

**Analisis Sistem Dan Prosedur Penagihan Klaim
Asuransi Kesehatan****Yeni Susanti***

* STIE La Tansa Mashiro, Rangkasbitung

Article Info**Abstract**

Keywords:*Accounting systems,
accounting procedures,
health insurance claims*

The purpose of research is to analyze the accounting systems and procedures for health insurance claims. Explorative study was conducted in Lebak Misi Hospital, which consists of 10 employees Lebak Misi Hospital and hypothesis test used in the study conducted by researchers at Lebak Misi Hospital is comparative or evaluation. The results indicate that the understanding of the contents of the agreement within the cooperation agreement by all relevant parts can prevent the occurrence of errors in service delivery and to avoid claim denials by health insurance.

Corresponding Author:
yeni.susanti@gmail.com

Tujuan penelitian adalah menganalisis sistem dan prosedur akuntansi terhadap klaim asuransi kesehatan. Penelitian eksploratif ini dilaksanakan di Rumah Sakit Misi Lebak, yang terdiri dari 10 orang karyawan Rumah Sakit Misi Lebak dan uji hipotesis yang digunakan dalam penelitian yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Misi Lebak adalah komparasi atau evaluasi. Hasil penelitian mengindikasikan bahwa pemahaman isi kesepakatan

dalam perjanjian kerjasama oleh semua bagian terkait dapat mencegah terjadinya kesalahan dalam pemberian pelayanan dan menghindari penolakan klaim oleh asuransi kesehatan.

©2013 JSAB. All rights reserved.

Pendahuluan

Salah satu upaya rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan administrasi dengan menjalin kerjasama dengan perusahaan asuransi kesehatan. Asuransi secara umum merupakan perjanjian antara penanggung (perusahaan asuransi) dengan tertanggung (peserta asuransi), dengan menerima premi dari tertanggung (peserta). Penanggung (perusahaan) berjanji akan membayar sejumlah pertanggungan ketika tertanggung mengalami kerugian (mengalami gangguan kesehatan/sakit) sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat antara tertanggung dan penanggung, karena tertanggung telah membayar premi kepada penanggung setiap bulannya.

Menurut Howart F. Stettler (Baridwan, 1981) sistem akuntansi adalah formulir-formulir, catatan-catatan, prosedur-prosedur, dan alat-alat yang digunakan untuk mengolah data mengenai usaha kesatuan ekonomis dengan tujuan untuk menghasilkan umpan balik dalam bentuk laporan-laporan yang diperlukan oleh manajemen untuk mengawasi usahanya, dan bagi pihak-pihak lain yang berkepentingan, seperti pemegang saham, kreditur, dan lembaga-lembaga pemerintahan untuk menilai hasil operasi.

Klaim menurut Ilyas (2006) adalah “suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan agar haknya dipenuhi.” Di Indonesia pengertian asuransi menurut undang-undang Nomor 1 tahun 1992 tentang Usaha Asuransi 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 dipertanggungkan.

Perjanjian asuransi tertuang dalam polis asuransi, dimana disebutkan syarat-syarat, hak-hak, kewajiban masing-masing pihak, jumlah uang yang dipertanggungkan dan jangka waktu asuransi. Jika dalam masa pertanggungkan terjadi resiko maka pihak asuransi akan membayar sesuai dengan perjanjian yang telah dibuat dan ditandatangani bersama sebelumnya (Kasmir, 2003).

Konsep pendapatan sulit dirumuskan karena pada umumnya pendapatan dikaitkan dengan prosedur akuntansi tertentu, jenis perubahan nilai tertentu dan kaidah implisit atau diasumsikan untuk menetapkan kapan pendapatan harus dilaporkan.

Definisi pendapatan menurut beberapa ahli sebagai berikut:

1. Menurut PSAK nomor 23 paragraf 6 adalah sebagai berikut:
Pengertian Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas normal perusahaan selama suatu periode bila arus masuk itu mengakibatkan kenaikan ekuitas yang tidak berasal dari kontribusi penanaman modal.
2. Menurut *Financial Accounting Standard Board* yang dikutip oleh Harahap (1999), Definisi pendapatan adalah arus masuk atau peningkatan nilai aset dari suatu entitas atau penyelesaian kewajiban dari entitas atau gabungan dari keduanya selama periode tertentu yang berasal dari penyerahan/produksi barang, pemberian jasa atas pelaksana kegiatan lainnya yang merupakan kegiatan utama perusahaan yang sedang berjalan.

