim yang diajukan oleh peserta atau nasabah. Untuk mengelola klaim yang efektif dibutuhkan personil, sistem dan prosedur yang handal. Personil klaim harus mempunyai pengetahuan, keahlian dan profesional dalam bidang administrasi klaim sedangkan prosedur dapat mencegah kesalahpahaman mengenai isi polis, menghindari kesenjangan pengetahuan antara peserta dengan perusahaan asuransi dan menjaga keakuratan serta kerahasiaan data klaim.

Klaim dapat didefinisikan suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan, agar haknya dipenuhi. Sedangkan menurut Health Insurance Association of America, administrasi klaim adalah suatu proses mengumpulkan kenyataan yang berhubungan dengan penyakit, disesuaikan dalam kontrak asuransi, menetapkan pembayaran manfaat tertanggung / beneficiary (menetapkan apakah klaim dapat dibayar atau ditolak).

Kenyataannya tidak semua perusahaan asuransi memiliki sumber daya manusia dan fasilitas yang dijelaskan di atas sehingga adakalanya proses klaim tersebut tidak sesuai dengan yang diharapkan yang mengakibatkan keterlambatan pembayaran klaim yang menjadi masalah pokok dalam asuransi. Selain itu terdapat pula masalah-masalah lain yang terdapat di perusahaan asuransi seperti penolakan klaim, klaim-klaim tagihan yang bermasalah, ketidaklengkapan dokumen-dokumen klaim dan lain-lain.

Seiring dengan berkembangnya bisnis dibidang perasuransian, banyak perusahaan asuransi khususnya asuransi kesehatan yang menggunakan jasa Third Party Administration (TPA) untuk mengelola administrasi dan klaim kepada peserta. Tidak terkecuali dengan perusahaan pengelola administrasi asuransi kesehatan, perusahaan-perusahaan tersebut saling bersaing untuk memberikan service terbaik pada klien / pelanggan yang mereka miliki. Karena pada prinsipnya perusahaan asuransi mengutamakan kepuasan klien / pelanggan demi menghasilkan kredibilitas dari perusahaan asuransi tersebut.

Keuntungan yang diberikan oleh TPA adalah penanganan administrasi yang profesional terutama untuk pengelolaan administrasi klaim dan lebih efisien dalam biaya operasional. Hal ini disebabkan karena apabila suatu perusahaan asuransi mempunyai peserta dan klaim dalam jumlah besar sedangkan jumlah SDM dan fasilitas pendukung lainnya kurang memadai maka perusahaan asuransi dapat melimpahkan atau menyerahkan pengelolaan pada perusahaan TPA sehingga tidak perlu menambah jumlah SDM dan fasilitas pendukung lainnya. Dalam menjalankan fungsi dan kerjasamanya dengan perusahaan asuransi, pihak TPA bukan sebagai penanggung resiko melainkan hanya sebagai pihak ketiga yang memberikan jasa

pelayanan dalam mengelola administrasi dan klaim perusahaan asuransi.

Dalam hal ini PT GESA Assistance merupakan perusahaan yang bergerak di bidang pengelolaan administrasi asuransi kesehatan atau lebih dikenal dengan TPA (Third-Party Administrastion). Dimana TPA bertugas memberikan administrasi pelayanan kepada peserta dan banyak perusahaan asuransi yang mempercayakan kegiatan operasionalnya kepada pihak ketiga tersebut. Salah satunya adalah memproses klaim peserta asuransi.

Saat ini PT GESA Assistance sangat memberikan perhatian khusus terhadap proses yang terjadi pada Bagian Claim, hal ini dikarenakan pada periode Januari sampai dengan Desember 2016 PT GESA Assistance mencatat cukup banyaknya klaim reimbursement yang ditolak sesuai dengan polis asuransi.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan rata-rata per bulan data klaim reimbursement yang diterima, ditunda dan ditolak pada periode Januari 2016 sampai dengan Desember 2016 dengan beberapa alasan adalah sebagai berikut : dari 1511 klaim yang diterima sebanyak 12.61% (191 klaim) adalah merupakan klaim ditunda dan sebanyak 7.13% (108 klaim) adalah merupakan klaim ditolak.

PT GESA Assistance menerima 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 GESA Assistance.

