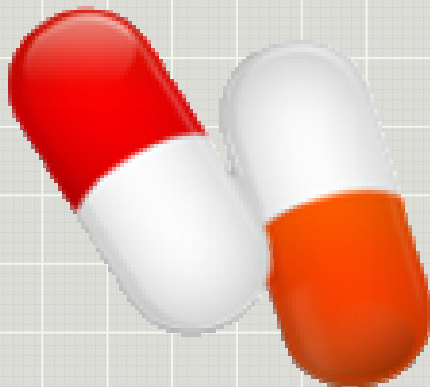
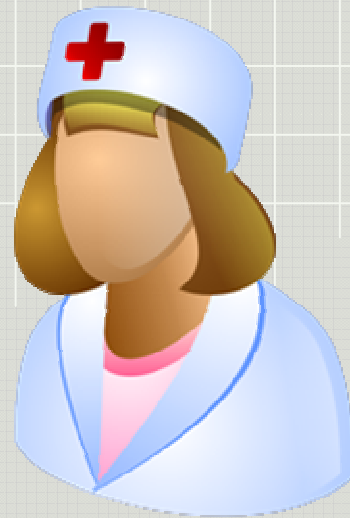


Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan Bagian B



Edisi Mei 2014

Edisi ini merupakan penyempurnaan dan penyesuaian dari buku *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan – Bagian B* edisi Agustus 2005 diterbitkan oleh Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia, PAMJAKI.

Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan – Bagian B

Buku ini dipersiapkan sebagai bahan utama pendidikan profesi asuransi kesehatan yang diujikan oleh PAMJAKI. Untuk informasi lengkap tentang pendidikan profesi asuransi kesehatan silakan kunjungi website PAMJAKI di www.pamjaki.org

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak isi buku ini baik sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari Penerbit

Diterbitkan oleh

PAMJAKI

(Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia)

Jakarta.

Sanksi Pelanggaran Pasal 44 : Undang-undang No. 7 tahun 1987

Tentang Perubahan atas Undang-undang Nomor 6 Tahun 1982

Tentang Hak Cipta

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/ atau denda paling banyak Rp 100.000.000,- (seratus juta rupiah)
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/ atau denda paling banyak Rp 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah)

DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	xii
Bab 1. Biaya Pelayanan Kesehatan	1
1.1. Pendahuluan	1
Peran Biaya Pelayanan Kesehatan	1
Biaya Pelayanan Kesehatan di Indonesia.....	2
Biaya Pelayanan Kesehatan di Amerika Serikat	4
Penyebab Utama Kenaikan Biaya.....	4
1.2. Perancangan Paket.....	6
Iur Biaya.....	7
Tingkat Penggantian Maksimum	8
Kontribusi Karyawan	8
Program Insentif Keuangan	8
Koordinasi Manfaat.....	9
Alternatif-alternatif Lainnya	10
1.3. Pengendalian Pembayaran	14
Audit Tagihan Rumah Sakit.....	14
Batas Tagihan dan Tagihan Yang Layak.....	15
Pengendalian Biaya Administrasi	15
1.4. Telaah Utilisasi.....	16
Telaah Prospektif.....	17
Telaah Retrospektif	20
Telaah Utilisasi Rawat Jalan.....	20
Telaah Utilisasi di Indonesia	21
1.5. Manajemen Kasus	21
Kebutuhan Akan Manajemen Kasus	22
Proses Manajemen Kasus	22

Manajemen Rehabilitasi	22
1.6. Managed Care	23
Macam Organisasi Managed Care.....	24
Tanggapan Penanggung Terhadap Managed Care	27
1.7. Pencegahan dan Pendidikan.....	28
1.8. Kecenderungan ke Depan	28
1.9. Ringkasan	30
1.10. Istilah Kunci.....	31
1.11. Referensi	32
Bab 2. Administrasi Polis	35
2.1. Pendahuluan	35
2.2. Penerbitan Proposal Penawaran.....	36
2.3. Penerbitan Polis.....	37
Instruksi Penutupan	38
Deposit Premi	38
Data Peserta.....	39
Penerbitan Polis pada Asuransi Kesehatan Kumpulan	39
Penerbitan Polis pada Asuransi Kesehatan Perorangan.....	41
2.4. Administrasi dan Pelayanan Polis.....	42
Asuransi Kesehatan Perorangan.....	42
Asuransi Kesehatan Kumpulan	42
Penanganan Keluhan dan Pertanyaan	46
2.5. Perpanjangan Polis.....	47
Proposal Perpanjangan Polis	47
Proses Perpanjangan Polis.....	47
Optionally Renewable Policies	48
Nonrenewable for Stated-Reasons-Only Policies	49

Guaranteed Renewable Policies	49
Noncancellable Policies.....	49
Pemberitahuan Perpanjangan	49
2.6. Administrasi Pihak Ketiga	50
Pelayanan Klaim Saja.....	50
Pelayanan Administrasi Saja	50
2.7. Audit Administrasi Swa-kelola.....	50
Audit Internal	51
Audit Eksternal.....	51
2.8. Kecenderungan ke Depan	52
2.9. Ringkasan	53
2.10. Istilah Kunci.....	53
Bab 3. Administrasi Klaim.....	55
3.1. Pendahuluan	55
3.2. Pihak-Pihak Terkait.....	56
Tertanggung	56
Pemegang polis.....	56
Perusahaan Asuransi	56
Penyedia Pelayanan Kesehatan	57
3.3. Struktur Organisasi.....	57
Pengelolaan Klaim di Kantor Pusat	57
Pengelolaan Klaim di Kantor Cabang	58
Administrasi Swa-Kelola.....	58
Administrasi Pihak Ketiga.....	59
3.4. Metode Administrasi Klaim	59
Penyerahan Langsung	59
Penyerahan Melalui Pemegang Polis.....	60

3.5. Dokumentasi Klaim	61
Pemberitahuan Klaim.....	61
Bukti Kerugian.....	61
Status Cakupan	62
Status Polis	65
Kondisi Permulaan.....	66
Validitas Polis.....	66
Manfaat bagi Penerima yang Berhak.....	66
3.6. Pemrosesan Klaim	66
Klaim Biaya Medis	67
Klaim Disabilitas Pendapatan Kumpulan	68
Klaim Disabilitas Pendapatan Perorangan.....	70
3.7. Penyelidikan Klaim	71
Laporan Penyelidikan	72
Memantau Paket Administrasi Swa-kelola dan Administrasi Pihak Ketiga.....	72
Indikasi Penipuan Klaim	73
3.8. Proses Pembayaran Klaim	73
Pembayaran Klaim.....	73
Penolakan Klaim	74
3.9. Pelayanan Pelanggan	74
Pertanyaan Melalui Telepon.....	74
Komunikasi Tertulis	74
Penggunaan Internet dan Media Sosial	75
3.10. Pengendalian Biaya Klaim.....	75
Koordinasi Manfaat.....	75
Analisis Klaim oleh Petugas Klaim	77
3.11. Teknologi Pemrosesan Klaim.....	78

Sistem Pengelolaan Dokumen	78
Pemrosesan Klaim Elektronik	79
Perangkat Lunak Deteksi Kecurangan	79
Sistem Pakar Disabilitas	79
Sistem Pembayaran Berulang Otomatis	79
3.12. Administrasi Klaim di Indonesia	80
3.13. Kecenderungan ke Depan	82
3.14. Ringkasan	82
3.15. Istilah Kunci	82
3.16. Referensi	83
Bab 4. Penetapan Premi	85
4.1. Pendahuluan	85
4.2. Para Pemangku Kepentingan	86
4.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Besaran Premi	87
Rancangan Paket Secara Keseluruhan	87
Distribusi Umur dan Jenis Kelamin	87
Kelas Penghasilan dan Pekerjaan	88
Lokasi Geografis	88
Kecenderungan pada Pelayanan Medis, Ekonomi dan Inflasi	88
Tingkat Partisipasi Kumpulan	89
Underwriting Perorangan	89
Lama Berlakunya Besaran Premi	89
Pengaruh Peraturan Pemerintah	90
Persistensi	90
Strategi Pemasaran	91
Tujuan Perusahaan	91
4.4. Prinsip-prinsip Penetapan Tarif Premi	91

Kecukupan (Adequacy)	91
Kewajaran (Reasonableness).....	91
Keadilan (Equity).....	91
Persaingan (Competitiveness)	92
4.5. Komponen-komponen Perhitungan Premi	92
Konsep Morbiditas	92
Contingency Margin dan Profit Margin	94
Cadangan.....	94
Biaya Operasional.....	95
Pendapatan Investasi	96
Faktor-faktor Non Teknis	96
Perhitungan Premi Neto	97
Perhitungan Premi Bruto	98
4.6. Struktur dan Kelas Penetapan Premi	98
Kelas Penetapan Premi Kumpulan	98
Struktur Tarif Premi Perorangan	99
4.7. Pengembangan Tarif Premi	101
Penetapan Tarif Manual Asuransi Kumpulan	102
Penetapan Tarif Pengalaman Asuransi Kumpulan	103
Metode Penetapan Premi Asuransi Perorangan.....	106
Pengukuran Kinerja	107
4.8. Pemantauan Pengalaman dan Penelaahan Tarif	107
Pertimbangan Penetapan Ulang Tarif Asuransi Kumpulan	108
Analisa Pengalaman Asuransi Perorangan	110
4.9. Kecenderungan ke Depan	111
4.10. Ringkasan.....	111
4.11. Istilah Kunci.....	111

Bab 5. Peraturan Pemerintah	113
5.1. Pendahuluan	113
5.2. Sejarah Peraturan Asuransi	114
5.3. Ketentuan Umum Asuransi.....	115
5.4. Usaha Perasuransian.....	121
Bidang Usaha Perasuransian	121
Jenis Usaha Asuransi	121
Ruang Lingkup Usaha	122
5.5. Uji Kelayakan dan Kepatutan.....	123
Ketentuan Umum	123
Kewajiban Memenuhi Kemampuan dan Kepatutan	123
Penilaian Kemampuan dan Kepatutan.....	124
Pelaksanaan Penilaian.....	125
Prosedur Penilaian.....	125
Hasil Penilaian dan Tindak Lanjut.....	126
Kerahasiaan.....	126
5.6. Penyelenggaraan Usaha.....	127
Ketentuan Umum	127
Produk Asuransi Baru.....	127
Polis	128
Premi	130
Penghentian Pertanggungan	130
Reasuransi.....	131
Pengalihan Portofolio Pertanggungan	132
Penyelesaian Klaim	132
Pelaporan	133
Denda Administratif	133

5.7. Pemeriksaan Perusahaan.....	134
Ketentuan Umum	134
Fungsi, Dasar dan Rencana Pemeriksaan	134
Tata Cara Pemeriksaan.....	135
Tahapan Pemeriksaan	136
Pembahasan Laporan Hasil Pemeriksaan	137
Sanksi.....	137
5.8. Kesehatan Keuangan Perusahaan	137
Ketentuan Umum	137
Tingkat Solvabilitas	138
Kekayaan yang diperkenankan	140
Kewajiban.....	147
Perimbangan Kekayaan dengan Kewajiban.....	148
Retensi Sendiri	149
Deposito Jaminan	150
Larangan.....	150
Catatan Tambahan	151
5.9. Perizinan Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi	151
Ketentuan Umum	151
Izin Usaha	151
Persyaratan Umum.....	153
Laporan Perubahan	155
Penggabungan Badan Usaha	155
Penyelenggaraan Usaha.....	155
Laporan Operasional dan Keuangan	155
Ketentuan Lain.....	156
5.10. Perizinan Perusahaan Asuransi dan Reasuransi.....	156

Ketentuan Umum	156
Izin Usaha	157
Kelembagaan	159
Kantor Cabang dan Kantor Pemasaran	163
Pemasaran Melalui Jasa Agen dan Melalui Kerjasama dengan Pihak Bank	165
Laporan Perubahan	166
Merger, Konsolidasi, dan Akuisisi	167
Ketentuan Lain-lain	169
5.11. Kecenderungan ke Depan	169
5.12. Ringkasan	169
5.13. Istilah Kunci	169
5.14. Referensi	170
Bab 6. Kecurangan dan Penyalahgunaan	171
6.1. Pendahuluan	171
6.2. Definisi Kecurangan	172
6.3. Kecurangan Asuransi	173
6.4. Kecurangan Pelayanan Kesehatan	174
6.5. Pelaku Kecurangan Pelayanan Kesehatan	174
Penyedia Pelayanan Kesehatan	174
Konsumen	175
6.6. Penyalahgunaan Pelayanan Kesehatan	176
Penyalahgunaan Fisik Pasien dan Malpraktek	177
Under-utilisasi dan Over-utilisasi	177
6.7. Usaha Anti-Fraud	177
6.8. Komponen Anti-Fraud: Program Perusahaan	178
6.9. Peraturan Perundangan	179
NAIC Insurance Fraud Prevention Model Act	180

Hukum Anti Kecurangan Asuransi Negara Bagian	180
Undang-Undang Tentang Praktek Tidak Jujur dalam Penentuan Klaim.....	180
Kerahasiaan Informasi Asuransi	181
Hukum Kekebalan.....	181
Hukum Tentang Fraud di Indonesia	181
6.10. Teknik dan Instrumen Untuk Mencegah Fraud.....	182
Jaringan kerja.....	182
Telaah Komparasi Klaim.....	182
Prevailing Fee Databases	182
Telaah Dengan Kode Kecelakaan	183
Audit Sesudah Pembayaran.....	183
6.11. Pemanfaatan Teknologi Baru	183
Artificial Intelligence dan Fuzzy Logic	183
Link Analysis.....	184
Neural Networks.....	184
Genetic Algorithm	184
6.12. Pendidikan Pasien dan Peserta Asuransi.....	184
6.13. Pendidikan Pegawai Penanggung	185
Program Pelatihan Formal.....	185
Program Bounty.....	185
Manual Pendeteksian Kecurangan.....	186
6.14. Teknik Investigasi dan Preparasi Kasus.....	186
Deteksi.....	186
Preparasi Kasus.....	187
Investigasi Kecurangan.....	189
6.15. Catatan Publik dan Swasta	189
Catatan Medis.....	189

Catatan Keuangan	189
Informasi Asuransi.....	189
6.16. Pengumpulan Bukti	190
6.17. Pelaporan Investigasi	190
Latar Belakang	190
Sinopsis.....	190
Kemungkinan Pelanggaran Hukum	191
Daftar Saksi	191
Lampiran-lampiran	191
6.18. Kasus Kecurangan Asuransi Kesehatan	191
6.19. Kecenderungan ke Depan	193
6.20. Ringkasan.....	194
6.21. Istilah Kunci.....	194
6.22. Referensi.....	195

KATA PENGANTAR

Keinginan untuk membuat bahan pendidikan profesi yang bermutu dan sesuai dengan perkembangan di sekitar kita untuk ujian Ahli Asuransi Kesehatan sudah lama diidamkan oleh Pengurus PAMJAKI. Namun dengan perkembangan perasuransian dan kesibukan para penulis dan editor yang juga merupakan pengurus PAMJAKI menyebabkan keinginan tersebut baru kali ini terwujud. Sebelum buku ini disusun, ujian PAMJAKI menggunakan buku *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan – Bagian B* edisi Agustus 2005 yang disiapkan oleh Mardiaty Najib, Efmansyah Iken Lubis, Nurbaiti, Kasir Iskandar, Ali Ghufro Mukti, dan Yaslis Ilyas dengan editor Yaslis Ilyas diterbitkan oleh PAMJAKI.

Edisi Agustus 2005 tersebut merupakan adaptasi, penyempurnaan dan penyesuaian yang ide dasarnya diambil dari buku *Fundamentals of Health Insurance – Part B* yang diterbitkan tahun 1997 oleh Health Insurance Association of America yang kini bernama America's Health Insurance Plans (AHIP), yang diterjemahkan oleh DR. Drg. Mardiaty Najib, MSc atas kerjasama antara Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI dan PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia dengan judul buku *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan – Bagian B* edisi Mei 2000, yang digunakan oleh PAMJAKI sebagai buku modul ujian sertifikasi Ahli Asuransi Kesehatan di Indonesia.

Edisi Mei 2014 kali ini dengan editor Heru Susmono, merupakan pembaharuan edisi Agustus 2005 dilengkapi beberapa perkembangan terakhir dan diselaraskan dengan buku-buku modul ujian PAMJAKI lainnya, dengan memperhatikan masukan-masukan berharga dari para peserta ujian dan anggota PAMJAKI.

Kami berharap buku ini dapat memudahkan calon peserta ujian dalam mempersiapkan diri menghadapi ujian **PAMJAKI** untuk memperoleh pengakuan sebagai **profesional**, baik sebagai **Ajun Ahli Asuransi Kesehatan** ataupun **Ahli Asuransi Kesehatan**. Diharapkan buku ini bermanfaat pula bagi para mahasiswa di bidang kesehatan ataupun praktisi asuransi dalam mencari bahan-bahan rujukan yang terkait dengan asuransi kesehatan.

Akhir kata, untuk meningkatkan kualitas pembelajaran di masa depan PAMJAKI mengundang para pembaca untuk memberikan kritik dan saran bagi penyempurnaan buku ini. Kritik dan saran dapat disampaikan melalui sekretariat@pamjaki.org.

Selamat belajar, Semoga sukses!

Mei 2014

PAMJAKI

Penulis:

1. Mardiaty Najib – Bab 1 Biaya Pelayanan Kesehatan
2. Efmansyah Iken Lubis – Bab 2 Administrasi Polis
3. Nurbaiti – Bab 3 Administrasi Klaim
4. Kasir Iskandar – Bab 4 Penetapan Premi
5. Ali Ghufro Mukti – Bab 5 Peraturan Pemerintah
6. Yaslis Ilyas – Bab 6 Kecurangan dan Penyalahgunaan

Editor : Heru Susmono

BAB 1. BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

Pendahuluan

Perancangan Paket

Pengendalian Pembayaran

Telaah Utilisasi

Manajemen Kasus

Managed Care

Pencegahan dan Pendidikan

Kecenderungan ke Depan

Ringkasan

Istilah Kunci

Referensi

Tujuan Pembelajaran

Setelah menyimak bab ini, anda akan memahami pentingnya pengendalian biaya pelayanan kesehatan, bagaimana ia berkembang, dan apa saja yang bisa dilakukan untuk mengendalikan kenaikan biaya tersebut. Bahan-bahan dalam bab ini pada intinya membuat pembaca dapat memahami:

- Besarnya biaya pelayanan kesehatan, bagaimana pihak-pihak yang berkepentingan menyikapinya
- Berbagai cara untuk melakukan pengendalian terhadap biaya pelayanan kesehatan yang bisa dilakukan oleh masyarakat, dunia usaha maupun pemerintah
- Upaya-upaya pencegahan dan edukasi untuk meredam lonjakan kenaikan biaya pelayanan kesehatan
- Kecenderungan kenaikan biaya dan upaya-upaya yang mungkin dilakukan di masa depan

Modul Dasar-dasar Asuransi Kesehatan (Bagian A dan Bagian B) lebih banyak membahas dari sisi biaya medis, sedangkan pembahasan lebih mendalam tentang managed care dibahas pada modul yang terpisah, yakni Modul Managed Care (Bagian A dan Bagian B).

1.1. PENDAHULUAN

Di bawah ini diuraikan bagaimana biaya pelayanan kesehatan bergerak mempengaruhi industri asuransi dan pelayanan kesehatan, masyarakat luas, maupun otoritas pemerintah, dalam memberikan jasa pelayanan kesehatan bagi semua orang. Dalam menyikapi pergerakan biaya pelayanan kesehatan, para pihak terkait seperti perusahaan-perusahaan, anggota masyarakat dan pemerintah mencermati dampak yang ditimbulkannya. Juga dilihat apa saja yang menyebabkan timbulnya kenaikan biaya pelayanan kesehatan, sehingga dapat diambil langkah-langkah untuk mengatasinya, serta memperkirakan kemungkinan yang terjadi di masa yang akan datang.

PERAN BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

Biaya pelayanan kesehatan mencakup dua aspek, yakni aspek kecukupan dan aspek pemanfaatan (*adequacy and utilization*). Aspek kecukupan, dapat menjelaskan apakah dana tersedia secara memadai, atau terjadi kekurangan dana. Sebaliknya, mungkin saja terjadi kecenderungan peningkatan biaya dari tahun ke tahun yang akan menyebabkan semakin mahal harga jasa pelayanan kesehatan. Aspek pemanfaatan dana adalah bagaimana

dana dipergunakan, apakah menyentuh kepentingan masyarakat luas (*equity*) atau tidak, serta bagaimana hasil keluarannya (*efficiency*).

Mengelola biaya pelayanan kesehatan mengandung pengertian "bagaimana mengendalikan biaya pelayanan kesehatan sebaik-baiknya melalui cara/mekanisme tertentu, agar pelayanan kesehatan dapat tersedia dengan efisien sekaligus berkualitas". Bab ini lebih banyak membahas aspek efisiensi melalui cara/mekanisme pengendalian biaya dari sisi *supply* maupun *demand*. Sebagian teori dan konsep dasar diambil dari pengalaman negara lain (Amerika Serikat).^[1] Meskipun beberapa contoh diambil dari pengalaman asuransi kesehatan komersial, prinsip-prinsip dasar pengendalian biaya (*cost containment*) tetap dapat menjadi pelajaran berharga bagi penerapan asuransi kesehatan di Indonesia.

Secara umum, analisis pembiayaan kesehatan diharapkan dapat memberikan gambaran "berapa besar biaya kesehatan per tahun, identifikasi sumber-sumber dana, untuk program apa dana tersebut terpakai, dan siapa yang paling merasakan manfaat pelayanan tersebut". Informasi ini memang sangat dibutuhkan untuk menentukan kebijakan dan strategi pembiayaan kesehatan nasional maupun daerah, terutama di era desentralisasi ini di mana kemampuan daerah bervariasi. Negara-negara berkembang umumnya masih menghadapi persoalan seperti kurangnya dana untuk sektor kesehatan, ketimpangan antar daerah, serta penggunaan yang kurang berpihak pada prioritas masalah kesehatan.

Sebaliknya, negara-negara maju menghadapi persoalan biaya kesehatan yang cenderung terus meningkat (inflasi), baik karena alasan meningkatnya permintaan (didorong oleh kebutuhan yang semakin tinggi atas pelayanan medis berkualitas serta meningkatnya usia harapan hidup), maupun penawaran yang semakin bertambah (didorong oleh kemajuan teknologi medis dan super spesialisasi).

Meskipun demikian, negara-negara maju juga menghadapi masalah ketimpangan akses, dan negara-negara berkembang juga menghadapi persoalan semakin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan. Ditambah dengan semakin terbukanya pasar di era globalisasi, maka Indonesia seharusnya lebih cermat mengelola biaya pelayanan kesehatan.

BIAYA PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Secara umum dapat disampaikan bahwa biaya kesehatan yang tersedia di Indonesia masih rendah, yaitu US\$ 12/kapita/tahun di masa sebelum krisis. Jumlah ini termasuk dana yang bersumber dari pemerintah dan non pemerintah (pengeluaran langsung rumah tangga, perusahaan swasta, dan sistem asuransi kesehatan). Kondisi sebelum krisis (tahun 1996) terlihat bahwa biaya kesehatan di Indonesia jauh di bawah yang telah dialokasikan oleh negara tetangga di Asia Tenggara seperti Malaysia, Thailand, Philippines, dan bahkan dengan Myanmar.

Kontribusi pemerintah juga dirasakan cukup kecil, yaitu US\$ 4/kapita/tahun, atau sekitar 2.5% dari total anggaran pemerintah. Sebelum kebijakan otonomi daerah, 75% dari total biaya kesehatan bersumber pemerintah dialokasikan melalui Departemen Kesehatan (tingkat pusat). Implikasinya adalah alokasi anggaran kesehatan direncanakan oleh pusat dan aman sampai ke kabupaten/kota, tanpa harus khawatir di realokasi untuk sektor lain. Kontribusi dana dari provinsi dan kabupaten pada periode itu relatif kecil.

Ada beberapa alasan mengapa anggaran kesehatan, terutama yang bersumber dari pemerintah, relatif rendah. Keterbatasan dana pemerintah menjadi alasan utama rendahnya kontribusi pemerintah untuk sektor kesehatan.

Selain itu, persepsi para aparat pemerintah non-kesehatan (pemangku kepentingan, *stakeholder*) yang belum memandang kesehatan sebagai investasi dimana masyarakat yang sehat akan lebih produktif dalam mendorong percepatan roda perekonomian suatu negara. Di sisi lain, para profesional kesehatan juga masih mempunyai keterbatasan dalam melakukan advokasi untuk meyakinkan penentu kebijakan, khususnya kebijakan alokasi anggaran. Meskipun besaran dana kesehatan dirasakan kurang, di sisi lain juga perlu dicermati pemanfaatannya. Terjadi kecenderungan peningkatan biaya kesehatan.

Total pengeluaran biaya kesehatan di Indonesia dari tahun 1995 sampai tahun 2005 hampir selalu mengalami kenaikan, dengan kecenderungan yang fluktuatif. Pada kurun waktu tersebut terjadi kenaikan yang cukup drastis dari sisi nominal rupiahnya, yaitu dari 5,69 triliun menjadi 52,06 triliun atau terjadi kenaikan sekitar 9 kali lipat. Persentase kenaikan biaya pengeluaran kesehatan tertinggi terjadi pada saat krisis ekonomi nasional (1995-1996) yaitu mencapai kenaikan sebesar 42,7%. Namun bila dibandingkan dengan kenaikan GDP (Gross Domestic Product) atau PDB (Produk Domestik Bruto) pada tahun tersebut hanya terjadi kenaikan sebesar 27,9%. Jadi kenaikan total biaya kesehatan 14% lebih tinggi dari kenaikan GDP. Bila melihat nilai nominalnya, antara tahun 1995-1998 ada kenaikan tiga kali lipat. Setelah masa krisis, yaitu pada tahun 1997-1998 ada kenaikan total biaya kesehatan sebesar 35,5%. Sedangkan pada tahun dimana terjadi puncak krisis yaitu tahun 1998-1999 terjadi peningkatan sebesar 16,9%, dimana pada tahun tersebut biaya kesehatan meningkat drastis. Dari kejadian tersebut dapat diasumsikan bahwa terjadi penurunan utilisasi pelayanan kesehatan sebagai dampak dari krisis tersebut. Pada tahun 1998 tersebut terjadi kenaikan yang seimbang antara GDP dan total biaya kesehatan, yaitu 35,5% (GDP) dan 34,32% (total biaya kesehatan). Tahun 2000, merupakan titik puncak terjadinya kenaikan inflasi sektor kesehatan, karena daya beli masyarakat sudah pada titik tertinggi. Pada tahun 2001 total biaya kesehatan turun menjadi 33,7 triliun dari sebelumnya 32,6 triliun, atau terjadi penurunan sebesar -2,97%. Total biaya kesehatan lebih banyak ditanggung oleh pihak swasta dan masyarakat dibanding pemerintah (30 : 70).^[2]

Berdasarkan laporan world Health Report 2000, pengeluaran tunai (out of pocket) masyarakat Indonesia untuk kesehatan sebesar US\$ 26, sedangkan pengeluaran untuk umum (public) hanya sebesar US\$ 21, ini berarti beban pendanaan kesehatan di Indonesia sebagian besar ditanggung oleh masyarakat melalui pengeluaran tunai untuk berobat.^[3] Hasil ini sama dengan hasil penelitian Indonesia National Health Account, 1995-2002.

Hasil NHA (National Head Accounts) di Indonesia menunjukkan peningkatan pengeluaran untuk kesehatan selama tahun 2002-2004, dari Rp 38,84 triliun pada tahun 2002 menjadi Rp 52,06 triliun pada tahun 2004 atas dasar harga berlaku (Tabel 1-1), Tingkat pengeluaran kesehatan sebagai bagian dari PDB adalah relatif rendah sebesar 2,6% pada tahun 2004 pada harga konstan, bahkan lebih rendah. Secara keseluruhan, belanja kesehatan di Indonesia lebih rendah dari negara-negara Asia lainnya. Angka yang sesuai pada harga saat 2009 jauh lebih tinggi di Thailand (3,5% pada tahun 2004), Malaysia (3,8%), Kamboja (6,3%), Vietnam (5,5%), Filipina (4,3%) dan Cina Taipei (6,02% pada tahun 1998).^[4]

Tingkat pertumbuhan per kapita THE relatif tinggi, rata-rata 16% per tahun di harga saat ini selama 2002-2004. Hasil penelitian menunjukkan bahwa THE per kapita menyumbang Rp 184,015.9 (USD 17,8) pada tahun 2002, meningkat menjadi Rp 240,554.3 (USD 28,5) pada tahun 2004. Suatu perbandingan internasional bahwa setiap negara membutuhkan minimal US\$40 per kapita setiap tahun untuk meningkatkan status kesehatan penduduknya. Dengan hanya memiliki pengeluaran kesehatan per kapita yang rendah terus akan menghambat Indonesia dalam mencapai status kesehatan yang tercantum dalam Millennium Development Goals (MDG). Namun, harus berhati-hati bila membuat perbandingan daya beli mutlak yang bervariasi antara negara. Pendekatan yang lebih tepat mungkin dengan menggunakan pengukuran relatif yang terkait daya beli. PDB meningkat tajam selama 2002-2004

dari Rp 1,6 triliun di tahun 2002 menjadi Rp 2,03 triliun pada tahun 2004 (harga tahun berjalan). Seperti yang disajikan dalam Tabel 1-1. peningkatan total PDB tidak diikuti dengan peningkatan yang sepadan dalam THE).^[4]

Bila merujuk pertumbuhan biaya kesehatan tahun jauh sebelum krisis terjadi, pertumbuhan biaya kesehatan per kapita pada tahun 1982/1983 sampai tahun 1986/1987 sebesar 6,4%/tahun menurut harga berlaku, sedangkan menurut harga konstan justru terjadi penurunan 0,77%. Persentase anggaran kesehatan per kapita dari tahun 1987 sampai dengan tahun 1997 bila dihitung berdasarkan harga konstan pertumbuhannya justru turun, yaitu sebesar -1%, dimana selayaknya pertumbuhannya paling tidak menjadi positif.

Tabel 1-1. Total Pengeluaran Biaya Kesehatan 1995-2004. ^{[2] [4]}

At Current Price	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
THE in Rp. billion	5.686,7	9.918,9	15.180,5	23.537,1	28.336,8	34.800,0	33.795,8	38.838,9	48.829,2	52.059,6
Annual Increase in THE (%)		42,68%	34,66%	35,5%	16,94%	18,57%	-2,89%	14,92%	25,72%	6,62%
GDP in Rp billion	383.768,0	532.568,0	627.695,4	955.753,5	1.109.979,5	1.290.684,2	1.449.398,1	1.619.062,4	1.794.663,4	2.032.824,9
Annual Increase GDP (%)		27,94%	15,16%	34,32%	13,89%	14,00%	10,95%	11,71%	10,85%	13,27%
THE as % of GDP (%)	1,48%	1,86%	2,42%	2,46%	2,55%	2,70%	2,33%	2,40%	2,72%	2,56%

BIAYA PELAYANAN KESEHATAN DI AMERIKA SERIKAT

Di negara maju, kondisi peningkatan biaya jauh lebih tinggi. Di Amerika Serikat misalnya, biaya pelayanan kesehatan meningkat cukup mencemaskan, diantaranya bila dibandingkan dengan indeks seperti Indeks Harga Konsumen – IHK (*Consumer Price Index - CPI*) dan GDP yang biasa digunakan sebagai pembanding. Dari tahun 1990 sampai tahun 1995 CPI perekonomian secara keseluruhan meningkat rata-rata hanya 3.1% per tahun, sementara indeks harga untuk pelayanan kesehatan adalah sebesar dua kali lipat yaitu 6.2%

Selama kurun waktu yang sama, pengeluaran kesehatan nasional dalam persentase GDP, meningkat dari 12.6% pada tahun 1990 menjadi lebih dari 14% pada tahun 1995, dan diproyeksikan akan meningkat lagi mencapai angka 16% pada tahun 2000. Meskipun demikian, industri asuransi kesehatan di sana juga berperan besar dalam upaya-upaya pengendalian biaya. Sebagai contoh, banyak perusahaan menemukan bahwa biaya untuk menyediakan proteksi bagi karyawannya akan mempengaruhi keuntungan sebelum pajak (*pre-tax profit*). Salah satu cara perusahaan mengurangi biaya adalah dengan mengurangi cakupan manfaat dan mengimplementasikan program-program yang lebih *cost-effective* bekerja sama dengan perusahaan asuransi. Pembeli produk asuransi kesehatan perorangan juga berkontribusi dalam beban kenaikan harga yang dramatis.

Tingginya biaya ini berdampak pada daya beli individu dan badan-badan usaha kecil lainnya yang menyediakan cakupan kepada karyawan melalui polis perorangan. Selain itu, program-program pemerintah di sana juga terkena dampak. Pengeluaran Medicare naik dari \$74.1 milyar pada tahun 1986 menjadi \$159.3 milyar pada tahun 1994. Demikian pula dengan Medicaid, dalam tempo yang sama, pembayaran naik dari \$41.1 milyar menjadi \$107.9 milyar.

PENYEBAB UTAMA KENAIKAN BIAYA

Beberapa penyebab utama naiknya biaya pelayanan kesehatan adalah:

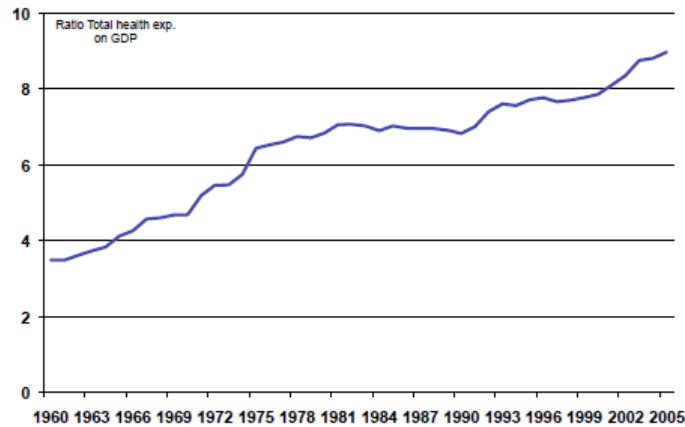
Untuk kalangan sendiri

- Kurang pantas dan tidak adanya insentif bagi penyedia layanan dan konsumen untuk memanfaatkan sistem pelayanan kesehatan yang efisien.
- Banyak negara memiliki populasi yang menua (*aging population*). Misalnya, jumlah penduduk lansia Amerika usia 65 tahun ke atas adalah 35 juta pada tahun 2000 dan diperkirakan pada tahun 2020 mencapai 54 juta. Manusia memiliki lebih banyak masalah kesehatan saat beranjak tua, berdampak kepada pembiayaan pelayanan kesehatan.
- Pergeseran ke arah penyakit kronis, peningkatan penyakit jantung, diabetes, kanker dan penyakit lainnya. Hal ini membuat lebih banyak kunjungan ke dokter dan admisi ke rumah sakit lagi.
- Kurang adanya koordinasi dan integrasi di dalam pengelolaan kasus penyakit kronis, penyakit berat atau trauma.
- Hambatan regulasi dalam hal pengendalian biaya (*cost containment*).
- Harapan masyarakat yang tidak realistis terhadap sistem pelayanan kesehatan, serta kurangnya tanggung jawab individu dalam memelihara gaya hidup sehat.
- Penggeseran biaya pemberi layanan kesehatan dari asuransi sosial di Amerika Serikat, Medicare dan Medicaid, kepada pasien asuransi kesehatan komersial swasta untuk mengkompensasi kerugian, karena kecilnya pembayaran oleh pemerintah maupun biaya pasien yang tidak mampu. Hal yang sama perlu dicermati di Indonesia sejak dijalkannya asuransi sosial Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), agar dapat dicegah terjadi hal yang sama.
- Berkembangnya terapi baru, obat-obatan baru dan teknologi baru dan mahal yang meningkatkan kelangsungan hidup jangka panjang, ada juga tanpa manfaat yang jelas, serta mahal biayanya.
- Sesuai dengan hukum ekonomi tentang permintaan dan penawaran biasanya terjadi kecenderungan sumber daya pelayanan kesehatan banyak berada pada daerah tertentu yang ekonominya kuat, sehingga penggunaan sumber daya pelayanan kesehatan bisa berlebihan pada daerah tertentu atau tidak merata.
- Praktek kesehatan yang cenderung defensif (*defensive medicine*) dimana pelayanan yang berlebihan atau yang tidak diperlukan dilakukan demi menghindari tuntutan gugatan atas malpraktek.
- Terjadinya kecurangan, penyalahgunaan dan pemborosan (*fraud, abuse and waste*).
- Data dan informasi yang kurang lengkap untuk menentukan cara pengobatan yang terbaik dan biaya yang paling hemat (*cost effective*).

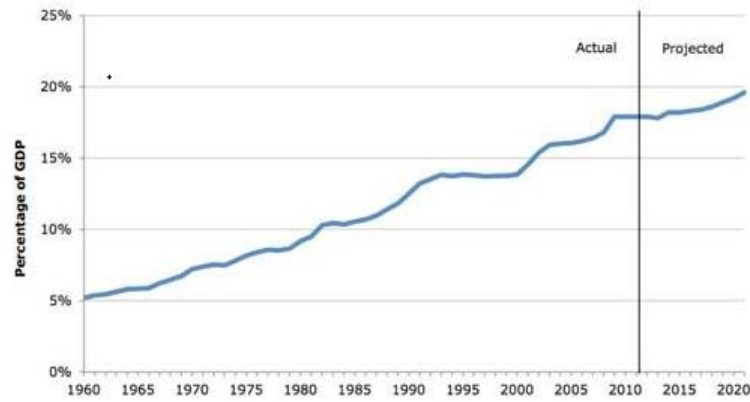
Semua faktor tersebut menunjukkan mengapa biaya perawatan kesehatan meningkat dan menyebabkan keprihatinan bagi pemerintah, pengusaha, lembaga asuransi, dan masyarakat umum.

Sebagian besar negara-negara industri menghadapi meningkatnya permasalahan fiskal dengan kenaikan biaya kesehatan. Tidak hanya belanja kesehatan yang meningkat, porsi biaya kesehatan juga semakin menggerus PDB (lihat Gambar 1-1 dan Gambar 1-2) dan pengeluaran pemerintah.^[5]

Gambar 1-1. Rasio Total Belanja Kesehatan terhadap PDB di EU-18 (Uni Eropa) (1960-2005)^[6]



Gambar 1-2. Rasio Total Belanja Kesehatan terhadap PDB di Amerika Serikat (1960-2021)^[7]



Berikut ini kutipan dari Kaiser Health News tentang faktor-faktor yang memacu naiknya biaya perawatan kesehatan. Artikel selengkapnya bisa dibaca di [Factors Driving Up Your Health Care Costs](#).^[8]

Seven Factors Driving Up Your Health Care Costs^[8]

- We pay our doctors, hospitals and other medical providers in ways that reward doing more, rather than being efficient.
- We're growing older, sicker and fatter.
- We want new drugs, technologies, services and procedures.
- We get tax breaks on buying health insurance -- and the cost to patients of seeking care is often low.
- We don't have enough information to make decisions on which medical care is best for us.
- Our hospitals and other providers are increasingly gaining market share and are better able to demand higher prices.
- We have supply and demand problems, and legal issues that complicate efforts to slow spending.

1.2. PERANCANGAN PAKET

Pihak penanggung bisa melakukan upaya pengendalian biaya dengan cara modifikasi rancangan paket manfaat (*benefit plan design*). Bahasa polis dan struktur manfaat dibuat sedemikian rupa sehingga tertanggung didorong

menggunakan manfaat dengan biaya yang lebih efektif. Selain itu, melalui teknik penelaahan klaim dapat membantu mengecilkan kesalahan penagihan dan pembayaran untuk layanan yang tidak perlu. Ada beberapa cara pihak penanggung bisa mengendalikan biaya melalui perancangan program manfaat, yaitu diantaranya adalah iur biaya (*cost sharing*), tingkat penggantian maksimum (*maximum reimbursement level*), kontribusi karyawan (*employee contribution*), dan koordinasi manfaat (*coordination of benefits, COB*).

IUR BIAYA

Provisi iur biaya (*cost sharing*) dalam paket manfaat mengharuskan tertanggung membayar sejumlah biaya tertentu untuk jasa pelayanan medis dengan menggunakan cara *deductible*, *coinsurance*, dan *copayment*.

DEDUCTIBLE

Deductible merupakan jumlah biaya pelayanan yang dicakup dalam paket yang harus dibayar oleh tertanggung sebelum penanggung memenuhi pembayaran manfaat. Sebagian besar paket asuransi kumpulan, *deductible* menggeser biaya-biaya dari perusahaan kepada karyawan, sedangkan pada paket perorangan, *deductible* menggeser biaya dari pihak penanggung kepada tertanggung. Cara *deductible* ini akan merangsang tertanggung untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang semurah mungkin.

Beberapa prinsip *deductible*, yakni:

- *Deductible* perorangan (*individual deductible*)
- *Deductible* maksimum untuk keluarga (*family deductible*)
- *Deductible* per kasus (*per cause deductible, occurrence deductible*) biasanya untuk cakupan rumah sakit

Juga terdapat beberapa jenis *deductible*, seperti berikut ini:

- *Flat deductible*. Sejumlah dana tertentu yang harus dibayar oleh setiap orang atau keluarga. Contoh, misalnya Rp 1 juta per orang per tahun atau Rp 3 juta per keluarga per tahun.
- *Percentage deductible*. Persentase gaji tahunan yang diambil dari pihak tertanggung dengan jumlah maksimum setahun. Contoh kewajiban yang umumnya dilakukan, adalah 1 persen dari gaji kotor tahunan, dengan maksimum sejumlah Rp 10 juta per tahun.
- *Benefit-related deductible*. Jumlah dana yang dibebankan kepada tertanggung sebelum manfaat atau tunjangan tertentu diberlakukan. Contohnya, polis tidak membayar biaya pada hari pertama rawat inap.
- *Threshold corridor deductible*. Sejumlah dana yang dibebankan kepada tertanggung setelah pembayaran manfaat paket dasar (*basic plan*) dan sebelum paket cakupan biaya medis utama (*major medical coverage*) memberikan manfaat.
- *Sliding deductible* atau *variable deductible*. Jumlah dana yang lebih besar dari jumlah yang tercantum dalam polis, atau jumlah tunjangan yang diberikan oleh semua polis asuransi lain untuk klaim tertentu. Bentuk *deductible* ini menggabungkan cara iur biaya dengan pencegahan akibat kelebihan asuransi (*overinsurance*) oleh pemegang polis.

Kecenderungan cara *deductible* adalah naiknya *flat deductible* dan *percentage deductible*.

COINSURANCE

Coinsurance mengharuskan tertanggung untuk membayar persentase tertentu dari biaya pelayanan setelah *deductible* dipenuhi. Setelah itu penanggung akan menanggung sisanya. Besarnya *coinsurance* adalah sekitar 20-30%. Penanggung akan mengurangi persentase *coinsurance* jika tertanggung memakai pemberi layanan kesehatan yang ditunjuk, atau meminta opini kedua untuk kasus operasi yang direkomendasikan. Dengan meminta tertanggung untuk membayar sebagian tertentu atas biaya pelayanan kesehatannya, *coinsurance* dapat membantu mengurangi biaya yang dipikul perusahaan pada paket kumpulan, dan penanggung pada paket perorangan. Cara ini dirancang agar peserta cenderung memilih fasilitas kesehatan dengan biaya yang lebih efektif.

COPAYMENT

Copayment adalah sejumlah dana tertentu yang harus dikeluarkan pada setiap jenis pelayanan, misalnya setiap berkunjung ke praktek dokter, atau setiap kunjungan ke ruang gawat darurat. Cara ini biasanya digunakan dalam paket *managed care* seperti pada HMO dan PPO.

Baik *coinsurance* maupun *copayment* bisa jadi memiliki limit maksimum, dimana di atas itu penanggung akan memikul sisa biayanya. Fitur ini biasa digunakan untuk melindungi keuangan tertanggung dalam hal penyakit katastropik.

TINGKAT PENGGANTIAN MAKSIMUM

Banyak paket membatasi pembayaran maksimum untuk beberapa jenis manfaat. Tertanggung membayar sendiri sisa dari biaya tersebut. Sebagai contoh, suatu paket menawarkan sejumlah pembayaran maksimum untuk manfaat pelayanan kesehatan gigi (*dental benefit*).

KONTRIBUSI KARYAWAN

Umumnya karyawan memberikan kontribusi dalam membiayai paket yang disponsori perusahaan melalui pembayaran premi atau iuran. Kontribusi ini umumnya berupa jumlah rupiah tertentu per bulan atau persentase dari gaji per bulan. Biasanya kontribusi bervariasi berdasarkan pilihan karyawan, apakah diri sendiri (*single*) atau keluarga (*family*). Jika paket bersifat ganda (*multiple*) misalnya ditawarkan paket dengan manfaat yang tinggi dan dengan manfaat yang rendah, kontribusi dari perusahaan seringkali ditetapkan berdasarkan pada pilihan paket manfaat yang rendah.

PROGRAM INSENTIF KEUANGAN

Beberapa paket kumpulan memberikan penghargaan tunai (*cash award*) kepada tertanggung untuk menurunkan pengeluaran biaya pelayanan kesehatannya dan bila ia melakukan upaya pencegahan. Penghargaan itu diberikan kepada karyawan yang klaimnya sedikit atau di bawah jumlah nilai tertentu selama setahun.

Berikut adalah beberapa contoh program insentif keuangan (*financial incentive program*) yang dilakukan di Amerika Serikat:

Untuk kalangan sendiri

- Rekening khusus dibuka untuk karyawan dengan jumlah uang tertentu (biasanya USD 300-500) yang digunakan untuk membayar *deductible* atau *coinsurance* semua klaim selama satu tahun.
- Rekening khusus seperti di atas, tetapi digunakan terutama untuk membayar manfaat bukan untuk *deductible* atau *coinsurance*. Setiap saldo yang tersedia pada akhir tahun pada rekening tersebut akan dibayarkan kepada pegawai dan dikenakan pajak pendapatan perorangan sesuai peraturan perpajakan yang berlaku.
- Beberapa paket menghendaki cuti kerja sehari yang dibayar bagi pegawainya yang tidak menerima pembayaran manfaat tahunan yang melebihi jumlah tertentu.
- Tahun 1996 US Congress menanggapi antusiasme masyarakat tentang rekening tabungan medis MSA (*medical saving account*) dengan percontohan terbatas, preferensi pajak untuk MSA harus dibarengi paket kesehatan dengan *deductible* tinggi (*high-deductible health plan, HDHP*). Semakin tinggi *deductible*, maka diperkirakan peserta akan mencari dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dengan lebih hati-hati, sehingga dapat mengurangi penggunaan fasilitas pelayanan yang tidak perlu. Dana yang ada di MSA digunakan untuk membayar pengeluaran asuransi biaya medis, dan dana dari suatu tahun digulirkan ke tahun berikutnya (*rolled over*) dan akan bertambah banyak, atau dapat ditarik sebagai penghasilan kena pajak. Rekening tabungan MSA ini umumnya dimiliki oleh pekerja mandiri, wiraswasta (*self-employed*), penarikan dana dari MSA bebas pajak jika digunakan untuk membayar biaya medis yang berkualitas. Dana rekening MSA bisa dipakai untuk menutupi biaya yang berkaitan dengan sebagian besar perawatan kesehatan, disabilitas, perawatan gigi, perawatan penglihatan, dan perawatan jangka panjang. MSA mirip dengan rekening tabungan kesehatan (*Health Saving Account, HSA*), yang didirikan sebagai bagian dari undang-undang *Medicare Prescription Drug (Medicare Part-D), Improvement, and Modernization Act* tahun 2003. Karena MSA adalah program percontohan, maka harus ditinjau secara berkala dan diperpanjang oleh Departemen Keuangan AS. Perpanjangan ini berakhir 31 Desember 2007, dan tidak diperpanjang lagi. Rekening MSA yang ada dapat dibiarkan tetap terbuka, atau diubah ke rekening HSA.

Rekening tabungan medis (MSA) yang merupakan dana tabungan dengan perlakuan pajak tangguhan (*tax-deferred deposit*) dibuat untuk digunakan sebagai biaya pengobatan, selain di Amerika Serikat, sukses berjalan di Singapura secara nasional sejak April 1984 dengan nama Medisave, dimana Medisave Account merupakan salah satu rekening dari skema tabungan wajib Central Provident Fund (CPF).^[9] Selain Singapura dan Amerika Serikat, program sejenis ini dicoba juga di negara lain, seperti Cina, Hongkong dan Afrika Selatan.^[10]

KOORDINASI MANFAAT

Kelebihan asuransi (*overinsurance*) merupakan situasi di mana manfaat asuransi dikeluarkan melebihi kerugian tertanggung atau biaya yang sebenarnya. *Overinsurance* dapat menjadi masalah pembiayaan bagi penanggung, perusahaan maupun perorangan, dimana hal ini disebabkan oleh adanya duplikasi cakupan-cakupan, serta bisa menyebabkan utilisasi pelayanan yang berlebihan (*over utilization*). Berbagai pengamanan dirancang untuk mencegah *overinsurance*. Misalnya, dalam asuransi kesehatan kumpulan, perusahaan memecah tunjangan yang diberikan oleh penanggung utama (*primary carrier*) dan penanggung sekunder (*secondary carrier*) melalui koordinasi manfaat (*coordination of benefit, COB*). Pedoman yang dikeluarkan oleh NAIC (National Association of Insurance Commissioners) mengatur tanggung jawab penanggung utama tersebut. Juga pada asuransi perorangan, COB merupakan metode yang dirancang oleh industri asuransi untuk memastikan bahwa tertanggung tidak boleh memperoleh keuntungan, atau memperoleh manfaat atau penggantian lebih dari biaya pelayanan medis yang sebenarnya terjadi apabila ia memiliki lebih dari satu polis asuransi.

Untuk informasi lebih jauh tentang COB, Anda bisa menyimaknya pada Bab 3 modul ini yang membahas tentang Administrasi Klaim.

ALTERNATIF-ALTERNATIF LAINNYA

Pada awalnya pendekatan upaya pengendalian biaya pelayanan kesehatan berfokus pada upaya penghematan dan upaya membatasi cakupan manfaat. Paket perorangan dan kumpulan dimodifikasi agar yang dicakup adalah pelayanan kesehatan yang tidak mahal, yang sebelumnya mungkin tidak dicakup. Penanggung juga mengembangkan insentif keuangan untuk merangsang tertanggung untuk tidak terburu-buru menggunakan fasilitas gawat darurat untuk kasus bukan darurat, demikian pula bila menggunakan prosedur alternatif lain yang lebih hemat. Contoh alternatif hemat biaya yang ditawarkan penanggung adalah pemeriksaan pra-admisi (*preadmission testing*), operasi rawat jalan (*outpatient surgery*), pelayanan rawat jalan (*ambulatory care*), klinik bersalin (*birthing center*), *skilled nursing facilities*, perawatan kesehatan di rumah (*home health care*), fasilitas rehabilitasi atas ketergantungan obat dan alkohol, dan *hospice care*.

SERTIFIKASI PRA-ADMISI

Ada bentuk-bentuk pemeriksaan tertentu yang dilakukan sebagai bagian dari tatalaksana rawat inap guna menentukan tindakan yang tepat terhadap pasien. Tujuan sertifikasi pra-admisi (*preadmission certification*) adalah untuk membantu mengendalikan biaya perawatan pasien di rumah sakit dengan pengurangan jumlah lama hari rawat dengan menggunakan pemeriksaan sinar-X, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan yang dilakukan untuk pasien rawat jalan, sebelum jadwal rawat inapnya ditetapkan.

Sertifikasi pra-admisi bukan merupakan program manfaat pelayanan diagnostik rawat jalan, melainkan manfaat rawat inap yang dapat mencegah lama hari rawat inap yang terlalu lama atau bahkan tidak diperlukan.

Manfaat bagi pasien adalah bahwa mereka segera menerima pengobatan sebelum masa rawat inap itu sendiri. Kalau tidak, pasien akan tinggal satu atau dua hari untuk melakukan pemeriksaan seperti tersebut di atas dan menunggu hasilnya sebelum pengobatan dimulai. Beberapa paket asuransi memperhitungkan biaya terhadap manfaat bagi tertanggung yang tidak melakukan pemeriksaan sebelum admisi rawat inap. Biaya ini merupakan jumlah uang tertentu atau biaya satu hari rawat inap.

PERAWATAN GAWAT DARURAT

Untuk menghindari penggunaan unit gawat darurat (UGD) yang tidak perlu dan lebih mahal daripada praktek dokter, penanggung menambahkan *deductible* untuk setiap penggunaan perawatan gawat darurat (*emergency room treatment*). Pendekatan lainnya adalah dengan cara meningkatkan jumlah *coinsurance* atas biaya UGD. Dengan pendekatan yang manapun, tertanggung harus membayar dengan uang sendiri jika menggunakan UGD yang sebenarnya tidak diperlukan. Jika dari hasil pemeriksaan di UGD kemudian mengharuskannya untuk dirawat, maka ia dibebaskan dari *deductible* tambahan atau *coinsurance* tambahan.

ADMISI AKHIR PEKAN

Rumah sakit, sebagaimana bisnis lainnya mengurangi kegiatan mereka selama akhir pekan. Tindakan operasi dan pemeriksaan (seperti laboratorium, rontgen) juga tidak banyak dilakukan. Pada kebanyakan kasus, pasien yang masuk pada hari Jumat tidak akan menerima tindakan sampai pada hari Senin dan akan mendapatkan pelayanan sama dengan pasien yang baru masuk pada hari Senin itu. Namun, pasien yang diterima pada hari Jumat akan menghabiskan 3 hari tambahan di rumah sakit yang tentu saja akan menambah biaya. Dengan alasan itulah, maka kalau pasien masuk untuk kasus elektif pada hari Jumat atau Sabtu, pihak asuransi seringkali tidak menyediakan manfaat atau akan membebankan *deductible* yang cukup besar. Jika rawat inap terpaksa dilakukan pada akhir pekan, terutama pada kasus persalinan atau penyakit yang mengancam nyawa pasien, ataupun darurat berpotensi disabilitas, maka biaya untuk akhir pekan diganti oleh penanggung. Admisi ini disebut sebagai admisi akhir pekan (*weekend admission*).

OPERASI RAWAT JALAN

Teknik baru operasi dan anastesi membuat pasien bisa lebih cepat sembuh, yang memungkinkan para dokter untuk melakukan operasi dengan aman dengan basis rawat jalan. Operasi rawat jalan dilakukan pada unit rawat jalan, klinik operasi independen, di tempat praktek dokter. Biaya operasi menjadi lebih rendah dan pengeluaran biaya rawat inap di rumah sakit dapat dihindari. Operasi rawat jalan biasanya akan memperoleh ganti rugi sebesar 100 persen dari biaya yang diperkenankan.

PELAYANAN RAWAT JALAN

Diagnosa dan pengobatan yang diberikan pada pasien rawat inap bisa dilakukan dengan lebih ekonomis dengan cara rawat jalan jika peralatan dan tenaga tersedia. Di beberapa tempat terdapat rumah sakit yang dilengkapi juga dengan fasilitas rawat jalan dan pelayanan UGD untuk menyediakan fasilitas pelayanan rawat jalan, termasuk diagnosa, pengobatan dan rehabilitasi. Penanggung membuat paket-paket yang merangsang pasien untuk memanfaatkan pelayanan rawat jalan.

KLINIK BERSALIN

Beberapa penanggung bisa memberikan insentif bagi pasien persalinan untuk memanfaatkan klinik bersalin dengan cara menghapus *coinsurance*. Klinik-klinik tersebut populer, merupakan alternatif rawat inap yang hemat terutama bagi pasien yang risiko persalinannya rendah, dan untuk perawatan pasca persalinan.

Kebanyakan klinik bersalin tersebut dimiliki dan dioperasikan oleh para dokter ahli kebidanan atau bidan yang memiliki hubungan bisnis dengan fasilitas pelayanan perawatan akut. Biasanya klinik-klinik tersebut dekat dengan rumah sakit umum, serta transportasi yang mudah jika sewaktu-waktu terjadi komplikasi selama proses persalinan. Klinik yang dioperasikan oleh bidan juga memiliki dokter-dokter spesialis yang senantiasa tersedia jika tenaga mereka dibutuhkan. Begitu populernya klinik-klinik bersalin ini, banyak rumah sakit yang membangun dan mengelola klinik serupa di dalam lingkungan rumah sakit itu sendiri.

PERAWATAN PROGRESIF

Pada perawatan progresif, pasien menjalani berbagai tingkat perawatan sesuai kondisi kesehatannya. Tingkatan tersebut meliputi perawatan intensif, rawat inap untuk kondisi akut biasa, perawatan di *skilled nursing facilities*, dan perawatan di rumah (*home health care*). Perawatan progresif ini tidak perlu harus dimulai dengan perawatan di rumah sakit. Perawatan progresif memberikan kesempatan pada penanggung untuk menyediakan cakupan dengan alternatif yang lebih murah daripada perawatan rumah sakit tanpa mengabaikan mutu perawatan bagi tertanggung.

FASILITAS PERAWATAN TERAMPIL

Asuhan keperawatan terampil (*skilled nursing care*), sering disediakan oleh fasilitas perawatan terampil (*skilled nursing facility, SNF*), lebih dikenal sebagai rumah atau panti jompo, merupakan pilihan perawatan kesehatan bagi manula yang membutuhkan perhatian medis secara teratur. Asuhan keperawatan terampil ini dilakukan oleh atau di bawah pengawasan supervisi perawat terdaftar (*registered nurse*) atau dokter. Panti perawatan ini memberikan asuhan keperawatan terampil, pemantauan medis yang tepat dan pertolongan kegiatan harian yang diperlukan banyak manula karena usia dan kemunduran masalah kesehatan.

Cakupan fasilitas perawatan terampil meliputi biaya kamar, pelayanan oleh perawat terdaftar, terapi fisik, obat-obatan resep, dan perlengkapan medis lainnya.

Perawatan tingkat menengah (*intermediate care*) dan perawatan mandiri (*self-care*) bisa saja atau tidak dicakup, dan perawatan *custodial* (*custodial care*) umumnya tidak dicakup. Biaya per hari fasilitas perawatan terampil, lebih rendah daripada biaya perawatan di rumah sakit.

PERAWATAN KESEHATAN DI RUMAH

Perawatan di rumah (*home health care*), adalah perawatan pendukung yang disediakan di rumah. Perawatan ini dapat diberikan oleh agen pemberi jasa perawatan kesehatan di rumah merupakan tenaga profesional kesehatan yang memiliki izin yang menyediakan kebutuhan perawatan medis atau dengan pengasuh profesional yang memberikan perawatan sehari-hari untuk membantu untuk memastikan kegiatan hidup pasien sehari-hari (*activities of daily living, ADL*).

Pelayanan tersebut meliputi:

- perawatan paruh waktu (*part-time nursing care*) atau perawatan sela (*intermittent nursing care*) diselenggarakan di bawah pengawasan seorang perawat terdaftar
- terapi fisik, terapi okupasi atau terapi kerja, dan terapi wicara
- pengobatan dan layanan laboratorium, dan
- layanan paruh waktu atau layanan sela yang dilakukan oleh seorang asisten kesehatan di rumah

Keputusan dokter untuk menggunakan manfaat fasilitas pelayanan perawatan kesehatan di rumah didasarkan pada faktor-faktor seperti kemampuan pihak keluarga membantu melayani pasien, dan keinginan pasien. Program perawatan kesehatan di rumah ini sangat tepat bagi pasien yang menderita sakit kronis atau penderita cacat, pasien pasca serangan jantung atau stroke, dan kasus ortopedik, yang biasanya penderita dengan kondisi seperti

ini harus menjalani proses penyembuhan di rumah sakit. Selain itu, pasien yang membutuhkan terapi oksigen, mereka yang mengidap penyakit sumsum tulang belakang atau penyakit pernafasan, dan mereka dalam tahap penyakit terminal atau menghadapi kematian (*terminal illness*) bisa menerima perawatan di rumah. Perawatan kesehatan di rumah biasanya menyediakan perawatan pendukung yang relatif lebih murah dibanding perawatan di rumah sakit, serta dalam suasana yang diinginkan pasien. Terapi rumah sudah semakin canggih dengan kemajuan teknologi seperti misalnya cuci darah bisa dilakukan di rumah.

Demikian pula penyediaan jasa perawat pasien maupun orang tua/lansia di rumah dewasa ini juga semakin banyak dijumpai di Indonesia. Jasa layanan perawatan kesehatan di rumah juga berkembang di Indonesia, beberapa rumah sakit, perusahaan dan komunitas, baik secara komersial maupun swadaya masyarakat. Jenis perawatan di rumah ini dilakukan untuk manula yang memerlukannya. Jenis fasilitas layanan ini biasanya tidak terbatas pada layanan kesehatan tetapi juga termasuk layanan sosial. Untuk mengenal lebih jauh tentang regulasi dan tentang seputar jasa ini, selain peran Kementerian Kesehatan, Anda perlu menyimak lebih jauh peranan PPNI atau INNA (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, Indonesian National Nurses Association) dan Kementerian Sosial. [\[11\]](#) [\[12\]](#)

FASILITAS REHABILITASI ATAS KETERGANTUNGAN OBAT DAN ALKOHOL

Ada beberapa paket manfaat yang mencakup biaya-biaya fasilitas pengobatan bagi orang yang sembuh dari ketergantungan terhadap alkohol dan obat terlarang. Di samping menyediakan pelayanan detoksifikasi, fasilitas tersebut menawarkan konseling dan pelatihan yang dapat membantu pasien mengatasi ketergantungan tersebut. Fasilitas ini lebih murah dibanding dengan jika di rawat di rumah sakit, dan fasilitas ini juga telah terbukti berhasil dalam membantu pasien yang bermasalah dengan alkohol dan obat terlarang.

Fasilitas semacam ini banyak dijumpai di Indonesia bisa berupa klinik, pusat perawatan, panti rehabilitasi, rumah sakit, yayasan sosial, hingga pondok pesantren dan lembaga rehabilitasi berbasis keagamaan lainnya yang khusus menyediakan fasilitas penyembuhan kecanduan narkoba dan alkohol. Terapi yang ditawarkan pun bermacam-macam, mulai dari terapi medis sampai ke terapi alternatif (*alternative therapies*). [\[13\]](#) Pemerintah juga berupaya merumuskan kebijakan dan memberikan pelayanan dan rehabilitasi korban penyalahgunaan NAPZA (narkotika, psikotropika, dan zat aditif) yang ditangani oleh Direktorat Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Napza, Kementerian Sosial. [\[14\]](#) Balai Besar Rehabilitasi Badan Narkotika Nasional Indonesia juga merupakan tempat yang dikhususkan untuk rehabilitasi korban penyalahgunaan narkoba. [\[15\]](#)

HOSPICE CARE

Hospice care adalah jenis perawatan yang fokus tindakan paliatif peringanan nyeri terhadap pasien yang menderita penyakit terminal (*terminal illness*) yakni yang hanya memiliki harapan hidup tinggal 6 bulan atau kurang, dengan pengobatan alternatif atau tradisional, dan mengatasinya dengan bantuan kepada pasien dan keluarganya akan kebutuhan emosi dan spiritual pasien.

Terdapat 4 prinsip yang membedakan *hospice care* dengan sistem perawatan kesehatan yang umum:

- yang disebut sebagai satu unit kesatuan perawatan, bukan hanya pasien saja, melainkan pasien dan keluarga
- tim yang menangani merupakan tim multi disiplin, termasuk dokter, perawat, bantuan tenaga perawat di rumah, psikiater, psikolog, tenaga terlatih, juga anggota keluarga, di gunakan untuk membantu

menentukan kebutuhan fisik, psikologis dan spiritual bagi pasien dan keluarganya, kemudian mengembangkan pelayanan menyeluruh dan terkoordinasi dengan baik.

- rasa sakit dan gejala-gejala yang berhubungan dengan penyakit terminal dikendalikan, namun tanpa upaya keras menyembuhkan pasien dari sakitnya
- bimbingan berkabung diberikan kepada anggota keluarga untuk membantu mereka selama proses berduka

Perawatan *hospice care* lebih murah dibandingkan perawatan yang diberikan di rumah sakit pada umumnya. Namun, bisa saja pasien dengan penyakit terminal dalam *hospice care* mungkin dalam beberapa hal, perlu memilih untuk dirawat di rumah sakit. Sehingga layanan *hospice care* dapat saja berlangsung:^[16]

- di rumah
- di *hospice center*, bagian dari rumah sakit
- di rumah sakit
- di fasilitas keperawatan terampil SNF

1.3. PENGENDALIAN PEMBAYARAN

Ada beberapa cara menghemat biaya pelayanan kesehatan melalui pengendalian pembayaran. Sebagian besar pendekatan ini digunakan baik pada paket perorangan maupun kumpulan, yang meliputi *billing audit* rumah sakit, pembayaran hanya untuk biaya yang layak dan umum berlaku (*reasonable and customary charge*) dan pengawasan terhadap biaya pengeluaran administrasi. Di samping itu, paket kumpulan dapat melakukan penghematan dengan cara bernegosiasi dengan penyelenggara pelayanan kesehatan (*provider*) untuk memperoleh potongan harga dan semacam program insentif keuangan bagi pegawai dan keluarganya.

AUDIT TAGIHAN RUMAH SAKIT

Penanggung umumnya perlu mengaudit tagihan rumah sakit (*hospital billing audits*) oleh staf mereka atau menggunakan jasa auditor independen. Audit dilakukan untuk menentukan apakah pelayanan telah dilakukan dengan benar ataukah biaya yang dikenakan juga tepat. Laporan audit mencantumkan kelebihan atau kekurangan biaya yang dikenakan oleh setiap unit di rumah sakit. Semua pembayaran yang berlebih (*overcharge*) biasanya didiskusikan lebih dahulu dengan bagian keuangan oleh auditor sebelum dilaporkan kepada penanggung. Penanggung biasanya membayar tagihan berdasarkan temuan auditor, apakah itu lebih ataupun kurang daripada besaran tagihan yang diajukan.

Banyak rumah sakit melakukan audit sendiri untuk persentase tertentu dari tagihan yang ada, untuk mengetahui adanya kesalahan sebelum klaim asuransi diajukan, atau untuk mengungkap adanya kesalahan dalam pembuatan tagihan. Di samping itu, banyak penanggung juga berupaya mendorong agar pihak tertanggung mau melakukan audit sendiri; jika menemukan adanya kesalahan, penanggung akan membagi keuntungan ke pada tertanggung akibat adanya penghematan akibat terhindarnya kesalahan tersebut.

Ada beberapa perusahaan yang secara otomatis melakukan audit semua tagihan di atas jumlah angka biaya tertentu. Ada juga yang melakukan penyaringan awal terhadap tagihan-tagihan tertentu untuk menentukan apakah audit perlu dilakukan atau tidak. Secara umum, akan terjadi penghematan sekitar 2 dollar pada setiap terjadinya kelebihan pembayaran, dengan mengeluarkan ongkos audit sebesar 1 dollar.

BATAS TAGIHAN DAN TAGIHAN YANG LAYAK

Penanggung biasanya membayar manfaat rumah sakit dan dokter berdasarkan penentuan batas biaya yang diperkenankan atau batas biaya yang memenuhi syarat (*eligible charge limit*). Penyedia layanan kesehatan menagih jasa yang telah diberikan kepada pasien, jika berada pada atau di bawah batas jumlah biaya yang diperkenankan, apakah *deductible* dan *coinsurance* telah diperhitungkan. Jika dokter menagih ke pasien lebih dari yang diperbolehkan, dokter tersebut akan meminta pasien untuk membayar kekurangannya.

Sebagai contoh, kontrak asuransi dapat menyatakan batas pembayaran yang dibenarkan yaitu yang lebih kecil dari tiga perhitungan di bawah ini:

- Tarif dokter yang sebenarnya (*actual charge*)
- Tarif dokter yang lazim (*usual charge*), yang didasarkan pada perhitungan tagihan-tagihan dokter selama periode tertentu untuk prosedur dan pelayanan yang serupa
- Tarif yang layak dan umum (*reasonable and customary charge*) bagi prosedur dan pelayanan pada suatu wilayah tertentu

Tarif yang layak dan berlaku umum (*reasonable and customary charge*) tersebut merupakan jumlah batas yang ditentukan oleh pihak penanggung, pemegang polis kumpulan, majikan atau pengusaha, atau administrator agar adil maupun konsisten dengan tarif yang dipakai oleh pemberi jasa kesehatan lainnya yang setara atau serupa di wilayah tersebut, yang memberikan pelayanan yang sama.

PENGENDALIAN BIAYA ADMINISTRASI

Biaya administrasi (*administrative expenses*) merupakan unsur yang termasuk di dalam premi asuransi kesehatan. Biaya administrasi sangat penting di dalam paket manfaat baik perorangan maupun kumpulan.

Penanggung menginginkan biaya tersebut serendah mungkin, karena:

- pemegang polis resisten terhadap premi yang tinggi
- persaingan di antara penanggung untuk memberikan pelayanan asuransi dengan premi rendah
- tekanan dari pemerintah, pembuat kebijakan

Biaya-biaya pemasaran, *underwriting*, dan administrasi klaim, merupakan biaya administrasi yang paling utama diuraikan berikut ini.

BIAYA PEMASARAN

Biaya pemasaran, bersama-sama dengan biaya pembayaran manfaat, biaya akuisisi, dan biaya penerbitan polis baru merupakan biaya yang mahal yang dikeluarkan penanggung. Biaya-biaya ini dibebankan pada premi tahun pertama untuk asuransi kesehatan perorangan, dan pada asuransi kumpulan persinya lebih rendah. Apakah persistensi yang diharapkan bisa dipertahankan, bagi penanggung akan berarti membedakan apakah terjadi keuntungan dan kerugian untuk lini bisnis asuransi tersebut.

Tenaga pemasaran pengendali utama kelangsungan suatu bisnis. Jika agen pemasaran asuransi perorangan atau petugas representatif asuransi kumpulan (*group representative*) telah menjalani pelatihan pemasaran dan melakukan awal penjualan dengan tepat, dan kemudian melakukan kontak dengan tertanggung, akan memudahkan ia untuk meyakinkan calon tertanggung menyadari kebutuhan untuk membeli atau melanjutkan kontraknya. Kontak pribadi dengan pihak tertanggung oleh agen tidak hanya bisa mempertahankan kontrak dan paket manfaatnya, tetapi juga dapat mengubah keinginan tertanggung untuk terus menambah cakupan manfaat. Oleh karena itu sangatlah penting bagi penanggung untuk memiliki tenaga pemasaran yang mengerti dengan baik cakupan berbagai manfaat yang dipasarkan, agar dapat memenuhi kebutuhan tertanggung.

BIAYA UNDERWRITING

Proses *underwriting* asuransi kesehatan semakin mahal bagi penanggung disebabkan oleh kenaikan gaji, peningkatan biaya tetap (*overhead expenses*), biaya pemeriksaan medis yang semakin tinggi, surat pernyataan dokter (*attending physicians' statement*), dan laporan inspeksi.

Biaya *underwriting* untuk asuransi kumpulan akan semakin rendah sekali dengan meningkatnya jumlah peserta. Hal ini disebabkan oleh proses *underwriting* fokus pada atribut kelompok secara keseluruhan, dan karyawan beserta keluarganya biasanya tidak dilakukan proses *underwriting* secara perorangan.

Sistem pemrosesan aplikasi yang efektif dan efisien sangat penting bagi upaya menurunkan biaya administrasi *underwriting*. Penundaan dan biaya-biaya tambahan bisa dihilangkan melalui penanganan aplikasi permohonan asuransi yang masuk secara tepat.

BIAYA KLAIM

Untuk mengurangi biaya terkait administrasi klaim, maka banyak penanggung menyerahkan administrasi klaim rutin diserahkan kepada pemeriksa klaim yang biasa (*associate claim examiner*). Para pemeriksa ini membutuhkan lebih sedikit pelatihan dan pengalaman dibandingkan dengan para pemeriksa klaim senior (*senior claim examiner*). Dengan demikian hanya tinggal sejumlah kecil klaim dengan masalah rumit yang perlu ditangani oleh tenaga klaim senior yang berpengalaman.

Sistem komputerisasi pengolahan klaim telah meningkatkan efisiensi dan mengurangi biaya administrasi. Contohnya adalah transmisi klaim elektronik, perhitungan manfaat otomatis, dan pembayaran klaim otomatis.

1.4. TELAHAH UTILISASI

Telaah utilisasi (*utilization review, UR*) dirancang untuk mengurangi admisi rumah sakit yang kurang penting, dan untuk mengawasi lama hari rawat (*length of stay*) pasien melalui analisa data pasien secara prospektif dan retrospektif. Prinsip-prinsip ini telah dikembangkan sehingga mencakup jenis pelayanan lainnya. Telaah utilisasi digunakan baik dalam paket kumpulan maupun perorangan.

TELAAH PROSPEKTIF

Program telaah prospektif (*prospective review*) dirancang untuk menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan sebelum pelayanan tersebut diberikan, terutama pada pengelolaan penggunaan pelayanan rumah sakit. Terdapat pula program telaah prospektif untuk fasilitas keperawatan terlatih SNF, tindakan bedah, dan pelayanan rawat jalan tertentu.

TELAAH UTILISASI RAWAT INAP

Telaah utilisasi rawat inap (*inpatient utilization review*) dirancang untuk mengurangi rawat inap yang tidak perlu atau tidak tepat. Melalui petunjuk teknis yang telah ditetapkan, penanggung menelaah kasus-kasus admisi rumah sakit, lama hari rawat, serta tindakan dan mutu pengobatan. Petunjuk tersebut berdasarkan usia, jenis kelamin, dan diagnosa. Proses penelaahan ini dilakukan baik oleh lembaga independen ataupun dilaksanakan oleh penanggung sendiri.

Utilisasi rumah sakit ditelaah berdasarkan tahapan pra-admisi (*preadmission*), saat dirawat (*concurrent*), dan saat akan keluar (*discharge planning*).

Sertifikasi pra-admisi (*preadmission certification*). Proses pengesahan atau sertifikasi pra-admisi (sebelum dirawat) mewajibkan bertanggung untuk memperoleh otorisasi lebih dulu dari program telaah untuk mendapatkan perawatan rumah sakit yang bersifat elektif atau bukan darurat. Para profesional pelayanan kesehatan menelaah dan mengesahkan lama hari rawat dan mengusulkan paket pengobatan yang sesuai. Telaah ini menghasilkan jaminan bahwa pengobatan yang diusulkan adalah memang perlu dilakukan sesuai diagnosa dan pengobatan pada bentuk yang paling hemat (*cost effective*), seperti fasilitas keperawatan terlatih, fasilitas bedah rawat jalan, *hospice care*, atau perawatan di rumah. Kebanyakan program juga mensyaratkan pendapat pihak kedua (*second opinion*) sebelum tindakan bedah dilakukan. Jika kriteria rawat inap tidak bisa dipenuhi, maka dirujuk kepada spesialis yang tepat untuk evaluasi lebih lanjut serta rekomendasi persetujuan atau penolakan melakukan pengesahan. Laporan pengesahan diberikan secara tertulis kepada rumah sakit, dokter, pasien, dan bagian klaim penanggung.