Pada umumnya konsep pendapatan belum dirumuskan dengan jelas dalam kepustakaan akuntansi, terutama karena pendapatan biasanya dibahas dalam kaitannya dengan pengukuran serta saat pencatatannya dalam konteks sistem tata buku berpasangan. Akan tetapi, sifat dasar kegiatan pendapatan dan atributnya yang relevan haruslah diselidiki sebelum masalah pengukuran dan saat pencatatan dipecahkan.

Tujuan penelitian ini berfokus pada arus masuk aktiva sebagai hasil kegiatan operasi perusahaan dan yang lainnya berfokus pada penciptaan barang dan jasa oleh perusahaan serta penyalurannya kepada konsumen atau produsen lainnya. Jadi, pendapatan dianggap sebagai arus masuk aktiva bersih atau sebagai arus ke luar barang dan jasa.

Hipotesis penelitian ini bahwa pemahaman isi kesepakatan dalam perjanjian kerjasama oleh semua bagian terkait dapat mencegah terjadinya kesalahan dalam pemberian pelayanan dan menghindari penolakan klaim oleh asuransi kesehatan.

Metodologi Penelitian

Metode penelitian yang digunakan oleh penulis dalam penelitian ini yaitu metode study kasus, yaitu penelitian yang diadakan oleh penulis untuk memperoleh fakta-fakta dari kondisi yang ada dan mencari keterangan-keterangan secara aktual dalam proses tersebut mulai dari proses awal sampai dengan pembayaran klaim asuransi. Sedangkan tujuan dari metode study kasus adalah untuk mencari informasi faktual yang mendetail tentang gejala yang ada, untuk mengidentifikasi masalah-masalah atau mendapatkan keadaan atau praktek yang sedang berlangsung, untuk membuat komporasi atau evaluasi, dan untuk mengetahui apa yang dikerjakan oleh orang lain dalam menangani masalah atau situasi yang sama agar dapat belajar dan dapat membuat keputusan di masa depan.

Hasil Penelitian dan Pembahasan

Dalam melakukan penagihan klaim asuransi kesehatan banyak bagian-bagian yang terkait, dimana setiap masing-masing bagian memiliki tugas dan tanggungjawab serta wewenang. Bagian-bagian tersebut antara lain adalah:

1. Bagian Kasir

Bagian kasir adalah bagian yang menerima nota-nota dan formulir klaim yang telah diisi oleh bagian pelayanan/ dokter.

2. Bagian Administrasi Pasien Rekanan

Bagian yang mencatat, merekap dan melengkapi dokumen yang dibutuhkan untuk penagihan klaim.

3. Bagian Keuangan

Bagian keuangan yang dimaksud disini adalah Kepala Seksi Keuangan yang melakukan pengecekan klaim dan dokumen pendukung klaim.

4. Bagian Sekretariat

Bagian sekretariat adalah bagian yang melakukan pengiriman klaim ke perusahaan asuransi kesehatan.

5. Bagian Akuntansi

Bagian ini bertugas untuk mencatat klaim asuransi kesehatan kedalam kartu piutang, serta mencatat tanggal pembayaran piutang, dan melaporkan kepada bagian keuangan/pembayaran.

Formulir/Dokumen yang Diperlukan Dalam Penagihan Klaim Asuransi Kesehatan:

1. Perjanjian kerjasama.

Kesepakatan antara kedua belah pihak yang saling menguntungkan dengan melaksanakan segala hak dan kewajibannya.

2. Formulir klaim.

Formulir yang diterbitkan oleh perusahaan asuransi untuk dilengkapi oleh rumah sakit (provider) dan merupakan bukti transaksi setelah ditanda tangani oleh peserta yang namanya disebut pada kartu peserta atau pada surat jaminan. Formulir klaim ini akan dikirimkan kepada perusahaan asuransi disertai dengan dokumen pendukung lainnya.

