

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1 Klaim Gakin SKTM

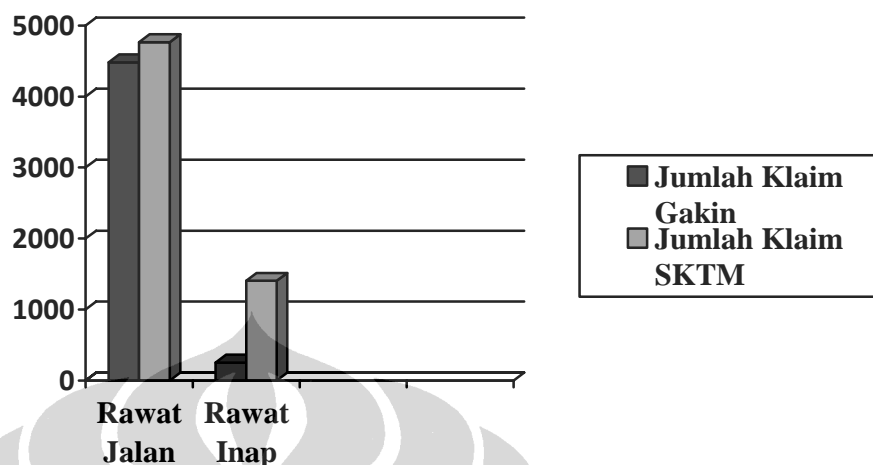
Dari penelusuran data sekunder yang dilakukan peneliti di unit Piutang, peneliti menemukan jumlah klaim Gakin dan SKTM yang ditagih oleh RSUD Pasar Rebo ke Dinas Kesehatan. Klaim tersebut dibagi berdasarkan jenis kepesertaan yaitu peserta Gakin dan peserta SKTM serta jenis pelayanan yang diterima yaitu rawat jalan dan rawat inap.

**Tabel 6.1 Jumlah Klaim Pelayanan Rawat Jalan & Rawat Inap
Gakin & SKTM Tahun 2008**

Pelayanan	Gakin	SKTM	Jumlah Klaim	%
Rawat Jalan	4.481	4.764	9.245	84,8%
Rawat Inap	254	1.405	1.659	15,2%
Jumlah Klaim	4.735	6.169	10.904	100%

Dari tabel diatas, diketahui jumlah klaim Gakin dan SKTM yang ditagih atau dikimkan ke Dinas kesehatan pada tahun 2008, untuk pelayanan rawat inap maupun rawat jalan sejumlah 10.904 klaim. Berdasarkan jenis kepesertaan diketahui bahwa jumlah klaim SKTM lebih besar yaitu 6.169 klaim dibandingkan dengan klaim Gakin sebanyak 4.735. Sedangkan berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan rumah sakit, pelayanan rawat jalan memiliki klaim terbanyak yaitu 9.245 klaim (84,8%) yang terdiri dari 4.481 klaim Gakin dan 4.764 klaim SKTM. Sedangkan jumlah klaim pelayanan rawat inap sebesar 1.659 klaim (15,2%) dengan klaim SKTM sebanyak 1.405 klaim dan klaim Gakin sebanyak 254 klaim. Penjelasan di atas ditampilkan dalam bentuk diagram dibawah ini.

Diagram 6.1 Jumlah Klaim Pelayanan Rawat Jalan & Rawat Inap Pasien Gakin & SKTM



6.2 Klaim Bermasalah Gakin SKTM Rawat Inap

Tabel berikut menyajikan jumlah klaim rawat inap Gakin dan SKTM tahun 2008, serta jumlah klaim bermasalah yang terjadi.

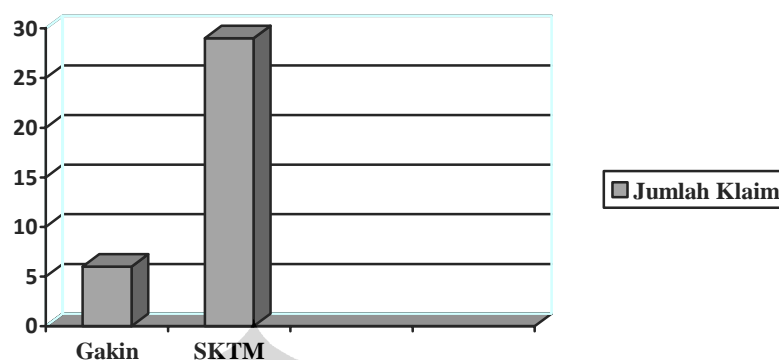
Tabel 6.2 Klaim Bermasalah Rawat Inap Pelayanan Rawat Inap Pasien Gakin & SKTM

Jenis Kepesertaan	Klaim Ranap	Klaim Bermasalah	%
Gakin	254	6	2,4%
SKTM	1.405	29	2,1%
Jumlah Klaim	1.659	35	2,1%

Diolah dari data sekunder tagihan klaim Gakin SKTM 2008 RSUD Pasar Rebo

Dari tabel diatas diketahui bahwa jumlah klaim bermasalah Gakin & SKTM untuk pelayanan rawat inap sebanyak 35 klaim atau sebesar 2,1% dari total klaim rawat inap sebanyak 1.659 klaim. Klaim bermasalah ini terdiri dari klaim SKTM sebanyak 29 klaim dan klaim Gakin sebanyak 6 klaim. Jumlah klaim Gakin yang bermasalah sebesar 2,4% dari total klaim Gakin rawat inap sebanyak 254 klaim. Sedangkan klaim SKTM bermasalah sebesar 2,1% dari total klaim SKTM rawat inap sebanyak 1.405 klaim. Berikut penyajian data dengan menggunakan diagram:

**Diagram 6.2 Jumlah Klaim Bermasalah Gakin & SKTM
Pelayanan Rawat Inap**



Klaim bermasalah tersebut dipengaruhi oleh beberapa variabel yang telah dipaparkan di kerangka konsep penelitian, antara lain kelengkapan administrasi klaim, pengecualian, batas biaya, batas waktu, dan kewajaran klaim. Di bawah ini merupakan tabel jumlah klaim bermasalah berdasarkan 5 variabel tersebut sekaligus konversi ke dalam nilai rupiah dari klaim bermasalah.