Apabila penanggung tidak menerima pengesahan admisi rumah sakit, kebanyakan pada paket kumpulan tidak membayar, atau hanya membayar sebagian manfaat. Dan ada tiga macam pilihan yang bisa diambil, atas hari rawat inap di rumah sakit yang tidak sah yang membuktikan bahwa secara medis diperlukan:

- menolak setiap hari rawat inap tersebut
- mengurangi bagian *coinsurance* untuk jumlah hari rawat tersebut
- mengurangi tingkat angka rupiah tertentu untuk setiap hari rawat atau tambahan lama hari rawat tersebut

Telaah saat dirawat (*concurrent review*). Telaah saat dirawat dilakukan di tempat (*on site*) ketika pasien dirawat di rumah sakit. Konsep tersebut meliputi penentuan apakah pengobatan dan perawatan rawat inap perlu dilanjutkan. Karena penelaahan ini dapat mengurangi lama hari rawat, maka hal ini bisa menekan biaya. Penelaahan biasanya dilakukan oleh koordinator perawat yang menelaah status pasien segera setelah pasien masuk dan pada interval berurutan sebagai berikut:

- menetapkan lama hari rawat inap awal, dan mengidentifikasi ada tidaknya kebutuhan medis untuk setiap perpanjangan hari rawat
- menilai rencana pengobatan dan melihat hasil pengobatan yang telah diberikan
- membuat ringkasan data untuk penilaian mutu retrospektif dibandingkan dengan kriteria perawatan

Koordinator perawat dapat mengesahkan perawatan yang telah ditentukan, mutu yang jelas dan lama rawat sesuai pedoman. Pedoman ini berdasarkan pengalaman dan praktek yang lazim. Dalam 24 jam dari tiap admisi, koordinator perawat menelaah secara komprehensif kondisi pasien. Dengan menggunakan kriteria diagnosa spesifik atau petunjuk umum mengenai mutu, proses dimulai dengan suatu penelaahan *chart* pasien untuk menentukan perlunya admisi. Jika data tidak menunjukkan dengan jelas informasi yang dibutuhkan, koordinator perawat meminta klarifikasi dari dokter (*attending physician*).

Setelah itu, tingkat perawatan yang tepat dapat ditentukan. Tingkat potensi perawatan mencakup perawatan intensif, akut, lanjutan, atau rehabilitatif, penunjang, rawat jalan, perawatan di rumah, dan *hospice care*.

Koordinator perawat juga menentukan perkiraan lama hari rawat sesuai diagnosa awal. Rentang lama hari rawat dapat diartikan sebagai minimum yang menunjukkan median lama hari rawat yang dianggap perlu untuk menjamin mutu pelayanan, sebagai maksimum yang mencerminkan batas otoritas koordinator perawat untuk memperpanjang hari rawat tersebut. Telaah oleh penasehat medis dibutuhkan untuk tiap perpanjangan hari rawat yang melebihi batas maksimum.

Waktu yang menunjukkan minimum hari rawat dicatat dalam *chart* pasien. Pada tanggal tersebut lama hari rawat ditelaah kembali, dan koordinator perawat setelah melihat *chart* pasien, bisa menentukan tanggal penelaahan yang baru.

Telaah inap berlanjut (*continued-stay review*). Telaah inap berlanjut adalah suatu telaah medis yang dilakukan dengan tidak di tempat (*off-site*) selama bertanggung dirawat di rumah sakit. Penelaahan ini berdasarkan hasil pembicaraan melalui telepon antara koordinator perawat dan dokter yang ada, petugas rumah sakit, staf yang mengatur jadwal keluar pasien. Hubungan via telepon dilakukan secara konsisten untuk mengetahui kondisi pasien sampai pasien boleh keluar. Dengan menggunakan kriteria medis yang telah ditetapkan dan norma hari rawat yang berlaku, penelaah menentukan kebutuhan medis, ketepatan pengobatan dan lama hari rawat. Manfaat penelaahan ini adalah untuk menjamin bahwa hanya pasien yang secara medis membutuhkan perawatan rumah sakit yang diijinkan untuk tetap mendapatkan perawatan di rumah sakit dan pengobatan sesuai diagnosa.

Perencanaan pemulangan (*discharge planning*). Rencana pemulangan pasien sebaiknya telah ada sedini mungkin pada saat pasien dirawat di rumah sakit. Untuk pasien yang belum sembuh benar, tetapi tidak membutuhkan pelayanan untuk perawatan akut di rumah sakit, pengaturan untuk kemungkinan tinggal lebih lama sebaiknya dilakukan di institusi pelayanan yang lebih murah, seperti fasilitas keperawatan terlatih (SNF). Rencana pemulangan pasien menjamin bahwa pasien mendapatkan perawatan yang sesuai setelah dirawat di rumah sakit.

TELAH FASILITAS PERAWATAN TINGKAT LANJUT

Dengan menurunnya admisi dan lama hari rawat di rumah sakit untuk perawatan akut, penggunaan fasilitas keperawatan terlatih (SNF) menjadi meningkat. Juga karena kemajuan teknologi di bidang medis, banyak orang

yang dapat diselamatkan dari kecelakaan dan penyakit berat, tetapi kemudian harus menghadapi perawatan yang memakan waktu bulanan serta rehabilitasi.

Fasilitas perawatan tingkat lanjut (*extended care facility*) mengatur dan mengurangi biaya perawatan kesehatan untuk jangka panjang dalam dua cara:

- melalui kerja sama dengan program rencana pemulangan pasien (*discharge planning*) untuk mengidentifikasi pasien dengan perawatan akut rumah sakit yang berhasil dipindahkan ke fasilitas keperawatan terlatih yang tepat dan lebih murah
- dengan menyediakan telaah pra-admisi dan telaah inap berlanjut untuk admisi ke fasilitas keperawatan terlatih

Proses telaah fasilitas perawatan tingkat lanjut (*extended care facility review*) menggunakan petunjuk yang ada untuk menentukan cakupan, melihat sesuai atau tidak dengan norma-norma kriteria medis, dan fasilitas yang tepat. Jika kasusnya disetujui, pasien diterima, lama hari rawat ditentukan dan program penelaahan memantau kemajuan pasien dan ketepatan penempatannya. Jika pasien tidak mendapatkan pelayanan sesuai petunjuk fasilitas perawatan tingkat lanjut, program penelaahan akan mencoba menangani kasus tersebut pada fasilitas yang lebih tepat seperti pengaturan pelayanan yang tingkat menengah (*intermediate*), *custodial*, atau perawatan kesehatan di rumah (*home health care*).

TELAH TINDAKAN BEDAH

Karena operasi itu mahal, kadang-kadang bersifat elektif, maka penanggung melakukan telaah tindakan bedah (*surgical review*) dengan menggunakan beberapa metode untuk menilai kesesuaiannya. Banyak paket perorangan maupun kumpulan meminta pihak bertanggung agar mendapatkan opini kedua (*second opinion*) dari dokter bedah lain untuk suatu tindakan operasi tertentu bukan darurat, atau terutama mungkin hanya sebagai atau lebih efektif dengan perawatan medis. Opini kedua adalah proses penyaringan prospektif yang tergantung pada hasil konsultasi dokter atau evaluasi ahli bedah atas kebutuhan operasi atau tindakan bedah rawat jalan atau rawat inap yang telah direkomendasikan oleh ahli bedah lainnya. Seorang dokter mungkin saja merekomendasikan suatu operasi, sementara dokter lain memilih alternatif yang lain.

Potensi penghematan biaya karena adanya opini kedua tergantung pada hal-hal berikut:

- operasi tidak dikonfirmasi atau tidak dianjurkan oleh opini kedua dan tidak operasi dilakukan
- operasi dilakukan tetapi dengan rawat jalan bukan rawat inap seperti rekomendasi awal
- pengurangan klaim bedah secara umum karena kesadaran dokter akan program ini (efek *sentinel*)

Program opini kedua juga mendorong dokter untuk memberikan justifikasi rekomendasi mereka untuk melakukan operasi, meningkatkan rasa percaya diri pasien dengan mengurangi rasa takut, dan tidak menutup alternatif untuk menghindari atau menunda operasi dan biayanya.

TELAH ASISTEN AHLI BEDAH

Biaya untuk asisten ahli bedah merupakan salah satu biaya yang berkembang pesat pada industri pelayanan kesehatan. Penggunaan asisten ahli bedah dapat menambah biaya operasi secara signifikan. Padahal seorang

asisten ahli bedah tidak selalu dibutuhkan di semua kasus. Telaah asisten ahli bedah (*assistant surgeon review*) dapat membantu menghilangkan biaya yang tidak semestinya ada dengan meninjau kembali manfaat asisten ahli bedah agar biaya yang muncul adalah hanya untuk hal-hal yang benar-benar dianggap tepat secara medis. Jika permintaan memenuhi kriteria, otorisasi didiskusikan dan dinegosiasikan antara pelayanan telaah asisten ahli bedah dengan dokter (*attending physician*).

TELAAH FASILITAS BEDAH RAWAT JALAN

Banyak prosedur operasi dilakukan berbasis rawat jalan pada klinik bedah (*surgicenter*), klinik, unit rawat jalan di rumah sakit, atau praktek dokter. Meski biaya operasi yang dilakukan lebih murah dibandingkan bila dilakukan di rumah sakit, masih ada beberapa komponen biaya dan variabel yang harus dikendalikan untuk alasan efisiensi biaya. Tujuan telaah fasilitas bedah rawat jalan (*ambulatory surgery facility review*) adalah untuk memastikan pasien menerima perawatan operasi yang diperlukan saja.

TELAAH RETROSPEKTIF

Program telaah retrospektif (*retrospective review*) menentukan kesesuaian perawatan yang telah diberikan dan berapa biaya-biaya yang harus dikeluarkan. Mekanisme ini dapat menciptakan insentif yang substansial terhadap perubahan pola pelayanan.

Telaah retrospektif terhadap klaim-klaim memungkinkan penanggung atau pemegang polis kumpulan untuk membuat suatu profil utilisasi untuk digunakan dalam pengawasan terhadap kecenderungan yang terjadi. Termasuk dalam profil tersebut antara lain diagnosa, berbagai jenis harga pelayanan kesehatan yang dibeli oleh setiap tertanggung, dimana diperolehnya, dan juga porsi yang dibayar oleh penanggung. Kemudian dapat diambil tindakan di daerah dengan biaya tinggi yang berlebihan.

TELAAH UTILISASI RAWAT JALAN

Dengan bergesernya pelayanan ke arah bentuk rawat jalan, penanggung harus mengembangkan telaah prospektif dan telaah retrospektif terhadap pelayanan diberikan. Prosedurnya mirip telaah rawat inap.

Telaah sertifikasi rawat jalan prospektif untuk prosedur pelayanan yang mahal dan prosedur pengobatan yang berulang-ulang mensyaratkan pasien atau dokter untuk menghubungi administrator sebelum pelayanan diberikan. Administrator menelaah permintaan tersebut berdasarkan diagnosa pasien dan ketepatan perawatan atau pemeriksaan yang direkomendasi.

Dalam telaah utilisasi rawat jalan retrospektif (*prospective outpatient utilization review*), disyaratkan pengobatan yang tepat atas diagnosa tertentu yang terkait dengan pemeriksaan yang dibutuhkan, kunjungan ke dokter yang diperbolehkan, dan sebagainya. Begitu klaim diterima, dilakukan penelaahan merujuk pada petunjuk pengobatan. Tiap pengobatan yang tidak termasuk dalam petunjuk tersebut harus dijustifikasi oleh dokter atau mungkin dikurangi.

TELAAH UTILISASI DI INDONESIA

Telaah pemanfaatan pelayanan kesehatan di Indonesia belumlah membudaya. Secara umum dan dari beberapa hasil penelitian PT. Askes adalah salah satu contoh perusahaan yang telah banyak melakukan kegiatan ini. Mungkin perusahaan asuransi swasta lain juga telah melakukannya, namun belum banyak informasi tersedia.

Salah satu cara pengendalian biaya yang dilakukan PT. Askes adalah dengan melakukan sistem pembayaran kapitasi total ke PPK tingkat I. Diharapkan dengan demikian angka rujukan akan terkendali. Namun, seringkali hal tersebut tidak terjadi. Dari hasil penelitian di Puskesmas Kota Yogyakarta, rata-rata rasio kunjungan peserta PT. Askes sebesar 11,68%, sedangkan rasio rujukan ke RS sebesar 20,83%^[17], angka yang cukup tinggi. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 66,7% responden (Kepala Puskesmas) menyatakan melakukan Telaah Utilisasi, dan 46,67% menyatakan hanya kadang-kadang saja. Ternyata telaah utilisasi belum sepenuhnya dipahami oleh PPK.

Kecenderungan kunjungan juga merupakan data indikatif untuk UR. Gambaran kecenderungan tingkat kunjungan peserta dari PT. Askes dan PT. Jamsostek dari tahun 1994-2003 seperti tampak pada Tabel 1-2 menjelaskan adanya perbedaan di antara kedua asuradur tersebut. Seperti diketahui, kebijakan PT. Askes menggunakan Puskesmas sebagai gate keeper, sedangkan Jamsostek selain menggunakan Puskesmas juga menggunakan (kontrak) dengan praktek swasta (dokter umum). Data menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan utilisasi peserta Askes dari tahun 1994 sampai 2003, namun pola fluktuatif tampak pada angka utilisasi peserta Jamsostek.

Dengan segala limitasinya, model pengendalian biaya ternyata telah mulai diterapkan di Indonesia. Perusahaan-perusahaan asuransi swasta dengan model indemnitasnya, tentu sangat berkepentingan dalam hal pelaksanaan upaya-upaya pengendalian biaya seperti yang banyak dilakukan di Amerika.

Tabel 1-2. Angka kunjungan per 1000 peserta per tahun untuk rawat jalan primer, rawat jalan rujukan, Rawat inap, peserta ASKES dan Jamsostek 1994-2003^[18]

Tahun	Rawat Jalan Tk I		Rujukan		Rawat Inap RS	
	PT. Askes	Jamsostek	PT. Askes	Jamsostek	PT. Askes	Jamsostek
1994	124,2	117,5	17,1	7,2	1,8	1,8
1995	107,3	146,1	17,8	7,4	1,8	3,5
1996	105,3	143,1	18,6	11,8	1,8	2,7
1997	143,4	133,6	22,5	10,0	2,0	2,3
1998	160,9	130,5	30,5	7,1	2,6	2,4
1999	142,0	125,0	28,8	6,8	2,5	1,9
2000	122,1	147,5	27,8	8,9	2,4	2,2
2001	124,4	159,8	36,9	10,8	2,8	2,8
2002	122,0	151,8	31,3	10,1	3,2	2,4
2003	112,5	138,0	40,6	12,1	3,4	2,6
Rata-rata	126,4	139,3	27,2	9,2	2,4	2,5

1.5. MANAJEMEN KASUS

Manajemen kasus (*case management*) merupakan suatu pendekatan terencana untuk memberikan pelayanan atau pengobatan kepada tertanggung yang mengalami masalah kesehatan yang serius. Pendekatan ini dimaksudkan untuk mengatur biaya dan promosi ke arah intervensi yang lebih efektif sesuai kebutuhan pasien.

Penyakit-penyakit kronis dan katastrofik diperkirakan mencapai 40 persen dari klaim ke penanggung tiap tahunnya; manajemen kasus dirancang untuk mengendalikan biaya-biaya tersebut.

Manajemen kasus menyebabkan manfaat tersedia untuk pelayanan kesehatan yang tepat dan hemat (*cost effective*), termasuk alternatif untuk perawatan di rumah sakit. Sebagai contoh, seorang pasien mungkin mendapatkan penggantian atas pelayanan paruh waktu atau purna waktu perawatan di rumahnya. Pelayanan perawatan kesehatan di rumah lebih murah daripada pelayanan rawat inap dan seringkali lebih menguntungkan bagi pasien.

KEBUTUHAN AKAN MANAJEMEN KASUS

Penyakit catastrophic atau cedera dapat muncul akibat suatu kejadian yang tiba-tiba, akut yang tidak diantisipasi sebelumnya, atau kelainan degeneratif. Kondisi serupa ini biasanya berdampak terhadap kebutuhan biaya yang besar atau pembayaran manfaat yang tinggi selama kurun waktu yang panjang. Penyakit dan cedera yang cocok untuk manajemen kasus, adalah amputasi, patah tulang, trauma bagian kepala, bayi dengan risiko tinggi, luka bakar hebat, cedera tulang belakang, stroke parah, AIDS, *amyotrophic lateral sclerosis* (ALS), penyakit Crohn, *multiple sclerosis*, *anorexia nervosa/bulimia*, radang sendi parah, penyalahgunaan obat, dan kondisi kejiwaan tertentu.

PROSES MANAJEMEN KASUS

Manajemen kasus dirancang untuk mengidentifikasi kasus penyakit katastrofik dan cedera sedini mungkin - meski sebelum admisi yang pertama. Program-program telaah pra-admisi, telaah saat dirawat, dan telaah inap berlanjut merupakan cara yang terbaik bagi penanggung untuk mengidentifikasi kasus-kasus yang akan mendapatkan manfaat dari manajemen kasus.

Di beberapa perusahaan, semua klaim untuk kondisi khusus tertentu, seperti pada yang disebut pada daftar di muka, merupakan manajemen kasus. Klaim perorangan di atas Rp 100 juta atau klaim agregat di atas Rp 250 juta untuk satu orang yang dijamin juga biasanya dirujuk pada manajemen kasus. Tertanggung, keluarga tertanggung, majikan atau pengusaha, dan penyedia layanan kesehatan dapat mengingatkan penanggung mengenai adanya pasien berpotensi manajemen kasus.

Manajemen kasus, yang biasanya sukarela, menekankan keikutsertaan pasien dan keluarganya dalam program pengobatan. Pasien secara terus menerus diberi informasi mengenai pengobatan dan rehabilitasi serta disarankan untuk menentukan sendiri pilihannya. Jika pasien tidak menghendaki program manajemen kasus, dia bisa saja tetap menerima paket di bawah provisi reguler pada paket kumpulan.

MANAJEMEN REHABILITASI

Rehabilitasi merupakan salah satu bentuk dari manajemen kasus. Rehabilitasi adalah proses yang sekaligus juga dianggap sebagai suatu peran manajemen aktif. Tujuan jangka panjang dari rehabilitasi adalah membantu memulihkan pasien yang cacat atau lumpuh untuk semaksimal mungkin dinyatakan kesehatannya baik, mandiri, dan berfungsi kembali seperti sebelum cacat atau lumpuh.

Ada 2 jenis pelayanan rehabilitasi, yakni rehabilitasi medis dan rehabilitasi keterampilan.

- Rehabilitasi medis (*medical rehabilitation*) dikonsentrasikan pada pengobatan dan prosedur yang dirancang untuk mengurangi efek fisik dari ketidakmampuan melakukan aktivitas.
- Rehabilitasi keterampilan (*vocational rehabilitation*), yang merupakan tujuan asuransi disabilitas, menyediakan pelayanan yang dirancang untuk membantu pasien agar mandiri dan kembali bekerja

Tidak ada batas jelas diantara kedua jenis pelayanan rehabilitasi ini, dan keduanya dapat dilakukan sebagai rangkaian kesatuan (continuum) dari kelumpuhan (*disability*), pelemahan atau perusakan (*impairment*), dan penyembuhan (*recovery*). Rehabilitasi medis umumnya dianggap penting untuk dilakukan langsung setelah menjalani fase pengobatan akut, sementara itu rehabilitasi keterampilan untuk kasus pelemahan atau perusakan dan terbatasnya fungsi-fungsi tubuh dikurangi dengan bantuan rehabilitasi medis.

MANFAAT REHABILITASI

Penanggung mendapatkan keuntungan dari penawaran pelayanan rehabilitasi karena bisa mengurangi beban kewajiban keuangan. Hal ini terjadi ketika bertanggung kembali bekerja baik purna waktu maupun paruh waktu, atau ketika manajemen medis mencegah bertambah buruknya kelumpuhan atau disabilitas.

Penghematan dapat dilakukan dengan menghilangkan atau mengurangi pembayaran manfaat, dan mengurangi cadangan. Program rehabilitasi juga meningkatkan daya saing penanggung. Idealnya, program ini memperkecil masa lamanya disabilitas dan biaya medis, dan sebagai dampaknya, menurunkan rasio kerugian, yang di kemudian hari akan mempengaruhi tarif premi.

Bagi majikan atau pengusaha yang menawarkan asuransi disabilitas kumpulan, program rehabilitasi bisa mengurangi atau menghilangkan pembayaran manfaat disabilitas, dan mempromosikan manajemen medis yang hemat (*cost effective*), dan semuanya menyumbang premi yang stabil atau penurunan premi. Demikian pula dapat membantu memulihkan karyawan terlatih dan berharga kembali bekerja. Di samping itu program rehabilitasi merupakan komponen menarik dalam paket manfaat atau kesejahteraan karyawan.

1.6. MANAGED CARE

Managed care merupakan sistem pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan. *Managed care* dimulai pada tahun 1930-an ketika praktek kelompok pra-bayar pertama dikembangkan untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan bermutu dan memberikan pelayanan pencegahan. Kelompok pra-bayar pertama adalah merupakan para pelopor HMO.

Selama dekade terakhir, sistem pelayanan kesehatan telah berevolusi pada fase yang tidak terlalu diharapkan, sebagian besar ditujukan untuk menanggapi kenaikan biaya kesehatan. Perubahan yang paling terlihat adalah peningkatan secara mencolok jumlah organisasi *managed care* (*managed care organization, MCO*). Meski ada banyak variasi paket yang ditawarkan, sebagian besar MCO memiliki elemen-elemen seperti di bawah ini:

- pengaturan dengan penyedia layanan kesehatan tertentu yang dipilih untuk menyediakan paket pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada peserta
- standar yang jelas untuk pemilihan penyedia pelayanan kesehatan
- program formal untuk jaga mutu (*quality assurance*) dan telaah utilisasi (*utilization review*)

- insentif keuangan bagi para peserta yang memanfaatkan penyedia layanan kesehatan dan prosedur yang ditetapkan oleh MCO

Managed care tersedia sebagian besar melalui paket kumpulan, dan dewasa ini 90 persen tertanggung asuransi kesehatan di Amerika Serikat terdaftar dalam berbagai bentuk paket *managed care*.^[19]

MACAM ORGANISASI MANAGED CARE

Ada beberapa bentuk MCO, dan oleh karena *managed care* berkembang semakin matang, variasi dalam sistem ini bermunculan. MCO yang paling sering ditemukan adalah HMO dan PPO. Bentuk lainnya adalah EPO, POS, *carve-outs*, sistem pelayanan terpadu (*integrated delivery system*) dan pusat unggulan (*centers of excellence*). Sejak diberlakukannya Obama Care di Amerika Serikat, muncul bentuk organisasi baru ACO.

HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION (HMO)

Meskipun sistem pemberian pelayanan HMO ada beberapa bentuk, semuanya memberikan manfaat layanan kesehatan yang komprehensif berbasis pra-bayar terhadap populasi terdaftar sukarela. Pembayaran di muka ditentukan di muka dan tergantung pada jumlah peserta yang terdaftar. HMO sering kali menggunakan dokter umum primer sebagai gatekeeper atau manajer dalam mengkoordinasi pelayanan bagi peserta guna memaksimalkan efisiensi dan efektivitas pemberian pelayanan.

Ada 4 tipe model dasar HMO:

- Model staf (*staff model HMO*). HMO model ini mempekerjakan dokter sendiri, dan perawatan biasanya diberikan di fasilitas sendiri. Dokter berpraktek sebagai karyawan dan biasanya menerima gaji. Mempunyai tingkat pengendalian yang tinggi terhadap pelayanan dan biaya, sehingga tarif premi seringkali lebih rendah dalam jenis HMO lainnya. Penyedia layanan kesehatan sepenuhnya secara eksklusif melayani peserta HMO saja.
- Model kelompok (*group model HMO*). Model ini merupakan kelompok dokter multi-spesialis yang dapat meliputi internis, dokter kandungan, ginekolog, spesialis jantung dan spesialis onkologi serta ahli bedah yang dikontrak secara eksklusif oleh HMO, untuk menyediakan layanan. Pelayanan kesehatan diberikan pada fasilitas yang dimiliki baik oleh kelompok dokter (seperti klinik), maupun milik HMO (seperti rumah sakit). HMO membayar kelompok dokter dengan tarif yang dinegosiasikan, per kapita, dimana kelompok mendistribusikannya di antara para dokter dalam berbagai cara. Setiap kelompok, utamanya melayani peserta HMO.
- Model jaringan (*network model HMO*). Model ini merupakan HMO yang mempunyai kontrak kerja sama dengan satu atau beberapa IPA dan kelompok penyedia jasa yang lain, atau dokter perorangan, untuk membentuk sebuah jaringan dokter. Perawatan dapat disediakan dalam area layanan geografis yang lebih besar daripada yang mungkin dengan hanya satu kelompok dokter. Biaya bulanan tetap dihitung berdasarkan per peserta. Selain kepada peserta HMO, kelompok memberikan pelayanan juga kepada sejumlah besar pasien yang bukan peserta HMO.
- Model IPA (*IPA model HMO*). HMO model ini melakukan kontrak dengan dokter perorangan atau dengan IPA (*Independent Practice Association*), dan dokter memberikan pelayanan kesehatan. Dokter atau IPA bisa saja membuat kontrak dengan lebih dari satu HMO. Kebanyakan dokter di IPA Model membuka praktek mandiri dan biasanya memiliki sejumlah besar pasien yang bukan peserta HMO. Dokter-dokter ini

memberikan pelayanan pada peserta HMO dengan tarif yang dinegosiasikan, per kapita, nominal tertentu (*flat retainer fee*), atau tarif *negotiated fee-for-service*.

PREFERRED PROVIDER ORGANIZATION (PPO)

PPO menawarkan fleksibilitas lebih dibanding HMO karena memberikan konsumen kebebasan untuk memilih penyedia layanan kesehatan. Pada saat yang sama PPO mencoba melakukan penghematan dengan menggiring pasien untuk memilih penyedia layanan kesehatan yang memiliki komitmen untuk memberikan pelayanan yang hemat (*cost-effective*).

PPO merupakan pembiayaan dan penyediaan pelayanan yang mengkombinasikan bentuk standar paket indemnititas *fee-for-service* dengan HMO. PPO dikembangkan pada tahun 1980-an. Secara khusus diorganisasikan oleh penanggung, tetapi kadang-kadang juga oleh penyedia layanan kesehatan atau pihak lainnya. PPO melakukan kontrak kerja sama dengan jaringan atau panel penyedia layanan yang setuju untuk memberikan pelayanan kesehatan, dan dibayar menurut tarif biaya yang dinegosiasikan (*negotiated fee schedule*). Peserta perorangan pada PPO dapat memperoleh pelayanan dari penyedia layanan kesehatan yang tidak berafiliasi, tetapi pilihan tersebut akan dikenakan denda, biasanya berupa peningkatan jumlah *coinsurance*.

EXCLUSIVE PROVIDER ORGANIZATION (EPO)

EPO adalah bentuk paling ketat dari PPO. Pelayanan yang diberikan oleh penyedia layanan kesehatan yang tidak berafiliasi tidak akan dibayar, sehingga sebagian besar peserta EPO harus menerima pelayanan dari penyedia layanan yang telah berafiliasi, atau harus menanggung sendiri biayanya. Penyedia jasa biasanya dibayar dengan berdasar tarif rabat yang dinegosiasikan (*negotiated discount schedule*), atau berdasar tarif biaya yang dinegosiasikan (*negotiated fee schedule*).

POINT-OF-SERVICE (POS) PLAN

Paket POS, kadang disebut sebagai HMO-PPO Hibrida, atau *open-ended HMO*, yang menggabungkan karakteristik dari HMO dan PPO. Paket POS membentuk jaringan pemberi layanan kesehatan di bawah kontrak kerja sama. Peserta memilih dokter yang memberikan pelayanan primer, yang mengendalikan rujukan ke spesialis. Jika peserta menerima perawatan dari penyedia layanan kesehatan POS, peserta hanya sedikit membayar sendiri (*out-of-pocket*) atau tidak sama sekali, sebagaimana yang dilakukan HMO, dan tidak perlu mengajukan klaim. Pelayanan yang diberikan penyedia layanan di luar jaringan kerja sama (*out-plan*) akan dibayar, tetapi peserta harus membayar *coinsurance* dalam jumlah yang besar. Dasar dari pembayaran kembali kepada penyedia layanan kesehatan mungkin saja berupa *fee-for-service* atau berupa kapitasi untuk dokter yang menjadi mitra kerja (*in-plan*). Akan tetapi, biasanya akan ada insentif keuangan untuk para penyedia layanan kesehatan untuk mencegah terjadinya kelebihan utilisasi (*overutilization*).

CARVE-OUT

Sejalan dengan perkembangan *managed care*, beberapa hal penyediaan layanan kesehatan telah dikhususkan atau *carved-out* (terpisah) untuk dikelola tersendiri. Perilaku sehat (*behavioral health*), obat-obatan yang diresepkan (*prescription drugs*), dan pelayanan kesehatan gigi (*dental service*) merupakan tiga hal yang sering dikelola secara

khusus (*carve-out*). Banyak MCO dan penanggung tradisional mengalami kesulitan untuk mengendalikan biaya pada ketiga hal tersebut. Untuk mengatasi persoalan itu, muncul jenis jasa baru, penyedia layanan *managed care* khusus yang berfungsi layaknya seperti HMO.

INTEGRATED DELIVERY SYSTEM

Sistem pelayan kesehatan terpadu (*integrated delivery system*) membawa semua komponen pelayanan kesehatan seperti, dokter, rumah sakit, klinik, perawatan di rumah (*home health care*), fasilitas perawatan jangka panjang (*long-term care services*), dan farmasi, menjadi satu kesatuan. Bentuk MCO serupa ini memiliki kapasitas untuk menghadapi risiko finansial, tetapi biasanya jenis lembaga ini melakukan kontrak kerja sama dengan pihak lain untuk jenis pelayanan dimana lembaga tidak ingin atau tidak mampu mengembangkannya sendiri, seperti reasuransi untuk kasus yang berbiaya tinggi, atau administrasi pembayaran klaim. Lembaga ini yang diselenggarakan oleh dokter dan rumah sakit.

CENTERS OF EXCELLENCE

Beberapa paket asuransi kumpulan melakukan kontrak dengan sejumlah institusi terpilih untuk melakukan prosedur berbiaya tinggi, seperti transplantasi jantung, hati, ginjal, dan sumsum tulang belakang. Fasilitas dimana prosedur yang memiliki kompleksitas tinggi ini dilakukan, disebut pusat unggulan (*center of excellence*).

Penanggung menggunakan sejumlah kriteria untuk mengembangkan sebuah pusat unggulan, seperti tim transplantasi yang terlatih, kinerja transplantasi (termasuk banyaknya transplantasi telah dilakukan dan bagaimana hasilnya), efisiensi institusi. Di samping itu lokasi menjadi pertimbangan untuk melayani kebutuhan tertanggung.

Perawatan pada pusat unggulan menjadi daya tarik bagi pasien dan pemegang polis kumpulan, karena:

- Pasien menerima manfaat pada tingkat yang lebih tinggi dari yang lain, Sebagai contoh, *deductible*, *coinsurance*, *copayment* seringkali ditiadakan, dan biaya perjalanan pasien diganti.
- Majikan atau pengusaha dapat mengharapkan penghematan dengan adanya negosiasi potongan harga dengan pihak institusi, ditambah dengan penghematan dari hasil penanganan pasien yang lebih baik (misalnya, kemungkinan infeksi dan komplikasi yang lebih sedikit).

Penanggung juga mengembangkan konsep ini untuk pengobatan dan prosedur lainnya, seperti operasi jantung (*coronary by-pass*) dan pengobatan kanker. Melalui kontrak yang dilakukan dengan fasilitas lokal ataupun regional, asuradur mampu membawa pendekatan pusat unggulan ke dalam pelayanan medis yang lebih luas.

ACCOUNTABLE CARE ORGANIZATION (ACO)

Bentuk organisasi baru di Amerika Serikat, yakni *accountable care organization (ACO)* memiliki tujuan untuk meningkatkan mutu, menekan biaya, dan menyenangkan peserta. Harapan kelompok-kelompok baru ini dapat mengekang biaya kesehatan, meskipun mungkin perlu beberapa tahun lagi untuk membuktikannya. Meskipun ada yang mengatakan ACO menyerupai HMO yang muncul pada tahun 1980-an, ACO berbeda karena mereka adalah dimotori oleh dokter dan rumah sakit.

Ratusan rumah sakit, kelompok dokter, dan perusahaan asuransi perakitan membentuk ACO, mencoba untuk memperoleh penghematan yang dihasilkan oleh adanya koordinasi dan perawatan yang lebih baik. Penyedia pelayanan kesehatan seperti Baylor Health Care System dan Advocate Health Care mengembangkan ACO mereka sendiri, juga perusahaan asuransi seperti Highmark dan Aetna. Cigna pun telah berkomitmen untuk membentuk 100 ACO pada akhir 2014 ini.

Administrator Medicare dan Medicaid (Centers for Medicare dan Medicaid Services, CMS) telah menyetujui lebih dari 250 Medicare ACO, melayani lebih dari 4 juta peserta. Data awal dari proyek percontohan Physician Group Practice Demonstration terhadap peserta Medicare mengindikasikan adanya penghematan sebesar USD 137 juta selama lima tahun di 10 kelompok dokter yang berpartisipasi, rata-rata USD 114 per tahun per orang. Demikian pula, pada tahun 2009 kenaikan belanja kesehatan lebih rendah 2% per kuartal untuk peserta program ACO di Blue Cross Blue Shield Massachusetts dibandingkan dengan programs tradisional. Blue Cross Blue Shield melaporkan bahwa pada 2010 mereka bisa menghemat lebih tinggi lagi. Pengalaman Cigna juga menunjukkan pertumbuhan biaya per pasien dengan program ACO, 50% lebih rendah daripada pertumbuhan biaya pasien dengan program *fee-for-service* tradisional. Kunjungan ruang gawat darurat turun 7%, sedangkan indikator mutu untuk prosedur seperti mammogram dan pemeriksaan kanker serviks naik sekitar 5%. Untuk mencapai hasil tersebut Cigna mendorong dokter perawatan primer untuk merujuk pasien ke spesialis dengan mutu baik yang sudah terbukti.

Namun beberapa pihak tetap skeptis dan menekankan bahwa penghematan dari ACO kemungkinan akan memakan waktu beberapa tahun sebelum terbukti mempengaruhi pengeluaran kesehatan di Amerika Serikat secara keseluruhan. Bahkan ada yang mengatakan bahwa ACO dapat mendorong biaya tinggi di tahap awal karena perlu investasi dalam infrastruktur dan teknologi seperti rekam medis elektronik. Ada tanda-tanda yang menjanjikan penghematan biaya, tapi masih agak terlalu dini untuk mengatakan seberapa luas pengaruh dan berkelanjutan program ACO. ^[20]

TANGGAPAN PENANGGUNG TERHADAP MANAGED CARE

Paket tradisional *fee-for-service* juga mengadopsi beberapa teknik *managed care* untuk pengendalian biaya bagi majikan atau pengusaha dan pembeli asuransi lainnya. Paket ini disebut paket indemnitas *managed care* (*managed care indemnity plan*). Fitur-fitur *managed care* yang paling umum pada paket *fee-for-service* adalah:

- telaah utilisasi (*utilization review, UR*)
- menggunakan organisasi khusus untuk mengelola utilisasi
- manajemen kasus untuk kasus kronis yang berbiaya tinggi, atau kasus katastrofik

Paket *managed indemnity* bukan MCO, dan tidak memiliki kontrak dengan jaringan penyedia pelayanan kesehatan.

Dengan mengenal kebutuhan untuk menanggapi perkembangan *managed care*, banyak penanggung masuk ke pasar *managed care* selama periode *merger* dan periode perkembangan pada pertengahan tahun 1980-an. Karena PPO tidak mewajibkan investasi awal yang besar seperti HMO, penanggung sangat berkomitmen dengan model ini, yang lebih mirip asuransi ganti rugi tradisional.

Ketika industri asuransi mulai menyadari bahwa asuransi ganti rugi tradisional kehilangan pangsa pasar dengan munculnya paket kesehatan pra-bayar, hal itu dijawab dengan berinvestasi dalam berbagai bentuk *managed care*, termasuk HMO, PPO, dan EPO, serta ACO.

1.7. PENCEGAHAN DAN PENDIDIKAN

Pendidikan dan promosi kesehatan merupakan dua upaya industri asuransi dan majikan atau pengusaha untuk mendorong gaya hidup sehat, menghindari perilaku yang berisiko tinggi, dan mendidik setiap orang mengenai perawatan kesehatan dan penggunaan pelayanan kesehatan secara tepat. Masyarakat semakin sadar dan peduli tentang dampak daripada merokok, minum alkohol berlebihan, hipertensi tidak terkontrol, kurang berolahraga, pola makan yang buruk, mengakibatkan kejadian penyakit dan cedera. Masyarakat juga mulai bertanggung jawab atas kesehatannya dengan memahami bahwa perubahan gaya hidup secara bermakna dapat mengurangi faktor-faktor risiko yang berkaitan dengan kematian dini dan disabilitas.

Beberapa perusahaan asuransi dan majikan atau pengusaha telah mengembangkan program hidup sehat (*wellness*) serta program promosi kesehatan untuk mendorong tertanggung dan karyawan agar meningkatkan kesehatan mereka. Program ini sangat beragam, beberapa komponen yang populer diantaranya adalah:

- pelarangan merokok
- pengenalan dan pemantauan hipertensi
- manajemen stress
- pemantauan gizi dan berat badan
- olah raga dan kebugaran
- pemantauan terhadap ketergantungan obat dan alkohol
- pengurangan risiko kanker
- pelatihan *cardiopulmonary resuscitation* (CPR)
- pengurangan risiko kecelakaan
- pemantauan tekanan darah
- pengobatan gawat darurat
- pemeriksaan glaukoma
- penggunaan manfaat pelayanan medis secara bijaksana
- konseling gaya hidup
- pelatihan perawatan mandiri (*self-care*)
- konsultasi keluarga

Program hidup sehat (*wellness*) mengupayakan penyatuan konsep pencegahan penyakit dan modifikasi gaya hidup dengan pendekatan pengobatan secara tradisional. Harapan dari program ini adalah bahwa program tidak hanya bermanfaat bagi karyawan dan keluarganya saja tetapi juga bagi majikan atau pengusaha dengan berkurangnya biaya perawatan kesehatan, absensi, dan tingkat perputaran pegawai (*turnover*), di samping peningkatan mutu moral karyawan dan produktivitas kerja.

1.8. KECENDERUNGAN KE DEPAN

Kenaikan biaya kesehatan di dunia secara global pada tahun 2011 sebesar 9.8% berdasarkan survei yang dilakukan Towers Watson terhadap responden dari 237 perusahaan asuransi ternama di 48 negara. Kenaikan tertinggi ada di kawasan Amerika Utara sekitar 11%, sedangkan terendah di kawasan Eropa sebesar 8,5%. Indonesia sendiri pada survei tersebut cukup tinggi, yakni 13.6% dan cenderung naik setiap tahunnya (tahun 2009 sebesar 10,70%, dan

2012 diprediksi 13,95%). Juga demikian halnya di kawasan Asia Pasifik akan terjadi kenaikan biaya kesehatan untuk 5 tahun ke depan.

Banyak faktor yang menyebabkan kenaikan biaya kesehatan di dunia tersebut, diantaranya ada 3 faktor utama yang memacu pertumbuhan tersebut, yaitu penggunaan teknologi maju di bidang kedokteran, pelayanan dan perawatan kesehatan yang berlebihan diberikan para dokter kepada pasien, dan motivasi laba usaha penyedia pelayanan kesehatan.

Selama 5 tahun ke depan diperkirakan kenaikan biaya terbesar terjadi pada biaya rawat inap rumah sakit, dibandingkan dengan biaya pelayanan kesehatan dasar atau rawat jalan, biaya farmasi, maupun biaya persalinan.

Penyakit kardiovaskular menempati tempat pertama sebagai yang memacu kenaikan biaya kesehatan, namun para penanggung memperkirakan pada tahun-tahun mendatang kanker akan menggantikan posisi tersebut. Di kawasan Asia Pasifik, prevalensi tertinggi adalah kardiovaskular, gastrointestinal, dan kanker serta gangguan pernafasan.

Menurut survei tersebut, penanggung umumnya mengelola biaya kesehatan dengan cara melakukan kontrak kerja sama dengan jaringan penyedia layanan kesehatan, dan penerapan prosedur pra-admisi rumah sakit, di samping beberapa cara lainnya. Cukup banyak juga yang menggunakan teknik manajemen kasus atau manajemen penyakit, serta menerapkan program hidup sehat (*wellness program*).

Sebagian besar penanggung menggunakan kode klaim ICD-9 dan ICD-10, dan sepertiga lainnya menggunakan kode lokal atau tidak sama sekali. Aturan pengecualian (*exclusion*) sebagian besar umumnya diterapkan untuk penggunaan alkohol dan obat terlarang, penderita HIV/AIDS dan masalah gangguan jiwa, di samping pengecualian lainnya. ^[21]

Menurut laporan yang diterbitkan PwC Health Research Institute pada Juni 2013, Kenaikan biaya kesehatan di Amerika Serikat pada tahun 2014 akan melambat dibandingkan tahun 2013, seiring dengan melambatnya ekonomi negara tersebut, dan konsumen cenderung memperketat pengeluaran mereka, sehingga akan memilah layanan elektif untuk perawatan kesehatan.

Upaya-upaya penghematan yang dilakukan para majikan atau pengusaha, serta inovasi model pelayanan kesehatan yang baru, serta penerapan Affordable Care Act (ACA) atau Obama Care akan terus berlanjut menekan biaya kesehatan di Amerika Serikat. Model pelayanan kesehatan yang didorong pemerintah, seperti Accountable Care Organization (ACO) menjanjikan penghematan biaya kesehatan yang harus dibuktikan kenyataannya di tahun-tahun mendatang. ^[22]

Sejak 1 Januari 2014 pemerintah meluncurkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai salah satu upaya untuk mengurangi pembiayaan kesehatan. Selain itu juga melakukan penguatan upaya kesehatan promotif dan preventif dengan tujuan mengurangi angka sakit agar biaya kesehatan menurun. Pemerintah juga melakukan penataan terhadap sistem pelayanan dan pendistribusian obat dan alat kesehatan untuk menekan harga dengan mekanisme katalog digital. Kebijakan lainnya adalah penerapan pola pembayaran prospektif untuk pengendalian biaya kesehatan pada jenjang fasilitas kesehatan. Penyusunan formularium obat nasional dan penilaian teknologi kesehatan juga terus diupayakan.

Berdasarkan data National Health Accounts (NHA), sekitar 3% dari Produk Domestik Bruto (PDB), terbilang masih rendah bila dibandingkan dengan beberapa negara ASEAN, seperti Thailand (3,7%), Malaysia (4,4%) dan Filipina

(3,9%). Sementara itu, World Health Organization (WHO) menganjurkan agar total belanja kesehatan bagi masyarakat suatu negara setidaknya 5% dari PDB.

Peserta yang sudah memiliki paket asuransi kesehatan komersial, maka manfaat yang diterimanya akan dikoordinasikan dengan manfaat JKN yang ada di BPJS Kesehatan (*coordination of benefit, COB*), sesuai dengan Perpres yang mengatur hal tersebut. BPJS Kesehatan sendiri telah melakukan penandatanganan nota kerjasama dengan Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI) dan Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI), namun dalam pelaksanaannya, perlu diatur lebih lanjut dalam peraturan yang lebih teknis dan operasional. Hal serupa dilakukan untuk perusahaan yang menyelenggarakan jaminan kesehatan sendiri (swa-asuransi), selain mendaftarkan karyawan menjadi peserta JKN. Bagi peserta yang dikuatirkan adalah turunya manfaat jaminan kesehatan yang diperoleh sebelumnya, manfaat dengan pemberlakuan JKN. Kekhawatiran majikan atau pengusaha pun melihat penurunan manfaat yang diterima pekerja dapat memicu terjadinya perselisihan hubungan industrial di tempat kerja. Bagi penyelenggaraan dan pembiayaan program kesehatan, COB dimaksudkan agar tidak terjadi penjaminan atau pertanggung jawaban asuransi yang berlebihan (*over insurance*), dan untuk menghindari pelayanan yang berlebihan (*over utilization*). Salah satu kendala yang dihadapi dalam menyusun COB adalah setiap perusahaan asuransi swasta memiliki beraneka ragam produk asuransi, sehingga tidak mudah untuk menerapkan satu konsep COB yang diberlakukan untuk semua paket atau produk asuransi kesehatan komersial. Pelaksanaan ketentuan COB ini perlu diuji dan perlu dibuktikan keberhasilannya ke depan.

Masalah tarif pembayaran pelayanan kesehatan masih menjadi polemik yang diperdebatkan berbagai pihak. Besaran pembiayaan untuk sarana penyedia layanan kesehatan milik pemerintah pusat atau daerah relatif lebih mudah dihitung, daripada milik swasta atau masyarakat. Biaya operasional di fasilitas pemerintah seperti gaji SDM, perawatan sarana dan prasarana, serta investasi infrastruktur, sudah dilakukan oleh dan menjadi tanggung jawab pemerintah (beban APBN dan APBD), yang bisa jadi tidak menjadi faktor utama dalam menentukan tarif INA-CBG dan tarif kapitasi. Hal tersebut berbeda bagi fasilitas swasta, karena mereka perlu mempertimbangkan faktor-faktor yang harus ditanggung swasta ditambah komponen laba bagi fasilitas swasta yang dikelola sebagai entitas bisnis komersial.

Hingga awal 2014 terdapat sekitar 9.600 unit Puskesmas, 6.300 unit klinik pratama, dokter, dokter gigi yang seluruhnya total fasilitas kesehatan primer yang siap melayani program JKN sebanyak 16.000 unit. Selain itu terdapat rumah sakit pemerintah, milik swasta, dan milik TNI/Polri sebanyak sekitar 1.700 unit. Jumlah dokter sebanyak 22.000 orang, dokter gigi 3.500 orang, dan bidan 126.000 orang. Akan tetapi untuk dokter spesialis masih ada kekurangan sekitar 1.000 orang, yakni dari total kebutuhan sekitar 4.000 orang baru tersedia 3.000 orang. Sarana tersebut diakui masih kurang, misalnya akan ada pembangunan Puskesmas lima tahun ke depan sebanyak 400 unit, demikian juga penambahan tempat tidur untuk fasilitas rawat inap.^[23]

1.9. RINGKASAN

Program manfaat kesehatan baik swasta maupun pemerintah di Amerika Serikat telah berhasil menyediakan secara finansial akses ke pelayanan kesehatan bagi sebagian besar penduduk. Akan tetapi kenaikan biaya pelayanan kesehatan menjadi kendala bagi pelaksanaan program-program tersebut. Sehingga penanganan masalah mereka yang masih belum dilindungi paket program kesehatan menjadi lebih sulit. Sedangkan di Indonesia, kenaikan biaya kesehatan dirasakan lebih menyulitkan upaya pelayanan kesehatan, karena berbeda dengan di Amerika Serikat, justru sebagian besar penduduk Indonesia belum memiliki cakupan program kesehatan.

Semua pihak terkait dengan pemberian dan pembiayaan pelayanan kesehatan memiliki tanggung jawab untuk membuat perubahan dalam pengelolaan biaya dengan memperbaiki dan mengembangkan sistem yang ada dewasa ini. Perubahan yang paling bermakna adalah perkembangan organisasi dan teknik *managed care*, dan paket manfaat kesehatan tradisional swasta pun sudah menerapkan sebagian prinsip-prinsip *managed care* pada pengelolaan pembiayaan.

Upaya kebijakan pemerintah dalam memudahkan dan memperluas akses pelayanan kesehatan serta untuk mengatasi kenaikan biaya kesehatan, perlu diuji keberhasilannya di masa depan. Kebijakan Obama Care di Amerika Serikat yang mencoba mengatasi sebagian penduduk yang tidak dilindungi asuransi kesehatan, dan di Indonesia pelaksanaan JKN SJSN yang mencoba mencakup seluruh penduduk, akan diuji keberhasilannya. Kebijakan pemerintah di sektor kesehatan tersebut akan menjadi tantangan sendiri bagi industri asuransi kesehatan dalam merancang paket-paket produk asuransi mereka untuk menjawab kebutuhan masyarakat.

1.10. ISTILAH KUNCI

- Administrative expenses - Biaya administrasi
- Affordable Care Act (ACA)
- Affordable care organization (ACO)
- Alcohol and drug treatment facilities - Fasilitas perawatan ketergantungan alkohol dan obat terlarang
- Ambulatory care - Pelayanan rawat jalan
- Ambulatory surgery facility review - Telaah fasilitas bedah rawat jalan
- Assistant surgeon review - Telaah asisten ahli bedah
- Benefit plan design – Rancangan paket manfaat
- Birthing centers – Rumah bersalin. Klinik bersalin
- Carve-outs
- Case management – Manajemen kasus
- Centers of excellence – Pusat unggulan
- Claims – Klaim
- Coinsurance
- Concurrent review – Telaah saat dirawat
- Consumer price index (CPI) – Indeks harga konsumen (IHK)
- Continued-stay review - Telaah inap berlanjut
- Coordination of benefits (COB) – Koordinasi manfaat
- Copayment
- Cost sharing – Iur biaya
- Deductibles
- Discharge planning – Perencanaan pemulangan pasien
- Emergency room treatment – Perawatan gawat darurat
- Employee contribution – Kontribusi karyawan
- Exclusive provider organization (EPO)
- Extended care facility review – Telaah fasilitas perawatan tingkat lanjut
- Financial incentive program – Program insentif keuangan
- Flat deductible
- Gross domestic product (GDP) – Produk domestik bruto (PDB)
- Health maintenance organization (HMO)
- Home health care - Perawatan kesehatan di rumah
- Hospice care
- Hospital billing audits – Audit tagihan rumah sakit
- Inpatient utilization review - Telaah utilisasi rawat inap
- Integrated delivery systems – Sistem pelayanan kesehatan terpadu
- Managed care
- Managed care indemnity plans – Paket indennitas managed care
- Managed care organization (MCO)
- National Health Accounts (NHA)
- Negotiated discounts – Tarif rabat yang dinegosiasikan
- Obama care
- Outpatient surgery – Operasi rawat jalan
- Outpatient utilization review – Telaah utilisasi rawat jalan
- Overinsurance – Kelebihan asuransi
- Percentage deductible
- Point-of-service (POS) plan
- Preadmission certification – Sertifikasi pra-admisi
- Preadmission testing – Pemeriksaan pra-admisi
- Preferred provider organization (PPO)

- Premium – Premi
- Progressive care – Perawatan progresif
- Prospective review – Telaah prospektif
- Reasonable and customary charges – Tarif wajar dan berlaku umum
- Rehabilitation – Rehabilitasi
- Retrospective review – Telaah retrospektif
- Skilled nursing facility (SNF) – Fasilitas perawatan terampil
- Sliding (variable) deductible
- Surgical review – Telaah tindakan pembedahan
- Threshold corridor deductible
- Utilization review – Telaah utilisasi
- Weekend admissions – Admisi akhir pekan
- Wellness program – Program hidup sehat

1.11. REFERENSI

1. Health Insurance Association of America. 1997. *Fundamental of Health Insurance: Part B*. Washington, DC: Health Insurance Association of America.
2. *Indonesia National Health Accounts, 1995-2002*. Departemen Kesehatan RI, Jakarta, September 2004. Diambil untuk angka tahun 1995 s/d 2001.
3. Thabrany, H, *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*, Ed.1, PT. Raja Grafindo Perkasa, 2005.
4. Prastuti Soewando, Mardiati Najib, and Rooswanti Soeharno, *The Indonesian National Health Accounts, Year 2002-2004*, Faculty Public Health University of Indonesia, Ministry of Health, Government of Indonesia, World Health Organization, 2009. Diambil untuk angka tahun 2002 s/d 2004.
5. Busse, R. (2001) *Expenditure on Health Care in the EU: Making Projections for the Future Based on the Past*, The European Journal of Health Economics, Vol. 2, No. 4, pp. 158-16
6. Fredrik Erixon dan Erik van der Marel, *WHAT IS DRIVING THE RISE IN HEALTH CARE EXPENDITURES? An Inquiry into the Nature and Causes of the Cost Disease*, ECIPE WORKING PAPER, No. 05/2011, p.4.
7. BPC, *What Is Driving U.S. Health Care Spending? America's Unsustainable Health Care Cost Growth*, Health Care Cost Drivers Brief, Bipartisan Policy Center, Sep 2012, p.6.
8. Kaiser Health News, [Factors Driving Up Your Health Care Costs](#) 24 Okt, 2012, diakses 7 Mei, 2014
9. CPF Board, [Medisave](#), diakses 7 Mei, 2014.
10. *Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience*. World Health Organization. 2002.
11. [Situs Persatuan Perawat Nasional Indonesia](#) diakses 10 Mei 2014.
12. [Situs Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial, Kementerian Sosial](#) diakses 10 Mei 2014
13. [Situs Panti Rehabilitasi Narkoba Hidayah](#) diakses 10 Mei 2014
14. [Situs Direktorat Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Napza, Kementerian Sosial](#) diakses 10 Mei 2014
15. [Wikipedia, Balai Besar Rehabilitasi Badan Narkotika Nasional Indonesia](#) diakses 10 Mei 2014
16. [MedLinePlus, Hospice Care](#) diakses 10 Mei 2014
17. Fita Yulia K, Faktor-faktor yang berhubungan dengan upaya pengendalian biaya pelayanan kesehatan peserta PT. Askes di Puskesmas Kota Yogyakarta, JMPK Vol. 07/No.1/Maret/2004, hal 27.
18. Hasbullah Thabrany et all, *A Preliminary Report on Financial Analysis of Indonesian National Health Insurance Scheme*, Center for Health Economic Studies, University of Indonesia.
19. [Wikipedia, Managed Care](#) diakses 11 Mei 2014
20. PwC Health Research Institute, *Medical Cost Trend: Behind the Numbers 2014*, Jun 2013.
21. Tower Watson, *Survey Report: 2012 Global Medical Trends*
22. PwC Health Research Institute, *Medical Cost Trend: Behind the Numbers 2014*, Jun 2013.

23. Wawancara Nafsiah Mboi, Menteri Kesehatan RI dengan Majalah Detik: *Biaya Kesehatan Indonesia Terendah di ASEAN*, Majalah Detik, Edisi 109, 30 Des 2013 - 5 Jan 2014.

BAB 2. ADMINISTRASI POLIS

Pendahuluan

Penerbitan Proposal Penawaran

Penerbitan Polis

Administrasi dan Pelayanan Polis

Perpanjangan Polis

Administrasi Pihak Ketiga

Audit Administrasi Swa-Kelola

Kecenderungan ke Depan

Kesimpulan

Istilah Kunci

Tujuan Pembelajaran

Setelah menyimak bab ini, anda akan memahami proses bisnis penerbitan polis, perpanjangan polis, dan pelayanan polis, baik untuk asuransi kumpulan maupun perorangan. Bahan-bahan dalam bab ini pada intinya membuat pembaca dapat memahami:

- Proses penerbitan sebuah polis baru, pembayaran deposit premi awal, serta perbedaan proses pada asuransi kumpulan dan perorangan
- Cara menangani perubahan pada polis akibat bertambah atau berkurangnya peserta, dan perubahan cakupan manfaat pada asuransi kumpulan, serta penanganan tagihan preminya
- Berbagai jenis bagaimana sebuah polis dapat diperpanjang atau tidak
- Cara penanganan administrasi polis dengan bantuan pihak ketiga, dan administrasi polis yang dilakukan pemegang polis dengan cara swa-kelola

Modul Dasar-dasar Asuransi Kesehatan (Bagian A dan Bagian B) lebih banyak membahas dari sisi biaya medis, sedangkan pembahasan lebih mendalam tentang managed care dibahas pada modul yang terpisah, yakni Modul Managed Care (Bagian A dan Bagian B).

2.1. PENDAHULUAN

Ada bermacam fungsi terkait dengan penerbitan, pelayanan dan perpanjangan polis baik polis kumpulan (*group policy*) maupun polis perorangan (*individual policy*). Fungsi–fungsi tersebut penting dalam menunjang operasional perusahaan asuransi. Bagaimana dan dimana suatu perusahaan asuransi menjalankan fungsi–fungsi ini dapat bervariasi, tergantung pada besar dan struktur organisasi perusahaan itu sendiri. Agar administrasi asuransi kesehatan dapat berjalan dengan baik, dibutuhkan upaya–upaya yang berkesinambungan dan kerjasama yang baik antara armada penjualan (*sales force*) di lapangan dengan petugas di kantor pusat (*back office*). Hal penting yang juga perlu diperhatikan dalam menjaga kelancaran proses administrasi adalah kerjasama dari pemegang polis (*policy holder*). Pemegang polis seharusnya mengetahui secara rinci administrasi setiap produk asuransi kumpulan maupun perorangan. Untuk itu, pemaparan yang lengkap terhadap manfaat apa yang akan diperoleh oleh pemegang polis harus dapat dilaksanakan oleh armada penjualan. Kewajiban–kewajiban pemegang polis juga harus dijelaskan secara lengkap sebelum pertanggung jawaban dimulai.

Bab ini membahas proses–proses penerbitan, pelayanan dan perpanjangan polis asuransi kesehatan baik kumpulan maupun perorangan. Ada baiknya, sebelum pembahasan mengenai penerbitan polis, kita terlebih dahulu mengenal proses penerbitan proposal penawaran (*quotation*).

2.2. PENERBITAN PROPOSAL PENAWARAN

Bab 5 buku Dasar-dasar Asuransi Kesehatan - Bagian A telah menjelaskan secara rinci mengenai pemasaran produk asuransi kesehatan. Adapun aspek yang akan ditekankan dalam bab ini adalah proses penjualan yang secara langsung berhubungan dengan proses penerbitan proposal penawaran.

Pada saat kegiatan penjualan, armada penjualan akan mencari informasi seluas mungkin dari calon pemegang polis. Dari mulai produk yang diinginkan hingga jumlah calon peserta (member) yang akan diikutsertakan dalam program penjaminan. Tentunya informasi selengkap ini juga diperlukan pada produk asuransi kesehatan kumpulan selain asuransi kesehatan perorangan.

Pada asuransi kumpulan, data yang diperlukan untuk membuat sebuah proposal penawaran antara lain adalah sebagai berikut :

- Produk yang dipilih oleh calon pemegang polis
- Tipe proteksi atau cakupan (*coverage*)
- Jenis manfaat
- Data lengkap perihal calon pemegang polis, seperti:
 - Nama perusahaan/badan/organisasi
 - Alamat lengkap perusahaan/badan/organisasi
 - Akta Pendirian perusahaan/badan/organisasi
 - SIUP Perusahaan/Surat Izin Pendirian Badan/Organisasi
 - NPWP perusahaan/badan/organisasi
 - Sumber dana perusahaan/badan/organisasi
 - Jenis kepemilikan perusahaan/badan/organisasi
 - Bidang usaha (*line of business*)
 - Pejabat penghubung (*contact person*) dan jabatannya
 - Jumlah karyawan

Sebagian data tersebut di atas diperlukan sesuai dengan Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia No. 45/KMK.06/2003 Tentang Penerapan Prinsip Mengenal Nasabah Bagi Lembaga Keuangan Non Bank.

- Periode pertanggungan
- Metode pembayaran premi yang dipilih
- Kriteria/tingkatan dari calon peserta, misalnya apakah hanya karyawan saja atau karyawan beserta pasangan (istri/suami) saja atau karyawan beserta pasangan dan anak
- Data calon peserta, seperti :
 - Nama peserta
 - Alamat peserta
 - Tanggal lahir
 - Jenis kelamin

- Status pernikahan
- Hubungan dengan karyawan
- Jenis produk untuk masing-masing peserta

Setelah data sebagaimana tercantum di muka telah diterima petugas penjualan, langkah selanjutnya adalah menyerahkan data tersebut ke petugas bagian penerbitan proposal. Di berbagai perusahaan asuransi kesehatan, bagian proposal terintegrasi dengan bagian *underwriting*. Setelah data diterima, proses *underwriting* dapat dilakukan. Proses *underwriting* sendiri dibahas secara mendalam pada Bab 6 buku Dasar-dasar Asuransi Kesehatan - Bagian A.

Proses *underwriting* ini akan menghasilkan nilai premi yang selanjutnya dengan seluruh informasi di muka akan dituangkan dalam suatu proposal penawaran. Namun perlu diingat bahwa jumlah peserta dan nilai premi yang tertera dalam proposal penawaran yang diajukan masih bersifat indikatif. Walaupun bervariasi antara satu penanggung dengan penanggung lainnya, masa berlaku sebuah proposal penawaran biasanya adalah 3 bulan dimana masa berlaku inipun harus tertera jelas dalam proposal penawaran tersebut. Jika telah melewati masa berlakunya, proses *underwriting* dan perhitungan premi harus diulang kembali dengan menggunakan data terbaru.

Sebelum calon pemegang polis memberikan keputusannya apakah akan menerima atau tidak proposal yang diajukan oleh perusahaan asuransi kesehatan, biasanya calon pemegang polis terlebih dahulu mengkomunikasikan perihal produk, proteksi atau cakupan, manfaat yang akan diperoleh dan lain sebagainya kepada karyawan mereka. Seringkali keputusan diambil oleh sebuah tim dimana wakil karyawan juga diikutsertakan. Hal ini sangat menguntungkan penanggung karena karyawan, yang notabene adalah calon peserta, sudah sejak awal mendapatkan gambaran perihal asuransi kesehatan yang akan menjadi hak mereka. Dalam prakteknya, pemegang polis seringkali meminta penawaran dari berbagai penanggung. Dengan demikian, tim dapat mempertimbangkan produk yang paling sesuai dengan keinginan mereka. Petugas penjualan juga biasanya harus memaparkan apa yang ditawarkan kepada tim tersebut.

Jika calon pemegang polis telah menyetujui proposal yang ditawarkan, maka langkah selanjutnya adalah calon pemegang polis harus melengkapi/mengajukan sebuah surat/formulir yang dalam kalangan industri asuransi dikenal sebagai Surat Permohonan Asuransi (SPA). SPA ini juga memuat informasi sebagaimana tercantum di muka.

Khusus untuk asuransi kesehatan perorangan, pembuatan proposal ini jauh lebih sederhana. Perbedaannya adalah, sesuai dengan hasil *underwriting* dan atau besarnya pertanggungan yang diajukan, pemeriksaan kesehatan kerap kali diperlukan. Hasil pemeriksaan kesehatan ini dapat berujung dengan keputusan menolak ajuan pertanggungan, menerima ajuan pertanggungan tanpa syarat atau menerima ajuan pertanggungan dengan dikenakannya premi tambahan (*extra premium*).

2.3. PENERBITAN POLIS

Penerbitan polis baik untuk asuransi kumpulan maupun perorangan dimulai dengan proses pelengkapan/pengajuan Surat Permohonan Asuransi (SPA) oleh calon pemegang polis. Pada asuransi kumpulan, sebelum polis diterbitkan, terlebih dahulu harus dilakukan beberapa hal. Tahap ini dikenal sebagai tahap pra-penerbitan (*pre-issuance*).

INSTRUKSI PENUTUPAN

Dalam tahap pra-penerbitan polis ini, setelah mendapatkan SPA, petugas penjualan harus mengisi surat/formulir Instruksi Penutupan (*Closing Instruction*) untuk kasus tersebut. Biasanya, informasi yang terdapat dalam surat/formulir Instruksi Penutupan terdapat beberapa hal sebagai berikut:

- Daftar kelengkapan dokumen, yang biasanya adalah:
 - SPA asli
 - Instruksi Penutupan
 - Tagihan Deposit Premi (khusus untuk asuransi kesehatan kumpulan)
 - Bukti pembayaran
 - Tabel perhitungan premi (yang telah diverifikasi oleh bagian proposal)
 - Tabel manfaat (yang telah diverifikasi oleh bagian proposal)
 - Data peserta
- Data Pemegang Polis
- Manfaat
- Syarat-syarat dapat dipertanggungjawabkan atau eligibilitas
- Premi
- Jalur pemasaran (termasuk di dalamnya berapa besar komisi dan kepada siapa komisi dibayarkan)

Instruksi Penutupan ini harus ditandatangani oleh petugas penjualan yang berhasil mendapatkan kasus tersebut, atasan dari petugas penjualan yang bersangkutan serta perantara (baik broker maupun agen lainnya) jika ada.

DEPOSIT PREMI

Di beberapa negara, termasuk Indonesia, sebagian besar penanggung menerapkan adanya pembayaran deposit premi awal (*initial premium deposit*) sebelum polis diterbitkan. Besarnya deposit premi ini juga sangat bervariasi. Beberapa penanggung menerapkan pembayaran deposit premi sebesar satu bulan premi berdasarkan premi indikatif yang terdapat dalam proposal penawaran asuransi kesehatan. Di lain pihak, penanggung lainnya menerapkan sistem persentase biasanya sekitar 20% dari premi indikatif. Ada beberapa alasan mengapa penanggung memberlakukan deposit premi. Alasan yang paling menonjol adalah untuk melindungi penanggung dari kemungkinan kerugian akibat pembatalan pertanggungan secara sepihak oleh pemegang polis di awal masa pertanggungan. Sebagaimana yang diketahui, penanggung akan mengeluarkan cukup banyak biaya di awal kepesertaan pemegang polis, diantaranya untuk mencetak buku panduan kepesertaan (*membership handbook*), kartu kepesertaan (*membership card*) dan biaya-biaya untuk mengadakan acara sosialisasi perihal proteksi kepada peserta. Oleh karenanya, tanpa pembayaran deposit premi, biasanya penanggung belum akan memulai proses penerbitan polis.

Dengan diserahkannya SPA dan Instruksi Penutupan, bagian penagihan (*collection*) akan menerbitkan tagihan (*invoice*) untuk deposit premi. Petugas penjualan bertanggung jawab terhadap pengumpulan deposit premi ini. Bukti pembayaran deposit premi ini, yang biasanya melalui transfer antar bank ke rekening penanggung (*bank transfer*), dilampirkan dengan dokumen lainnya untuk diserahkan kepada bagian penerbitan polis (*policy issuance*).

DATA PESERTA

Dokumen lainnya yang dibutuhkan adalah data peserta. Peserta dalam hal ini adalah setiap orang yang memenuhi kriteria atau tingkatan atau eligibilitas yang diputuskan oleh penanggung dan/atau pemegang polis. Peserta bisa saja hanya karyawan, atau karyawan beserta pasangannya, atau karyawan beserta pasangan dan anaknya (hingga jumlah tertentu atau tak terbatas). Data peserta ini dapat berupa formulir kepesertaan atau formulir pendaftaran (*enrollment form*) maupun dalam bentuk data elektronik yang biasanya menggunakan format digital. Saat ini, data digital menjadi pilihan banyak penanggung karena sangat mempermudah proses memasukkan atau mengunggah (*upload*) data ke dalam sistem informasi yang digunakan oleh penanggung. Dengan mempergunakan proses ini, waktu proses (*processing time*) yang diperlukan dapat dipangkas secara signifikan. Hal ini tentunya berdampak positif bisa menekan biaya operasional penanggung.

Selain untuk proses administrasi dan perhitungan premi, data peserta dapat dipergunakan sebagai sumber informasi perihal distribusi peserta yang sangat bermanfaat bagi penanggung menyusun strategi perluasan jaringan penyedia pelayanan kesehatan (*provider network*). Formulir pendaftaran juga dapat menyediakan data yang dibutuhkan perihal nama ahli waris (*beneficiary*) jika dalam produk asuransi yang dipilih tercakup asuransi jiwa, dan/atau asuransi kematian dan cacat tetap total/sebagian akibat kecelakaan (*accidental death & dismemberment, ADD*), dan/atau santunan kematian dari asuransi kesehatan itu sendiri.

Pada kasus dimana karyawan juga ikut membayar sebagian dari premi (*contributory plan*), formulir pendaftaran ini juga dapat disisipkan pernyataan yang ditandatangani oleh karyawan tentang pemberian kewenangan kepada pemegang polis untuk memotong gaji karyawan sesuai dengan jumlah kontribusi yang akan diberikan oleh karyawan yang bersangkutan, serta pernyataan bahwa yang menandatangani memahami pernyataan tersebut. Jika dalam produk asuransi ditawarkan pilihan proteksi atau cakupan yang diinginkan, pilihan karyawan juga akan dapat diketahui dari formulir pendaftaran tersebut.

Jika kepesertaan program asuransi kesehatan yang diterapkan oleh pemegang polis berupa suatu pilihan (*optional*) kepada para karyawannya, pada beberapa negara, penanggung wajib meminta karyawan yang menolak ikut serta dalam program asuransi kesehatan ini untuk menandatangani formulir pernyataan penolakan proteksi (*waiver/refusal of coverage*). Dengan pernyataan ini, karyawan telah diberikan kesempatan untuk berpartisipasi dalam produk asuransi tetapi menolak ikut.

PENERBITAN POLIS PADA ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN

Jika seluruh dokumen sebagaimana yang tertera pada Instruksi Penutupan sudah lengkap, barulah bagian penerbitan polis akan menerbitkan polis sesuai dengan ketentuan yang ada dalam proposal yang telah disetujui. Ketentuan-ketentuan dalam polis asuransi kesehatan dibahas secara mendalam pada Bab 4 buku Dasar-dasar Asuransi Kesehatan - Bagian A.

Polis merupakan dokumen yang mengikat pemegang polis dan penanggung secara hukum. Pada dasarnya, polis mengandung hak dan kewajiban masing-masing pihak serta:

- Proteksi yang disediakan
- Eligibilitas atau persyaratan kepesertaan (*eligibility*)
- Manfaat

- Kondisi yang dapat mengakhiri manfaat yang diperoleh oleh peserta dan/atau pemegang polis

Selain polis, bagian penerbitan polis biasanya juga bertanggung jawab atas penerbitan Sertifikat Peserta, Buku Panduan Kepesertaan, Kartu Peserta dan tagihan premi.

SERTIFIKAT BAGI PESERTA, BUKU PANDUAN KEPESERTAAN DAN KARTU PESERTA

Walaupun saat ini sudah jarang dilakukan, terkadang masih ada beberapa penanggung yang mengeluarkan sejenis sertifikat untuk setiap peserta. Namun perlu diingat bahwa sertifikat ini bukanlah sebagai dokumen hukum yang mengikat penanggung dengan peserta melainkan hanya berupa suatu uraian garis besar perihal manfaat dan ketentuan lain dari polis.

Sebagai gantinya, dewasa ini perusahaan asuransi kesehatan lebih memilih untuk menerbitkan Buku atau Kartu Panduan Kepesertaan (*Membership Handbook*). Buku ini juga bukan merupakan dokumen hukum melainkan merupakan uraian ringkas dari polis. Berbagai informasi dicantumkan dalam buku tersebut. Mulai dari tabel manfaat, cara mendapatkan layanan kesehatan, cara mengajukan klaim, daftar rumah sakit/klinik rekanan perusahaan asuransi kesehatan (provider network) hingga nomor telepon pusat layanan nasabah (*Customer Service Center, Call Center*) penanggung yang dapat dihubungi.

Kartu Peserta (*Membership Card*) diterbitkan untuk setiap peserta. Walau demikian, beberapa penanggung hanya menerbitkan satu Kartu Peserta untuk satu keluarga. Dari segi biaya, tentunya pilihan kedua lebih efisien. Namun dari segi efektifitas, mungkin pilihan pertama lebih unggul. Kartu Peserta ini biasanya digunakan oleh peserta pada saat akan mendapatkan layanan kesehatan pada jaringan pemberi pelayanan kesehatan penanggung. Tentunya hal ini hanya berlaku jika produk yang dipilih oleh pemegang polis adalah produk yang memberikan fasilitas penggunaan jaringan pemberi pelayanan kesehatan secara bebas biaya (*cashless facility*).

TAGIHAN PREMI

Setelah polis, sertifikat peserta/buku panduan kepesertaan dan kartu peserta selesai diterbitkan, tagihan sisa premi dibuatkan oleh bagian penerbitan polis. Dalam tagihan tersebut tercantum total premi yang final, besar deposit premi yang telah dibayarkan dan sisa premi yang harus dibayarkan oleh pemegang polis. Perlu diperhatikan metode pembayaran yang dipilih oleh pemegang polis. Biasanya, tagihan premi ini dihitung dan diterbitkan secara otomatis oleh sistem yang digunakan penanggung. Untuk itulah, sangat penting agar metode pembayaran yang dipilih oleh pemegang polis dimasukkan ke dalam sistem. Dengan demikian, tagihan yang akan diajukan akan sesuai dengan sebagaimana mestinya. Metode pembayaran biasanya ada 3 pilihan, yaitu tahunan (*annually*), kuartalan (*quarterly*) dan per semester (*semi annually*).

Tagihan (*invoice*) beserta dengan dokumen-dokumen lainnya sebagaimana tercantum di atas akan dikirimkan secara bersamaan ke alamat pemegang polis. Dalam banyak kasus pada beberapa penanggung, petugas penjualan menghantarkan secara langsung dokumen-dokumen tersebut. Hal ini dilakukan dengan maksud agar petugas penjualan dapat menjelaskan secara garis besar isi polis yang diterbitkan. Selain itu, unsur pemberian layanan yang baik juga menjadi salah satu alasan mengapa sistem ini dijalankan.

Dalam tagihan, tertera tenggang waktu atau masa tenggang (*grace period*) pembayaran premi. Sebagian besar penanggung menggunakan 31 hari sebagai tenggang waktu tersebut. Namun demikian, di Indonesia tidak sedikit penanggung yang menerapkan tenggang waktu pembayaran premi selama 14 hari.

SOSIALISASI KEPADA PESERTA

Walaupun tidak ada keharusan bahwa penanggung harus melakukan semacam penyuluhan atau sosialisasi perihal paket produk yang dipertanggungkan kepada peserta, banyak penanggung menyediakan petugas yang biasanya berasal dari bagian layanan nasabah (*customer service, customer care*) untuk memberikan penyuluhan tentang produk, proteksi, manfaat dan tata cara mendapatkan layanan kesehatan dan atau pengajuan klaim biaya kesehatan. Walaupun biaya untuk penyelenggaraan kegiatan sosialisasi ini biasanya sudah diperhitungkan dalam premi, tidak jarang pemegang polis ikut menanggung biaya pelaksanaannya terlebih jika sosialisasi dilaksanakan di daerah-daerah dimana kantor-kantor cabang dari pemegang polis berada. Peserta sosialisasi ini biasanya adalah para karyawan setempat.

Kerjasama dari pemegang polis dalam melakukan pra-sosialisasi, baik berbentuk tulisan dan atau lisan, sangat membantu dalam memperlancar pelaksanaan sosialisasi. Sosialisasi ini juga sangat membantu penanggung dalam masalah administrasi, memberikan pelayanan kepada para peserta dan/atau pemegang polis selama masa pertanggungan berlangsung.

PENERBITAN POLIS PADA ASURANSI KESEHATAN PERORANGAN

Pada asuransi kesehatan perorangan, dikarenakan produk dan manfaatnya relatif lebih standar, proses penerbitan polis lebih ringkas dibandingkan proses penerbitan polis untuk asuransi kesehatan kumpulan. Sebagaimana dengan asuransi kumpulan, proses penerbitan polis perorangan juga dimulai dengan pengajuan Surat Permohonan Asuransi (SPA). Isi surat tersebut juga tidak jauh berbeda dengan SPA untuk asuransi kumpulan.