Dalam hal pembayaran klaim reimbursement, standarnya klaim yang telah lengkap dapat dilakukan proses bayar maksimal 14 hari kerja, terhitung mulai tanggal diterimanya dokumen klaim dengan lengkap di PT GESA Assistance.

Dengan jumlah klaim reimbursement yang diterima pada periode Januari sampai dengan Desember 2016 dan cukup banyaknya klaim yang ditolak dan klaim tunda dan tidak diimbangi oleh faktor-faktor pendukung untuk melakukan pengajuan klaim, dimana faktor tersebut menjadi suatu hambatan yang dapat berpengaruh terhadap penyelesaian klaim.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Kresnawati (2012), tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan proses klaim reimbursement, fokus penelitian tersebut lebih kepada permasalahan keterlambatan pembayaran pada perusahaan asuransi. Dari hasil penelitian tersebut didapatkan hasil bahwa terjadi keterlambatan dalam proses klaim reimbursement disebabkan faktor internal dan faktor eksternal perusahaan. Faktor internal perusahaan yaitu sumber daya manusia yang kurang memadai, metode kerja yang masih belum

begitu efektif, sarana yang belum memadai dan sistem yang digunakan terlalu panjang dan berbelit-belit. Sedangkan faktor eksternal perusahaan yaitu adanya ketidaklengkapan dokumen yang sering terjadi di setiap bulan dan jumlah volume klaim yang datang tidak sesuai dengan jumlah SDM yang tersedia. Sehingga dalam hal ini peneliti tertarik untuk memfokuskan penelitian kepada permasalahan pengetahuan SDM, sistem informasi dan kelengkapan klaim terhadap penolakan klaim reimbursement, karena hal tersebut sangat penting mengingat dampak yang significant terhadap objek penelitian yaitu PT GESA Assistance.

Masih ada SDM di PT GESA Assistance yang kurang mengetahui cara penginputan data ke dalam sistem informasi yang disediakan oleh perusahaan, pada tahun 2016 masih tinggi yaitu rata-rata 16,67%. Atas kesalahan ini dapat mengakibatkan klaim ditolak. Berdasarkan data maka peneliti merumuskan masalah mengenai Analisis Pengetahuan SDM, Penggunaan Sistem Informasi Dan Kelengkapan Klaim Terhadap Penolakan Klaim Reimbursement Di PT GESA Assistance periode bulan Januari 2016 sampai dengan Desember 2016.

Untuk Menganalisis Pengetahuan SDM, Penggunaan Sistem Informasi dan Kelengkapan Klaim terhadap Penolakan Klaim Reimbursement di PT GESA Assistance. Penggunaan Sistem Informasi dan Kelengkapan Klaim terhadap Penolakan Klaim Reimbursement secara umum penelitian ini untuk menganalisis Pengetahuan SDM, Penggunaan Sistem Informasi dan Kelengkapan Klaim terhadap Penolakan Klaim Reimbursement di PT GESA Assistance Periode Januari-Desember Tahun 2016.

Metodologi

Penelitian Induktif-Kualitatif dengan pendekatan studi kasus Penelitian ini dilakukan secara intensif, terinci, dan mendalam terhadap suatu organisasi, lembaga atau gejala tertentu. Dalam penelitian ini peneliti memfokuskan untuk menganalisis bagaimana pengetahuan SDM, penggunaan sistem informasi dan kelengkapan klaim terhadap penolakan klaim reimbursement yang ada pada perusahaan pengelola administrasi asuransi kesehatan di PT GESA Assistance.

Populasi penelitian ini adalah 44 karyawan dari Divisi klaim Reimbursement. Sedangkan untuk wawancara penulis mengambil 7 (tujuh) informan terdiri dari 6 (enam) informan utama yaitu staf dan 1 (satu) informan pendukung yaitu Supervisor, yang diambil dari Bagian Claim.

Pemilihan informan dilakukan dengan cara wawancara mendalam ke Divisi Klaim, dimana informan yang diambil merupakan informan yang memiliki keterkaitan satu sama lain hingga proses klaim reimbursement terproses. Wawancara dilakukan

terhadap 7 (tujuh) orang dengan teknik Snowball dimana informan A memberikan rekomendasi agar informan B menjadi informan dan seterusnya. Snowball sampling merupakan teknik penentuan sampel yang mula-mula jumlahnya kecil kemudian membesar.