**Tabel 6.3 Jumlah Klaim Bermasalah Beserta Nilai Rupiahnya
Berdasarkan Variable yang Mempengaruhi**

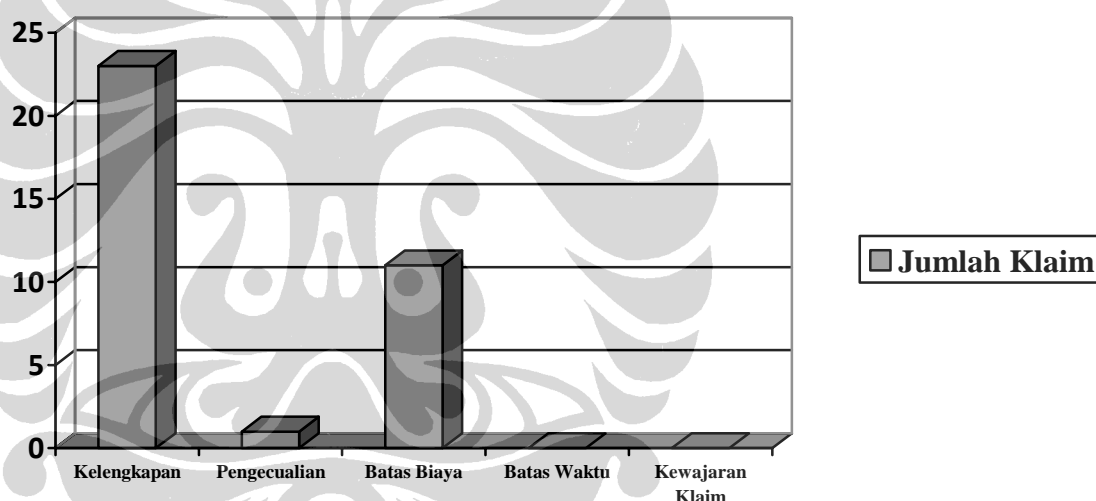
Jenis Variabel	Klaim Bermasalah	%	Rp
Kelengkapan Administrasi Klaim	23	65,7 %	Rp. 94.914.309
Pengecualian	1	2,9 %	Rp. 7.150
Batasan Biaya Pelayanan	11	31,4 %	Rp. 7.815.818
Batas Waktu Pengajuan Klaim	0	0 %	-
Kewajaran Klaim	0	0 %	-
Jumlah Klaim	35	100 %	Rp. 102.737.277

Diolah dari data sekunder tagihan klaim Gakin SKTM 2008 RSUD Pasar Rebo

Dari tabel di atas, diketahui terdapat 35 klaim Gakin & SKTM bermasalah. Klaim bermasalah paling banyak disebabkan oleh ketidaklengkapan administrasi klaim yaitu 23 klaim atau 65,7 % dari total klaim bermasalah dengan nominal

Rp.94.914.309,-. Kemudian klaim bermasalah juga disebabkan karena klaim lewat dari batas biaya pelayanan yang ditetapkan Dinas Kesehatan DKI Jakarta yaitu sebanyak 11 klaim atau 31,4 % dari total klaim bermasalah dengan nominal Rp.7.815.818,-. Selain itu, juga terdapat 1 klaim bermasalah atau 2,9 % dari total klaim bermasalah dikarenakan pelayanan yang diberikan rumah sakit tidak dijamin oleh Dinas Kesehatan, dengan nominal Rp.7.150,-. Dari lima variable tersebut diketahui bahwa nilai rupiah terbesar bila terjadi klaim bermasalah yaitu pada ketidaklengkapan administrasi klaim, kemudian batasan biaya, dan terakhir batasan pelayanan. Untuk lebih jelas digambarkan dalam diagram berikut.

Diagram 6.3 Klaim Bermasalah Berdasarkan Variable yang Mempengaruhi



6.3 Klaim Bermasalah Berdasarkan Kelengkapan Klaim Rawat Inap

Dalam tabel ini akan dipaparkan jenis-jenis kelengkapan apa saja yang menyebabkan ketidaklengkapan klaim Gakin & SKTM rawat inap dalam penagihan ke Dinas Kesehatan. Dari tabel tersebut nantinya akan diketahui berapa jumlah dan persentasenya terhadap klaim bermasalah berdasarkan kelengkapan klaim rawat inap.