3. Resume medis.

Ringkasan riwayat penyakit dan tindakan dan atau pengobatan yang diberikan kepada peserta selama dirawat. Resume medis diisi dengan benar sesuai dengan apa yang dilihat, diperiksa, tindakan yang dilakukan pengobatan yang

diberikan dan tidak ada keterangan lain yang disembunyikan. Resume medis wajib ditandatangani oleh dokter yang merawat.

4. Perincian penggunaan obat dan alat kesehatan.

Formulir yang berisi rincian penggunaan obat dan alat kesehatan selama pasien dalam perawatan.

5. Kwitansi.

Bukti pembayaran yang sah.

6. Nota.

Jumlah biaya yang harus dibayar oleh pasien baik yang berasal dari pelayanan medis maupun penunjang medis.

7. Resep.

Permintaan tertulis dari dokter kepada apoteker pengelola instalasi farmasi untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi penderita sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

8. Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, Fisioterapi)

Formulir yang berisi kesimpulan/nilai yang didapat dari hasil pemeriksaan penunjang.

Catatan akuntansi yang digunakan dalam Prosedur Penagihan Klaim Asuransi Kesehatan pada Rumah Sakit Misi Lebak adalah: (1) Jurnal, (2) Buku Besar Piutang, (3) Laporan Keuangan.

Klaim (*Claim*) berfungsi melakukan verifikasi berkas klaim peserta untuk memenuhi perjanjian kontrak apakah klaim tersebut layak bayar atau tidak. Verifikasi klaim adalah penilaian kelayakan dan kelaikan suatu klaim dilihat dari aspek medis ataupun non medis. Referensi yang digunakan dalam proses verifikasi adalah perjanjian kerjasama antara asuransi kesehatan dengan rumah sakit (*provider*) dan buku tarif rumah sakit/tarif yang telah disepakati.

Klaim yang diajukan oleh provider meliputi beragam dokumentasi antara lain: formulir klaim yang dikeluarkan oleh asuransi, foto copy kartu peserta, foto copy kartu identitas, resep, nota-nota, hasil pemeriksaan penunjang medis,

jaminan dari asuransi, resume medis, rincian tagihan, kwitansi asli. Dokumen klaim yang diajukan provider kepada pihak perusahaan asuransi harus lengkap, menyangkut semua informasi mengenai peristiwa yang menyebabkan peserta mengalami perawatan di rumah sakit. Prosedur penagihan klaim asuransi kesehatan, sebagai berikut:

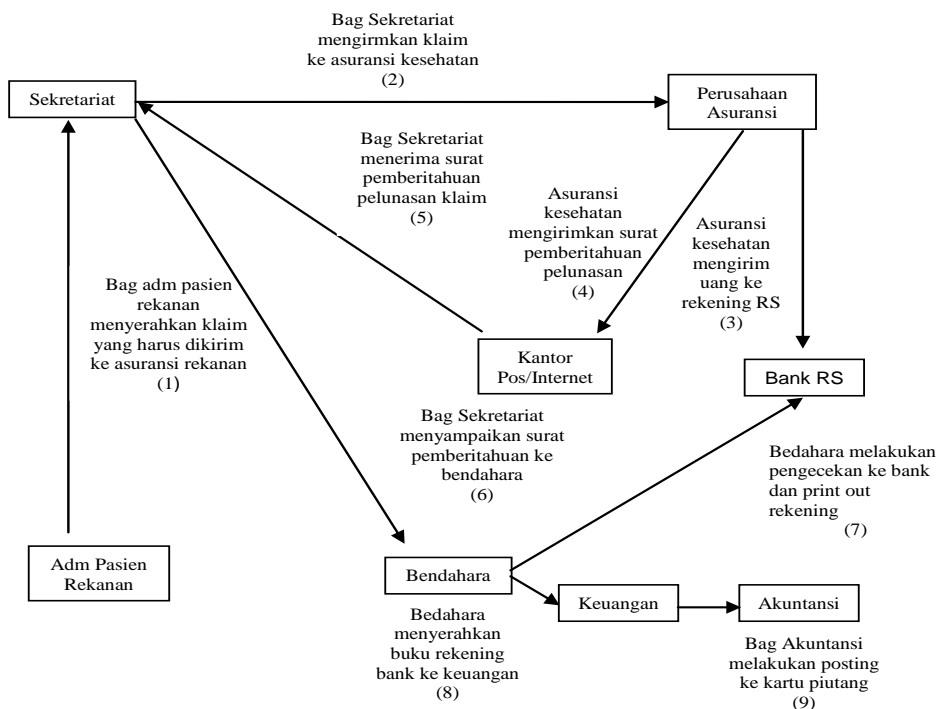
- a) Petugas administrasi pasien menerima nota-nota dan atau kartu kendali beserta dokumen pendukung dari bagian kasir. Petugas mengecek kembali kebenaran dan kelengkapan data sebagai syarat untuk penagihan. Bila ditemukan data-data yang tidak lengkap atau kesalahan data maka petugas administrasi pasien akan menghubungi bagian terkait. Setelah semua data dinyatakan lengkap, petugas akan mencatat dan membukukan dalam buku harian masing-masing asuransi kesehatan.
- b) Penagihan dilakukan dua kali dalam setiap bulannya, yakni setiap tanggal 15 dan tanggal 30 (akhir bulan). Petugas administrasi pasien membuat rekap klaim serta melengkapi semua dokumen pendukung klaim antara lain: formulir klaim, resume medis, nota-nota, resep, hasil pemeriksaan penunjang, perincian pemakaian obat dan alat kesehatan, kwitansi.
- c) Bila semua berkas klaim telah lengkap, petugas administrasi pasien akan menyerahkan ke Kepala Seksi Keuangan untuk diperiksa. Bila ditemukan kesalahan maka klaim diserahkan kembali ke petugas administrasi pasien untuk diperbaiki, namun bila klaim dinyatakan sudah lengkap maka klaim di serahkan ke bagian sekretariat untuk dikirim ke perusahaan asuransi.