Perbedaan yang mendasar terletak pada pembayaran premi. Jika pada asuransi kesehatan kumpulan calon pemegang polis hanya diwajibkan membayar deposit premi terlebih dahulu, pada asuransi kesehatan perorangan premi harus dibayarkan secara penuh sebelum polis diterbitkan.

Setelah menerima SPA dan bukti pembayaran premi, barulah proses *underwriting* dilakukan. Berdasarkan keterangan yang ditulis dalam SPA dan atau besarnya pertanggungan yang diajukan, seorang calon pemegang polis dan atau tanggungan lainnya dapat saja diminta untuk melakukan pemeriksaan kesehatan terlebih dahulu. Sebagaimana yang telah dijelaskan terlebih dahulu, hasil pemeriksaan kesehatan ini dapat berakhir pada diterima atau ditolaknya pengajuan pertanggungan asuransi kesehatan yang bersangkutan atau bahkan diterima dengan catatan. Yang dimaksud dengan catatan disini dapat berarti adanya penambahan premi dan atau adanya penyakit yang dikecualikan dalam masa pertanggungan.

Seandainya secara proses *underwriting* pengajuan pertanggungan asuransi tersebut disetujui (dengan atau tanpa catatan), barulah polis diterbitkan. Beberapa penanggung juga menerbitkan sertifikat dan atau kartu peserta dan atau buku panduan kepesertaan untuk setiap peserta. Dokumen-dokumen ini selanjutnya dikirimkan ke alamat pemegang polis.

2.4. ADMINISTRASI DAN PELAYANAN POLIS

ASURANSI KESEHATAN PERORANGAN

Pelayanan polis asuransi kesehatan perorangan relatif lebih sederhana, dibandingkan dengan pelayanan polis asuransi kesehatan kumpulan. Hal ini dikarenakan segala sesuatunya sudah dilakukan pada tahap proses penerbitan polis itu sendiri. Mulai dari premi yang telah seluruhnya dibayarkan oleh pemegang polis sebelum proses underwriting dilakukan, hingga polis dan dokumen lainnya dikirimkan kepada pemegang polis. Hampir dapat dipastikan bahwa pada asuransi kesehatan perorangan tidak dikenal adanya perubahan polis dan atau perubahan kepesertaan di tengah periode pertanggungan. Walaupun demikian, tercatat adanya hubungan ke pusat layanan nasabah (*customer service*) namun biasanya hubungan ini lebih bersifat pertanyaan terhadap produk, tata cara pengajuan klaim dan pertanyaan terhadap pembayaran klaim. Perihal klaim dan proses administrasinya akan dibahas lebih mendalam pada Bab 3.

ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN

Pelayanan polis asuransi kesehatan kumpulan lebih rumit dibandingkan dengan pelayanan polis asuransi kesehatan perorangan. Berbeda dengan polis asuransi kesehatan perorangan, pelayanan polis asuransi kesehatan kumpulan memerlukan upaya yang lebih besar. Perubahan kepesertaan dan atau perubahan produk atau paket, manfaat serta proteksi asuransi seringkali terjadi pada satu periode pertanggungan. Perubahan ini, atau yang sering diistilahkan sebagai *movement*, dapat terjadi seiring dengan adanya pergantian karyawan baik yang disebabkan oleh karena adanya pengunduran diri karyawan maupun penerimaan karyawan baru, serta adanya promosi karyawan. Penanganan kegiatan ini secara tepat, efisien dan akurat memungkinkan penanggung mempertahankan standar pelayanan yang tinggi atas terhadap pemegang polis.

Tingkat keterlibatan pemegang polis dalam fungsi administrasi menentukan apakah produk asuransi kesehatan tersebut termasuk dalam kategori diadministrasikan atau dilayani oleh pihak pemegang polis secara swa-kelola (*self-administered*), atau diadministrasikan atau dilayani oleh penanggung (*insurer-administered*). Di Amerika Serikat, hanya sebagian kecil penanggung yang menggunakan sistem administrasi dan pelayanan polis oleh penanggung, sebagian besar menggunakan sistem administrasi dan pelayanan polis oleh pihak pemegang polis. Faktor penting yang menjadi bahan pertimbangan apakah penanggung menerapkan sistem swa-kelola oleh pemegang polis termasuk jumlah peserta, besarnya premi, adalah kemampuan karyawannya untuk menyelenggarakan proses administrasi dan pelayanan polis.

Dalam sistem swa-kelola oleh pemegang polis, pemegang polis mengelola catatan perorangan para karyawannya yang diikutsertakan dalam program asuransi kesehatan ini. Di samping itu, pemegang polis juga melakukan fungsi-fungsi sebagai berikut:

- Mendaftarkan karyawan.
- Menerbitkan sertifikat.
- Mempersiapkan bukti dapat diasuransikan (*evidence of insurability*).
- Mempersiapkan laporan premi bulanan dengan menggunakan formulir yang telah dipersiapkan oleh penanggung.
- Dalam beberapa kasus diberi kewenangan memproses klaim.

Dengan menggunakan sistem swa-kelola oleh pemegang polis ini, pihak penanggung hanya mencatat jumlah keseluruhan karyawan pemegang polis yang diikutsertakan dalam program asuransi kesehatan ini dan ada berapa diantara mereka yang masih aktif menjadi peserta. Data di muka diperoleh dari laporan premi bulanan yang diberikan oleh pemegang polis. Jika terdapat masalah administrasi yang tidak termasuk dalam aturan administrasi pemegang polis, pemegang polis akan menyerahkan permasalahan itu kepada penanggung untuk memperoleh penyelesaian atau bimbingan.

Sebaliknya, di Indonesia, hampir seluruh penanggung menyelenggarakan administrasi dan melayani polis secara langsung terlepas dari berapa jumlah peserta maupun berapa besar premi. Polis dikelola secara langsung oleh karyawan penanggung, baik dari kantor yang dimiliki penanggung maupun dari kantor pemegang polis dengan cara menempatkan karyawan penanggung pada kantor pemegang polis tersebut.

PERUBAHAN KEPESERTAAN

Kepesertaan baru. Setiap adanya penambahan kepesertaan baru, pemegang polis harus melengkapi formulir pendaftaran yang berisi data yang dibutuhkan penanggung sebagaimana layaknya saat pertama kali pemegang polis mengajukan pertanggungan asuransi. Pemegang polis biasanya mendaftarkan karyawan ketika mereka mulai dipekerjakan atau pada saat masa percobaan mereka selesai. Jika pemegang polis mendaftarkan seorang karyawan dan atau anggota keluarganya lebih dari 31 hari setelah dinyatakan memenuhi syarat, karyawan tersebut dianggap terlambat didaftarkan atau peserta terlambat (*late entrant*) dan harus memberikan bukti insurabilitas yang dapat diterima oleh penanggung. Selain bukti insurabilitas tersebut, mayoritas perusahaan asuransi kesehatan menggunakan penangguhan otomatis selama 3 bulan dari tanggal efektif. Ada beberapa penanggung yang memberikan penagguhan 6 bulan bahkan ada pula yang tidak memberlakukan ketentuan ini, khususnya bagi nasabah utama (*prime customer*). Ketentuan ini dimaksudkan untuk menghambat faktor kecurangan (*fraud*) yang sengaja dilakukan oleh pemegang polis dengan tidak mendaftarkan seluruh karyawan dan atau keluarga mereka terlebih dahulu sebelum terjadinya klaim; barulah setelah terjadi klaim, pemegang polis berusaha mendaftarkan karyawan dan atau keluarga karyawan yang bersangkutan. Penambahan peserta ini akan mengakibatkan adanya tambahan premi yang harus dibayarkan oleh pemegang polis. Penambahan premi yang diberlakukan biasanya dengan menggunakan perhitungan secara pro rata.

Penghentian kepesertaan. Nama-nama peserta yang dikeluarkan dari pertanggungan, baik karyawan maupun keluarga karyawan, harus dilaporkan kepada penanggung. Pelaporan ini bisa dilakukan secara perorangan atau secara kolektif, biasanya apabila terjadi pemutusan hubungan kerja karyawan. Seorang karyawan yang mengundurkan diri dari pertanggungan pada *contributory plan*, harus mengisi formulir penghentian secara sukarela dari pertanggungan asuransi kesehatan. Biasanya dalam situasi ini karyawan yang mengundurkan diri diminta untuk menandatangani pernyataan yang menyebutkan mereka tidak lagi memberikan hak kepada perusahaan mereka untuk membayar premi asuransi dengan cara memotong gaji mereka. Dalam laporan penghentian pertanggungan, pemegang polis harus memberitahu penanggung tanggal penghentian pertanggungan dan alasan penghentian tersebut. Pembatalan secara sukarela oleh seorang karyawan pada *contributory plan* sebagaimana yang digambarkan sebelumnya, akan secara otomatis membatalkan cakupan dari proteksi atas keluarga karyawan yang bersangkutan (*dependant coverage*). Penghentian pertanggungan ini dapat menyebabkan adanya pengembalian (*refund*) sejumlah premi yang telah dibayarkan oleh pemegang polis, yang besarnya juga dihitung dengan berdasarkan prinsip pro rata.

Perubahan Cakupan Keluarga. Pada *non contributory plan*, pertanggungungan terhadap keluarga karyawan yang memenuhi syarat akan secara otomatis diberikan bersamaan dengan pertanggungungan terhadap karyawan. Tentunya dalam hal ini jika pemegang polis memutuskan untuk memasukkan keluarga karyawan sebagai peserta pada program asuransi kesehatan perusahaan. Begitu pula sebaliknya, jika seorang karyawan tidak lagi menjadi anggota suatu kelompok atau sudah tidak memenuhi syarat, maka pertanggungungan terhadap keluarganya secara otomatis akan dihentikan. Di bawah *contributory plan*, pertanggungungan terhadap keluarga karyawan merupakan pilihan dan diberikan berdasarkan permintaan tertulis dari karyawan dan telah disetujui oleh pemegang polis. Penanggung biasanya meminta bukti insurabilitas anggota keluarga yang diikutsertakan dalam pertanggungungan, jika permohonan pertanggungungan diajukan lebih dari 31 hari setelah karyawan memenuhi persyaratan untuk menjadi peserta asuransi kesehatan. Di Amerika Serikat, Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) 1996 mewajibkan pihak penanggung untuk menerima karyawan yang memenuhi syarat walaupun terlambat mengajukan permohonan. Namun di pihak lain, berdasarkan aturan tersebut, pihak penanggung berhak menerapkan *pre-existing condition exclusion* yang lebih lama sampai 18 bulan, dibandingkan maksimum 12 bulan bagi karyawan yang mendaftarkan diri secara tepat waktu. Dalam jenis produk ini pula, selain dikarenakan karyawan tidak lagi memenuhi syarat, pertanggungungan terhadap karyawan dan/atau keluarga karyawan juga akan berakhir ketika karyawan menandatangani pembatalan perjanjian. Jika memenuhi syarat, anggota baru keluarga karyawan dapat ditambahkan melalui proses aplikasi biasa. Anggota baru dalam hal ini termasuk pasangan, anak pasangan dari pernikahan sebelumnya dan anak yang baru lahir. Tentunya kriteria ini ditetapkan oleh pemegang polis. Penghentian pertanggungungan dapat terjadi oleh karena sejumlah alasan. Pertanggungungan terhadap anak biasanya dihentikan oleh karena pernikahan si anak dan atau pekerjaan dan atau mencapai usia maksimum sebagaimana ketentuan yang tertera pada polis asuransi kesehatan. Sebaliknya, bagi orang dewasa, penghentian pertanggungungan dapat terjadi pada batas usia maksimum sebagaimana disyaratkan polis dan atau penghentian karyawan dari pekerjaan dan atau perceraian.

PERUBAHAN PAKET ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN

Kegiatan administrasi yang meliputi perubahan produk maupun manfaat polis asuransi kesehatan kumpulan dilakukan dengan cara sama seperti penerbitan polis baru. Penanggung melakukan proses penilaian risiko dari produk dan atau manfaat yang berubah, mengadakan sosialisasi tentang perubahan yang ada pendaftaran kepesertaan karyawan, dan atau keluarga yang bersangkutan jika diperlukan. Walaupun produk dan atau manfaat yang berubah ini bisa saja diberikan nomor polis dan polis yang baru dan berbeda dari polis terdahulu, banyak penanggung yang memuat perubahan ini hanya dalam suatu addendum polis (*endorsement*) sehingga tidak perlu menerbitkan polis baru. Addendum polis ini merupakan satu kesatuan dan bagian dari polis yang tidak dapat dipisahkan dan memiliki kekuatan hukum. Walaupun demikian, perubahan buku panduan kepesertaan dan atau kartu peserta juga mungkin diperlukan dan disesuaikan dengan produk atau paket terakhir. Penilaian ulang terhadap tarif premi juga dilakukan. Tagihan premi akan diterbitkan dan premi yang telah dibayarkan untuk produk dan atau manfaat terdahulu akan diperhitungkan ke dalamnya dengan sistem pro rata. Perusahaan asuransi kesehatan akan menerbitkan kembali polis, buku panduan kepesertaan, kartu peserta dan dokumen lainnya. Dengan diterbitkannya dokumen-dokumen yang baru ini, dokumen lama dinyatakan tidak berlaku lagi.

TAGIHAN PREMI ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN

Tagihan, pembukuan dan pengumpulan (*billing, accounting and collection*) premi termasuk dalam proses transaksi moneter. Semakin dapat dipadukan ke dalam sebuah sistem maka tingkat kepuasan nasabah polis kemungkinan

akan semakin tinggi. Integrasi disini antara lain perbaikan otomatis terhadap eligibilitas, tagihan serta cakupan sehingga akhirnya dapat membantu ketepatan basis data (*database*) setiap saat.

Tagihan Premi. Penanggung biasanya menghitung premi berdasarkan cakupan (*coverage*), kelas (*class*) dan kelompok umur (*age-band*):

- Metode cakupan (*coverage method*) menerapkan perbandingan antara tarif (*rate*)' dengan nilai dasar (*base*), yaitu perhitungan jumlah total orang yang diasuransikan atau jumlah tertanggung. Biasanya dilakukan kombinasi terhadap cakupan tertentu seperti pengobatan dokter umum dan gigi, dan penetapan tarif premi dan jumlah peserta.
- Metode kelas (*class method*) menetapkan komposisi dari tarif per cakupan (*per coverage rate*) untuk tiap kelas asuransi dan menerapkannya sesuai dengan jumlah karyawan dan atau keluarga karyawan yang termasuk dalam klasifikasi tersebut. Tagihan disusun sesuai dengan daftar individual karyawan.
- Metode kelompok umur (*age-band method*) menggunakan premi per orang (*per person premium*) yang dikelompokkan berdasarkan umur tertanggung misalnya kelompok umur kurang dari 25, 25-29, 30-34, 35-39 dan seterusnya diikuti dengan kelompok umur 65 dan di atas 65. Lazimnya, penanggung menetapkan umur 65 sebagai batas maksimal usia peserta yang dapat diikutkan dalam pertanggungan asuransi.

Pada asuransi kesehatan kumpulan, penanggung biasanya menggunakan salah satu dari tiga tipe tagihan premi berikut:

- *List billing*; seluruh karyawan dan atau keluarga karyawan yang diasuransikan dan premi untuk setiap tertanggung tersebut dikirimkan kepada pemegang polis setiap bulannya.
- *Exception billing*; variasi dari *list billing* yang menyajikan jumlah awal peserta dan volume. List ini digunakan hanya bila terdapat karyawan yang proteksi atau statusnya berubah dalam bulan tersebut. *Exception billing* juga dapat menyajikan total penutupan yang menentukan nilai final premi.
- *Level billing*; digunakan dalam menghitung premi pada permulaan masa efektif polis pada setiap tahunnya. Pemegang polis ditagih untuk setiap iuran premi pada tahun polis tersebut berlaku. Metode ini merupakan metode yang jarang digunakan karena metode ini dapat dijalankan hanya jika jumlah tertanggung dalam asuransi kesehatan kumpulan tersebut tetap dan tidak berubah.

Pengumpulan Premi. Pemegang polis pada umumnya diberikan tenggang waktu (*grace period*) selama 31 hari untuk pembayaran premi. Apabila premi belum diterima setelah batas tenggang waktu yang disediakan, biasanya penanggung akan lebih berusaha untuk tetap mengamankan kejadian ini daripada membatalkan polis tersebut secara otomatis dengan memberikan perpanjangan tenggang waktu. Namun jika usaha ini juga gagal, maka penanggung akan mengirimkan surat pemberitahuan resmi perihal pembatalan polis. Surat pemberitahuan ini biasanya dikirimkan pada hari ke 31 setelah masa tenggang waktu berakhir. Walaupun demikian, seharusnya proses terhadap klaim ditangguhkan terlebih dahulu hingga premi diterima. Pada berbagai kasus, penanggung akan menerima kembali polis bila premi yang sudah jatuh tempo masa pembayarannya akhirnya dibayarkan oleh pemegang polis. Tindakan menerima kembali polis yang sudah dibatalkan dinamakan proses *reinstatement* (pemulihan polis). Di sejumlah negara terdapat peraturan yang mengharuskan penanggung menelaah terlebih dahulu kerugian yang terjadi sebelum keputusan *reinstatement* diterapkan. Peraturan tersebut menyatakan bahwa jika penanggung menerima kembali polis yang telah dibatalkan, maka penanggung tersebut bertanggungjawab terhadap seluruh klaim yang terjadi sesuai dengan klausula polis. Saat ini, sebagian besar penanggung memiliki bagian pengumpulan premi (*premium collection*) sendiri. Tugas pokok dari bagian ini adalah memastikan bahwa setiap pemegang polis membayar premi dalam waktu yang telah ditetapkan. Upaya yang dijalankan dapat berupa

melakukan tindak lanjut yang berkesinambungan baik menggunakan teknologi seperti telepon dan atau surat elektronik (surel, *e-mail*) maupun melalui kunjungan langsung ke pemegang polis.

PENANGANAN KELUHAN DAN PERTANYAAN

Konsumerisme adalah faktor penting dalam bisnis yang berhubungan dengan masyarakat, tidak terkecuali industri asuransi kesehatan. Oleh karena itu, biasanya perusahaan asuransi kesehatan memiliki bagian khusus yang bertugas menangani keluhan-keluhan dan pertanyaan-pertanyaan dari pemegang polis dan/atau peserta baik kumpulan maupun perorangan. Tidak jarang penanggung memiliki *24 hours call center* yang bertujuan untuk menangani hal-hal tersebut.

Penanganan Keluhan. Sebagai perusahaan yang menawarkan jasa, penanggung sangat memperhatikan dan mengutamakan kepuasan nasabahnya yang dalam hal ini adalah pemegang polis. Dalam pasar asuransi kesehatan dewasa ini, dimana jenis produk asuransi kesehatan yang dijual juga tidak banyak berbeda antar satu penanggung dengan lainnya, kepuasan nasabah menjadi prioritas. Untuk itu, penanganan keluhan nasabah yang adil dan tepat sangat ditekankan. Sebagai tambahan, di Amerika Serikat, fungsi penting dari peraturan Departemen Asuransi suatu negara bagian adalah meyakinkan nasabah bahwa mereka mendapatkan perlakuan yang adil. Banyak Departemen Asuransi negara bagian yang mewajibkan penanggung untuk melakukan registrasi keluhan (*complain registration*) nasabah. Registrasi ini meliputi identifikasi, penanganan dan disposisi dari keluhan nasabah. Registrasi ini dapat dipergunakan oleh negara bagian dalam menilai praktek bisnis yang tidak adil. Keluhan nasabah sendiri dapat terjadi akibat berbagai hal, tetapi untuk penanggung, keluhan umumnya terjadi dalam hal administrasi klaim, proses *underwriting* dan penjualan. Dalam hal administrasi klaim, pemegang polis dan atau peserta umumnya mengeluh mereka tidak mendapatkan kompensasi atau penggantian yang sesuai dengan kerugian yang dideritanya. Di pihak lain, keterlambatan pembayaran klaim juga sangat memungkinkan untuk menjadi pemicu timbulnya keluhan. Keputusan proses *underwriting* yang menempatkan calon nasabah dalam kategori sub-standar juga berpotensi mencetuskan keluhan. Demikian halnya dengan metode yang tidak tepat yang digunakan oleh petugas penjualan.

Penanganan Pertanyaan. Pemegang polis dan atau peserta baik kumpulan maupun perorangan mengandalkan informasi yang cepat dan akurat atas pertanyaan mereka. Pertanyaan-pertanyaan yang biasanya diajukan oleh pemegang polis dan atau peserta adalah sebagai berikut:

- Penjelasan bahasa polis dan hak-hak polis.
- Status premi dari polis.
- Informasi cakupan tambahan.
- Perubahan moda pembayaran premi
- Pemulihan polis.
- Penambahan anggota keluarga baru.
- Status klaim yang diajukan.
- Jaringan penyedia pelayanan kesehatan.

Dalam rangka memberikan tanggapan yang cepat dan akurat, penanggung harus memiliki suatu sistem teknologi informasi yang terpadu sehingga petugas dapat dengan mudah mengakses data yang dibutuhkan.

Evaluasi Berkala. Dalam periode pertanggungan polis, mayoritas penanggung tetap menjaga hubungan baik dengan pemegang polis. Untuk itu, tidak sedikit penanggung yang memiliki bagian khusus yang menangani pembinaan hubungan baik ini. Bagian tersebut biasa disebut dengan Hubungan Nasabah (*customer relations*). Satu hal yang sangat penting dilakukan oleh bagian ini adalah melakukan evaluasi berkala dengan pemegang polis terhadap jalannya pertanggungan yang diberikan oleh penanggung. Tentunya tidak semua kasus dapat diperlakukan sama. Oleh karena itu, hanya nasabah utama (*prime customer*) saja yang diberikan perlakuan ini. Dalam evaluasi tersebut, biasanya pokok bahasan adalah sekitar pelaksanaan :

- Layanan kesehatan di jaringan pemberi pelayanan kesehatan.
- Kecepatan dan ketepatan pembayaran klaim.
- Telaah utilisasi (*utilization review*).
- Rasio klaim terhadap premi (*claim ratio*).

2.5. PERPANJANGAN POLIS

Setiap tahun sejumlah pekerjaan administrasi dan aktuarial lainnya harus dilakukan karena adanya perpanjangan polis. Peran staf administrasi dalam perpanjangan polis secara umum terdiri dari penyusunan data premi, klaim, komisi, pajak dan pengeluaran-pengeluaran yang diperlukan oleh staf proposal dan aktuarial, dan pengalaman pengembalian premi (*refund*).

PROPOSAL PERPANJANGAN POLIS

Kurang lebih 2 atau 3 bulan sebelum habisnya periode pertanggungan asuransi kesehatan kumpulan, pihak penanggung biasanya akan menyiapkan sebuah proposal perpanjangan polis. Walaupun premi yang tertera pada proposal tersebut masih berupa premi indikatif untuk perpanjangan polis, pemegang polis sudah bisa mendapatkan gambaran kasar atas besarnya premi yang kemungkinan harus dibayarkan untuk periode pertanggungan yang akan datang.

Dalam menyiapkan proposal tersebut, bagian proposal membutuhkan data riwayat klaim, premi terdahulu, data peserta terakhir dan besarnya komisi yang harus dikeluarkan penanggung. Data tersebut biasanya disediakan secara otomatis oleh sistem administrasi penanggung. Salah satu kunci perhitungan premi adalah rasio klaim terhadap premi terdahulu (*claim ratio*). Proposal perpanjangan polis ini dibuat selayaknya pembuatan proposal pada awal kepesertaan pemegang polis.

Walaupun penanggung menyadari bahwa sejumlah pemegang polis dapat menghentikan polis mereka karena kenaikan biaya premi pada saat perpanjangan polis, telaah atas risiko perpanjangan tetap harus dilakukan sebagai kontrol atas pengalaman klaim (*claim experience*).

PROSES PERPANJANGAN POLIS

Segara setelah proposal perpanjangan polis diterbitkan, biasanya petugas penjualan akan mengunjungi pemegang polis untuk membahas proposal tersebut. Selain mencantumkan nilai premi indikatif untuk periode pertanggungan selanjutnya, di dalam proposal juga dicantumkan segala kewajiban finansial pemegang polis yang belum terselesaikan. Kewajiban tersebut bisa saja berupa tunggakan premi dan atau tagihan kelebihan klaim.

Jika pemegang polis setuju dengan proposal yang diajukan, pemegang polis harus menandatangani surat konfirmasi perpanjangan polis (*renewal confirmation letter*). Sebagaimana layaknya SPA pada penutupan baru, surat konfirmasi ini menjadi landasan bagi proses selanjutnya. Mulai dengan klarifikasi jumlah peserta berdasarkan data lama hingga terbitnya tagihan premi dan kartu peserta baru. Adapun dokumen polis, biasanya penanggung tidak menerbitkan polis baru melainkan hanya menerbitkan addendum (endorsement) polis saja. Tentunya langkah ini ditempuh jika tidak ada perubahan produk.

Setelah proses perpanjangan polis selesai dilakukan, sebagian penanggung melakukan proses re-sosialisasi kepada peserta. Terlebih lagi jika ternyata produk yang dipilih oleh pemegang polis berbeda dengan produk sebelumnya.

Sebagaimana yang telah dijelaskan dalam Bab 4 buku Dasar–dasar Asuransi Kesehatan - Bagian A, perihal jenis-jenis polis asuransi, terdapat berbagai ketentuan dasar (*basic provision*) perihal perpanjangan polis asuransi tergantung jenis polis itu sendiri.

OPTIONALLY RENEWABLE POLICIES

Polis-polis dengan opsi atau pilihan bisa diperpanjang perusahaan asuransi saat dibuat, polis tersebut bisa dibatalkan pada masa berlakunya polis baik oleh penanggung ataupun tertanggung dengan pengembalian premi yang sesuai. Dan polis dimungkinkan bagi penanggung hak untuk tidak memperpanjang polis pada tanggal jatuh tempo premi atau pada tanggal ulang tahun polis, tetapi tidak untuk di antara tanggal-tanggal tersebut. Penanggung dapat melakukan modifikasi polis jenis ini, daripada tidak memperpanjangnya, dimana modifikasi ini dapat berupa:

- Perubahan atau aturan tambahan pengecualian (*exclusion rider*), atau penerapan premi kelas khusus (*special-class premium*) yang dikarenakan adanya kelemahan fisik.
- Peningkatan premi dasar yang diakibatkan oleh adanya perubahan tingkat risiko pekerjaan.
- Peningkatan masa kadaluarsa klaim untuk menghindari klaim yang berulang.

Penanggung harus memberi pernyataan tertulis kepada pemegang polis bahwa polis akan berakhir berdasarkan ketentuan perpanjangan, kecuali yang bersangkutan setuju terhadap perubahan atau modifikasi yang diminta. Penanggung biasanya mempersiapkan persetujuan yang harus ditandatangani pemegang polis sebelum premi polis yang diperpanjang diterima. Di Amerika Serikat, HIPAA mengharuskan penanggung memperpanjang polis asuransi kesehatan perorangan dan kumpulan, kecuali dalam sejumlah kondisi, seperti:

- Tidak dibayarkannya premi oleh pemegang polis.
- Adanya penipuan (*fraud*).
- Adanya *moral hazard*.
- Adanya *overinsurance*.
- Tidak melanjutkan *class of business*.
- Adanya pemalsuan dokumen klaim.
- Berpura-pura sakit (*malingering on a claim*).

Di sejumlah negara bagian di Amerika Serikat, penanggung dilarang untuk tidak memperpanjang polis perorangan semata-mata karena kemunduran kondisi kesehatan tertanggung antara waktu dikeluarkannya polis dan waktu

perpanjangan polis. (HIPAA melarang *nonrenewable policy* pada asuransi perorangan hanya dikarenakan mundurnya status kesehatan tertanggung).

NONRENEWABLE FOR STATED-REASONS-ONLY POLICIES

Sebagian polis asuransi kesehatan di Amerika Serikat, walaupun jarang ditemukan di Indonesia, tidak dapat diperpanjang hanya karena alasan-alasan tertentu yang telah dinyatakan di awal, misalnya karena penanggung mengalami kerugian atas jenis asuransi kesehatan tertentu, atau ketika pemegang polis berhenti bekerja. Polis jenis ini secara umum ditangani dengan cara yang sama seperti perpanjangan polis lainnya, kecuali untuk batasan polis dimana penanggung memiliki hak untuk tidak memperpanjang polis.

GUARANTEED RENEWABLE POLICIES

Proses *underwriting* dilakukan lagi terhadap polis yang dijamin diperpanjang (*guaranteed renewable policies*) apabila ada pembatalan polis selama masa pengujian atau periode masih bisa ditinjau ulang (*contestable period*), atau ada penolakan aplikasi pemulihan polis (*reinstatement*). Bila penanggung menemukan ada pernyataan yang salah dalam periode tersebut, polis dapat dibatalkan jika kelalaian pada aplikasi tersebut mempengaruhi risiko, dan penanggung tidak akan menerbitkan polis itu informasi tersebut benar telah diketahui. Penanggung dapat menolak untuk mengembalikan polis sesuai dengan praktek *underwriting* yang berlaku.

Polis yang dijamin diperpanjang ini dapat dikenakan perubahan tarif premi jika penanggung telah membayar klaim lebih tinggi daripada yang diharapkan sebelumnya. Perubahan premi tersebut tidak dapat dibuat untuk polis secara perorangan, tetapi hanya pada suatu kelas kelompok polis perorangan. Kelas ini didefinisikan sebagai kategori yang luas seperti usia, jenis kelamin, dan pekerjaan.

NONCANCELLABLE POLICIES

Underwriting pada polis yang tidak bisa dibatalkan (*noncancellable policy*) biasanya terbatas pada apabila terjadi pembatalan kontrak akibat ditemukannya kekeliruan (*misrepresentation*) pada aplikasi selama masa pengujian atau periode masih bisa ditinjau ulang (*contestable period*), dan ditolaknya pemulihan polis yang ditunda (*lapse*). Selain hal-hal tersebut itu *underwriting* untuk menelaah pengalaman cakupan atau produk jenis polis ini untuk kepentingan pemasaran selanjutnya. Oleh karena tidak bisa dibatalkan, apabila bisnis ini tidak menguntungkan, maka satu-satunya cara untuk tidak terjadi kerugian lebih lanjut, adalah menghentikan penjualan polis jenis ini.

PEMBERITAHUAN PERPANJANGAN

Kebanyakan negara bagian di Amerika Serikat mewajibkan pemberitahuan di muka minimal 30 hari untuk setiap adanya peningkatan biaya premi, perubahan rancangan paket, atau paket-paket yang tidak diperpanjang. Biasanya, penanggung akan mengirim surat kepada pemegang polis yang menjelaskan kenaikan tarif, bersama dengan tawaran rancangan paket alternatif yang tersedia dengan biaya lebih rendah. Salinan surat ini juga akan dikirim ke petugas penanggung jawab kumpulan (*group representative*), atau agen untuk membantu dalam merencanakan bagaimana bisa mempertahankan pelanggan untuk tahun yang akan datang.

2.6. ADMINISTRASI PIHAK KETIGA

Administrasi asuransi kumpulan oleh pihak ketiga (*third party administration, TPA*) seringkali diperlukan karena rumitnya administrasi, dan adanya persyaratan khusus yang harus dipenuhi. Karena sejumlah produk cakupan kumpulan memiliki lingkup wilayah nasional dan internasional, serta kantor pemegang polis tidak selalu dilengkapi dengan staf atau ahli yang diperlukan untuk melakukan fungsi administrasi dengan biaya yang wajar. Penanggung menganggap peran administrator pihak ketiga adalah sebagai suatu swa-asuransi (*self-insured*) atau sebagai paket hanya sebagian diasuransikan (*partially insured plan*). Jasa yang ditawarkan oleh penanggung ini bervariasi, mulai dari membayarkan klaim sampai menyelesaikan administrasi paket. Administrator pihak ketiga tidak harus berupa perusahaan asuransi, tetapi karena pengalamannya, perusahaan asuransi seringkali berada di posisi yang lebih baik dalam merundingkan biaya layanan administrasi. Biaya administrasi pihak ketiga biasanya dibayarkan secara langsung, dan tidak memerlukan komisi. Untuk menangani jasa TPA, sejumlah penanggung membuat unit organisasi terpisah yang memfokuskan diri pada kegiatan TPA yang khusus ini.

PELAYANAN KLAIM SAJA

Penanggung atau TPA, menawarkan suatu bentuk pelayanan klaim saja (*claim services only, CSO*) kepada sejumlah nasabah besar, dan menawarkannya juga kepada kelompok yang menengah (medium-sized). Penanggung atau TPA hanya memproses administrasi klaim biaya medis. Pembayaran untuk jasa yang diberikan berdasarkan jumlah klaim yang diproses.

PELAYANAN ADMINISTRASI SAJA

Dalam bisnis usaha pelayanan administrasi saja (*administrative service only, ASO*), penanggung sebagai administrator tidak mau mengambil risiko asuransi, akan tetapi majikan atau pengusaha yang akan menanggung risiko tersebut. Akan tetapi, secara umum proses-proses yang dilakukan sama (kepesertaan, penagihan, distribusi informasi mengenai paket, dan sebagainya) harus ditangani, terlepas apakah usaha tersebut diasuransikan atau tidak. Ada dua perbedaan nyata dari jasa ASO; yakni tidak ada kontrak tradisional, dan dokumen yang menjelaskan paket secara terperinci, tidak diperlukan untuk memenuhi persyaratan standar dari departemen asuransi negara bagian di Amerika Serikat (tetapi ASO harus memenuhi persyaratan yang lain, seperti aturan dalam undang-undang tentang jaminan pensiun karyawan, Employee Retirement Income Security Act).

Pelayanan ASO hanya dapat dilakukan untuk cakupan pelayanan medis dan gigi. Sejumlah penanggung atau TPA menawarkan juga pelayanan administrasi untuk cakupan disabilitas pendapatan (*disability income coverage*). Seperti juga CSO, pelayanan administrasi ASO ditawarkan kepada nasabah besar, dan juga ditawarkan kepada kelompok dengan jumlah sedang. Sejumlah penanggung atau TPA, menghitung biaya penyediaan jasa pelayanan ini, dan menambahkan margin keuntungan. Biaya yang dibebankan kepada nasabah dapat dihitung berdasarkan biaya untuk setiap klaim yang diproses, biaya setiap karyawan peserta paket, persentase klaim yang dibayar, atau kombinasi dari metode-metode tersebut.

2.7. AUDIT ADMINISTRASI SWA-KELOLA

Sebagian besar perusahaan asuransi memiliki staf audit internal sendiri, yang bertanggungjawab dalam melakukan proses audit secara berkala terhadap semua kegiatan departemen–departemen yang ada di kantor pusat, kantor

agensi dan kantor cabang. Tujuan utama dalam proses audit adalah untuk memverifikasi catatan keuangan dan akuntansi serta untuk menemukan ada tidaknya penyimpangan atau penipuan. Proses audit yang dilakukan penanggung terhadap pemegang polis yang menggunakan sistem administrasi swa-kelola secara garis besar bertujuan untuk:

- Melakukan telaah terhadap prosedur dan pengendalian yang diterapkan pemegang polis dalam sistem swa-kelola polis serta mendidik pemegang polis dalam penanganan dan pengadministrasian paket dengan menggunakan prosedur yang benar.
- Memeriksa catatan pemegang polis untuk mengetahui apakah seluruh karyawan yang berhak mengikuti program asuransi kesehatan telah didaftarkan sebagaimana mestinya serta untuk memastikan bahwa premi telah dibayarkan atas seluruh peserta yang telah diikutsertakan dalam pertanggungan.
- Memastikan apakah premi telah dihitung dengan benar dan telah dibayar oleh pemegang polis.
- Memeriksa secara manual kartu pendaftaran untuk mengetahui apakah telah diisi dengan lengkap dan benar.
- Menyelidiki catatan pemegang polis untuk menentukan apakah semua peserta yang memenuhi syarat ditangani dan dilayani secara tepat.

Para penanggung punya pendapat yang berbeda-beda terhadap masalah apakah perlu mengaudit kasus administrasi swa-kelola tersebut. Dengan asumsi administrasi tersebut bisa dilaksanakan dengan baik, beberapa penanggung merasa biaya audit yang dikeluarkan bisa lebih besar daripada manfaat yang mungkin, terutama jika pengalaman klaim cukup memuaskan. Penanggung lainnya merasa bahwa ada kebutuhan untuk mengaudit bisnis administrasi swa-kelola, dan bahwa biaya audit tersebut harus sesuai. Mungkin salah satu alasan utama pada perusahaan asuransi menetapkan program audit adalah sikap petugas atau pejabat pengawas departemen asuransi negara bagian di Amerika Serikat. Dalam beberapa tahun terakhir, pemeriksa atau pengawas negara bagian telah lebih memperhatikan upaya administrasi swa-kelola, dan meminta perusahaan asuransi yang tidak melakukan audit, perlu mendirikan program audit guna melindungi hak-hak karyawan yang tercakup.

Sebagaimana yang telah dijelaskan di muka, di Indonesia, umumnya penanggung tidak menerapkan sistem administrasi swa-kelola oleh pemegang polis, melainkan seluruh administrasinya dikerjakan oleh penanggung sendiri.

Ada dua macam kegiatan audit, yakni audit internal dan audit eksternal.

AUDIT INTERNAL

Audit internal meliputi pemeriksaan semua catatan penerimaan premi dari pemegang polis di kantor penanggung oleh tim auditor internal penanggung. Bila ditemukan adanya kesalahan, auditor akan berhubungan dengan administrator, membuat laporan audit terkait kesalahan tersebut, dan saran tindak lanjut untuk memperbaiki kesalahan tersebut. Setelah audit diselesaikan, informasi yang tepat dari catatan premi dimasukkan ke dalam catatan induk pada sistem administrasi penanggung.

AUDIT EKSTERNAL

Umumnya penanggung melakukan kunjungan ke pemegang polis yang melakukan administrasi swa-kelola. Selama kunjungan tersebut, bagian eksternal fungsi audit dilakukan oleh auditor terlatih di bawah program audit formal.

Dalam program ini beberapa penanggung mendelegasikan tanggung jawab penuh pada tim staf auditor; lainnya ditempatkan di bawah tanggung jawab auditor umum (*general auditor*) atau pengawas keuangan (*comptroller*).

Audit ini bertujuan untuk dua hal utama:

- catatan pemegang polis, untuk menentukan apakah mereka benar mencerminkan tingkat dan besaran risiko penanggung, dan
- prosedur administrasi pemegang polis, untuk menentukan kecukupan prosedur administrasi mereka dan seberapa baik administrator adalah melakukannya.

Dalam proses audit, auditor diharapkan untuk:

- meninjau catatan gaji untuk melakukan verifikasi data seperti eligibilitas, manfaat, dan penghasilan;
- memeriksa kartu atau catatan pendaftaran peserta untuk menentukan apakah dilakukan dengan baik;
- menghitung jumlah kartu atau catatan peserta dan jumlah yang aktif (*inforce*) untuk menentukan apakah cocok dengan catatan premi terakhir dan, jika tidak, membuat koreksi yang diperlukan;
- memeriksa kelayakan atau eligibilitas karyawan beserta tanggungan atau keluarga dan, dalam hal *contributory*, melakukan verifikasi bahwa bukti insurabilitas digunakan ketika diperlukan;
- menentukan, dengan cara inspeksi lapangan (*spot check*), jika ada klaim yang dibayarkan pada karyawan atau tanggungan yang tidak memenuhi syarat untuk menerima manfaat; dan
- menggunakan waktu yang diperlukan untuk menelaah prosedur administrasi dengan petugas terkait.

2.8. KECENDERUNGAN KE DEPAN

Peraturan yang diterapkan pada suatu negara memiliki dampak meningkatkan proses dan prosedur perusahaan asuransi. Tidak terkecuali penerbitan polis dan administrasi polis asuransi kesehatan perorangan dan kumpulan. Sebagai contoh, di Amerika Serikat banyak negara bagian yang mewajibkan penggunaan pendaftaran kumpulan, aplikasi individu dan bukti medis, dan pengabaian cakupan yang berlaku khusus untuk negara bagian tersebut. Dari segi biaya, hal ini tentu saja memberatkan penanggung, khususnya yang beroperasi pada lebih dari satu negara bagian di Amerika Serikat, karena bisa saja peraturan di suatu negara bagian berbeda dengan negara bagian lainnya.

Selain itu, banyak negara bagian di Amerika Serikat mengeluarkan aturan persyaratan pendaftaran terbuka (*open enrollment*) pada paket kelompok kecil, memungkinkan mereka yang sebelumnya tidak mampu atau tidak mau untuk mendapatkan cakupan kumpulan, bisa mengikuti paket tanpa harus menyampaikan bukti medis. Penanggung dalam hal ini harus membuat prosedur pemberitahuan dan pendaftaran untuk mengakomodasi pendaftaran satu kali saja, atau pendaftaran terbuka tahunan.

Kecenderungan lain adalah berhubungan dengan penggunaan teknologi untuk membantu perusahaan asuransi kesehatan beroperasi secara lebih efisien dan efektif. Inovasi seperti surat elektronik (surel, *e-mail*) dan mesin penjawab otomatis (*automated voice response system, AVRS*), mempermudah dan mempercepat komunikasi baik antara karyawan di kantor pusat dengan kantor cabang, maupun dengan nasabahnya. Kemajuan teknologi informasi dan komunikasi, TIK (*information technology and communication, ICT*), mempercepat dan memadukan proses pendaftaran dan penerbitan polis bagi sejumlah perusahaan asuransi serta memudahkan komunikasi dan distribusi informasi di lingkungan mereka, dengan mitra kerja, serta dengan nasabah mereka.

Konsumen yang semakin sadar dengan penggunaan teknologi menuntut perusahaan asuransi dan mitra kerja mereka, seperti penyedia layanan kesehatan serta TPA, turut menyesuaikan fasilitas sistem informasi mereka dengan kemajuan yang terus berkembang, yang akan membuat usaha mereka lebih efektif dan efisien agar bisa bersaing di pasar industri asuransi.

Ketika nasabah menggunakan teknologi yang semakin canggih, tuntutan untuk menggunakan teknologi tinggi dan pendekatan efisiensi untuk menjalankan usaha akan semakin terus berkembang. Perusahaan asuransi kesehatan yang terus menerus mengikuti perkembangan teknologi akan dapat bersaing di pasar.

2.9. RINGKASAN

Penerbitan, pelayanan dan perpanjangan polis asuransi kesehatan baik perorangan maupun kelompok merupakan proses yang rumit meliputi sejumlah lingkup usaha perusahaan asuransi. Efisiensi, penerapan prosedur dan efektifitas serta interaksi kerja sama antar fungsi-fungsi yang berbeda di perusahaan akan memperlancar kegiatan administrasi. Penanggung juga harus memperhatikan sejumlah hal - hukum, pengawasan, statistik - yang berhubungan dengan aspek administrasi suatu polis asuransi. Melalui pelayanan administrasi kepada pemegang polis inilah penanggung melayani masyarakat, dan membuat citra penanggung dan industri asuransi yang baik.

2.10. ISTILAH KUNCI

- Administrative service only (ASO) – Pelayanan administrasi saja
- Age-band method – Metode kelompok umur
- Audit
- Case - Kasus
- Certificate-booklet – Buku saku sertifikat
- Claim service only (CSO) – Pelayanan klaim saja
- Class method – Metode kelas
- Coverage method – Metode cakupan
- Enrollment – Pendaftaran
- Enrollment form – Formulir pendaftaran
- Exception billing
- Grace period – Masa tenggang
- Guaranteed renewable policy – Polis yang dijamin diperpanjang
- Initial premium deposit – Deposit premi awal
- Issue – Terbit
- Lapse – Tunda. Tidak aktif.
- Late entrant – Peserta terlambat
- List billing – Penagihan berdasar daftar
- Level billing – Penagihan berdasar tingkat nominal
- Noncancellable policy – Polis yang tidak bisa dibatalkan
- Nonrenewable for stated-reasons-only policy – Polis yang tidak bisa diperpanjang dengan alasan tertentu
- Optionally renewable policy - Polis dengan opsi atau pilihan bisa diperpanjang
- Reinstatement – Pemulihan polis
- Self-administration – Administrasi swa-kelola. Administrasi mandiri
- Third-party administrator (TPA) – Administrator pihak ketiga

BAB 3. ADMINISTRASI KLAIM

Pendahuluan
Pihak-Pihak Terkait
Struktur Organisasi
Metode Administrasi Klaim
Dokumentasi Klaim
Pemrosesan Klaim
Penyelidikan Klaim
Proses Pembayaran Klaim

Pelayanan Pelanggan
Pengendalian Biaya Klaim
Teknologi Pemrosesan Klaim
Administrasi Klaim di Indonesia
Kecenderungan ke Depan
Ringkasan
Istilah Kunci
Referensi

Tujuan Pembelajaran

Setelah menyimak bab ini, anda akan memahami proses administrasi klaim, baik untuk asuransi kumpulan maupun perorangan. Bahan-bahan dalam bab ini pada intinya membuat pembaca dapat memahami:

- Pihak-pihak mana yang terkait dengan klaim
- Organisasi yang menangani administrasi klaim
- Cara menyampaikan klaim, memeriksa kebenaran dokumen klaim, menghitung dan membayar manfaat
- Penyelidikan atas klaim yang meragukan
- Pentingnya layanan pelanggan dalam pemrosesan klaim
- Pemanfaatan teknologi informasi dalam administrasi klaim
- Mengendalikan biaya klaim

Modul Dasar-dasar Asuransi Kesehatan (Bagian A dan Bagian B) lebih banyak membahas dari sisi biaya medis, sedangkan pembahasan lebih mendalam tentang *managed care* dibahas pada modul yang terpisah, yakni Modul Managed Care (Bagian A dan Bagian B).

3.1. PENDAHULUAN

Fungsi klaim pada perusahaan asuransi adalah alat untuk memenuhi perjanjian kontrak untuk memberikan perlindungan finansial pada saat peserta asuransi mengalami kerugian. Administrasi klaim adalah proses dari:

- mengumpulkan bukti atau fakta yang berkaitan dengan sakit atau cedera.
- membandingkan fakta-fakta tersebut dengan kontrak asuransi.
- menentukan manfaat yang dibayarkan kepada tertanggung.

Tujuan pertama dari administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang valid dan sesuai, dengan segera, bijaksana dan sesuai polis. Tujuan kedua adalah untuk mengumpulkan data dan membuat data dari klaim yang ada untuk perhitungan keuangan, statistik, analisis dan tujuan-tujuan penelitian. Data seperti itu penting untuk menentukan harga, pengendalian keuangan, dan perencanaan jangka panjang. Untuk memenuhi kedua tujuan di atas perusahaan asuransi menggunakan sistem proses klaim seperti juga akuntansi, analisis data, dan sistem pelaporan.

Industri asuransi secara tradisional menggunakan istilah klaim (*claims*), departemen klaim (*claim department*), dan administrasi klaim (*claim administration*) untuk menggambarkan proses dimana manfaat dibayarkan kepada tertanggung. Sementara istilah klaim berarti sesuatu yang mana tertanggung menyatakan kerugian dan memberikan bukti yang diperlukan, dan perusahaan asuransi menerima klaim serta memberikan manfaat, sehingga menimbulkan semacam peningkatan penggunaan istilah menjadi istilah manfaat (*benefits*), departemen manfaat (*benefits department*), dan administrasi manfaat (*benefits administration*) untuk menggambarkan proses tersebut.

Bab ini fokus membahas pada dokumentasi klaim, penyelidikan klaim dan prosedur pembayaran klaim, baik untuk asuransi kelompok maupun perorangan, baik untuk asuransi biaya medis maupun asuransi disabilitas pendapatan.

3.2. PIHAK-PIHAK TERKAIT

Proses klaim melibatkan banyak pihak yang berkepentingan seperti tertanggung, pemberi kerja atau majikan, serikat pekerja, asosiasi, kadang-kadang agen atau broker, penyedia pelayanan kesehatan (seperti dokter, rumah sakit, dokter gigi, apotik, perawat, dll). Semuanya itu berkepentingan terhadap hasil administrasi klaim yang dapat mempengaruhi opini mereka tentang sebuah perusahaan asuransi.

TERTANGGUNG

Pada asuransi kelompok, tertanggung berkewajiban untuk segera memberitahukan perusahaan tempatnya bekerja atau pihak asuransi tentang adanya klaim, mengumpulkan bukti-bukti yang perlu dan membantu atau bekerja sama dalam hal diperlukan investigasi atau penyelidikan.

PEMEGANG POLIS

Khususnya dalam asuransi kumpulan, pemegang polis seringkali dilibatkan dalam administrasi klaim, misalnya menyampaikan pemberitahuan kepada penanggung, melengkapi bukti-bukti klaim yang diperlukan dan membantu menyediakan data yang diperlukan.

Tanggung jawab lain yang juga biasanya diberikan pemegang polis adalah:

- memberikan keterangan atau konfirmasi bahwa pengaju klaim adalah anggota atau peserta yang dicakup dalam polis
- memeriksa klaim sebelum diteruskan ke perusahaan asuransi
- bekerja sama dalam investigasi klaim–klaim yang meragukan
- memberikan penyuluhan kepada anggotanya bila ada perubahan manfaat cakupan asuransi
- memeriksa cakupan pelayanan yang diberikan oleh *provider* atau penyedia pelayanan kesehatan

PERUSAHAAN ASURANSI

Melalui unit bagian klaim, penanggung melakukan hal-hal sebagai berikut:

- mengembangkan falsafah dari prinsip-prinsip klaim yang wajar dan adil

- membuat prosedur penyelesaian klaim yang efisien
- melengkapi petunjuk pengajuan klaim yang jelas bagi pemegang polis
- melakukan pengawasan untuk menjaga agar falsafah dan prinsip-prinsip perusahaan dapat berjalan

PENYEDIA PELAYANAN KESEHATAN

Untuk memastikan bahwa klaim tersebut memang menjadi kewajibannya, penanggung sangat bergantung pada informasi yang diberikan oleh penyedia layanan kesehatan yang telah memberikan pelayanan kepada pasien. Dengan demikian peran mereka dalam penyelesaian klaim menjadi sangat penting.

Untuk menjaga kepercayaan masyarakat terhadap perusahaan asuransi, beberapa prinsip berikut harus diperhatikan dalam pengelolaan klaim antara lain:

- pengaju klaim berhak mendapat perlakuan yang adil dan informasi yang jelas tentang klaimnya
- pengaju klaim berhak untuk memperoleh investigasi yang segera dan hasilnya, dan mendapat penyelesaian begitu hasil penyelidikan selesai
- pengaju klaim harus diperlakukan sesuai dengan atau tidak keluar dari klausula yang dinyatakan dalam polis.

3.3. STRUKTUR ORGANISASI

Fungsi klaim dapat dilakukan dari kantor pusat penanggung atau melalui kantor cabang. Pengelola asuransi kumpulan juga memungkinkan dilakukannya pengelolaan mandiri atau administrasi swa-kelola (*self administration*), dan bisa juga pengelolaan melalui pihak ketiga (*third party administration*).

PENGELOLAAN KLAIM DI KANTOR PUSAT

Pengelolaan klaim oleh kantor pusat (*home office claim administration*) menarik bagi penanggung karena:

- penanganan klaim yang cepat, efisien, dan konsisten dalam penanganan klaim karena konsentrasi petugas klaim pada satu lokasi dan tersedianya para profesional seperti dokter dan pengacara.
- pemberitahuan mudah kepada staf klaim, bila ada perubahan yang mempengaruhi pembayaran klaim dan adanya bentuk-bentuk baru dari cakupan manfaat.
- mudah memberi pelatihan kepada staf klaim yang baru.

Pengelolaan klaim di kantor pusat penanggung seringkali diorganisir dalam satu atau dua cara, yaitu hanya satu departemen atau departemen tunggal yang menangani semua klaim, dan departemen-departemen klaim yang terpisah antara asuransi kumpulan dan asuransi perorangan yakni menurut lini produk.

ORGANISASI DEPARTEMEN TUNGGAL

Organisasi ini beroperasi di bawah satu orang eksekutif yang juga berkonsultasi dengan eksekutif dari departemen lain, seperti underwriting dan pemasaran. Jenis pengelolaan administrasi ini, lebih memungkinkan konsistensi dalam pengelolaan klaim untuk semua jenis produk karena pengalaman dari satu jenis produk dapat diterapkan

dengan cepat dan mudah ke jenis lainnya. Pada tingkat manajemen di bawahnya, kemungkinan ada beberapa spesialisasi, misalnya untuk klaim asuransi biaya medis dengan pertimbangan-pertimbangan yang berbeda dengan klaim asuransi disabilitas pendapatan.

ORGANISASI LINI PRODUK

Dalam organisasi dengan departemen klaim yang terpisah menurut produk, manajemen departemen klaim tersebut hanya bertanggung jawab atas jenis produk yang ditanganinya. Dengan identifikasi lini produk ini memungkinkan fleksibilitas dan kemampuan beradaptasi yang lebih besar dalam menangani masalah klaim yang khas bagi departemen tersebut.

PENGELOLAAN KLAIM DI KANTOR CABANG

Pengelolaan klaim di kantor cabang (*field office claim administration*) terkadang didasarkan pada geografi organisasi dan pada dasarnya menggunakan metode proses klaim yang sama dengan kantor pusat. Karena jarak komunikasi lebih dekat dan mudah dijangkau antara kantor cabang dan pemegang polis, maka kemungkinan mendapatkan pelayanan yang lebih personal, lebih besar dibandingkan bila klaim dilakukan di kantor pusat.

Beberapa keuntungan dari pengelolaan klaim melalui kantor cabang antara lain:

- pemegang polis menerima klaim lebih cepat karena biasanya dari daerah lokasi yang sama
- lebih memudahkan komunikasi antara perusahaan asuransi dengan pemegang polis
- perusahaan asuransi lebih mudah untuk melakukan investigasi klaim
- lebih mudah berkomunikasi dalam hal diperlukan penyelesaian masalah dengan penyedia pelayanan kesehatan

Jumlah dan lokasi kantor cabang yang dibuka oleh perusahaan asuransi tergantung pada distribusi geografis dari pemegang polis dan tertanggung, jenis produk asuransi, dan kebutuhan kompetitif untuk layanan klaim lokal. Tingkat kewenangan yang dilakukan oleh kantor cabang biasanya proporsional dengan volume klaim yang ditangani.

ADMINISTRASI SWA-KELOLA

Administrasi swa-kelola atau administrasi mandiri (*self-administration*) atas klaim adalah metode dimana proses klaim-klaim polis tertentu dilakukan oleh pemegang polis kumpulan daripada mengirim klaim tersebut ke perusahaan asuransi. Cara ini digunakan secara eksklusif oleh penanggung paket kumpulan.

Administrasi swa-kelola atas klaim biasanya terbatas pada manfaat-manfaat disabilitas pendapatan jangka pendek, rumah sakit dasar, bedah, dan biaya medis. Beberapa perusahaan asuransi kumpulan juga mengizinkan administrasi swa-kelola atas klaim perawatan gigi dan medis utama. Namun, sebagian besar penanggung tidak melakukan cara ini terhadap klaim disabilitas pendapatan jangka panjang karena kompleksitas yang ada dan risiko atas jumlah manfaat yang besar.

PROSEDUR UMUM

Metode yang biasa digunakan membayar klaim yang dikelola sendiri tersebut adalah dengan semacam cek yang disebut *draft* yang bisa ditarik oleh pemegang polis. Dengan demikian, administrasi polis klaim dengan metode ini sering disebut sebagai *policyholder draft system* atau *draft book system*.

Draft adalah semacam bentuk cek, tapi di sini ada perbedaan diantara keduanya. Sebuah cek selalu dibayar saat dibutuhkan dan harus ditarik dari rekening dengan dana yang cukup. Sebaliknya, tidak perlu selalu ada dana pada rekening untuk memenuhi suatu *draft*, sampai *draft* tersebut diterima perusahaan asuransi untuk menutupi pembayaran *draft*. *Draft* ini memungkinkan pendanaan tertunda. Pemegang polis adalah diberikan lembaran *draft* secukupnya dan wewenang untuk membayar klaim. Umumnya, salinan *draft* yang dikeluarkan pemegang polis dikirim setiap hari ke perusahaan asuransi. Beberapa perusahaan asuransi ada yang meminta disertakan juga formulir klaim dan dokumentasi yang terkait.

Petugas yang bertanggung jawab untuk memproses klaim dipilih pemegang polis sendiri; perusahaan asuransi tidak mempunyai pengawasan langsung atau supervisi terhadap personil tersebut. Karena itu perusahaan asuransi harus bisa memastikan bahwa mereka benar-benar kompeten dan terlatih untuk memproses klaim, dan staf yang mewakili perusahaan asuransi biasanya membantu pelatihan mereka.

Penanggung biasanya memberikan pemegang polis tingkat premi yang lebih rendah atau biaya administrasi klaim yang lebih rendah, dengan cara pembagian dividen atau pengembalian premi.

ADMINISTRASI PIHAK KETIGA

Metode lain administrasi klaim adalah pemrosesan klaim oleh pihak ketiga. Seperti dengan sistem buku draft, pihak ketiga diberikan buku draft dan wewenang untuk membayar klaim dengan menggunakan dana perusahaan asuransi. Paket kesejahteraan serikat buruh (*union welfare plan*), kelompok beberapa pemberi kerja atau pengusaha (*multiple employer group*), dan kelompok asosiasi (*association group*) biasanya merupakan pemegang polis yang menggunakan administrator pihak ketiga saat mereka tidak bisa lagi memproses klaim mereka secara ekonomis.

3.4. METODE ADMINISTRASI KLAIM

Ada dua cara utama yang dilakukan penanggung untuk menangani proses klaim: penyerahan langsung (*direct submission*) ke penanggung, dan penyerahan melalui pemegang polis (*policyholder submission*) pada asuransi kumpulan.

PENYERAHAN LANGSUNG

Dengan penyerahan langsung oleh pemegang polis dilengkapi dengan formulir klaim dan petunjuk bagaimana caranya mengajukan klaim. Pemegang polis mengajukan klaim langsung ke perusahaan asuransi. Penanggung memelihara data cakupan pemegang polis dan melakukan verifikasi cakupan tadi pada saat klaim diterima. Penanggung kemudian melakukan pembayaran klaim langsung ke pemegang polis atau langsung ke penyedia pelayanan kesehatan bila pengaturan manfaatnya ditentukan demikian.

PENDEKATAN CLAIM-KIT

Dengan pendekatan *claim-kit*, setiap pemegang polis dilengkapi dengan *claim-kit* yang di dalamnya terdapat formulir klaim yang harus dilengkapi oleh tertanggung dan oleh penyedia layanan kesehatan. Bagi penanggung kumpulan, pemegang polis tidak bertanggung jawab untuk mengisi kelengkapan klaim pada formulir. *Claim-kit* berisi instruksi bagaimana untuk mengisi formulir klaim, dan bagaimana menyerahkan klaim tersebut. *Claim-kit* biasanya berisi kartu pengenalan atau identitas yang berisi uraian singkat manfaat yang tersedia dan menjadi rujukan penyedia layanan kesehatan ke penanggung untuk melakukan verifikasi bahwa pengaju klaim memang ditanggung. Penanggung memeriksa eligibilitas pengaju klaim dari catatan yang mereka miliki.

Ketika tertanggung masuk rumah sakit, umumnya rumah sakit melakukan verifikasi manfaat langsung dengan penanggung. Ada kalanya pemegang polis dari kontrak kumpulan dihubungi, karena namanya tercantum dalam kartu identitas asuransi. Persetujuan manfaat bisa dibayarkan langsung ke penyedia layanan kesehatan, bisa juga tidak, tergantung pada provisi yang tercantum dalam polis.

Pendekatan *claim-kit* awalnya dikembangkan khusus untuk kelompok yang besar. Karena pendekatan ini berhasil baik, beberapa penanggung menerapkan pendekatan ini pada kelompok yang lebih kecil kurang dari 100 jiwa dan pada tertanggung perorangan.

PENDEKATAN KARTU

Cara pengajuan klaim antara pendekatan kartu (*card-only approach*) sangat berbeda dengan pendekatan *claim-kit*. Dengan pendekatan ini setiap tertanggung dilengkapi dengan kartu identifikasi peserta asuransi dengan manfaat yang tertulis pada kartu. Dari kartu tersebut bisa diketahui bahwa manfaat dapat dibayarkan langsung ke penyedia layanan kesehatan oleh penanggung, dan bagi penyedia layanan kesehatan itu sendiri kartu sebagai jaminan memberikan manfaat kepada pemilik kartu. Tidak ada formulir klaim yang dibutuhkan dan penyedia layanan kesehatan menyerahkan tagihan langsung ke penanggung setelah dilengkapi dengan identifikasi, rincian dan informasi lain yang dibutuhkan untuk memperoleh pembayaran.

Pendekatan kartu ini berjalan baik untuk pengusaha atau pemberi kerja yang besar, dengan lokasi karyawan terpusat, dan populasi pekerja stabil, dan cakupan paket asuransi biaya medisnya cukup luas dengan sedikit pembatasan dan pengecualian. Penanggung untuk asuransi perorangan juga mencoba pendekatan kartu ini.

PENYERAHAN MELALUI PEMEGANG POLIS

Agar karyawan tidak perlu menyerahkan klaim secara langsung ke perusahaan asuransi untuk melakukan verifikasi cakupan, beberapa pemegang polis kumpulan melakukan sendiri tugas ini. Walaupun pendekatan ini kurang populer dibandingkan penyerahan langsung cara ini masih dipergunakan oleh beberapa pengusaha kecil dan menengah. Langkah-langkah penyerahan klaim melalui pemegang polis ini adalah:

- karyawan atau pengaju klaim memberitahu atau melapor ke pemegang polis.
- pemegang polis akan melakukan verifikasi apakah karyawan tersebut merupakan peserta yang berhak dan cakupan manfaatnya masih berlaku.
- pemegang polis memberikan formulir klaim untuk pengaju klaim, bersama dengan instruksi pengisian untuk melengkapinya.

- setelah formulir klaim diisi lengkap dan telah diterima dari tertanggung, pemegang polis memeriksa kelengkapannya, mengesahkan tertanggung memang berhak atas cakupan, dan mengirimkan klaim ke penanggung.
- penanggung memproses klaim, dan mengirimkan pembayaran ke pemegang polis untuk diteruskan ke tertanggung (pembayaran dapat juga dilakukan langsung ke tertanggung), kecuali manfaat yang harus dibayarkan ke penyedia layanan kesehatan.

3.5. DOKUMENTASI KLAIM

Sebelum membayar klaim, penanggung harus menyiapkan dokumentasi klaim (*claim documentation*) yang meliputi pemberitahuan klaim (*notice of claim*), bukti kerugian (*proof of loss*), dan status cakupan (*status of coverage*).

PEMBERITAHUAN KLAIM

Provisi pemberitahuan klaim (*notice of claim*) yang tercantum dalam polis kumpulan maupun perorangan menyatakan bahwa tertanggung harus mengajukan pemberitahuan klaim secara tertulis setiap kerugian yang tercakup dalam polis – umumnya dalam tempo 20 hari setelah terjadinya atau awal terjadinya kerugian atau sesegera mungkin.

Beberapa penanggung menyediakan formulir pemberitahuan klaim pada setiap polis yang diterbitkan. Saat terjadi klaim dan pemberitahuan disampaikan ke penanggung, penanggung akan mengirimkan sebuah formulir pemberitahuan klaim yang baru kepada tertanggung. Permintaan pemberitahuan ini terpenuhi, jika pemberitahuan diberikan peserta ke penanggung baik kantor pusat atau kantor cabang, atau kepada perwakilan yang ditunjuk penanggung.

Pemberitahuan klaim ini untuk mengingatkan penanggung akan kemungkinan adanya kerugian, sehingga diperlukan formulir yang akan dilengkapi dengan bukti kerugian (*proof of loss*). Selain itu, dengan pemberitahuan ini penanggung memulai bekerja menyusun berkas klaim dan menentukan status polisnya.

BUKTI KERUGIAN

Untuk manfaat rumah sakit atau manfaat biaya medis, bukti kerugian tertulis harus disertakan dalam 90 hari sejak tanggal terjadinya kerugian. Dan untuk manfaat disabilitas pendapatan, bukti kerugian tertulis harus disertakan dalam 90 hari setelah masa tanggung jawab asuransi berakhir. Keterlambatan menyerahkan bukti tertulis setelah batas hari yang ditentukan tidak membatalkan klaim, namun bukti-bukti kerugian yang ada harus disertakan secepat mungkin.

FORMULIR KLAIM

Bukti kerugian biasanya disampaikan dalam formulir klaim (*claim form*) yang diberikan penanggung. Tujuan formulir klaim adalah untuk menegakkan fakta sehubungan dengan kerugian sehingga dapat dievaluasi dan diketahui tanggung jawab penanggung untuk membayar. Formulir klaim terdiri dari pernyataan tertanggung atau pengaju klaim, pernyataan dari dokter, dalam beberapa kasus, pernyataan rumah sakit dibutuhkan sebagai

pengganti surat dokter. Beberapa rumah sakit atau dokter yang bekerja sama dengan klinik besar menggunakan formulirnya sendiri daripada menggunakan formulir yang disediakan penanggung. Selama formulir berisi informasi yang benar, akan diterima oleh hampir semua penanggung.

Formulir klaim yang seragam dan sederhana untuk penanggung kumpulan dan perorangan telah dikembangkan untuk digunakan oleh rumah sakit dan dokter. Di Amerika Serikat, para profesional penyedia layanan kesehatan dan pemasok alat kesehatan harus menyerahkan klaim dengan menggunakan formulir 1500, sedangkan lembaga-lembaga penyedia layanan kesehatan harus menyerahkan klaim menggunakan formulir UB-04.

- **Uniform Billing UB-04**, yaitu formulir yang digunakan untuk menyerahkan tagihan dari rumah sakit dan instansi penyelenggara pelayanan kesehatan lainnya. Di dalamnya tercantum ringkasan tagihan biaya seperti biaya pelayanan kesehatan yang diberikan ke pasien, diagnosis, prosedur medis, dan informasi pembayaran. Juga di dalamnya terdapat ringkasan rekening pasien dan informasi lainnya. Badan komite bekerja di seputar penagihan klaim biaya medis, National Uniform Billing Committee (NUBC) telah menyusun bentuk formulir dan kode yang digunakan dalam penagihan klaim medis di Amerika Serikat untuk dipakai oleh institusi penyedia layanan kesehatan, seperti rumah sakit, panti jompo, hospice care, agensi perawatan kesehatan di rumah, dan penyedia layanan kesehatan lainnya. The NUBC dibentuk oleh American Hospital Association (AHA) pada tahun 1975. Semua organisasi besar penyedia layanan kesehatan dan pembayar nasional berpartisipasi dalam diskusi dan membuat kebijakan dan menyusun pedoman. Pada tahun 1982 setelah melalui kegiatan dan perdebatan, UB-82 muncul sebagai formulir tagihan nasional yang sah. Setelah moratorium 8 tahun untuk perubahan, UB-82 digantikan dengan UB-92 (HCFA-1450), dan menjadi standar formulir penagihan klaim medis institusi di Amerika Serikat, sampai akhirnya menjadi UB-04 yang diberlakukan 23 Mei 2007. Formulir ini juga dipakai oleh Medicare dan Medicaid. [\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) (Gambar 3.1)
- **Health Insurance Claim 1500**, adalah formulir yang digunakan untuk menyerahkan klaim untuk pelayanan dan perawatan medis dan alat kesehatan. Formulir 1500 berisi informasi tentang siapa pembayar pasien bertanggung, diagnosa, prosedur, pelayanan atau bahan atau alat kesehatan, dan biaya pelayanan kesehatan. Form ini telah disetujui oleh American Medical Association (AMA) sebagai satu upaya mengurangi dan menyederhanakan kertas kerja asuransi untuk penyelenggara pelayanan kesehatan. Bentuk CMS-1500 adalah bentuk formulir klaim 1500 yang digunakan oleh administrator Medicare dan Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) bagi klaim dari dokter dan pemasok alat kesehatan. Dengan transisi dari komunitas medis untuk pertukaran data elektronik (*electronic data interchange, EDI*) dan proliferasi definisi elemen data antara berbagai pembayar, menjadi penting bahwa suatu organisasi dibentuk untuk menjaga keseragaman dan standarisasi di bidang ini. NUCC (National Uniform Claim Committee) bertanggung jawab untuk menjaga integritas kumpulan data elektronik (*softcopy*) dan tata letak fisik dari lembaran formulir klaim 1500 (*hardcopy*). [\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[6\]](#) (Gambar 3.2)

STATUS CAKUPAN

Sebelum memproses klaim, penanggung harus menentukan status cakupan (*status of coverage*) bertanggung. Yang dimaksud status cakupan dalam hal ini adalah ketentuan-ketentuan yang menentukan apakah manfaat merupakan hak bertanggung .

1	2	3a PAT CNTL #	4 TYPE OF BILL
5 FED. TAX NO.	6 STATEMENT COVERS PERIOD FROM	7 THROUGH	
8 PATIENT NAME	a	9 PATIENT ADDRESS	a
10 BIRTHDATE	11 SEX	12 DATE	13 ADMISSION 13 FPI
14 TYPE	15 SRC	16 DHR	17 S IAT
18	19	20	21
22	23	24	25
26	27	28	29
30	31	32	33
34	35	36	37
38	39	40	41
42	43	44	45
46	47	48	49
50	51	52	53
54	55	56	57
58	59	60	61
62	63	64	65
66	67	68	69
70	71	72	73
74	75	76	77
78	79	80	81
82	83	84	85
86	87	88	89
90	91	92	93
94	95	96	97
98	99	100	101

US-04 CMS-1450 APPROVED CMB NO 0938-0997 NUBCSM National Uniform Billing Committee THE CERTIFICATIONS ON THE REVERSE APPLY TO THIS BILL AND ARE MADE A PART HEREOF.

Gambar 3.1. Uniform Billing UB-04

1500
HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE 08/05

PICA
PICA

1. MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> CHAMPVA <input type="checkbox"/> GROUP HEALTH PLAN <input type="checkbox"/> FECA <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>		1a. INSURED'S I.D. NUMBER (For Program in Item 1)	
2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)		4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)	
5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street)		7. INSURED'S ADDRESS (No., Street)	
CITY STATE		CITY STATE	
ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code)		ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code)	
9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)		11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER	
a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER		a. INSURED'S DATE OF BIRTH SEX	
b. OTHER INSURED'S DATE OF BIRTH SEX		b. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME	
c. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME		c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME	
d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME		d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN?	
12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE		13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE	
14. DATE OF CURRENT ILLNESS OR INJURY		15. IF PATIENT HAS HAD SAME OR SIMILAR ILLNESS	
17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE		18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES	
19. RESERVED FOR LOCAL USE		20. OUTSIDE LAB? \$ CHARGES	
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY		22. MEDICAID RESUBMISSION CODE ORIGINAL REF. NO.	
24. A. DATE(S) OF SERVICE		25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER SSN EIN	
24. B. PLACE OF SERVICE		26. PATIENT'S ACCOUNT NO.	
24. C. EMG		27. ACCEPT ASSIGNMENT?	
24. D. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES		28. TOTAL CHARGE	
24. E. DIAGNOSIS POINTER		29. AMOUNT PAID	
24. F. \$ CHARGES		30. BALANCE DUE	
24. G. DAYS OF UNITS		31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER	
24. H. PERSON/Family Plan		32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION	
24. I. ID QUAL		33. BILLING PROVIDER INFO & PH #	
24. J. RENDERING PROVIDER ID #			

NUCC Instruction Manual available at: www.nucc.org APPROVED OMB-0938-0999 FORM CMS-1500 (08-05)

Gambar 3.2. Health Insurance Claim 1500

TANGGAL EFEKTIF CAKUPAN

Kerugian yang terjadi sebelum tanggal berlakunya cakupan (*effective date of coverage*) tidak akan diganti. Tanggal dan persyaratan cakupan mulai berlaku sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam polis dan surat permohonan asuransi (SPA).

Tanggal cakupan untuk asuransi kesehatan kumpulan. Untuk klaim kumpulan, perlu ditelaah apakah polis masih berlaku pada saat terjadinya kerugian dan apakah cakupan karyawan atau keluarganya masih berlaku pada saat terjadi kerugian. Kedua hal tersebut harus dilihat kembali sebelum membayar klaim.

Tanggal cakupan untuk asuransi kesehatan perorangan. Untuk klaim perorangan, jika pengaju klaim belum membayar premi, penanggung umumnya tidak membayar cakupan. Jika tertanggung baru membayar premi pada saat mengajukan klaim, biasanya diberikan pengecualian bersyarat. Selain menerima premi yang dibayarkan, adalah tercantum di polis bahwa cakupan tersebut bisa diterapkan efektif sejak tanggal pengajuan atau pemeriksaan medis (jika diperlukan), mana yang lebih belakangan. Beberapa pengadilan di Amerika Serikat memutuskan bahwa, mengabaikan maksud penerimaan bersyarat, penanggung harus memberikan cakupan sementara untuk mencegah penolakan kemudian pengajuan klaim lebih lanjut oleh penanggung.

STATUS POLIS

Agar manfaat dapat dibayarkan sesuai paket kumpulan atau perorangan, kerugian harus terjadi selama polis masih berlaku (*in force*). Oleh karena itu informasi harus dapat disajikan, premi sudah dibayar dan kerugian terjadi pada saat polis masih berlaku. Dalam masa tenggang (*grace period*) polis dianggap masih berlaku.

Pemulihan polis kumpulan. Polis kumpulan biasanya membolehkan masa tenggang pembayaran premi selama 31 hari. Polis umumnya tidak serta merta dibatalkan jika premi tidak dibayar sampai hari ke-31 di masa tenggang tersebut. Penanggung akan melakukan usaha untuk mendapatkan pembayaran premi tersebut. Jika pembayaran tidak diterima pemberitahuan resmi pembatalan dikirim ke pemegang polis. Kerugian yang terjadi setelah masa tenggang berakhir tidak akan di bayar kecuali polisnya dipulihkan. Dalam beberapa kasus, penanggung memulihkan polis (*reinstatement*) tersebut setelah tunggakan premi dibayar. Klaim yang diterima dalam masa tenggang lalu dibayarkan.

Pemulihan polis perorangan. Apabila polis perorangan ditunda (*lapse*) kemudian dipulihkan, kerugian selama periode menunggang tidak akan dibayarkan. Di Amerika Serikat, Undang-undang Uniform Policy Provision Law yang digunakan oleh perusahaan asuransi kesehatan perorangan menetapkan bahwa polis yang dipulihkan harus mencakup kerugian hanya cedera akibat kecelakaan yang diderita setelah tanggal pemulihan, dan penyakit yang timbul lebih dari 10 hari setelah tanggal tersebut. Beberapa penanggung memperluas ketentuan ini dan mencakup kejadian sakit kapan saja setelah tanggal pemulihan.

Tertanggung yang ingin memulihkan polisnya yang tertunda (*lapse*) akan diminta melengkapi suatu permohonan pemulihan yang harus diisi dengan riwayat kesehatan yang bersangkutan. Jika klaim yang diajukan untuk permohonan pemulihan terjadi dalam masa pengujian (*contestable period*) lazimnya 2 tahun, dan jika terdapat kekeliruan yang materiil (*material misrepresentation*) pada permohonannya, penanggung dapat menunda pemulihan polis tersebut dan mengembalikan semua premi yang dibayarkan sejak tanggal pemulihan.