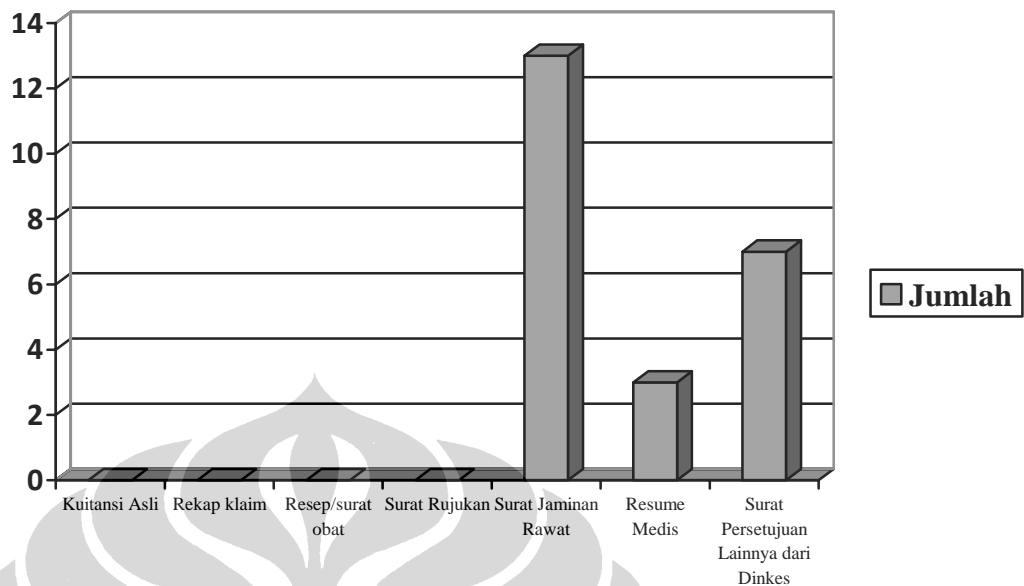
Tabel 6.4 Klaim Bermasalah Gakin & SKTM Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Kelengkapan Klaim

Jenis Kelengkapan	Jenis Kepesertaan		Klaim Bermasalah	
	Gakin	SKTM	Jumlah	%
Kuitansi Asli	0	0	0	0 %
Rekap Klaim	0	0	0	0 %
Bukti Tindakan/Penunjang Diagnostik	0	0	0	0 %
Fotocopy Resep	0	0	0	0 %
Surat Rujukan	0	0	0	0 %
Surat Jaminan Rawat	0	13	13	56,52 %
Resume Medis	0	3	3	13,04 %
Surat Persetujuan Lainnya Dari Dinas Kesehatan	3	4	7	30,44 %
Jumlah Klaim	3	20	23	100 %

Diolah dari data sekunder tagihan klaim Gakin SKTM 2008 RSUD Pasar Rebo

Dari tabel diatas diketahui bahwa terdapat 23 klaim bermasalah yang disebabkan ketidaklengkapan klaim. Klaim bermasalah tersebut terdiri dari 3 klaim Gakin dan 20 klaim SKTM. Dari jenis-jenis kelengkapan yang dipaparkan dalam tabel, diketahui bahwa surat jaminan rawat merupakan jenis kelengkapan yang paling banyak tidak dilengkapi yaitu sebanyak 13 klaim (56,52 %), kemudian Surat Persetujuan Lainnya dari Dinas Kesehatan terkait pelayanan pasien Gakin & SKTM yaitu sebanyak 7 klaim (30,44 %). Surat persetujuan ini mencakup surat persetujuan obat, surat katastrofik dan revisi kartu Gakin. Dan terakhir yaitu resume medis sebanyak 3 klaim (13,04 %). Berikut merupakan penyajian klaim bermasalah berdasarkan kelengkapan klaim dalam bentuk diagram.

Diagram 6.4 Klaim Bermasalah Berdasarkan Kelengkapan Klaim



Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan, diketahui penyebab ketidaklengkapan klaim yaitu :

Informan 1 :

“...kadang-kadang suka kurang teliti yah, mungkin karena sekalian meriksa. Mungkin temen-temen yang lain juga kurang teliti yah. Bisa aja kurang teliti karena pasiennya banyak juga.”

Dari pernyataan diatas, disimpulkan bahwa *human error* dalam proses pemeriksaan berkas di rumah sakit menjadi sebab ketidaklengkapan klaim dalam penagihan ke Dinas Kesehatan.

6.4 Klaim Bermasalah Berdasarkan Pengecualian

Merupakan klaim yang bermasalah dikarenakan pelayanan yang dilakukan oleh pasien Gakin & SKTM tidak termasuk dalam pelayanan yang dijamin oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Gambaran klaim bermasalah Gakin & SKTM pelayanan rawat inap berdasarkan pengecualian pelayanan ditampilkan dalam tabel dibawah ini.

Tabel 6.5 Klaim Bermasalah Gakin & SKTM Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Pengecualian

Pelayanan Yang Tidak Dijamin	Klaim		Klaim Bermasalah	
	Gakin	SKTM	Jumlah	%
Pelayanan Tidak Sesuai Prosedur	0	1	1	100 %
Pelayanan dengan Tujuan Kosmetik	0	0	0	0 %
Medical Check Up	0	0	0	0 %
Vitamin atau pemberian suplemen tanpa indikasi medis	0	0	0	0 %
Pengobatan Alternatif	0	0	0	0 %
Pengguguran kandungan tanpa indikasi medis	0	0	0	0 %
Pemegang kartu asuransi lain	0	0	0	0 %
Jumlah Klaim	0	1	1	100%

Diolah dari data sekunder tagihan klaim Gakin SKTM 2008 RSUD Pasar Rebo

Dari tabel diatas diketahui bahwa terdapat satu klaim yang bermasalah karena tidak sesuai dengan pelayanan yang dijamin. Hal ini disebabkan karena pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan prosedur. Hal diperkuat dengan pernyataan informan dari hasil wawancara :

Informan 2 :

“...itu kan bukan pelayanan kesehatan, jadi tidak ditanggung..”