Tabel 1
Penagihan Klaim Tahun 2007 – 2011

No.	Bulan	Tahun				
		2007 (Rp)	2008 (Rp)	2009 (Rp)	2010 (Rp)	2011 (Rp)
1	Januari	79.549.964	153.283.535	213.432.850	190.580.630	344.177.808
2	Februari	128.739.519	156.841.658	231.531.110	201.904.250	259.643.812
3	Maret	176.426.872	224.918.317	191.497.800	250.749.474	238.689.326
4	April	133.175.883	203.062.369	205.326.936	241.268.367	220.234.423
5	Mei	122.960.288	181.871.958	187.461.800	284.261.244	261.953.971
6	Juni	150.090.466	188.675.210	117.691.300	154.532.395	328.608.076
7	Juli	136.254.595	228.845.770	147.685.500	241.963.736	327.112.942
8	Agustus	103.250.962	119.570.850	138.080.920	286.063.297	236.297.969
9	September	109.269.585	144.871.590	148.047.860	228.025.401	220.370.454
10	Oktober	102.725.733	156.409.305	181.719.829	327.587.844	298.157.562
11	November	153.775.601	233.389.520	245.297.115	323.084.992	316.273.761
12	Desember	163.373.365	118.699.576	193.961.300	223.883.016	383.445.279
TOTAL		1.559.592.833	2.110.439.658	2.201.734.320	2.953.904.646	3.434.965.383

Sumber : Data RS Misi Lebak

Menurut sistem pengendalian intern yang memadai, semua penerimaan kas dari debitur harus dalam bentuk cek atas nama atau giro bilyet. Penerimaan kas dari debitur dalam bentuk uang tunai memberikan peluang bagi penagih perusahaan melakukan penyelewengan kas dari hasil penagihan.



Sumber : Sistem dan Prosedur Akuntansi RS Misi Lebak

Gambar 1. Proses Klaim Asuransi Kesehatan

Tabel 2
Pembayaran Klaim Tahun 2007 – 2011

No	Bulan	Tahun				
		2007 (Rp)	2008 (Rp)	2009 (Rp)	2010 (Rp)	2011 (Rp)
1	Januari	79.549.900	145.000.500	210.560.300	175.989.600	344.175.000
2	Februari	128.730.500	153.845.050	225.650.450	185.698.250	255.698.300
3	Maret	175.986.300	224.900.300	189.687.600	249.890.350	236.689.300
4	April	130.525.600	199.650.300	198.568.200	240.250.400	220.159.650
5	Mei	122.950.300	175.890.500	174.658.900	283.298.500	261.900.250
6	Juni	135.625.000	185.650.300	115.989.650	146.500.350	325.632.300
7	Juli	136.200.000	220.750.200	146.890.400	241.000.900	326.985.650
8	Agustus	100.560.350	115.632.900	138.000.900	286.000.150	233.985.400
9	September	106.425.550	143.598.300	138.659.400	226.395.400	220.350.400
10	Oktober	100.350.250	150.982.450	181.659.300	326.846.250	298.150.000
11	November	153.700.600	230.620.500	245.290.000	323.000.200	315.689.350
12	Desember	163.373.300	117.900.650	193.960.000	220.890.000	382.478.500
TOTAL		1.533.977.650	2.064.421.950	2.159.575.100	2.905.760.350	3.421.894.100

Sumber: Data RS Misi Lebak

Kebijakan penagihan dan pembayaran klaim asuransi kesehatan di rumah sakit misi lebak:

1. Penagihan klaim dilakukan dua kali dalam 1 (satu) bulan yaitu tanggal 15 dan 30 dalam bulan.
2. Kelengkapan penagihan klaim yakni rekap tagihan/klaim, formulir klaim, resume medis, nota-nota, resep, hasil pemeriksaan penunjang, perincian pemakaian obat dan alat kesehatan, kwitansi.
3. Pembayaran klaim asuransi kesehatan sesuai dengan tarif yang berlaku di rumah sakit.
4. Pembayaran dilakukan oleh perusahaan asuransi kesehatan dalam waktu secepatnya 14 (empat belas) hari kerja dan selambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja sejak penagihan diterima dan dinyatakan lengkap.
5. Pembayaran dilakukan dengan cara transfer ke rekening milik Rumah Sakit Misi Lebak.
6. Apabila perusahaan asuransi kesehatan tidak melakukan pembayaran sesuai ketentuan maka rumah sakit akan menghubungi asuransi kesehatan via

telepon dan bila tidak ada tanggapan akan diberikan surat pemberitahuan yang di dalamnya dituangkan batas waktu pelunasan.

7. Bila perusahaan asuransi kesehatan mengabaikan surat pemberitahuan piutang kesehatan, maka rumah sakit akan memperlakukan pasien asuransi kesehatan sebagai pasien umum.
8. Bila dalam waktu 2 (dua) bulan asuransi kesehatan tidak melunasi sisa piutang, maka rumah sakit akan memutuskan kerjasama dengan catatan asuransi kesehatan tetap harus menyelesaikan kewajiban kepada rumah sakit.

Tabel 3
Prosentase Penagihan Klaim Terhadap Pembayaran Klaim
Tahun 2007

No.	Bulan	Klaim	Pembayaran	%
1	Januari	79.549.964	79.549.900	100 %
2	Februari	128.739.519	128.730.500	99,99 %
3	Maret	176.426.872	175.986.300	99,75 %
4	April	133.175.883	130.525.600	98,01 %
5	Mei	122.960.288	122.950.300	99,99 %
6	Juni	150.090.466	135.625.000	90,36 %
7	Juli	136.254.595	136.200.000	99,96 %
8	Agustus	103.250.962	100.560.350	97,39 %
9	September	109.269.585	106.425.550	97,40 %
10	Oktober	102.725.733	100.350.250	97,69%
11	November	153.775.601	153.700.600	99,95%
12	Desember	163.373.365	163.373.300	100%
TOTAL		1.559.592.833	1.533.977.650	98,36 %

Sumber : Data RS Misi Lebak

Analisa klaim dengan pembayaran tahun 2007:

- a) Jumlah total klaim Rp. 1.559.592.833,- pendapatan yang diterima atas pelunasan klaim Rp. 1.533.977.650,- prosentase pelunasan sebesar 98,36 %.
- b) Pada tahun 2007 prosentase pembayaran klaim tidak mencapai 100 % karena adanya biaya yang tidak dijamin oleh asuransi kesehatan, hal ini disebabkan karena masih kurangnya ketelitian SDM dan tidak dipatuhinya kebijakan manajemen.

Tabel 4
Prosentase Penagihan Klaim Terhadap Pembayaran Klaim
Tahun 2008

No.	Bulan	Klaim	Pembayaran	%
1	Januari	153.283.535	145.000.500	94,60 %
2	Februari	156.841.658	153.845.050	98,09 %
3	Maret	224.918.317	224.900.300	99,99 %
4	April	203.062.369	199.650.300	98,32 %
5	Mei	181.871.958	175.890.500	96,71 %
6	Juni	188.675.210	185.650.300	98,40 %
7	Juli	228.845.770	220.750.200	96,46 %
8	Agustus	119.570.850	115.632.900	96,71 %
9	September	144.871.590	143.598.300	99,12 %
10	Oktober	156.409.305	150.982.450	96,53 %
11	November	233.389.520	230.620.500	98,81 %
12	Desember	118.699.576	117.900.650	99,33 %
TOTAL		2.110.439.658	2.064.421.950	97,82 %

Sumber : Data RS Misi Lebak

Analisa klaim dengan pembayaran tahun 2008:

- a) Jumlah total klaim Rp. 2.110.439.658,- pendapatan yang diterima atas pelunasan klaim Rp. 2.064.421.950,- prosentase pelunasan sebesar 97,82 %.
- b) Pada tahun 2008 prosentase pembayaran klaim mengalami penurunan jika dibandingkan dengan prosentase pembayaran klaim tahun 2007, hal ini disebabkan karena adanya resep obat-obatan dan tindakan medis yang tidak dijamin oleh asuransi kesehatan.

Tabel 5
Prosentase Penagihan Klaim Terhadap Pembayaran Klaim
Tahun 2009

No.	Bulan	Klaim	Pembayaran	%
1	Januari	213.432.850	210.560.300	98,65 %
2	Februari	231.531.110	225.650.450	97,46 %
3	Maret	191.497.800	189.687.600	99,05 %
4	April	205.326.936	198.568.200	96,71 %
5	Mei	187.461.800	174.658.900	93,17 %
6	Juni	117.691.300	115.989.650	98,55 %
7	Juli	147.685.500	146.890.400	99,46 %
8	Agustus	138.080.920	138.000.900	99,94 %
9	September	148.047.860	138.659.400	93,66 %
10	Oktober	181.719.829	181.659.300	99,97 %
11	November	245.297.115	245.290.000	100 %
12	Desember	193.961.300	193.960.000	100 %
TOTAL		2.201.734.320	2.159.575.100	98,09 %

Sumber : Data RS Misi Lebak

Analisa klaim dengan pembayaran tahun 2009:

- a) Jumlah total klaim Rp. 2.201.734.320,- pendapatan yang diterima atas pelunasan klaim Rp. 2.159.575.100,- prosentase pelunasan sebesar 98,09 %.
- b) Pada tahun 2009 prosentase pembayaran klaim mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan prosentase pembayaran klaim tahun 2008, hal ini disebabkan ada ketelitian SDM dalam menangani administrasi/kelengkapan dokumen penagihan asuransi kesehatan.

Tabel 6
Prosentase Penagihan Klaim Terhadap Pembayaran Klaim
Tahun 2010

No.	Bulan	Klaim	Pembayaran	%
1	Januari	190.580.630	175.989.600	92,34 %
2	Februari	201.904.250	185.698.250	91,97 %
3	Maret	250.749.474	249.890.350	99,66 %
4	April	241.268.367	240.250.400	99,58 %
5	Mei	284.261.244	283.298.500	99,66 %
6	Juni	154.532.395	146.500.350	94,80 %
7	Juli	241.963.736	241.000.900	99,60 %
8	Agustus	286.063.297	286.000.150	99,98 %
9	September	228.025.401	226.395.400	99,29 %
10	Oktober	327.587.844	326.846.250	99,77 %
11	November	323.084.992	323.000.200	99,97 %
12	Desember	223.883.016	220.890.000	98,66 %
TOTAL		2.953.904.646	2.905.760.350	98,37 %

Sumber : Data RS Misi Lebak

Analisa klaim dengan pembayaran tahun 2010:

- a) Jumlah total klaim Rp. 2.953.904.646,- pendapatan yang diterima atas pelunasan klaim Rp. 2.905.760.350,- prosentase pelunasan sebesar 98,37 %.
- b) Pada tahun 2010 prosentase pembayaran klaim mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan prosentase pembayaran klaim tahun 2009, hal ini disebabkan adanya ketelitian SDM dalam pemberian resep obat dan tindakan medis kepada pasien asuransi kesehatan.

Tabel 7
Prosentase Penagihan Klaim Terhadap Pembayaran Klaim
Tahun 2011

No.	Bulan	Klaim	Pembayaran	%
1	Januari	344.177.808	344.175.000	100 %
2	Februari	259.643.812	255.698.300	98,48 %
3	Maret	238.689.326	236.689.300	99,16 %
4	April	220.234.423	220.159.650	99,97 %
5	Mei	261.953.971	261.900.250	99,98 %
6	Juni	328.608.076	325.632.300	99,09 %
7	Juli	327.112.942	326.985.650	99,96 %
8	Agustus	236.297.969	233.985.400	99,02 %
9	September	220.370.454	220.350.400	99,99 %
10	Oktober	298.157.562	298.150.000	100 %
11	November	316.273.761	315.689.350	99,82 %
12	Desember	383.445.279	382.478.500	99,75 %
TOTAL		3.434.965.383	3.421.894.100	99,62 %

Sumber : Data RS Misi Lebak

Analisa klaim dengan pembayaran tahun 2011:

- a) Jumlah total klaim Rp. 3.434.965.383,- pendapatan yang diterima atas pelunasan klaim Rp. 3.421.894.100,- prosentase pelunasan sebesar 99,62 %.
- b) Pada tahun 2011 prosentase pembayaran klaim mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan prosentase pembayaran klaim tahun 2010, hal ini disebabkan ada ketelitian SDM dan penambahan SDM dalam menangani administrasi pasien asuransi kesehatan serta dilaksanakannya kebijakan manajemen.

Tabel 8
Penagihan Klaim dan Pembayaran Selama 5 (lima) Tahun
Tahun 2007 – 2011

No	Tahun	Klaim	Pembayaran	%
1	2007	1.559.592.833	1.533.977.650	98,36 %
2	2008	2.110.439.658	2.064.421.950	97,82 %
3	2009	2.201.734.320	2.159.575.100	98,09 %
4	2010	2.953.904.646	2.905.760.350	98,37 %
5	2011	3.434.965.383	3.421.894.100	99,62 %
TOTAL		12.260.636.840	12.085.629.150	98,57 %

Sumber : Data RS Misi Lebak

Berdasarkan data tersebut diatas, trend klaim yang dibayar oleh perusahaan asuransi kesehatan tiap tahun mengalami peningkatan.

Simpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan bahwa pemahaman isi kesepakatan dalam perjanjian kerjasama oleh semua bagian terkait dapat mencegah terjadinya kesalahan dalam pemberian pelayanan dan menghindari penolakan klaim oleh asuransi kesehatan.

Daftar Pustaka

- Adikoesoemo, Suparto. (2002). *Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan
- Baridwan, Zaki. (2000). *Intermediate Accounting*. Yogyakarta : BPFE
- Baridwan, Zaki. (1991). *Sistem Akuntansi Penyusunan Prosedur dan Metode*. Yogyakarta : BPFE
- Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. (2003). *Pedoman Akuntansi RS*. Jakarta.
- Harahap, Sofyan Syafri. (2004). *Akuntansi Aktiva Tetap*. Jakarta: PT. Raja Grafindo.
- Ilyas, Yaslis. (2006). *Mengenal Asuransi Kesehatan*. Edisi 2. Jakarta : CV Usaha Prima
- Kasmir. (2003). *Bank dan Lembaga Keuangan Lainnya*. Edisi 6. Jakarta : PT RajaGrafindo Persada
- Mulyadi. (1997). *Sistem Akuntansi*. Edisi 3. Jakarta : Salemba Empat
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Rumah Sakit Misi Lebak. (2005). *Pedoman Sistem Akuntansi dan Keuangan*. Rangkasbitung
- Sinaga, Marianus. (1993). *Teori Akuntansi*. Jakarta : Penerbit Erlangga
- STIE La Tansa Mashiro. (2011). *Panduan Penulisan Skripsi*. Rangkasbitung
- Undang – Undang RI No. 1 tahun 1992
- Undang – Undang RI No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- Yayasan Yatna Yuana. (2003). *Sistem dan Prosedur Akuntansi RS Misi Lebak*. Bogor.