KONDISI PERMULAAN

Formulir klaim atau bukti kerugian biasanya ditetapkan ketika kecelakaan terjadi pada paket kumpulan dan perorangan. Jika ada kecurigaan bahwa kerugian dimulai selama masa pengujian (*contestable period*) yang mungkin disebabkan karena cedera yang terjadi sebelum tanggal efektif cakupan, hal ini bisa diatasi dengan melakukan penyelidikan.

Menentukan permulaan sakit dengan tepat terkadang lebih sulit daripada menentukan permulaan cedera. Banyak kondisinya dimulai dengan gejala yang samar yang tidak dipedulikan oleh banyak orang. Beberapa orang mengobati diri mereka sendiri sebelum mencari pengobatan medis. Data yang pasti tidak tercatat bahkan terlupakan. Penanggung tidak dapat berpegang pada informasi semacam itu untuk menentukan kapan suatu penyakit dijamin atau dimulai. Pengujiannya adalah ketika penyakit itu pertama kali nampak, umumnya bersamaan dengan upaya pencarian pengobatan pertama. Jika yang bersangkutan menunda pencarian pengobatan, kondisi penyakitnya dapat terlihat pada tingkat tertentu yang menyebabkan orang itu mencari diagnosa, pelayanan, atau pengobatan.

VALIDITAS POLIS

Walaupun penyerahan klaim tidak sering selama masa pengujian, ada penanggung baik kumpulan maupun perorangan ingin memeriksa validitas polis karena adanya kekeliruan yang materiil dalam surat permohonan polis. Jika terjadi kondisi kekeliruan yang materiil dan polis tidak dapat digunakan untuk keadaan apapun, penanggung dapat melakukan pembatalan (*rescission*) polis. Jika terjadi kondisi kekeliruan yang materiil dan penanggung mungkin telah menawarkan polis dengan suatu tambahan pengecualian (*exclusion rider*) atau pada penambahan premi (*additional premium*), penanggung bisa menawarkan untuk mengubah polis yang ada, efektif mulai tanggal penerbitan. Jika perubahan tidak dapat diterima oleh tertanggung, penanggung dapat membatalkan polis.

Di Amerika Serikat setelah 2 tahun (di beberapa negara bagian 3 tahun) sejak tanggal penerbitan polis, penanggung dapat menguji validitas polis yang disebabkan oleh kekeliruan yang materiil pada surat permohonan asuransi (SPA).

MANFAAT BAGI PENERIMA YANG BERHAK

Agar secara efektif dapat memenuhi kewajiban atas klaim tertentu, penanggung kumpulan maupun perorangan harus membayar manfaat kepada orang yang tepat, biasanya adalah tertanggung sendiri. Penanggung harus mempertimbangkan setiap penunjukan penyerahan manfaat (*assignment of benefits*) atau otorisasi yang telah di buat oleh tertanggung untuk membayar dokter, rumah sakit, atau kreditor.

3.6. PEMROSESAN KLAIM

Penanggung mempunyai metode-metode tertentu untuk menangani berbagai jenis klaim asuransi.

KLAIM BIAYA MEDIS

Polis yang mencakup biaya medis dasar (*basic medical expenses*) serta biaya medis besar atau utama (*major medical expenses*), memiliki karakteristik luas manfaat yang berbeda-beda terlihat pada provisi di dalam polis. Sebelum seorang pemeriksa klaim (*claim examiner*) mengesahkan manfaat yang dapat dibayar, ia harus menentukan pelayanan atau apa saja yang telah diberikan, dan apakah semuanya itu tercakup dalam polis, sebelum menghitung jumlah manfaat yang akan dibayarkan, bila ada, biaya-biaya yang terjadi.

BIAYA RUMAH SAKIT

Dalam memperhitungkan klaim biaya rumah sakit (*hospital expenses*), maka diagnosa pasien, usia dan jenis kelamin merupakan faktor penting dalam menilai apakah pengeluaran itu memang diperlukan tepat alasannya dan biaya pelayanannya, serta apakah lamanya waktu tinggal di rumah sakit tepat atau berlebihan. Norma statistik dikembangkan untuk menentukan rata-rata lamanya waktu tinggal di rumah sakit untuk kondisi-kondisi yang umum terjadi. Jika lamanya tinggal di rumah sakit jauh lebih lama dari norma yang ada, perlu menghubungi rumah sakit atau dokter untuk mendapatkan informasi tambahan.

BIAYA TENAGA PROFESIONAL

Termasuk dalam asuransi biaya medis adalah klaim-klaim dimana manfaat dapat dibayarkan untuk jasa profesional seperti kunjungan dokter di dalam atau di luar rumah sakit, diagnosa sinar X, uji laboratorium, dan terapi radiasi. Kecuali jika ada indikasi penyalahgunaan (*abuse*), pemeriksaan klaim biasanya dilakukan secara langsung, sepanjang pembayaran sesuai diagnosa, atau perawatan untuk kecelakaan bukan hubungan kerja (*non-occupational*) atau sakit dan memenuhi segala ketentuan polis. Rumusan manfaat dan tarif yang tercantum dalam polis digunakan untuk menghitung manfaat biaya medis dasar.

KLAIM MEDIS UTAMA

Ketika klaim medis besar atau utama (*major medical*) diberikan, informasi pada formulir klaim dapat ditambahkan melalui perincian tagihan untuk pelayanan atau apa saja yang diberikan. Karena tagihan bisa berasal dari berbagai sumber yang berbeda, setiap tagihan harus dikaji ulang untuk menentukan apakah hal itu mengacu kepada pasien dan kondisi yang dilaporkan dalam formulir klaim. Hal ini penting karena polis mungkin memiliki pembatasan kondisi yang sudah ada sebelumnya (*pre-existing conditions limitation*).

MENETAPKAN MASA MANFAAT

Secara umum, persyaratan untuk menetapkan masa manfaat atau periode manfaat (*benefit period*) dipenuhi jika biaya-biaya medis yang dicakup sesuai dengan jumlah deductible selama dalam periode yang ditetapkan dalam polis. Kontrak kumpulan umumnya dibayarkan berdasarkan tahun kalender. Polis biaya medis utama perorangan pada dasarnya terdiri dua jenis: manfaat yang dibayarkan per-kasus penyakit (*per-cause*), atau berdasarkan tahun kalender (*per calendar year*). Pengeluaran biaya yang ditanggung selama masa manfaat dapat dibayarkan. Semua pengeluaran yang dilakukan setelah masa manfaat tidak akan dapat dibayarkan, kecuali jika persyaratan untuk masa manfaat yang baru terpenuhi.

Penguji atau pemeriksa klaim menyusun seluruh tagihan sesuai urutan kronologisnya untuk menentukan apakah persyaratan telah terpenuhi untuk masa manfaat tertentu, atau apakah pembayaran terjadi dalam tahun kalender yang sama. Jika manfaat dibayarkan berdasarkan kasus, pemeriksa menentukan apakah semua tagihan untuk penyakit yang sama atau yang masih berkaitan. Jika persyaratan untuk menerapkan masa manfaat tidak terpenuhi, klaim seharusnya ditolak dengan penjelasan yang tepat.

BATASAN BIAYA YANG WAJAR DAN BIASA BERLAKU

Dalam mengkaji ulang klaim medis, pertimbangan utama ditujukan kepada pelayanan dan peralatan yang diperlukan dan batas tagihan yang diperkenankan (*eligible charge limit*), yang biasanya berdasarkan penentuan biaya yang wajar dan biasa atau umum berlaku (*reasonable and customary charges*).

Pertimbangan juga dapat diberikan untuk kondisi yang konkuren dan komplikasi, dokter spesialis berpengalaman dan profesional, dan status ekonomi tertanggung. Sebagai contoh, jika klaim bedah tidak mengandung informasi yang cukup untuk membenarkan biaya yang dikenakan, perlu salinan laporan operasi yang menjelaskan operasi yang dilakukan aman, atau ahli bedah yang dihubungi untuk diminta rincian tambahan untuk menentukan apakah ada komplikasi yang akan membenarkan biaya yang lebih tinggi. Jika kesepakatan biaya tidak dapat dicapai antara ahli bedah dan perusahaan asuransi, klaim tersebut dapat dirujuk kepada komite komunitas medis untuk dilakukan penilaian sejawat (*peer review*).

Batasan biaya yang wajar dan biasa berlaku untuk prosedur atau pelayanan yang sama, tidak seragam diantara para penanggung, pemegang polis kumpulan, pemberi kerja, administrator, dan organisasi pembayar klaim lainnya. Variasi terjadi akibat adanya keinginan yang berbeda-beda dalam memberikan manfaat dan perbedaan basis data yang menggunakan metodologi, periode pengumpulan data, dan wilayah geografis yang berbeda (baca Bab 1 tentang Biaya Pelayanan Kesehatan).

AHIP menghasilkan basis data tentang informasi pembayaran klaim, yang dikenal dengan nama Prevailing Healthcare Charges System (PHCS). Data PHCS, dapat digunakan oleh organisasi yang terdaftar, secara luas digunakan oleh penanggung dan pembayar lainnya untuk membuat batasan biaya yang wajar dan biasa berlaku. Basis data PHCS mengumpulkan tagihan dari klaim untuk pembedahan, anesthesia, medis, gigi, dan pelayanan rumah sakit, begitu juga peralatan, obat-obatan dan perlengkapan lainnya. Laporan yang dibuat setengah tahun sekali menunjukkan pembayaran tagihan berdasarkan wilayah geografis, kode prosedur, rata-rata (*mean*), modus, dan 8 persentil (bervariasi dari persentil ke 50 sampai persentil ke 95). Perusahaan-perusahaan juga menggunakan pengalaman klaim mereka dalam mengembangkan statistik untuk menentukan batasan biaya yang wajar dan biasa berlaku.

KLAIM DISABILITAS PENDAPATAN KUMPULAN

Pengusaha atau pemberi kerja memberikan asuransi disabilitas pendapatan jangka pendek dan jangka panjang untuk menggantikan pendapatan pegawai yang hilang karena tidak dapat bekerja akibat sakit atau celaka. Asuransi disabilitas jangka pendek (*short-term disability, STD*) memberikan manfaat pendapatan atau penghasilan untuk jangka waktu mulai dari 6 bulan sampai 2 tahun selama tidak dapat bekerja. Asuransi disabilitas jangka panjang (*long term disability, LTD*) memberikan manfaat pendapatan untuk jangka waktu yang lebih panjang setelah karyawan yang tidak dapat bekerja selama periode waktu tertentu.

KLAIM DISABILITAS PENDAPATAN JANGKA PENDEK

Bukti kerugian dicantumkan dalam formulir klaim yang terdiri dari pernyataan bertanggung mengenai disabilitas atau ketidakmampuannya, pernyataan dokter, dan pernyataan pemberi kerja yang mengindikasikan tanggal dan alasan bertanggung berhenti bekerja. Pencatatan yang segera dari klaim ini sangat penting, dan harus dilakukan begitu masa tunggu manfaat (*benefit waiting period*) diselesaikan. Begitu bertanggung kembali bekerja, kecil kesempatan untuk melakukan pengendalian dan penyelidikan yang efektif.

Klaim disabilitas pendapatan jangka pendek (*short-term disability income claim, STD claim*) dibandingkan dengan perkiraan norma disabilitas yang lazim untuk kondisi yang sama. Jika dokter memperkirakan panjangnya waktu disabilitas terlalu lama dibandingkan disabilitas yang wajar, atau ada alasan untuk mempertanyakan informasi yang diberikan, pemeriksa klaim dapat meminta informasi tambahan dari dokter, atau meminta bertanggung untuk mengikuti pengujian fisik oleh dokter konsultan penanggung. Setelah klaim disetujui, manfaat mingguan dibayarkan sampai bertanggung sembuh, atau sampai menerima manfaat maksimum yang ditentukan oleh paket kumpulan. Beberapa aturan juga dibuat untuk kajian berkala atas klaimnya untuk meyakinkan bahwa disabilitas total terus berlanjut dan bertanggung tetap berada di bawah perawatan dokter. Laporan tambahan dari dokter bisa diminta sewaktu-waktu untuk maksud tersebut.

Peraturan federal Amerika Serikat mengharuskan penanggung memberikan pengaju klaim kesempatan untuk mendapatkan keringanan pajak penghasilan dari manfaat disabilitas mereka. Penanggung bertanggung jawab untuk melaporkan dan mengirimkan pajak tersebut ke pemerintah federal.

Peraturan federal lainnya mengamanatkan bahwa penanggung menahan pajak Jaminan Sosial bagian karyawan dari manfaat yang diberikan selama 6 bulan pertama disabilitas. Pajak Jaminan Sosial yang ditahan hanya berkenaan dengan porsi manfaat disabilitas disebabkan adanya kontribusi premi majikan. Misalnya jika majikan atau pemberi kerja membayar 60% dari premi, maka hanya 60% dari manfaat yang kena pajak. Penanggung harus membayarkan pajak tersebut kepada pemerintah, dan penanggung memberitahu pemegang polis tentang jumlah yang disetorkan.

KLAIM DISABILITAS PENDAPATAN JANGKA PANJANG

Karena masa pemberian manfaat yang lama dan besar manfaat bulanan yang tinggi, sebuah klaim disabilitas jangka panjang (*long-term disability income claim, LTD claim*) dapat merupakan potensi kewajiban atau liabilitas yang besar. Karenanya, klaim-klaim ini harus diperhatikan lebih teliti dibandingkan klaim STD walaupun prosesnya hampir sama.

Pengujian klaim LTD berbeda dari pengujian klaim STD dalam beberapa aspek. Pertama, di bawah polis LTD, penghasilan dari sumber-sumber lain biasanya didahulukan dalam menentukan manfaat bulanan yang dapat dibayarkan kepada bertanggung, hal ini tidak terjadi pada STD. Perbedaan kedua terletak pada potensi yang lebih besar untuk berpura-pura ketika terdapat manfaat jangka panjang LTD. Manfaat yang tinggi yang diberikan oleh LTD dapat menurunkan keinginan bertanggung untuk bekerja, khususnya jika yang bersangkutan tidak mempunyai terlalu banyak opsi pekerjaan atau sedang menghadapi masa pensiun.

Bukti insurabilitas dan pengecualian kondisi yang sudah ada sebelumnya juga dapat menjadi faktor dalam cakupan LTD. Bukti insurabilitas kadang merupakan prasyarat untuk asuransi LTD. Jika klaim timbul selama masa pengujian

(*contestable period*), surat permohonan asuransi (SPA) akan diteliti dengan hati-hati dan akan diselidiki untuk menentukan jika ada kekeliruan yang materiil berdasarkan kerusakan fisik sebelumnya, atau perawatan medis, atau jika ada fakta-fakta yang tidak diungkapkan. Dengan adanya kekeliruan yang materiil, penanggung bisa menolak SPA atau menerima dengan persyaratan lain berdasar fakta-fakta yang ditemukan.

Penyelidikan juga diperlukan jika ada klausula pengecualian kondisi yang sudah ada sebelumnya dalam polis. Secara umum, jika penyelidikan menunjukkan bahwa disabilitas disebabkan oleh kecelakaan atau penyakit yang terjadi sebelum berlakunya asuransi, klaim dapat ditolak.

Di Amerika Serikat, manfaat LTD memiliki persyaratan perpajakan federal yang sama dengan manfaat STD.

KLAIM KREDIT KESEHATAN

Klaim kredit kesehatan (*credit health claim*) adalah jenis khusus dari klaim disabilitas. Asuransi kredit kesehatan memberikan pembayaran berdasarkan pinjaman jika peminjam kredit atau debitur tidak mampu membayar pinjaman karena disabilitas. Peminjam kredit biasanya dianggap benar-benar tidak mampu membayar ketika yang bersangkutan harus mundur dari pekerjaan akibat kecelakaan atau penyakit.

Manfaat dibayarkan kepada kreditur sesuai jumlah cicilan bulanan dan diteruskan selama debitur mengalami disabilitas total, tetapi untuk kredit yang dinyatakan batal atau sudah lunas. Karena tidak terkait hubungan industrial karyawan-pengusaha (*employee-employer relationship*), deteksi dini kepura-puraan atau penyalahgunaan menjadi lebih sulit dan, karena itu pertimbangan dalam pembayaran klaim menjadi sangat penting.

KLAIM DISABILITAS PENDAPATAN PERORANGAN

Penanggung asuransi perorangan menawarkan cakupan disabilitas kepada perorangan sebagai pengganti penghasilan mereka yang hilang akibat sakit atau kecelakaan. Provisi atau ketentuan dalam polis dan perbedaan jenis disabilitas mempengaruhi klaim-klaim untuk manfaat disabilitas pendapatan.

DISABILITAS TOTAL YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEKERJAAN

Beberapa jenis definisi yang umum mengenai disabilitas total dalam polis disabilitas adalah:

- ketentuan tentang disabilitas pekerjaan sendiri (*own occupation*), yang mensyaratkan bahwa untuk mendapatkan manfaat, tertanggung harus tidak dapat menjalankan tugas pekerjaannya sendiri.
- ketentuan tentang disabilitas pekerjaan apapun (*any occupation*), yang mensyaratkan bahwa untuk mendapatkan manfaat, tertanggung harus tidak dapat melakukan setiap pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan, pelatihan dan pengalaman yang bersangkutan.

PERBEDAAN ANTARA CEDERA DAN PENYAKIT

Perbedaan antara cedera (*injury*) dan penyakit (*sickness*) merupakan pertimbangan utama klaim disabilitas. Sejumlah polis perorangan memberikan manfaat diberikan hanya bila disabilitas diakibatkan oleh cedera badan

akibat kecelakaan. Polis-polis yang mencakup cedera dan penyakit memiliki masa eliminasi yang lebih singkat dan manfaat maksimum yang lebih lama daripada disabilitas karena cedera saja.

DISABILITAS SEBAGIAN

Pembayaran disabilitas sebagian (*partial disability*) dirancang untuk mendorong tertanggung untuk berusaha kembali bekerja tanpa sanksi. Manfaat dibayar jika tertanggung memenuhi definisi cacat total dan tidak dapat bekerja penuh waktu (*full-time*) atau dilarang melakukan satu atau lebih tugas penting pekerjaannya. Dalam beberapa kasus, tertanggung sesungguhnya dapat kembali bekerja penuh waktu tetapi kegiatan yang dapat dilakukannya terbatas. Ada kecenderungan untuk klaim disabilitas sebagian diberikan manfaat ini sampai batas maksimum periode yang tercantum dalam polis, biasanya tidak lebih dari 6 bulan.

DISABILITAS BERULANG

Ketika menilai klaim perorangan terkait dengan periode atau masa disabilitas yang berulang (*recurrent disability*), penanggung harus menentukan apakah periode yang kemudian tersebut dianggap sebagai klaim baru atau klaim lanjutan dari periode disabilitas sebelumnya. Menentukan hal ini tidaklah mudah.

Jika disabilitas total diakibatkan cedera dan tertanggung dan tertanggung telah kembali bekerja, disabilitas dianggap telah berakhir. Jika ada masalah di kemudian dari akibat cedera awal menyebabkan masa kerugian yang lain, disabilitas tersebut dianggap sebagai disabilitas akibat penyakit kecuali kekambuhan tersebut dimulai dalam waktu yang bisa dipertimbangkan sebagai disabilitas akibat cedera. Jika tertanggung mencoba untuk bekerja tetapi tidak mampu untuk melanjutkan, periode yang kemudian ini dianggap sebagai kelanjutan dari klaim awal sebelumnya. Apa yang dimaksud kembali bekerja dan berapa lama jangka waktu yang dipertimbangkan adalah hal-hal yang harus berdasar pada fakta-fakta dari kasus perorangan dan bahasa kontrak dalam polis.

DISABILITAS RESIDUAL

Disabilitas residual (*residual disability*) atau disebut juga disabilitas sebagian tetap (*permanent partial disability*) adalah konsep yang didasarkan pada berkurangnya pendapatan. Manfaat residual mengganti persentase manfaat disabilitas total sebanyak persentase hilangnya pendapatan akibat disabilitas. Jika kondisi membaik dan persentase dari hilangnya pendapatan menurun, persentase dari manfaat disabilitas total juga menurun.

Pemeriksa klaim harus memantau klaim disabilitas residual untuk mencegah kemungkinan penyalahgunaan. Oleh karena persentase pendapatan sebelumnya menentukan jumlah manfaat, klaim pemeriksa harus mendapatkan informasi yang akurat mengenai penghasilan tertanggung sebelum disabilitas dimulai, dan pendapatan tertanggung saat disabilitas berlanjut. Penguji atau pemeriksa klaim harus memantau kondisi medis tertanggung untuk menentukan apakah yang bersangkutan benar-benar tidak dapat bekerja penuh waktu.

3.7. PENYELIDIKAN KLAIM

Penyelidikan klaim (*claim investigation*) diperlukan untuk:

- kerugian yang terjadi selama masa pengujian (*contestable period*)

- klaim disabilitas pendapatan yang dipertanyakan sebagai kelanjutan atau lamanya disabilitas
- klaim rumah sakit yang dipertanyakan

LAPORAN PENYELIDIKAN

Luasnya penyelidikan bervariasi tergantung jenis klaim, sifat dan jumlah informasi yang dibutuhkan, dan kesulitan dalam mendapatkan informasi tersebut. Penanggung harus informasi faktual yang terkait. Oleh karena itu, laporan penyelidikan (*investigative report*) memainkan peranan penting dalam pembelaan hukum penanggung jika diperlukan. Cara menyelidiki klaim bervariasi antar perusahaan, tetapi biasanya melibatkan staf kantor klaim, penilai asuransi independen, perusahaan penyelidik komersial, atau petugas klaim lapangan yaitu pegawai kantor pusat asuransi tetapi berlokasi di kantor cabang.

Seringkali penyelidikan terdiri dari mengirimkan surat ke rumah sakit atau mendatangi dokter. Surat tersebut harus dilengkapi dengan otorisasi dari yang berwenang, yang menunjukkan izin bertanggung kepada dokter atau rumah sakit untuk memberikan informasinya. Bisa juga memperjelas hal-hal yang meragukan dengan menelepon dokter. Dalam beberapa kasus, lebih baik jika menulis surat terlebih dahulu sebelumnya kepada dokternya, mencantumkan surat izin dan memberitahukan kapan panggilan telepon akan dilakukan, sehingga dokter dapat mempersiapkan catatan pasien.

MEMANTAU PAKET ADMINISTRASI SWA-KELOLA DAN ADMINISTRASI PIHAK KETIGA

Administrasi mandiri atau swa-kelola (*self-administered*) dan administrasi pihak ketiga (*third-party administered, TPA*) biasanya memiliki kewenangan untuk memproses klaim dimana tidak dipertanyakan tentang kewajiban kontraktualnya. Banyak penanggung kumpulan mensyaratkan bahwa klaim yang meragukan akan dikaji ulang oleh mereka dan diproses secara tepat. Penanggung kumpulan juga melakukan audit prosedur untuk mengetahui apakah klaim dibayarkan secara tepat. Ada 3 jenis audit yang akan dijelaskan berikut ini. Selain itu, program managed care masih menambahkan penilaian terhadap kesesuaian pelayanan yang diberikan melalui penelaahan penggunaan sumber pelayanan kesehatan.

AUDIT JUMLAH BESAR

Audit jumlah besar (*large amount audit*) dilakukan beberapa kelompok penanggung memiliki persyaratan bahwa klaim yang melebihi jumlah tertentu harus disetujui terlebih dahulu oleh penanggung sebelum dilakukan pembayaran.

AUDIT SAMPEL ACAK

Dengan jenis audit sampel acak (*random sample audit*), administrator mengirim penanggung berupa dokumen sampel klaim yang diambil secara acak untuk ditelaah dalam rangka penilaian ketepatan pelaksanaan klaim dan kesesuaian dengan prosedur yang telah ditetapkan oleh penanggung.

AUDIT DI TEMPAT

Dengan jenis audit di tempat (*on-site audit*), wakil penanggung secara acak menelaah berkas dokumen yang sudah selesai dikerjakan (*closed files*) dan berkas dokumen aktif di kantor administrator. Hal ini penting dan membantu dalam:

- melihat sikap dari orang-orang yang memproses klaim;
- melihat apakah mereka telah memahami tentang manfaat dengan baik; dan
- melihat apakah klaim diproses dengan cara yang sesuai dengan praktek dan prosedur klaim yang telah ditetapkan oleh perusahaan asuransi.

INDIKASI PENIPUAN KLAIM

Penipuan klaim (*claim fraud*) melibatkan upaya yang dilakukan secara sengaja oleh pengaju klaim untuk mendapatkan keuntungan yang sebenarnya bukan menjadi hak mereka. Bentuknya bermacam-macam. Contohnya, penerima klaim dapat saja memberikan informasi palsu sebagai bagian dari bukti klaim, seperti misalnya menyatakan bahwa dia cacat total padahal sebenarnya masih terus bekerja. Penipuan klaim juga dapat berupa pemalsuan informasi pada keterangan dokter, penyampaian tagihan rumah sakit palsu, atau penyerahan klaim biaya medis palsu, atau menggelar kecelakaan palsu. Untuk pemalsuan klaim lebih lanjut dapat dilihat di Bab 6 tentang Kecurangan dan Penyalahgunaan.

3.8. PROSES PEMBAYARAN KLAIM

Kebanyakan klaim diproses dan dibayar, namun demikian setelah dilakukan penelaahan kecocokan manfaat dengan polis atau setelah dilakukan penyelidikan atas klaim, beberapa klaim harus ditunda atau bahkan ditolak.

PEMBAYARAN KLAIM

Setelah klaim kumpulan atau perorangan disetujui, ada beberapa langkah yang dilakukan untuk pembayaran klaim.

- Pertama, jumlah manfaat yang harus dibayar dihitung berdasarkan ketentuan yang terdapat pada polis, ditentukan berdasarkan tarif, *deductible*, atau formula perhitungan manfaat.
- Langkah berikutnya adalah menentukan kepada siapa manfaat akan dibayar. Biasanya penerima manfaat adalah tertanggung atau penyedia pelayanan kesehatan. Jika pembayaran klaim dilakukan berkala, jadwal pembayaran perlu ditentukan.
- Penanggung di Amerika Serikat harus menyerahkan formulir pajak pendapatan kepada pemerintah federal bagi penyedia layanan kesehatan yang menerima pembayaran klaim melebihi USD 600 dalam satu tahun kalender. Laporan pajak ini dilakukan dengan mengirim formulir Form 1099-MISC box 6 (Medical and Health Care Payments) kepada badan pengelola pajak Internal Revenue Service (IRS),^[7] ^[8] dan salinannya kepada penyedia pelayanan kesehatan tersebut.

PENOLAKAN KLAIM

Beberapa klaim ditolak karena pengaju klaim tidak memenuhi persyaratan manfaat yang tercantum dalam polis, meskipun hal ini jarang terjadi. Pada saat penolakan klaim (*claim denial*) dilakukan dengan alasan apapun, pengaju klaim selalu menerima penjelasan atas penolakan tersebut.

Alasan penolakan klaim antara lain:

- kerugian pengaju klaim memang tidak termasuk dalam cakupan; dan
- adanya kecurangan (*fraud*) dan kekeliruan (*misrepresentation*).

Kebanyakan penolakan klaim kesehatan terjadi disebabkan oleh polis sudah tidak aktif, atau manfaat tidak tercakup dalam polis. Beberapa tambahan pasal pengecualian dalam polis, menyebabkan hal-hal tertentu diberlakukan dan beberapa hal hanya berlaku untuk periode tertentu. Untuk paket disabilitas pendapatan, termasuk asuransi kredit kesehatan, kasus penolakan klaim yang paling sering terjadi disebabkan oleh tertanggung tidak memenuhi persyaratan disabilitas yang tercantum dalam polis.

3.9. PELAYANAN PELANGGAN

Administrasi klaim memberikan kesempatan pada penanggung kumpulan dan perorangan, untuk membina hubungan dengan tertanggung. Departemen atau bagian klaim merupakan satu-satunya penghubung antara tertanggung dan penanggung. Opini tertanggung terhadap perusahaan asuransi mencerminkan efektifitas departemen klaim dalam memenuhi harapan pengaju klaim.

PERTANYAAN MELALUI TELEPON

Banyak perusahaan asuransi yang menyadari pentingnya kemudahan diakses bagi tertanggung dan menyediakan saluran telepon bebas pulsa agar para tertanggung dapat menghubungi departemen klaim. Selain itu, beberapa perusahaan bahkan telah melangkah lebih jauh dan mempunyai bagian khusus yang menangani pelayanan klaim asuransi. Unit khusus ini dilengkapi dengan staf layanan pelanggan atau pemeriksa klaim yang bergilir untuk selang waktu tertentu. Tingkat kepuasan pelayanan asuransi kepada tertanggung dapat diketahui melalui seringnya hubungan langsung antara unit khusus pelayanan pelanggan dengan departemen klaim. Kesempatan pertama untuk melayani pelanggan adalah ketika mereka menghubungi departemen klaim untuk mengetahui apakah klaim yang diajukan tertanggung tercakup dalam polis atau tidak.

KOMUNIKASI TERTULIS

Departemen klaim mengirimkan penjelasan tertulis mengenai manfaat (*explanation of benefit, EOB*) kepada tertanggung setiap klaim yang diterima. Jika klaim tidak tercakup dalam polis, salinan surat keterangan atau surat penjelasan mengenai penolakan akan dikirim kepada pemegang polis untuk asuransi kumpulan, atau kepada agen untuk asuransi perseorangan. Jika tertanggung menggunakan manfaat pada jaringan penyedia pelayanan kesehatan penanggung, jaringan tersebut juga menerima salinan surat penolakan klaim tersebut.

PENGGUNAAN INTERNET DAN MEDIA SOSIAL

Industri asuransi dewasa ini sudah menerapkan penggunaan internet sebagai salah satu sarana meningkatkan kinerja perusahaan, termasuk di bidang layanan pelanggan. Penggunaan situs web dan aplikasi bergerak (*mobile application*) yang bertumpu pada layanan telekomunikasi digital internet yang dapat digunakan menggunakan komputer, tablet dan telepon selular, mulai digunakan untuk merampingkan proses internal penanggung dan meningkatkan layanan pelanggan, misalnya dalam penilaian klaim, pengiriman pemberitahuan terjadinya kerugian (*first notice of loss*), pengiriman formulir dan berkas klaim, penilaian kerugian, merekam informasi kerugian, mengunggah foto dan video terkait bukti-bukti kerugian. Dengan cara ini siklus proses klaim lebih cepat dan akan mengurangi biaya per klaim. Pemeriksa klaim bisa memeriksa tanda (*tag, flag*) berbagai konten di situs jejaring sosial seperti YouTube, Facebook, Twitter, dsb untuk pemeriksaan klaim lebih lanjut tentang tertanggung atau pengaju klaim. Sebaliknya media sosial juga dapat digunakan untuk jembatan komunikasi penanggung dan tertanggung, serta penyedia layanan kesehatan. [\[9\]](#) [\[10\]](#)

3.10. PENGENDALIAN BIAYA KLAIM

Kebanyakan penanggung melakukan pengendalian biaya klaim (*claim cost control*) sebagai bagian integral dari proses pemeriksaan klaim. Metode pengendalian biaya yang digunakan oleh penanggung dibahas pada Bab 1 tentang Biaya Pelayanan Kesehatan. Sedangkan hal-hal yang berhubungan dengan klaim akan dibahas berikut ini.

KOORDINASI MANFAAT

Koordinasi manfaat (*coordination of benefit, COB*) adalah suatu proses dimana dua atau lebih penanggung menanggung orang yang sama terhadap manfaat asuransi kesehatan yang sama, untuk membatasi total manfaat dalam jumlah tertentu yang tidak melebihi jumlah biaya pelayanan kesehatan yang diperbolehkan. COB ini digunakan terutama dalam kontrak asuransi kumpulan namun demikian juga kadang-kadang digunakan oleh polis perorangan.

COB dikembangkan karena terjadinya peningkatan cakupan ganda atau asuransi yang berlebihan atau overasuransi (*overinsurance*). Overasuransi terjadi apabila seseorang dicakup oleh dua atau lebih paket asuransi kesehatan dan bisa mengumpulkan total manfaat melebihi kerugian yang sebenarnya. Sumber-sumber yang memungkinkan terjadinya overasuransi adalah:

- Baik suami maupun istri adalah pekerja dan memenuhi persyaratan untuk mendapat cakupan asuransi kesehatan, dan pada masing-masing paket juga mencakup pasangan sebagai anggota keluarga.
- Seseorang yang bekerja di dua tempat, kedua-duanya juga memberikan cakupan asuransi kesehatan kumpulan.
- Seorang profesional atau karyawan yang tercakup dalam asuransi kesehatan kumpulan pemberi kerja juga tercakup dalam asuransi kumpulan asosiasi.
- Seseorang yang memiliki dua asuransi perorangan.

COB berjalan dengan baik bila diterapkannya peraturan yang baik. Paket asuransi yang pertama membayar manfaat yang ditetapkan dengan menggunakan peraturan penetapan manfaat. Peraturan dapat berbeda-beda di

setiap negara bagian Amerika Serikat, namun standar industri asuransi baik kumpulan maupun perorangan mengikuti panduan dan bahasa model NAIC untuk memudahkan administrasi klaim yang konsisten.

URUTAN ATURAN PENENTUAN MANFAAT

Paket utama atau primer membayar manfaat sampai batas tertentu, bila tidak ada faktor yang merumitkan. Paket kedua atau sekunder membayar selisih perbedaan antara manfaat penanggung primer dengan total biaya yang terjadi yang diperbolehkan (biasanya 100% dari biaya yang diperbolehkan) sampai batas penanggung sekunder. Penggantian sampai 100% dari pengeluaran yang diperbolehkan merupakan salah satu dari tiga pendekatan yang diperbolehkan oleh aturan model NAIC, yang akan dibahas berikut ini.

Hal pertama yang ditentukan adalah paket utama atau primer. Berdasarkan pedoman NAIC, jika hanya satu paket yang memiliki provisi COB, maka paket yang tidak memiliki provisi COB harus membayar manfaat pertama, dan paket yang memiliki provisi COB akan mengkoordinasikan manfaatnya dengan manfaat yang dibayarkan oleh paket lainnya.

Jika kedua paket memiliki provisi COB, urutan penentuan manfaat pada umumnya adalah sebagai berikut:

- **Tanggung/Bukan tanggungan** (*nondependent/dependent*). Manfaat paket yang mencakup seseorang sebagai pekerja, peserta, atau pelanggan (selain sebagai tanggungan) dipakai lebih dulu sebelum paket yang mencakup mereka sebagai tanggungan.
- **Anak tanggungan/Orang tua berpisah atau tidak bercerai** (*child dependent/parents not separated or divorced*). Manfaat paket dari orang tua yang memiliki tanggal lahir lebih awal dipakai lebih dulu sebelum paket dari orang tua yang hari lahirnya lebih belakangan pada tahun tersebut. Bila kedua orang tua mempunyai hari lahir yang sama, asuransi yang punya cakupan lebih lama dipakai lebih dulu sebelum asuransi yang punya cakupan lebih singkat.
- **Anak tanggungan/Orang tua berpisah atau bercerai** (*child dependent/parents separated or divorced*). Jika dua atau lebih paket mencakup anak tanggungan dari orang tua yang berpisah atau bercerai, manfaat untuk anak ditentukan dengan urutan berikut ini: asuransi orang tua yang mengasuh anak, kemudian asuransi dari pasangan orang tua yang mengasuh anak tersebut, dan akhirnya asuransi orang tua yang tidak mengasuh anak tersebut.

PENENTUAN PEMBAYARAN PAKET SEKUNDER

Secara historis, provisi COB memperkenankan penggantian 100% pengeluaran yang diperbolehkan. Dengan kata lain, paket sekunder membayar selisih antara pembayaran penanggung primer dan total pengeluaran yang diperbolehkan.

Peraturan COB model NAIC memperkenankan 3 alternatif pendekatan yang dapat digunakan.

- Pendekatan tradisional yang dibahas di muka, dikenal sebagai pendekatan *total allowable expenses*, atau pendekatan alternatif 1, ataupun pendekatan COB.
- Membatasi total pembayaran kombinasi dari kedua paket tidak kurang dari 80% dari pengeluaran yang diperbolehkan, dikenal sebagai pendekatan *total allowable expenses with coinsurance*, atau pendekatan alternatif 2.

- Membolehkan paket kedua membayar selisih antara jumlah yang harus dibayarkannya seandainya dia jadi pembayar primer dengan apa yang telah dibayarkan oleh paket primer. Hal ini memiliki dampak pembatasan tingkat penggantian total pada suatu tingkat paket yang lebih kaya dari dua paket dalam hal tidak ada cakupan lainnya, dikenal sebagai pendekatan *maintenance of benefits (MOB)*, atau pendekatan alternatif 3.

COB DAN HMO

Koordinasi manfaat dengan HMO terjadi dengan cara yang sama seperti paket asuransi tradisional. Suatu kesulitan yang dihadapi adalah menentukan nilai pelayanan dalam HMO. Salah satu cara penanggung menentukan ini adalah berdasar biaya pelayanan HMO yang sesuai dengan biaya yang wajar dan biasa berlaku untuk daerah dimana HMO itu berada.

DAMPAK COB

Tergantung dari metode perhitungan yang dipakai, penggunaan koordinasi manfaat dapat menghemat 3 sampai 8 persen pembayaran klaim yang dibuat. Pendekatan MOB menghasilkan penghematan terbesar dan hal ini menjadi sangat populer bagi pemberi kerja atau pengusaha yang ingin menghemat biaya. Walaupun harus melakukan pekerjaan lebih banyak dalam menentukan cakupan ganda, COB menghemat lebih banyak biaya administrasi.

ANALISIS KLAIM OLEH PETUGAS KLAIM

Beberapa teknik digunakan untuk membantu petugas klaim dalam menjalankan administrasi pada program pengendalian biaya klaim.

PANDUAN SKRINING

Sebagian besar perusahaan mengembangkan panduan bagi pemeriksa klaim untuk menganalisa klaim. Data untuk panduan diambil dari beberapa sumber, seperti kelompok profesi kesehatan, agen pemerintah federal, publikasi para profesional, dan data pembayaran klaim milik penanggung sendiri. Panduan ini menyediakan informasi seperti rata-rata masa disabilitas untuk berbagai kasus, dan parameter utilisasi yang diharapkan, dan lama rawat inap untuk diagnosa tertentu.

Dengan menggunakan panduan ini, petugas klaim dapat menentukan klaim mana yang akan ditelaah lebih teliti. Hal ini tidak berarti bahwa tidak ada hal penting lainnya tentang klaim. Sebaliknya, ini berarti parameter yang ada diperluas dan sebagai isyarat bagi penanggung untuk melakukan pengukuran pengendalian biaya.

KONSULTAN MEDIS

Cara mengendalikan biaya klaim yang efektif sekaligus menjaga hubungan baik dengan tenaga medis dan dokter gigi adalah dengan menggunakan konsultan medis. Konsultan ini menyediakan bantuan dalam mengidentifikasi wilayah terjadinya penyalahgunaan (*abuse*) dan utilisasi yang berlebih atau overutilisasi (*overutilization*), dan turut memandu dalam penyelidikan klaim.

AUDIT BIAYA TAGIHAN RUMAH SAKIT

Biaya rumah sakit diperiksa secara rutin oleh pemeriksa klaim melalui penggunaan kriteria yang sudah ditentukan. Sebagai contoh, biaya yang melebihi Rp 100 juta diaudit secara rutin oleh penanggung untuk memeriksa besarnya biaya tersebut apakah benar dan sesuai dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien.

ANALISA PENGALAMAN KLAIM

Analisa dan telaah pengalaman klaim dapat menunjukkan kecenderungan dari hasil rasio klaim yang tidak memuaskan. Catatan yang berkelanjutan dari pengalaman setiap pemegang polis kumpulan atau tertanggung perorangan berguna dalam menentukan adanya kecenderungan yang tidak dikehendaki. Pengalaman klaim yang buruk merupakan isyarat untuk melakukan penelitian lebih jauh terhadap kumpulan atau tertanggung perorangan untuk menentukan apakah elemen-elemen tertentu, seperti penyalahgunaan manfaat atau rancangan polis yang buruk, menyebabkan data klaim yang tidak memuaskan. Setelah penyebabnya dikenali, maka rekomendasi dapat dibuat untuk pemegang polis untuk memperbaiki penyalahgunaan atau memperbaiki kontrak yang akan mencegah masalah selanjutnya.

3.11. TEKNOLOGI PEMROSESAN KLAIM

Teknologi telah memberikan dampak yang luar biasa pada administrasi klaim. Administrasi klaim tidak lain untuk memproses transaksi dengan volume tinggi dan membuat keputusan berdasar aturan yang ditentukan, merupakan dua karakteristik yang berperan dalam melakukan otomasi dan penggunaan teknologi. Umumnya penanggung sudah memiliki sistem komputerisasi pemrosesan klaim.

SISTEM PENGELOLAAN DOKUMEN

Sistem manajemen atau pengelolaan dokumen (*document management system, DMS*) adalah sebuah sistem komputer yang digunakan untuk melacak dan menyimpan dokumen elektronik. Sistem ini biasanya juga mampu melacak berbagai versi modifikasi yang dilakukan pengguna yang berbeda (*tracking history*). Sistem dan terkait dengan manajemen aset digital (*digital asset management*), pencitraan dokumen (*document imaging*), sistem alur kerja (*workflow system*) dan sistem manajemen arsip (*archive management system*).

Penerapan teknologi ini pada pemrosesan klaim, antara lain berkas klaim berupa kertas dokumen berbagai bentuk, diubah menjadi bentuk digital berupa gambar (*citra, image*) dengan menggunakan sistem pencitraan (*imaging system*), diberi informasi yang cukup, diberi indeks dan klasifikasi untuk memudahkan penyimpanan dan pencariannya kembali.

Beberapa jenis dokumen bisa saja sudah dibuat standar format yang baku sehingga informasi pada posisi letak tertentu pada kertas dokumen tersebut bisa dikutip dan dikenali oleh komputer dengan menggunakan sistem pemindaian (*scanning system*). Cara ini mempercepat proses perekaman data (*data entry*), karena sistem mengubah data citra menjadi data karakter yang bisa masuk langsung ke sistem pemrosesan klaim.

Standar baku format dokumen klaim, seperti Formulir UB-04 dan Formulir 1500 yang sudah dijelaskan di muka, sangat menolong para pihak yang menggunakan formulir yang sama dan dapat digunakan dengan teknologi yang sama dan lebih menjamin konsistensi isi informasi dokumen tersebut.

PEMROSESAN KLAIM ELEKTRONIS

Pemrosesan klaim elektronik yang bisa membuat putusan yang lengkap dari suatu klaim tanpa intervensi secara manual. Proses mulai dengan mengambil data klaim dengan dari media penyimpanan data lokal atau jarak jauh. Sistem kemudian mengolah data berdasarkan prosedur dan formula yang telah ditentukan yang langsung dapat menghitung jumlah klaim, dan memutuskan dibayar atau ditolak. Proses otomatis ini meliputi menyiapkan penjelasan manfaat, lembar cek pembayaran, dan surat-surat tanpa adanya campur tangan pemeriksa klaim.

Format berkas atau catatan klaim elektronik dikenal sebagai ANSI-X12 837, standar baku untuk pertukaran data klaim secara elektronik antara pihak penagih dan pembayar klaim melalui saluran telekomunikasi yang aman dan memenuhi standar ketat yang ditetapkan HIPAA. Dan manfaat dari pengiriman klaim secara elektronik antara lain:

- meminimalkan penolakan klaim dan pengiriman ulang
- menyerahkan klaim asuransi kesehatan seketika (*real time*)
- mempercepat respon pembayar dan meningkatkan arus kas (*cash flow*) penagih
- menghilangkan waktu persiapan tagihan, misalnya memastikan pembayaran yang benar
- mengurangi biaya pengajuan klaim secara signifikan dibanding cara tradisional [\[11\]](#)

PERANGKAT LUNAK DETEKSI KECURANGAN

Perangkat lunak deteksi kecurangan (*fraud*) mengenali sejumlah situasi yang mungkin berisiko tinggi terjadinya mengenali. Dengan menerapkan aturan dan formula yang telah ditentukan terhadap sejumlah besar data klaim, sistem ini efektif mengenali kejadian yang berpotensi terjadinya penyalahgunaan (*abuse*).

SISTEM PAKAR DISABILITAS

Sistem pakar disabilitas (*expert disability system*) adalah sistem aplikasi komputer untuk menentukan lamanya disabilitas. Sistem ini menganalisa data seperti diagnosa, usia dan pekerjaan, serta menentukan estimasi lamanya disabilitas berdasarkan aturan dan formula yang telah ditetapkan.

SISTEM PEMBAYARAN BERULANG OTOMATIS

Sistem pembayaran berulang otomatis digunakan untuk kasus disabilitas yang mesti dikaji ulang dan jumlah manfaat tertentu untuk dibayarkan berkala pada interval waktu tertentu selama satu periode waktu. Dan berdasarkan ini sistem secara otomatis melakukan pembayaran kepada pengaju klaim secara berkala pula. Apabila satu periode tersebut berlalu, kasus memerlukan kajian ulang kembali.

3.12. ADMINISTRASI KLAIM DI INDONESIA

Berbeda dengan perusahaan asuransi di Amerika Serikat yang telah mempunyai regulasi yang jelas, perusahaan asuransi di Indonesia menyelenggarakan administrasi klaim menurut kebutuhan masing-masing, walaupun sebagian besar masih meniru apa yang terjadi di negara-negara yang sudah lebih dulu menerapkan praktek asuransi kesehatan.

Selain itu administrasi klaim juga dipengaruhi pula kepada siapa pembayaran manfaat diberikan, apakah pembayaran kepada tertanggung atau langsung kepada penyedia layanan kesehatan. Hal lain yang juga harus diperhatikan adalah bagaimana pembayaran diberikan kepada penyedia layanan kesehatan, apakah *fee for service*, kapitasi, paket, *budget*, per diagnosa atau lainnya. Semua itu akan mempengaruhi cara mengelola klaim.

Walaupun demikian secara umum terdapat kesamaan dalam langkah-langkah yang dilakukan ketika menerima klaim dari pengaju klaim baik dari perorangan, wakil pemegang polis untuk asuransi kumpulan, maupun oleh penyedia layanan kesehatan, yaitu sebagai berikut:

- Mencocokkan apakah pasien memang orang yang berhak. Biasanya dengan mencocokkan identitas pasien dengan identitas tertanggung (contohnya untuk anak di cek apakah usianya masih dalam batas yang ditanggung). Dengan bantuan teknologi komputer yang sekarang sudah mulai diterapkan, keabsahan peserta ini sudah dapat dipastikan sebelum pelayanan diberikan.
- Mencocokkan apakah pelayanan yang diberikan kepada pasien termasuk dalam cakupan asuransinya. Bila ternyata pelayanan yang diterima pasien tidak termasuk dalam cakupan manfaat (*exclusion*) maka klaim untuk pelayanan tersebut tidak dibayar. Selain pelayanan yang tidak termasuk cakupan, penting untuk diperhatikan adalah klaim untuk kasus-kasus yang termasuk kondisi yang sudah ada sebelumnya, biasanya untuk kasus persalinan dan penyakit-penyakit tertentu. Bila masa tunggu yang ditentukan dalam polis tidak sesuai, maka klaimnya tidak dapat dibayar. Untuk itu perlu ada komunikasi yang baik antara perusahaan asuransi dengan pengaju klaim maupun penyedia layanan kesehatan untuk menjelaskan alasan klaim tidak dibayar.
- Memeriksa apakah ada biaya yang harus dibebankan kepada tertanggung dan apakah perhitungannya sudah dilakukan dengan benar. Bila dalam ketentuan polis ada biaya yang harus ditanggung pasien (*cost sharing*) maka hal tersebut harus dijelaskan dalam klaim. Begitu pula bila ketentuan polis menyatakan ada batasan manfaat yang dapat diberikan, maka kelebihan dari batasan tersebut menjadi tanggungan pasien yang harus diperhitungkan sebagai *excess claim*. Yang juga harus diperhatikan adalah adanya asuransi lain yang juga bertanggung jawab terhadap klaim tersebut. Dalam banyak kasus masih terjadi asuransi ganda (*double insurance*) karena COB belum diterapkan. Pada tahun 2014 sudah diterbitkan peraturan tentang COB terkait dengan pelaksanaan program JKN, namun sejauh mana pelaksanaannya di lapangan perlu dievaluasi keberhasilannya ke depan.
- Memeriksa apakah pelayanan yang diberikan sesuai dengan norma-norma medis yang berlaku. Kegiatan ini sudah termasuk kegiatan audit medis yang membutuhkan keahlian khusus. Dalam hal ini sering timbul kesulitan karena rumitnya penilaian medis. Adalah hal yang tidak mudah untuk menguji penerapan standar yang telah ditetapkan (contohnya, standar pelayanan medik yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan). Dalam hal ini sering kali perusahaan asuransi menangani kasus per kasus dengan mendatangi dokter yang merawat, memeriksa rekam medik (bila diperbolehkan rumah sakit), berkonsultasi dengan dokter senior di rumah sakit dan upaya lain-lain yang dapat dilakukan untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan memang berdasarkan pertimbangan kebutuhan medis.

- Menentukan nilai ganti sesuai yang telah ditetapkan dalam polis atau kesepakatan dengan penyedia layanan kesehatan. Bagi paket asuransi yang menggunakan model pembayaran ke penyedia layanan kesehatan dengan cara paket harian, yang penting diperhatikan adalah cara menghitung hari rawat, menurut ketentuan pemerintah (Kementerian Kesehatan) hari rawat dihitung dengan cara tanggal pulang dikurangi tanggal masuk (salah satunya tidak dihitung, tanggal masuk atau tanggal pulang).
- Pembayaran bisa dilakukan dengan transfer antar bank, cek atau cara lain yang disepakati dengan pengaju klaim.

Adapun tentang formulir klaim, elemen-elemen penting yang umumnya harus ada dalam formulir klaim adalah:

- A. Bagian informasi umum, yang mencakup:
 - nama dan alamat perusahaan asuransi, termasuk alamat email
 - petunjuk tentang formulir: diisi oleh siapa, cara, waktu pengisian
 - tanggal pengajuan klaim
 - jenis benefit: rawat jalan, rawat inap
 - informasi tentang pemegang polis/tertanggung, mencakup:
 - nomor polis
 - nama pemegang polis
 - nama dan alamat pemberi kerja
 - nama tertanggung
 - alamat lengkap pemegang polis
 - pernyataan ada tidaknya asuransi lain yang menanggung
 - besar klaim yang diajukan
 - besar biaya yang ditanggung pasien
 - otorisasi pemberian informasi kepada perusahaan asuransi dan tanda tangan pengaju klaim
- B. Bagian informasi medis, mencakup:
 - identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin)
 - hubungan dengan tertanggung (diri sendiri, anak, pasangan) tanggal perawatan dan lama dirawat
 - anamnesa atau riwayat penyakit
 - tanggal pertama sakit
 - jenis pemeriksaan yang diterima pasien
 - diagnosa
 - tanda tangan dokter yang merawat

Sistem pengadministrasian yang menggunakan komputer juga sudah banyak dilakukan. Beberapa perusahaan asuransi bahkan telah memasang programnya sendiri di penyedia layanan kesehatan (biasanya terbatas di rumah sakit besar) untuk memudahkan pengawasan klaim dan proses pemeriksaan dan penetapan nilai gantinya kelak.

Luasnya variasi pengadministrasian klaim ini telah menyulitkan pihak rumah sakit atau dokter yang menjadi provider dari berbagai perusahaan asuransi. Bila tidak ditangani secara hati-hati hal ini akan berdampak pada kenyamanan pasien yang akan memanfaatkan jasa pelayanan perusahaan asuransi di penyedia layanan kesehatan tersebut. Karena itu sudah saatnya perlu ditetapkan suatu formulir standar yang dapat digunakan oleh semua perusahaan asuransi.

Hal ini telah dicoba dengan disusunnya suatu konsep formulir standar klaim asuransi kesehatan oleh Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia (PAMJAKI). Draft formulir tersebut telah dipaparkan

dan dibahas antara beberapa perwakilan rumah sakit dengan perusahaan asuransi, namun sayangnya sampai buku ini ditulis belum diperoleh kesepakatan tentang draft final formulir tersebut.

3.13. KECENDERUNGAN KE DEPAN

Administrasi klaim berada pada situasi yang berubah dengan cepat dan dalam teknologi dan sistem informasi yang maju. Pendekatan baru dalam *underwriting* dan pemasaran asuransi kesehatan telah menambah kerumitan proses administrasi klaim. Kebutuhan akan pengawasan dan pengendalian peningkatan biaya klaim. Perubahan lain yang mempengaruhi dan akan terus mempengaruhi administrasi klaim adalah peraturan perundangan di bidang asuransi dan kesehatan serta jaminan sosial baik di tingkat pusat maupun daerah, serta harapan dari masyarakat peserta asuransi kesehatan.

3.14. RINGKASAN

Fungsi klaim dalam bidang asuransi kesehatan memainkan peranan penting dalam kinerja dan kegiatan perusahaan asuransi. Fungsi tersebut membutuhkan pengetahuan tentang struktur manfaat paket kumpulan dan perorangan, serta koordinasi dengan fungsi-fungsi lain dalam perusahaan asuransi untuk memastikan bahwa seluruh klaim dibayarkan secara tepat. Departemen klaim dewasa ini membutuhkan sistem informasi yang terbaru (*up-to-date*), sumber daya manusia yang berpengetahuan luas, serta kemampuan untuk menyesuaikan dalam lingkungan yang cepat berubah.

3.15. ISTILAH KUNCI

- Assignment of benefits – Penunjukan manfaat
- Basic medical expenses – Biaya medis dasar
- Benefit period – Masa manfaat. Periode manfaat
- Claim administration – Administrasi klaim
- Claim cost control – Pengendalian biaya klaim
- Claim denial – Penolakan klaim
- Claim department – Departemen klaim
- Claim documentation – Dokumentasi klaim
- Claim forms – Formulir klaim
- Claim investigation – Penyelidikan klaim
- Claim kit
- Contestable period – Masa pengujian
- Coordination of benefits (COB) – Koordinasi manfaat
- Credit health claim – Klaim kredit kesehatan
- Customer service – Layanan nasabah
- Direct submission – Penyerahan langsung
- Disability income claim – Klaim disabilitas pendapatan
- Draft book system
- Effective date of coverage – Tanggal efektif cakupan
- Exclusion rider – Tambahan pengecualian
- Explanation of benefits (EOB) – Penjelasan manfaat
- Field office administration – Administrasi kantor cabang
- Fraud – Kecurangan. Penipuan
- Grace period – Masa tenggang
- Home office administration – Administrasi kantor pusat
- Identification card – Kartu identitas. Kartu pengenalan
- Investigative report – Laporan penyelidikan
- Large amount audit – Audit jumlah besar
- Long-term disability (LTD) – Disabilitas jangka panjang
- Major medical expenses – Biaya medis besar atau utama
- Material misrepresentation – Kekeliruan yang materil
- Notice of claim – Pemberitahuan klaim
- On-site audit – Audit di tempat
- Partial disability – Disabilitas sebagian
- Policyholder submission – Penyerahan melalui pemegang polis
- Proof of loss – Bukti kerugian
- Random sample audit – Audit sampel acak
- Reasonable and customary charges – Biaya yang wajar dan biasa berlaku
- Recurrent disability – Disabilitas berulang

- Rescission – Pembatalan
- Residual disability – Disabilitas residual
- Self-administration – Administrasi swa-kelola.
Administrasi mandiri
- Short-term disability (STD) – Disabilitas jangka pendek
- Third-party administration – Administrasi pihak ketiga
- Total disability – Disabilitas total

3.16. REFERENSI

1. [Wikipedia: National Uniform Billing Committee](#) diakses 20 Mei 2014.
2. [Situs NUBC](#) diakses 20 Mei 2014.
3. [Situs HIMSS](#) diakses 20 Mei 2014.
4. [Professional paper claim form \(CMS-1500\)](#) diakses 20 Mei 2014.
5. [National Uniform Claim Committee](#) diakses 20 Mei 2014.
6. [Office of Workers' Compensation Programs \(OWCP\)](#) diakses 20 Mei 2014.
7. [IRS, Instructions for Form 1099-MISC](#) diakses 22 Mei 2014.
8. [TaxACT, Form 1099-MISC - Box 6 Medical and Health Care Payments](#) diakses 22 Mei 2014.
9. Cognizant, *How Smart Use of Emerging Technologies Drives Growth and Profits for Insurers*, 2012.
10. NAIC, *The Use of Social Media in Insurance*, 2012.
11. [AMA, Electronic Claims Submission Toolkit](#) diakses 22 Mei 2014

BAB 4. PENETAPAN PREMI

Pendahuluan

Para Pemangku Kepentingan

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Besaran Premi

Prinsip-prinsip Penetapan Tarif Premi

Komponen-komponen Perhitungan Premi

Struktur dan Kelas Penetapan Premi

Pengembangan Tarif Premi

Pemantauan Pengalaman dan Penelaahan Tarif

Kecenderungan ke Depan

Ringkasan

Istilah Kunci

Tujuan Pembelajaran

Setelah menyimak bab ini, anda akan memahami bagaimana premi disusun, baik untuk asuransi kumpulan maupun perorangan. Bahan-bahan dalam bab ini pada intinya membuat pembaca dapat memahami:

- Siapa saja yang berkepentingan dengan tingkat premi asuransi kesehatan
- Memahami faktor-faktor apa saja yang bisa mempengaruhi tingkat tarif premi
- Memahami prinsip-prinsip dalam menentukan besaran premi
- Pentingnya menilai dan menelaah kembali premi yang pernah ditetapkan

Modul Dasar-dasar Asuransi Kesehatan (Bagian A dan Bagian B) lebih banyak membahas dari sisi biaya medis, sedangkan pembahasan lebih mendalam tentang *managed care* dibahas pada modul yang terpisah, yakni Modul Managed Care (Bagian A dan Bagian B).

4.1. PENDAHULUAN

Meningkatnya permintaan masyarakat atas layanan kesehatan adalah tantangan bagi penyelenggara layanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi dan badan penyelenggara jaminan kesehatan. Institusi-institusi ini perlu menyiasati tantangan tersebut dengan meningkatkan program, sumber daya manusia dan manajemen sistem pembiayaan pemeliharaan kesehatan. Situasi ini juga merupakan peluang industri dalam pelayanan kesehatan terutama di negara yang sedang berkembang sebagaimana Indonesia, sering menimbulkan *bias*. Sepintas dapat dikesankan bahwa peluang itu sangat besar. Namun ketika usaha itu telah dimulai ternyata tidak mudah.

Sering terdengar, bahwa investasi yang telah ditanamkan demikian besar tidak menghasilkan keuntungan sebagaimana diharapkan. Tidak sedikit perusahaan asuransi yang mengalami kebangkrutan akibat terjun dalam asuransi kesehatan, begitu juga perkembangan badan penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan masih banyak yang belum menggembirakan.

Aktuaris (*actuary*) sebagai profesi yang bertanggung jawab atas semua kalkulasi bisnis di perusahaan asuransi berusaha memperkecil kemungkinan hilangnya investasi tersebut, dengan melakukan peramalan kuantitatif salah satunya dengan cara mempelajari statistik berdasarkan pengalaman bisnis sebelumnya.

Sebelum perusahaan asuransi atau penanggung menjual kontrak pertanggungan, mereka harus memutuskan harga cakupan yang akan ditawarkan. Setiap kontrak asuransi mempunyai harga, yang disebut tarif premi (*premium rate*). Tarif premi adalah sejumlah uang yang dibayar tertanggung untuk cakupan yang dijanjikan dalam kontrak. Premi ini umumnya dibayar per bulan, tetapi bisa juga per kuartal, per semester atau per tahun.

Tugas untuk menetapkan tarif premi untuk kontrak asuransi dilakukan oleh aktuaris. Aktuaris harus mempertimbangkan banyak faktor untuk memastikan tarif premi tersebut mencukupi dan wajar.

Dalam proses penetapan tarif premi, aktuaris selalu menggunakan asumsi-asumsi untuk memperkirakan keadaan yang akan terjadi di masa depan, seperti asumsi tingkat bunga, asumsi biaya dan asumsi tingkat risiko seperti asumsi mortalitas (*mortality*) dan morbiditas (*morbidity*).

Bab ini akan membahas konsep perhitungan premi asuransi kesehatan yang meliputi tujuan, komponen dasar perhitungan premi, serta permasalahan yang biasa ditemui dalam proses pembentukan premi pada beberapa jenis produk asuransi kesehatan.

Perlu diketahui di Amerika Serikat, hukum asuransi negara bagian sering mengatur prosedur penetapan tarif premi, mana yang diperbolehkan atau mana yang dilarang. Sementara HIPAA 1966 tidak mengatur penetapan premi secara langsung, hal itu akan berdampak signifikan pada penetapan premi produk-produk biaya medis bagi kelompok kecil dan perorangan.

4.2. PARA PEMANGKU KEPENTINGAN

Ada 4 pihak atau kelompok utama yang pemangku kepentingan (*stakeholders*) pada sebuah perusahaan asuransi. Pihak pertama adalah para pemegang saham yang menginginkan mendapatkan keuntungan yang setinggi-tingginya dan menginginkan agar perusahaan tetap dalam keadaan sehat (*solvent*), sehingga dapat memberikan keuntungan yang lebih besar pada masa yang akan datang. Faktor keuntungan merupakan komponen yang harus diperhitungkan dalam proses penetapan premi asuransi.

Pihak kedua adalah para pegawai perusahaan asuransi termasuk para manajernya menginginkan mendapatkan gaji yang tinggi serta ingin mendapatkan kesejahteraan yang cukup, misalnya adanya jaminan kesehatan, perumahan, program pensiun dan lain-lain. Biaya program kesejahteraan pegawai merupakan biaya operasional perusahaan yang biasanya dibebankan pada proses penyusunan atau penetapan premi. Para pegawai juga menginginkan agar perusahaan tetap sehat dengan harapan masa depan para pegawai tetap terjamin kesejahteraannya.

Pihak ketiga adalah para pemasar atau penjual atau distributor. Sebagian besar perusahaan asuransi jiwa memasukkan produk asuransi kesehatan dengan menggunakan sistem keagenan. Para penjualnya diberi berbagai istilah, seperti agen, petugas dinas luar, *field underwriter*, *marketing executive*, *financial planner* dan *sales executive* yang pada umumnya para penjual adalah bukan pegawai tetap, pendapatannya berdasarkan komisi atas hasil penjualan. Perusahaan asuransi memasukkan produk asuransi kesehatan dengan menggunakan broker. Baik broker dan agen pada umumnya menginginkan mendapatkan komisi atau imbalan yang setinggi-tingginya.

Pihak keempat adalah para pembeli atau calon pembeli yang menginginkan premi yang semurah mungkin dan pelayanan yang prima.

Perusahaan harus mampu menetapkan tarif premi sedemikian rupa sehingga mampu memenuhi keinginan dari berbagai pihak seperti yang diuraikan sebelumnya.

Terlalu besar komisi yang diberikan bisa mengakibatkan perusahaan tidak bisa memberikan keuntungan memadai kepada para pemegang saham bahkan bisa membuat perusahaan menderita kerugian. Premi yang murah mudah dijual tetapi bisa mengakibatkan kerugian. Gaji yang rendah berdampak berupa pelayanan yang tidak prima sehingga perusahaan bisa ditinggalkan oleh para nasabahnya yang pada gilirannya perusahaan asuransi menderita kerugian.

Guna memenuhi keinginan para pihak yang berkepentingan maka perusahaan harus mampu menciptakan premi yang sudah mencerminkan komponen atas keinginan-keinginan para pihak.

4.3. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI BESARAN PREMI

Premi asuransi perorangan adalah sejumlah uang yang harus dibayar oleh seseorang sebagai tertanggung atau pemegang polis sebagai imbalan atas dijaminnya biaya sebagai akibat timbulnya suatu risiko sakit sebagaimana tertuang dalam polis. Sedangkan premi asuransi kumpulan pada umumnya merupakan penjumlahan dari premi perorangan dalam satu instansi.

Besarnya premi dipengaruhi banyak faktor, antara lain ruang lingkup manfaat asuransi, umur, jenis kelamin, tingkat pendapatan dan pekerjaan, lokasi geografis, kecenderungan pada pelayanan medis, ekonomi dan inflasi, pola seleksi risiko (*underwriting*), masa berlakunya tarif, peraturan pemerintah, persistensi, strategi pemasaran dan tujuan perusahaan asuransi.

RANCANGAN PAKET SECARA KESELURUHAN

Rancangan paket secara keseluruhan atau ruang lingkup manfaat asuransi yang spesifik di dalam paket kumpulan maupun perorangan, mempunyai dampak yang dramatis terhadap utilisasi pelayanan kesehatan. Diberlakukannya *deductible*, *coinsurance* dan *copayment* akan mempengaruhi tingkat klaim, sehingga berpengaruh pada perhitungan premi. Sebagai contoh, diterapkannya *deductible* yang tinggi dan 20% *coinsurance*, berakibat tertanggung mencari pengobatan atas penyakit ringan karena mereka harus membayar sendiri biaya-biaya awal.

DISTRIBUSI UMUR DAN JENIS KELAMIN

Umur adalah salah satu faktor yang dipertimbangkan dalam menghitung premi asuransi kesehatan baik perorangan maupun kumpulan. Pengalaman asuransi kesehatan kumpulan menunjukkan adanya perbedaan dalam frekuensi dan besarnya klaim diantara berbagai kelompok umur. Umur 50 tahun cenderung memiliki pengalaman sakit lebih sering daripada orang yang berusia 30 tahun. Untuk kasus cakupan melahirkan adalah sebaliknya, frekuensi klaim melahirkan menurun pada wanita di atas usia 30 tahun.

Jenis kelamin juga merupakan faktor yang penting untuk dipertimbangkan dalam mengembangkan premi produk asuransi kumpulan dan perorangan. Pengalaman menunjukkan bahwa secara umum biaya klaim lebih tinggi untuk wanita dibandingkan pria (khususnya terdapat pada klaim melahirkan). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa wanita di bawah usia 65 tahun membutuhkan perawatan di rumah sakit, tindakan operasi, pengobatan medis dan

pelayanan kesehatan gigi lebih sering dibandingkan pria. Biaya klaim untuk suatu kelompok yang semuanya pria lebih rendah dari kelompok yang mempunyai proporsi jumlah wanita lebih dari 75%.

Beberapa negara bagian di Amerika Serikat melarang atau membatasi penentuan tarif berdasarkan pada usia dan jenis kelamin.

KELAS PENGHASILAN DAN PEKERJAAN

Biaya klaim medis dan klaim kesehatan gigi cenderung lebih tinggi untuk orang yang memiliki penghasilan tinggi. Tarif dokter kadangkala dipengaruhi oleh kemampuan bayar pasien. Sebagian orang yang tergolong memiliki pendapatan tinggi lebih sering memilih cara perawatan medis dan perawatan gigi yang lebih canggih dengan biaya yang lebih mahal.

Umumnya yang terjadi di Amerika Serikat, tidak dibedakan biaya perawatan medis pada orang-orang dalam kelompok atau kelas pendapatan yang berlainan. Hal ini disebabkan sebagian besar paket asuransi biaya medis dan program pemerintah (seperti Medicare), mengganti biaya penyedia layanan kesehatan tanpa mempertimbangkan penghasilan pasien. Demikian pula halnya pada asuransi perawatan gigi disana.

Penghasilan merupakan faktor yang signifikan pada asuransi LTD, karena ganti rugi per bulan dihitung berdasarkan persentase dari gaji. Pekerjaan juga merupakan faktor kunci dari asuransi LTD karena banyak pekerjaan memiliki risiko lebih besar akan terjadinya cedera dan disabilitas.

LOKASI GEOGRAFIS

Tarif untuk pelayanan perawatan kesehatan sangat beragam tergantung pada letak geografisnya. Sebagai contoh, kota-kota besar mempunyai pola yang berbeda dan tarif biaya pelayanan perawatan kesehatan yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan kota-kota kecil.

Biaya klaim yang beraneka ragam diakibatkan oleh perbedaan tingkat biaya hidup, tersedianya fasilitas dan organisasi pelayanan kesehatan, serta perilaku umum tertanggung, pemberi kerja dan dokter terhadap rumah sakit dan fasilitas kesehatan.

KECENDERUNGAN PADA PELAYANAN MEDIS, EKONOMI DAN INFLASI

Terjadi kecenderungan yang terus meningkat dari tahun ke tahun pada biaya klaim pelayanan kesehatan yang dialami tertanggung baik pada paket kumpulan maupun perorangan. Kenaikan biaya klaim ini berkaitan dengan kenaikan tarif pelayanan kesehatan dan utilisasi pelayanan pengobatan yang semakin canggih, dan populasi yang menua.

Faktor ekonomi yang turut berpengaruh adalah tingkat bunga yang berfluktuasi mempengaruhi jumlah pendapatan investasi yang diperoleh dari dana cadangan, dan meningkatnya biaya administrasi yang disebabkan inflasi.

TINGKAT PARTISIPASI KUMPULAN

Banyak produk kumpulan ditawarkan atas dasar sukarela, dan karyawan dapat memilih salah satu yang sesuai dengan kebutuhan. Misalnya, pemberi kerja memberikan pilihan dana biaya kesehatan disalurkan lewat HMO, PPO, atau paket komprehensif tradisional. Pada beberapa cakupan, hanya ada satu paket tersedia, dan pada pilihan yang lain tidak ada cakupan dimaksud. Umumnya hal ini terjadi paket disabilitas sukarela, dimana karyawan hanya bisa memilih ada atau tidak ada cakupan disabilitas.

Derajat partisipasi merupakan faktor yang penting di dalam membuat perhitungan premi. Jika partisipasinya rendah, ada kemungkinan besar terjadinya seleksi yang merugikan (*adverse selection*) atau anti-seleksi (*antiselection*). Anti-seleksi mengindikasikan bahwa pengalaman kumpulan diperkirakan akan lebih buruk dari populasi secara keseluruhan karena bagian terbesar adalah orang yang mempunyai risiko tidak sehat. Semakin besar tingkat partisipasi, semakin besar kemungkinan banyak tertanggung yang sehat hidupnya untuk mengimbangi anti-seleksi. Banyak perusahaan asuransi membedakan tarif premi paket sukarela berdasarkan tingkat partisipasi.

Di Amerika Serikat, HIPAA 1996 mengharuskan pihak asuransi di pasar asuransi perorangan untuk menerima (*guarantee issue*) perorangan yang memenuhi syarat tertentu. Secara umum, untuk memenuhi syarat polis *guarantee issue* yang khusus ini, seseorang

- harus sudah memiliki cakupan sebelumnya sekurangnya 18 bulan (umumnya cakupan kumpulan);
- harus mengajukan permohonan dalam waktu 2 bulan (63 hari) putusya cakupan kumpulan yang bersangkutan;
- tidak harus memenuhi syarat untuk cakupan kesehatan kumpulan yang lain atau program kesehatan pemerintah.

UNDERWRITING PERORANGAN

Polis asuransi kesehatan perorangan biasanya tidak diberikan kepada orang yang kesehatannya buruk yang diperkirakan dalam waktu dekat akan mengalami disabilitas atau dirawat di rumah sakit. Oleh karenanya, untuk jangka waktu tertentu, mereka yang memiliki polis ini merupakan kelompok terpilih dengan morbiditas lebih baik dibandingkan dengan masyarakat secara keseluruhan. Dan setelah beberapa tahun, perbedaan ini semakin pudar setelah tertanggung dari kelompok ini terkena penyakit dan kecelakaan.

Sejauh mana karakteristik kelompok awal lebih baik daripada populasi umum tergantung pada banyaknya *underwriting* dilakukan. Jika dilakukan *underwriting* yang signifikan, perbedaan pada tahun-tahun awal polis juga akan signifikan. Jika hanya dilakukan *underwriting* terbatas, maka hanya akan ada sedikit atau tidak ada perbedaan pada tahun-tahun awal polis. Jika tanpa ada *underwriting* dilakukan (*guarantee issue*), mungkin ada beberapa anti-seleksi di tahun-tahun awal polis. Dalam menghitung biaya klaim, asuransi perorangan memperkirakan dampak dari *underwriting* terhadap risiko yang mereka jaminkan.

LAMA BERLAKUNYA BESARAN PREMI

Lama berlakunya tingkat premi yang ditawarkan oleh perusahaan asuransi mempengaruhi tarif premi. Hal ini terutama berlaku untuk cakupan seperti manfaat biaya medis dan gigi, dimana kecenderungan biaya menunjukkan

kenaikan. Untuk cakupan ini, lama berlakunya premi perpanjangan menjadi lebih singkat. Masa berlaku premi satu tahun sudah biasa ditawarkan selama ini, namun kecenderungan ke depan berlakunya bisa jadi 6 bulan atau kurang.

PENGARUH PERATURAN PEMERINTAH

Dalam upaya agar asuransi kesehatan kumpulan lebih mudah diakses oleh banyak keluarga yang bekerja, beberapa negara bagian Amerika Serikat telah melakukan reformasi undang-undang untuk kelompok kecil. Pemberi kerja atau pengusaha kecil biasanya didefinisikan sebagai mereka yang memiliki 25 sampai dengan 50 karyawan tetap. Beberapa negara bagian menentukan paket manfaat dasar tertentu yang harus ditawarkan secara guaranteed-issued bagi semua kelompok pengusaha kecil. Undang-undang memungkinkan adanya tarif premi yang berbeda berdasarkan demografi, tetapi tidak boleh dikenakan pada perorangan dengan tingkat premi yang berbeda berdasarkan riwayat kesehatan yang bersangkutan. Juga, ada pembatasan biaya yang boleh dikenakan perusahaan asuransi terhadap pengusaha kecil. Di banyak negara bagian, harga premi harus berada dalam kisaran 25% dari tarif indeks atau tarif rata-rata. Sebagian besar negara bagian juga membatasi jumlah kenaikan tarif yang dapat diberikan kepada kelompok pengusaha kecil.

Manfaat cakupan yang diwajibkan negara bagian, atau penawaran pengobatan tertentu, atau perawatan oleh profesional kesehatan tertentu, dapat mengakibatkan tambahan biaya klaim dan administrasi pada perusahaan asuransi. Biaya tersebut tercermin dalam struktur penetapan premi.

Untuk asuransi perorangan, sebagian besar negara bagian mengharuskan perusahaan asuransi mengembalikan persentase tertentu (misalnya 50%) dari pendapatan premi yang diharapkan kepada tertanggung dalam bentuk manfaat yang dibayarkan. Juga yang mempengaruhi asuransi kesehatan perorangan, adalah rasio kerugian minimum yang diterapkan di beberapa negara bagian. Rasio kerugian (*loss ratio*) adalah perbandingan antara biaya klaim terhadap pendapatan premi. Standar rasio kerugian minimum mempengaruhi tarif premi yang dapat dibebankan, serta rasio biaya harus dapat dijaga untuk mendapatkan produk yang menguntungkan.

Peraturan lain negara bagian yang mempengaruhi tingkat premi adalah sejauh mana tertanggung memiliki hak memperpanjang polis. Beberapa negara bagian memerlukan ketentuan provisi tidak bisa dibatalkan dan dijamin (*noncancellable and guaranteed*), dan HIPAA mengharuskan polis biaya medis harus dijamin bisa diperpanjang (*guaranteed renewable*), akan mempengaruhi tingkat risiko terkait dengan struktur penetapan premi.