Dari tabel tersebut juga diketahui bahwa tidak ada klaim bermasalah yang disebabkan oleh 6 variable lainnya. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, didapatkan penyebab klaim bermasalah berdasarkan pengecualian pelayanan :

Informan 1 :

“...mungkin karena udah disosialisasiin engga lagi. Dan aku lihat emang ga ada lagi. Mungkin karena kurang sosialisasi aja yah.”

Dari pernyataan diatas diketahui terjadinya klaim bermasalah disebabkan oleh kurangnya sosialisasi terkait pelayanan yang dijamin Dinas Kesehatan kepada pihak yang terkait dalam mekanisme pelayanan.

6.5 Klaim Bermasalah Berdasarkan Batasan Biaya Pelayanan

Merupakan batasan biaya yang ditanggung oleh Dinas Kesehatan terhadap suatu pelayanan yang diberikan kepada pasien Gakin & SKTM rawat inap. Tabel berikut berisi jumlah klaim bermasalah dikarenakan lewat dari batas biaya, penulis mengkategorikan menjadi 2 jenis batasan berdasarkan data yang didapat dari rekapitulasi klaim rumah sakit.

Tabel 6.6 Klaim Bermasalah Gakin & SKTM Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Batas Pelayanan

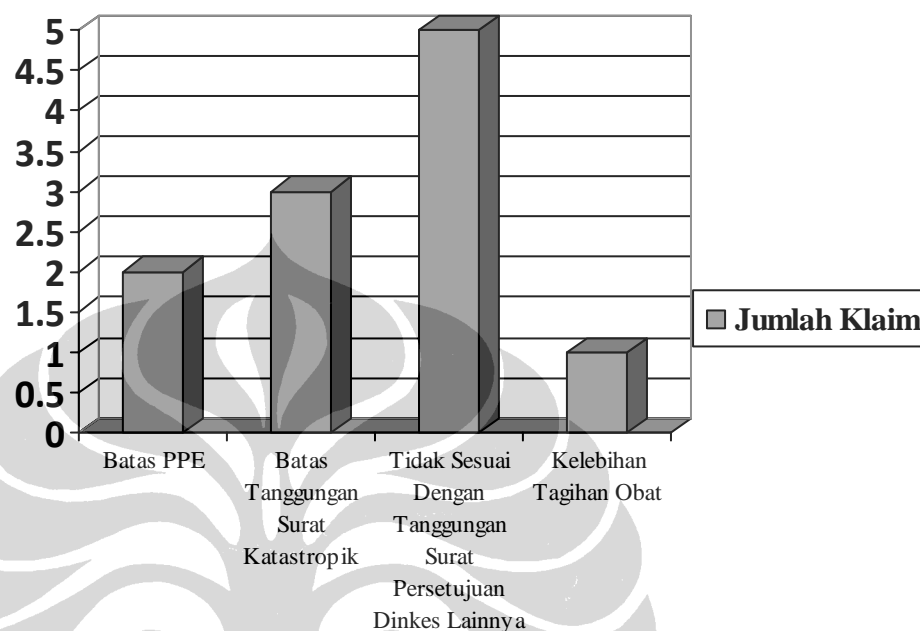
Faktor Penyebab	Klaim Bermasalah		Jumlah	%
	Gakin	SKTM		
Batas Paket Pelayanan Esensial	1	1	2	18,18 %
Batas tanggungan surat Katastropik	0	3	3	27,27 %
Tidak sesuai dengan tanggungan surat persetujuan Dinkes Lainnya	1	4	5	45,46 %
Kelebihan Tagihan Obat	1	0	1	9,09 %
Jumlah Klaim	3	8	11	100%

Diolah dari data sekunder tagihan klaim Gakin SKTM 2008 RSUD Pasar Rebo

Dari tabel diatas diketahui bahwa klaim bermasalah berdasarkan batas biaya paling banyak disebabkan oleh ketidaksesuaian dengan surat persetujuan Dinas Kesehatan lainnya yang terdiri dari persetujuan obat, persetujuan tanggungan jaminan perawatan, selisih di surat pernyataan sebanyak 5 klaim atau 45,46 %. Kemudian lewat dari batas tanggungan katastropik sebanyak 3 klaim atau 27,27%, batas PPE sebanyak 2 klaim atau 18,18%. Dan terakhir yaitu kelebihan tagihan untuk pengobatan sebanyak 1 klaim atau 9,09%. Berikut

merupakan diagram yang menggambarkan klaim bermasalah berdasarkan batas biaya pelayanan.

Diagram 6.5 Klaim Bermasalah Berdasarkan Batas Biaya Pelayanan



Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan, didapatkan penyebab klaim bermasalah berdasarkan batas biaya pelayanan :

Informan 1 :

“Ada, selisih PPE. Kita juga ga tau mba...kan disana yang nentuin, kita cuma verifikasi. Yang tau tarif PPE kan mereka bukan kita.”

Informan 2 :

“Bisa juga karena katastropik....atau tidak memerlukan katastropik tapi ada selisih PPE.”

Dari 2 pernyataan dari 2 informan yang berbeda diatas, diketahui penyebab klaim Gakin & SKTM berdasarkan batas biaya yang ditanggung, yaitu lewatnya dari batas PPE dan persetujuan katastropik yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan.