Pengolahan data yang dilakukan adalah mengumpulkan data file klaim reimbursement pada bulan Januari – Desember 2016. Dan menganalisis data hasil wawancara secara keseluruhan dalam bentuk transkrip hasil wawancara mendalam. Jenis triangulasi dalam penelitian ini meliputi : Triangulasi Sumber : melakukan wawancara dengan informan yang berkaitan dengan penelitian, Triangulasi Metode : Menggunakan beberapa metode diantaranya : wawancara mendalam, observasi/ pengamatan di tempat penelitian dan pemeriksaan/telaah dokumen dan Triangulasi Data : dilakukan dengan telaah dokumen dan mengkombinasikan beberapa data yang mempunyai perbedaan hasil analisis, tentunya terhadap faktor yang saling mempengaruhi sehingga dapat diambil kesimpulan analisis yang sesuai dengan fakta-fakta di lapangan.

Data yang diperoleh dengan menggunakan metode kualitatif dengan cara wawancara mendalam dengan beberapa personel health care management untuk mendapatkan informasi tentang permasalahan terhadap kejadian tertolaknya klaim si peserta.

Hasil

Berdasarkan hasil penelitian variabel input yang dimaksud dari penelitian ini adalah Pengetahuan SDM dan Penggunaan Sistem Informasi disini responden rata-rata mempunyai pengetahuan yang cukup terhadap gambaran tentang penolakan klaim.

Melalui wawancara mendalam dengan informan bahwa pengetahuan SDM di PT GESA Assistance mengenai klaim reimbursement diambil dari pengetahuan karyawan tentang klaim, prosedur klaim dan klaim eligible. Pengetahuan karyawan tentang klaim itu rata-rata baik seperti yang kita ketahui bahwa klaim adalah seluruh pengajuan dokumen kepada perusahaan asuransi untuk melakukan penggantian pembiayaan.

Pengetahuan karyawan mengenai prosedur klaim sudah paham seperti yang kita ketahui bahwa prosedur klaim adalah syarat-syarat yang harus dipenuhi peserta asuransi dalam pengajuan klaim ke perusahaan asuransi melalui tahapan-tahapan yang telah tertera di perusahaan asuransi sehingga klaim itu dapat diproses atau dibayarkan.

Pengetahuan karyawan mengenai klaim dapat diproses sudah baik seperti yang kita ketahui bahwa klaim dapat diproses/eligible jika dokumen-dokumen pengajuannya itu sudah lengkap dan sesuai dengan syarat-syarat yang tertulis dalam polis atau Term and Condition (TC) ke perusahaan asuransi melalui tahapan-tahapan yang telah tertera di perusahaan

asuransi sehingga klaim itu dapat diproses atau dibayarkan.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan bagian klaim didapati pertama bahwa sistem teknologi yang ada di perusahaan sudah dapat menunjang dan membantu dalam pencarian manual.

Berdasarkan hasil wawancara kepada karyawan PT GESA Assistance bahwa sudah baik mengenai kelengkapan klaim dan dapat dilihat dari kelengkapan klaim, faktor yang mempengaruhi pengajuan klaim, kelengkapan syarat-syarat pengajuan klaim, lama waktu pemberitahuan untuk melengkapi pengajuan dokumen dan menanggulangi masalah ketidaklengkapan dokumen. Pertama, seperti yang kita ketahui bahwa klaim adalah dokumen-dokumen pendukung yang wajib disertakan/dilampirkan dalam pengajuan klaim dengan jangka waktu yang telah ditentukan, agar dapat diproses untuk mendapatkan penggantian risiko sesuai ketentuan polis oleh perusahaan asuransi kepada peserta asuransi.

Kedua, seperti yang kita ketahui bahwa persyaratan pengajuan klaim yang diajukan claimers ke PT GESA Assistance banyak yang tidak lengkap, dokumen klaim yang mempengaruhi persyaratan pengajuan klaim yaitu ketidaklengkapan dokumen-dokumen yang diajukan oleh peserta ke perusahaan asuransi.