PERSISTENSI

Persistensi (*persistence*) digunakan sebagai acuan derajat kemampuan bisnis untuk tetap bertahan, merupakan faktor penting dalam menentukan premi asuransi kumpulan dan perorangan. Persistensi biasanya meningkat sesuai usia polis. Dalam beberapa kasus cakupan, tingkat persistensi tahunan bisa mencapai 95% atau lebih pada tahun ke lima polis. Tingkat persistensi dalam suatu tahun merupakan perbandingan antara polis yang masih bertahan dibandingkan dengan jumlah polis yang diterbitkan pada tahun yang sama.

Persistensi juga bervariasi berdasarkan kelompok umur. Kelompok pemegang polis yang lebih muda (misalnya 20–29 tahun) mungkin memiliki persistensi yang lebih buruk dibandingkan kelompok pemegang polis yang lebih tua (misalnya 50–60 tahun). Hal ini merefleksikan kenyataan bahwa polis yang ada lebih bernilai untuk pemegang polis

yang lebih tua karena mereka mungkin lebih sulit untuk mendapatkan persetujuan *underwriting* bila membeli polis yang baru.

STRATEGI PEMASARAN

Struktur harga untuk produk serupa yang ada di pasar bisa berdampak signifikan pada tarif premi produk baru produk yang direvisi oleh penanggung. Umumnya, penanggung menilai kompetisi dengan hati-hati dan mempelajari demografi pasar yang diinginkan dalam merancang struktur premi yang memungkinkan para distributor bisa berkompetisi secara efektif. Contohnya, bila pasar yang dibidik hanya produk cakupan dasar saja, maka rancangan produk dan struktur premi mesti mencerminkan kondisi ini. Apabila penanggung cenderung memasarkan produk untuk segmen pasar tertentu, maka karakteristik unik dari segmen tersebut bisa mempengaruhi struktur premi atau produk.

TUJUAN PERUSAHAAN

Perusahaan asuransi biasanya menyusun kebijakan korporasi yang mengatur bagaimana menetapkan tarif premi. Kebijakan perusahaan mungkin ingin menjual produk yang banyak, atau ingin memberikan produk hanya sebagai akomodasi bagi tenaga penjual atau nasabahnya. Pilihan-pilihan tersebut menyebabkan perbedaan struktur premi.

4.4. PRINSIP-PRINSIP PENETAPAN TARIF PREMI

Tujuan perusahaan asuransi kesehatan dalam menyusun tarif premi yang menguntungkan haruslah memperhatikan prinsip-prinsip berikut:

KECUKUPAN (ADEQUACY)

Tarif premi harus cukup untuk menutupi santunan (manfaat) serta biaya-biaya akuisisi, administrasi dan pajak. Dengan perkataan lain tarif premi harus melebihi perkiraan biaya klaim (*expected claim costs*) agar menguntungkan perusahaan.

KEWAJARAN (REASONABLENESS)

Tarif premi harus sesuai atau seimbang dengan manfaat yang dijanjikan, artinya bagian tertentu dari tarif premi dikembalikan kepada pemegang polis dalam bentuk kompensasi pembayaran manfaat. Jika porsi dari premi terlalu banyak digunakan untuk biaya dan keuntungan, maka premi tidak lagi masuk akal.

KEADILAN (EQUITY)

Dalam penetapan tarif premi harus adil atau tidak ada diskriminasi, artinya pemegang polis yang memiliki tingkat risiko lebih tinggi akan membayar premi lebih mahal ketimbang peserta yang tingkat risikonya lebih rendah. Sebagai contoh, biaya perawatan kesehatan lebih tinggi pada suatu daerah tertentu jika dibandingkan dengan daerah lain. Sehingga, tarif premi akan bervariasi berdasarkan lokasi geografis suatu daerah.

PERSAINGAN (COMPETITIVENESS)

Hal penting lainnya yang harus dipertimbangkan adalah penyusunan tarif premi yang kompetitif di pasar asuransi. Jika tarif premi terlalu mahal, maka produk asuransi tidak akan laku di pasar. Sebaliknya, jika terlalu murah produk akan bersaing di pasar, tetapi jelas tidak menguntungkan.

4.5. KOMPONEN-KOMPONEN PERHITUNGAN PREMI

Komponen dasar dalam menghitung premi bruto antara lain adalah klaim, margin, biaya-biaya, cadangan dan hasil investasi. Komponen paling besar tarif premi adalah biaya untuk pembayaran manfaat yang disebut juga sebagai biaya klaim atau klaim yang diperkirakan (*claim costs or expected claims*). Aktuaris perusahaan biasanya menggunakan pengalaman klaim di masa lampau yang berasal dari beberapa sumber, misalnya: pengalaman dari mitra-mitra bisnis atau nasabah kumpulan perusahaan asuransi, pengalaman masing-masing kumpulan serta data dari penelitian antar perusahaan asuransi.

KONSEP MORBIDITAS

Seperti pada asuransi jiwa yang menggunakan tabel mortalitas, maka asuransi kesehatan menggunakan tabel morbiditas sebagai dasar utama dalam penyusunan tarif premi. Penting untuk diketahui adalah menentukan *frequency* (frekuensi, kekerapan) dan *severity* (keparahan) dari suatu program asuransi. Belum adanya penelitian yang komprehensif tentang morbiditas untuk kasus Indonesia, maka statistik rujukan yang paling memadai untuk kondisi di Indonesia saat ini adalah laporan jurnal Transactions of the Society of Actuaries. Kesulitan yang mungkin akan muncul adalah menyusun tarif premi yang sesuai dengan ruang lingkup cakupan seperti yang dikehendaki oleh pasar. Aktuaris perusahaan harus jeli dalam mempertimbangkan besaran morbiditas dari setiap bagian manfaat yang adakalanya tidak terdapat dalam laporan statistik.

Baik asuransi kesehatan kumpulan maupun perorangan masing-masing menggunakan konsep morbiditas dalam memperkirakan biaya klaim. Pengukuran morbiditas tergantung pada dua elemen, yaitu *frequency* dan *severity*. *Frequency* didefinisikan kemungkinan terjadinya suatu kejadian pada sejumlah populasi. Misalnya, *frequency* rata-rata rawat inap dalam setahun adalah 10%, maka dapat dikatakan bahwa dari 100 populasi tersebut terdapat 10 orang yang menjalani rawat inap. Sedangkan *severity* didefinisikan sebagai rata-rata ukuran dari setiap kerugian. Misalnya, rata-rata lama perawatan di rumah sakit dalam setahun adalah 8 hari, maka untuk setiap manfaat harian sebesar Rp. 1 rata-rata besarnya klaim adalah Rp. 8. Sedangkan estimasi dari *claim cost* tahunan dapat dihitung sebagai perkalian dari *frequency* dan *severity*. Sehingga untuk setiap Rp. 200.000 manfaat atau santunan harian perawatan di rumah sakit, *claim costs* dapat dihitung sebagai berikut:

$$\text{Claim Costs} = \text{Benefit} \times \text{Frequency} \times \text{Severity} = \text{Rp. } 200.000 \times 10\% \times \text{Rp. } 8 = \text{Rp. } 160.000$$

Di Amerika Serikat, secara periodik jurnal Transactions of the Society of Actuaries menerbitkan laporan penelitian antar perusahaan asuransi berupa statistik *experience data (claim costs)* untuk beberapa model santunan perawatan di rumah sakit, misalnya:

- *daily hospital benefit*
- *miscellaneous hospital expense benefit*
- *surgical benefit*

Untuk kalangan sendiri

- *maternity benefit*
- *major medical expense benefit*

Berikut adalah tabel-tabel *annual claim costs* (morbiditas) yang digunakan dalam perhitungan premi pada program asuransi biaya kesehatan. Tabel-tabel ini juga dapat dimanfaatkan untuk menaksir seberapa besar biaya yang dibutuhkan dan harus disiapkan saat ini untuk memberikan jaminan biaya perawatan di rumah sakit bagi sekelompok peserta.

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa biaya rawat inap yang terdiri dari tiga manfaat yaitu santunan harian (*daily hospital benefit*), aneka biaya kesehatan (*miscellaneous hospital*) dan biaya operasi (*surgical benefit*) secara umum meningkat sesuai dengan peningkatan usia. *Annual claim costs* wanita lebih tinggi dari pria pada usia dan jenis manfaat tertentu tetapi lebih rendah pada jenis manfaat lainnya. Anak-anak mempunyai *annual claim costs* yang sama tanpa membedakan jenis kelaminnya.

Tabel 4.2 menunjukkan *annual claim costs* untuk setiap USD100 santunan melahirkan. Biaya klaim melahirkan ini menurun sesuai dengan penambahan usia. Biaya klaim melahirkan biasanya rendah pada tahun polis pertama, karena pengaruh adanya masa tunggu pemberian santunan melahirkan selama tujuh hingga sepuluh bulan. *Claim costs* melahirkan lebih tinggi pada usia muda daripada usia yang lebih tua, sehingga santunan melahirkan pada usia yang muda ini juga akan lebih tinggi.

Tabel 4.1. Medical Expense Insurance - Annual Claim Costs

Attained Age	USD 1 Daily Hospital Benefit, Maximum Benefit Period 90 Days		Miscellaneous Hospital Expense Benefit, USD 200 Maximum Benefit		USD 100 of Maximum Surgical Benefit Standard Schedule	
	Male	Female	Male	Female	Male	Female
25-29	6.59	5.82	7.14	14.00	1.02	2.12
30-34	7.01	6.21	8.80	16.58	1.14	2.56
35-39	7.55	6.79	12.43	23.82	1.31	2.78
40-44	8.10	7.28	13.92	25.51	1.60	2.91
45-49	8.45	7.70	16.14	26.31	2.08	3.05
50-54	8.82	8.19	20.07	27.15	2.82	3.29
55-59	9.31	8.75	24.11	27.93	3.89	3.67
60-64	9.82	9.12	28.27	29.51	5.23	4.23
Child	5.37	5.37	9.01	9.01	0.99	0.99

Tabel 4.2. Maternity Benefits

Attained Age	Annual Claim Costs For USD 100 Maternity Benefit
20-24	23.50
25-29	18.30
30-34	8.70
35-39	3.00
40-44	0.70
45-49	0.10

CONTINGENCY MARGIN DAN PROFIT MARGIN

Dua komponen tambahan yang perlu dipertimbangkan dalam penetapan tarif premi adalah *contingency margin* untuk mengantisipasi perkiraan tarif premi yang kurang akurat. Dan *profit margin* sebagai jaminan kontribusi pada surplus (*contribution to surplus*) untuk pemegang saham. Ukuran dari surplus juga menentukan seberapa besar bisnis akan dijalankan serta menjadi ukuran dalam kekuatan finansial dan stabilitas perusahaan.

CADANGAN

Dana cadangan (*reserves*) yang digunakan untuk membayar klaim yang bernilai tinggi, adalah komponen lain dari struktur premi. Ketika pihak asuransi menilai pengalaman klaim, asuransi tidak dapat hanya melihat pada pengalaman klaim yang dibayar saja, karena ini tidak akan mencerminkan klaim-klaim yang masuk (*incurred*) tapi belum dibayarkan. Ada dua jenis cadangan yang dikembangkan di dalam produk-produk asuransi kesehatan adalah cadangan klaim (*claim reserves*) dan cadangan polis (*policy reserves*).

CADANGAN KLAIM

Klaim-klaim jarang dibayar pada saat diterbitkan (*incurred*). Ketika klaim yang valid terbit (*incurred*), penanggung mengenali liabilitas ini dengan membuat cadangan klaim untuk membayar jika sewaktu-waktu formulir klaim yang cocok dikirim dan pemeriksaan klaim telah dianggap selesai. Ada dua jenis cadangan klaim, yakni cadangan klaim ada tetapi belum dilaporkan (*incurred but not reported claim reserve, IBNR claim reserve*) dan cadangan klaim yang ditunda atau *pending claim reserve (PCR)*.

- IBNR dikembangkan untuk mendanai klaim yang terjadi tetapi belum dilaporkan pada pihak penanggung. Tertanggung membutuhkan waktu berhari-hari atau bahkan berminggu-minggu untuk mengumpulkan informasi yang dibutuhkan untuk melaporkan sebuah klaim.
- PCR dikembangkan untuk mendanai klaim yang telah dilaporkan tapi belum dibayar atau sedang dalam proses pembayaran. Penanggung membutuhkan waktu untuk menilai dan meneliti klaim dan melakukan pembayaran dengan tepat

CADANGAN POLIS

Cadangan lainnya yang juga dibutuhkan untuk kontrak-kontrak tertentu adalah cadangan polis, disebut juga *active life reserve*. Cadangan ini perlu khususnya untuk kontrak-kontrak asuransi kesehatan perorangan dimana penanggung menggunakan tingkat *premium structure*, bahkan pada cakupan dimana morbiditas meningkat secara signifikan menurut usia. Premi yang terkumpul di awal polis akan lebih dari cukup untuk menutup biaya-biaya klaim dan pengeluaran-pengeluaran, namun pada akhir tahun polis biaya klaim saja akan melampaui premi. Kelebihan premi yang terkumpul di awal tahun polis disisihkan untuk dijadikan dana cadangan guna membayar klaim yang tinggi yang muncul pada akhir tahun polis ketika preminya sendiri tidak mencukupi untuk menutupi klaim-klaim tersebut. Dana cadangan ini disebut cadangan polis.

BIAYA OPERASIONAL

Komponen terbesar berikutnya dari tarif premi adalah biaya operasional. Pengalokasian biaya-biaya tersebut dapat dilakukan melalui beberapa cara, misalnya:

- **Persentase dari premi.** Besar biaya ini tergantung pada premi dan dialokasikan berdasarkan persentase premi, misalnya komisi agen dan pajak.
- **Biaya per polis.** Biaya-biaya ini besarnya relatif sama tanpa memperhatikan ukuran dari polis dialokasikan ke dalam basis biaya per polis. Biaya akuisisi dan biaya penerbitan polis termasuk ke dalam kategori ini. Untuk menentukan besarnya biaya rata-rata setiap polis, dapat dilakukan dengan membagi total biaya dalam kategori ini dengan jumlah polis yang telah diterbitkan.
- **Persentase dari klaim.** Beberapa perusahaan asuransi mengalokasikan biaya administrasi sebagai persentase dari klaim. Biaya ini bervariasi berdasarkan besar klaim yang telah disetujui untuk dibayarkan.

Penanggung biasanya membagi biaya-biaya menjadi lima kategori, yakni biaya kompensasi penjualan, biaya akuisisi, biaya perawatan, biaya *overhead* dan pajak

BIAYA KOMPENSASI PENJUALAN

Kategori luas ini mencakup semua jenis biaya yang berhubungan dengan kebutuhan usaha baru. Untuk asuransi kumpulan, akan mencakup biaya asosiasi yang dibayar ketika asosiasi mengesahkan suatu produk khusus. Beberapa perusahaan memasukkan biaya iklan dalam kategori ini karena tujuan dari iklan adalah untuk memasarkan produk usaha baru.

Biaya kompensasi penjualan (*sales compensation expenses*) untuk asuransi kesehatan kumpulan dan perorangan adalah komisi agen, yang biasanya dihitung berdasarkan persentase *gross premium*. Tahun pertama kompensasi adalah khas lebih tinggi daripada kompensasi yang diperbaharui karena penanggung menggunakan skala komisi tinggi-rendah dan membayar lebih banyak pada tahun pertama atau membayar bonus berdasarkan atas produksi bisnis baru si agen.

BIAYA AKUISISI

Biaya-biaya yang berhubungan dengan akuisisi dan proses usaha baru dinamakan biaya akuisisi (*acquisition expenses*). Biaya *underwriting* termasuk gaji staf, test kesehatan, laporan dokter, laporan-laporan inspeksi. Biaya-biaya ini naik tidak hanya dari polis-polis yang telah disetujui dan diterbitkan, tetapi juga dari aplikasi yang ditolak dan polis yang disetujui bukan dari peserta. Sekali aplikasi disetujui, akan ada tambahan biaya lagi, seperti biaya menerbitkan kontrak, mengembangkan pelaporan.

Asuransi kumpulan memiliki pengeluaran untuk *group underwriter*. *Group underwriter* menganalisa pengalaman grup dan demografi untuk mengembangkan tarif premi yang kompetitif.

BIAYA PEMELIHARAAN

Biaya-biaya yang ada untuk menjaga usaha tetap bekerja, dan untuk membayar klaim-klaim dinamakan biaya pemeliharaan (*maintenance expenses*). Biaya ini termasuk biaya rekaman atau pencatatan, penagihan dan pengumpulan premi, pembayaran klaim, pengumpulan dan analisa statistik, penghitungan liabilitas dan cadangan, melakukan perubahan polis dan menyediakan pelayanan nasabah. Biaya klaim termasuk penyelidikan klaim, surat menyurat dengan penyedia layanan kesehatan, telaah utilisasi, menerbitkan cek-cek untuk klaim.

BIAYA GENERAL OVERHEAD

Selain biaya-biaya yang telah dijelaskan di atas, setiap polis harus menutupi beban biaya *general overhead* (biaya *overhead* umum, biaya eksploitasi umum). Biaya-biaya ini bervariasi tetapi umumnya berbentuk gaji perusahaan, pemakaian tempat, perlengkapan kantor, recruitment, dan pelatihan. Beberapa perusahaan memasukkan biaya pengembangan produk ke dalam pengeluaran *general overhead*.

BIAYA PAJAK

Pemerintah membebankan pajak terhadap premi. Pajak bisa saja berupa persentase dari *gross premium* yang dibayar, atau *net premium* dari dividen.

PENDAPATAN INVESTASI

Bunga yang didapat di dalam aliran kas dan dana-dana cadangan dinamakan pendapatan investasi (*investment income*). Pendapatan investasi memberikan tambahan sumber pendapatan bagi penanggung dan komponen akhir dari tarif premi. Pendapatan investasi dapat ditambahkan ke dalam pendapatan premi sebagai sumber pendanaan untuk memenuhi kewajiban penanggung. Semakin besar pendapatan investasi, semakin rendah premium yang dibutuhkan. Biaya investasi lebih besar daripada pelayanan jangka panjang seperti cadangan polis. Cadangan klaim umumnya berjangka pendek dan keuntungan investasinya tidak terlalu besar.

Pada produk-produk kumpulan, pendapatan investasi seringkali digunakan untuk mengimbangi jumlah *contingency margin* atau margin fluktuasi yang dibutuhkan untuk berjaga-jaga kalau terjadi tagihan klaim yang lebih tinggi dari yang diperkirakan. Semakin besar pendapatan investasi diharapkan, semakin rendah *contingency margin*.

FAKTOR-FAKTOR NON TEKNIS

Faktor-faktor non teknis, berdasarkan pengalaman klaim perusahaan asuransi, yang perlu juga dipertimbangkan dalam pembentukan tarif premi, yaitu:

- **Bentuk Rancangan Produk.** *Deductible* yang tinggi dan coinsurance dapat mencegah (calon) tertanggung mengajukan treatment atas penyakit-penyakit ringan, karena harus membayar biaya awal sendiri;
- **Distribusi Umur dan Kelamin.** Pengalaman asuransi kesehatan memberikan gambaran perbedaan *claim frequency* dan *severity* pada setiap kelompok umur. Wanita mempunyai *claim costs* yang lebih tinggi daripada pria. Sedangkan wanita dibawah 65 tahun lebih sering masuk rawat inap, menjalani operasi, tindakan medis dan mendapatkan pelayanan gigi ketimbang pria pada usia yang sama;

- **Kelas Pekerjaan dan Pendapatan.** Pelayanan medis dan gigi cenderung lebih tinggi dan lebih sering terjadi pada orang-orang yang mempunyai pendapatan tinggi. Beberapa jenis pekerjaan tertentu mempunyai risiko yang tinggi mengalami kecelakaan.

Faktor-faktor lainnya kiranya cukup jelas, seperti lokasi geografis, perkembangan kesehatan, ekonomi dan inflasi, kepesertaan, *underwriting* perorangan, lamanya jaminan tarif premi, persistensi, strategi pemasaran dan tujuan perusahaan.

PERHITUNGAN PREMI NETO

Premi neto merupakan premi yang belum dimasukkan unsur biaya dari keuntungan, sehingga premi neto merupakan komponen klaim. *Contingency Margin* merupakan katup pengaman dalam hal terjadi klaim yang lebih besar dari klaim yang diharapkan sehingga formula premi neto dapat dinyatakan sebagai berikut :

$$P = E(C) + M$$

P = Premi neto
 E(C) = Pengharapan Klaim (*Expected Claim*)
 M = *Contingency Margin*

Misalnya, untuk setiap 100 orang kelompok usia 35 tahun diketahui mengalami sakit baik akibat suatu penyakit maupun kecelakaan sebanyak 5 orang dirawat di rumah sakit. Apabila program asuransi menyatakan bahwa dalam hal bertanggung sakit sedemikian rupa sehingga hari dirawat di rumah sakit akan diberikan santunan sebesar Rp 10.000.000,- Maka klaim yang diharapkan:

$$E(C) = 5/100 \times \text{Rp } 10.000.000,- = \text{Rp } 500.000,-$$

Jika ditentukan *Contingency Margin* sebesar 5% dari klaim yang diharapkan, maka :

Besarnya Premi Neto:

$$P = \text{Rp } 500.000,- + 5/100 \times \text{Rp } 500.000,- = \text{Rp } 500.000,- + \text{Rp } 25.000,- = \text{Rp } 525.000,-$$

Berikut ini adalah ilustrasi program asuransi rawat inap santunan harian (*Hospitalization Cash Plan* = HCP).

Dalam hal bertanggung terjadi sakit sedemikian rupa sehingga harus dirawat di rumah sakit maka kepadanya diberikan santunan harian sebesar Rp 1.000.000,- per hari perawatan. Tabel yang digunakan adalah Tabel Morbiditas (TSA Report), *Contingency Margin* 10% dari klaim yang diharapkan terjadi. Klaim yang diharapkan untuk seorang pria berumur 35 tahun adalah:

$$E(C) = (\text{Rp. } 1.000.000) (7.55) = \text{Rp. } 7.550.000$$

Besar Premi Neto adalah:

$$P = (1 + 10\%) E(C) = 1,10 (\text{Rp. } 7.550.000) = \text{Rp. } 8.305.000$$

PERHITUNGAN PREMI BRUTO

Perhitungan premi bruto dapat diformulasikan sebagai berikut (untuk masa asuransi dalam 1 tahun) dimana hasil (investasi dari tingkat mortalitas sudah diperhitungkan).

$$G = (1 + CM) E(c) + E + P$$

dengan:

G = Premi Bruto (*Gross Premium*)
 CM = *Contingency Margin*
 E(c) = Klaim yang diharapkan (*Expected Claim*)
 E = Biaya-biaya (*Expenses*)
 P = Keuntungan (*Profit*)

Misalnya pada program asuransi rawat inap santunan harian (HCP) seperti diilustrasikan pada contoh di muka dipasarkan dengan sistem keagenan dengan total komisi 25% dari premi bruto, biaya overhead 20% dari premi bruto dan keuntungan 10%, maka premi bruto untuk produk HCP untuk usia 35 tahun dengan jenis kelamin pria adalah:

$$\begin{aligned} G &= (1 + 10\%) (\text{Rp. } 7.550.000) + (25\% + 20\%) G + 10\% G \\ (1 - 55\%) G &= \text{Rp. } 8.305.000 \\ G &= \text{Rp. } 8.305.000 / 45\% = 18.455.555,56 \end{aligned}$$

4.6. STRUKTUR DAN KELAS PENETAPAN PREMI

KELAS PENETAPAN PREMI KUMPULAN

Langkah kunci dalam mengembangkan tarif premi untuk cakupan asuransi kelompok (*group rating classes*) adalah mengembangkan kelas perhitungan premi yang dibedakan melalui derajat dimana penanggung menggunakan pengalaman klaim pemegang polis. Ada tiga kelas, yakni penentuan tarif kumpulan secara manual (*manually rated groups*), penentuan tarif kumpulan yang sepenuhnya dari pengalaman (*fully experience-rated groups*), gabungan keduanya (*blended manual/experience-rated group*).

PENETAPAN TARIF MANUAL

Penetapan tarif kumpulan berdasarkan manual (*manually rated groups*) adalah berdasarkan pada tabel tarif premi perusahaan asuransi, bukan berdasarkan pada pengalaman suatu kumpulan yang bersangkutan itu sendiri. Tarif premi untuk kelompok ini tercantum dalam tabel tarif premi yang berlaku di perusahaan asuransi. Tarif premi pada manual tersebut dikembangkan menggunakan pengalaman gabungan dari sejumlah besar kelompok dan mencerminkan pengalaman klaim yang diharapkan dari kelompok secara keseluruhan. Dalam mengembangkan tarif untuk masing-masing kelompok, ada penyesuaian untuk mencerminkan komposisi kelompok tersebut – distribusi menurut usia, jenis kelamin, dan geografis. Kelompok-kelompok dengan pengalaman klaim di masa lalu tidak mungkin menjadi panduan yang dapat diandalkan untuk memperkirakan klaim di masa depan, umumnya yang terdiri dari beberapa orang saja yang telah diasuransikan di bawah paket atau beberapa orang saja yang mungkin diharapkan mengajukan klaim.

PENETAPAN TARIF PENGALAMAN

Penetapan tarif kumpulan berdasarkan pengalaman (*fully experience-rated groups*) memiliki tarif premi yang didasarkan hanya pada pengalaman klaim kelompok tertentu mereka sendiri. Penanggung memutuskan untuk menggunakan tarif pengalaman kelompok tersebut jika dapat menentukan bahwa kemungkinan distorsi klaim yang lalu berasal dari fluktuasi kebetulan akan kecil, dan penggunaan hasil yang lalu akan menjadikan penanggung mampu memperkirakan dengan tepat klaim-klaim yang akan datang. Kemungkinan fluktuasi total klaim berkurang, karena frekuensi klaim per orang dan jumlah orang yang dicakup paket meningkat. Cakupan biaya medis yang mempunyai klaim frekuensi yang tinggi dapat menjadi kelompok dengan penetapan tarif yang sepenuhnya berdasarkan pengalaman kelompok dengan jumlah karyawan lebih sedikit (misalnya 500 karyawan), daripada yang dilakukan terhadap cakupan disabilitas total.

PENETAPAN TARIF KUMPULAN GABUNGAN MANUAL DAN PENGALAMAN

Kelas tarif premi yang ketiga adalah berada di antara kelas tarif manual (*manually rated groups*) dan kelas tarif pengalaman (*fully experience-rated groups*), atau merupakan gabungan (*blended*) dari keduanya. Bahkan sebelum sampai sepenuhnya menggunakan kelas penetapan tarif berdasarkan pengalaman, adalah wajar bagi perusahaan asuransi untuk mengasumsikan dengan memasukkan tingkat pengalaman klaim masa lalu dalam proses perhitungan, akan memperbaiki perkiraan hasil klaim masa depan. Kebanyakan penanggung menetapkan persentase kredibilitas (*credibility percentage*) pengalaman masa lalu yang sebenarnya dan digabung dengan tingkat klaim yang diharapkan secara manual atau secara rata-rata. Ketika menentukan tarif premi yang sebenarnya untuk suatu kelompok, kelompok terdekat berdasarkan ukuran adalah kelas tarif berdasarkan manual, kredibilitas yang lebih rendah diambil terhadap pengalaman aktual dan semakin besar ketergantungan pada penetapan tarif berdasarkan manual. Sebaliknya, kelompok terdekat berdasarkan ukuran adalah kelas tarif berdasarkan pengalaman, semakin besar ketergantungan pada pengalaman sebenarnya dari kelompok itu sendiri.

Sebagai contoh, jika 20% kredibilitas diambil untuk pengalaman kelompok, 20% diambil untuk biaya klaim yang diharapkan akan berdasarkan pengalaman aktual, sementara 80% akan berdasarkan pada biaya rata-rata atau biaya berdasarkan manual. Sama halnya, sebuah kelompok dengan 90% kredibilitas akan memiliki 90% biaya klaimnya yang didasarkan pada pengalaman klaimnya sendiri, sementara hanya 10% biaya klaimnya berdasarkan manual (Tabel 4.3).

Tabel 4.3. Blended Manual/Experience-rated Groups

Method	Expected Claim Cost
Fully Experience Rated	\$60
Manually Rated	\$70
Blended at 20% Credibility $(.20 \times \$60) + (.80 \times \$70)$	\$68
Blended at 90% Credibility $(.90 \times \$60) + (.10 \times \$70)$	\$61

STRUKTUR TARIF PREMI PERORANGAN

Tabel tarif premi bruto untuk polis asuransi kesehatan perorangan dikembangkan dalam berbagai cara. Metode yang paling umum adalah premi seragam (*uniform premium*), premi berdasar usia (*attained-age premium*, *step-*

rate premium) dan premi tetap (*level premium*). Kadangkala penanggung menggunakan kombinasi dua metode, atau bahkan ketiga-tiganya dalam mengembangkan struktur premi.

TARIF PREMI SERAGAM

Penanggung hanya mengenakan satu biaya tarif premi untuk semua orang tanpa peduli usia, jenis kelamin atau pekerjaannya, ini dilakukan jika biaya klaim tidak bervariasi secara signifikan diantara tertanggung di berbagai kelas, atau jika peraturan asuransi pemerintah mewajibkan keseragaman tarif. Kematian akibat kecelakaan dan kehilangan anggota tubuh (*accidental death and dismemberment, AD&D*), adalah contoh cakupan, dimana hanya ada perbedaan sedikit pada biaya klaim menurut usia dan jenis kelamin.

TARIF PREMI BERDASARKAN USIA

Tarif premi berdasarkan usia (*attained-age premium rate*) akan meningkat menurut usia penanggung setiap tanggal perpanjangan polis. Sistem ini tepat jika terdapat variasi yang signifikan dalam biaya klaim yang tergantung pada usia. Biaya klaim berubah setiap tahun untuk tertanggung, antara usia 20 dan 29, antara 30 dan 39, dan seterusnya. Premi bruto secara terpisah dihitung untuk setiap kelompok usia. Jika biaya klaim bervariasi terlalu besar dalam kelompok yang disusun 10 tahunan, maka kelompok lima tahunan digunakan. Pada beberapa kasus, premium bervariasi dari tahun ke tahun.

Struktur penetapan tarif berdasarkan usia ini dapat dilihat pada polis biaya medis perorangan karena biaya klaim naik secara signifikan antara usia 20 dan 65. Keuntungan struktur penetapan ini adalah bahwa premi dapat lebih mencerminkan dengan tepat kenaikan morbiditas berdasarkan usia.

Satu kerugian dengan struktur penetapan premi berdasar usia ini adalah kemungkinan adanya dampak negatif pada persistensi. Tertanggung sering merasa membayar premi yang terus meningkat menjadi lebih memberatkan, dan akhirnya ini dapat menyebabkan polis dihentikan.

TARIF PREMI TETAP

Banyak penanggung memilih mengembangkan tarif premi tetap (*level premium rate*) untuk semua usia. Tingkat premi ini dimungkinkan dengan cara membebankan tarif lebih besar pada tahun-tahun awal polis daripada yang dibutuhkan untuk membayar manfaat dan pengeluaran-pengeluaran penanggung. Kelebihan premi dimasukkan ke dalam dana yang dapat menghasilkan bunga investasi.

Struktur tingkat tarif premium umumnya ditemui pada polis asuransi kesehatan suplemen seperti ganti rugi rumah sakit, dan polis penyakit khusus atau tertentu. Satu keuntungan produk dengan tarif premi tetap adalah bahwa persistensi lebih baik daripada produk dengan tarif berdasarkan usia, tidak meningkat sebagaimana meningkatnya usia tertanggung. Juga produk perorangan ini dapat dipasarkan sebagai asuransi suplemen atau pelengkap pada paket kumpulan dan bisa dibayar melalui pemotongan gaji.

Kelemahan struktur tarif premi adalah penentuan harga menjadi lebih sulit. Rata-rata usia dari kelompok tertanggung harus diperkirakan untuk mendapatkan ketepatan biaya klaim. Karena produk akan diterbitkan pada rentang usia yang lebar, maka rata-rata usia menjadi sulit diperkirakan dengan tepat.

TARIF PREMI KOMBINASI

Pada beberapa situasi, penanggung menggunakan kombinasi dari kedua pendekatan di muka. Sebagai contoh, ada pendekatan tarif berdasarkan usia (*attained age*) untuk usia lebih muda yang diikuti dengan pendekatan tarif premi tetap untuk usia 65 tahun dan setelah itu tarif premi seragam.

Satu kombinasi struktur yang populer adalah struktur *age-at-entry* (usia saat masuk). Struktur ini merupakan kombinasi antara struktur tarif berdasarkan usia (*attained-age premium*) dengan struktur tarif premi tetap (*level premium*).

Struktur premi saat usia masuk (*age-at-entry*) mirip dengan struktur berdasarkan usia (*attained-age*) dalam hal premi bervariasi menurut kelompok umur. Perbedaannya adalah begitu premi awal ditetapkan, tidak akan meningkat meskipun usia tertanggung meningkat. Premi awal ditetapkan dengan menggunakan usia tertanggung pada saat masuk atau polis diterbitkan. Dari situ terus ke tahun-tahun berikutnya, premi merupakan premi tetap mengambil karakteristik dari struktur tarif premi tetap (*level premium*).

Keuntungan dari tarif premi berdasarkan usia masuk (*age-at-entry*) dibandingkan dengan tarif premi berdasarkan usia (*attained-age*) adalah bahwa premi tidak meningkat bersama meningkatnya usia dan, sebagai akibatnya, persistensi akan lebih baik. Kerugiannya adalah bahwa premi awal adalah lebih tinggi menggunakan struktur *age-at-entry* karena premi akan tetap seterusnya.

Bila diasumsikan semua asumsi aktuarial adalah benar dan kondisinya setara, struktur premi berdasarkan usia (*attained-age*), premi berdasarkan usia masuk (*age-at-entry*), dan premi tetap (*level*) akan memberikan hasil keuntungan yang sama. (Lihat Tabel 4-4).

Tabel 4.4. Combination Premium Rates

\$100 Hospital Indemnity Benefit - Monthly Unisex Premium					
Attained-Age Premiums		Age-at-Entry Premiums		Level Premiums	
Attained Age	Monthly Premium	Issue Age	Monthly Premium	Issue Age	Monthly Premium
20-29	\$4.75	20-29	\$6.60	20-74	\$18.70
30-39	\$8.40	30-39	\$11.40		
40-49	\$12.65	40-49	\$15.85		
50-59	\$17.00	50-59	\$21.50		
60-64	\$21.00	60-64	\$38.00		
65-69	\$38.20	65-69	\$56.00		
70-74	\$72.90	70-74	\$72.90		

4.7. PENGEMBANGAN TARIF PREMI

Aktuaris bisa menggunakan beberapa teknik untuk mengembangkan tarif premi asuransi kesehatan. Baik itu penentuan harga produk kumpulan ataupun perorangan, aktuaris membuat asumsi mengenai berbagai komponen yang harus dimasukkan (biaya klaim, pengeluaran, tarif investasi, keuntungan dan *contingency margin* dan seterusnya). Kemudian, berbagai faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi tarif premi dipertimbangkan (misalnya persistensi, distribusi usia, jenis kelamin, klasifikasi pekerjaan, kecenderungan). Akhirnya, kelas tarif atau

struktur ditentukan dan teknik penentuan tarif digunakan untuk menyatukan semuanya dan menghasilkan suatu struktur tarif premi.

PENETAPAN TARIF MANUAL ASURANSI KUMPULAN

Penanggung biasanya menyiapkan buku manual dari tarif premi untuk setiap cakupan. Manual dikembangkan dengan mempertimbangkan beberapa faktor yang digabungkan untuk menghasilkan premi yang cukup untuk mendanai pembayaran manfaat dan biaya-biaya. Agar supaya fleksibel dalam merancang paket-paket manfaat kumpulan, sebaiknya ada ketentuan provisi dalam struktur tarif untuk penyesuaian daftar standar tarif premi manual guna mencerminkan pola manfaat dan komposisi kumpulan.

PERHITUNGAN TARIF PREMI NETO

Pengembangan tarif premi manual diawali dengan penentuan biaya klaim yang diharapkan dari masing-masing cakupan, hal ini disebut sebagai tarif premi neto. Tarif ini merupakan bagian dari tarif premi total yang tersedia untuk pembayaran klaim; tidak untuk biaya atau pertimbangan lainnya. Tingkat premi neto merupakan biaya manfaat yang diantisipasi, merupakan perkalian dari probabilitas klaim (*kekerapan, frequency*) dan jumlah klaim yang diharapkan (*keparahan, severity*).

KONVERSI TARIF NETO KE TARIF MANUAL

Tarif premi neto dikonversikan ke tarif premi manual dengan menambah faktor-faktor pengeluaran, kontribusi surplus atau keuntungan, dan klaim-klaim yang lebih tinggi dari yang diantisipasi. Sulit sekali menemukan basis yang tepat untuk menambah premi neto agar menjadi premi manual. Contohnya, jumlah pengeluaran tertentu, seperti komisi dan pajak premi, dihubungkan dengan ukuran premi. Biaya lainnya sama dari satu kelompok ke kelompok lainnya, seperti biaya yang berhubungan dengan proses aplikasi permohonan asuransi, menyiapkan catatan atau dokumen, dan menerbitkan draft kontrak. Juga pengeluaran lainnya, tergantung pada jumlah peserta yang terlibat, yang mempengaruhi biaya-biaya pencetakan booklet dan sertifikat dan membentuk serta merawat dokumen setiap tertanggung.

FAKTOR PENYESUAIAN

Penanggung umumnya mengembangkan tarif standar tunggal dan menyesuainya untuk mencerminkan karakteristik kelompok seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan pendapatan, yang diperkirakan akan mempengaruhi biaya klaim untuk cakupan. Untuk mencerminkan proporsi yang berbeda dari premi yang dibutuhkan untuk pengeluaran-pengeluaran (dan sering margin yang diinginkan untuk kontribusi surplus, dan pengalaman klaim-klaim yang lebih tinggi dari yang diharapkan), biasanya tarif premi manual disesuaikan dengan persentase penurunan atau kenaikan, tergantung dari ukuran premi sebelum penyesuaian. Premi yang digunakan dalam tabel beban biaya dan rabat biasanya premi total yang digunakan untuk semua cakupan kumpulan. Beberapa penanggung juga menggunakan jumlah karyawan tertanggung dalam menentukan penyesuaian. Banyak penanggung merancang tabel sehingga tidak ada persentase kenaikan atau penurunan (tarif manual tidak membutuhkan penyesuaian) untuk kasus-kasus ukuran tertentu. Untuk kasus-kasus yang lebih kecil, tabel bisa dikenakan kenaikan persentase, dan untuk kasus yang lebih besar, tabel bisa dikenakan penurunan persentase dimana premi bertambah besar.

PENETAPAN TARIF PENGALAMAN ASURANSI KUMPULAN

Tarif premi pengalaman mencerminkan klaim dan biaya untuk manfaat paket kumpulan yang spesifik. Sebagian besar penanggung menggunakan pengalaman klaim yang lalu untuk mengembangkan tarif premi hanya untuk kelompok-kelompok yang sesuai dengan persyaratan ukuran. Sebagaimana dijelaskan di muka, syarat-syarat tersebut bervariasi dari satu cakupan ke cakupan yang lain dan dari satu penanggung ke penanggung yang lain.

PEMILIHAN PERIODE PENGALAMAN

Awal pengembangan tarif premi pengalaman adalah menentukan pengalaman klaim aktual selama periode yang ditentukan. Periode ini dinamakan periode pengalaman (*experience period*). Tertanggung dapat memilih 12 bulan terakhir, dimana pengalaman klaim yang tersedia bisa menghilangkan variasi musiman yang normal pada klaim biaya medis. Pilihan 12 bulan terakhir tersebut akan memberi keyakinan bahwa setiap bagian dari tahun yang diterima menerima bobot setara pada pengalaman. Dengan menggunakan pengalaman terakhir, penanggung dapat lebih mencerminkan perubahan dengan tepat atas risiko yang ditanggung.

Penanggung dapat saja percaya bahwa keadaan risiko selalu konstan dan ketepatan yang lebih baik akan diperoleh dengan mengkombinasikan pengalaman beberapa tahun. Dampak dari kemungkinan fluktuasi pada pengalaman terakhir akan dapat dikurangi dengan menggunakan basis pengalaman yang lebih luas. Penanggung juga dapat memutuskan untuk memperlakukan bobot lebih tinggi secara proporsional pada pengalaman tahun terakhir dan bobot lebih rendah untuk pengalaman tahun sebelumnya. Dalam menelaah pengalaman klaim pemegang polis dengan lebih dari satu pilihan yang tersedia untuk karyawan, risiko setiap pilihan harus dipahami dan harus dinilai.

PENILAIAN KLAIM YANG TERJADI

Setelah memilih masa atau periode pengalaman, penanggung menentukan nilai semua klaim aktual pemegang polis selama periode pengalaman. Klaim yang terjadi (*incurred claims*) untuk periode tertentu adalah klaim yang wajib dibayar oleh penanggung karena asuransi berlaku atau aktif pada periode tersebut. Nilai klaim yang terjadi tersebut biasanya tidak secara langsung tersedia, karena klaim tidak dilaporkan secara langsung dan bisa memakan waktu berbulan-bulan atau bahkan tahunan sebelum pembayaran final dilakukan pada klaim yang terjadi selama periode pengalaman. Seperti yang dijelaskan di muka, penanggung menilai semua klaim yang terjadi tapi belum dibayar selama periode pengalaman.

Di samping itu, sebagian klaim yang dibayar selama periode pengalaman mungkin terjadinya sebelum periode tersebut. Klaim-klaim ini harus dihilangkan dari pertimbangan, untuk menentukan nilai yang tepat dari klaim-klaim selama periode pengalaman. Untuk memperoleh klaim-klaim yang masuk selama periode pengalaman, penanggung sering memodifikasi klaim yang dibayar selama periode tersebut, sebagai berikut:

Klaim yang terjadi = Klaim yang dibayar pada periode tersebut - Klaim yang dibayar selama periode tersebut tetapi terjadi pada periode sebelumnya + Perkiraan nilai klaim yang terjadi pada periode tersebut dan dibayar pada periode yang akan datang.

Sebagai contoh, misalnya periode pengalaman pada suatu kelompok tertentu pada tahun kalender 1996. Klaim yang dibayar selama tahun 1996 untuk kelompok ini adalah USD 250,000, tetapi USD 120,000 dari klaim-klaim tersebut terjadi sebelum tahun 1996. Aktuaris menilai cadangan klaim pada akhir tahun 1996 sebesar USD

100,000. Cadangan ini adalah untuk klaim yang terjadi selama tahun 1996 tetapi tidak dibayarkan pada akhir tahun 1996. Klaim yang terjadi untuk periode pengalaman (1996) adalah USD 230,000 (USD 250,000 – USD 120,000 + USD 100,000).

PROYEKSI KLAIM PROSPEKTIF

Setelah nilai klaim yang terjadi pada periode pengalaman telah ditentukan, langkah berikutnya penanggung mempertimbangkan proyeksi jumlah klaim yang diantisipasi untuk periode tarif prospektif. Proyeksi biasanya membolehkan terjadinya perubahan pada karakteristik dasar risiko seperti, usia dan pendapatan kelompok yang ditetapkan di awal periode pengalaman. Penanggung juga mempertimbangkan juga perubahan lingkungan bisnis—khususnya biaya pelayanan kesehatan yang mempengaruhi tingkat klaim.

Semua faktor tersebut dipertimbangkan dalam menghitung manfaat yang ditawarkan untuk suatu kumpulan maupun rancangan paket. Contoh-contoh berikut memperlihatkan variasi yang luas mengenai biaya klaim penanggung untuk kondisi tertentu yang bisa dilihat pada variasi-variasi dalam rancangan manfaat. Ada dua contoh dengan asumsi kenaikan biaya pelayanan kesehatan 10% per tahun dan kenaikan utilisasi 3% per tahun, tidak ada perubahan teknologi medis untuk mengatasi kondisi tersebut.

Contoh pertama adalah paket yang mengganti biaya rawat inap (room and board) setiap hari perawatan di rumah sakit, dengan manfaat maksimum harian adalah USD 100. Rumah sakit di sekitar lokasi mengenakan tarif USD 100 per hari. Pada contoh ini, kenaikan biaya tarif rumah sakit 10% menjadi USD 110 tidak akan mempengaruhi biaya klaim penanggung karena adanya pembatasan polis. Kenaikan biaya klaim yang hanya dapat diantisipasi adalah bila ada peningkatan utilisasi. Dengan asumsi ini biaya-biaya klaim penanggung akan naik 3%. (Tabel 4.5a)

Tabel 4.5a. New Cost: Hospital Charge

New Daily Hospital Charge (\$100 x 1.10)	\$110.00
Plan Maximum	\$100.00
Increase in Number of Days Used	x 103%
Prior Claim Cost, divided by	\$100.00
Increase in Insurer's Claim Cost	3.0%

Contoh kedua dengan perhatian pada paket medis besar atau utama dengan deductible sebesar USD 100 untuk tindakan operasi. Diasumsikan rata-rata tarif operasi tersebut adalah USD 200. Jika angka tersebut merupakan tarif rata-rata dan jumlah ganti rugi yang dibayarkan naik 10% menjadi USD 220, dan dengan adanya operasi ini, maka klaim penanggung akan meningkat 3%. (Tabel 4.5b)

Tabel 4.5b. New Cost: Surgeon's Charge

New Average Surgeon's Charges (\$200 x 1.10)	\$220.00
Subtract Plan Deductible	- \$100.00
New Average Benefit Payment	\$120.00
Increase in Number of Operations	x 103%
New Claim Cost	\$123.60
Prior Claim Cost (\$200 Charge - \$100 Deductible)	- \$100.00
Increase in Insurer's Claim Cost	23.6%

CONTINGENCY MARGIN

Setelah proyeksi klaim prospektif dipenuhi, penanggung umumnya menambahkan *contingency margin* (juga disebut margin fluktuasi) sebagai proteksi terhadap klaim yang lebih tinggi dari hasilantisipasi. *Margin* ini biasanya bervariasi menurut ukuran kelompok dan jenis cakupan. Jika ukuran kelompok meningkat, probabilitas terjadinya fluktuasi yang ekstrim pada tingkat klaim berkurang dan, oleh karenanya, persentase *margin* yang diinginkan berkurang. *Margin* yang lebih tinggi umumnya diperlukan dalam situasi dimana cakupan tertanggung dalam situasi sulit untuk memperkirakan dampak akhir, atau dimana dasar pengalaman masa lalu yang tersedia bisa memperkirakan hasil klaim masa depan yang cukup.

Jumlah *margin* yang dibutuhkan untuk cakupan tertentu atau kelompok tertentu juga mungkin berhubungan dengan rumus pengembalian dana (*refund*) berbasis pengalaman yang diaplikasikan pada kumpulan. Pada kasus yang melibatkan tarif kumpulan berbasis pengalaman, pengembalian dana berbasis pengalaman dilakukan jika pengalaman selama periode tersebut memang menguntungkan. Pada situasi dimana pembayaran kembali tergantung pada pengalaman masing-masing kelompok, *margin* yang tinggi dibutuhkan untuk mengatasi situasi dimana dana pembayaran kembali untuk kelompok yang pengalamannya baik, dan tidak tersedia untuk menutupi kerugian kelompok yang pengalamannya tidak baik.

BEBAN BIAYA YANG DIHARAPKAN

Setelah menerapkan contingency margin, penanggung menghitung beban premi untuk mengantisipasi pengeluaran. Jika variasi yang signifikan diantisipasi dari satu kelompok ke kelompok lainnya pada suatu wilayah pelayanan atau biaya lain, komponen biaya tarif premi memperhitungkan variasi-variasi itu. Untuk tarif berbasis pengalaman yang lebih besar, sudah umum untuk menghubungkan biaya dalam pengembangan premi kumpulan dengan tarif aktual yang dibuat untuk kelompok sesuai dengan formula pembayaran dana kembali berbasis pengalaman. Pengeluaran tahun pertama, yang biasanya lebih tinggi dari pengeluaran untuk perpanjangan, disebar atau diamortisasi sesuai dan akan ditutup kembali (*recovered*) dari premi yang diterima dari kumpulan atau dari portfolio kumpulan pada tahun-tahun berikutnya.

BEBAN BIAYA UNTUK LABA

Premi yang dikenakan kepada pemegang polis juga harus memberikan kontribusi surplus bagi penanggung. Hal ini dicapai dengan melakukan pembebanan biaya pada premi dengan margin untuk mendapatkan laba atau keuntungan. Surplus dana ini dirancang untuk memberikan jaminan pada pemegang polis bahwa klaim akan tetap ditanggung bahkan pada saat penanggung mengalami kondisi pengeluaran melebihi pendapatan. Margin keuntungan (*surplus charge*) biasanya berupa persentase dari premi tergantung pada ukuran kelompok atau jenis cakupan. Semakin besar kelompok, semakin rendah persentasenya karena rendahnya probabilitas fluktuasi pengalaman klaim di masa depan. Pendapatan investasi yang didapat pada aliran kas dan cadangan juga dihitung dalam persentase, sepanjang pendapatan ini tidak dikreditkan kembali untuk pemegang polis dalam formula penentuan tarif pengalaman. Semakin banyak pendapatan investasi tersedia untuk penanggung, semakin rendah persentase yang dibutuhkan untuk margin keuntungan.

METODE PERHITUNGAN PENETAPAN TARIF PENGALAMAN

Penanggung menggunakan metode yang bermacam-macam dalam mengembangkan jumlah premi yang dibutuhkan untuk kelompok yang tarif preminya ditetapkan berdasarkan pengalaman. Umumnya ada tiga metode yang digunakan, yakni rasio kerugian yang diinginkan (*desired loss ratio*), rasio kerugian yang terjadi (*incurred loss ratio*), dan pemecahan retensi (*split retention*). Semua metode menghitung setiap unsur premi yang telah dibahas pada di muka, seperti biaya klaim, contingency margin, pengeluaran dan margin keuntungan. Secara sederhana dapat dikatakan sebagai berikut, biaya dan margin keuntungan seringkali dikombinasikan dalam rumus tarif premi sebagai retensi (*retention*), istilah yang menggambarkan jumlah dana yang ditahan penanggung untuk keperluan selain klaim pada suatu kelompok. Rumusan lebih rinci tentang hal ini di luar ruang lingkup buku ini.

KONVERSI KE SATUAN TARIF

Selain mengetahui klaim yang terjadi, penanggung harus mengetahui jumlah satuan manfaat selama periode tersebut. Satuan manfaat (*benefit unit*) didefinisikan berbeda untuk cakupan yang berbeda. Satuan manfaat LTD didefinisikan sebagai penghasilan per bulan, sedangkan satuan manfaat biaya medis didefinisikan sebagai jumlah tertanggung beserta tanggungannya. Setelah tarif premi ditentukan, tarif tersebut kemudian diterapkan pada satuan-satuan manfaat untuk menghitung premi setiap cakupan. Jumlah premi yang harus dibayar oleh pemegang polis adalah jumlah premi setiap cakupan yang dicakup oleh polis

METODE PENETAPAN PREMI ASURANSI PERORANGAN

Terdapat banyak rumus atau formula untuk menghitung premi bruto asuransi kesehatan perorangan, dan penelaahan yang mendalam tidak dibahas dalam buku ini. Dua metode yang sering digunakan adalah formula rasio kerugian (*loss ratio formula*) dan formula rekening dana (*fund account formula*).

FORMULA RASIO KERUGIAN

Formula ini membutuhkan dua faktor, yakni biaya klaim (*claim cost*) dan rasio kerugian (*loss ratio*). Biaya klaim adalah biaya klaim yang diperkirakan untuk periode yang dicakup oleh premi. Rasio kerugian adalah rasio biaya klaim terhadap premi, dimana rasio ini memberikan dana yang cukup untuk membiayai pengeluaran dan margin keuntungan. Metode ini identik dengan metode rasio kerugian yang diinginkan (*desired loss ratio*) pada penentuan tarif premi kumpulan. Tabel 4-6 merupakan contoh penggunaan formula ini.

Tabel 4.6. Example of Loss Ratio Formula

Expected Annual Claim Cost	\$39.60
Expenses and Profit as a percent of Premium	
• Sales Compensation Expense	20%
• Acquisition Expense	12%
• General Overhead	3%
• Premium Taxes	2%
• Profit and Contingency Margin	8%
• Total	45%

Hasilnya adalah bahwa 45% dari jumlah premi yang digunakan untuk pengeluaran, keuntungan, *contingency margin*, dan 55% sisanya adalah rasio kerugian yang diperkirakan (*expected loss ratio*). Premi bruto per tahun adalah:

$$(\text{Expected claim cost}) / (\text{Expected loss ratio}) = \$39 / \$72 = 55\%$$

FORMULA REKENING DANA

Tujuan dari formula rekening dana adalah untuk menentukan premi bersama dengan bunganya dapat menghasilkan biaya yang cukup untuk manfaat dan pengeluaran. Pemakaian formula rekening dana lebih akurat dibanding dengan formula rasio kerugian.

PENGUKURAN KINERJA

Ada beberapa cara untuk mengukur kinerja produk asuransi kesehatan kumpulan dan perorangan. Salah satu caranya adalah dengan menghitung keuntungan (saldo dana positif) sebagai persentase dari premi. Saldo dana positif mengindikasikan bahwa persentase premi yang terkumpul memberikan kontribusi terhadap dana surplus perusahaan.

Cara lain untuk mengukur kinerja adalah dengan menghitung tahun impas (*break-even year*). Karena pengeluaran tahun pertama cenderung lebih tinggi dari pengeluaran untuk perpanjangan, rekening dana mungkin bisa negatif pada tahun pertama polis dan bahkan pada beberapa tahun pertama polis. Hal ini memberi tekanan pada penciptaan surplus, karena surplus yang ada harus digunakan untuk menopang produk sampai dengan adanya keuntungan. Tahun impas adalah tahun polis dimana akumulasi dana mulai menjadi positif dan bertahan terus sampai polis berakhir. Jika polis memerlukan waktu beberapa tahun untuk menjadi impas, maka ada bagian dana surplus perusahaan yang digunakan untuk menopang posisi produk. Semakin dini tahun impas, maka semakin cepat surplus dicapai dan bisa digunakan untuk menopang produk lainnya.

Karena perusahaan harus menopang setiap produk dengan memiliki bagian dana surplus, ukuran kinerja lainnya yang dipakai adalah tingkat pengembalian investasi (*return on investment, ROI*). Investasi adalah jumlah yang dipinjamkan oleh perusahaan untuk menopang produk asuransi, dan pengembalian investasi adalah bunga yang didapat dari investasi tersebut. Jika perusahaan meminjamkan dananya untuk mendukung produk asuransi atau melakukan investasi dalam produk tersebut, perusahaan mengharapkan pengembalian yang wajar atas investasinya pada produk tersebut.

4.8. PEMANTAUAN PENGALAMAN DAN PENELAAHAN TARIF

Penentuan tarif kumpulan dan produk kesehatan perorangan tidak berhenti dengan perkembangan struktur tarif premi awal saja. Pengalaman analisa berkelanjutan dan peninjauan atau penelaahan tarif premi juga merupakan bagian penting dari proses penetapan tarif. Klaim yang diharapkan dan asumsi pembebanan biaya jarang terungkap dengan akurasi yang tinggi, sehingga mereka perlu dipantau secara teratur. Tarif manual dan tarif pengalaman untuk kumpulan harus ditinjau setiap periode pengalaman untuk menentukan tarif premi perpanjangan. Produk kesehatan perorangan mungkin memiliki tarif premi periode yang lebih lama berlakunya daripada produk kumpulan dan dipantau secara berkala untuk menentukan apakah penyesuaian tarif yang diperlukan.

PERTIMBANGAN PENETAPAN ULANG TARIF ASURANSI KUMPULAN

Tarif yang ditetapkan pada awal paket kumpulan biasanya dijamin untuk 12 bulan pertama jika paket tersebut tidak berubah selama periode itu, meskipun periode tarif yang dijamin lebih lama kadang-kadang diberikan. Tarif premi untuk periode polis berikutnya ditentukan sebagai bagian dari proses penetapan ulang terhadap tarif (*rerating, review rate*), yang dapat mencakup penentuan, pengalaman pengembalian dana untuk periode cakupan sebelumnya. Tarif baru biasanya ditetapkan pada akhir tahun polis pertama. Tergantung pada ketentuan provisi kontrak, tarif premi yang baru ini dapat dijamin untuk waktu yang dinyatakan dalam polis.

PENGEMBALIAN DANA PENGALAMAN

Ketika biaya untuk menyelenggarakan kumpulan yang lebih kecil daripada yang diantisipasi dalam tarif premi yang dikenakan, banyak penanggung mengembalikan premi yang tidak dibutuhkan kepada pemegang polis mereka sebagai pengembalian dana pengalaman (*experience refunds*). Meskipun terminologi yang sama dapat pula digunakan untuk menggambarkan pengaturan premi asuransi kumpulan dan penentuan pengembalian dana pengalaman, ada perbedaan penting di antara dua proses tersebut:

- Tujuan penanggung dalam menetapkan tarif premi adalah untuk menyediakan klaim yang diharapkan, biaya, margin, dan keuntungan.
- Sebaliknya, proses pengembalian dana pengalaman adalah evaluasi hasil kinerja masa lalu dan memiliki tujuan untuk penyesuaian atas biaya polis periode masa lalu.

Karena perbedaan dalam tujuan ini, proses pengaturan premi prospektif (*prospective premium*) mungkin berbeda dari proses pengembalian dana pengalaman retrospektif (*retrospective experience refund*). Sebagai contoh, tarif premi tahun pertama mungkin didasarkan secara eksklusif pada tarif manual penanggung, dan pengembalian dana pengalaman dapat didasarkan pada pengalaman aktual pemegang polis. Pemegang polis umumnya tahu adanya kemungkinan pengembalian dana pengalaman yang menarik, yang dapat meningkatkan kemungkinan penanggung untuk memperoleh dan mempertahankan pemegang polis atau nasabahnya.

SAAT MELAKUKAN PENETAPAN ULANG TARIF

Sebagian besar penanggung menyampaikan polis pemberitahuan minimal 30 hari sebelum menerapkan kenaikan tarif kepada pemegang polis. Bila jumlah tertanggungnya besar, pemberitahuan bisa 60 atau bahkan 90 hari sebelumnya. Untuk pemberitahuan 30 hari sebelumnya, penanggung sudah memulai prosedur penetapan ulang tarifnya sekitar 60 sampai 90 hari sebelum tanggal perubahan premi.

Mengingat perlu waktu untuk menerapkan perubahan tarif, penanggung biasanya mendasarkan kenaikan tarif pada sembilan bulan pertama pembayaran klaim sehingga peningkatan tersebut dapat menjadi efektif pada ulang tahun polis pertama. Dalam banyak kasus, ada pengalaman klaim tidak cukup untuk perusahaan asuransi untuk mendapatkan estimasi yang memuaskan pada tahun pertama. Oleh karena itu, perusahaan asuransi dapat memilih untuk menunda tindakan penetapan ulang tarif sampai tahun polis pertama selesai. Prosedur ini umumnya menghasilkan tarif premi baru yang tidak efektif sampai 3 atau 4 bulan setelah tahun polis pertama. Kegiatan penetapan ulang tarif ini biasanya terjadi pada saat yang sama dengan perhitungan pengembalian dana pengalaman dan memungkinkan penanggung mendapatkan penghematan administratif dan memiliki gambaran yang lebih baik akan kecenderungan pengalaman klaim kumpulan.

Penanggung dapat menyimpulkan bahwa 9 bulan pengalaman tahun pertama menunjukkan pengalaman yang kurang cukup menguntungkan untuk meminta kenaikan tarif pada ulang tahun polis pertama. Dalam hal ini, penanggung lebih memilih kemudahan dan penghematan biaya administrasi untuk menghindari kerugian yang berpotensi besar dari penundaan kenaikan tarif.

ANALISA KECENDERUNGAN PENGALAMAN KLAIM

Analisa khusus terhadap klaim yang dibayarkan kepada kumpulan sering dapat berguna untuk mengenali faktor yang mungkin mempengaruhi proyeksi klaim untuk periode tarif berikutnya. Studi ini dapat menunjukkan kebutuhan untuk prosedur pengendalian klaim atau modifikasi pada manfaat. Penanggung juga menggunakan informasi untuk lebih memahami hasil kinerja klaim masa lalu dan untuk memperkirakan kemungkinan pengalaman kumpulan di masa depan. Sebagai contoh, jika klaim tinggi selama paruh pertama dari periode pengalaman tetapi lalu menurun dalam beberapa bulan terakhir, penanggung memutuskan apakah pengalaman sebelumnya menunjukkan kemungkinan fluktuasi ke atas atau ke bawah.

SUBSIDI SILANG ANTAR PRODUK

Dalam menetapkan tarif premi untuk kelompok tertentu, penanggung harus mempertimbangkan situasi khusus yang mungkin ada. Meskipun sebagian besar penanggung berusaha untuk mengubah premi secara proporsional atas risiko yang ditanggung, margin yang tersedia dari cakupan tertentu dapat digunakan untuk mengimbangi kenaikan premi yang dibutuhkan untuk cakupan lain. Misalnya, margin dari asuransi disabilitas di dalam program dikombinasikan dengan margin dari asuransi biaya medis agar dapat digunakan untuk mempertahankan tarif premi asuransi biaya medis di bawah tarif yang seharusnya. Seringkali kenaikan tarif tidak diminta sampai dengan terjadi klaim yang diharapkan untuk semua cakupan gabungan memerlukan langkah tersebut.

PERUBAHAN PAKET

Penanggung kadang-kadang menawarkan alternatif kepada pemegang polis selain menaikkan tarif premi. Alternatif-alternatif ini bisa berupa mengurangi atau menghilangkan kebutuhan premi yang lebih tinggi, atau membuat premi yang lebih tinggi bisa diterima.

Sebagai contoh, penanggung mungkin menyarankan pengurangan manfaat untuk mengganti usulan kenaikan tarif. Peningkatan *deductible* atau perubahan persentase *coinsurance* pada paket biaya medis komprehensif dapat mempengaruhi tingkat klaim di masa depan cukup untuk mengganti kenaikan tarif yang diusulkan. Pengenalan fitur *managed care* dapat juga mengurangi biaya dan atau utilisasi pelayanan kesehatan dan juga akan mempengaruhi tingkat klaim di masa depan.

Paket kumpulan sering membutuhkan pembaharuan rutin untuk menjaga hubungan yang wajar antara manfaat yang diberikan dengan biaya yang mungkin timbul. Peningkatan tarif yang dibutuhkan mungkin lebih diterima jika dikombinasikan dengan penambahan manfaat baru atau memperbaharui manfaat yang sudah ada.

ANALISA PENGALAMAN ASURANSI PERORANGAN

Penanggung melakukan analisis pengalaman secara berkala pada produk kesehatan perorangan sehingga perubahan tarif yang tepat waktu dapat dibuat. Tingkat penyesuaian untuk kontrak kesehatan perorangan harus diajukan kepada otoritas asuransi (departemen asuransi negara bagian di Amerika Serikat, Otoritas Jasa Keuangan – OJK di Indonesia). Proses ini dapat berlangsung dari beberapa minggu sampai beberapa bulan untuk memperoleh izin. Banyak negara bagian Amerika Serikat mengharuskan penanggung untuk memberikan bertanggung minimal 30 hari pemberitahuan sebelum meningkatkan tarif premi. Kenaikan tarif polis perorangan mencerminkan pengalaman blok bisnis produk asuransi, bukannya pengalaman klaim orang per orang.

RASIO KERUGIAN KLAIM YANG TERJADI

Cara yang paling tepat untuk menganalisis pengalaman kesehatan perorangan adalah melakukan analisa rasio kerugian klaim yang terjadi (*incurred claims loss ratio*) selama periode pengalaman tertentu. Rasio kerugian klaim yang terjadi adalah perbandingan antara klaim yang terjadi selama periode pengalaman terhadap premi yang diperoleh selama periode tersebut. Klaim yang terjadi selama periode pengalaman adalah jumlah semua klaim yang terjadi dan dibayarkan selama periode pengalaman ditambah dengan cadangan klaim yang belum dibayarkan (*outstanding*) pada akhir periode untuk klaim yang terjadi selama periode berjalan tetapi belum dibayar.

Setelah rasio kerugian klaim yang terjadi sebenarnya (*actual incurred claims loss ratio*) dihitung, ia dapat dibandingkan dengan rasio kerugian yang diharapkan (*expected loss ratio*) dan digunakan dalam mengembangkan tarif premi untuk periode tersebut. Perbandingan antara klaim yang terjadi sebenarnya terhadap klaim yang terjadi diharapkan disebut rasio sebenarnya-terhadap-diharapkan (*actual-to-expected ratio, A/E ratio*). Rasio A/E di bawah 100% menunjukkan bahwa pengalaman aktual lebih baik daripada yang diharapkan; rasio di atas 100% menunjukkan pengalaman aktual lebih buruk daripada yang diharapkan. Rasio ini memberikan aktuaris suatu alat untuk menentukan apakah penyesuaian tarif yang diperlukan untuk membawa pengalaman klaim yang sebenarnya kembali sesuai dengan klaim yang terjadi diharapkan.

Faktor-faktor lain, seperti kecenderungan biaya medis dan inflasi, dimasukkan ke dalam analisa ini. Sebagai contoh, mungkin saja rasio A/E adalah 98%, tetapi dengan kecenderungan biaya medis dan inflasi yang diproyeksikan untuk periode mendatang meningkat, maka rasio bisa jadi lebih dari 100%, yang menandakan perlunya kenaikan tarif untuk mengikuti kecenderungan dan inflasi.

PENGALAMAN BERDASARKAN TAHUN POLIS

Beberapa perusahaan asuransi perorangan meneliti pengalaman berdasarkan tahun polis. Pengalaman berdasarkan tahun polis ini sangat bermanfaat dalam menganalisa polis di mana rasio kerugian yang diharapkan cenderung meningkat dari waktu ke waktu. Contoh jenis polis ini adalah polis dengan dijamin diperpanjang (*guaranteed renewable policy*) dengan premi tetap (*level premium*) dan morbiditas yang meningkat dengan meningkatnya usia.

4.9. KECENDERUNGAN KE DEPAN

Ada banyak perubahan di bidang perawatan kesehatan yang mempengaruhi dan akan terus mempengaruhi - harga atau premi produk asuransi kesehatan. Pelaksanaan HIPAA 1996 di Amerika Serikat memiliki pengaruh signifikan terhadap harga produk khususnya untuk kelompok kecil dan produk biaya medis perorangan. Peraturan negara bagian juga turut mempengaruhi harga produk yang sama, dapat diharapkan memperluas baik sesuai atau independen dengan undang-undang federal yang baru. *Managed care* menjadi lebih populer, HMO dan PPO yang mendapatkan pangsa pasarnya dan meningkat. Selain itu, produk-produk *managed care* baru diperkenalkan terus menerus. Semua perkembangan ini juga menyulitkan perusahaan asuransi untuk menetapkan harga asuransi kesehatan tradisional.

Kecenderungan lain yang mempengaruhi harga adalah perusahaan asuransi besar membeli bisnis asuransi medis utama dari perusahaan asuransi yang lebih kecil untuk meningkatkan pangsa pasar dan pendapatan mereka. Penanggung yang keluar dari pasar medis utama menjelajahi pasar-pasar lain untuk menggantikan pendapatan mereka yang hilang. Pasar disabilitas, kesehatan suplemen, dan perawatan jangka panjang(LTC) memiliki harga yang lebih kompetitif sebagai produk asuransi baru.

4.10. RINGKASAN

Ada banyak komponen dan faktor yang harus dipertimbangkan oleh aktuaris ketika mengembangkan tarif premi untuk asuransi kesehatan kumpulan dan perorangan. Premi bruto harus mempertimbangkan klaim, cadangan, pengeluaran, dan *margin*. Faktor-faktor seperti, usia, jenis kelamin, kecenderungan biaya kesehatan, pekerjaan dan rancangan paket juga mempunyai dampak pada tarif premi yang dikenakan. Penanggung harus menyeimbangkan hal-hal tersebut dalam mengembangkan tarif premi yang tidak hanya adil dan wajar bagi tertanggung, tetapi juga bisa bersaing di pasar, serta cukup memberikan kesempatan bagi perusahaan untuk mendapatkan keuntungan yang layak.

4.11. ISTILAH KUNCI

- Acquisition expenses – Biaya akuisisi
- Actual-to-expected (A/E) ratio – Rasio sebenarnya-terhadap-diharapkan
- Actuary – Aktuaris
- Adequacy – Kecukupan
- Age-at-entry premium rate – Tarif premi berdasarkan usia saat masuk
- Antiselection – Anti-seleksi
- Attained age premium rate – Tarif premi berdasarkan usia
- Break-even year – Tahun impas
- Claim cost – Biaya klaim
- Claim reserve – Cadangan klaim
- Contingency margin
- Contribution to surplus – Kontribusi terhadap surplus
- Credibility – Kredibilitas
- Desired loss ratio – Rasio kerugian yang diinginkan
- Equity – Keadilan
- Expected claims – Klaim yang diharapkan
- Experience period – Periode pengalaman
- Experience rating – Penentuan tarif berdasarkan pengalaman
- Experience refund – Pengembalian dana berdasarkan pengalaman
- Frequency – Kecepatan, Frekuensi
- Fund account formula – Formula rekening dana
- General overhead expenses – Biaya overhead umum, Biaya eksploitasi umum
- Gross premium – Premi bruto
- Incurred but not reported (IBNR) claim reserve – Cadangan atas klaim yang terjadi tetapi belum dilaporkan
- Incurred claims – Klaim yang terjadi

- Incurred loss ratio – Rasio kerugian berdasarkan atas klaim yang terjadi
- Investment income – Pendapatan investasi
- Level premium rate – Tarif premi tetap
- Loss ratio – Rasio kerugian
- Maintenance expense – Biaya perawatan
- Manual premium rate – Tarif premi berdasarkan manual
- Morbidity – Morbiditas
- Net premium rate – Tarif premi neto
- Persistency – Persistensi
- Policy reserve – Cadangan polis
- Premium rate – Tarif premi
- Premium taxes – Pajak premi
- Profit – Laba, Keuntungan
- Rerating process – Proses ulang penetapan tarif
- Retention – Retensi
- Return on investment (ROI) – Tingkat pengembalian investasi
- Sales compensation expenses – Biaya kompensasi penjualan
- Severity – Keparahan
- Transactions of the Society of Actuaries
- Uniform premium rates – Tarif premi seragam

BAB 5. PERATURAN PEMERINTAH

Pendahuluan

Sejarah Peraturan Asuransi

Ketentuan Umum Asuransi

Usaha Perasuransian

Uji Kelayakan dan Kepatutan

Penyelenggaraan Usaha

Pemeriksaan Perusahaan

Kesehatan Keuangan Perusahaan

Perizinan Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi

Perizinan Perusahaan Asuransi dan Reasuransi

Kecenderungan ke Depan

Ringkasan

Istilah Kunci

Referensi

Tujuan Pembelajaran

Setelah menyimak bab ini, anda akan memahami peraturan perundangan yang mengatur industri asuransi di Indonesia. Bahan-bahan dalam bab ini pada intinya membuat pembaca dapat memahami:

- Riwayat singkat pengaturan industri asuransi dan jaminan kesehatan di Indonesia, terutama sejak tahun 1992.
- Regulasi yang mengatur usaha dan perusahaan di bidang asuransi dan penunjang asuransi.
- Peraturan tentang persyaratan kompetensi dan integritas pimpinan perusahaan di bidang perasuransian.
- Peraturan tentang kesehatan perusahaan, serta pemeriksaan dan pengawasan perusahaan.
- Kecenderungan ke depan dari regulasi bidang asuransi dan jaminan kesehatan.

Modul Dasar-dasar Asuransi Kesehatan (Bagian A dan Bagian B) lebih banyak membahas dari sisi biaya medis, sedangkan pembahasan lebih mendalam tentang *managed care* dibahas pada modul yang terpisah, yakni Modul Managed Care (Bagian A dan Bagian B).

5.1. PENDAHULUAN

Industri asuransi adalah industri yang memerlukan peraturan dan pengawasan yang lebih ketat dibandingkan industri lainnya. Hal itu diperlukan karena inti dari asuransi adalah pembayaran uang oleh tertanggung dalam bentuk premi dipertukarkan dengan janji penanggung untuk membayar uang jika peristiwa tertentu terjadi.

Penanggung harus memiliki sarana untuk memenuhi janjinya ketika kebutuhan tersebut muncul. Pemerintah membantu melindungi pemegang polis dengan memastikan penanggung adalah sanggup membayar kewajibannya (*solvent*) yaitu, memiliki cadangan yang cukup untuk menangani pembayaran itu, juga untuk memenuhi kewajiban-kewajiban sesuai dengan ketentuan-ketentuan dalam kontrak asuransi.

Alasan lain pengawasan pemerintah dalam menilai asuransi adalah sifat teknis kontrak asuransi. Kontrak managed care, misalnya, berisi istilah, konsep, dan pilihan yang penting untuk dipahami karena hal tersebut mempengaruhi tingkat manfaat yang dibayarkan sesuai polis. Pengawasan pemerintah adalah sarana untuk memastikan bahwa polis asuransi dapat dimengerti dan tidak mengandung pembatasan dan keterbatasan yang tidak masuk akal.

Penanggung menghasilkan sejumlah besar pendapatan dan mengumpulkan modal atau aset yang cukup besar. Pemerintah (terutama pemerintah negara bagian di Amerika Serikat), melihat pendapatan dan aset yang juga menghasilkan pendapatan bagi penanggung. Beberapa undang-undang awalnya yang berkaitan dengan bisnis asuransi pada dasarnya adalah pengaturan perpajakan.

Akhirnya, perusahaan asuransi merupakan lembaga keuangan yang mengendalikan investasi triliunan rupiah, yang mereka tempatkan dalam berbagai aset. Praktek investasi mereka diawasi pada tingkat yang sama dengan pengawasan lembaga keuangan perbankan dan non-bank. Tujuan utama dari pengawasan investasi tersebut adalah untuk menjamin solvabilitas perusahaan asuransi.

Oleh karena itu selain dengan undang-undang tentang asuransi (UU No 3 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian), departemen atau kementerian keuangan juga mengeluarkan beberapa peraturan bidang keuangan tentang bisnis asuransi. Aturan-aturan tersebut mencakup:

- penilaian kemampuan dan kepatutan bagi pengelola
- penyelenggara usaha perusahaan bidang asuransi
- pemeriksaan perusahaan
- kesehatan keuangan perusahaan
- perizinan usaha dan kelembagaan perusahaan bidang asuransi dan yang terkait

Bab ini membahas peraturan bidang asuransi dan lainnya yang mempengaruhi asuransi kesehatan. Untuk lebih rinci pembaca dianjurkan membaca langsung peraturan-perundangan yang ada, dan dapat diunduh melalui situs web PAMJAKI www.pamjaki.org.

5.2. SEJARAH PERATURAN ASURANSI

Dalam bab ini sejarah peraturan asuransi kesehatan dibatasi sejak tahun 1992. Sejarah asuransi itu sendiri dapat dibaca di Buku Dasar-dasar Asuransi Kesehatan – Bagian A, pada Bab 1 tentang Sejarah Asuransi Kesehatan. Hal ini dikarenakan pada tahun 1992 telah diterbitkan beberapa UU yang terkait dengan asuransi kesehatan. Undang-undang tersebut adalah UU No 2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian, UU No 3 tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek), dan UU No 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.