Selain itu penulis juga menemukan penyebab klaim bermasalah terkait selisih obat berdasarkan wawancara dengan pihak Dinas Kesehatan sebagai verifikator dan apotik rumah sakit sebagai pelaksana :

Informan 2 :

“Paracetamol diresep 5, tapi digabung jadi 10, maunya kita kan per tanggal. Ini menjadi hambatan buat verifikator, dan buat rumah sakit ya jadinya dipending.”

Informan 4 :

“.....obat-obat yang misalnya harganya dibawah 100rb, diatas 50rb. Pasien itu menggunakannya sampai 10, 10 kali 60rb kan jadi 600rb padahal untuk sekian hari. Saat diklaim disana, ga bisa, ditunda dulu kita. Katanya obat lebih dari 600rb.”

Dari dua pernyataan di atas diketahui bahwa terdapat perbedaan persepsi terkait pelaksanaan pelayanan obat pasien Gakin & SKTM antara pihak apotik rumah sakit dengan Dinas Kesehatan sebagai verifikator.

6.6 Klaim Bermasalah Berdasarkan Batas Waktu

Dalam melakukan penagihan, Dinas Kesehatan menetapkan batas waktu penagihan klaim terhadap biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit untuk pelayanan pasien Gakin & SKTM. Berdasarkan tabel 6.3 diketahui bahwa tidak ada klaim yang bermasalah (0 %) dari 35 klaim bermasalah yang disebabkan lewat dari batas waktu yang ditetapkan. Namun hal ini bertentangan dengan data yang diperoleh penulis dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta yang berhubungan dengan penerimaan klaim rumah sakit oleh Dinas Kesehatan.

Tabel 6.7 Penerimaan Klaim Rumah Sakit Oleh Dinas Kesehatan

Bulan	Jumlah Klaim Gakin SKTM	Waktu Diterima di Dinas Kesehatan	Keterlambatan	Klaim Bermasalah
Januari	98	13-3-2008	2 minggu	0
Februari	136	7-5-2008	1 minggu	0
Maret	121	16-6-2008	2 minggu	0
April	117	15-7-2008	2 minggu	0
Mei	152	21-8-2008	3 minggu	0
Juni	131	13-10-2008	6 minggu	0

Juli	87	13-10-2008	2 minggu	0
Agustus	130	1-12-2009	4 minggu	0
September	238	1-12-2009	Tidak telat	0
Oktober	92	29-1-2009	4 minggu	0
November	186	29-1-2009	Tidak telat	0
Desember	171	13-3-2009	2 minggu	0

Sumber Data : Catatan Penerimaan Klaim Jakarta Timur oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta

Dari data diatas diketahui bahwa terjadi keterkambatan pengiriman klaim ke Dinas Kesehatan. Namun hal ini tidak menyebabkan klaim bermasalah, berikut merupakan kutipan wawancara penulis dengan informan dari Dinas Kesehatan.

“Ada keterlambatan dari RS Pasar Rebo. Tapi kita maklum yah kecuali kalau rumah sakit kecil. Lagian untuk rumah sakit cukup besar. RSUD kan rujukan yah, otomatis kan pasiennya banyak. Lagipula yang mengerjakan hanya satu orang.”

6.7 Klaim Bermasalah Berdasarkan Kewajaran Klaim

Kewajaran klaim terkait dengan diagnosa penyakit pada pasien dengan tindakan dan pengobatan yang diberikan. Berdasarkan tabel 6.3 diketahui bahwa tidak ada klaim yang bermasalah (0%) yang disebabkan karena ketidakwajaran klaim dari 35 klaim bermasalah tahun 2008. Hal ini didukung oleh hasil wawancara dengan informan.

Informan 2 :

“Selama ini cocok yah untuk RSUD, mungkin rumah sakit swasta sering kita temukan begitu. Seharusnya tidak perlu pemeriksaan canggih, dia pemeriksaan canggih. Itu ada. Tapi kalau untuk RSUD selama ini tidak ada.”

BAB 7

PEMBAHASAN

Sesuai dengan tujuan penulisan skripsi ini yaitu untuk mengetahui gambaran klaim bermasalah Gakin & SKTM pada pelayanan rawat inap di RSUD Pasar Rebo, maka penulis akan membahas hasil dari pemilihan variable penelitian yang diteliti dengan cara merujuk berbagai referensi dan berdasarkan hasil observasi atau kenyataan yang penulis temukan dilapangan.

Seperti yang telah dikemukakan pada bab sebelumnya bahwa penelitian ini mengambil data sekunder yaitu rekapitulasi tagihan klaim Gakin & SKTM rumah sakit serta Berita Acara Pembayaran dari Dinas Kesehatan.

7.1 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini penulis menggunakan data sekunder berupa rekapitulasi tagihan klaim rumah sakit dengan keterangan masalah terlampir. Idealnya penulis menggunakan berkas klaim bermasalah rumah sakit untuk dilakukan pemeriksaan terkait variabel yang diteliti. Namun hal ini tidak bisa dilakukan karena Dinas Kesehatan tidak mengembalikan klaim bermasalah tersebut ke RSUD Pasar Rebo Jakarta.

7.2 Klaim Bermasalah Berdasarkan Kelengkapan administrasi klaim

Kelengkapan klaim merupakan hal yang diperhatikan dalam pemeriksaan atau proses verifikasi. Kelengkapan dan kebenaran pengisian formulir klaim menjadi persyaratan utama untuk menentukan validasi klaim oleh asuradur. Menurut Yaslis Ilyas (2003) dalam buku *Asuransi Kesehatan Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan Fraud (Kecurangan Asuransi Kesehatan)*, dijelaskan bahwa sebelum klaim diajukan, ada beberapa syarat yang harus dilengkapi. Adapun beberapa syarat pengajuan klaim rawat inap antara lain fotocopy kartu peserta yang masih berlaku, kuitansi asli dari PPK, rincian biaya/*billing* rumah sakit, *copy* hasil pemeriksaan penunjang diagnostik, jenis obat-obatan dan tindakan khusus, resume medik, dan surat jaminan yang dikeluarkan oleh perusahaan asuransi (presertifikasi).

Prasyarat terkait kelengkapan berkas untuk prosedur penagihan klaim Gakin & SKTM jelas diatur dalam Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis JPK-Gakin. Dalam pedoman tersebut dijelaskan bahwa rumah sakit harus mengirimkan tagihan lengkap dengan rekap dan bukti pelayanan serta persyaratan lainnya ke Dinas kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta akan melakukan pemeriksaan persyaratan tagihan (verifikasi klaim), mulai dari kelengkapan dokumen tagihan sampai dengan kelayakan medisnya, sesuai dengan aturan yang berlaku.

Berdasarkan Tabel 6.3 yang berisi jumlah klaim bermasalah Gakin & SKTM pelayanan rawat inap, diketahui bahwa ketidaklengkapan administrasi klaim menjadi penyebab utama klaim bermasalah dengan nominal rupiah paling tinggi dibandingkan variable lainnya. Dalam diagram 6.4 kita dapat melihat gambaran berkas yang sering tidak dilengkapi dalam proses penagihan klaim. Berkas yang paling banyak tidak dilengkapi yaitu surat jaminan perawatan dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Berkas lainnya yang sering mengalami ketidaklengkapan yaitu surat persetujuan obat, yang merupakan bentuk persetujuan Dinas Kesehatan untuk menjamin obat lebih dari batas maksimal yang ditanggung. Dan berkas terakhir yaitu resume medis pasien yang diperlukan untuk pemeriksaan diagnosa pasien sehingga dapat disesuaikan dengan biaya yang ditanggung dalam Paket Pelayanan Essensial (PPE). Ketidaklengkapan berkas ini menyebabkan tagihan mengalami penundaan dan rumah sakit harus melengkapi tagihan tersebut agar bisa diproses oleh Dinas Kesehatan.

Dalam Juklak dan Juknis Pelaksanaan JPK-Gakin telah diuraikan persyaratan klaim peserta, khususnya untuk pelayanan rawat inap antara lain kuitansi asli, rekap klaim, bukti tindakan/penunjang diagnostik, fotocopy resep obat, surat rujukan, surat jaminan rawat dari Dinas Kesehatan, dan resume medis. Selain itu, rumah sakit juga harus melengkapi dokumen lain bila terdapat surat persetujuan obat, tindakan, atau biaya yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan.

Menurut Ilyas (2003) menyatakan bahwa klaim ditanggguhkan penyelesaiannya bila klaim persyaratannya belum lengkap dan memerlukan penyelesaian kedua belah pihak.

Contoh berkas klaim yang tidak lengkap karena tidak menyertakan surat jaminan rawat dari Dinas Kesehatan. Surat jaminan rawat dibutuhkan untuk mengetahui apakah pasien tersebut benar telah ditanggung biaya perawatannya oleh Dinas Kesehatan. Selain itu, surat jaminan rawat merupakan sumber informasi bagi Dinas Kesehatan terkait lama hari atau masa perawatan yang ditanggung oleh Dinas. Saat berkas tersebut tidak disertakan maka Dinas Kesehatan akan menginformasikan kepada rumah sakit untuk melengkapi kekurangan tersebut untuk melanjutkan proses verifikasi klaim yang dilakukan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan, diketahui ketidaklengkapan klaim ini disebabkan oleh kurang optimalnya proses verifikasi yang dilakukan oleh pihak rumah sakit, dalam hal ini bagian penagihan klaim. Saat berkas masuk ke bagian penagihan klaim, petugas melakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan berkas untuk penagihan serta mengkoordinasikannya dengan unit terkait bila terdapat kekurangan. Selain itu, masih terdapat faktor ketidaktelitian dari petugas saat melakukan verifikasi berkas yang akan dikirimkan. Hal ini dikarenakan SDM yang tersedia tidak sebanding dengan beban kerja.

7.3 Klaim Bermasalah Berdasarkan Pengecualian Layanan

Pada tinjauan pustaka telah diuraikan beberapa pelayanan yang tidak dijamin oleh Dinas Kesehatan. Hal tersebut merupakan batas pelayanan yang diberikan rumah sakit sekaligus menjadi pengecualian layanan yang ditanggung saat verifikasi klaim di Dinas Kesehatan. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin tersebut antara lain:

- 1) Pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur
- 2) Pelayanan atau perawatan yang berkaitan dengan tujuan kosmetik (bedah plastik, ortodontis, dll)
- 3) Medical check up
- 4) Vitamin atau pemberian suplemen tanpa indikasi medis
- 5) Pengobatan alternatif
- 6) Pengguguran kandungan tanpa indikasi medis (permintaan sendiri)
- 7) Pemegang kartu lain

Menurut Yaslis Ilyas (2003), klaim diterima sebagian apabila ada sebagian klaim yang diajukan, tidak dijamin dalam polis atau terkait dengan berbagai pengaturan seperti pengecualian, *coordination of benefit*, limitasi atau pengaturan lainnya. Sedangkan Ramli (1999), menyatakan bahwa jika suatu biaya dikecualikan dari suatu penutupan polis, maka klaim tersebut tidak akan dibayar.