Ketiga, seperti yang kita ketahui bahwa di PT GESA Assistance banyak peserta yang melengkapi dokumennya namun ada yang tidak melengkapi. Keempat, seperti yang kita ketahui bahwa dokumen klaim yang tidak lengkap biasanya dikembalikan ke peserta untuk dilengkapi dan dilampirkan surat keterangan kelengkapan batas waktu disesuaikan dengan polis dan Term and Condition masing-masing perusahaan dan waktu verifikasinya selama 30 hari sejak terbitnya surat. Kelima, seperti yang kita ketahui bahwa cara menanggulangi ketidaklengkapan klaim yaitu perlu adanya sosialisasi yang dilakukan pihak asuransi ke calon peserta. Keenam, seperti yang kita ketahui bahwa klaim dapat ditolak karena pada saat pengajuan dokumennya tidak lengkap.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada karyawan PT GESA Assistance bahwa semua karyawan paham mengenai penolakan klaim, cara menanggulangi klaim agar tidak ditolak, verifikasi dokumen dan penginformasian klaim ditolak atau diterima. Yang pertama bahwa penolakan klaim yaitu pengajuan dokumen yang tidak lengkap, sehingga dokumen tersebut dikembalikan lagi ke peserta.

Kedua, klaim bisa ditolak karena pengajuan dokumen tidak lengkap sehingga klaim dapat ditolak, klaim di tolak karena melewati batas waktu dan rincian klaim tidak di lampirkan, kemudian tidak memenuhi persyaratan. Ketiga, cara menanggulangi klaim agar tidak ditolak yaitu harus ada sosialisasi dari pihak asuransi

kepada calon peserta tentang persyaratan-persyaratan pengajuan dokumen dan menjelaskan dampak bagi yang tidak melengkapi dokumen-dokumen tersebut.

Keempat, lama verifikasi dokumen klaim di PT GESA Assistance itu 1-2 hari dan kalau dibayarkan maksimal 14 hari kerja klaim agar tidak ditolak. Kelima, yang menginformasikan itu ialah bagian admin, cuma ada bagian kelengkapan yang meriжек dan bagian tersebut akan mengirimkan surat penolakan kepada peserta asuransi.

Pembahasan

Pengetahuan SDM

Berdasarkan hasil penelitian bahwa pengetahuan SDM PT GESA Assistance pada Divisi Claim sangat baik karena SDM mampu mendefinisikan dan menjabarkan apa itu klaim, bagaimana prosedurnya serta klaim dapat diproses. Seperti yang diungkapkan oleh salah satu personil klaim reimbursement tentang apa itu klaim “Klaim adalah berkas atau dokumen yang berisi rincian-rincian biaya medis dari tertanggung kepada penanggung sesuai dengan polis dari masing-masing perusahaan”. Tentang bagaimana prosedur klaim “Prosedur klaim adalah syarat pengajuan klaim yang telah disesuaikan dan ditetapkan oleh perusahaan asuransi”. Tentang bagaimana proses klaim “Klaim dapat diproses atau eligible harus memenuhi syarat dan pengajuan sudah lengkap oleh peserta. Seperti formulir dan data-data peserta, laporan medis dari dokter yang memeriksa ada rincian detail seperti kwitansi, copy resep dan ada kadaluarsa klaim”.

Penelitian ini sejalan dengan teori yang mendeskripsikan Pengetahuan adalah gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan akal. Pengetahuan akan muncul ketika seseorang menggunakan akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya.

Penggunaan Sistem Informasi

Dalam penggunaan sistem informasi yang diharapkan oleh user atau pengguna yaitu sistem yang dimana dapat mengakomodir semua layanan dan tidak secara manual, memang cukup baik untuk sistemnya hanya saja kurang mengakomodir. Seperti yang diungkapkan oleh salah satu personil klaim reimbursement, “Untuk sistem, saya rasa sudah bisa diakomodir untuk produk-produk asuransi yang bekerja sama. Namun karena terdapat beberapa produk yang berbeda mungkin ada yang harus disesuaikan kembali, untuk secara keseluruhan sudah bisa diakomodir oleh sistem dan sehari-hari beberapa kasus yang ada kendala pada sistem. Tapi selamanya ini kita bisa cari solusinya bagaimana agar sesuai dengan polis yang berlaku. Solusinya selama dia tidak melenceng dari table benefit yang ada dan ketentuan / Term and Condition ataupun

untuk mendekati kita bisa proses, walaupun itu tidak sesuai dengan produk yang ada kita coba konsultasi kepada team IT untuk bisa mengakomodir yang sebelumnya jadi masalah, hasilnya itu biasanya mereka bisa memberikan solusi atau mereka konsultasi dengan pihak asuransi harusnya bagaimana”.