UU No 3 tahun 1992 tentang Jamsostek diarahkan untuk menjamin program perlindungan bagi tenaga kerja formal non pegawai negeri. Terdapat empat program yang dikembangkan oleh PT Jamsostek yaitu perlindungan jaminan hari tua, kecelakaan kerja, kematian dan pemeliharaan kesehatan. Dalam Peraturan Pemerintah atas Undang-Undang tentang Jamsostek, kepesertaan program kesehatan diberikan ruang untuk memilih untuk tidak ikut (*opting out*). Hal ini berarti perusahaan yang dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan lebih baik dari yang diberikan program jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) Jamsostek, dapat menyelenggarakan sendiri. Akibat dari ketentuan *opting out* ini maka kepesertaan program jaminan kesehatan tidak sebanyak kepesertaan tiga program Jamsostek lainnya.

UU No 2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian lebih banyak mengatur bidang asuransi secara umum seperti asuransi jiwa, asuransi kerugian atau asuransi umum, dan produk asuransi komersial lain. Disebutkan bahwa perusahaan asuransi jiwa dapat menjual produk asuransi kesehatan.

UU No 23 tahun 1992 tentang Kesehatan menganjurkan pembiayaan kesehatan melalui perlindungan kesehatan dengan pendekatan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Dalam undang-undang ini kepesertaan jaminan kesehatan bersifat sukarela. Atas dorongan undang-undang itu beberapa badan penyelenggara (Bapel) berkembang dengan berbagai dinamikanya. Berbagai wacana yang terkait dengan JPKM terus berkembang, mulai dari apakah JPKM sebuah asuransi atau bukan, apakah orientasi *profit* dan *not-for profit*, apakah kepesertaan wajib atau sukarela, sampai dengan pada masalah status legalitas JPKM.

Dengan adanya tiga undang-undang tersebut terdapat beberapa upaya untuk membuat Undang-undang Asuransi Kesehatan Nasional. Upaya yang mengarah pada pengintegrasian beberapa undang-undang tersebut. Tahun 1997 kelompok Prof. Dr. Ali Ghufron Mukti, Dr. Laksono Trisnantoro, dan Prof Dr. Bambang Poernomo mencoba mengembangkan Naskah Akademik Asuransi Kesehatan Nasional. Perdebatan terus berkembang tentang undang-undang asuransi kesehatan. Pada tahun 2000-an mulai diteruskan dengan Naskah Akademik untuk Sistem Jaminan Sosial Nasional termasuk dimotori oleh Prof. Dr. Hasbullah Thabrany, dr. Soelastomo dan kawan-kawan.^{[1] [2]}

Setelah melalui perjuangan yang panjang pada 19 Oktober 2004, Presiden Megawati menandatangani UU No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam UU SJSN intinya kepesertaan jaminan bersifat wajib yang meliputi program jaminan kematian, hari tua, pensiun, kecelakaan kerja dan kesehatan. Undang-undang ini terus dilengkapi dengan peraturan perundangan di bawahnya. Oleh beberapa pihak UU ini dianggap cenderung sentralistik dan monopolistik di era desentralisasi, karenanya mereka mengajukan *judicial review*. Diharapkan UU SJSN lebih sempurna dan berkeadilan serta dapat diimplementasikan di lapangan.

Baru sekitar 7 tahun kemudian, pada tanggal 25 November 2011, UU No 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) ditandatangani oleh Presiden Susilo Bambang Yudhoyono. Ada dua lembaga BPJS yang dibentuk yang kedua-duanya mulai beroperasi sejak 1 Januari 2014, BPJS Kesehatan menyelenggarakan program kesehatan SJSN, yang juga dikenal dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), serta BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan 4 program SJSN lainnya.

5.3. KETENTUAN UMUM ASURANSI

Dalam buku ini peraturan pemerintah lebih banyak dibatasi dalam lingkup UU No. 2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian dan rancangan undang-undang yang diusulkan sebagai penggantinya. Ketentuan umum dan pengertian yang terkait dengan asuransi yang digunakan dalam buku ini merujuk pada peraturan pemerintah sebagaimana diatur dalam UU No. 2 tahun 1992 dan usulan perubahan dalam RUU seperti pada Tabel 5-1 di bawah ini. Perkembangan dunia asuransi di Indonesia menuntut adanya perubahan dalam UU No 2 tahun 1992, dan keinginan pemerintah memperbaiki undang-undang itu sudah berlangsung sejak tahun 2011 dan masuk pembahasan di DPR pada tahun 2012, namun sampai dengan buku ini ditulis, belum dapat diselesaikan pembahasannya. Perbaikan UU No 2 tahun 1992 tersebut antara lain disebabkan:

- Terbentuknya lembaga Otoritas Jasa Keuangan (OJK) yang bertanggung jawab atas pembinaan dan pengawasan industri asuransi
- Perubahan kepemilikan investor asing pada usaha perasuransian di Indonesia
- Pemasaran produk asuransi melalui perbankan (*bancassurance*)
- Berkembangnya produk asuransi hibrida di Indonesia, seperti unit link
- Tumbuhnya industri asuransi yang beroperasi menurut prinsip syariah di Indonesia

Tabel 5.1. Ketentuan Umum Asuransi di Indonesia

UU No 2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian	RUU tentang Usaha Perasuransian yang diusulkan
Asuransi	
<ul style="list-style-type: none"> • Asuransi atau Pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana 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 dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggung. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Obyek Asuransi adalah benda dan jasa, jiwa dan raga, kesehatan manusia, tanggung jawab hukum, serta semua kepentingan lainnya yang dapat hilang, rusak, rugi, dan atau berkurang nilainya. 	<ul style="list-style-type: none"> • Objek Asuransi adalah jiwa dan raga, kesehatan manusia, tanggung jawab hukum, benda dan jasa, serta semua kepentingan lainnya yang dapat hilang, rusak, rugi dan atau berkurang nilainya.
	<ul style="list-style-type: none"> • Prinsip Syariah adalah ketentuan hukum Islam berdasarkan fatwa dan atau pernyataan kesesuaian syariah dari Majelis Ulama Indonesia.
<ul style="list-style-type: none"> • Program Asuransi Sosial adalah program asuransi yang diselenggarakan secara wajib berdasarkan suatu Undang-undang, dengan tujuan untuk memberikan perlindungan dasar bagi kesejahteraan masyarakat. 	
Usaha dan Perusahaan Asuransi	
<ul style="list-style-type: none"> • Perusahaan Perasuransian adalah Perusahaan Asuransi Kerugian, Perusahaan Asuransi Jiwa, Perusahaan Reasuransi, Perusahaan Pialang Asuransi, Perusahaan Pialang Reasuransi, Agen Asuransi, Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi dan Perusahaan Konsultan Aktuaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perusahaan Perasuransian adalah Perusahaan Asuransi, perusahaan reasuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, perusahaan reasuransi syariah, perusahaan pialang asuransi, perusahaan pialang reasuransi, dan perusahaan penilai kerugian asuransi. • Perusahaan Asuransi adalah perusahaan asuransi umum atau perusahaan asuransi jiwa. • Perusahaan Asuransi Syariah adalah perusahaan asuransi umum syariah atau perusahaan asuransi jiwa syariah.

UU No 2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian	RUU tentang Usaha Perasuransian yang diusulkan
	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha Perasuransian adalah Usaha Asuransi Umum, Usaha Asuransi Jiwa, Usaha Asuransi Kesehatan, Usaha Asuransi Kecelakaan Diri, Usaha Asuransi Umum Syariah, Usaha Asuransi Jiwa Syariah, Usaha Asuransi Kesehatan Syariah, Usaha Asuransi Kecelakaan Diri Syariah, Usaha Reasuransi, Usaha Reasuransi Syariah, Usaha Pialang Asuransi, Usaha Pialang Reasuransi, dan Usaha Penilai Kerugian Asuransi.
Usaha dan Perusahaan Asuransi Umum atau Kerugian	
<ul style="list-style-type: none"> • Perusahaan Asuransi Kerugian adalah perusahaan yang memberikan jasa dalam penanggulangan risiko atas kerugian, kehilangan manfaat, dan tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga, yang timbul dari peristiwa yang tidak pasti. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha Asuransi Umum adalah usaha yang menyelenggarakan jasa penanggulangan risiko dengan memberikan penggantian atau pembayaran kepada pemegang polis/tertanggung atau pihak lain yang berhak dalam hal terjadi peristiwa tertentu yang bersifat tidak pasti yang mengakibatkan kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga, atau memberikan jaminan pemenuhan kewajiban pihak yang dijamin kepada pihak lain apabila pihak yang dijamin tersebut tidak dapat memenuhi kewajibannya.
	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha Asuransi Umum Syariah adalah usaha yang menyelenggarakan jasa pengelolaan risiko berdasarkan Prinsip Syariah dari sekumpulan orang yang bersepakat untuk saling melindungi dan saling menanggung dalam hal terjadi kerugian, kehilangan manfaat, kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga.
Usaha dan Perusahaan Asuransi Jiwa	
<ul style="list-style-type: none"> • Perusahaan Asuransi Jiwa adalah perusahaan yang memberikan jasa dalam penanggulangan risiko yang dikaitkan dengan hidup atau meninggalnya seseorang yang dipertanggungkan. 	

UU No 2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian	RUU tentang Usaha Perasuransian yang diusulkan
	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha Asuransi Jiwa adalah usaha yang memberikan jasa penanggulangan risiko yang memberikan pembayaran kepada pemegang polis/tertanggung atau pihak lain yang berhak dalam hal tertanggung meninggal dunia atau tetap hidup, atau pembayaran lain kepada pemegang polis/tertanggung atau pihak lain yang berhak tersebut pada waktu-waktu tertentu yang diatur dalam perjanjian.
	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha Asuransi Jiwa Syariah adalah usaha yang menyelenggarakan jasa pengelolaan risiko berdasarkan Prinsip Syariah dari sekumpulan orang yang bersepakat untuk saling melindungi dan saling menanggung yang dikaitkan dengan hidup atau meninggalnya anggota kumpulan tersebut.
Usaha Asuransi Kesehatan dan Kecelakaan Diri	
	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha Asuransi Kesehatan adalah usaha yang menyelenggarakan jasa penanggulangan risiko yang dikaitkan dengan kesehatan pemegang polis/tertanggung.
	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha Asuransi Kesehatan Syariah adalah usaha yang menyelenggarakan jasa pengelolaan risiko berdasarkan Prinsip Syariah dari sekumpulan orang yang bersepakat untuk saling melindungi dan saling menanggung yang dikaitkan dengan kesehatan anggota kumpulan tersebut.
	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha Asuransi Kecelakaan Diri adalah usaha yang menyelenggarakan jasa penanggulangan risiko dengan memberikan penggantian atau pembayaran kepada pemegang polis/tertanggung atau pihak lain yang berhak dalam hal terjadi peristiwa kecelakaan yang mengakibatkan cacat atau meninggalnya pemegang polis/tertanggung.
	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha Asuransi Kecelakaan Diri Syariah adalah usaha yang menyelenggarakan jasa pengelolaan risiko berdasarkan Prinsip Syariah dari sekumpulan orang yang bersepakat untuk saling melindungi dan saling menanggung dalam hal terjadi peristiwa kecelakaan yang mengakibatkan cacat atau meninggalnya anggota kumpulan tersebut.
Perusahaan Reasuransi	
<ul style="list-style-type: none"> • Perusahaan Reasuransi adalah perusahaan yang memberikan jasa dalam pertanggungan ulang terhadap risiko yang dihadapi oleh Perusahaan Asuransi Kerugian dan atau Perusahaan Asuransi Jiwa. 	

UU No 2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian	RUU tentang Usaha Perasuransian yang diusulkan
	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha Reasuransi adalah usaha jasa pertanggungungan ulang terhadap risiko yang dihadapi oleh Perusahaan Asuransi atau perusahaan reasuransi lainnya.
	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha Reasuransi Syariah adalah usaha yang menyelenggarakan jasa pengelolaan risiko berdasarkan Prinsip Syariah atas risiko yang dihadapi oleh Perusahaan Asuransi Syariah atau perusahaan reasuransi syariah lainnya yang dilakukan untuk saling melindungi dan saling menanggung.
Perusahaan Pialang Asuransi dan Pialang Reasuransi	
<ul style="list-style-type: none"> • Perusahaan Pialang Asuransi adalah perusahaan yang memberikan jasa keperantaraan dalam penutupan asuransi dan penanganan penyelesaian ganti rugi Asuransi dengan bertindak untuk kepentingan tertanggung. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha Pialang Asuransi adalah usaha jasa konsultasi dan keperantaraan dalam penutupan asuransi atau kepesertaan asuransi syariah serta penanganan penyelesaian klaimnya dengan bertindak untuk dan atas nama pemegang polis/tertanggung/peserta.
<ul style="list-style-type: none"> • Perusahaan Pialang Reasuransi adalah perusahaan yang memberikan jasa keperantaraan dalam penempatan reasuransi dan penanganan penyelesaian ganti rugi reasuransi dengan bertindak untuk kepentingan perusahaan asuransi. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha Pialang Reasuransi adalah usaha jasa konsultasi dan keperantaraan dalam penempatan reasuransi atau reasuransi syariah serta penanganan penyelesaian klaimnya dengan bertindak untuk dan atas nama Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, perusahaan reasuransi, atau perusahaan reasuransi syariah.
Agen dan Pialang Asuransi	
<ul style="list-style-type: none"> • Agen Asuransi adalah seseorang atau badan hukum yang kegiatannya memberikan jasa dalam memasarkan jasa asuransi untuk dan atas nama penanggung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agen Asuransi adalah orang yang bekerja untuk dan atas nama Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Asuransi Syariah yang memenuhi persyaratan untuk mewakili Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Asuransi Syariah memasarkan produk asuransi atau produk asuransi syariah.

UU No 2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian	RUU tentang Usaha Perasuransian yang diusulkan
	<ul style="list-style-type: none"> • Pialang adalah orang yang bekerja pada perusahaan pialang asuransi atau perusahaan pialang reasuransi yang memenuhi persyaratan untuk memberi rekomendasi atau mewakili pemegang polis/tertanggung/peserta untuk melakukan transaksi asuransi atau asuransi syariah, atau untuk mewakili Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Asuransi Syariah dalam melakukan transaksi reasuransi atau reasuransi syariah.
Usaha dan Perusahaan Penunjang Asuransi	
<ul style="list-style-type: none"> • Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi adalah perusahaan yang memberikan jasa penilaian terhadap kerugian pada obyek asuransi yang dipertanggungkan. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Usaha Penilaian Kerugian Asuransi adalah usaha jasa penilaian klaim dan jasa konsultasi atas Objek Asuransi.
<ul style="list-style-type: none"> • Perusahaan Konsultan Aktuaria adalah perusahaan yang memberikan jasa aktuaria kepada perusahaan asuransi dan dana pensiun dalam rangka pembentukan dan pengelolaan suatu program asuransi dan atau program pensiun. 	
Afiliasi dan Pengendali	
<ul style="list-style-type: none"> • Afiliasi adalah hubungan antara seseorang atau badan hukum dengan satu orang atau lebih, atau badan hukum lain, sedemikian rupa sehingga salah satu dari mereka dapat mempengaruhi pengelolaan atau kebijaksanaan orang yang lain atau badan hukum yang lain, atau sebaliknya dengan memanfaatkan adanya kebersamaan kepemilikan saham atau kebersamaan pengelolaan perusahaan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afiliasi adalah hubungan antara seseorang atau badan hukum dengan satu orang atau lebih, atau badan hukum lain, sedemikian rupa sehingga salah satu dari mereka dapat mempengaruhi pengelolaan atau kebijaksanaan dari orang yang lain atau badan hukum yang lain, atau sebaliknya, dengan memanfaatkan adanya kebersamaan kepemilikan saham atau kebersamaan pengelolaan perusahaan.
	<ul style="list-style-type: none"> • Pengendali adalah Pihak yang secara langsung atau tidak langsung mempunyai kemampuan untuk menentukan pengelolaan atau kebijakan Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, perusahaan reasuransi atau perusahaan reasuransi syariah.
Premi dan Dana Asuransi	
	<ul style="list-style-type: none"> • Premi adalah sejumlah uang yang ditetapkan oleh penanggung dan disetujui oleh pemegang polis/tertanggung untuk dibayarkan berdasarkan kontrak asuransi, atau sejumlah uang yang ditetapkan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mendasari program asuransi wajib, untuk memperoleh manfaat pertanggunggan.

UU No 2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian	RUU tentang Usaha Perasuransian yang diusulkan
	<ul style="list-style-type: none"> • Kontribusi adalah sejumlah uang yang dibayarkan peserta kepada pengelola usaha asuransi syariah atau Usaha Reasuransi Syariah, atas dasar akad tertentu yang akan dialokasikan untuk Dana Tabarru', ujroh (fee), dan dana investasi peserta.
	<ul style="list-style-type: none"> • Dana Tabarju' adalah kumpulan dana yang berasal dari Kontribusi para peserta, yang mekanisme penggunaannya sesuai dengan akad tabartu' yang disepakati.
	<ul style="list-style-type: none"> • Dana Asuransi adalah dana yang berasal dari Premi yang dibentuk untuk memenuhi kewajiban yang timbul dari polis yang diterbitkan atau dari klaim asuransi.
	<ul style="list-style-type: none"> • Dana Jaminan adalah kekayaan Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, perusahaan reasuransi atau perusahaan reasuransi syariah yang merupakan jaminan terakhir dalam rangka melindungi kepentingan pemegang polis/tertanggung/peserta, dalam hal Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, perusahaan reasuransi, dan perusahaan reasuransi syariah dilikuidasi.

5.4. USAHA PERASURANSIAN

BIDANG USAHA PERASURANSIAN

Usaha perasuransian terdiri atas bidang:

- Usaha asuransi, yaitu usaha jasa keuangan yang dengan menghimpun dana masyarakat melalui pengumpulan premi asuransi memberikan perlindungan kepada anggota masyarakat pemakai jasa asuransi terhadap kemungkinan timbulnya kerugian karena suatu peristiwa yang tidak pasti atau terhadap hidup atau meninggalnya seseorang.
- Usaha penunjang usaha asuransi, yaitu usaha yang menyelenggarakan jasa keperantaraan, penilaian kerugian asuransi dan jasa aktuarial.

JENIS USAHA ASURANSI

Jenis usaha asuransi meliputi:

- Usaha asuransi terdiri dari:
 - Usaha asuransi kerugian yang memberikan jasa dalam penanggulangan risiko atas kerugian, kehilangan manfaat, dan tanggungjawab hukum kepada pihak ketiga yang timbul dari peristiwa yang tidak pasti;

- Usaha asuransi jiwa yang memberikan jasa dalam penanggulangan risiko yang dikaitkan dengan hidup atau meninggalnya seseorang yang dipertanggungkan.
- Usaha reasuransi yang memberikan jasa dan pertanggungan ulang terhadap risiko yang dihadapi oleh Perusahaan Asuransi Kerugian dan atau Perusahaan Asuransi Jiwa.
- Usaha penunjang industri asuransi terdiri dari;
 - Usaha pialang asuransi memberikan jasa keperantaraan dalam penutupan asuransi dan penanganan penyelesaian ganti rugi asuransi dengan bertindak untuk kepentingan tertanggung;
 - Usaha pialang reasuransi yang memberikan jasa keperantaraan dalam penempatan reasuransi dan penanganan penyelesaian ganti rugi reasuransi dengan bertindak untuk kepentingan perusahaan asuransi;
 - Usaha penilai kerugian asuransi yang memberikan jasa penilaian terhadap kerugian pada obyek asuransi yang dipertanggungkan.
 - Usaha konsultan aktuaria yang memberikan jasa konsultasi aktuaria;
 - Usaha Agen Asuransi yang memberikan jasa keperantaraan dalam rangka pemasaran jasa asuransi untuk dan atas nama penanggung.

RUANG LINGKUP USAHA

Ruang lingkup usaha perasuransian dalam UU No 2 tahun 1992 adalah sebagai berikut

- Usaha Asuransi
 - Perusahaan Asuransi Kerugian hanya dapat menyelenggarakan usaha dalam bidang asuransi kerugian, termasuk reasuransi;
 - Perusahaan Asuransi Jiwa hanya dapat menyelenggarakan usaha dalam bidang asuransi jiwa, dan asuransi kesehatan, asuransi kecelakaan diri, dan usaha anuitas, serta menjadi pendiri dan pengurus dana pensiun sesuai dengan peraturan perundang-undangan dana pensiun yang berlaku;
 - Perusahaan Reasuransi hanya dapat menyelenggarakan usaha pertanggungan ulang.
- Usaha Penunjang Asuransi
 - Perusahaan Pialang Asuransi hanya dapat menyelenggarakan usaha dengan bertindak mewakili tertanggung dalam rangka transaksi yang berkaitan dengan kontrak asuransi;
 - Perusahaan Pialang Reasuransi hanya dapat menyelenggarakan usaha dengan bertindak mewakili perusahaan asuransi dalam rangka transaksi yang berkaitan dengan kontrak reasuransi;
 - Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi hanya dapat menyelenggarakan usaha jasa penilaian kerugian atas kehilangan atau kerusakan yang terjadi pada obyek asuransi kerugian;
 - Perusahaan Konsultan Aktuaria hanya dapat menyelenggarakan usaha jasa di bidang aktuaria;
 - Perusahaan Agen Asuransi hanya dapat memberikan jasa pemasaran asuransi bagi satu perusahaan asuransi yang memiliki izin usaha dari Menteri.

Ruang lingkup usaha perasuransian dalam RUU direncanakan sebagai berikut:

- Asuransi Konvensional
 - Perusahaan asuransi umum hanya dapat menyelenggarakan Usaha Asuransi Umum, Usaha Asuransi Kesehatan, Usaha Asuransi Kecelakaan Diri, dan Usaha Reasuransi untuk risiko Perusahaan Asuransi umum lain.

- Perusahaan asuransi jiwa hanya dapat menyelenggarakan Usaha Asuransi Jiwa, Usaha Asuransi Kesehatan dan Usaha Asuransi Kecelakaan Diri.
- Perusahaan reasuransi hanya dapat menyelenggarakan Usaha Reasuransi.
- Asuransi Syariah
 - Perusahaan asuransi umum syariah hanya dapat menyelenggarakan Usaha Asuransi Umum Syariah, Usaha Asuransi Kesehatan Syariah dan Usaha Asuransi Kecelakaan Diri Syariah.
 - Perusahaan asuransi jiwa syariah hanya dapat menyelenggarakan Usaha Asuransi Jiwa Syariah, Usaha Asuransi Kesehatan Syariah dan Usaha Asuransi Kecelakaan Diri Syariah.
 - Perusahaan reasuransi syariah hanya dapat menyelenggarakan Usaha Reasuransi Syariah.
- Penunjang Asuransi
 - Perusahaan pialang asuransi hanya dapat menyelenggarakan Usaha Pialang Asuransi.
 - Perusahaan pialang reasuransi hanya dapat menyelenggarakan Usaha Pialang Reasuransi.
 - Perusahaan penilai kerugian asuransi hanya dapat menyelenggarakan Usaha Penilai Kerugian Asuransi.

5.5. UJI KELAYAKAN DAN KEPATUTAN

Uji kelayakan dan kepatutan atau penilaian kemampuan dan kepatutan (*fit and proper test*) bagi direksi dan komisaris perusahaan perasuransian diatur dalam Keputusan Menteri Keuangan Nomor 421/KMK.06/2003, dengan catatan setelah beroperasinya OJK, maka instansi yang berwenang di lingkungan Departemen atau Kementerian Keuangan beralih ke OJK.

KETENTUAN UMUM

- Direksi adalah direksi untuk perseroan terbatas atau persero, atau yang setara dengan itu untuk koperasi dan usaha bersama.
- Komisaris adalah komisaris pada perseroan terbatas atau persero, atau yang setara dengan itu untuk koperasi dan usaha bersama.
- Komite Evaluasi adalah komite yang terdiri dari unsur pejabat dan pegawai Direktorat Jenderal Lembaga Keuangan, Departemen Keuangan dan unsur pihak independent.
- Direktur Asuransi adalah Direktur Asuransi pada Direktorat Jenderal Lembaga Keuangan, Departemen Keuangan.
- Direktur Jenderal adalah Direktur Jenderal Lembaga Keuangan pada Departemen Keuangan.

KEWAJIBAN MEMENUHI KEMAMPUAN DAN KEPATUTAN

Direksi, Komisaris, dan pemegang saham dari Perusahaan Asuransi Kerugian, Perusahaan Asuransi Jiwa, Perusahaan Reasuransi, Perusahaan Pialang Asuransi, Perusahaan Pialang Reasuransi, Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi, dan Perusahaan Konsultan Aktuaria setiap saat wajib memenuhi persyaratan kemampuan dan kepatutan. Direktur Jenderal melakukan penilaian kemampuan dan kepatutan serta menetapkan bahwa Direksi dan Komisaris memenuhi atau tidak memenuhi persyaratan kemampuan dan kepatutan.

Penilaian kemampuan dan kepatutan sebagaimana dimaksud dilakukan:

- Pada saat seseorang akan memangku jabatan sebagai Direksi atau Komisaris; dan
- Setiap waktu apabila dianggap perlu oleh Menteri Keuangan

Penilaian setiap waktu tersebut dilakukan apabila Direksi dan Komisaris diduga atau patut diduga tidak lagi memenuhi persyaratan kemampuan dan kepatutan berdasarkan hasil analisis, hasil pemeriksaan, dan atau pengaduan. Direksi atau Komisaris yang menolak untuk dilakukan penilaian setiap waktu, dinyatakan tidak memenuhi persyaratan kemampuan dan kepatutan dan dinyatakan tidak lulus.

PENILAIAN KEMAMPUAN DAN KEPATUTAN

Penilaian kemampuan dan kepatutan dimaksud dilakukan terhadap kompetensi dan integritas. Faktor kompetensi yang merupakan kriteria kelulusan meliputi:

- Pengetahuan yang memadai dan relevan dengan jabatannya;
- Pemahaman tentang peraturan perundang-undangan di bidang perasuransian dan peraturan perundang-undangan lain yang berhubungan dengan Usaha Perasuransian;
- Pengalaman dan keahlian di bidang perasuransian dan atau bidang lainnya yang relevan dengan jabatannya; dan
- Kemampuan untuk melakukan pengelolaan strategis dalam rangka pengembangan Usaha Perasuransian yang sehat.

Faktor integritas yang merupakan kriteria ketidak-lulusan meliputi:

- Praktek-praktek tercela di bidang Usaha perasuransian atau jasa keuangan lainnya;
- Perbuatan tindak pidana di bidang perasuransian dan perekonomian;
- Perbuatan tidak memenuhi komitmen yang telah disepakati dengan instansi pembina dan pengawas Usaha Perasuransian;
- Perbuatan yang memberikan keuntungan secara tidak wajar kepada pemegang saham, Direksi, Komisaris, pegawai dan atau pihak lainnya yang dapat merugikan atau mengurangi keuntungan pemegang polis dan atau Perusahaan Perasuransian;
- Perbuatan yang melanggar prinsip kehati-hatian di bidang Usaha Perasuransian;
- Perbuatan yang menunjukkan bahwa Direksi atau Komisaris yang bersangkutan tidak memiliki kewenangan atau tidak mampu menjalankan kewenangan masing-masing sebagai Direksi atau Komisaris; dan atau
- Perbuatan yang melanggar peraturan perundang-undangan di bidang perasuransian dan atau peraturan perundang-undangan lain.

PELAKSANAAN PENILAIAN

Penilaian dilakukan oleh Komite Evaluasi. Komite Evaluasi ditetapkan berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal, dengan jumlah anggota paling banyak 30 (tiga puluh) orang dan masa kerja 1 (satu) tahun. Penunjukan anggota Komite Evaluasi dilakukan dengan mempertimbangkan faktor-faktor kompetensi, integritas, dan independensi. Pelaksanaan penilaian terhadap 1 (satu) orang Direksi atau 1 (satu) orang Komisaris dilakukan oleh 5 (lima) orang anggota Komite Evaluasi yang terdiri dari:

- 2 (dua) orang dari Direktorat Asuransi, Direktorat Jenderal Lembaga Keuangan, Departemen Keuangan; dan
- 3 (tiga) orang dari pihak selain Direktorat Asuransi Direktorat Jenderal Lembaga Keuangan, Departemen Keuangan, meliputi pemerhati atau orang yang berpengalaman di bidang Usaha Perasuransian.

Salah seorang dari anggota Komite Evaluasi ditetapkan sebagai ketua Komite Evaluasi. Anggota dan ketua Komite Evaluasi dimaksud ditetapkan oleh Direktur Asuransi.

PROSEDUR PENILAIAN

Pelaksanaan penilaian terhadap calon Direksi atau Komisaris Perusahaan Perasuransian dilakukan atas pengajuan permohonan tertulis pemegang saham atau yang setara dengan itu. Jumlah calon Direksi atau Komisaris yang diajukan untuk penilaian kemampuan dan kepatutan sesuai dengan jumlah jabatan yang akan diisi. Pengajuan permohonan tertulis sebagaimana dimaksud di atas harus dilengkapi dengan:

- Daftar riwayat hidup beserta dokumen pendukung dari calon direksi atau komisaris yang akan dinilai;
- Surat referensi mengenai kemampuan dan kepatutan dari pengawas perasuransian dari negara domisili terakhir, bagi calon Direksi atau Komisaris yang berasal dari luar negeri;
- Surat keterangan mengenai catatan reputasi (track record) dari asosiasi perasuransian, bagi calon Direksi atau Komisaris yang berasal dari dalam negeri; dan
- Surat pernyataan dari calon Direksi atau Komisaris yang akan dinilai mengenai:
 - Kesiediaan untuk diangkat menjadi Direksi atau Komisaris;
 - Kesiediaan untuk menerima hasil penilaian tanpa syarat;
 - Tidak pernah dan tidak akan melakukan praktek-praktek perasuransian yang menyimpang dari ketentuan perundang-undangan di bidang perasuransian;
 - Tidak pernah dan tidak akan melakukan tindak pidana kejahatan keuangan; dan
 - Hal-hal lain yang relevan dan dianggap perlu oleh Direktur Jenderal sebagai dokumen pendukung pelaksanaan penilaian.

Komite Evaluasi harus melaksanakan penilaian kemampuan dan kepatutan terhadap calon Direksi atau Komisaris yang diajukan dan memberitahukan hasilnya kepada pemegang saham Perusahaan Perasuransian dimaksud paling lambat 30 (tiga puluh) hari terhitung sejak tanggal diterimanya pengajuan permohonan secara lengkap oleh Direktur Jenderal. Komite Evaluasi dapat menerima dokumen pendukung tambahan yang relevan dengan pelaksanaan penilaian kemampuan dan kepatutan dari calon Direksi atau Komisaris yang dinilai. Ketentuan ini berlaku juga untuk penilaian kemampuan dan kepatutan yang dilaksanakan setiap waktu apabila dianggap perlu.

Penilaian kemampuan dan kepatutan dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

- Analisis pendahuluan;
- Pengujian kemampuan dan kepatutan; dan
- Pengajuan hasil penilaian.

Berdasar hasil penilaian kemampuan dan kepatutan, Direktur Jenderal melakukan hal-hal sebagai berikut:

- Pembahasan atas usulan hasil penilaian kemampuan dan kepatutan, apabila dianggap perlu;
- Penetapan hasil penilaian kemampuan dan kepatutan; dan
- Penyampaian hasil penilaian kemampuan dan kepatutan kepada pemegang saham yang mengajukan permohonan penilaian dan pihak yang dinilai.

HASIL PENILAIAN DAN TINDAK LANJUT

Hasil penilaian kemampuan dan kepatutan diklarifikasikan menjadi 2 (dua) predikat sebagai berikut:

- Lulus; atau
- Tidak Lulus.

Penentuan hasil penilaian didasarkan pada:

- Penjumlahan atas hasil kali antara nilai dan bobot dari masing-masing faktor kompetensi dan integritas dan
- Satu atau lebih faktor dalam kompetensi dan integritas yang merupakan prasyarat untuk mendapatkan predikat lulus.

Skala nilai, bobot dan faktor-faktor tertentu diatur dengan Keputusan Direktur Jenderal.

Calon Direksi atau Komisaris yang tidak lulus maka akan diatur sebagai berikut:

- Calon Direksi atau calon Komisaris yang tidak lulus penilaian kemampuan dan kepatutan tidak dapat diangkat sebagai Direksi atau Komisaris Perusahaan Perasuransian.
- Direksi atau Komisaris yang dinyatakan tidak lulus penilaian kemampuan dan kepatutan wajib melepaskan jabatan selambat-lambatnya 1 (satu) bulan sejak tanggal penetapan Direktur Jenderal tentang penilaian Direksi atau Komisaris dimaksud.

Calon Direksi, Calon Komisaris, Direksi dan Komisaris yang dinyatakan tidak lulus dapat mengajukan permintaan keterangan mengenai ketidak-lulusan penilaian kemampuan dan kepatutan dimaksud kepada Direktur Jenderal.

KERAHASIAAN

Anggota Komite Evaluasi atau yang pernah menjadi anggota Komite Evaluasi wajib merahasiakan dokumen, informasi, dan hasil penilaian kemampuan dan kepatutan, kecuali karena jabatan yang bersangkutan diwajibkan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

5.6. PENYELENGGARAAN USAHA

Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi Dan Perusahaan Reasuransi diatur berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan Indonesia Nomor 422/KMK.06/2003, dengan catatan setelah beroperasinya OJK, maka instansi yang berwenang di lingkungan Departemen atau Kementerian Keuangan beralih ke OJK.

KETENTUAN UMUM

Polis Asuransi adalah polis atau perjanjian asuransi, atau dengan nama apapun, serta dokumen lain yang merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dengan perjanjian asuransi termasuk tanda bukti kepesertaan asuransi bagi pertanggung jawaban kumpulan, antara pihak penanggung dan pihak pemegang polis atau tertanggung.

PRODUK ASURANSI BARU

Suatu produk asuransi dinyatakan sebagai produk asuransi baru apabila :

- Produk asuransi tersebut belum pernah dipasarkan oleh Perusahaan Asuransi yang bersangkutan; atau
- Produk asuransi tersebut merupakan perubahan atas produk asuransi yang sudah dipasarkan, yang perubahannya meliputi resiko yang ditutup, ketentuan polis, rumusan premi, metode cadangan premi atau nilai tunai.

Pelaporan mengenai rencana memasarkan produk asuransi baru sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999, untuk produk asuransi kerugian dilengkapi dengan :

- Spesimen Polis Asuransi;
- Pernyataan tenaga ahli yang berisi uraian dan dasar perhitungan tingkat premi dan cadangan teknis, lengkap dengan asumsi-asumsi dan data pendukungnya;
- Proyeksi *underwriting* untuk 3 (tiga) tahun mendatang;
- Dukungan reasuransi untuk produk asuransi dimaksud;
- Uraian cara pemasaran dan contoh brosur yang dipergunakan;
- Perjanjian kerja sama dalam hal produk asuransi dimaksud dipasarkan bersama pihak lain;
- Pengesahan oleh Dewan Pengawas Syariah bagi Perusahaan Asuransi yang diselenggarakan dengan prinsip syariah.

Pelaporan mengenai rencana memasarkan produk asuransi baru sebagaimana dimaksudkan dalam Pasal 18 Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999, untuk produk asuransi jiwa harus dilengkapi dengan :

- Spesimen Polis Asuransi;
- Pernyataan aktuaris yang berisi uraian dan perhitungan mengenai :
 - Tarif premi, cadangan teknis, berikut asumsi aktuarial dan data pendukungnya;
 - Nilai tunai, dividen polis atau yang sejenis dalam hal produk asuransi tersebut mengandung nilai tunai, dividen polis atau yang sejenis

- *Profit testing* atau *asset share*;
- Dukungan reasuransi untuk produk asuransi dimaksud;
- Uraian cara pemasaran dan contoh brosur yang dipergunakan;
- Contoh perjanjian kerja sama dalam hal produk asuransi dimaksud dipasarkan bersama pihak lain;
- Pengesahan oleh Dewan Pengawas Syariah bagi Perusahaan Asuransi atau kantor cabang Perusahaan Asuransi yang diselenggarakan dengan prinsip syariah.

Perusahaan Asuransi Kerugian yang akan memasarkan produk asuransi baru *surety bond* dan atau yang sejenis, selain harus memenuhi ketentuan harus memenuhi ketentuan sebagai berikut :

- Memiliki tenaga ahli dengan kualifikasi ajun ahli manajemen asuransi kerugian dengan pengalaman di bidang *surety bond* sekurang-kurangnya 3 (tiga) tahun;
- Jenis jaminan yang ditutup terbatas hanya pada penjamin konstruksi (*construction bond*) dan *custom bond*.

Sedangkan Perusahaan Asuransi Jiwa yang akan memasarkan produk asuransi baru yang dikaitkan dengan investasi, antara lain untuk produk asuransi *unit link* dan atau yang sejenis, selain harus memenuhi ketentuan harus memenuhi ketentuan sebagai berikut :

- Memiliki tenaga ahli dengan kualifikasi wakil manajer investasi dengan pengalaman di bidangnya sekurang-kurangnya 3 (tiga) tahun;
- Memiliki sistem informasi yang memadai;

Perusahaan Asuransi yang akan memasarkan produk asuransi baru harus memenuhi ketentuan tingkat solvabilitas dan tidak sedang dikenakan sanksi administratif. Ketentuan lebih lanjut mengenai produk asuransi baru diatur dengan Keputusan Direktur Jenderal Lembaga Keuangan.

POLIS

Dalam setiap penutupan asuransi, Polis Asuransi harus sesuai spesimen Polis Asuransi yang dilaporkan kepada Menteri Keuangan RI.

Polis Asuransi harus memuat sekurang-kurangnya ketentuan mengenai :

- Saat berlakunya pertanggungan,
- Uraian manfaat yang diperjanjikan,
- Cara pembayaran premi,
- Tenggang waktu (*grace period*) pembayaran premi,
- Kurs yang digunakan untuk Polis Asuransi dengan mata uang asing apabila pembayaran premi dan manfaat dikaitkan dengan mata uang rupiah,
- Waktu yang diakui sebagai saat diterimanya pembayaran premi,
- Kebijakan perusahaan yang ditetapkan apabila pembayaran premi dilakukan melewati tenggang waktu yang disepakati;
- Periode dimana pihak perusahaan tidak dapat meninjau ulang keabsahan kontrak asuransi (*incontestable period*);

- Tabel nilai tunai, bagi Polis Asuransi jiwa yang mengandung nilai tunai;
- Perhitungan dividen polis atau yang sejenis, bagi Polis Asuransi jiwa yang menjanjikan dividen polis atau yang sejenis;
- Penghentian pertanggungan, baik dari pihak penanggung maupun dari pihak pemegang polis, termasuk syarat dan penyebabnya;
- Syarat dan tata cara pengajuan klaim, termasuk bukti pendukung yang diperlukan dalam pengajuan klaim;
- Pemilihan tempat penyelesaian perselisihan;
- Bahasa yang dijadikan acuan dalam hal terjadi sengketa atau beda pendapat, untuk Polis Asuransi yang dicetak dalam 2 (dua) bahasa atau lebih.

Polis Asuransi harus dicetak dengan jelas sehingga dapat dibaca dengan mudah dan dimengerti baik langsung maupun tidak langsung oleh pemegang polis dan atau tertanggung.

Setiap Polis Asuransi yang diterbitkan dan dipasarkan di wilayah hukum Indonesia harus dibuat dalam Bahasa Indonesia. Dalam hal diperlukan, Polis Asuransi dapat dibuat dalam bahasa asing berdampingan dengan Bahasa Indonesia.

Apabila dalam Polis Asuransi terdapat perumusan yang dapat ditafsirkan sebagai pengecualian atau pembatasan penyebab resiko yang ditutup berdasarkan Polis Asuransi yang bersangkutan, bagian perumusan dimaksud harus ditulis atau dicetak sedemikian rupa sehingga dapat dengan mudah diketahui adanya pengecualian atau pembatasan tersebut. Apabila dalam Polis Asuransi terdapat rumusan yang dapat ditafsirkan sebagai pengurangan, pembatasan, atau pembebasan kewajiban penanggung, bagian perumusan dimaksud harus ditulis atau dicetak sedemikian rupa sehingga dapat dengan mudah diketahui adanya pengurangan, pembatasan, atau pembebasan penanggung tersebut.

Besarnya nilai tunai untuk polis-polis yang diterbitkan sejak ditetapkannya peraturan baru sekurang-kurangnya sebesar :

- 95% (sembilan puluh lima per seratus) dari cadangan premi, untuk produk asuransi jiwa seumur hidup;
- 80% (delapan puluh per seratus) dari cadangan premi, untuk produk asuransi jiwa lainnya; atau
- Akumulasi dana pemegang polis untuk polis yang dikaitkan dengan investasi dan polis lainnya yang sejenis.

Dalam hal pembayaran premi dan atau klaim dari Polis Asuransi dengan mata uang asing dilakukan dengan mata uang rupiah, pembayaran tersebut harus menggunakan kurs yang ekuivalen yang diterbitkan oleh Bank Indonesia pada saat pembayaran. Kurs yang ekuivalen dimaksud harus menghasilkan sejumlah mata uang asing yang seharusnya diterima oleh si penerima pembayaran tersebut apabila pembayaran dilakukan dengan mata uang asing dimaksud. Dalam polis asuransi dengan indeks rupiah, pembayaran premi atau manfaat harus didasarkan pada rasio indeks yang berlaku pada saat pembayaran.

Dalam Polis Asuransi yang diterbitkan oleh Perusahaan Asuransi yang berbentuk usaha bersama harus dicantumkan ketentuan tentang memiliki atau tidak memiliki hak suara bagi pemegang polis. Ketentuan tentang memiliki atau tidak memiliki hak suara harus sesuai dengan anggaran dasar perusahaan yang bersangkutan.

Dalam Polis Asuransi dilarang dicantumkan suatu ketentuan yang dapat ditafsirkan bahwa tertanggung tidak dapat melakukan upaya hukum sehingga tertanggung harus menerima penolakan pembayaran klaim.

Dalam Polis Asuransi dilarang dicantumkan ketentuan yang dapat ditafsirkan sebagai pembatasan upaya hukum bagi para pihak dalam hal terjadi perselisihan mengenai ketentuan polis.

Ketentuan dalam Polis Asuransi yang mengatur mengenai pemilihan pengadilan dalam hal terjadi perselisihan yang menyangkut perjanjian asuransi, tidak boleh membatasi pemilihan pengadilan hanya pada pengadilan negeri di tempat kedudukan penanggung.

Apabila Menteri menilai bahwa dalam ketentuan polis terdapat hal-hal yang dapat merugikan pihak tertanggung atau pihak penanggung, Menteri dapat meminta Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi untuk meninjau ulang ketentuan polis dimaksud.

PREMI

Perhitungan tingkat premi harus didasarkan pada asumsi yang wajar dan praktek asuransi yang berlaku umum. Penetapan tarif premi asuransi kerugian harus dilakukan dengan mempertimbangkan sekurang-kurangnya :

- Premi murni yang dihitung berdasarkan profil kerugian (*risk and loss profile*) jenis asuransi yang bersangkutan untuk sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun terakhir;
- Biaya akuisisi, biaya administrasi dan biaya umum lainnya.

Penetapan tarif premi asuransi jiwa harus dilakukan dengan mempertimbangkan sekurang-kurangnya:

- Premi murni yang dihitung berdasarkan tingkat bunga, tabel mortalitas, atau tabel morbiditas yang dipergunakan;
- Biaya akuisisi, biaya administrasi dan biaya umum lainnya;
- Prakiraan hasil investasi dari premi.

PENGHENTIAN PERTANGGUNGAN

Penghentian pertanggungan, baik atas kehendak penanggung maupun tertanggung, harus dilakukan dengan pemberitahuan secara tertulis.

Dalam hal terjadi penghentian pertanggungan pada Polis Asuransi yang tidak memiliki unsur tabungan, maka besar pengembalian premi sekurang-kurangnya sebesar jumlah yang dihitung secara proporsional berdasarkan sisa jangka waktu pertanggungan, setelah dikurangi bagian premi yang telah dibayarkan kepada perusahaan pialang asuransi dan atau komisi agen.

Dalam hal terjadi penghentian pertanggungan pada Polis Asuransi yang memiliki unsur tabungan, Perusahaan Asuransi harus membayar paling sedikit sejumlah nilai tunai pada saat penghentian tersebut.

REASURANSI

Perusahaan Asuransi wajib memperoleh dukungan reasuransi otomatis untuk setiap produk asuransi pada setiap cabang asuransi yang dipasarkan. Dukungan reasuransi otomatis dimaksud diperoleh dengan ketentuan sebagai berikut :

- Untuk Perusahaan Asuransi Kerugian, sekurang-kurangnya diperoleh dari 1 (satu) Perusahaan Reasuransi dan 1 (satu) Perusahaan Asuransi Kerugian lainnya di dalam negeri;
- Untuk Perusahaan Asuransi Jiwa, sekurang-kurangnya diperoleh dari 1 (satu) Perusahaan Reasuransi di dalam negeri.

Ketentuan wajib dukungan reasuransi tidak berlaku dalam hal tidak ada Perusahaan Reasuransi yang memberikan dukungan reasuransi otomatis terhadap produk asuransi yang dipasarkan tersebut, baik secara sendiri-sendiri maupun bersama-sama.

Dukungan reasuransi otomatis dari penanggung ulang di luar negeri bagi Perusahaan Asuransi Kerugian, hanya dapat dilakukan apabila perusahaan dimaksud telah terlebih dahulu memperoleh dukungan reasuransi otomatis di dalam negeri dalam jumlah atau persentase tertentu.

Dukungan reasuransi fakultatif hanya dapat dilakukan dalam hal dukungan reasuransi otomatis tidak mencukupi atau jenis risiko yang ditutup tidak termasuk dalam dukungan reasuransi otomatis, dengan mempertimbangkan ketersediaan kapasitas dalam negeri.

Ketentuan lebih lanjut mengenai dukungan reasuransi otomatis ditetapkan dengan Keputusan Direktur Jenderal Lembaga Keuangan.

Dukungan reasuransi dari perusahaan penanggung ulang di luar negeri hanya dapat dilakukan pada perusahaan penanggung ulang yang pada saat penempatan memiliki peringkat sekurang-kurangnya BBB atau yang setara dengan itu. Dalam hal penanggung ulang memiliki peringkat yang berbeda maka peringkat yang digunakan adalah peringkat yang terendah. Dalam hal perusahaan penanggung ulang di luar negeri tidak memiliki peringkat dari badan pemeringkat, maka perusahaan penanggung ulang dimaksud harus memiliki reputasi baik yang dapat dibuktikan dengan surat keterangan dari badan pembina dan pengawas asuransi setempat, yang menjelaskan bahwa :

- Perusahaan yang bersangkutan masih memiliki izin usaha;
- Perusahaan yang bersangkutan tidak sedang dikenakan sanksi oleh badan pembina dan pengawas asuransi setempat; dan
- Kondisi keuangan perusahaan yang bersangkutan memiliki modal sendiri sekurang-kurangnya 150% (seratus lima puluh per seratus) dari minimum modal disetor Perusahaan Reasuransi di dalam negeri.

Bukti pemenuhan persyaratan dimaksud diajukan oleh Perusahaan Asuransi kepada Menteri bersamaan dengan waktu penyampaian laporan program reasuransi otomatis.

PENGALIHAN PORTOFOLIO PERTANGGUNGAN

Pengalihan sebagian atau seluruh portofolio pertanggungan oleh Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi hanya dapat dilakukan setelah terlebih dahulu mendapat persetujuan Menteri Keuangan RI. Pengalihan portofolio pertanggungan harus memenuhi persyaratan bahwa pengalihan dimaksud

- tidak mengurangi hak pemegang polis, tertanggung, atau ahli waris;
- dilakukan pada Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi sejenis; dan
- tidak menyebabkan Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi yang menerima pengalihan dimaksud melanggar ketentuan yang berlaku di bidang usaha perasuransian.

Dalam hal Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi mengalihkan seluruh portofolio pertanggungan, Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi dimaksud harus menyampaikan permohonan pemegang saham untuk mengembalikan izin usaha setelah selesainya pengalihan portofolio pertanggungan. Persetujuan tersebut diberikan oleh Menteri paling lambat 30 (tiga puluh) hari terhitung sejak tanggal diterimanya permohonan. Apabila dalam jangka waktu tersebut Menteri tidak menolak persetujuan dimaksud, Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi yang bersangkutan dapat melakukan pengalihan portofolio pertanggungan yang diajukan. Setelah mendapat persetujuan Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi yang akan mengalihkan portofolio pertanggungan wajib terlebih dahulu memberitahukan secara tertulis kepada setiap pemegang polis. Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi yang mengalihkan portofolio pertanggungan harus mengumumkan pengalihan tersebut pada surat kabar atau harian Indonesia yang berperedaran luas sekurang-kurangnya selama 3 (tiga) hari berturut-turut. Setelah selesainya pengalihan portofolio pertanggungan, Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi harus melaporkan kepada Menteri hasil pelaksanaan pengalihan portofolio pertanggungan dimaksud.

Menteri Keuangan mencabut izin usaha Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi yang telah selesai mengalihkan seluruh portofolio pertanggungan.

PENYELESAIAN KLAIM

Tindakan yang dapat dikategorikan memperlambat penyelesaian atau pembayaran klaim sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999, adalah tindakan Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi yang :

- Memperpanjang proses penyelesaian klaim dengan meminta penyerahan dokumen tertentu, yang kemudian diikuti dengan meminta penyerahan dokumen lain yang pada dasarnya berisi hal yang sama;
- Menunda penyelesaian dan pembayaran klaim dengan mengaitkannya pada penyelesaian dan atau pembayaran klaim reasuransinya;
- Tidak melakukan penyelesaian klaim yang merupakan bagian dari penutupan asuransi dengan mengaitkannya pada penyelesaian klaim yang merupakan bagian lain dari penutupan asuransi dalam 1 (satu) polis yang sama;
- Memperlambat penunjukan Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi, apabila jasa Penilai Kerugian Asuransi dibutuhkan dalam proses penyelesaian klaim; atau

- Menerapkan prosedur penyelesaian klaim yang tidak sesuai dengan praktek usaha asuransi yang berlaku umum.

Perusahaan Asuransi hanya dapat meminta dokumen sebagai syarat pengajuan klaim sesuai dengan yang tertera dalam Polis Asuransi. Dalam hal Polis Asuransi mencantumkan syarat lain-lain sebagai persyaratan pengajuan klaim, syarat lain-lain tersebut harus :

- relevan dengan pertanggunggaan; dan
- wajar dalam proses penyelesaian klaim.

Ketentuan mengenai syarat lain-lain dimaksud harus dimuat dalam Polis Asuransi.

Perusahaan Asuransi harus telah membayar klaim paling lambat 30 (tiga puluh) hari sejak adanya kesepakatan antara tertanggung dan penanggung atau kepastian mengenai jumlah klaim yang harus dibayar.

PELAPORAN

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi setiap tahun wajib menyampaikan laporan program reasuransi otomatis (*treaty*) untuk kegiatan tahun berjalan kepada menteri, paling lambat pada tanggal 15 Januari.

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi wajib menyampaikan laporan operasional tahunan untuk periode yang berakhir per 31 Desember kepada Menteri. Laporan operasional tahunan harus disampaikan selambat-lambatnya tanggal 30 April tahun berikutnya.

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi wajib menyampaikan laporan operasional untuk kegiatan setiap satu triwulan yang berakhir per 31 Maret, 30 Juni, 30 September, dan 31 Desember, kepada Menteri. Laporan operasional masing-masing harus disampaikan selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah berakhirnya triwulan yang bersangkutan. Laporan Operasional bagi Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dengan prinsip Syariah, atau Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi yang memiliki cabang dengan prinsip syariah, harus dilengkapi dengan Pernyataan Dewan Pengawas syariah bahwa penyelenggaraan usaha Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi dimaksud untuk triwulan yang bersangkutan tidak menyimpang dari prinsip syariah.

Aktuaris Perusahaan wajib menyampaikan laporan mengenai perkiraan kemampuan perusahaan untuk memenuhi kewajibannya untuk jangka waktu sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun mendatang. Laporan tersebut disampaikan kepada Menteri paling lambat tanggal 30 April tahun berikutnya.

Bentuk dan susunan laporan yang dimaksud di muka, ditetapkan dengan Keputusan Direktorat Jenderal Lembaga Keuangan.

DENDA ADMINISTRATIF

Pembayaran denda administratif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 angka 11 Peraturan Pemerintah Nomor 73 tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999 dilakukan dengan tata cara sebagai berikut:

- Mengisi formulir Surat Setoran Penerimaan Negara Bukan Pajak (SSBP) yang menunjuk rekening kas negara dengan menyebutkan uraian penerimaan sebagai pendapatan anggaran lainnya;
- Membayar denda melalui Kantor Perbendaharaan dan Kas Negara, atau bank yang ditunjuk oleh Pemerintah (bank persepsi), atau kantor pos.

Pembayaran denda sebagaimana dimaksud dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sejak tanggal penyampaian laporan tahunan. Dalam hal Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dikenakan sanksi Pembatasan Kegiatan Usaha karena tidak menyampaikan laporan tahunan, maka pencabutan sanksi Pembatasan Kegiatan Usaha hanya dapat dilakukan apabila laporan tahunan dan bukti pembayaran denda telah disampaikan kepada Menteri. Bukti pembayaran denda berupa tembusan SSBP disampaikan kepada Direktorat Asuransi paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sejak tanggal pembayaran denda dimaksud.

5.7. PEMERIKSAAN PERUSAHAAN

Pemeriksaan Perusahaan Perasuransian diatur dalam Keputusan Menteri Keuangan Nomor 423/KMK.06/2003, dengan catatan setelah beroperasinya OJK, maka instansi yang berwenang di lingkungan Departemen atau Kementerian Keuangan beralih ke OJK.

KETENTUAN UMUM

- Pemeriksa adalah pegawai Direktorat Asuransi atau pihak lain yang ditunjuk oleh Direktur Jenderal Lembaga Keuangan.
- Pemeriksaan adalah rangkaian kegiatan mengumpulkan, mencari, mengolah, dan mengevaluasi data dan informasi mengenai kegiatan usaha Perasuransian, yang bertujuan untuk memperoleh keyakinan atas kebenaran laporan periodik, kepatuhan terhadap ketentuan dalam peraturan perundang-undangan di bidang Usaha Perasuransian serta memastikan bahwa laporan periodik sesuai dengan keadaan perusahaan yang sebenarnya.
- Surat Perintah Pemeriksaan adalah surat yang dikeluarkan oleh Direktur Asuransi atas nama Direktur Jenderal Lembaga Keuangan yang digunakan oleh Pemeriksa sebagai dasar untuk melakukan Pemeriksaan.
- Surat Pemberitahuan Pemeriksaan adalah surat yang dikeluarkan oleh Direktur Asuransi atas nama Direktur Jenderal Lembaga Keuangan yang disampaikan kepada Perusahaan Perasuransian yang akan diperiksa.

FUNGSI, DASAR DAN RENCANA PEMERIKSAAN

Dalam rangka pelaksanaan fungsi pembinaan dan pengawasan, Pemeriksaan terhadap Perusahaan Perasuransian dilakukan oleh Direktur Jenderal Lembaga Keuangan.

Pemeriksaan terhadap Perusahaan Perasuransian sebagaimana dimaksud di atas dilakukan secara berkala sekurang-kurangnya sekali dalam 5 (lima) tahun atau setiap waktu bila diperlukan. Pemeriksaan berkala tersebut bersifat lengkap yang meliputi kebenaran aspek substansi laporan periodik, kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan di bidang Usaha Perasuransian, dan aspek manajemen. Pemeriksaan berkala tersebut dimuat dalam Rencana Pemeriksaan Tahunan dan disesuaikan dengan skala prioritas dari jenis usaha

perasuransian yang ditetapkan oleh Direktur Asuransi. Pemeriksaan setiap waktu adalah bersifat khusus dan dilakukan apabila:

- berdasarkan hasil analisis atas laporan periodik perusahaan perasuransian, patut diduga bahwa penyelenggaraan kegiatan usaha perasuransian dimaksud menyimpang dari ketentuan Undang-undang tentang Usaha Perasuransian dan : peraturan pelaksanaannya, sehingga dapat membahayakan kepentingan para pemegang polis;
- berdasarkan penelitian atas keterangan yang didapat atau surat pengaduan yang diterima oleh Direktorat Asuransi, patut diduga bahwa penyelenggaraan kegiatan usaha perasuransian dimaksud menyimpang dari Undang-undang tentang Usaha Perasuransian dan peraturan pelaksanaannya sehingga dapat membahayakan kepentingan para pemegang polis;
- terdapat alasan khusus yang mendasari perlunya dilakukan pemeriksaan termasuk dalam hal terjadi merger, akuisisi atau pengalihan portofolio pertanggung.

Tiga bulan sebelum berakhirnya tahun takwin Direktur Asuransi wajib menyampaikan Rencana Pemeriksaan untuk 1 (satu) tahun takwin berikutnya kepada Direktur Jenderal Lembaga Keuangan. Setiap 6 (enam) bulan sekali Direktur Asuransi melaporkan hasil pelaksanaan pemeriksaan kepada Direktur Jenderal Lembaga Keuangan paling lambat 1 (satu) bulan sesudah pelaksanaan pemeriksaan. Setiap tahun Direktur Jenderal Lembaga Keuangan melaporkan pelaksanaan pemeriksaan kepada Menteri paling lambat 2 (dua) bulan sesudah tahun takwin berakhir. Laporan pelaksanaan pemeriksaan berisi sekurang-kurangnya:

- rencana pemeriksaan;
- pelaksanaan dari rencana pemeriksaan;
- temuan dari hasil pemeriksaan;
- hambatan pemeriksaan; dan
- usulan pemecahan masalah.

TATA CARA PEMERIKSAAN

Pemeriksaan sebagaimana dimaksud di muka dilaksanakan oleh Pemeriksa berdasarkan Surat Perintah Pemeriksaan dan Surat Pemberitahuan Pemeriksaan. Sebelum dilakukan Pemeriksaan terlebih dahulu disampaikan Surat Pemberitahuan Pemeriksaan kepada Perusahaan Perasuransian. Pemeriksaan dapat dilakukan tanpa terlebih dahulu menyampaikan Surat Pemberitahuan Pemeriksaan apabila diduga bahwa penyampaian Surat Pemberitahuan Pemeriksaan akan dapat memungkinkan dilakukannya tindakan untuk mengaburkan keadaan yang sebenarnya atau tindakan untuk menyembunyikan data, keterangan, atau laporan yang diperlukan dalam pelaksanaan Pemeriksaan.

Pemeriksaan dilaksanakan berdasarkan Pedoman Pemeriksaan yang ditetapkan oleh Direktur Jenderal Lembaga Keuangan. Pedoman Pemeriksaan sebagaimana meliputi sekurang-kurangnya:

- Penentuan obyek pemeriksaan;
- Prosedur dan program pemeriksaan;
- Penyusunan kertas kerja pemeriksaan ;
- Pelaporan pemeriksaan;
- Tindak lanjut pemeriksaan; dan

- Pengawasan pemeriksaan.

TAHAPAN PEMERIKSAAN

Pemeriksaan dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

- persiapan Pemeriksaan;
- pelaksanaan Pemeriksaan;
- pelaporan hasil Pemeriksaan.

Persiapan Pemeriksaan tersebut harus dibuat berdasarkan hasil analisis laporan periodik dan data lain yang mendukung. Pelaksanaan Pemeriksaan dilakukan di kantor perusahaan perasuransian yang diperiksa, dan apabila dianggap perlu dapat dilakukan konfirmasi kepada pihak ketiga yang terkait dengan perusahaan yang bersangkutan. Pelaporan hasil Pemeriksaan itu harus disusun segera setelah pelaksanaan Pemeriksaan selesai dan harus berdasarkan atas data atau keterangan yang diperoleh selama proses pemeriksaan berlangsung yang dituangkan dalam kertas kerja Pemeriksaan.

Pada saat akan dimulai Pemeriksaan di kantor perusahaan perasuransian, Pemeriksa wajib menunjukkan Surat Perintah Pemeriksaan. Dalam hal Pemeriksaan tersebut dilakukan, Pemeriksa wajib menunjukkan Surat Perintah Pemeriksaan dan Surat Pemberitahuan Pemeriksaan. Dalam hal Pemeriksa tidak dapat memenuhi ketentuan tersebut, perusahaan yang akan diperiksa wajib menolak dilakukan Pemeriksaan. Dalam hal Pemeriksa telah memenuhi ketentuan di muka, Pemeriksa berhak:

- memeriksa dan atau meminjam buku-buku, catatan-catatan, dan dokumen-dokumen pendukungnya termasuk keluaran (*output*) dari pengolahan data atau media komputer dan perangkat elektronik pengolah data lainnya;
- mendapatkan keterangan lisan dan atau tertulis dari Perusahaan Perasuransian yang diperiksa;
- memasuki tempat atau ruangan yang diduga merupakan tempat menyimpan dokumen, uang, atau barang yang dapat memberikan petunjuk tentang keadaan Perusahaan Perasuransian yang diperiksa;
- mendapatkan keterangan dan atau data yang diperlukan dari pihak ketiga yang mempunyai hubungan dengan Perusahaan Perasuransian yang diperiksa.

Pemeriksa wajib merahasiakan data dan atau keterangan yang diperoleh selama Pemeriksaan terhadap pihak yang tidak berhak.

Perusahaan Perasuransian yang diperiksa dilarang menolak dan atau menghambat kelancaran proses Pemeriksaan. Dalam pelaksanaan Pemeriksaan, Perusahaan Perasuransian yang diperiksa berkewajiban untuk:

- memenuhi permintaan untuk memberikan atau meminjamkan buku, catatan-catatan, dan dokumen-dokumen yang diperlukan untuk kelancaran Pemeriksaan dan memberikan keterangan dalam jangka waktu paling lama 7 (tujuh) hari sejak tanggal penyampaian surat permintaan;
- memberikan keterangan yang diperlukan secara tertulis dan atau lisan;
- memberi kesempatan kepada Pemeriksa untuk memasuki tempat atau ruangan yang dipandang perlu;
- memberikan keterangan dan atau data yang diperlukan dari pihak .ketiga yang mempunyai hubungan dengan Perusahaan Perasuransian yang diperiksa.

Perusahaan Perasuransian dianggap menghambat kelancaran proses Pemeriksaan apabila tidak melaksanakan kewajiban tersebut atau meminjamkan buku, memberikan catatan, dokumen atau keterangan yang tidak benar. Dalam hal Perusahaan Perasuransian menolak dilakukan pemeriksaan itu maka Perusahaan Perasuransian wajib menandatangani Berita Acara Penolakan Pemeriksaan.

Setelah berakhir pelaksanaan Pemeriksaan di muka, Pemeriksa wajib menyusun laporan hasil Pemeriksaan. Laporan hasil Pemeriksaan tersebut terdiri dari

- laporan hasil Pemeriksaan sementara;
- laporan hasil Pemeriksaan final.

Laporan hasil Pemeriksaan ini ditandatangani Pemeriksa dan ditetapkan oleh Direktur Asuransi.

PEMBAHASAN LAPORAN HASIL PEMERIKSAAN

Direktur Asuransi menyampaikan laporan hasil Pemeriksaan sementara kepada Pengurus atau Direksi Perusahaan Perasuransian paling lama 30 (tiga puluh) hari setelah berakhirnya pelaksanaan Pemeriksaan. Perusahaan Perasuransian yang diperiksa dapat mengajukan tanggapan atas laporan hasil Pemeriksaan sementara tersebut kepada Direktur Asuransi paling lama 15 (lima belas) hari setelah diterimanya laporan hasil Pemeriksaan sementara. Tanggapan ini disampaikan kepada Direktur Asuransi dan disertai alasannya. Tanggapan dimaksud dapat dilakukan pembahasan dalam jangka waktu paling lama 10 (sepuluh) hari sejak diterimanya surat tanggapan dari Perusahaan Perasuransian yang diperiksa. Dalam hal sampai batas waktu itu, Perusahaan Perasuransian yang diperiksa tidak mengajukan tanggapan atau berdasarkan hasil pembahasan atas tanggapan laporan hasil Pemeriksaan sementara, maka Direktur Asuransi menetapkan laporan hasil Pemeriksaan sementara menjadi laporan hasil Pemeriksaan final. Direktur Asuransi menyampaikan laporan hasil Pemeriksaan final ini kepada Pengurus atau Direksi dan Komisaris Perusahaan Perasuransian yang diperiksa.

SANKSI

Dalam hal Perusahaan Perasuransian menolak dan atau menghambat kelancaran proses pemeriksaan, Menteri Keuangan mengenakan sanksi administratif sesuai ketentuan yang berlaku.

5.8. KESEHATAN KEUANGAN PERUSAHAAN

Kesehatan Keuangan Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi diatur dalam SK Menkeu Nomor 424/KMK.06/2003, dengan catatan setelah beroperasinya OJK, maka instansi yang berwenang di lingkungan Departemen atau Kementerian Keuangan beralih ke OJK.

KETENTUAN UMUM

- Bank adalah bank Umum sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang tentang Perbankan.
- Kekayaan Yang Diperkenankan adalah kekayaan yang diperhitungkan dalam perhitungan tingkat solvabilitas.

- Prinsip Syariah adalah prinsip perjanjian berdasarkan hukum Islam antara Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi dengan pihak lain, dalam menerima amanah dengan mengelola dana peserta melalui kegiatan investasi atau kegiatan lain yang diselenggarakan sesuai syariah.
- Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi adalah produk asuransi yang memberikan hasil investasi yang sepenuhnya mengacu kepada hasil investasi pasar.
- Premi Neto adalah premi neto sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999.
- Modal Sendiri adalah jumlah modal sendiri yang tercantum dalam neraca yang disusun berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan (SAK).
- Deposito jaminan adalah deposito berjangka yang ditatausahakan atas nama Menteri Keuangan sebagai jaminan terakhir dalam rangka melindungi kepentingan pemegang polis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999.

TINGKAT SOLVABILITAS

Batas Tingkat Solvabilitas

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi setiap saat wajib memenuhi tingkat solvabilitas paling sedikit 120% (seratus dua puluh per seratus) dari risiko kerugian yang mungkin timbul sebagai akibat dari deviasi dalam pengelolaan kekayaan dan kewajiban. Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi yang tidak memenuhi ketentuan tingkat solvabilitas, namun memiliki tingkat solvabilitas paling sedikit 100% (seratus per seratus), diberikan kesempatan melakukan penyesuaian dalam jangka waktu tertentu untuk memenuhi ketentuan tingkat solvabilitas.

Risiko kerugian yang mungkin timbul sebagai akibat dari deviasi dalam pengelolaan kekayaan dan kewajiban terdiri dari:

- Kegagalan pengelolaan kekayaan;
- Ketidak-seimbangan antara proyeksi arus kekayaan dan kewajiban;
- Ketidak-seimbangan antara nilai kekayaan dan kewajiban dalam setiap jenis mata uang;
- Perbedaan antara beban klaim yang terjadi dan beban klaim yang diperkirakan;
- Ketidak-cukupan premi akibat perbedaan hasil investasi yang diasumsikan dalam penetapan premi dengan hasil investasi yang diperoleh;
- Ketidak-mampuan pihak reasuradur untuk memenuhi kewajiban membayar klaim.

Jumlah dana yang diperlukan untuk menutup risiko kerugian yang mungkin timbul sebagai akibat dari deviasi dalam pengelolaan kekayaan dan kewajiban merupakan batas tingkat solvabilitas minimum. Perhitungan besarnya risiko kerugian yang mungkin timbul didasarkan pada pedoman yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Jenderal Lembaga Keuangan.

Pelaporan Perhitungan Tingkat Solvabilitas dan Pengumuman Laporan Keuangan

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi wajib menyusun laporan keuangan non-konsolidasi berdasarkan standar akuntansi keuangan yang berlaku di Indonesia. Laporan keuangan non-konsolidasi digunakan untuk menghitung tingkat solvabilitas.

Setiap kekayaan dan kewajiban dalam bentuk dan atau dalam satuan mata uang asing harus dinyatakan dalam mata uang rupiah berdasarkan nilai kurs tengah yang ditetapkan oleh Bank Indonesia pada tanggal neraca.

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi wajib menyampaikan kepada Menteri Keuangan:

- laporan perhitungan tingkat solvabilitas triwulanan per 31 Maret, 30 Juni, 30 September, dan 31 Desember, paling lambat 1 (satu) bulan setelah berakhirnya triwulan yang bersangkutan;
- laporan perhitungan tingkat solvabilitas tahunan per 31 Desember yang dilampiri dengan laporan auditor independen atas laporan keuangan tahunan yang digunakan untuk menghitung tingkat solvabilitas periode dimaksud, paling lambat tanggal 30 April tahun berikutnya.

Bagi Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi yang menjalankan usaha asuransi atau reasuransi dengan Prinsip Syariah, laporan perhitungan tingkat solvabilitas sebagaimana dimaksud harus dilengkapi dengan surat pernyataan Dewan Pengawas Syariah bahwa pengelolaan kekayaan dan kewajiban telah dilakukan sesuai dengan Prinsip Syariah.

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi wajib mengumumkan neraca, perhitungan laba rugi, dan tingkat kesehatan keuangan untuk periode yang berakhir per 31 Desember serta data lainnya pada surat kabar harian di Indonesia yang memiliki peredaran yang luas paling lambat tanggal 30 April tahun berikutnya. Neraca dan perhitungan laba rugi yang diumumkan sebagaimana dimaksud merupakan bagian dari laporan keuangan yang telah diaudit oleh auditor independen. Bukti pengumuman sebagaimana dimaksud wajib disampaikan kepada Menteri Keuangan paling lambat 2 (dua) minggu setelah tanggal pengumuman pada surat kabar. Ketentuan mengenai bentuk serta susunan laporan perhitungan tingkat solvabilitas dan pengumuman laporan keuangan sebagaimana dimaksud diatur lebih lanjut dengan Keputusan Direktur Jenderal Lembaga Keuangan.

Pemenuhan Tingkat Solvabilitas

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi yang tidak memenuhi ketentuan tingkat solvabilitas wajib menyampaikan rencana penyehatan keuangan yang disetujui oleh pemegang saham atau yang setara dengan itu dalam rangka memenuhi ketentuan tingkat solvabilitas. Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi wajib pula menyampaikan laporan perhitungan tingkat solvabilitas bulanan per akhir bulan yang dilengkapi dengan laporan perkembangan penyehatan keuangan perusahaan paling lambat tanggal 15 (lima belas) bulan berikutnya. Rencana penyehatan keuangan harus disampaikan kepada Menteri Keuangan bersamaan dengan penyampaian laporan perhitungan tingkat solvabilitas triwulan berikutnya. Rencana penyehatan keuangan sekurang-kurangnya memuat langkah-langkah penyehatan yang disertai dengan jangka waktu tertentu yang dibutuhkan untuk memenuhi ketentuan tingkat solvabilitas. Menteri Keuangan berwenang memerintahkan Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi untuk melakukan perbaikan atas rencana penyehatan keuangan. Langkah-langkah penyehatan sebagaimana dimaksud, paling sedikit memuat salah satu rencana sebagai berikut:

- rencana restrukturisasi kekayaan dan atau kewajiban;

- rencana penambahan modal disetor;
- rencana pengalihan sebagian atau seluruh portofolio pertanggungan;
- rencana melakukan penggabungan badan usaha.

Jangka waktu sebagaimana dimaksud harus disesuaikan dengan kondisi permasalahan yang dihadapi oleh Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dan tidak lebih dari 6 (enam) bulan sejak tanggal penyampaian laporan perhitungan tingkat solvabilitas triwulan. Menteri Keuangan berwenang memerintahkan Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi untuk melakukan perbaikan atas rencana penyehatan keuangan.

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi yang tidak memenuhi ketentuan tingkat solvabilitas wajib;

- Melaksanakan rencana penyehatan dan
- Memenuhi tingkat solvabilitas dalam jangka waktu sebagaimana telah ditetapkan dalam rencana penyehatan.

KEKAYAAN YANG DIPERKENANKAN

Kekayaan yang diperkenankan harus dimiliki dan dikuasai oleh Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi, dalam bentuk:

- Investasi;
- Bukan investasi.

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Konvensional

Jenis investasi untuk Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi terdiri dari :

- Deposito berjangka dan sertifikat deposito pada Bank, termasuk deposit on call dan deposito yang berjangka waktu kurang dari atau sama dengan 1 (satu) bulan;
- Saham yang tercatat di bursa efek;
- Obligasi dan Medium Term Notes dengan peringkat paling rendah A atau yang setara pada saat penempatan;
- Surat berharga yang diterbitkan atau dijamin oleh Pemerintah atau Bank Indonesia;
- Unit penyertaan reksadana;
- Penyertaan langsung (saham yang tidak tercatat di bursa efek);
- Bangunan dengan hak strata (strata title) atau tanah dengan bangunan, untuk investasi;
- Pinjaman hipotik;
- Pinjaman polis.

Jenis kekayaan yang bukan investasi untuk Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi, terdiri dari:

- Kas dan bank;
- Tagihan premi penutupan langsung;
- Tagihan reasuransi;
- Tagihan hasil investasi;

- Bangunan dengan hak strata (strata title) atau tanah dengan bangunan, untuk dipakai sendiri;
- Perangkat keras komputer.

Yang dimaksud peringkat di atas adalah peringkat yang dikeluarkan oleh lembaga pemeringkat yang terdaftar pada instansi yang berwenang atau yang telah memperoleh pengakuan internasional. Dalam hal peringkat diterbitkan oleh lebih dari satu lembaga pemeringkat, maka peringkat yang digunakan adalah peringkat yang paling rendah.

Penilaian atas kekayaan investasi untuk Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi adalah sebagai berikut :

- Deposito berjangka, berdasarkan nilai nominal;
- Sertifikat deposito, berdasarkan nilai tunai;
- Saham yang tercatat di bursa efek, berdasarkan nilai pasar;
- Obligasi dan Medium Term Notes, berdasarkan nilai pasar;
- Surat berharga yang diterbitkan atau dijamin oleh Pemerintah atau Bank Indonesia, berdasarkan nilai pasar, atau nilai tunai dalam hal nilai pasar tidak tersedia;
- Unit penyertaan reksadana, berdasarkan nilai aktiva bersih;
- Penyertaan langsung (saham yang tidak tercatat di bursa efek), berdasarkan nilai ekuitas;
- Bangunan dengan hak strata (strata title) atau tanah dengan bangunan, untuk investasi, berdasarkan nilai yang ditetapkan oleh lembaga penilai yang terdaftar pada instansi yang berwenang, atau Nilai Jual Objek Pajak (NJOP) dalam hal tidak dilakukan penilaian oleh lembaga penilai;
- Pinjaman hipotik, berdasarkan nilai sisa pinjaman;
- Pinjaman polis, berdasarkan nilai sisa pinjaman.

Penilaian atas kekayaan bukan investasi untuk Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi adalah sebagai berikut:

- Kas dan bank, berdasarkan nilai nominal;
- Tagihan premi penutupan langsung, berdasarkan nilai sisa tagihan;
- Tagihan reasuransi, berdasarkan nilai sisa tagihan;
- Tagihan hasil investasi, berdasarkan nilai sisa tagihan;
- Bangunan dengan hak strata (strata title) atau tanah dengan bangunan, yang dipakai sendiri, berdasarkan nilai yang ditetapkan oleh lembaga penilai yang terdaftar pada instansi yang berwenang, atau Nilai Jual Objek Pajak (NJOP) dalam hal tidak dilakukan penilaian oleh lembaga penilai;
- Perangkat keras komputer, berdasarkan nilai buku.