Dari tabel 6.5, diketahui bahwa berdasarkan batas pelayanan yang dijamin oleh Dinas Kesehatan, hanya terdapat 1 klaim yang bermasalah. Pelayanan yang diberikan yaitu pemberian bedongan untuk bayi dalam tindakan persalinan. Menurut hasil penelitian, pelayanan tersebut tidak dijamin oleh Dinas Kesehatan karena pelayanan tersebut tidak termasuk dalam prosedur tindakan persalinan sehingga seharusnya biaya pelayanan tersebut dibebankan langsung pada pasien. Dinas Kesehatan menjamin pelayanan yang termasuk dalam kategori pelayanan kesehatan. Sedangkan bedongan bayi merupakan pelayanan pelengkap bukan pelayanan kesehatan, serta tidak termasuk dalam prosedur tindakan persalinan. Sehingga klaim pemberian bedongan tersebut tidak dapat dibayarkan oleh Dinas Kesehatan.

Berdasarkan hasil wawancara penulis dengan informan, diketahui bahwa petugas tidak mengetahui bahwa tagihan pemberian bedongan tidak ditanggung oleh Dinas Kesehatan. Penulis beranggapan bahwa petugas memasukkan biaya pelayanan tersebut ke dalam tagihan karena dinilai termasuk dalam prosedur tindakan persalinan yang dilakukan rumah sakit. Namun setelah mendapatkan penjelasan dari pihak Dinas Kesehatan, dan aturan ini disosialisasikan kepada petugas terkait, kasus tersebut tidak terulang lagi.

7.4 Klaim Bermasalah Berdasarkan Batasan Biaya Pelayanan

Dalam Juklak dan Juknis JPK-Gakin, dijelaskan bahwa pembiayaan kesehatan Gakin & SKTM di rumah sakit mengacu pada Paket Pelayanan Esensial. Paket Pelayanan Esensial merupakan tarif yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta terkait pelayanan sesuai diagnosa, tindakan, dan pengobatan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit kepada pasien Gakin & SKTM. Untuk diagnosa penyakit dan tindakan pelayanan kesehatan yang tidak tercantum dalam PPE, akan dibayarkan sesuai dengan tagihan. Sama halnya klaim bermasalah karena selisih dari nominal yang ditanggung dalam surat persetujuan

katastropik. Jika biaya melebihi dari Paket Pelayanan Esensial (PPE) minimal Rp.5.000.000,-, maka rumah sakit dan Dinas Kesehatan mengenal surat persetujuan katastropik dan penambahan biaya. Nominal tanggungan dalam surat katastropik tersebut yang merupakan batas maksimal yang akan ditanggung Dinas Kesehatan kepada rumah sakit yang tagihan perawatannya diatas PPE.

Pada tinjauan pustaka telah dijelaskan bahwa batas biaya merupakan salah satu variable atau faktor yang menyebabkan klaim bermasalah. Tabel 6.6 menunjukkan terdapat 9 klaim bermasalah dikarenakan lewat dari batas biaya yang ditanggung oleh Dinas Kesehatan. Klaim yang lewat dari batas biaya tersebut banyak disebabkan karena tagihan melewati PPE, surat Katastropik, serta tanggungan obat (Rp.500 ribu) sehingga terjadi selisih PPE, selisih tanggungan di surat katastropik, dan selisih obat.

Klaim rumah sakit yang melebihi batas biaya yang ditanggung oleh pihak Dinas Kesehatan, dipangkas sesuai dengan PPE diagnosa penyakit atau nominal yang disetujui dalam surat Katastropik. Contoh klaim bermasalah karena selisih PPE yaitu untuk diagnosa suatu penyakit, biaya yang dijamin oleh Dinas Kesehatan sesuai dengan Paket Pelayanan Essensial yaitu sebesar Rp. 3 juta. Namun, pada saat penentuan biaya perawatan sesuai dengan tarif rumah sakit, total biaya dengan diagnosa penyakit tersebut dikenakan biaya sebesar Rp.3,5 juta. Rumah sakit akan membayar klaim sebesar tarif PPE. Hal ini akan menimbulkan selisih PPE dalam penagihan klaim rumah sakit. Sebab PPE merupakan plafon atau batas maksimal penggantian biaya pelayanan yang akan dibayarkan Dinas Kesehatan kepada rumah sakit.

Hal yang sama juga terjadi dalam kasus selisih tanggungan surat Katastropik. Dalam surat yang telah disepakati antara Dinas Kesehatan dan rumah sakit, ditetapkan biaya yang dijamin Dinas Kesehatan sebesar Rp. 15 juta. Namun dalam penagihan klaim, rumah sakit menagih Rp. 16 juta. Maka Dinas Kesehatan hanya akan membayarkan klaim sesuai dengan nominal yang telah disepakati dalam surat Katastropik.