Dan selama ini klien banyak yang paham namun ada juga yang tidak paham terkait penggunaan sistem informasi ini seperti yang disampaikan oleh salah satu personel “Dalam hal ini sebagian besar klien tidak mengerti sistem ini, karena pertama dari visual bahwa si klien tidak melihat langsung bagaimana gambarannya dalam sistem ini. Kedua, untuk setiap klien atau perusahaan dan peserta basic-nya tidak dari asuransi sehingga mereka tidak paham ataupun mereka tidak mengerti sama sekali bahkan buta mengenai aspek asuransi ini, sehingga dari pihak perusahaan menjelaskan dasar-dasar agar bisa dimengerti oleh klien tersebut. Hasil akhirnya terdapat report atau laporan klaim yang telah dibuat dan langsung dikirim ke klien jika proses bayar telah dilakukan sehingga klien bisa melihat dan meneliti klaimnya, bagaimana prosesnya, seberapa lama meskipun tidak diketahui tentang asuransi atau klaim tersebut”.

Sistem yang ideal menurut Ilyas Bapel askes adalah mengembangkan sistem informasi yang sederhana, namun dapat dikembangkan sesuai dengan perkembangan Bapel Askes itu sendiri. Sistem yang dikembangkan dapat diolah secara manual, namun juga dapat dikembangkan dengan komputer sesuai dengan prasarana yang tersedia dan kemampuan SDM yang ada. Artinya, sistem informasi askes ini dapat dikembangkan menjadi perangkat lunak dengan menggunakan program Data-Base sesuai kebutuhan.

Kelengkapan Klaim

Kelengkapan klaim merupakan yang paling utama didalam pengajuan klaim, adapun syarat-syaratnya adalah fotocopy kartu peserta yang masih berlaku, kwitansi asli (disertakan materai sesuai ketentuan pemerintah) dari PPK yang mengajukan klaim, rincian biaya/kuitansi, copy hasil pemeriksaan penunjang diagnostik, jenis obat-obatan dan tindakan khusus, resume medik dari dokter yang merawat, yang menggambarkan riwayat penyakit selama dalam masa perawatan dan surat jaminan yang dikeluarkan.

Apabila dari persyaratan klaim yang diajukan tersebut masih kurang, maka klaim yang diajukan oleh peserta tersebut tidak akan berjalan atau tidak dapat diproses karena tidak dapat diverifikasi oleh Bagian Claim.

Berdasarkan penelitian yang didapatkan banyak para peserta yang tidak melengkapi dokumen persyaratan klaim asuransinya dan pastinya akan berakibat pada penolakan klaim itu sendiri. Dimana hasil wawancaranya adalah “Dokumen-dokumen yang

harus dilengkapi oleh peserta dalam pengajuan klaim, seperti tertera formulir dan nota rincian biaya seperti itu”.

Dan menurut PAMJAKI, “Kelengkapan pemberitahuan pengajuan klaim yang ada di semua polis asuransi kesehatan baik kelompok maupun perorangan mensyaratkan peserta asuransi harus memberikan pemberitahuan tertulis mengenai pengajuan klaim kepada perusahaan asuransi untuk setiap kehilangan atau kerugian yang ditanggung dalam 20 hari atau sesegera mungkin setelah kejadian kehilangan atau kerugian” .