Pembatasan atas kekayaan investasi untuk Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi adalah sebagai berikut:

- Investasi dalam bentuk deposito berjangka dan sertifikat deposito pada setiap Bank, tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) dari jumlah investasi;
- Investasi dalam bentuk saham yang emitennya adalah badan hukum Indonesia, untuk setiap emiten masing-masing tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) dari jumlah investasi;
- Investasi dalam bentuk obligasi dan Medium Term Notes yang penerbitnya adalah badan hukum Indonesia, untuk setiap penerbit masing-masing tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) dari jumlah investasi;

- Investasi dalam bentuk unit penyertaan reksadana, untuk setiap penerbit tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) dari jumlah investasi;
- Investasi dalam bentuk penyertaan langsung (saham yang tidak tercatat di bursa efek), seluruhnya tidak melebihi 10% (sepuluh per seratus) dari jumlah investasi;
- Investasi yang ditempatkan dalam bentuk bangunan dengan hak strata (strata title) atau tanah dengan bangunan, seluruhnya tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) dari jumlah investasi;
- Investasi yang ditempatkan dalam bentuk pinjaman hipotik, seluruhnya tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) dari jumlah investasi dan memenuhi persyaratan bahwa pinjaman tersebut:
 - Diberikan hanya kepada perorangan;
 - Dijamin dengan hipotik pertama;
 - Penghipotikan tersebut dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku; dan
 - Besarnya setiap pinjaman tidak melebihi 75% (tujuh puluh lima per seratus) dari nilai jaminan yang terkecil di antara nilai yang ditetapkan oleh lembaga penilai yang terdaftar pada instansi yang berwenang dan Nilai Jual Objek Pajak (NJOP);
- Investasi dalam bentuk pinjaman polis besarnya tidak melebihi 80% (delapan puluh per seratus) dari nilai tunai polis yang bersangkutan.

Jumlah investasi yang digunakan sebagai dasar perhitungan batasan adalah nilai seluruh jenis investasi per tanggal neraca yang penilaiannya didasarkan pada ketentuan yang berlaku. Dalam hal Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi memiliki penempatan investasi di luar negeri, maka jumlah Investasi yang digunakan sebagai dasar batasan adalah jumlah investasi ditambah dengan jumlah investasi di luar negeri. Pembatasan atas kekayaan bukan investasi untuk Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi adalah sebagai berikut:

- Tagihan premi penutupan langsung, umurnya tidak lebih dari 2 (dua) bulan dihitung sejak:
 - Pertanggunggaan dimulai bagi polis dengan pembayaran premi tunggal; atau
 - Jatuh tempo pembayaran premi bagi polis dengan pembayaran premi cicilan;
- Tagihan reasuransi, umurnya tidak lebih dari 2 (dua) bulan dihitung sejak tanggal jatuh tempo pembayaran;
- Tagihan hasil investasi, umurnya tidak lebih dari 2 (dua) bulan dihitung sejak tanggal hasil investasi menjadi hak Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi;
- Bangunan dengan hak strata (strata title) atau tanah dengan bangunan yang dipakai sendiri, seluruhnya tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) bagi Perusahaan Asuransi Kerugian dan Perusahaan Reasuransi, atau 30% (tiga puluh per seratus) bagi Perusahaan Asuransi Jiwa, masing-masing dari Modal Sendiri periode berjalan;
- Perangkat keras komputer seluruhnya tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) dari Modal Sendiri periode berjalan.

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Syariah

Perusahaan Asuransi yang menyelenggarakan usaha asuransi dengan Prinsip Syariah dalam bentuk kantor cabang harus melakukan pemisahan kekayaan dan kewajiban usaha asuransi dengan Prinsip Syariah dari kekayaan dan kewajiban usaha asuransi dengan prinsip konvensional. Perusahaan Reasuransi yang menyelenggarakan usaha reasuransi dengan Prinsip Syariah dalam bentuk kantor cabang harus melakukan pemisahan kekayaan dan kewajiban usaha reasuransi dengan Prinsip Syariah dari kekayaan dan kewajiban usaha reasuransi dengan prinsip konvensional. Jenis, penilaian, dan pembatasan kekayaan kantor cabang sebagaimana dimaksud mengikuti jenis,

penilaian, dan pembatasan kekayaan yang berlaku bagi Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Syariah.

Jenis investasi sebagaimana dimaksud di muka untuk Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Syariah terdiri dari:

- deposito berjangka dan sertifikat deposito pada Bank, termasuk deposit on call dan deposito yang berjangka waktu kurang dari atau sama dengan 1 (satu) bulan;
- saham yang tercatat di bursa efek;
- obligasi dan Medium Term Notes dengan peringkat paling rendah A atau yang setara pada saat penempatan;
- surat berharga yang diterbitkan atau dijamin oleh Pemerintah atau Bank Indonesia;
- unit penyertaan reksadana;
- penyertaan langsung (saham yang tidak tercatat di bursa efek);
- bangunan dengan hak strata (*strata title*) atau tanah dengan bangunan, untuk investasi;
- pinjaman polis;
- pembiayaan kepemilikan tanah dan atau bangunan, kendaraan bermotor, dan barang modal dengan skema murabahah (jual beli dengan pembayaran ditangguhkan);
- pembiayaan modal kerja dengan skema mudharabah (bagi hasil).

Jenis kekayaan bukan investasi sebagaimana dimaksud untuk Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Syariah terdiri dari:

- kas dan bank;
- tagihan premi penutupan langsung;
- tagihan reasuransi;
- tagihan hasil investasi;
- bangunan dengan hak strata (*strata title*) atau tanah dengan bangunan, untuk dipakai sendiri;
- perangkat keras komputer.

Penilaian atas kekayaan investasi sebagaimana dimaksud di muka untuk Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Syariah adalah sebagai berikut :

- deposito, berjangka dan sertifikat deposito, berdasarkan nilai nominal;
- saham yang tercatat di bursa efek, berdasarkan nilai pasar;
- obligasi dan *Medium Term Notes*, berdasarkan nilai pasar, atau nilai nominal dalam hal nilai pasar tidak tersedia;
- Surat berharga yang diterbitkan atau dijamin oleh Pemerintah atau Bank Indonesia, berdasarkan nilai pasar, atau nilai nominal dalam hal nilai pasar tidak tersedia;
- unit penyertaan reksadana, berdasarkan nilai aktiva bersih;
- penyertaan langsung, berdasarkan nilai ekuitas;
- bangunan dengan hak strata (*strata title*) atau tanah dengan bangunan, untuk investasi, berdasarkan nilai yang ditetapkan oleh lembaga penilai yang terdaftar pada instansi yang berwenang, atau Nilai Jual Objek Pajak (NJOP) dalam hal tidak dilakukan penilaian oleh lembaga penilai;
- pinjaman polis, berdasarkan nilai sisa pinjaman;

- pembiayaan kepemilikan tanah dan atau bangunan, kendaraan bermotor, dan barang modal dengan skema murabahah (jual beli dengan pembayaran ditangguhkan), berdasarkan nilai sisa pinjaman;
- pembiayaan modal kerja dengan skema mudharabah (bagi hasil) berdasarkan nilai sisa pinjaman.

Penilaian atas kekayaan bukan investasi sebagaimana dimaksud di muka untuk Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Syariah adalah sebagai berikut:

- kas dan bank, berdasarkan nilai nominal;
- tagihan premi penutupan langsung, berdasarkan nilai sisa tagihan;
- tagihan reasuransi, berdasarkan nilai sisa tagihan;
- tagihan hasil investasi, berdasarkan nilai sisa tagihan;
- bangunan dengan hak strata (*strata title*) atau tanah dengan bangunan, yang dipakai sendiri, berdasarkan nilai yang ditetapkan oleh lembaga penilai yang terdaftar pada instansi yang berwenang, atau Nilai Jual Objek Pajak (NJOP) dalam hal tidak dilakukan penilaian oleh lembaga penilai;
- perangkat keras komputer, berdasarkan nilai buku.

Pembatasan atas kekayaan investasi sebagaimana dimaksud di muka untuk Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Syariah adalah sebagai berikut:

- investasi dalam bentuk deposito berjangka dan sertifikat deposito pada setiap Bank, tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) dari jumlah investasi;
- investasi dalam bentuk saham yang emitennya adalah badan hukum Indonesia, untuk setiap emiten masing-masing tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) dari jumlah investasi;
- investasi dalam bentuk obligasi dan Medium Term Notes yang penerbitnya adalah badan hukum Indonesia, untuk setiap emiten masing-masing tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) dari jumlah investasi;
- investasi dalam bentuk unit penyertaan reksadana, untuk setiap penerbit tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) dari jumlah investasi;
- investasi dalam bentuk penyertaan langsung, seluruhnya tidak melebihi 10% (sepuluh per seratus) dari jumlah investasi;
- investasi yang ditempatkan dalam bentuk bangunan dengan hak strata (*strata title*) atau tanah dengan bangunan, seluruhnya tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) dari jumlah investasi;
- investasi dalam bentuk pinjaman polis besarnya tidak melebihi 80% (delapan puluh per seratus) dari nilai tunai polis yang bersangkutan;
- investasi dalam bentuk pembiayaan kepemilikan tanah dan atau bangunan, kendaraan bermotor, dan barang modal dengan skema murabahah, seluruhnya tidak melebihi 30% (tiga puluh per seratus) dari jumlah investasi dan masing-masing unit untuk setiap tanah dan atau bangunan, kendaraan bermotor, dan barang modal tidak melebihi 1% (satu per seratus) dari jumlah investasi;
- investasi dalam bentuk pembiayaan modal kerja dengan skema mudharabah seluruhnya tidak melebihi 30% (tiga puluh per seratus) dari jumlah investasi dengan ketentuan besarnya setiap pinjaman tidak melebihi 75% (tujuh puluh lima per seratus) dari nilai jaminan terkecil di antara nilai yang ditetapkan oleh lembaga penilai yang terdaftar pada instansi yang berwenang dan Nilai Jual Obyek Pajak (NJOP).

Jumlah investasi yang digunakan sebagai dasar perhitungan batasan sebagaimana dimaksud adalah nilai seluruh jenis investasi per tanggal neraca yang penilaiannya didasarkan pada ketentuan.

Dalam hal Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi memiliki penempatan investasi di luar negeri, maka jumlah investasi yang digunakan sebagai dasar batasan adalah jumlah investasi sebagaimana dimaksud ditambah dengan jumlah investasi di luar negeri. Pembatasan atas kekayaan bukan investasi sebagaimana dimaksud di muka untuk Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Syariah adalah sebagai berikut:

- tagihan premi penutupan langsung, umurnya tidak lebih dari 1 (satu) bulan dihitung sejak:
 - pertanggung jawaban dimulai bagi polis dengan pembayaran premi tunggal; atau
 - jatuh tempo pembayaran premi bagi polis dengan pembayaran premi cicilan;
- tagihan reasuransi, umurnya tidak lebih dari 1 (satu) bulan dihitung sejak tanggal jatuh tempo pembayaran;
- tagihan hasil investasi, umurnya tidak lebih dari 1 (satu) bulan dihitung sejak tanggal hasil investasi menjadi hak Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi;
- bangunan dengan hak strata (*strata title*) atau tanah dengan bangunan yang dipakai sendiri, seluruhnya tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) bagi Perusahaan Asuransi Kerugian dan Perusahaan Reasuransi, atau 30% (tiga puluh per seratus) bagi Perusahaan Asuransi Jiwa, masing-masing dari Modal Sendiri periode berjalan;
- perangkat keras komputer seluruhnya tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) dari Modal Sendiri periode berjalan.

Penempatan Investasi Pada Satu Pihak

Penempatan investasi pada satu pihak tidak melebihi 25 % (dua puluh lima per seratus) dari jumlah investasi, kecuali penempatan pada surat berharga yang diterbitkan oleh Pemerintah atau Bank Indonesia dan surat berharga yang dijamin oleh Pemerintah atau Bank Indonesia. Pihak dimaksud adalah satu perusahaan, atau sekelompok perusahaan yang memiliki hubungan afiliasi satu dengan yang lain. Bagi kantor cabang Syariah dari Perusahaan Asuransi konvensional, perhitungan pembatasan penempatan investasi pada satu pihak kantor cabang dimaksud dilakukan secara terpisah dari perhitungan pembatasan penempatan pada satu pihak untuk usaha asuransi dengan prinsip konvensional. Bagi kantor cabang Syariah dari Perusahaan Reasuransi konvensional, perhitungan pembatasan penempatan investasi pada satu pihak kantor cabang dimaksud dilakukan secara terpisah dari perhitungan pembatasan penempatan pada satu pihak untuk usaha reasuransi dengan prinsip konvensional.

Penggabungan Badan Usaha

Dalam hal terjadi penggabungan 2 (dua) atau lebih badan hukum tempat Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi melakukan investasi dan jumlah investasi pada badan hukum hasil penggabungan menjadi lebih besar dari batasan investasi, maka kelebihan jumlah investasi tersebut diperlakukan sebagai kekayaan yang diperkenankan untuk jangka waktu paling lama 12 (dua belas) bulan sejak tanggal penggabungan. Dalam hal Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi sebagaimana dimaksud menempatkan tambahan investasi pada badan hukum hasil penggabungan selama masa penyesuaian maka ketentuan tersebut menjadi tidak berlaku dan ketentuan batasan investasi mengacu pada ketentuan yang berlaku.

Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi

Kekayaan dan kewajiban yang bersumber dari Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi harus dipisahkan pencatatannya dengan kekayaan dan kewajiban yang bersumber dari produk asuransi jiwa lainnya. Penempatan

atas kekayaan yang bersumber dari Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi sebagaimana dimaksud hanya dapat dilakukan dalam jenis:

- kas dan bank;
- deposito berjangka dan sertifikat deposito, termasuk deposit on call dan deposito yang berjangka waktu kurang dari atau sama dengan 1 (satu) bulan;
- saham yang tercatat di bursa efek;
- obligasi dan Medium Term Notes;
- unit penyertaan reksadana;
- surat berharga yang diterbitkan atau dijamin oleh Pemerintah atau Bank Indonesia.

Ketentuan pembatasan penempatan kekayaan tidak berlaku bagi penempatan kekayaan Produk Asuransi yang Dikaitkan Dengan Investasi.

Kekayaan di Luar Negeri

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dapat memiliki kekayaan di luar negeri dalam bentuk investasi. Kekayaan di luar negeri dalam bentuk investasi sebagaimana dimaksud hanya dapat dimiliki dalam jenis:

- saham yang terdaftar di bursa efek;
- obligasi dan *Medium Term Notes* dengan peringkat paling rendah A atau yang setara pada saat penempatan;
- penyertaan langsung (saham yang tidak tercatat di bursa efek).

Investasi dalam bentuk saham, obligasi, dan *Medium Term Notes* merupakan kekayaan di luar negeri apabila emiten atau penerbit surat utang dimaksud merupakan badan hukum asing. Dalam hal suatu badan hukum Indonesia menerbitkan surat utang di luar negeri melalui badan hukum asing yang khusus didirikan dalam rangka penerbitan surat utang dimaksud, maka badan hukum asing tersebut dikategorikan sebagai badan hukum Indonesia.

Penilaian atas kekayaan investasi sebagaimana dimaksud di muka adalah sebagai berikut:

- saham yang tercatat di bursa efek, berdasarkan nilai pasar;
- obligasi dan *Medium Term Notes*, berdasarkan nilai pasar;
- penyertaan langsung (saham yang tidak tercatat di bursa efek), berdasarkan nilai ekuitas.

Pembatasan atas kekayaan investasi dimaksud adalah sebagai berikut :

- saham yang tercatat di bursa efek, untuk setiap emiten tidak melebihi 10% (sepuluh per seratus) dari jumlah investasi;
- obligasi dan *Medium Term Notes*, untuk masing-masing penerbit tidak melebihi 10% (sepuluh per seratus) dari jumlah investasi;
- penyertaan langsung (saham yang tidak tercatat di bursa efek), mengacu pembatasan investasi yang berlaku;

- jumlah seluruh penempatan investasi di luar negeri tidak melebihi 20% (dua puluh per seratus) dari jumlah investasi.

Bagi Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi dengan prinsip konvensional, jumlah investasi yang digunakan sebagai dasar perhitungan batasan sebagaimana dimaksud adalah nilai seluruh jenis investasi per tanggal neraca yang penilaiannya didasarkan pada ketentuan yang berlaku. Dalam hal Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi dengan prinsip konvensional memasarkan Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi melakukan penempatan investasi di luar negeri atas kekayaan yang bersumber dari produk dimaksud, maka jumlah investasi yang digunakan sebagai dasar perhitungan batasan sebagaimana dimaksud adalah nilai seluruh jenis investasi per tanggal neraca. Bagi Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Syariah atau kantor cabang syariah dari Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dengan prinsip konvensional, jumlah investasi yang digunakan sebagai dasar perhitungan batasan sebagaimana dimaksud adalah nilai seluruh jenis investasi per tanggal neraca yang penilaiannya didasarkan pada ketentuan yang berlaku.

Kekayaan Yang Tidak Diperkenankan

Kekayaan Yang Tidak Diperkenankan meliputi:

- Kekayaan yang jenisnya tidak termasuk dalam ketentuan-ketentuan di muka;
- Kekayaan yang jumlahnya melebihi ketentuan;
- Kekayaan di luar negeri dalam bentuk Kas dan Bank;
- Kekayaan yang dimiliki namun tidak dikuasai, diagunkan, dalam sengketa, atau diblokir oleh pihak yang berwenang.

KEWAJIBAN

Unsur Kewajiban

Jenis kewajiban yang harus diperhitungkan dalam penetapan tingkat solvabilitas meliputi semua jenis kewajiban kepada pemegang polis atau tertanggung dan kepada pihak lain yang menjadi kewajiban Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi.

Cadangan Teknis Asuransi Kerugian

Besarnya cadangan atas premi yang belum merupakan pendapatan bagi jenis Asuransi Kerugian, paling sedikit sebesar:

- 10% (sepuluh per seratus) dari Premi Neto untuk polis dengan masa pertanggungan tidak lebih dari 1 (satu) bulan; dan
- 40% (empat puluh per seratus) dari Premi Neto untuk polis dengan masa pertanggungan lebih dari 1 (satu) bulan.

Pembentukan cadangan klaim bagi jenis Asuransi Kerugian harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- untuk cadangan atas klaim yang masih dalam proses penyelesaian, dihitung berdasarkan estimasi yang wajar atas klaim yang sudah terjadi dan sudah dilaporkan tetapi masih dalam proses penyelesaian, berikut biaya jasa penilai kerugian asuransi, dikurangi dengan beban klaim yang akan menjadi bagian penanggung ulang;
- untuk cadangan atas klaim yang sudah terjadi tetapi belum dilaporkan (Incurred But Not Reported atau IBNR), dihitung berdasarkan estimasi yang wajar atas klaim yang sudah terjadi tetapi belum dilaporkan dengan menggunakan metode rasio klaim atau salah satu dari metode segitiga (triangle method), berikut biaya jasa penilai kerugian asuransi, dikurangi dengan beban klaim yang akan menjadi bagian penanggung ulang.
- penggunaan metode perhitungan cadangan klaim harus dilakukan secara konsisten.

Cadangan Teknis-Asuransi Jiwa

Pembentukan cadangan premi asuransi jiwa termasuk anuitas, harus menggunakan metode prospektif, dengan ketentuan besarnya cadangan premi dimaksud tidak kurang dari besarnya cadangan premi yang dihitung dengan metode prospektif premi neto dengan biaya tahun pertama yang diamortisasikan 30 o/oo (tiga puluh per seribu) dari uang pertanggungan. Dalam rangka perhitungan cadangan premi sebagaimana dimaksud, tingkat bunga yang diterapkan tidak melebihi 9% (sembilan per seratus) untuk pertanggungan dalam mata uang Rupiah dan tidak melebihi 5% (lima per seratus) untuk pertanggungan dalam mata uang asing. Besarnya cadangan premi asuransi jiwa untuk produk atau bagian dan produk yang memberikan manfaat berupa akumulasi dana paling sedikit sebesar akumulasi dana tersebut ditambah dengan cadangan premi untuk risiko mortalita yang dihadapi. Pembentukan cadangan atas premi yang belum merupakan pendapatan dan cadangan klaim untuk produk asuransi kecelakaan diri, asuransi kesehatan ekawarsa, dan asuransi kematian ekawarsa, harus berdasarkan metode di muka.

Pinjaman Subordinasi

Dalam rangka perhitungan tingkat solvabilitas, pinjaman subordinasi tidak diperlakukan sebagai unsur kewajiban apabila pinjaman tersebut memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- digunakan untuk memenuhi ketentuan batas tingkat solvabilitas;
- perjanjian pinjaman dituangkan dalam akta notaris.

Dalam perjanjian pinjaman sebagaimana dimaksud, harus dinyatakan bahwa:

- pelunasan pinjaman tersebut hanya dapat dilakukan apabila tidak menyebabkan perusahaan menjadi tidak dapat memenuhi ketentuan yang berlaku;
- jangka waktu tidak dibatasi;
- tingkat bunga yang dijanjikan tidak melebihi $\frac{1}{5}$ (satu per lima) dari tingkat bunga rata-rata deposito 1 (satu) bulan pada bank-bank pemerintah pada saat ditandatangani perjanjian.

PERIMBANGAN KEKAYAAN DENGAN KEWAJIBAN

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi harus memiliki kekayaan dalam bentuk investasi yang telah memenuhi ketentuan mengenai jenis, penilaian, dan pembatasan kekayaan yang diperkenankan, paling sedikit

sebesar jumlah cadangan teknis dan kewajiban pembayaran klaim retensi sendiri. Kewajiban pembayaran klaim retensi sendiri sebagaimana dimaksud merupakan kewajiban pembayaran atas klaim yang telah disepakati tetapi belum dibayar dikurangi dengan beban klaim yang menjadi bagian dari penanggung ulang.

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi yang menghadapi ketidaksesuaian (*mismatch*) antara kekayaan dan kewajiban dalam setiap jenis mata uang asing, dan atau ketidaksesuaian (*mismatch*) antara tingkat bunga kewajiban dan tingkat bunga hasil investasi (tingkat bunga umum), dapat melakukan transaksi turunan (*derivative*) semata-mata hanya untuk keperluan lindung nilai (*hedging*). Transaksi turunan sebagaimana dimaksud, hanya dapat dilakukan apabila memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- terdapat kewajiban pembayaran di masa depan yang perlu dilindungi;
- dalam hal dilakukan Baling hapus (*offset*) antara perubahan nilai kewajiban yang dilindungi dan perubahan nilai wajar transaksi turunan yang digunakan untuk melindungi kewajiban dimaksud, maka tidak boleh dirancang untuk menimbulkan adanya perkiraan keuntungan atau kerugian;
- pada Bank yang memenuhi tingkat kesehatan keuangan sebagaimana dimaksud dalam peraturan yang berlaku di bidang perbankan;
- setelah terlebih dahulu memberitahukan rencana transaksi tersebut kepada Direktur Jenderal Lembaga Keuangan.

Pemberitahuan rencana transaksi tersebut harus paling sedikit mencakup:

- kondisi ketidaksesuaian yang dihadapi;
- strategi yang diambil dalam mengelola risiko akibat ketidaksesuaian keuangan yang dihadapi;
- pertimbangan dalam setiap langkah pengambilan posisi dan nilai kerugian potensial dari setiap langkah tersebut;
- daftar riwayat hidup tenaga pengelola yang telah berpengalaman di bidang pengelolaan risiko investasi.

Apabila dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja sejak pemberitahuan diterima, Direktur Jenderal Lembaga Keuangan tidak memberikan tanggapan, perusahaan asuransi dapat melakukan transaksi turunan surat berharga dimaksud.

RETENSI SENDIRI

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi harus memiliki retensi sendiri untuk setiap penutupan risiko. Penetapan retensi sendiri harus didasarkan pada profit risiko yang dibuat secara tertib, teratur, relevan, dan akurat. Besarnya retensi sendiri untuk setiap risiko didasarkan pada Modal Sendiri. Ketentuan lebih lanjut mengenai besarnya retensi sendiri sebagaimana dimaksud ditetapkan dengan Keputusan Direktur Jenderal Lembaga Keuangan.

Perusahaan Asuransi Kerugian dan Perusahaan Reasuransi hanya dapat memiliki Premi Neto paling banyak 300% (tiga ratus per seratus) dari Modal Sendiri periode berjalan. Perusahaan Asuransi Jiwa hanya dapat memiliki Premi Neto untuk asuransi kecelakaan diri, asuransi kesehatan, dan asuransi kematian ekawarsa, paling banyak 300% (tiga ratus per seratus) dari Modal Sendiri periode berjalan.

DEPOSITO JAMINAN

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi setiap tahun harus menyesuaikan jumlah Deposito Jaminan sehingga jumlah Deposito Jaminan yang dimiliki memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) dan ayat (4) Peraturan Pemerintah Nomor 73 tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 tahun 1999, dengan ketentuan jumlah Deposito Jaminan minimum yang harus dimiliki adalah:

- bagi Perusahaan Asuransi Kerugian dan Perusahaan Reasuransi, paling sedikit memiliki jumlah Deposito Jaminan sebesar 20% (dua puluh per seratus) dari modal setor minimum yang dipersyaratkan ditambah dengan 1% (satu per seratus) dari Premi Neto;
- bagi Perusahaan Asuransi Jiwa, paling sedikit memiliki jumlah Deposito Jaminan sebesar 20% (dua puluh per seratus) dari modal setor minimum yang dipersyaratkan ditambah dengan 5% (lima per seratus) dari cadangan premi, termasuk cadangan atas premi yang belum merupakan pendapatan.

Jumlah modal setor minimum sebagaimana dimaksud adalah modal setor minimum yang dipersyaratkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 dan Pasal II Peraturan Pemerintah Nomor 73 tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 tahun 1999. Bagi Perusahaan Asuransi Jiwa yang memasarkan Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi, jumlah cadangan premi yang diperhitungkan dalam penetapan jumlah deposito minimum sebagaimana dimaksud meliputi pula cadangan premi yang berasal dari Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi dimaksud. Dalam hal Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi memiliki jumlah Deposito Jaminan kurang dari jumlah minimum sebagaimana dimaksud, penambahan Deposito Jaminan harus dilakukan paling lambat pada akhir Triwulan I tahun berikutnya.

Deposito Jaminan sebagaimana dimaksud di muka harus ditempatkan dalam bentuk deposito berjangka dengan perpanjangan otomatis pada Bank yang bukan afiliasi dari Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi yang bersangkutan serta ditatausahakan atas nama Menteri untuk kepentingan perusahaan yang bersangkutan. Penempatan Deposito Jaminan pada Bank tersebut harus disertai dengan perjanjian yang tertuang dalam bilyet Deposito Jaminan bahwa pencairan deposito dimaksud hanya dapat dilakukan dengan persetujuan Menteri atau Pejabat yang mendapat pendelegasian untuk itu. Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi wajib menyampaikan salinan bilyet Deposito Jaminan dan menunjukkan bilyet asli deposito dimaksud kepada Menteri Keuangan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sejak tanggal penempatan.

LARANGAN

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dilarang memiliki kekayaan di luar negeri, kecuali kekayaan di luar negeri sesuai ketentuan yang berlaku, dan Kas dan Bank. Dalam hal Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi memiliki penempatan kekayaan di luar negeri dalam bentuk investasi, maka jumlah seluruh investasi dimaksud dilarang melebihi ketentuan.

Perusahaan Asuransi yang memasarkan Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi dilarang menempatkan kekayaan yang bersumber dari produk asuransi dimaksud di luar bentuk kekayaan sesuai ketentuan yang berlaku.

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dilarang melakukan transaksi turunan kecuali untuk keperluan lindung nilai.

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dilarang mengembalikan pinjaman subordinasi atau membayar dividen kepada pemegang saham apabila hal tersebut akan menyebabkan tidak terpenuhinya ketentuan tingkat solvabilitas. Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dilarang membayar dividen kepada pemegang saham apabila hal tersebut akan menyebabkan berkurangnya jumlah modal disetor di bawah ketentuan modal disetor yang dipersyaratkan. Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dilarang melakukan segala bentuk pengalihan modal kepada pemegang saham atau pihak lainnya.

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dilarang menambah modal disetor dengan melakukan pertukaran saham (*swap share*) atas saham perusahaan itu sendiri yang belum pernah diterbitkan.

CATATAN TAMBAHAN

Tahap penyesuaian tingkat solvabilitas minimum sesuai ketentuan di muka adalah:

- Triwulan pertama 2000, 5% dari batas tingkat solvabilitas minimum.
- Sejak akhir tahun 2000, 15% dari batas tingkat solvabilitas minimum.
- Sejak akhir tahun 2001, 40% dari batas tingkat solvabilitas minimum.
- Sejak akhir tahun 2003, 75% dari batas tingkat solvabilitas minimum.
- Sejak akhir tahun 2004, 120% dari batas tingkat solvabilitas minimum.

5.9. PERIZINAN PERUSAHAAN PENUNJANG USAHA ASURANSI

Perizinan penyelenggaraan kegiatan usaha perusahaan penunjang usaha asuransi dituangkan dalam surat keputusan nomor 425/KMK.06/2003, dengan catatan setelah beroperasinya OJK, maka instansi yang berwenang di lingkungan Departemen atau Kementerian Keuangan beralih ke OJK.

KETENTUAN UMUM

- Direksi adalah direksi pada perseroan terbatas atau persero, atau yang setara dengan itu untuk koperasi dan usaha bersama.
- Komisaris adalah komisaris pada perseroan terbatas atau persero, atau yang setara dengan itu untuk koperasi dan usaha bersama.
- Asosiasi adalah asosiasi dari perusahaan yang mempunyai lingkup usaha penunjang usaha asuransi atau profesi keahlian di lingkup usaha penunjang usaha asuransi.

IZIN USAHA

Persyaratan dan Tata Cara Memperoleh Izin Usaha

Untuk mendapatkan izin usaha, Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi harus mengajukan permohonan tertulis kepada Menteri Keuangan dengan melampirkan hal-hal sebagai berikut:

- Bukti pemenuhan persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999;
- Dokumen pendukung lainnya yang meliputi:
 - Susunan organisasi dan kepengurusan termasuk uraian tugas dan sistem pengolahan data;
 - Surat keterangan dari lembaga pembina dan pengawas usaha perbankan bahwa pemegang saham tidak termasuk dalam daftar orang tercela;
 - Neraca pembukaan yang dilengkapi dengan bukti pendukungnya;
 - Studi kelayakan usaha yang antara lain memuat rencana pengembangan usaha dan pengembangan sumber daya manusia;
 - Bukti mempekerjakan tenaga ahli;
 - Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) perusahaan berikut NPWP dari Direksi, Komisaris, dan pemegang sahamnya;
 - Bukti identitas diri dan daftar riwayat hidup Direksi, Komisaris, pemegang saham, dan tenaga ahli yang dipekerjakan;
 - Pernyataan Direksi tidak merangkap jabatan pada perusahaan lain;
 - Pernyataan tenaga ahli tidak bekerja di perusahaan lain; dan
 - Bukti perjanjian keagenan dengan Perusahaan Asuransi, khusus bagi Agen Asuransi yang berbentuk badan hukum.

Bagi Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi yang terdapat kepemilikan pihak asing selain harus memenuhi ketentuan di atas harus pula menyampaikan dokumen sebagai berikut:

- referensi atau rekomendasi dari badan pembina dan pengawas usaha perasuransian pihak asing tempat yang bersangkutan berdomisili, yang sekurang-kurangnya menyatakan bahwa pihak asing tersebut memiliki izin usaha dan reputasi baik; dan
- perjanjian kerjasama antara pihak Indonesia dan pihak asing.

Perjanjian kerjasama sebagaimana dimaksud harus dibuat dalam bahasa Indonesia dan sekurang-kurangnya memuat:

- komposisi permodalan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999;
- susunan anggota dewan Direksi dan Komisaris sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999; dan
- kewajiban pihak asing untuk membuat dan melaksanakan program pendidikan dan pelatihan sesuai bidang keahliannya.

Pemberian atau Penolakan Permohonan Izin Usaha

Pemberian atau penolakan permohonan izin usaha bagi Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi diberikan paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sejak tanggal permohonan diterima secara lengkap. Setiap penolakan sebagaimana dimaksud harus disertai dengan penjelasan secara tertulis.

PERSYARATAN UMUM

Susunan Organisasi

Susunan organisasi Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- sekurang-kurangnya menggambarkan secara jelas adanya:
 - fungsi pengelolaan keuangan dan fungsi pelayanan yang terpisah satu dengan yang lainnya, bagi Perusahaan Pialang Asuransi dan Perusahaan Pialang Reasuransi; dan
 - fungsi teknis sesuai dengan bidang usaha yang diselenggarakannya, bagi Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi, Perusahaan Konsultan Aktuaria, dan Perusahaan Agen Asuransi; dan
- dilengkapi dengan uraian tugas, wewenang, tanggung jawab, dan prosedur kerja dari masing-masing unit organisasi.

Direksi, Komisaris, dan Pemegang Saham

Setiap Direksi Komisaris, dan pemegang saham Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi setiap saat harus memenuhi ketentuan mengenai penilaian kemampuan dan kepatutan. Dalam hal ketentuan mengenai penilaian kemampuan dan kepatutan bagi pemegang saham belum diberlakukan, pemegang saham dianggap memenuhi ketentuan mengenai penilaian kemampuan dan kepatutan apabila yang bersangkutan tidak termasuk dalam daftar orang tercela di bidang perbankan.

Tenaga Ahli

Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi harus mengangkat tenaga ahli. Tenaga ahli tersebut harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- memiliki kualifikasi sebagai:
 - ahli pialang asuransi bersertifikat dari Asosiasi Broker Asuransi Indonesia (ABAI), atau ajun ahli asuransi dari Asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia (AAMAI), atau dari asosiasi sejenis di luar negeri setelah terlebih dahulu memperoleh pengakuan dari ABAI atau pengakuan dari AAMAI, bagi Perusahaan Pialang Asuransi;
 - ahli asuransi bersertifikat dari Asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia (AAMAI), atau dari asosiasi sejenis di luar negeri setelah terlebih dahulu memperoleh pengakuan dari AAMAI, bagi Perusahaan Pialang Reasuransi;
 - adjuster bersertifikat dari Asosiasi Adjuster Asuransi Indonesia (AAAI) atau dari asosiasi sejenis di luar negeri setelah terlebih dahulu memperoleh pengakuan dari AAAI, bagi Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi;
 - aktuaris bersertifikat dari Persatuan Aktuaris Indonesia (PAI) atau dari asosiasi sejenis di luar negeri setelah terlebih dahulu memperoleh pengakuan dari PAI, bagi Perusahaan Konsultan Aktuaria;
 - agen bersertifikat dari asosiasi industri asuransi sejenis di Indonesia, bagi Agen Asuransi;
- memiliki pengalaman kerja dalam bidang perasuransian sekurang-kurangnya 3 (tiga) tahun;
- tidak sedang dalam pengenaan sanksi dari asosiasi profesinya; dan
- terdaftar sebagai tenaga ahli di Direktorat Jenderal Lembaga Keuangan, Departemen Keuangan.

Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi harus melaporkan pengangkatan tenaga ahli kepada Menteri Keuangan, paling lambat 14 (empat belas) hari sejak tanggal pengangkatan.

Tenaga ahli wajib melakukan tugasnya dengan berpedoman pada standar praktek dan kode etik profesi yang berlaku.

Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi wajib memberhentikan tenaga ahli yang melanggar peraturan perundang-undangan di bidang usaha perasuransian paling lambat 7 (tujuh) hari sejak ditemukannya pelanggaran. Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi yang memberhentikan tenaga ahli wajib mengangkat tenaga ahli baru dan melaporkan kepada Menteri Keuangan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak tanggal pemberhentian.

Setiap tenaga ahli wajib mendaftarkan diri dengan mengajukan permohonan pendaftaran secara tertulis kepada Direktur Jenderal Lembaga Keuangan dengan melampirkan:

- Daftar riwayat hidup yang dilengkapi dengan data pendukungnya;
- Copy sertifikat gelar profesi; dan
- Keterangan tidak sedang dalam pengenaan sanksi dari asosiasi profesi.

Pendaftaran tenaga ahli dapat dibatalkan apabila tenaga ahli dimaksud:

- Dinyatakan melanggar kode etik dan standar praktek oleh asosiasi profesi tenaga ahli yang bersangkutan;
- Dicabut gelar profesinya oleh asosiasi profesi yang mengeluarkan gelar tersebut;
- Melakukan perbuatan tercela di bidang usaha perasuransian; atau
- Tidak lulus pengujian kemampuan dan kepatutan karena faktor integritas, dalam hal tenaga ahli pernah mengikuti pengujian dimaksud.

Sistem Administrasi dan Pengolahan Data

Pengelolaan Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi sekurang-kurangnya harus didukung dengan:

- sistem administrasi yang memenuhi fungsi pengendalian intern;
- sistem pengolahan data yang dapat menghasilkan informasi yang akurat dan dapat dipertanggung-jawabkan dalam pengambilan keputusan; dan
- program pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia.

Penggunaan Tenaga Asing

Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi dapat mempekerjakan tenaga asing sebagai penasihat dengan ketentuan tenaga asing dimaksud:

- memiliki keahlian sesuai dengan bidang tugas yang akan menjadi tanggung jawabnya;
- memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang ketenagakerjaan; dan
- memiliki program kerja sesuai dengan tugasnya.

Dana Pendidikan dan Pelatihan

Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi wajib menganggarkan dana untuk pelaksanaan pendidikan dan pelatihan sekurang-kurangnya 5% (lima per seratus) dari jumlah biaya pegawai, Direksi dan Komisaris untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan, dan keahlian di bidang usaha asuransi bagi karyawannya. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan sebagaimana dimaksud untuk setiap tahun, wajib dilaporkan kepada Menteri Keuangan paling lambat pada tanggal 31 Januari tahun berikutnya.

LAPORAN PERUBAHAN

Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi wajib melaporkan kepada Menteri Keuangan setiap perubahan mengenai:

- anggaran dasar;
- alamat kantor perusahaan; dan
- perjanjian keagenan dengan perusahaan asuransi, bagi Agen Asuransi yang berbentuk badan hukum.

Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi yang melakukan perubahan anggaran dasar harus menyampaikan bukti persetujuan dari instansi yang berwenang kepada Menteri Keuangan, paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak tanggal diperoleh persetujuan dimaksud. Dalam hal perubahan anggaran dasar tidak memerlukan persetujuan dari instansi yang berwenang, maka perubahan yang sudah dimuat dalam akta notaris disampaikan kepada Menteri Keuangan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak tanggal perubahan.

PENGGABUNGAN BADAN USAHA

Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi dapat melakukan penggabungan badan usaha dengan Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi sejenis. Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi yang akan melakukan penggabungan badan usaha wajib melaporkan rencana penggabungan dimaksud kepada Menteri Keuangan untuk mendapat persetujuan. Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi wajib melaporkan kepada Menteri Keuangan pelaksanaan penggabungan usaha dimaksud paling lambat 14 (empat belas) hari sejak tanggal penggabungan badan usaha.

PENYELENGGARAAN USAHA

Dalam rangka menjaga keseimbangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999, jumlah premi yang belum disetor oleh Perusahaan Pialang Asuransi kepada Perusahaan Asuransi senantiasa tidak boleh melebihi modal sendiri Perusahaan Pialang Asuransi yang bersangkutan.

LAPORAN OPERASIONAL DAN KEUANGAN

Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi dan Perusahaan Konsultan Aktuaria wajib menyampaikan kepada Menteri Keuangan laporan operasional untuk kegiatan selama 1 (satu) tahun yang berakhir pada tanggal 31 Desember, paling lambat tanggal 30 April tahun berikutnya. Perusahaan Pialang Asuransi dan Perusahaan Pialang Reasuransi wajib menyampaikan kepada Menteri Keuangan:

- laporan operasional tahunan yang berakhir pada tanggal 31 Desember yang disampaikan paling lambat tanggal 30 April tahun berikutnya;
- laporan keuangan tahunan yang berakhir pada tanggal 31 Desember yang dilampiri dengan laporan auditor independen, disampaikan paling lambat tanggal 30 April tahun berikutnya; dan
- laporan keuangan semesteran yang berakhir pada tanggal 30 Juni dan 31 Desember, yang disampaikan paling lambat 1 (satu) bulan sejak berakhirnya semester yang bersangkutan.

Bentuk dan susunan laporan sebagaimana dimaksud ditetapkan dengan Keputusan Direktur Jenderal.

KETENTUAN LAIN

Setiap Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi wajib menjadi anggota Asosiasi perusahaan sejenis. Asosiasi sebagaimana dimaksud mempunyai tugas antara lain:

- mengkoordinir penyusunan standar praktek dan kode etik profesi usaha penunjang usaha asuransi;
- mengadakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan; dan
- melakukan pengendalian mutu terhadap tenaga ahli profesi usaha Penunjang Usaha Asuransi.

Pelaksanaan kegiatan Asosiasi sebagaimana dimaksud dikonsultasikan secara berkala kepada Menteri Keuangan.

Setiap Perusahaan Penunjang Usaha Asuransi yang tidak menjalankan kegiatan usahanya selama 6 (enam) bulan dikenakan sanksi administratif sesuai ketentuan yang berlaku.

5.10. PERIZINAN PERUSAHAAN ASURANSI DAN REASURANSI

Perizinan Usaha dan Kelembagaan Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dituangkan dalam Keputusan Menteri Keuangan Nomor 426/KMK.06/2003, dengan catatan setelah beroperasinya OJK, maka instansi yang berwenang di lingkungan Departemen atau Kementerian Keuangan beralih ke OJK.

KETENTUAN UMUM

- Prinsip Syariah adalah prinsip perjanjian berdasarkan hukum Islam antara Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi dengan pihak lain dalam menerima amanah dengan mengelola dana peserta melalui kegiatan investasi atau kegiatan lain yang diselenggarakan sesuai syariah.
- Direksi adalah direksi untuk perseroan terbatas atau persero, atau yang setara dengan itu untuk koperasi dan usaha bersama.
- Komisaris adalah komisaris untuk perseroan terbatas atau persero, atau yang setara dengan itu untuk koperasi dan usaha bersama.
- Kantor Pemasaran adalah kantor selain kantor cabang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (4) Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999.
- Asosiasi adalah asosiasi dari Perusahaan-perusahaan Asuransi Kerugian, Perusahaan-perusahaan Asuransi jiwa, atau Perusahaan-perusahaan Reasuransi.

IZIN USAHA

Persyaratan dan Tata Cara Memperoleh Izin Usaha Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi Konvensional

Untuk mendapatkan izin usaha, Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi harus mengajukan permohonan tertulis kepada Menteri Keuangan dengan melampirkan hal-hal sebagai berikut:

- bukti pemenuhan persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, Pasal 7 dan Pasal 9 Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999; dan
- dokumen pendukung lainnya yang meliputi:
 - susunan organisasi dan kepengurusan, termasuk uraian tugas dan wewenangnya;
 - neraca pembukaan, yang dilengkapi dengan bukti pendukungnya, dan proyeksi keuangan yang terdiri dari proyeksi neraca, perhitungan laba rugi, dan arus kas, yang didukung oleh asumsi-asumsi yang wajar untuk periode sekurang-kurangnya 3 (tiga) tahun mendatang;
 - rencana di bidang kepegawaian termasuk rencana pengembangan sumber daya manusia untuk sekurang-kurangnya tiga tahun mendatang;
 - daftar riwayat hidup Direksi, Komisaris dan tenaga ahli yang dipekerjakan, yang dilengkapi dengan bukti pendukungnya;
 - pernyataan tidak merangkap bekerja pada perusahaan lain, masing-masing bagi Direksi dan tenaga ahli:
 - Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) perusahaan, Direksi, dewan komisaris dan pemegang saham;
 - bukti pemenuhan modal disetor;
 - bukti penempatan deposito jaminan;
 - uraian tentang sistem administrasi dan sistem pengolahan data yang digunakan;
 - alamat lengkap perusahaan; dan
 - pernyataan dari pemegang saham bahwa sumber dana yang dijadikan modal tidak berasal dari Tindak Pidana Kejahatan Asal sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Tindak Pidana Pencucian Uang.

Bagi Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi yang di dalamnya terdapat penyertaan langsung oleh pihak asing, selain harus memenuhi tersebut maka pihak asing dimaksud harus pula memenuhi ketentuan:

- memiliki rating sekurang-kurangnya A atau yang setara dengan itu dari lembaga pemeringkat yang diakui secara internasional;
- memiliki modal sendiri sekurang-kurangnya 5 (lima) kali dari besarnya penyertaan langsung pada Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi yang akan didirikan;
- menyampaikan laporan keuangan yang telah diaudit untuk 2 (dua) tahun terakhir yang menunjukkan tingkat kesehatan keuangan yang sehat; dan
- menyampaikan perjanjian kerjasama antara pihak Indonesia dan pihak asing yang dibuat dalam bahasa Indonesia, yang sekurang-kurangnya memuat:
 - komposisi permodalan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999;

- susunan anggota dewan komisaris dan Direksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999; dan
- kewajiban pihak asing untuk menyusun dan melaksanakan program pendidikan dan pelatihan sesuai bidang keahliannya.

Persyaratan dan Tata Cara Memperoleh Izin Usaha Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Syariah

Setiap pihak dapat melakukan usaha asuransi atau usaha reasuransi berdasarkan Prinsip Syariah dengan cara:

- pendirian baru Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Syariah;
- konversi dari Perusahaan Asuransi dengan prinsip konvensional menjadi Perusahaan Asuransi dengan Prinsip Syariah atau konversi dari Perusahaan Reasuransi dengan prinsip konvensional menjadi Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Syariah;
- pendirian kantor cabang baru dengan Prinsip Syariah dari Perusahaan Asuransi dengan prinsip konvensional atau Perusahaan Reasuransi dengan prinsip konvensional; atau
- konversi dari kantor cabang Perusahaan Asuransi dengan prinsip konvensional menjadi kantor cabang dengan Prinsip Syariah dari Perusahaan Asuransi dengan prinsip konvensional, atau konversi dari kantor cabang Perusahaan Reasuransi dengan prinsip konvensional menjadi kantor cabang dengan Prinsip Syariah dari Perusahaan Reasuransi dengan prinsip konvensional.

Untuk pendirian Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi sebagaimana dimaksud, harus memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam usaha konvensional. Konversi Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi, harus memenuhi persyaratan usaha konvensional dan memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- tidak merugikan tertanggung atau pemegang polis;
- memberitahukan konversi tersebut kepada pemegang polis; dan
- memindahkan portofolio pertanggungansian ke perusahaan asuransi konvensional lain atau membayarkan nilai tunai pertanggungansian, bagi tertanggung atau pemegang polis yang tidak bersedia menjadi tertanggung atau pemegang polis dari perusahaan asuransi dengan Prinsip Syariah.

Selain harus memenuhi ketentuan tersebut, pendirian atau konversi Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Syariah harus pula menyampaikan:

- bukti pendukung bahwa tenaga ahli yang dipekerjakan memiliki keahlian di bidang asuransi dan atau ekonomi syariah;
- bukti pengesahan Dewan Syariah Nasional tentang penunjukan anggota Dewan Pengawas Syariah Perusahaan;
- bukti pengesahan Dewan Pengawas Syariah Perusahaan atas produk asuransi yang akan dipasarkan yang sekurang-kurangnya meliputi:
 - dasar perhitungan tarif premi, cadangan premi dan asset share atau profit testing bagi Perusahaan Asuransi Jiwa;
 - dasar perhitungan tarif premi, cadangan premi dan proyeksi underwriting bagi Perusahaan Asuransi Kerugian;

- cara pemasaran;
- rencana dukungan reasuransi otomatis bagi Perusahaan Asuransi dan rencana dukungan retroseksi bagi Perusahaan Reasuransi; dan
- contoh polis, surat permohonan penutupan asuransi (SPP A) dan brosur.
- pedoman pelaksanaan manajemen keuangan sesuai syariah yang sekurang-kurangnya mengatur mengenai penempatan investasi baik batasan jenis maupun jumlah;
- pedoman penyelenggaraan usaha sesuai syariah yang sekurang-kurangnya mengatur mengenai penyebaran risiko; dan
- bukti pemenuhan persyaratan konversi Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi.

Pemberian atau Penolakan Permohonan Izin Usaha

Pemberian atau penolakan permohonan izin usaha bagi Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi diberikan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja sejak tanggal permohonan diterima secara lengkap. Setiap penolakan sebagaimana dimaksud harus disertai dengan penjelasan secara tertulis.

Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi yang ditolak atau yang membatalkan permohonan izin usahanya, dapat mengajukan permohonan pencairan deposito jaminan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999. Selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja sejak tanggal pemberian izin usaha, Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi harus menyampaikan program dukungan reasuransi otomatis.

KELEMBAGAAN

Susunan Organisasi

Susunan organisasi Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi harus memenuhi persyaratan:

- sekurang-kurangnya menggambarkan secara jelas adanya fungsi pengelolaan risiko, fungsi pengelolaan keuangan dan fungsi pelayanan, yang terpisah satu dengan yang lainnya; dan
- dilengkapi dengan uraian tugas, wewenang, tanggung jawab dan prosedur kerja dari masing-masing unit organisasi.

Direksi, Komisaris dan Pemegang Saham

Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi wajib memiliki sekurang-kurangnya 2 (dua) orang anggota Direksi.

Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi harus memiliki paling sedikit 1 (satu) orang Komisaris independen, yaitu Komisaris yang tidak mempunyai hubungan afiliasi dengan pemegang saham dan atau Direksi.

Setiap Direksi, Komisaris atau pemegang saham Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi harus telah lulus pengujian penilaian kemampuan dan kepatutan. Dalam hal ketentuan mengenai penilaian kemampuan dan kepatutan bagi pemegang saham belum diberlakukan, pemegang saham dianggap memenuhi ketentuan mengenai

penilaian kemampuan dan kepatutan apabila yang bersangkutan tidak termasuk dalam daftar orang tercela di bidang perbankan.

Tenaga Ahli

Tenaga Ahli Perusahaan Asuransi Kerugian

Perusahaan Asuransi Kerugian harus mengangkat seorang tenaga ahli asuransi kerugian. Tenaga ahli asuransi kerugian sebagaimana dimaksud harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- memiliki kualifikasi sebagai ahli manajemen asuransi kerugian dari Asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia (AAMAI) atau dari asosiasi sejenis dari luar negeri setelah terlebih dahulu memperoleh pengakuan dari AAMAI;
- memiliki pengalaman kerja dalam bidang pengelolaan risiko sekurang-kurangnya 3 (tiga) tahun;
- tidak sedang dalam pengenaan sanksi dari asosiasi profesinya; dan
- terdaftar sebagai tenaga ahli asuransi kerugian di Direktorat Jenderal Lembaga Keuangan.

Tenaga ahli sebagaimana dimaksud wajib melakukan evaluasi terhadap aspek teknis penyelenggaraan usaha asuransi kerugian. Dalam melaksanakan tugasnya, tenaga ahli harus berpedoman pada standar praktek dan kode etik profesi yang berlaku.

Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi hanya dapat mempekerjakan tenaga *underwriting* yang telah mengikuti pendidikan dan atau pelatihan mengenai cabang asuransi yang dipasarkan.

Tenaga Ahli Perusahaan Asuransi Jiwa

Perusahaan Asuransi Jiwa harus mempekerjakan sekurang-kurangnya 1 (satu) orang tenaga ahli manajemen asuransi jiwa. Tenaga ahli manajemen asuransi jiwa sebagaimana dimaksud, harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- memiliki kualifikasi sebagai ahli manajemen asuransi jiwa dari Asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia (AAMAI) atau dari asosiasi sejenis dari luar negeri setelah terlebih dahulu memperoleh pengakuan dari AAMAI;
- memiliki pengalaman kerja dalam bidang pengelolaan risiko sekurang-kurangnya 3 (tiga) tahun;
- tidak sedang dalam pengenaan sanksi dari asosiasi profesinya; dan
- terdaftar sebagai tenaga ahli asuransi jiwa di Direktorat Jenderal Lembaga Keuangan.

Tenaga ahli manajemen asuransi jiwa sebagaimana dimaksud, wajib melakukan. evaluasi terhadap aspek teknis penyelenggaraan usaha asuransi jiwa.

Perusahaan Asuransi Jiwa harus mengangkat seorang aktuaris sebagai aktuaris perusahaan. Aktuaris sebagaimana dimaksud harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- memiliki kualifikasi sebagai aktuaris dari Persatuan Aktuaris Indonesia atau asosiasi sejenis dari luar negeri yang terdaftar sebagai anggota penuh dari asosiasi aktuaris internasional (International Association of Actuaries) dan mendapat pengakuan dari Persatuan Aktuaris Indonesia;
- memiliki pengalaman kerja dalam bidang aktuarial asuransi jiwa sekurang-kurangnya 3 (tiga) tahun;
- mendapat rekomendasi dari Persatuan Aktuaris Indonesia yang menyatakan bahwa yang bersangkutan dinilai layak untuk bekerja pada Perusahaan Asuransi Jiwa di Indonesia, bagi aktuaris selain anggota Persatuan Aktuaris Indonesia; dan
- terdaftar sebagai aktuaris di Direktorat Jenderal Lembaga Keuangan.

Aktuaris perusahaan sebagaimana dimaksud wajib melakukan evaluasi terhadap kewajiban Perusahaan Asuransi Jiwa dan aspek teknis aktuarial lainnya. Dalam melaksanakan tugasnya, aktuaris perusahaan harus berpedoman pada standar praktek dan kode etik profesi yang berlaku.

Perusahaan Asuransi Jiwa wajib menunjuk Perusahaan Konsultan Aktuarial yang tidak memiliki hubungan afiliasi dengan perusahaan asuransi jiwa yang bersangkutan untuk melakukan valuasi kewajiban perusahaan sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam 3 (tiga) tahun.

Tenaga Ahli Perusahaan Reasuransi

Perusahaan Reasuransi harus mengangkat seorang tenaga ahli asuransi kerugian. Tenaga ahli sebagaimana dimaksud harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- memiliki kualifikasi sebagai ahli manajemen asuransi kerugian dari Asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia (AAMAI) atau dari asosiasi sejenis dari luar negeri setelah terlebih dahulu memperoleh pengakuan dari AAMAI;
- memiliki pengalaman kerja dalam bidang pengelolaan risiko sekurang-kurangnya 3 (tiga) tahun;
- tidak sedang dalam pengenaan sanksi dari asosiasi profesinya; dan
- terdaftar sebagai tenaga ahli asuransi kerugian di Direktorat Jenderal Lembaga Keuangan.

Tenaga ahli sebagaimana dimaksud wajib melakukan evaluasi terhadap aspek teknis penyelenggaraan usaha reasuransi. Dalam melaksanakan tugasnya, tenaga ahli harus berpedoman pada standar praktek dan kode etik profesi yang berlaku.

Pengangkatan, Pemberhentian, dan Penggantian Tenaga Ahli atau Aktuaris Perusahaan

Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi harus melaporkan pengangkatan tenaga ahli dan atau aktuaris perusahaan kepada Menteri Keuangan, selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari sejak tanggal pengangkatan. Apabila dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari sejak diterimanya laporan pengangkatan tenaga ahli dan atau aktuaris perusahaan sebagaimana dimaksud, Menteri Keuangan tidak memberikan tanggapan, maka proses pelaporan pengangkatan tenaga ahli dan atau aktuaris perusahaan dimaksud dinyatakan telah dilakukan.

Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi wajib memberhentikan tenaga ahli asuransi atau aktuaris perusahaan yang melanggar peraturan perundangan di bidang usaha perasuransian selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari sejak ditemukannya pelanggaran. Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi yang memberhentikan tenaga ahli asuransi atau aktuaris perusahaan sebagaimana dimaksud wajib mengangkat tenaga ahli asuransi atau

aktuaris perusahaan dan melaporkannya kepada Menteri Keuangan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kerja sejak tanggal pemberhentian.

Tenaga Ahli pada Kantor Cabang

Perusahaan Asuransi Kerugian dan Perusahaan Reasuransi wajib mengangkat seorang tenaga ajun ahli asuransi kerugian pada setiap kantor cabang. Tenaga ahli sebagaimana dimaksud harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- memiliki kualifikasi sebagai ajun ahli manajemen asuransi kerugian dari Asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia (AAMAI) atau dari asosiasi sejenis dari luar negeri setelah terlebih dahulu memperoleh pengakuan dari AAMAI;
- memiliki pengalaman kerja di bidang teknis asuransi kerugian sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun; dan
- tidak sedang dalam pengenaan sanksi dari asosiasi profesi.

Perusahaan Asuransi Jiwa harus mengangkat seorang tenaga ajun ahli asuransi jiwa pada setiap kantor cabang. Tenaga ahli sebagaimana dimaksud harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- memiliki kualifikasi sebagai ajun ahli manajemen asuransi jiwa dari Asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia (AAMAI) atau dari asosiasi sejenis dari luar negeri setelah terlebih dahulu memperoleh pengakuan dari AAMAI;
- memiliki pengalaman kerja di bidang teknis asuransi jiwa sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun; dan
- tidak sedang dalam pengenaan sanksi dari asosiasi profesi.

Pendaftaran Tenaga Ahli Asuransi dan Aktuaris

Setiap tenaga ahli asuransi dan aktuaris wajib mendaftarkan diri dengan mengajukan permohonan pendaftaran secara tertulis kepada Direktur Jenderal Lembaga Keuangan dengan melampirkan:

- daftar riwayat hidup yang dilengkapi dengan data pendukungnya;
- copy sertifikat gelar profesi; dan
- keterangan tidak sedang dalam pengenaan sanksi dari asosiasi profesi.

Pembatalan Pendaftaran Tenaga Ahli Asuransi dan Aktuaris

Pendaftaran tenaga ahli asuransi dan aktuaris dapat dibatalkan apabila tenaga ahli asuransi dan aktuaris dimaksud:

- dicabut gelar profesinya oleh asosiasi profesi yang mengeluarkan gelar tersebut;
- sedang dalam pengenaan sanksi oleh asosiasi profesi;
- melakukan pelanggaran terhadap ketentuan perundang-undangan di bidang usaha perasuransian;
- tidak lulus pengujian kemampuan dan kepatutan karena faktor integritas, dalam hal tenaga ahli atau aktuaris pernah mengikuti pengujian dimaksud.

Sistem Administrasi dan Pengolahan Data

Pelaksanaan pengelolaan perusahaan sekurang-kurangnya didukung dengan:

- pelaksanaan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia;
- sistem administrasi yang memenuhi fungsi pengendalian intern; dan
- sistem pengolahan data yang dapat menghasilkan informasi yang akurat dan dapat dipertanggung-jawabkan dalam pengambilan keputusan.

Pelaksanaan Pendidikan dan Pelatihan

Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi wajib menganggarkan dana untuk pelaksanaan pendidikan dan pelatihan sekurang-kurangnya 5% (lima per seratus) dari jumlah biaya pegawai, Direksi dan Komisaris, untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan, dan keahlian di bidang usaha perasuransian bagi karyawannya. Laporan pelaksanaan pendidikan dan pelatihan termasuk penggunaan dana sebagaimana dimaksud, untuk setiap periode satu tahun yang berakhir pada tanggal 31 Desember, dilaporkan kepada Menteri Keuangan selambat-lambatnya pada tanggal 31 Januari tahun berikutnya.

Keanggotaan Asosiasi

Setiap Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi wajib menjadi anggota Asosiasi perusahaan sejenis. Asosiasi sebagaimana dimaksud mempunyai tugas antara lain:

- menyusun standar praktek dan kode etik pemasaran produk asuransi dalam rangka memelihara terciptanya persaingan pasar yang sehat;
- mengkoordinir pelaksanaan pembentukan profil risiko, tabel mortalita, dan produk semacamnya;
- mengkoordinir upaya untuk mengoptimalkan kapasitas retensi asuransi nasional;
- mengkoordinir upaya bersama atau pembentukan perusahaan asuransi untuk menutup risiko khusus;
- melaksanakan pendidikan dan pelatihan keagenan; dan
- melaksanakan dan menetapkan sertifikasi keagenan.

Pelaksanaan kegiatan Asosiasi tersebut dikonsultasikan secara berkala kepada Menteri Keuangan.

KANTOR CABANG DAN KANTOR PEMASARAN

Pembukaan Kantor Cabang Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi Konvensional

Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi dapat membuka kantor cabang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999, dengan ketentuan:

- memenuhi ketentuan tingkat solvabilitas untuk 4 (empat) triwulan terakhir;
- memiliki tenaga ahli yang bekerja secara penuh pada kantor cabang yang bersangkutan; dan
- tidak sedang dalam pengenaan sanksi administratif.

Untuk memperoleh izin pembukaan kantor cabang, Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi harus memenuhi ketentuan di muka dan mengajukan permohonan secara tertulis kepada Menteri Keuangan dengan melampirkan:

- uraian tentang sistem administrasi dan sistem pengelolaan data yang memenuhi fungsi pengendalian intern berkenaan dengan kegiatan kantor cabang;
- uraian tentang rincian kewenangan pimpinan cabang dalam penutupan asuransi, penetapan premi, penetapan besarnya komisi dan penyelesaian klaim;
- identitas pimpinan kantor cabang;
- bukti mempekerjakan tenaga ahli pada kantor cabang dimaksud, berikut bukti kualifikasi keahliannya dan daftar riwayat hidup dengan bukti pendukungnya;
- alamat lengkap kantor cabang; dan
- proyeksi keuangan kantor cabang yang meliputi proyeksi pendapatan & biaya serta arus kas, untuk sekurang-kurangnya 3 tahun mendatang.

Pembukaan Kantor Cabang dengan Prinsip Syariah dari Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi Konvensional

Pembukaan kantor cabang atau konversi kantor cabang, harus memenuhi persyaratan sebagaimana di muka dan memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- dalam anggaran dasar perusahaan dinyatakan bahwa maksud dan tujuan perusahaan hanya menjalankan usaha asuransi kerugian, asuransi jiwa, atau usaha reasuransi termasuk usaha dengan Prinsip Syariah;
- memiliki modal kerja kantor cabang paling sedikit Rp. 2.000.000.000,00 (dua milyar rupiah); dan
- memiliki tenaga ahli, yang memiliki keahlian di bidang asuransi dan atau ekonomi syariah.

Selain harus memenuhi ketentuan tersebut, permohonan pembukaan kantor cabang dengan Prinsip Syariah harus pula dilengkapi dengan bukti:

- pengesahan anggaran dasar dari instansi yang berwenang;
- bukti mempekerjakan tenaga ahli yang dilengkapi dengan bukti kualifikasi, daftar riwayat hidup termasuk bukti pendukungnya;
- pengesahan Dewan Syariah Nasional tentang penunjukan anggota Dewan Pengawas Syariah Perusahaan;
- pengesahan Dewan Pengawas Syariah Perusahaan atas:
 - sumber modal kerja kantor cabang;
 - sistem akuntansi yang terpisah/tersendiri khusus untuk cabang dengan Prinsip Syariah;
 - produk asuransi yang akan dipasarkan;
 - dasar perhitungan tarif premi, cadangan premi dan asset share atau profit testing bagi Perusahaan Asuransi Jiwa;
 - dasar perhitungan tarif premi, cadangan premi dan proyeksi underwriting bagi perusahaan asuransi kerugian dan perusahaan reasuransi;
 - cara pemasaran;
 - rencana dukungan reasuransi otomatis bagi perusahaan asuransi dan rencana dukungan retrosesi bagi perusahaan reasuransi; dan
 - contoh polis, surat permohonan penutupan asuransi (SPPA) dan brosur.

Pembukaan Kantor Cabang dari Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi dengan Prinsip Syariah

Pembukaan kantor cabang, harus memenuhi persyaratan dan memiliki tenaga ahli sesuai ketentuan yang berlaku.

Pembukaan Kantor Pemasaran

Pembukaan Kantor Pemasaran harus terlebih dahulu dilaporkan secara tertulis kepada Menteri Keuangan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kerja sebelum tanggal pembukaan kantor dimaksud, dengan menyebutkan alamat lengkap dan identitas pimpinan kantor tersebut.

Kantor Pemasaran sebagaimana dimaksud sebagai Kantor Pemasaran yang membantu pelayanan informasi kepada masyarakat pemegang polis atau tertanggung. Kantor Pemasaran ini dilarang:

- menerima atau menolak penutupan asuransi;
- menandatangani polis; dan
- menetapkan untuk membayar atau menolak klaim.

Penutupan Kantor Cabang dan Kantor Pemasaran

Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi yang akan menghentikan atau menutup kegiatan suatu kantor cabang dan atau Kantor Pemasaran harus melaporkan terlebih dahulu kepada Menteri Keuangan selambat-lambatnya dalam waktu 15 (lima belas) hari kerja sebelum tanggal penghentian atau penutupan kantor dimaksud. Pencabutan izin pembukaan suatu kantor cabang akan dilakukan dalam hal:

- adanya laporan penghentian atau penutupan kantor cabang tersebut oleh Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi;
- kantor cabang tersebut terbukti tidak melakukan kegiatan operasional dalam waktu tiga bulan sejak tanggal penetapan izin pembukaan; dan atau
- kantor cabang tersebut terbukti tidak melakukan kegiatan operasional dalam waktu enam bulan secara terus menerus.

PEMASARAN MELALUI JASA AGEN DAN MELALUI KERJASAMA DENGAN PIHAK BANK

Pemasaran Melalui Jasa Agen

Perusahaan Asuransi wajib memiliki perjanjian keagenan dengan agen asuransi yang memasarkan produk asuransinya. Perusahaan Asuransi dilarang mempekerjakan agen yang masih terikat perjanjian keagenan dengan Perusahaan Asuransi lain kecuali agen yang bersangkutan telah mengakhiri perjanjian keagenannya sekurang-kurangnya 6 (enam) bulan. Dalam hal Perusahaan Asuransi menggunakan jasa pemasaran selain agen asuransi, maka Perusahaan Asuransi tersebut bertanggung jawab penuh terhadap konsekuensi yang timbul dari penutupan asuransi dimaksud.

Pemasaran Melalui Kerjasama dengan Bank

Perusahaan Asuransi dapat melakukan pemasaran melalui kerjasama dengan bank (bancassurance). Perusahaan Asuransi yang melakukan pemasaran melalui kerjasama dengan bank sebagaimana dimaksud bertanggung jawab atas semua tindakan bank yang berkaitan dengan transaksi asuransi yang dipasarkan melalui kerjasama dengan bank dimaksud.

Perusahaan Asuransi yang akan melakukan pemasaran melalui kerjasama dengan bank harus memperoleh persetujuan Menteri Keuangan. Untuk memperoleh persetujuan Menteri Keuangan, Perusahaan Asuransi yang akan melakukan pemasaran melalui kerjasama dengan bank harus mengajukan permohonan kepada Menteri Keuangan dengan menyampaikan:

- produk yang akan dipasarkan;
- prosedur penutupan dan pembayaran premi;
- prosedur penyelesaian klaim; dan
- konsep perjanjian kerja sama dengan bank yang telah diparaf oleh para pihak.

Petugas bank yang akan melakukan pemasaran produk asuransi harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- memiliki sertifikasi keagenan asuransi yang dikeluarkan oleh asosiasi terkait; dan
- telah memperoleh pelatihan mengenai produk asuransi yang akan dipasarkan.

Perusahaan Asuransi sebagaimana dimaksud wajib menyampaikan perjanjian kerjasama dengan pihak bank yang telah ditandatangani, paling lambat 14 (empat belas) hari sejak memperoleh persetujuan Menteri Keuangan.

LAPORAN PERUBAHAN

Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi wajib menyampaikan laporan mengenai setiap perubahan:

- alamat kantor perusahaan baik kantor pusat, kantor cabang maupun Kantor Pemasaran;
- tenaga ahli;
- penggunaan tenaga asing;
- susunan organisasi;
- pemimpin kantor cabang maupun Kantor Pemasaran;
- Nomor Pokok Wajib Pajak; dan
- produk asuransi yang dipasarkan.

Perubahan alamat kantor cabang atau selain kantor cabang hanya dimungkinkan:

- bagi perubahan alamat di dalam wilayah Kota yang sama atau Kabupaten yang sama;
- bagi perubahan alamat antar wilayah Kota pada Ibu kota Propinsi;
- bagi perubahan alamat dari kabupaten ke kota yang merupakan pengembangan wilayah kabupaten dimaksud, atau sebaliknya.

Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi yang melakukan perubahan anggaran dasar harus menyampaikan bukti persetujuan dari instansi yang berwenang kepada Menteri Keuangan, selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kerja sejak tanggal diperoleh persetujuan. Dalam hal perubahan anggaran dasar tidak memerlukan persetujuan dari instansi yang berwenang, maka perubahan yang sudah dimuat dalam akta notaris disampaikan kepada Menteri Keuangan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kerja sejak tanggal perubahan.

Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi yang akan melakukan perubahan kepemilikan, harus terlebih dahulu melaporkan rencana perubahan kepemilikan tersebut kepada Menteri Keuangan untuk memperoleh persetujuan. Dalam hal perubahan sebagaimana dimaksud merupakan perubahan kepemilikan yang mengakibatkan terdapatnya penyertaan langsung pihak asing di dalam perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi tersebut, maka pihak asing dimaksud harus Perusahaan Asuransi sejenis atau perusahaan induk (holding company) yang sebagian besar portofolio anak perusahaannya di bidang asuransi. Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi sebagaimana dimaksud harus memenuhi ketentuan yang berlaku. Perusahaan induk harus memenuhi ketentuan izin usaha peraturan ini.

MERGER, KONSOLIDASI, DAN AKUISISI

Merger dan Konsolidasi

Merger dapat dilakukan Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi dengan menggabungkan dua atau lebih perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi dengan cara tetap mempertahankan berdirinya salah satu perusahaan dengan atau tanpa melikuidasi perusahaan lainnya. Konsolidasi dapat dilakukan Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi dengan melebur dua atau lebih perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi dengan cara mendirikan perusahaan baru dan melikuidasi perusahaan yang dilebur. Merger dan konsolidasi hanya dapat dilakukan dengan memenuhi ketentuan dalam Pasal 36 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999.

Untuk memperoleh persetujuan merger atau konsolidasi sebagaimana dimaksud dalam pasal 36 Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999, Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi harus mengajukan permohonan kepada Menteri Keuangan dengan melampirkan bukti sebagai berikut;

- Perjanjian dalam bahasa Indonesia, mengenai pengalihan semua hak dan kewajiban dari perusahaan-perusahaan yang akan melakukan merger atau konsolidasi dengan tidak mengurangi hak tertanggung;
- laporan keuangan terakhir yang telah diaudit dari perusahaan-perusahaan yang akan melakukan merger atau konsolidasi;
- laporan keuangan proforma dari perusahaan hasil merger atau konsolidasi yang memenuhi ketentuan mengenai tingkat solvabilitas; dan
- rancangan perubahan anggaran dasar.

Perjanjian pengalihan hak dan kewajiban, antara lain harus mencantumkan bahwa hak dan kewajiban yang timbul dari semua penutupan obyek asuransi yang dilakukan oleh perusahaan yang melakukan merger atau konsolidasi, menjadi tanggung jawab perusahaan baru hasil merger atau konsolidasi.

Perusahaan hasil merger atau konsolidasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 63 Tahun 1999, wajib melaporkan hasil pelaksanaan merger atau konsolidasi kepada Menteri Keuangan dengan melampirkan:

- anggaran dasar perusahaan yang telah disahkan oleh instansi yang berwenang;
- susunan organisasi dan kepengurusan perusahaan;
- surat pengangkatan tenaga ahli;
- Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) perusahaan, Direksi, dewan komisaris dan pemegang saham; dan
- alamat lengkap perusahaan.

Laporan kepada Menteri Keuangan harus disampaikan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja sejak tanggal persetujuan atau pengesahan anggaran dasar perusahaan dari instansi yang berwenang. Setelah mendapatkan laporan hasil merger atau konsolidasi tersebut, Menteri Keuangan mencabut izin usaha yang sudah tidak digunakan lagi oleh perusahaan yang melakukan merger, atau mencabut izin usaha perusahaan yang melakukan konsolidasi dan menerbitkan izin usaha perusahaan hasil konsolidasi.

Akuisisi

Akuisisi dapat dilakukan Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi dengan mengambil-alih seluruh atau sebagian besar saham perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi lain sehingga mengakibatkan beralihnya pengendalian terhadap perusahaan tersebut. Untuk melaksanakan akuisisi, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi harus memperoleh persetujuan dari Menteri Keuangan. Pelaksanaan akuisisi terhadap perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi dapat dilakukan dengan memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- perusahaan yang melakukan akuisisi adalah perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi sejenis;
- pelaksanaan akuisisi tersebut tidak mengakibatkan berkurangnya hak tertanggung; dan
- pelaksanaan akuisisi tersebut harus memperhatikan ketentuan tentang pembatasan kekayaan yang diperkenankan dalam bentuk investasi sehingga tidak mengakibatkan perusahaan yang melakukan akuisisi menjadi tidak memenuhi ketentuan tentang tingkat solvabilitas.

Untuk memperoleh persetujuan melakukan akuisisi, Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi harus memenuhi ketentuan tersebut dan mengajukan permohonan secara tertulis kepada Menteri Keuangan dengan melampirkan bukti sebagai berikut:

- perjanjian dalam bahasa Indonesia, mengenai pengalihan hak dan kewajiban dari perusahaan yang akan diakuisisi kepada perusahaan yang akan mengakuisisi, dengan tidak mengurangi hak tertanggung;
- laporan keuangan terakhir yang telah diaudit dari perusahaan yang akan diakuisisi dan yang akan mengakuisisi;
- laporan keuangan proforma dari perusahaan setelah pelaksanaan akuisisi, yang memenuhi ketentuan mengenai tingkat solvabilitas; dan
- rancangan perubahan anggaran dasar dari perusahaan yang diakuisisi.

KETENTUAN LAIN-LAIN

Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi dilarang melakukan penutupan pertanggungan melalui jasa keperantaraan perusahaan Pialang Asuransi atau Pialang Reasuransi yang tidak memiliki izin usaha dari Menteri Keuangan.

5.11. KECENDERUNGAN KE DEPAN

Berlarut-larutnya reformasi di bidang jaminan sosial kesehatan sekitar 10 tahun sejak 2004 menunjukkan bahwa pemerintah dan masyarakat Indonesia belum siap benar untuk segera memikul tanggung jawab penyelenggaraan jaminan sosial di bidang kesehatan. Wacana, diskusi dan perdebatan, pro dan kontra, terhadap isu-isu kebijakan publik, seperti SJSN, BPJS, JKN, Jamkesmas dan Jamkesda terus bergulir di seluruh negeri ini. Ditambah lagi isu-isu teknis, seperti kepesertaan, pendanaan, dan pembayaran, akan mewarnai perkembangan JKN yang dimulai pelaksanaannya sejak 1 Januari 2014. Banyak peraturan muncul di tahun 2013-2014 ini yang harus dicermati dan dievaluasi hasilnya untuk perbaikan depan. Pengaruh program kesehatan pemerintah tersebut berpengaruh pada industri asuransi kesehatan. Penyesuaian produk di pasar asuransi kesehatan akan menemukan bentuknya, apakah itu berupa masuknya provisi koordinasi manfaat pada polis, atau munculnya produk asuransi kesehatan suplemen.

Pengaturan pembayaran pelayanan kesehatan yang dilakukan jaringan penyedia pelayanan kesehatan primer dan lanjutan dengan cara kapitasi dan INA-CBG merupakan pembelajaran teknik pengendalian biaya dan pelayanan, *managed care*, bagi seluruh pemangku kepentingan asuransi kesehatan untuk menciptakan cakupan asuransi dan jaminan kesehatan yang efektif dan efisien. Semakin banyak kejadian dan fakta di lapangan pelaksanaan cara pembiayaan tersebut, merupakan pengalaman berharga untuk menciptakan sistem pembayaran yang lebih tepat.