Untuk klaim bermasalah yang disebabkan selisih obat, menurut hasil penelitian hal ini disebabkan karena perbedaan persepsi terhadap pelaksanaan pelayanan pasien Gakin & SKTM, terutama terkait persetujuan obat. Dalam

juklak dan juknis disebutkan bahwa Persetujuan obat dan tindakan diatas lima ratus ribu rupiah (Rp.500.000,-) harus melalui Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Harga maksimal untuk persetujuan obat (Rp.500.000,-) ini berlaku untuk satu obat atau per R dari resep dokter. Sementara itu, pihak apotik rumah sakit melakukan akumulasi biaya obat untuk beberapa hari pemakaian (dengan harga berkisar Rp.50 ribu – Rp.100 ribu) sehingga harga total menjadi diatas Rp.500.000,-, tanpa melampirkan surat persetujuan Dinas Kesehatan sebab apotik melihat harga awal obat sebelum diakumulasi. Hal ini menimbulkan masalah saat proses verifikasi klaim di Dinas Kesehatan, sebab melihat total harga obat yang dikeluarkan menurut Dinas Kesehatan seharusnya rumah sakit melampirkan lembar persetujuan obat, dan ini menyebabkan klaim tertunda karena apotik harus melengkapi surat persetujuan obat terlebih dahulu.

7.5 Klaim Bermasalah Berdasarkan Batasan Waktu

Berdasarkan tabel 6.3 diketahui bahwa tidak ada klaim bermasalah yang disebabkan karena lewat dari batasan waktu yang ditetapkan. Dalam Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis JPK-Gakin dijelaskan bahwa tagihan rumah sakit diajukan ke Dinas Kesehatan selambat-lambatnya 2 bulan sejak bulan pelayanan. Pekerjaan verifikasi selambat-lambatnya 2 bulan dari diterimanya berkas tagihan. Apabila pengajuan tagihan dan tagihan tertunda, melebihi dari batas waktu yang telah ditentukan maka tagihan atau tagihan tertunda tersebut dianggap kadaluarsa dan tidak dapat diproses, kecuali ada hal-hal khusus dengan permohonan tertulis dari Direktur Rumah Sakit dan disetujui oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

Namun bila melihat data mengenai tanggal penerimaan klaim Gakin & SKTM RSUD Pasar Rebo berdasarkan catatan penerimaan di Dinas Kesehatan, diketahui rumah sakit mengalami beberapa kali keterlambatan. Namun hal ini mendapatkan toleransi oleh pihak Dinas Kesehatan karena RSUD Pasar Rebo merupakan rumah sakit besar dengan jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap yang juga tinggi. Selain itu petugas yang menangani klaim Gakin & SKTM hanya 1 orang.

Menurut Ramli (1999), masalah-masalah dalam klaim salah satunya yaitu keterlambatan, yang disebabkan oleh kurangnya tenaga. Berdasarkan hasil

penelitian melalui wawancara dan pengamatan, hambatan yang terjadi dalam proses penagihan klaim rumah sakit yaitu kurangnya tenaga atau petugas dalam pelaksanaannya. Jumlah petugas yang tersedia tidak sebanding dengan beban kerja yang ada. Petugas melakukan dua penagihan sekaligus yaitu untuk pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat inap. Dan dalam pelaksanaan tugas ini membutuhkan banyak waktu jika dilakukan oleh satu orang petugas saja.

7.6 Klaim Bermasalah Berdasarkan Kewajaran Klaim

Menurut Yaslis Ilyas (2003) menyatakan bahwa klaim ditolak seluruhnya apabila pelayanan kesehatan yang diterima oleh tertanggung tidak dijamin atau karena ditemukan ketidakwajaran dalam pengajuan klaim. Kewajaran klaim terkait dengan kewajaran antara diagnosa, jenis obat yang diberikan, dan tindakan yang dilakukan.

Ketidakwajaran klaim ini dapat terjadi karena kecurangan-kecurangan baik disengaja (*fraud*) ataupun tidak disengaja (*abuse*). Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (AAKA) mengelompokkan tipe utama pelaku *fraud*, salah satunya yaitu Penyedia Pelayanan Kesehatan seperti rumah sakit. Bentuk kecurangan rumah sakit seperti :

- 1) Penagihan jasa yang tidak diberikan, misalnya pemberian bermacam-macam obat ke pasien rawat inap, tetapi sebenarnya tidak semuanya diberikan kepada pasien.
- 2) Tagihan untuk pembayaran yang tidak disertai dengan tersedianya dukungan dokumen, misalnya untuk tindakan pemeriksaan laboratorium dan radiologi.
- 3) Kecurangan diagnosa atau tanggal, misalnya tanggal dicurangi sehingga tidak sesuai lagi dengan fakta dan kronologis kasus.
- 4) Obat nama dagang untuk obat generik yang biasanya terjadi di rumah sakit atau apotek
- 5) Menghilangkan *co-payment* dan *deductibles*.
- 6) Kesalahan klaim berhubungan dengan pemeriksaan laboratorium.
- 7) *Unbundling* (tidak dibundel). Biasanya kecurangan PPK adalah melakukan penagihan yang berbeda untuk tindakan ini.
- 8) Ada pertanyaan terhadap fungsi PPK. Misalnya, pasien pergi ke rumah sakit bersalin untuk berobat sakit di organ lain.

Tabel 6.3 menunjukkan bahwa tidak ada klaim bermasalah dari RSUD Pasar Rebo yang disebabkan oleh ketidakwajaran klaim. Hal ini didukung oleh hasil wawancara penulis dengan informan dari Dinas Kesehatan yang menyatakan bahwa tidak pernah ditemukan kasus tersebut di rumah sakit umum milik pemerintah. Tetapi hal tersebut sering ditemukan di rumah sakit swasta yang memiliki Ikatan Kerjasama dengan Dinas Kesehatan terkait pelayanan pasien Gakin & SKTM. Ketidakwajaran ini terkait pemeriksaan pasien dengan menggunakan alat canggih dengan biaya yang lebih mahal, meskipun sebenarnya pasien tidak memerlukan pemeriksaan canggih.