Penolakan Klaim

Berdasarkan hasil penelitian bahwa banyak pengajuan klaim yang ditolak dikarenakan banyak persyaratan-persyaratan yang tidak lengkap dalam pengajuan klaim dari peserta ke pihak asuransi, klaim sudah melewati batas reclaim, tidak memenuhi prosedur klaim dan tidak sesuai dengan polis dan Term and Condition. Seperti yang diungkapkan oleh salah satu personil klaim reimbursement “Sebenarnya klaim ditolak itu tidak memenuhi persyaratan yang berlaku dengan asuransi. Contohnya dokumennya tidak asli, banyak sekali kelengkapan-kelengkapan yang dapat menimbulkan kecurigaan fraud atau adanya penyalahgunaan keperluan. Biasanya juga terkait diagnosa terkait pengecualian, lalu untuk tanggal pelayanannya tidak sesuai seperti tidak adanya stempel sehingga untuk kuitansi tersebut tidak sah dan tidak ada nama dokter dan pelayanan kesehatannya pun tidak sesuai dengan polis atau Term and Condition asuransi”.

Daftar Pustaka

1. Bari, Abdul. 2016. “Evaluasi Kinerja Perusahaan Jasa Pengelolaan Asuransi Kesehatan (PT GESA Assistance)”. Disertasi. Jakarta: Program Pascasarjana, Universitas Negeri Jakarta.
2. Darmawi, Herman. 2006. Manajemen Asuransi. Edisi 1 Cetakan Ke-4. Jakarta: Bumi Aksara.
3. Dwiloka, Bambang & Rati Riana. 2012. Teknik Menulis Karya Ilmiah. Edisi Revisi Cetakan Ke-2. Jakarta: Rineka Cipta.
4. Feriono, Anton. 2008. “Gambaran Penolakan Klaim Askes Reimbursement PT X Di PT Asuransi Winterthur Life Indonesia Periode Januari-Maret 2008”. Skripsi. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
5. GESA Assistance. 2011. Company Profile. Jakarta.
6. GESA Assistance. 2013. Standar Prosedur dan Operasional. Jakarta.
7. Hall, James A. 2008. Sistem Informasi Akuntansi. Edisi 4. Jakarta: Salemba Empat.
8. Ilyas, Yaslis. 2016. Mengenal Asuransi Kesehatan Review Utilisasi Manajemen Klaim & Fraud. Depok : Universitas Indonesia.
9. Kadir, Abdul. 2003. Pengenalan Sistem Informasi. Andi, Yogyakarta.
10. Kadir, Abdul. 2003. Pengenalan Sistem Informasi. Andi,

Yogyakarta.

11. Kresnawati, Irma. 2012. “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Proses Klaim Reimbursement Di PT GESA Assistance Tahun 2012”. Skripsi. Jakarta: Program Studi Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju.
12. Kurnia, Ahmad. 2016. “Tehnik Pengumpulan Data dalam Penelitian Kualitatif”, (Online), (<http://skripsimahasiswa.blogspot.com/2016/03/metode-dan-tehnik-pengumpulan-data.html>, diakses 29 Desember 2016).
13. Laudon, Kenneth C, and Laudon Jane P. (2004), Sistem Informasi Management (Management Information System), Managing the Digital Film, Eight Edition, New Jersey 007458 : Person Education, Inc.
14. Mahendra, Yhony. 2016. “Karya Tulis, Referensi, Terminalogi, Update”, (Online), (<http://ycgroup.blogspot.com/2016/01/catatan-kaki-footnote-dalam-karya-ilmiah.html#axzz3RteYm87a>, diakses 16 Februari 2015).
15. Moleong, L.J. 2007. Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
16. Notoatmodjo, Soekidjo. 2016. Ilmu Perilaku Kesehatan. Cetakan Ke-2. Jakarta: Rineka Cipta.
17. PAMJAKI. 2005. Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian B. Edisi Terbaru Agustus 2005.
18. Raymond, Mcleod. 2001. Sistem Informasi Manajemen. Edisi 7 Jilid 2. Jakarta: Prehallindo.
19. Rochaety, Eti, Faizal, R.Z. & Tupi, S. 2012. Sistem Informasi Manajemen. Edisi 2. Jakarta: Mitra Wacana Media.
20. Sugiyono. 2006. Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods). Cetakan Ke-2. Jakarta: Alfabeta.
21. Susanto, Azhar. 2007. Sistem Informasi Manajemen. Bandung : Lingga Jaya.
22. Turban, Effraim. 2009. Pengembangan Sistem Informasi. Jakarta: Salemba Empat.
23. Yasil, Kasjono. (2009), Analisis Multivariat Untuk Penelitian Kesehatan. Yogyakarta: Mitra Cendekia Press.