Industri asuransi kesehatan yang tumbuh pesat sejak ketentuan *opting out* pada program JPK Jamsostek, ditambah munculnya produk asuransi kesehatan syariah, produk *unit link*, serta pemasaran produk asuransi melalui bank, selain berbagai isu penting di bidang asuransi jiwa dan asuransi umum yang perlu diakomodasi, termasuk telah dibentuknya otoritas bidang asuransi terpisah dari Kementerian Keuangan, dalam waktu mendatang akan diundangkan UU tentang Usaha Perasuransian yang baru.

5.12. RINGKASAN

Peraturan asuransi dan jaminan kesehatan sangat penting untuk melindungi kepentingan konsumen dan peserta, serta untuk memastikan solvabilitas perusahaan asuransi dan badan penyelenggara. Adalah sangat penting adanya peraturan perundangan yang bijaksana, seimbang, dan mudah dipahami dengan baik, jika ingin peraturan perundangan tersebut benar-benar melayani masyarakat.

Pembaca juga dianjurkan untuk membaca undang-undang dan peraturan pemerintah yang terkait dengan asuransi dan kesehatan yang tersedia pada situs web PAMJAKI www.pamjaki.org dan situs-situs web milik lembaga pemerintah dan lembaga resmi lainnya.

5.13. ISTILAH KUNCI

- Afiliasi
- Akuisisi
- Agen
- Asosiasi Adjuster Asuransi Indonesia (AAAI)

- Asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia (AAMAI)
- Asosiasi Broker Asuransi Indonesia (ABAI)
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)
- Bancassurance
- Cadangan Teknis
- Capitation - Kapitasi
- Dana Asuransi
- Dana Jaminan
- Denda Administratif
- Deposito Jaminan
- Direksi
- Faktor integritas
- Faktor kompetensi
- Fit and Proper Test - Uji Kelayakan dan Kepatutan. Penilaian Kemampuan dan Kepatutan
- General Insurance - Asuransi Umum
- Health Insurance - Asuransi Kesehatan
- Indonesia Case-Based Groups (INA-CBG)
- Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)
- Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)
- Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK)
- Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)
- Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek)
- Kantor Cabang
- Kantor Pemasaran
- Kekayaan Bukan Investasi
- Kekayaan di Luar Negeri
- Kekayaan Investasi
- Kekayaan yang Diperkenankan
- Kekayaan yang Tidak Diperkenankan
- Kewajiban
- Kode Etik
- Komisaris
- Komite Evaluasi
- Konsolidasi
- Konsultan Aktuaria
- Kontribusi
- Laporan Operasional
- Life Insurance - Asuransi Jiwa
- Managed Care
- Merger
- Modal Sendiri
- Obyek Asuransi
- Otoritas Jasa Keuangan (OJK)
- Pemegang Saham
- Penempatan Investasi Pada Satu Pihak
- Penilai Kerugian Asuransi
- Penunjang Asuransi
- Perasuransian
- Perimbangan Kekayaan dengan Kewajiban
- Persatuan Aktuaris Indonesia (PAI)
- Personal Accident (PA) Insurance - Asuransi Kecelakaan Diri
- Pialang
- Pinjaman Subordinasi
- Premi
- Prinsip Konvensional
- Prinsip Syariah
- Produk Asuransi Baru
- Retensi Sendiri
- Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
- Sosial Security - Jaminan Sosial
- Standar Akuntansi Keuangan (SAK)
- Surat Pemberitahuan Pemeriksaan
- Surat Perintah Pemeriksaan
- Tenaga Ahli
- Tingkat Solvabilitas
- Unit Link - Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi

5.14. REFERENSI

1. Mukti, AG., Thabrany, H., Trisnantoro, L., 2001, *Critical appraisal on the implementation of managed care system in Indonesia*, Journal Of Health Service Management, Vol. 04/No.03
2. Trisnantoro L., *Introduction of Social Health Insurance: Frame of Analysis*. Presented at Ministry of Health, 22nd of July, 2005.

BAB 6. KECURANGAN DAN PENYALAHGUNAAN

Pendahuluan

Definisi Kecurangan

Kecurangan Asuransi

Kecurangan Pelayanan Kesehatan

Pelaku Kecurangan Pelayanan Kesehatan

Penyalahgunaan Pelayanan Kesehatan

Usaha Anti-Fraud

Komponen Anti-Fraud: Program Perusahaan

Peraturan Perundangan

Teknik dan Instrumen Untuk Mencegah Fraud

Pemanfaatan Teknologi Baru

Pendidikan Pasien dan Peserta Asuransi

Pendidikan Pegawai Penanggung

Teknik Investigasi dan Preparasi Kasus

Catatan Publik dan Swasta

Pengumpulan Bukti

Pelaporan Investigasi

Kasus Kecurangan Asuransi Kesehatan

Kecenderungan ke Depan

Ringkasan

Istilah Kunci

Referensi

Tujuan Pembelajaran

Setelah menyimak bab ini, anda akan memahami tentang kecurangan dan penyalahgunaan perawatan kesehatan. Bahan-bahan dalam bab ini pada intinya membuat pembaca dapat memahami:

- Pengertian tentang kecurangan (*fraud*) dan penyalahgunaan (*abuse*), serta membedakan keduanya.
- Jenis-jenis kecurangan yang bisa terjadi pada asuransi dan perawatan kesehatan.
- Upaya-upaya untuk pemberantasan kecurangan yang terjadi.
- Hukum dan peraturan tentang kecurangan pada asuransi dan perawatan kesehatan.
- Gambaran umum tentang prosedur penyelidikan kasus kecurangan yang terjadi.

Modul Dasar-dasar Asuransi Kesehatan (Bagian A dan Bagian B) lebih banyak membahas dari sisi biaya medis, sedangkan pembahasan lebih mendalam tentang *managed care* dibahas pada modul yang terpisah, yakni Modul Managed Care (Bagian A dan Bagian B).

6.1. PENDAHULUAN

Pembahasan masalah *fraud* merupakan sesuatu yang masih baru di Indonesia. Kepustakaan mengenai hal ini boleh dikatakan masih minim, sedangkan riset yang meneliti atau menggali materi ini juga belum pernah dilakukan. Sebenarnya mungkin ada sejumlah pengalaman perusahaan asuransi yang pernah dicurangi oleh penyedia pelayanan kesehatan (PPK) atau peserta, tetapi belum pernah dipublikasikan. Boleh dikatakan masalah *fraud* ini masih merupakan bidang manajemen yang belum cukup digeluti oleh para ahli asuransi kesehatan. Dengan kondisi keterbatasan seperti ini, pembahasan tentang *fraud* banyak merujuk kepada referensi yang berasal dari Amerika dan dicoba untuk menuliskan pengalaman sejumlah *fraud* perusahaan asuransi kesehatan di Indonesia.

Manajemen klaim merupakan salah satu determinan paling penting yang sangat berpengaruh terhadap reputasi dan kondisi keuangan yang nantinya akan berpengaruh terhadap solvabilitas perusahaan asuransi, terutama dalam industri asuransi kesehatan yang lebih kompleks dibanding asuransi jiwa dan kerugian. Perusahaan asuransi

kesehatan harus mau dan mampu untuk mengidentifikasi berbagai kecurangan dalam pengajuan klaim, serta melakukan telaah utilisasi yang benar dan berkesinambungan. *Fraud* atau kecurangan pelayanan kesehatan merupakan bentuk kriminal **kerah putih** dan berdampak terhadap sistem pembayaran kesehatan publik maupun swasta. Di Amerika Serikat, berdasarkan laporan General Accounting Office kepada Kongres, Mei 1992, biaya kecurangan dan penyalahgunaan pelayanan kesehatan yaitu sebesar 10% dari uang yang dibelanjakan untuk kesehatan selama setahun. Apabila diperkirakan bahwa pengeluaran kesehatan nasional per tahun sebesar satu triliun dolar, kerugian akibat kecurangan bisa mencapai 100 milyar dolar. General Accounting Office tersebut melaporkan bahwa hanya sebagian kecil *fraud* dan penyalahgunaan sistem pelayanan kesehatan yang dapat diidentifikasi. *Fraud* pelayanan kesehatan merupakan faktor dominan yang menyebabkan melambungnya biaya pelayanan kesehatan di Amerika Serikat. Walaupun demikian, faktor ini dapat dikurangi dengan melakukan gerakan *anti-fraud*.

Muncul pertanyaan bahwa di negara Amerika Serikat saja yang sudah maju sistem manajemen asuransinya dan dipagari dengan perangkat perundang-undangan yang baik, *fraud*-nya masih sebesar 10%; bagaimana di Indonesia? Berapa kecurangan asuransi di Indonesia? Sampai saat ini belum ada riset yang dilakukan untuk menggali data yang berkaitan dengan kecurangan asuransi, baik dilakukan oleh PPK maupun oleh peserta. Namun, kalau dilihat dari overutilisasi pelayanan kesehatan, seperti: tingginya persentase (pada rumah sakit tertentu di Jakarta dapat mencapai 90%) tindakan bedah caesar di rumah sakit ibu dan anak kota-kota besar dapat merupakan indikasi kemungkinan terjadinya kecurangan pelayanan juga tinggi di Indonesia. Pada tahun 2001, penulis pernah diundang oleh PT. Jamsostek, untuk mempelajari kasus kecurangan sebuah apotik di Bekasi yang menagih klaim obat dengan nilai lebih dari 400 jutaan. Setelah diselidiki, sebenarnya tagihan itu merupakan kecurangan oknum pegawai rumah sakit yang bekerja sama dengan perawat, membuat resep palsu yang kemudian dibebankan kepada PT. Jamsostek. Kasus-kasus seperti ini rasanya cukup banyak diderita perusahaan asuransi, kadang cukup sulit membuktikannya. Sudah menjadi rahasia umum, bila pasien yang ditanggung perusahaan asuransi, terdapat kecenderungan pelayanan yang diberikan PPK selalu berlebihan, fiktif dan dengan harga yang lebih mahal (khusus untuk asuransi kesehatan komersial). Bangkrutnya International Health Benefit Indonesia pada beberapa tahun yang lalu, diperkirakan bukan hanya karena kesalahan manajemen, tetapi kemungkinan juga adanya faktor *fraud* yang berperan sehingga perusahaan tersebut tidak sanggup membayar klaim.

Kecurangan dan penyalahgunaan pada perusahaan asuransi kesehatan ataupun bagi badan penyelenggara program publik telah mengakibatkan peningkatan biaya-biaya apapun jenis paketnya, baik cakupan perorangan maupun kumpulan, baik *managed care* ataupun konvensional seperti asuransi biaya medis dan asuransi disabilitas. Kecurangan asuransi kesehatan dapat dilakukan baik oleh PPK, tertanggung atau peserta, internal penanggung maupun kombinasi dari mereka.

6.2. DEFINISI KECURANGAN

Banyak definisi tentang kecurangan (*fraud*), sesuai kondisi dan pengertian formal tentang tindakan tersebut. Definisi kecurangan yang tertera di dalam “Black’s Law Dictionary” menyebutkan:

An intentional perversion of the truth for the purpose of inducing another in reliance upon it to part with a valuable thing belonging to him, or to surrender a legal right; a false representation of a matter of fact, whether by words or by conduct, by false or misleading allegations, or by concealment of that which should have been disclosed, which deceives and is intended to deceive another so that he shall act upon it to his legal injury.

Yang artinya:

Kesengajaan melakukan kesalahan terhadap kebenaran untuk tujuan mendapatkan sesuatu yang bernilai atas kerugian orang lain atau mendapatkannya dengan membelokkan hukum; atau kesalahan representasi suatu fakta, baik dengan kata-kata maupun tindakan; oleh tuduhan palsu atau menyesatkan, atau dengan menyembunyikan apa yang seharusnya diungkapkan, menerima tindakan atau sesuatu yang salah dan merencanakan melakukan sesuatu yang salah kepada orang lain sehingga dia bertindak di atas hukum yang salah.

Definisi tersebut di atas menjelaskan bahwa kecurangan (*fraud*) sebagai pengertian formal dan lebih pada definisi hukum. Definisi tersebut menggambarkan elemen prasyarat terjadinya kecurangan. Elemen-elemen yang dimaksudkan tersebut adalah:

- Fakta pernyataan materiil harus ada.
- Pernyataan materiil adalah suatu kesalahan dan orang yang berbuat mengetahui hal tersebut salah.
- Orang yang membuat pernyataan harus merencanakan untuk mengetahui tindakan tersebut salah atau membuat orang lain salah karena pernyataan tersebut.
- Orang yang dituju pernyataan salah tersebut diharapkan bertindak atas dasar pernyataan tersebut.
- Pernyataan salah dibuat seseorang dengan harapan mendapatkan sesuatu yang bernilai atau berbuat sesuatu yang merugikan ke pihak yang dituju oleh pernyataan tersebut.

Semua bentuk *fraud* harus memenuhi elemen dasar tersebut di atas, tetapi peraturan dan regulasi dapat membuat definisi yang berbeda dan mungkin lebih spesifik.

6.3. KECURANGAN ASURANSI

Tindakan kecurangan asuransi (*insurance fraud*) berarti tindakan atau perilaku curang yang dilakukan seseorang yang mengetahui dan merencanakan, berbuat curang atau menutupi informasi materiil berkaitan dengan satu atau lebih dari hal-hal sebagai berikut:

- Dengan sepengetahuan menyampaikan atau menyiapkan atau mempercayai bahwa hal itu akan dipresentasikan kepada atau oleh asuransi, reasuransi, pialang (*broker*) atau agen, informasi salah sebagai bagian untuk mendukung fakta materiil yang berkaitan dengan satu atau lebih dari hal sebagai berikut:
 - Aplikasi untuk menerbitkan atau memperbaharui polis asuransi atau kontrak reasuransi
 - Penentuan premi polis asuransi atau reasuransi kontrak
 - Klaim pembayaran atau mendapatkan manfaat asuransi polis atau reasuransi kontrak
 - Pembayaran premi polis asuransi atau reasuransi kontrak
 - Pelaksanaan pembayaran dalam kaitan dengan terminologi polis asuransi atau reasuransi kontrak
 - Dokumen yang disampaikan kepada pihak otoritas, komisioner asuransi atau kepala kantor regulasi asuransi (di negara bagian Amerika Serikat).
 - Kondisi finansial asuransi atau reasuransi
 - Formasi, akuisisi, merger, rekonsolidasi, keluar dari satu atau lebih bidang asuransi atau reasuransi sebagian atau keseluruhan dari kondisi ini oleh asuransi atau reasuransi
 - Penerbitan bukti tulisan asuransi, atau

- Mengaktifkan kembali polis asuransi
- Pengajuan atau penerimaan polis asuransi baru atau diperbaharui dengan risiko atas perusahaan asuransi, reasuransi atau orang lain dalam bisnis asuransi, oleh seseorang yang mengetahui atau seharusnya mengetahui bahwa perusahaan asuransi atau orang lain yang bertanggung jawab terhadap risiko adalah insolvent pada saat transaksi
- Melepaskan, menutupi, mengubah atau merusak harta benda (*assets*) atau pencatatan perusahaan asuransi, reasuransi atau orang lain dalam bisnis asuransi, atau
- Berniat melakukan kecurangan, mengurangi, mencuri, atau mengkonversi uang dana, premi, kredit atau properti lain perusahaan asuransi atau orang yang bekerja pada bisnis asuransi
- Transaksi bisnis asuransi yang melanggar prasyarat hukum seperti surat izin, sertifikat otoritas atau otoritas legal untuk transaksi bisnis asuransi, atau
- Berusaha untuk curang, membantu perbuatan curang atau melakukan konspirasi untuk melakukan kecurangan

6.4. KECURANGAN PELAYANAN KESEHATAN

Definisi operasional yang dikembangkan oleh Dewan Gubernur National Health Care Anti-Fraud Association (NHCAA) tentang kecurangan pelayanan kesehatan (*health care fraud*) adalah kesengajaan melakukan kesalahan atau memberikan keterangan yang salah (*misrepresentasi*) oleh seseorang atau entitas yang mengetahui hal itu dan dapat menghasilkan sejumlah manfaat yang tidak legal kepada individu, entitas atau pihak lain.

NHCAA juga memberikan catatan bahwa bentuk umum kecurangan adalah pernyataan yang salah, keterangan yang salah atau dengan sengaja menghilangkan fakta.

Di banyak negara bagian di Amerika Serikat, fraud merupakan tindakan kriminal, tetapi dakwaan kriminal kecurangan pelayanan kesehatan jarang menjadi prioritas dari penegak hukum. Begitu juga, Departemen Kehakiman Amerika Serikat menetapkan kecurangan pelayanan kesehatan sebagai prioritas kedua. Kasus kecurangan yang diproses apabila sudah menyangkut sejumlah uang yang cukup besar. Beban berat ini menjadi tanggung jawab perusahaan asuransi untuk mendeteksi, investigasi dan aktif melobi untuk proses fraud atau penerapan hukum terhadap tindakan fraud atau kecurangan pelayanan kesehatan.

6.5. PELAKU KECURANGAN PELAYANAN KESEHATAN

Tahun 1993, Health Insurance Association of America (HIAA, sekarang bernama AHIP) melakukan survei kepada perusahaan asuransi swasta dan pembayar pihak ketiga untuk menentukan komposisi kecurangan pelayanan kesehatan yang diidentifikasi oleh mereka melalui program *anti-fraud*. Perusahaan-perusahaan tersebut ditanya untuk melakukan kategorisasi pengalaman mereka ke dalam dua kelompok yaitu tipe pelaku yang melakukan *fraud* dan bentuk *fraud*.

Sebagai hasil survei, HIAA mengelompokkan jenis *fraud* berdasarkan pelaku sebagai berikut:

PENYEDIA PELAYANAN KESEHATAN

Bentuk utama dari kecurangan penyedia pelayanan kesehatan (PPK) yang terdeteksi sebagai berikut:

Untuk kalangan sendiri

- Penagihan jasa yang tidak diberikan. Misalnya pemberian bermacam-macam obat ke pasien rawat inap, tetapi sebenarnya tidak semuanya diberikan kepada pasien.
- Tagihan untuk pembayaran yang tidak disertai dengan tersedianya dukungan dokumen, misalnya untuk tindakan pemeriksaan laboratorium dan radiologi.
- Kecurangan diagnosa atau tanggal. Misalnya, tanggal dicurangi sehingga tidak sesuai lagi dengan fakta dan kronologi kasus.
- Obat nama dagang untuk obat generik biasanya terjadi di rumah sakit atau apotek
- Menghilangkan *co-payment* dan *deductibles*.
- Kesalahan klaim berhubungan dengan pemeriksaan laboratorium.
- *Unbundling* (tidak dibundel). Suatu tindakan tidak dijadikan satu, misalnya, setiap gigi pasien dicabut selalu dilakukan tindakan incisi (pengirisan), baru giginya dicabut, jadi keduanya merupakan satu tindakan. Biasanya kecurangan PPK adalah melakukan penagihan yang berbeda untuk dua tindakan ini
- Ada pertanyaan terhadap fungsi PPK. Misalnya, pasien pergi ke rumah sakit bersalin untuk berobat Typhus atau yang ekstrim sakit gigi.

Karakteristik umum tindakan kecurangan klaim oleh PPK termasuk:

- Tagihan untuk pembayaran yang tidak disertai dengan tersedianya dukungan dokumen seperti sinar X atau hasil laboratorium.
- Tagihan jasa yang tidak pernah dilakukan (kasus ini sering diidentifikasi oleh pasien, ketika mereka mendapatkan penjelasan tentang jasa yang ditagih oleh PPK tersebut).
- Pemalsuan diagnosa untuk mengesahkan pelayanan yang tidak dibutuhkan dan tarif yang mahal.
- Tanggal pelayanan, prosedur dan bahan yang telah disampaikan tidak sesuai dengan fakta dan kronologi kasus.
- PPK tidak berkualitas, tetapi memiliki izin sebagai PPK dan spesialis.

KONSUMEN

Bentuk utama *fraud* yang terdeteksi dilakukan konsumen sebagai berikut:

- **Kecurangan aplikasi permohonan (*application fraud*)** . Kecurangan pemohon dilakukan oleh pemohon asuransi, agennya atau orang yang bertindak atas nama pemohon. Kecurangan ini dilakukan bila fakta pemberian informasi bohong dibuat dengan rencana untuk:
 - Meyakinkan bahwa aplikasi permohonan diterima oleh perusahaan asuransi dan tidak ada limitasi kondisi atau pengecualian tercantum pada jaminan yang diterbitkan untuk pemohon.
 - Memperluas jaminan kepada seseorang yang sebenarnya tidak ada atau orang tersebut sebenarnya bukan sebagai anggota keluarga atau pegawai perusahaan
- **Kecurangan persyaratan atau eligibilitas (*eligibility fraud*)** . Kecurangan eligibilitas adalah usaha curang untuk mendapatkan jaminan asuransi yang sebenarnya bukan haknya. Bentuk kecurangan dapat berupa tindakan penipuan, misrepresentasi atau menyembunyikan informasi pada formulir aplikasi asuransi. Kecurangan eligibilitas dapat dilakukan oleh agen, perusahaan, karyawan, orang yang dijamin dan pemohon asuransi. Beberapa contoh dari *fraud* eligibilitas adalah:
 - Sejumlah orang melakukan kolusi dengan membentuk perusahaan palsu untuk maksud semata-mata membeli produk asuransi.

- Perusahaan menambahkan daftar anggota yang berhak mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan pegawai, tetapi anggota tersebut bukanlah pegawai.
- Karyawan menambahkan daftar anggota keluarga untuk mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan pegawai, tetapi anggota keluarga tersebut sebenarnya tidak berhak dengan status tersebut, sesuai dengan terminologi asuransi kontrak (contoh, anak angkat yang tidak disahkan oleh hukum yang berlaku).
- **Pemalsuan klaim (*claim fraud*)** . Kecurangan klaim bisa berupa pemalsuan tagihan rekening, penyampaian klaim untuk anggota keluarga yang tidak berhak dan misrepresentasi respon pada pertanyaan spesifik dalam formulir klaim. Contohnya:
 - Pasangan karyawan keduanya bekerja dan dijamin oleh kedua perusahaan, namun ketika mengisi pertanyaan pada formulir klaim manfaat, mereka tidak menjawab dengan benar bahwa mereka memiliki dua jaminan kesehatan.
 - Pemegang polis mungkin mengambil manfaat klaim dua kali. Padahal, kedua perusahaan asuransi seharusnya dapat berkoordinasi tentang pembayaran manfaat (*coordination of benefits, COB*) .
 - Orang yang dijamin menghapus besaran jumlah dolar untuk tarif jasa dokter dan menggantinya dengan nilai yang lebih tinggi pada formulir klaim.

AGEN, PIALANG, DAN KARYAWAN PENANGGUNG

Kecurangan dapat saja dilakukan oleh mereka yang bekerja di bidang asuransi kesehatan. Contohnya:

- Seorang agen asuransi mengantongi pembayaran premi awal yang biasanya menyertai aplikasi permohonan asuransi konsumen, tapi agen tidak mengajukan permohonan tersebut kepada perusahaan asuransi dan ia kantong uang.
- Pialang atau broker A membujuk konsumen untuk mengubah polis asuransi kesehatan karena adanya kekeliruan dengan cakupan polis baru. Broker akan mendapatkan komisi untuk polis baru, namun cakupan tertanggung itu tidak diperbaiki seperti yang dijanjikan agen.
- Seorang karyawan perusahaan asuransi menciptakan data fiktif dalam berkas catatan tertanggung perusahaan asuransi, lalu mengajukan klaim palsu untuk tertanggung fiktif, dan mengantongi uangnya.

Kecurangan yang dilakukan terhadap perusahaan asuransi oleh karyawannya sendiri (dan dalam beberapa kasus agen) sering disebut sebagai penipuan intern (*internal fraud*). Karena perusahaan bertanggung jawab kepada publik dan pemegang saham mereka atas tindakan karyawan mereka, maka setiap kejadian kecurangan internal merupakan masalah serius bagi manajemen untuk menanganinya.

6.6. PENYALAHGUNAAN PELAYANAN KESEHATAN

Penyalahgunaan pelayanan kesehatan (*health care abuse*) adalah bentuk lain ancaman terhadap sistem pelayanan kesehatan. Istilah ini umum digunakan di asuransi dan siklus investigasi, namun tidak didefinisikan secara akurat. Perusahaan asuransi umumnya mendefinisikan istilah ini sebagai setiap tindakan yang merugikan sistem pelayanan kesehatan, tetapi tidak terjerat oleh definisi kecurangan (*fraud*) menurut undang-undang.

Kasus penyalahgunaan pelayanan kesehatan sering dikelompokkan kepada dua kategori, yaitu penyalahgunaan fisik pasien serta *over*-utilisasi dan *under*-utilisasi.

PENYALAHGUNAAN FISIK PASIEN DAN MALPRAKTEK

Penyalahgunaan fisik pasien biasanya tidak diketahui dengan jelas pada telaah klaim pelayanan kesehatan. Hal ini biasanya menjadi perhatian penyelidik kecurangan pelayanan kesehatan sebagai hasil dari informasi yang diperoleh dari proses investigasi. Jelas, bahwa penyalahgunaan tidak dapat dibiarkan dan harus segera diperhatikan oleh lembaga penegak hukum atau pemilik otoritas perizinan.

Sementara itu, malpraktek juga dapat ditemukan dari hasil pengembangan informasi melalui proses investigasi. Malpraktek dapat berupa tidak dimilikinya kompetensi tindakan tertentu, misalnya pembedahan, yang berakibat luka atau kematian pasien. Selain itu, malpraktek bisa berupa terapi tidak tepat atau instrumen medis cacat sehingga membahayakan pasien.

UNDER-UTILISASI DAN OVER-UTILISASI

Under-utilisasi adalah menahan pengobatan atau pengujian yang seharusnya secara medis dibutuhkan. Hal ini sering terjadi pada *managed care* dengan pembayaran kapitasi. Penyelidik yang menemukan tanda atau bukti kompetensi medis tidak terpenuhi harus mencatat dan melaporkan bukti tersebut kepada lembaga yang berwenang.

Sementara itu, *over*-utilisasi terjadi ketika pasien digunakan sebagai subjek pengobatan dan test yang tidak dibutuhkan diberikan berulang-ulang. Penagihan biaya *over*-utilisasi terencana adalah *fraud*. Walaupun demikian, jika PPK yakin dengan niat tulus, pemberian pelayanan kesehatan ini disebut penyalahgunaan (*abuse*). *over*-utilisasi merupakan bentuk umum dari penyalahgunaan pelayanan yang banyak ditemukan terutama dalam asuransi indemnitas dengan mekanisme penggantian biaya (*reimbursement*). Pembuktian bahwa *over*-utilisasi adalah *fraud* membutuhkan bukti bahwa PPK tidak memberikan pelayanan dengan tulus. Pembuktian ini tidaklah mudah, tetapi bukan tidak mungkin. Contoh:

- Apakah PPK melihat hasil test yang dia order?
- Apakah PPK mengerti hasil test yang dia order?
- Apakah dia mengobati pasien secara berbeda atas dasar test laboratorium tersebut?

Over-utilisasi ditemukan pada system pembayaran langsung (*fee for services*) atau pembayaran langsung sebagian pada program *managed care*.

Batas antara penyalahgunaan dan kecurangan sangat kabur karena yang membedakan keduanya adalah adanya bukti niat buruk dari PPK. Oleh sebab itu, penyalahgunaan merupakan kecurangan yang tersembunyi dibalik selimut PPK. Adanya niat *over/under*-utilisasi adalah kecurangan dan dapat dijerat hukum. Penyelidik asuransi dapat membantu penegak hukum dengan mengembangkan kasus untuk membantu penegak hukum membuktikan adanya niat buruk.

6.7. USAHA ANTI-FRAUD

Kecurangan pelayanan kesehatan sulit untuk diketahui dan peraturan yang ada dapat menimbulkan kendala bagi perusahaan untuk mendeteksi dan menyelidiki *fraud*. Contoh, peraturan negara bagian di Amerika Serikat

mengharuskan pembayaran klaim sesegera mungkin, sedangkan penyelidikan kecurangan membutuhkan waktu yang lama.

Oleh karena itu, adanya tekanan untuk membayar klaim sesegera mungkin menyebabkan perusahaan mungkin memperpendek proses penyelidikan *fraud* dan segera melakukan pembayaran klaim. Umumnya, PPK yang terlibat kecurangan tidak hanya melakukan di satu perusahaan saja tetapi biasanya melakukan transaksi dengan sejumlah perusahaan asuransi lainnya. Akibat sulitnya perusahaan asuransi mendeteksi *fraud* secara individual, maka perlu kerja sama dalam berbagi informasi tentang kecurangan di antara perusahaan-perusahaan asuransi.

Di antara perusahaan yang mempunyai program anti kecurangan pelayanan kesehatan, melakukan aktivitas sebagai berikut:

- membuat jaringan kerja dengan organisasi lain
- merujuk kasus kepada lembaga hukum yang berwenang
- bekerja sama dengan lembaga yang berwenang untuk menyediakan bukti bagi prosekusi kasus
- penggunaan program komputer untuk mendeteksi potensial kasus *fraud*
- melakukan telaah dan audit klaim
- mengembangkan *hotline* konsumen
- penyuluhan konsumen dan kesadaran karyawan tentang kecurangan
- telaah klaim yang dipertanyakan atau meragukan
- mengembangkan program pelatihan dan menghadiri seminar *anti-fraud*
- menentukan PPK dan peserta yang dicurigai melakukan kecurangan
- menentukan kecenderungan baru dan tetap mendapatkan informasi tentang teknik pencegahan *fraud* terbaru

Perusahaan-perusahaan asuransi umumnya menentukan kebutuhan tenaga untuk program *anti-fraud* berdasarkan jumlah kasus, jumlah rujukan *fraud* dan analisis biaya manfaat.

6.8. KOMPONEN ANTI-FRAUD: PROGRAM PERUSAHAAN

Hal-hal berikut direkomendasikan sebagai komponen strategi program anti kecurangan asuransi, yaitu:

- **Pernyataan kebijakan *anti-fraud***

Kecurangan pelayanan kesehatan bisa berasal dari luar atau dari dalam perusahaan. Oleh sebab itu, perhatian pertama perusahaan asuransi adalah mendidik karyawannya tentang *fraud*. Idealnya, dimulai dengan perusahaan mengadopsi pernyataan formal kebijakan kecurangan pelayanan kesehatan. Pernyataan kebijakan atau misi anti kecurangan pelayanan kesehatan dapat dibuat dalam bentuk publikasi, video tape, bahan promosi dan surat. Usaha lainnya seperti membuat **pesan** yang menekankan bahwa perbuatan curang tidak akan dimaafkan oleh perusahaan.

Pernyataan kebijakan bisa sangat bernilai untuk membentuk program anti kecurangan pelayanan kesehatan. Penting juga bila setiap mitra mengerti secara jelas tentang maksud dan tujuan usaha-usaha program anti kecurangan pelayanan kesehatan. Pernyataan kebijakan yang baik akan menciptakan kejelasan tujuan.

- **Rencana program *anti-fraud***

Rencana program anti kecurangan dilakukan dengan membentuk langkah-langkah nyata perusahaan untuk mencapai tujuan kebijakan anti kecurangan. Sejumlah negara bagian mewajibkan perusahaan asuransi untuk mengembangkan rencana anti kecurangan dan apa yang harus dimasukkan ke dalam rencana.

- **Unit penyidikan spesial**

Unit penyidikan spesial (*special investigation unit, SIU*) adalah struktur organisasi pada perusahaan asuransi yang tugas utamanya untuk menyelidiki klaim yang diragukan. SIU juga dapat berfungsi untuk melakukan pelatihan dan pendidikan kepada staf klaim dan personel kunci lainnya agar mereka dapat mendeteksi kecurangan, melakukan investigasi sosial, melaksanakan red flag program secara efektif dan menyelesaikan klaim yang diragukan. Besaran, struktur dan tanggung jawab unit anti kecurangan ditentukan oleh analisis biaya manfaat perusahaan menurut yang ditentukan oleh undang-undang.

Beberapa tujuan yang perlu dipertimbangkan dalam mengembangkan unit anti kecurangan yaitu:

1. Mempunyai penyidik yang berpengalaman dan yakin bahwa mereka mengerti tanggung jawab serta misi mereka
2. Menetapkan prosedur yang jelas, termasuk persyaratan laporan dan garda pengaman internal, serta
3. Mengembangkan standar spesifik untuk investigasi aktivitas yang mencurigakan

- **Pelaporan dugaan kecurangan**

Perusahaan harus mengembangkan kebijakan untuk melaporkan dugaan kecurangan sesuai dengan undang-undang atau peraturan lembaga yang berlaku. Perusahaan harus mengetahui tentang prasyarat laporan yang memenuhi peraturan.

- **Pedoman prosekusi/penyidikan**

Bila bekerja sama dengan departemen hukum atau konsultan luar, perusahaan harus membuat peraturan untuk pedoman staf klaim yang dapat disampaikan kepada lembaga penyidik atau perusahaan konsultan untuk pertimbangan dakwaan pidana atau perdata.

6.9. PERATURAN PERUNDANGAN

Dalam upaya meminimalisasi fraud atau kecurangan dalam pelayanan kesehatan, di Amerika telah dikembangkan produk hukum baik berupa peraturan atau undang-undang yang mengatur segala sesuatu yang berhubungan dengan fraud, aktivitas anti fraud dan penjatuhan sanksi kepada pihak yang terkait dengan tindakan fraud. Berikut ini model-model hukum dan regulasi tentang fraud yang berlaku di Amerika Serikat:

NAIC INSURANCE FRAUD PREVENTION MODEL ACT

Juni 1995, National Association of Insurance Commissioners (NAIC) mengadopsi undang-undang model pencegahan kecurangan asuransi. Undang-undang model NAIC dikembangkan sebagai purwa rupa (*prototype*) undang-undang tentang kecurangan asuransi di setiap negara bagian. Pencegahan kecurangan asuransi NAIC didukung oleh industri asuransi, seperti:

- mewajibkan perusahaan untuk melaporkan insiden dugaan kecurangan asuransi, tetapi mendelegasikan kepada komisi asuransi negara bagian tentang bagaimana penentuan dan bentuk formulir pelaporan harus dibuat.
- memberikan imunitas sipil kepada perusahaan asuransi yang melaporkan dugaan kecurangan dan pihak yang memberikan informasi kecurangan asuransi dengan perusahaan asuransi lain.
- membuat kecurangan asuransi sebagai tindakan kriminal pada hukum negara bagian.
- mewajibkan tulisan peringatan kecurangan pada formulir klaim dan aplikasi.
- mewajibkan perusahaan untuk mempunyai “inisiatif anti kecurangan yang didasari perhitungan untuk mendeteksi, menindak dan mencegah aktivitas kecurangan asuransi”. Inisiatif ini termasuk pembuatan rencana anti kecurangan asuransi.
- menuntut secara hukum restitusi finansial (pengembalian uang yang dicuri) secara penuh terhadap setiap orang atau perusahaan yang melakukan kecurangan.

HUKUM ANTI KECURANGAN ASURANSI NEGARA BAGIAN

Hukum anti kecurangan biasanya berlaku untuk kecurangan asuransi pada umumnya. Sejumlah negara bagian di Amerika Serikat menerbitkan undang-undang yang secara spesifik ditujukan untuk mencegah tindakan kecurangan asuransi pelayanan kesehatan. Hukum negara bagian mewajibkan perusahaan untuk:

- menciptakan dan menyampaikan rencana anti kecurangan kepada komisi asuransi.
- melaporkan dugaan kasus kecurangan kepada komisi.
- mencetak peringatan anti kecurangan pada aplikasi dan formulir klaim.
- mendirikan unit investigasi spesial di perusahaan.
- melatih penyidik dengan pelatihan tingkat minimum yang dibutuhkan.

UNDANG-UNDANG TENTANG PRAKTEK TIDAK JUJUR DALAM PENENTUAN KLAIM

Peraturan pemerintah tentang praktek penentuan klaim tidak jujur adalah salah satu hukum yang terpenting di negara bagian dan diterapkan pada masalah klaim. Bentuk lain dari NAIC model undang-undang praktek tidak jujur penentuan klaim, telah diadopsi pada Desember 1997.

Persyaratan penanganan klaim ini memberikan tekanan kepada tindakan penyelidikan kecurangan asuransi. Pada konteks penundaan klaim yang disebabkan dugaan kecurangan, adanya informasi tentang permintaan penundaan oleh pengaju klaim dapat menyadarkan pelaku kecurangan bahwa klaim sedang diselidiki. Informasi selanjutnya, memberikan kesempatan kepada pelaku kecurangan untuk merelokasi sehingga tidak dapat dilakukan tindakan hukum.

KERAHASIAAN INFORMASI ASURANSI

Seluruh manfaat klaim asuransi kesehatan merupakan informasi rahasia yang berkaitan dengan pelaku klaim. Data medis untuk mendukung klaim dan informasi latar belakang pada berkas klaim dapat berisi informasi sensitif, problem psikiatrik atau riwayat kesehatan keluarga. Perusahaan asuransi wajib melindungi dengan aman informasi tersebut, bila tidak maka bisa mendapatkan sanksi administratif dan hukum.

HUKUM KEKEBALAN

Untuk melindungi perusahaan asuransi dari tuntutan hukum dalam melaksanakan aktivitas anti kecurangan, negara memberlakukan peraturan hukum kekebalan perusahaan terhadap kecurangan.

Tujuan dari peraturan kekebalan ini yaitu untuk melindungi perusahaan yang mempunyai niat baik dalam melaporkan dugaan kecurangan kepada lembaga yang berwenang. Peraturan ini melindungi perusahaan dari tuntutan hukum yang diajukan oleh orang yang namanya disebut dalam laporan kecurangan. Peraturan ini tercantum dalam undang-undang model NAIC.

HUKUM TENTANG FRAUD DI INDONESIA

Apakah ada perlindungan hukum bagi pihak yang mungkin menderita secara finansial maupun fisik oleh karena kecurangan pihak lain di Indonesia? Pertanyaan sekarang adalah “Apakah ada produk hukum yang melindungi setiap pihak yang terlibat dalam bisnis asuransi kesehatan di Indonesia?” Sepengetahuan penulis, belum ada produk hukum yang khusus mengenai fraud di Indonesia, tetapi menghadapi masalah ini dapat digunakan hukum yang ada seperti KUH Perdata pasal 1365 tentang perbuatan melanggar hukum yang berbunyi:

Setiap perbuatan yang melanggar hukum sehingga membawa kerugian kepada orang lain, maka si pelaku yang menyebabkan kerugian tersebut berkewajiban untuk mengganti kerugian tersebut.

Diperkuat dengan ketentuan pasal 1366 yang berbunyi:

Setiap orang bertanggung jawab tidak saja terhadap kerugian yang ditimbulkan karena suatu tindakan, tetapi juga yang diakibatkan oleh suatu kelalaian .

Di samping itu, dapat digunakan Undang-Undang RI No. 8 tahun 1999 tentang perlindungan konsumen dimana tercantum sejumlah pasal yang melindungi konsumen dari produk dan jasa yang mereka beli dari produsen. Pada pasal 62 Undang-undang ini, menyatakan pelaku usaha yang melanggar ketentuan hukum dapat dipidana penjara paling lama 2 (dua) atau 5 (lima) tahun sesuai dengan pelanggaran pada pasal-pasal undang-undang ini. Dengan ketentuan kedua Undang-undang dan peraturan lainnya, sebenarnya pelaku kecurangan asuransi kesehatan dapat dijerat secara hukum. Yang barangkali tidak mudah adalah mengumpulkan bukti material terjadinya kecurangan itu sendiri.

6.10. TEKNIK DAN INSTRUMEN UNTUK MENCEGAH FRAUD

Perusahaan asuransi menggunakan sejumlah teknik dan variasi instrumen untuk memerangi berbagai bentuk *fraud* atau kecurangan dalam pelayanan kesehatan. Berikut ini beberapa elemen dasar program *anti-fraud*:

JARINGAN KERJA

Jaringan kerja di antara penyelidik kecurangan asuransi adalah penting. Banyak pelaku kecurangan pelayanan kesehatan mempunyai target kepada sejumlah perusahaan secara majemuk dan simultan. Pelaku kecurangan lebih suka melakukan kecurangan dalam jumlah uang yang kecil-kecil tetapi melibatkan banyak perusahaan daripada melakukan kecurangan pada satu perusahaan dengan jumlah nominal yang besar. Melalui jaringan kerja, perusahaan dapat mempelajari bahwa pelaku telah melakukan kecurangan.

Jaringan kerja sekarang tidak dibatasi oleh logistik geografis atau batasan bagian organisasi saja. Jaringan kerja kecurangan asuransi adalah bahasa atau media agar setiap orang dapat berbicara tentang problem yang sama. Jaringan kerja dan kumpulan intelijen yang sukses adalah tidak jauh dari telepon, kotak surat dan fax. Peluang kerja sama asuransi untuk mendapatkan pelatihan anti kecurangan dan seminar pelatihan tersedia pada tingkat nasional, misalnya di Amerika Serikat melalui organisasi seperti AHIP, NCHAA, dll.

TELAAH KOMPARASI KLAIM

Dengan meningkatnya otomatisasi proses pembayaran klaim, teknik telaah klaim perusahaan juga harus berubah. Perusahaan kehilangan kemampuan untuk memverifikasi tulisan tangan atau tanda tangan dokter, juga untuk melakukan pemeriksaan silang karakter tulisan dari tagihan yang disampaikan oleh PPK yang sama. Hal ini disebabkan mudahnya membuat kesalahan angka atau huruf pada komputer. Penyampaian klaim asuransi yang salah secara elektronik menjadi sangat sederhana dan mudah terjadi baik disengaja maupun tidak disengaja. Oleh sebab itu, penting bagi perusahaan untuk menciptakan kriteria telaah pada sistem komputer pembayaran klaim yang dapat menanggulangi masalah ini. Telaah sistem komputer ini akan banyak membantu juru bayar untuk mengidentifikasi problem potensial.

Di samping staf yang handal untuk mendeteksi kecurangan klaim, peningkatan komputer juga dapat digunakan untuk membantu staf klaim menemukan dan menginvestigasi kemungkinan kecurangan.

PREVAILING FEE DATABASES

Untuk mengontrol biaya dan penyalahgunaan, banyak perusahaan menggunakan database dari tarif tindakan bedah, medis, farmasi dan gigi. Melalui aktivitas ini, tingkat dan kecenderungan tarif dari profesional dapat diketahui berdasarkan area geografi. Basis data (database) ini dapat membantu mengidentifikasi klaim yang mencurigakan misal, terjadi perbedaan tarif obat, laboratorium maupun pelayanan yang mencolok. Bila perusahaan asuransi tidak cukup mempunyai data yang tersedia berdasarkan pengalaman klaim, perusahaan dapat menggunakan data bank AHIP tentang *prevailing* tarif bedah, medis dan gigi.

TELAH DENGAN KODE KECELAKAAN

Analisis atau telaah pengalaman klaim dengan kode kecelakaan dapat menjadi jalan untuk meneliti kemungkinan kecurangan, terutama bila pembayaran klaim harus melakukan koordinasi manfaat dengan perusahaan pembayar lain. Teknik ini juga menolong untuk menentukan apakah peserta mempunyai kecenderungan kecelakaan. Informasi ini bukanlah indikasi kecurangan tetapi ini mungkin sebagai tanda bahwa dibutuhkan untuk investigasi lebih lanjut.

AUDIT SESUDAH PEMBAYARAN

Walaupun lebih baik mendeteksi tindakan kecurangan sebelum dilakukan pembayaran klaim, tindakan ini tidak selalu dapat dicapai. Sebenarnya, pencegahan kecurangan yang akan datang lebih realistis untuk dilakukan. Jelasnya, PPK yang tidak jujur tidak pernah melakukan kecurangan sekali. Data empirik dan pendapat logis meyakinkan kita bahwa PPK yang telah melakukan kecurangan terhadap perusahaan asuransi satu kali akan berusaha untuk melakukan kecurangan kembali pada klaim yang akan datang. Jika petugas klaim merujuk klaim yang janggal kepada unit investigasi untuk melihat kemungkinan kecurangan atau penyalahgunaan, penyidik harus menelaah seluruh klaim yang sebelumnya dari PPK tersebut. Hal ini penting untuk menentukan apakah kejanggalan tersebut merupakan klaim tersembunyi atau bentuk dari skema klaim yang lebih besar. Semua perusahaan asuransi menemukan bahwa melakukan audit PPK sesuai dengan kebutuhan adalah sangat menolong untuk mencegah terjadinya kecurangan pelayanan kesehatan.

6.11. PEMANFAATAN TEKNOLOGI BARU

Teknologi bisa digunakan petugas asuransi untuk mengenali potensi kasus kecurangan serta menganalisa data untuk mencari hubungan dan pola perilaku yang menunjukkan adanya kecurangan. Dengan penggunaan teknologi yang terbaru, waktu analisa bisa lebih singkat dalam mendeteksi skema berskala besar, hitungan hari atau minggu dapat berarti kerugian yang cukup besar. Analisa yang cepat juga meningkatkan produktivitas SIU dan memungkinkan penyidik dapat menangani lebih banyak kasus. Teknologi baru ini berupa kecerdasan buatan (*artificial intelligence*), logika fuzzy (*fuzzy logic*), analisa tautan (*link analysis*), jaringan saraf tiruan atau pengenalan pola (*neural networks*), dan algoritma genetika (*genetic algorithms*).^[1]

Teknologi bukan satu-satunya jawaban untuk masalah kecurangan perawatan kesehatan, tetapi itu dapat membantu secara luar biasa. Setiap sistem otomatis harus dapat mengakses sejumlah besar data dengan cepat dan mudah, cepat beradaptasi dengan skema baru dan kompleks, menunjukkan fleksibilitas dalam kemampuannya, dan memungkinkan untuk digunakan dalam kombinasi dengan sistem dan teknik lainnya.

ARTIFICIAL INTELLIGENCE DAN FUZZY LOGIC

Kecerdasan buatan (*artificial intelligence*) adalah suatu bentuk komputasi dimana program meniru cara manusia memecahkan masalah, belajar dari pengalaman, dan membuat kesimpulan dari informasi yang tidak lengkap. Logika fuzzy (*fuzzy logic*) digunakan dalam beberapa aplikasi kecerdasan buatan. Logika fuzzy memperhitungkan berbagai faktor sekaligus, memberikan bobot untuk masing-masing faktor, dan mengukurnya secara kolektif untuk mencapai kesimpulan. Kemampuan untuk menangani beberapa faktor membuat logika fuzzy cocok untuk mendeteksi potensi kecurangan dan penyalahgunaan.

LINK ANALYSIS

Analisa tautan (*link analysis*) adalah alat bantu visual yang tangguh yang memungkinkan seseorang untuk mengungkap, menampilkan, dan menganalisa pola interaksi antara perorangan dan kelompok. Diagram tautan digunakan untuk membuat hubungan menjadi jelas secara visual.

NEURAL NETWORKS

Neural networks (jaringan saraf tiruan, pengenalan pola) adalah jenis sistem kecerdasan buatan yang menyimulasikan cara otak manusia mengolah informasi, belajar, dan mengingat. Sistem ini dapat mempelajari karakteristik klaim berpotensi kecurangan dan provider yang tidak jujur, dengan mendeteksi pola-pola tersembunyi dalam volume data yang banyak, mengidentifikasi secara cepat klaim dan provider yang harus diteliti. *Neural network* juga dapat secara otomatis mempelajari karakteristik baru klaim yang berpotensi *fraud*, sehingga memperbarui kemampuan mereka dari waktu ke waktu.

GENETIC ALGORITHM

Teknologi algoritma genetika (*genetic algorithm*) secara menakutkan dapat menghasilkan jawaban sederhana dan inovatif tanpa membutuhkan manusia. Ia bukan sihir, melainkan hasil eksperimen *trial-and-error* yang terus menerus. Sementara manusia merasa bosan setelah kesulitan menghadapi beberapa masalah dan memutuskan untuk menerima hasil yang bisa dicapai, algoritma genetika maju terus. Ia tanpa lelah akan bekerja keras melalui jutaan solusi yang mungkin. Sebagian besar mungkin tidak terpakai, tetapi ribuan lainnya bisa menjanjikan pendekatan yang belum pernah terpikirkan oleh manusia.

6.12. PENDIDIKAN PASIEN DAN PESERTA ASURANSI

Sebenarnya peserta asuransi mungkin bukan menjadi target pelaku kecurangan, tetapi mereka sering menjadi media, di mana PPK dapat melakukan kecurangan untuk mendapatkan manfaat pembayaran dari penanggung. Sebab itu menjadi penting bagi perusahaan asuransi untuk memberikan informasi kepada peserta tentang pembayaran klaim yang dapat menjadi tanggung jawab mereka. Penanggung memberikan informasi tentang kecurangan pelayanan kesehatan secara umum dan membuat mereka awas terhadap bentuk spesifik kecurangan. Di bawah ini adalah skema umum yang digunakan sebagai umpan atau informasi yang tidak mendidik dan tidak dimengerti oleh konsumen kemungkinan akan terjadi kecurangan.

- **Pelayanan medis gratis**

Salah satu skema kecurangan yang paling sering adalah memberikan pelayanan kesehatan secara gratis. Pasien dibujuk untuk menggunakan jasa PPK dan mempercayai bahwa kunjungan dan jasa lainnya adalah gratis. Pasien biasanya tidak menyadari bahwa perusahaan asuransi ditagih pembayaran untuk kunjungan dan pengobatan yang mereka terima. Dalam banyak contoh, bentuk skema seperti ini dapat dibuka dengan mengirimkan penjelasan manfaat kepada peserta ketika klaim dibayar. Penjelasan manfaat menginformasikan kepada peserta tentang jumlah uang yang dibayarkan kepada setiap PPK dan mengapa dibayarkan.

- **Penghapusan *co-payment* dan *deductible***

Bentuk skema umum yang lain adalah PPK memasang iklan dengan janji bahwa pasien tidak membayar dari kantong mereka. PPK mengaku bahwa mereka akan menghapus jumlah uang *co-payment* dan *deductible* yang dibebankan kepada perusahaan asuransi.

Ada dua cara bagi PPK untuk membuat janji tentang hal tersebut di atas:

1. Dengan mengurangi *co-payment* atau *deductible* dari total pembayaran klaim. Janji bisa kecurangan atau penyalahgunaan, tergantung dari niat PPK dan hukum yang berlaku.
2. Dengan meningkatkan jumlah klaim sehingga jumlah klaim sama dengan biaya aktual dari pengobatan. Janji ini dapat dikategorikan kecurangan.

Co-payment dan *deductible* dimaksudkan untuk mencegah over-utilisasi pelayanan medis dengan cara mewajibkan peserta untuk membayar sejumlah uang untuk setiap pelayanan kesehatan. Hal itu merupakan insentif kepada peserta untuk hanya menggunakan pelayanan medis bila benar-benar membutuhkan dan membuat peserta cerdas terhadap pelayanan medis. Penghapusan *co-payment* dan *deductible* oleh PPK dapat menghilangkan insentif tersebut. PPK yang tidak jujur dapat mendorong over-utilisasi, ketika pasien sama sekali tidak menanggung beban biaya terhadap pelayanan PPK.

Karena *deductible* dan *co-payment* adalah wajib, sesuai kontrak asuransi, peserta melanggar kontrak bila tidak membayar kedua hal tersebut. Ini penting untuk dicatat bahwa banyak peserta asuransi tidak menyadari bahwa menghapus *co-payment* dan *deductible* dapat merupakan suatu kecurangan dan melanggar kontrak asuransi. Penyuluhan merupakan kunci untuk menolong peserta mengidentifikasi kecurangan asuransi dan menyadarkan mereka atas ketidaktahuan hal tersebut.

6.13. PENDIDIKAN PEGAWAI PENANGGUNG

Di dalam perusahaan asuransi, pengendalian kecurangan berangkat dari tenaga yang menangani klaim. Petugas tersebut bertanggung jawab untuk identifikasi pertama klaim yang harus diteliti dengan baik dan kemungkinan diinvestigasi. Oleh sebab itu, sangat penting bagi personel klaim, seperti juga tenaga underwriting, mendapatkan pelatihan anti kecurangan asuransi, seperti di bawah ini:

PROGRAM PELATIHAN FORMAL

Pelatihan ini direkomendasikan untuk diadakan setahun sekali. Pelatihan sadar kecurangan asuransi dapat diberikan sebagai pelatihan standar kepada setiap karyawan baru. Kepada seluruh pembayar klaim harus dilengkapi dengan daftar indikator kecurangan atau red flags. Prosedur penanganan kemungkinan adanya kecurangan harus dilengkapi dengan manual prosedur untuk hal tersebut.

PROGRAM BOUNTY

Beberapa perusahaan asuransi mengembangkan program *bounty* (program insentif) untuk mendorong peserta dalam melaporkan dugaan kecurangan klaim kepada perusahaan asuransi. Melalui program *bounty*, bila penyelamatan uang lebih dari 1000 dolar, maka berdasarkan jumlah yang diselamatkan, sebagian akan menjadi

hak dari pelapor. Hal ini penting diketahui oleh seluruh karyawan perusahaan, bila program ini diterapkan pada wilayah kerja mereka. Program ini menolong untuk meningkatkan kesadaran akan kecurangan asuransi.

MANUAL PENDETEKSIAN KECURANGAN

Manual pendeteksian kecurangan sangat bernilai bagi karyawan. Manual tidak hanya menolong mereka untuk mendeteksi kecurangan, tetapi juga bagaimana menginvestigasinya. Manual prosedur kecurangan merupakan sumber referensi untuk penyelidik agar dapat memenuhi prosedural investigasi klaim. Pada negara bagian tertentu di Amerika Serikat, perusahaan asuransi diwajibkan mempunyai manual tersebut.

6.14. TEKNIK INVESTIGASI DAN PREPARASI KASUS

Fakta bahwa setiap tahun di Amerika Serikat penanggung mengalami kerugian, jutaan dolar akibat kecurangan pelayanan kesehatan merupakan bukti sulitnya mendeteksi, menginvestigasi dan menuntut kecurangan tersebut. Satu hal yang penting yaitu pembayar pihak ketiga membuat prioritas pendeteksian dan penghentian kecurangan tersebut.

Pada bagian ini akan disampaikan bagaimana melakukan pendeteksian, investigasi, dan preparasi kasus kecurangan pelayanan kesehatan.

DETEKSI

Dasar dari program pendeteksian kecurangan pelayanan kesehatan adalah adanya asumsi bahwa sebagian besar dari kecurangan tidak terdeteksi. Hanya dengan ketekunan, dedikasi dan instrumen yang benar, maka hampir semua kecurangan dapat dibongkar.

Di bawah ini adalah instrumen yang digunakan oleh perusahaan asuransi untuk membuat pendeteksian kecurangan pelayanan kesehatan berjalan efektif.

AUDIT RED FLAGS

Apakah dilaksanakan manual atau komputerisasi, maka audit klaim merupakan usaha pemeriksaan pertama yang penting dilakukan oleh perusahaan asuransi. Berikut ini adalah “*red flags*” (tanda bahaya) sebagai tanda dibutuhkannya investigasi lanjut:

- Tanggal pelayanan tampak diubah atau “*fabricated*”.
- Tagihan jasa rutin jatuh pada hari Minggu dan libur.
- Ketik ulang, penghapusan, tanda larutan koreksi ada pada tagihan.
- Harga tidak konsisten dengan tarif jasa yang umum.
- Biaya jasa pada kuitansi tidak konsisten atau tidak cocok untuk indikasi diagnosa.
- Utilisasi *multiple* farmasi.
- Multiple resep dokter.
- Berulangnya penggunaan obat adiktif.

INSTRUMEN OTOMATIS

Alat otomatis semakin penting dalam pendeteksian pada lingkungan klaim elektronik. Alat tersebut unggul sebagai alarm pendeteksian kecenderungan PPK, konfirmasi atau tidak terbuktinya dugaan kecurangan dengan identifikasi pola dan proses cepat kuantitas data yang besar.

Alat otomatis dapat menghilangkan sebagian pekerjaan investigator untuk memperkirakan kemungkinan terjadi kecurangan. Hal ini yang membuat beban pekerjaan perkiraan investigasi menjadi turun dan akhirnya menurunkan pembiayaan.

RUJUKAN TELAAH MEDIS

Kecurangan pelayanan kesehatan oleh karena prosedur medis dan diagnosa yang kompleks seringkali sulit untuk diidentifikasi atau dikonfirmasi tanpa bantuan *Medical Assistant Personnel*. Untuk itu, banyak perusahaan yang mempunyai staf medis yang terdiri dari dokter, perawat, tenaga farmasi dan tenaga lainnya untuk melakukan telaah klaim, kebutuhan medis dan manajemen kasus medis.

Pihak ketiga juga dapat digunakan untuk melakukan telaah jasa medis. Profesional medis sangat unggul untuk melakukan telaah tentang pengobatan yang masih dipertanyakan (*questionable medical practices*), *over*-utilisasi, pembayaran berlebihan, tapi mereka bukan sumber yang cukup bernilai untuk rujukan dari unit investigasi. Ketika mereka melakukan telaah terhadap klaim normal, mereka dapat memberi perhatian pada area lain yang harus diperhatikan oleh unit investigasi.

INFORMASI INTELIJEN INVESTIGASI

Salah satu manfaat dalam pengumpulan informasi intelijen yaitu adanya basis informasi dan fakta untuk menginisiasi penyelidikan dari informasi yang didapat dari proses investigasi. Contoh, diperolehnya informasi intelijen tentang kecurangan potensial dokter dapat dilanjutkan untuk melakukan identifikasi kecurangan kuitansi dari dokter lainnya.

Keputusan kapan memulai penyelidikan seperti tersebut menjadi begitu penting. Momen akan tergantung dari sumber investigasi dan apakah pekerjaan investigasi tambahan diperlukan agar dapat memenuhi fakta yang dibutuhkan untuk preparasi kasus.

PREPARASI KASUS

Ketika pemeriksa menentukan bahwa kecurangan pelayanan kesehatan perlu dilakukan penyelidikan, pemeriksa harus melakukan preparasi kasus. Idealnya, penentuan tersangka perbuatan kecurangan dan bagaimana proses kecurangan dilakukan n melalui penyelidikan.

Langkah-langkah preparasi kasus harus melakukan telaah catatan-catatan penting sebagai berikut:

- Pencatatan penanganan klaim.
- Pencatatan medis riwayat pembayaran finansial.

- Informasi latar belakang tersangka.
- Aplikasi perijinan dan catatan perijinan lainnya.
- Pencatatan kendaraan bermotor.
- Pencatatan surat izin mengendarai.
- Keterangan asuransi lainnya.

BERKAS CREDENTIALING PPK

Berkas proses pemantauan (*credentialing*) PPK merupakan informasi yang penting dan sejumlah data tersebut dapat digunakan untuk investigasi. Perusahaan asuransi menyimpan berkas pemantauan PPK yang berpartisipasi dengan program asuransi kesehatan. Walaupun begitu, banyak informasi yang dapat digunakan pemeriksa. Tetapi, sejumlah informasi dilindungi oleh hukum kerahasiaan dan privasi negara bagian serta federal. Pemeriksa harus melakukan konsultasi dengan pengacara sebelum masuk menyelidik ke dalam berkas pemantauan PPK. Keputusan informasi apa yang akan digunakan untuk investigasi harus dibuat oleh departemen hukum perusahaan asuransi atau konsulen hukum pemeriksa.

Sejumlah informasi yang terdapat pada berkas pemantauan perilaku PPK, sebagai berikut:

- Nama PPK.
- Keahlian PPK (dokter, dokter gigi, dll).
- Partisipasi program (PPO, HMO, dsb)
- Alamat kantor.
- Nomor Pembayar Wajib Pajak.
- Praktek spesialis.
- Sertifikasi izin usaha.
- Hak istimewa rumah sakit.
- Informasi perizinan profesional.
- Informasi pendaftaran ulang.
- Riwayat pendidikan karyawan: S-1, profesional, magang, residensi, pelatihan spesial, dan bea siswa.
- Riwayat pelayanan kesehatan sebelumnya.
- Keanggotaan profesional.
- Keanggotaan asuransi pertanggung jawaban profesional.
- Partisipasi dalam program pemerintah (Medicare, Medicaid, dll).
- Terpidana tindakan kriminal sebelumnya (kejahatan, tindakan hukum ringan).
- Informasi kedisiplinan (perijinan, fasilitas hak istimewa, keanggotaan profesional, malpraktek).
- Berkas investigasi awal.

Yang penting, berkas investigasi komprehensif disempurnakan sebelum tuduhan kecurangan dibuat terhadap PPK. Walaupun demikian, ketika investigasi sudah lengkap dan kasus kecurangan telah dibuat, selanjutnya pejabat harus menyerahkan kasus ini kepada personel penegak hukum yang akan memutuskan apakah kasus akan dilanjutkan atau tidak ke pengadilan.

INVESTIGASI KECURANGAN

Perusahaan asuransi harus mempertimbangkan bahwa investigasi kecurangan penting dilakukan untuk melindungi mereka dan melindungi pemegang polis. Informasi penyelidikan dikumpulkan dengan beberapa cara, sebagai berikut:

- Wawancara.
- Pelepasan informasi untuk melihat respon dari pelaku kecurangan.
- Pencatatan informasi yang dikumpulkan.
- Bukti yang dikumpulkan.
- Pernyataan yang ditandatangani.
- Pengakuan.
- *Surveilans*.
- Operasi terselubung.
- Pembicaraan yang direkam.
- Kelompok kerja dan jaringan kerja.

6.15. CATATAN PUBLIK DAN SWASTA

Catatan-catatan berikut ini penting untuk membuktikan dan tidak membuktikan pernyataan kecurangan.

CATATAN MEDIS

Catatan medis mungkin sulit didapatkan oleh perusahaan asuransi, tetapi pencatatan pelayanan kesehatan merupakan syarat yang harus dipenuhi ketika penyampaian klaim. PPK mungkin tidak akan melepas catatan medis kepada pihak lain tanpa otoritas yang tepat. Hal ini sangat penting jika catatan berisi tentang rehabilitasi narkoba. Catatan rehabilitasi dan terapi narkoba dilindungi oleh pemerintah dan hanya dapat dilepas oleh perintah pengadilan atau persetujuan tertulis dari pasien.

CATATAN KEUANGAN

Catatan keuangan sangat berguna bagi penyelidik, jika ia bisa membuktikan kecurangan dengan mengikuti aliran uang yang terjadi. Catatan keuangan, cek yang dibatalkan, transfer, deposit elektronik dan catatan finansial lainnya dapat digunakan untuk menelusuri proses aliran skema kecurangan. Catatan rekening bank, dokumen pinjaman dan informasi instrumen keuangan lainnya, umumnya tidak akan diberikan tanpa otorisasi pelanggan.

INFORMASI ASURANSI

Informasi ini mungkin dapat menolong bila pemegang polis sedang berusaha mengumpulkan tagihan pembayaran dari sejumlah perusahaan asuransi.

6.16. PENGUMPULAN BUKTI

Langkah pertama pengumpulan bukti adalah menentukan jenis bukti apa yang dibutuhkan untuk membuktikan atau tidak membuktikan kemungkinan terjadi kecurangan. Bukti yang dibutuhkan untuk investigasi kecurangan pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

- formulir klaim.
- penjelasan manfaat (*explanation of benefits*).
- kuitansi tagihan.
- catatan medis.
- amplop dengan cap perangko.
- cek yang dibatalkan.
- catatan rumah sakit.
- catatan resep, obat resep.
- brosur marketing.
- audio dan video tape.
- catatan asuransi.
- pendapat telaah medis.
- pengakuan dan contoh tulisan tangan.

6.17. PELAPORAN INVESTIGASI

Laporan investigasi merupakan ringkasan dari investigasi yang lengkap. Bagian-bagian dari laporan penyelidikan dapat dimulai pada tahap investigasi aktif. Segmen ini (laporan wawancara atau lainnya) harus ditulis dengan lengkap ketika informasi masih segar di ingatan pemeriksa. Laporan harus objektif berdasarkan fakta.

Pelaporan investigasi selanjutnya harus berisi sebagai berikut:

LATAR BELAKANG

Bagian latar belakang memberikan ringkasan tentang suatu dugaan kecurangan dan bagaimana keluhan atau rujukan menjadi perhatian departemen investigasi. Bagian ini biasanya pendek dan diakhiri dengan penyelidikan dimulai.

SINOPSIS

Sinopsis adalah ringkasan padat dari investigasi. Ini biasanya ditulis secara kronologis, rujukan kumpulan bukti dan lampiran laporan. Bagian kunci dari penyelidikan harus disebutkan pada sinopsis dan informasi harus berhubungan dengan daftar dugaan pada latar belakang.

KEMUNGKINAN PELANGGARAN HUKUM

Laporan harus memasukkan daftar undang-undang yang kemungkinan dilanggar, karena ini akan memberikan ide atau informasi bagi agen lembaga penegak hukum tentang kemungkinan undang-undang atau peraturan pemerintah yang dilanggar tersangka.

DAFTAR SAKSI

Bagian daftar saksi memberikan nama, alamat dan nomor telepon setiap saksi serta pernyataan ringkas mengenai informasi yang merupakan kesaksian saksi. Ketika penyelidikan hanya melibatkan sedikit saksi, bagian ini bisa dihilangkan dan informasi saksi dapat disebutkan di dalam sinopsis.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran adalah bagian-bagian informasi yang dikumpulkan selama investigasi, seperti salinan bukti, laporan interview, dll. Setiap bukti yang digunakan pada penyelidikan untuk membuktikan/tidak membuktikan dugaan kecurangan harus dibuat daftar.

Kelima bagian laporan investigasi tersebut harus terpenuhi untuk rujukan kepada otoritas penegak hukum, otoritas hukum dan biro kecurangan asuransi.

6.18. KASUS KECURANGAN ASURANSI KESEHATAN

Berikut disampaikan beberapa bentuk kasus kecurangan asuransi kesehatan yang diambil dari beberapa pengalaman perusahaan asuransi kesehatan yang dapat disampaikan sebagai pelengkap pengertian pembaca tentang kecurangan (*fraud*).

Kasus 1

Dokter "T" yang berpraktek di Rumah Sakit "R" mengajukan klaim fiktif atas nama beberapa peserta dari perusahaan asuransi "I" sebesar kurang lebih Rp. 10.000.000.- atas biaya obat yang berulang-ulang dengan jenis penyakit yang berbeda.

Prosedur investigasi :

Dilakukan audit ulang oleh pihak ketiga yang ditunjuk oleh perusahaan asuransi "I" yaitu perusahaan asuransi "A", ditemukan bukti-bukti sebagai berikut :

- Setelah dicek di rumah sakit tidak ada perlakuan pengobatan terhadap peserta-peserta yang tersebut di dalam formulir klaim.
- Tanda tangan dalam kuitansi terbukti palsu.
- Jenis obat yang diberikan pada setiap peserta sama untuk setiap kelas umur dan jenis penyakit yang berbeda.

Kesimpulan :

Dokter tersebut melakukan kecurangan dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan.

Kasus 2

Karyawan A dari kelompok asuransi kesehatan mengajukan klaim ke perusahaan asuransi atas biaya pemeriksaan dan pengobatan rawat jalan di rumah sakit pada seorang dokter spesialis.

Kuitansi rumah sakit dalam bentuk photocopy. Biaya-biaya merupakan biaya gabungan antara biaya administrasi dan jasa dokter yang di luar standar harga tarif rumah sakit.

Prosedur investigasi

Dilakukan audit klaim dan disesuaikan dengan standar yang telah ditentukan oleh perusahaan asuransi, yaitu:

- Kuitansi harus asli
- Ada rincian biaya yang jelas untuk masing-masing item
- Biasanya sesuai dengan standar yang ada

Ketika klaim ini di investigasi lebih lanjut, unit klaim menghubungi pihak rumah sakit untuk meminta rincian biaya klaim. Rumah sakit mengirimkan salinan kuitansi dari klaim tersebut, ternyata tagihannya berbeda dengan nilai tagihan. Selanjutnya, hal yang sama dilakukan kepada apotik yang mengeluarkan kuitansi, ternyata kuitansi klaim tersebut palsu.

Kesimpulan:

Ada rencana pelaku untuk melakukan kecurangan dengan pemalsuan kuitansi untuk mendapatkan keuntungan dari pihak perusahaan asuransi.

Kasus 3

Seorang pria berumur 41 tahun membeli paket asuransi perorangan dengan bentuk *rider* (tambahan) berupa *hospitalization cash plan* pada bulan Maret 1977 dengan manfaat rawat inap dalam mata uang asing dolar Amerika. Pada pengisian aplikasi kepesertaan, didapatkan informasi bahwa kesehatan peserta baik dan tidak ada riwayat penyakit katastropik dan belum pernah mendapatkan perawatan rawat inap.

Dua tahun kemudian, peserta mengajukan klaim rawat inap di rumah sakit luar negeri selama 16 hari (tanggal 03/12/1999 sampai dengan 18/12/1999) dengan diagnosa dan semua tindakan operasi yang dilakukan dapat dijamin asuransi.

Prosedur investigasi:

Dilakukan audit klaim, terlihat adanya kejanggalan pada kuitansi seperti :

- Tampak tanggal keluar dari RS di retype dengan mesin ketik terlihat huruf yang berbeda dengan tulisan aslinya.
- Ujung struk kuitansi dimana semestinya tertera tulisan tanggal sudah dirobek

Unit klaim melakukan investigasi dengan menelepon ke rumah sakit meminta penjelasan tentang lama hari rawat inap, salinan tagihan dan resume medis. Rumah sakit memberikan respon yang baik dengan mengirimkan salinan tagihan. Dari pengamatan dokumen yang ada, terdapat indikasi sebagai berikut:

- Tanggal keluar dari rumah sakit telah dirubah
- Tanggal keluar pada struk *billing* rumah sakit telah dirobek, yang tidak sengaja tersobek tepat diantara angka 1 dan 8 sehingga seolah klaim bertanggal 18/12/1999. Hal ini dimaksudkan penagih agar dapat jaminan rawat inap selama 16 hari.

Kesimpulan

- Adanya rencana dari peserta untuk melakukan kecurangan dengan merekayasa *billing*.
- Kerja sama antara lembaga sektor terkait perlu dikembangkan untuk mengatasi fraud bersama-sama.

Kasus 4

Suatu perusahaan asuransi kesehatan menerima klaim dari peserta, wanita berumur 27 tahun dengan klaim karena penyakit *Thypoid Fever* dan rawat inap selama 14 hari. Paket asuransi kesehatan yang dibeli peserta memberi jaminan rawat inap yang melindungi kemungkinan risiko yang diderita oleh peserta.

Prosedur investigasi:

Unit klaim melakukan investigasi, diketahui kuitansi klaim berasal dari klinik bersalin yang tidak berhak melakukan rawat inap. Hasil investigasi, bidan mengakui bahwa biaya tersebut untuk persalinan dan bukan karena penyakit *Thypoid Fever*. Klaim rawat inap dengan penyakit tersebut dibuat atas permintaan pasien. Bidan tidak mengetahui efek yang ditimbulkan terhadap perusahaan asuransi.

Kesimpulan

- Peserta tidak berhak atas *maternity benefit*, tetapi ingin mendapatkan benefit dengan mempengaruhi orang lain untuk merubah kode penyakit.
- Masih banyak PPK yang tidak menyadari bahwa manipulasi klaim medis atas permintaan pasien dapat merugikan pihak lain.

6.19. KECENDERUNGAN KE DEPAN

Klaim asuransi kesehatan tradisional yang diolah secara manual, memberikan kesempatan pemeriksa klaim untuk meneliti berkas dokumen klaim untuk mendeteksi adanya penghapusan data, perubahan, atau modifikasi lain menjadi bentuk-bentuk yang dapat sebagai dasar untuk melakukan tindak kecurangan. Industri asuransi kesehatan berkembang, berubah dari cara mengajukan klaim menggunakan kertas menjadi cara mengajukan klaim secara

elektronik, asuransi kehilangan kemampuan untuk mendeteksi penipuan menggunakan cara lama dengan menelaah berkas kertas klaim.

Asuransi dan pembayar pihak ketiga lainnya perlu meningkatkan otomatisasi yang canggih untuk mendeteksi dan menyelidiki kecurangan. Sistem tersebut harus mampu menampung volume data yang besar, melakukan pencarian ekstensif pada basis data, dan menghadapi skema penipuan dan kecurangan yang lebih kompleks, licik, dan mahal. Mengingat menanggung risiko dana yang besar, penting sekali alat deteksi penipuan otomatis digunakan secara luas oleh industri asuransi.

Ada banyak pemain yang terlibat dalam proses deteksi kecurangan. Penanggung memperkuat ketahanannya untuk membayar perawatan kesehatan yang tidak masuk akal atau yang dipertanyakan. Pemerintah meningkatkan upaya untuk mengungkap dan mengadili mereka yang melakukan tindakan kecurangan. Kelompok penyedia pelayanan kesehatan dengan gigih memantau praktek-praktek anggota mereka terus menerus. Banyak para pemasok yang memasuki pasar untuk membantu bidang penyelidikan kecurangan dan penyalahgunaan tagihan biaya.

6.20. RINGKASAN

Penipuan atau kecurangan perawatan kesehatan sangat mahal bagi industri asuransi, yang pada akhirnya juga akan membebani konsumen. Demikian pula halnya dengan penyalahgunaan sistem perawatan kesehatan. Pada saat yang bersamaan, bahwa metode untuk melakukan kecurangan menjadi lebih kreatif, di lain pihak metode yang digunakan untuk memantau dan mengendalikan praktek yang dipertanyakan juga menjadi lebih canggih. Tampaknya perjuangan ini menunjukkan keberhasilan dalam hal menahan para PPK dan bertanggung untuk terlibat dalam tindakan penipuan pada klaim kesehatan. Namun, hanya melalui kewaspadaan dan kerjasama perusahaan asuransi, lembaga pemerintah, dan penyedia layanan kesehatan yang akan menjamin berkurangnya praktek-praktek ilegal.

6.21. ISTILAH KUNCI

- Abuse – Penyalahgunaan
- Artificial intelligence - Kecerdasan buatan
- Disability claims – Klaim disabilitas
- Fraud – Penipuan. Kecurangan
- Fuzzy logic - Logika fuzzy
- Genetic algorithm - Algoritma genetika
- Health insurance fraud and abuse – Kecurangan dan penyalahgunaan pada asuransi kesehatan
- Insured fraud and abuse – Kecurangan dan penyalahgunaan oleh tertanggung
- KUH Perdata pasal 1365 tentang Perbuatan Melanggar Hukum
- Link analysis - Analisa tautan
- National Association of Insurance Commissioners (NAIC)
- National Health Care Anti-Fraud Association (NHCAA)
- Neural networks - Jaringan saraf tiruan. Pengenalan pola
- Provider fraud and abuse – Kecurangan dan penyalahgunaan oleh penyedia pelayanan kesehatan
- Questionable medical practices – Praktek medis yang dipertanyakan
- Red flags - Tanda bahaya
- Special investigative units (SIU) – Satuan atau unit investigasi khusus
- Surveillance
- UU No. 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen

6.22. REFERENSI

1. America's Health Insurance Plans (AHIP), *Health Care Fraud: An Introduction to Detection, Investigation and Prevention*, edisi 2001.



Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia