

FAKTOR PENYEBAB ADANYA SELISIH JUMLAH ANTARA PENGAJUAN DENGAN PENYETUJUAN KLAIM JAMINAN SOSIAL KESEHATAN PUSKESMAS SEKOTA PALEMBANG PADA MARET 2009

Uca Ayu Frama Diesty , Misnaniarti , Asmaripa Ainy

Abstract

The claim proposal toward the health patient service of social health insurance proposed by Palembang Community Health Center to the Palembang City Health Office. From 38 health center Palembang City just there are six community health center that there is no difference between proposal and approval claim social health insurance community health center on March 2009. The objectives of this study was to find out the causal factors of the difference between the number of the claim proposal of social health insurance and the approval from Palembang City Health Office.

This study was a descriptive research with a qualitative approach. The method used in this study was indepth interview and observation. To see the validity information got, validity test used is triangulasi and than the result presented by naration form.

The result showed that the difference number of social health insurance claim of community health center was influenced by 3 factors, they were administrative involvement, administrative service, and administrative finance. In administrative involvement there are 263 patients, administrative service there are 87 patients, and administrative finance there are 139 patients from 70.657 patients social health insurance on March 2009. The different number in administrative involvement caused data was not complete, in administrative service caused measure and diagnosis nothing or not suitable, in administrative finance caused measure cost was remanded not suitable with territory regulation (Perda) or lack ticket.

The suggestion of this study was the socialization to community health center should be done comprehensively to all community health center officers, particularly to health center related to social health insurance program so that they would understand about how the proposal claim could be approved by Palembang City Health Office.

Key words: claim, Social Health Insurance

Reference: 24, 1996-2009

Abstrak

Pengajuan klaim terhadap pelayanan kesehatan pasien jaminan sosial kesehatan (Jamsoskes) diajukan oleh puskesmas sekota Palembang kepada dinas kesehatan Kota Palembang. Dari 38 puskesmas Kota Palembang hanya terdapat enam puskesmas yang tidak ada selisih antara pengajuan dengan penyetujuan klaim jamsoskes puskesmas pada Maret 2009. Tujuan Penelitian ini untuk mengetahui faktor penyebab adanya selisih jumlah antara pengajuan klaim jamsoskes puskesmas dengan klaim yang disetujui Dinas Kesehatan Kota Palembang.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam serta observasi. Untuk melihat keabsahan informasi yang didapatkan, uji validitas yang digunakan adalah triangulasi kemudian hasilnya akan disajikan dalam bentuk narasi.

Hasil penelitian menunjukkan selisih jumlah klaim jaminan sosial kesehatan puskesmas dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan administrasi keuangan. Pada administrasi kepesertaan sebanyak 263 pasien, administrasi pelayanan sebanyak 87 pasien, dan administrasi keuangan 139 pasien dari 70.657 pasien jamsoskes pada Maret 2009. selisih jumlah dalam administrasi kepesertaan disebabkan identitas atau data tidak lengkap, dalam administrasi pelayanan disebabkan tindakan atau diagnosis tidak ada atau tidak sesuai, dalam administrasi keuangan disebabkan biaya tindakan yang diajukan tidak sesuai dengan Peraturan Daerah (Perda) atau terjadi kekurangan karcis

Sebaiknya sosialisasi kepada puskesmas dilakukan secara komprehensif kepada petugas puskesmas terutama yang kepada petugas puskesmas yang berhubungan dengan program jaminan sosial kesehatan sehingga mereka lebih paham tentang bagaimana pengajuan klaim bisa disetujui seluruhnya oleh dinas kesehatan Kota Palembang.

Kata Kunci : Klaim, Jaminan Sosial Kesehatan

Kepustakaan : 24, 1996-2009

Pendahuluan

Tingginya biaya pelayanan kesehatan di Indonesia saat ini merupakan masalah yang sangat serius karena sangat membebani masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan sehingga perlu dicarikan jalan keluarnya⁴. Untuk itu, dikembangkan berbagai jaminan kesehatan berupa asuransi kesehatan (Askes), asuransi sosial angkatan bersenjata republik Indonesia (Asabri), jaminan sosial tenaga kerja (Jamsostek), jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas)².

Di Provinsi Sumatera Selatan program jaminan pemeliharaan kesehatan baru mencakup sekitar 47,10% dari jumlah penduduk, Sedangkan 52,90% lagi belum ada jaminan pemeliharaan kesehatannya. Dengan dasar tersebut pemerintah Provinsi Sumatera Selatan menyelenggarakan program jaminan sosial kesehatan (Jamsoskes) Sumatera Selatan Semesta agar setiap penduduk provinsi Sumatera Selatan memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan.

Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan. Verifikasi pelayanan di Puskesmas dilaksanakan oleh tim pengelola jaminan sosial kesehatan Sumatera Selatan semesta Kabupaten/Kota.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Palembang tahun 2009, Dari 38 Puskesmas Kota Palembang yang mengajukan klaim jamsoskes kepada Dinas Kesehatan Kota Palembang pada bulan Maret 2009 hanya terdapat enam puskesmas yang pengajuan klaimnya tidak ada selisih antara pengajuan klaim dengan klaim yang disetujui, yaitu puskesmas OPI, Puskesmas Talang Ratu, Puskesmas Bukit Sangkal, Puskesmas Kalidoni, Puskesmas Sei Selincah dan puskesmas Pundi Kayu, Sedangkan 32 puskesmas lainnya masih terdapat selisih antara klaim yang diajukan puskesmas dengan hasil verifikasi oleh tim verifikator Dinkes Kota Palembang sehingga pengajuan klaim puskesmas tidak bisa dibayar seluruhnya.

Klaim yang tidak disetujui pada bulan Maret berkisar antara Rp2.000,00 di Puskesmas Terapung hingga Rp255.000,00 di Puskesmas Makrayu. Total selisih antara klaim yang diajukan 38 puskesmas dengan klaim yang disetujui sebesar Rp1.899.500,00 dengan rincian pengajuan klaim sebesar Rp176.274.500,00 sedangkan klaim yang disetujui hanya sebesar Rp 174.375.000,00.

Adanya selisih jumlah klaim ini tentu saja sangat mempengaruhi kinerja puskesmas karena 38 puskesmas Kota Palembang sudah menjadi puskesmas swakelola sejak tahun 2009, yaitu satuan unit kerja daerah yang untuk keperluan operasionalnya diberi wewenang untuk menggunakan penerimaan fungsional secara langsung sehingga apabila dana pengajuan klaim puskesmas tidak dibayarkan seluruhnya maka akan menghambat kegiatan operasional puskesmas pada bulan selanjutnya.

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Sumber informasi dalam penelitian ini adalah informan yang berjumlah delapan orang. Informan yang dipilih ini adalah orang yang ikut atau terlibat dalam penyetujuan jumlah klaim Jamsoskes yang diajukan oleh Puskesmas.

Unit analisis dalam penelitian ini adalah tim verifikator Dinkes Kota Palembang beserta hasil verifikasi data klaim jamsoskes sekota Palembang pada bulan Maret 2009.

Validitas data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain³. Teknik triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini, adalah Triangulasi sumber Yaitu menguji kredibilitas data dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber⁵, dalam penelitian ini penelitian dilakukan dengan cara membandingkan dan melakukan *crosscheck* antara informasi yang diperoleh dari informan dengan observasi langsung dan arsip yang ada. Triangulasi metode, dalam penelitian ini metode yang digunakan adalah wawancara mendalam dan observasi. Triangulasi Data atau penyidik, dalam penelitian ini peneliti melakukan pengecekan data bersama pengajar fakultas kesehatan masyarakat khususnya pengajar di bagian administrasi dan kebijakan kesehatan.

Hasil Penelitian dan Pembahasan

Dalam administrasi kepesertaan Verifikator melakukan pengecekan dan penilaian terhadap keabsahan peserta yaitu penggunaan KTP atau KK oleh pasien¹. Berdasarkan hasil observasi Verifikator melakukan verifikasi administrasi kepesertaan dengan mengacu kepada langkah langkah yang ada dalam protap yaitu memeriksa nama pasien apakah ada dobel nama, nomor

KTP/KK/Surat keterangan domisili, alamat pasien jika dari luar Palembang harus dilengkapi fotokopi, tanda tangan pasien, kesesuaian dan kelengkapan data pasien pada lembar F1 dan F2.

Selisih dalam administrasi kepesertaan dipengaruhi oleh Dobel nama atau dua kali berobat pada hari yang sama, F1 dan F2 nya tidak cocok, Identitas atau data tidak lengkap, Pasien tidak didukung KTP/KK/Surat keterangan domisili, Pasien dari luar Provinsi Sumatera Selatan, Ada karcis tetapi pasien tidak terdaftar. Pada Maret 2009 terdapat pada 27 puskesmas yang memiliki kesalahan atau Ketidaksesuaian dalam administrasi kepesertaan yaitu sebanyak 263 pasien dari 70.657 pasien.

Dalam administrasi pelayanan, verifikator melakukan pengecekan dan penilaian kebenaran administrasi pelayanan medik dengan melihat diagnosis¹. Berdasarkan hasil observasi verifikasi administrasi pelayanan yang harus dilakukan adalah periksa diagnosa dan tindakan pada format F2, apakah berhubungan dan sesuai kebutuhan.

Penyebab adanya selisih dalam administrasi pelayanan adalah Tindakan tidak sesuai atau tidak sinkron dengan diagnosis, Diagnosis tidak jelas atau tidak spesifik, Tidak ada diagnosis, Tindakan medis yang diragukan. Pada Maret 2009 terdapat 18 puskesmas yang memiliki kesalahan atau ketidaksesuaian dalam administrasi pelayanan sebanyak 87 pasien dari 70.657 pasien.

Dalam administrasi keuangan dilakukan pengecekan dan penilaian terhadap total pembiayaan dalam rekapitulasi yang diajukan selanjutnya membandingkan dengan tarif¹. Aturan tentang pelaksanaan verifikasi administrasi keuangan terdapat dalam protap yaitu Mengecek kebenaran diagnosa dan tindakan medis/pemeriksaan penunjang sesuai tarif peraturan daerah (perda) dan merupakan tindakan yang *live saving*, Periksa kelengkapan jumlah karcis yang dilampirkan bahwa Jumlah karcis retribusi harus sama dengan jumlah pasien begitu juga dengan karcis tindakan, Periksa format F3 apakah jumlah dan nomor seri karcis sesuai dengan yang dilampirkan.

Penyebab selisih administrasi keuangan disebabkan oleh Tidak ada Karcis Retribusi, Tidak ada karcis tindakan, Tindakan yang tidak diklaim dalam program jamsoskes karena bukan merupakan tindakan terapi seperti tindik dan membersihkan karang gigi, Biaya tindakan tidak sesuai tarif perda, Tindakan hanya pemberian obat, Tindakan tidak ada dalam perda tarif. Pada Maret 2009 terdapat 23 puskesmas yang

memiliki kesalahan atau ketidaksesuaian dalam administrasi keuangan yaitu sebanyak 139 pasien dari 70.657 pasien.

Kesimpulan

Dalam administrasi kepesertaan terdapat aturan yang dibuat dalam protap yang berisi langkah-langkah dalam melakukan verifikasi administrasi kepesertaan. Selisih dalam administrasi kepesertaan dipengaruhi oleh Dobel nama atau dua kali berobat pada hari yang sama, F1 dan F2 nya tidak cocok, Identitas atau data tidak lengkap, Pasien tidak didukung KTP/KK/Surat keterangan domisili, Pasien dari luar Provinsi Sumatera Selatan, Ada karcis tetapi pasien tidak terdaftar.

Dalam administrasi pelayanan terdapat aturan yang dibuat dalam protap yang berisi langkah-langkah dalam melakukan verifikasi administrasi pelayanan. Penyebab adanya selisih dalam administrasi pelayanan adalah Tindakan tidak sesuai atau tidak sinkron dengan diagnosis, Diagnosis tidak jelas atau tidak spesifik, Tidak ada diagnosis, Tindakan medis yang diragukan.

Dalam administrasi keuangan terdapat aturan yang dibuat dalam protap yang berisi langkah-langkah dalam melakukan verifikasi administrasi keuangan. Penyebab selisih administrasi keuangan disebabkan oleh Tidak ada Karcis Retribusi, Tidak ada karcis tindakan, Tindakan yang tidak diklaim dalam program jamsoskes karena bukan merupakan tindakan terapi seperti tindik dan membersihkan karang gigi, Biaya tindakan tidak sesuai tarif perda, Tindakan hanya pemberian obat, Tindakan tidak ada dalam perda tarif.

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008. *Petunjuk Teknis Administrasi Klaim dan Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat* 2008. Dari <http://www.depkes.go.id/downloads/jkm/j15.pdf> [17 Juni 2009].
2. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. 2008. *Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Sosial Kesehatan Sumatera Selatan Semesta Tahun 2009*. Dinas Kesehatan Kota Palembang, Palembang.
3. Moleong, Lexy J. 2009. *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. PT Remaja Rosdakarya, Bandung.
4. Muninjaya, AA Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan*. EGC, Jakarta.
5. Sugiyono. 2005. *Memahami Penelitian Kualitatif*. CV Alfabeta, Bandung

