

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Covid-19 merupakan wabah penyakit yang menyerang sistem pernafasan manusia. Saat ini hampir seluruh rumah sakit di Indonesia melayani pasien Covid-19. Kasus pertama kali muncul di Indonesia pada awal bulan maret tahun 2020 dan pada pertengahan bulan maret Covid-19 ditetapkan sebagai pandemi oleh organisasi kesehatan dunia (WHO). Penyakit tersebut menular dari manusia ke manusia melalui droplet saat batuk atau bersin dan melalui kontak erat dengan penderita penyakit Covid-19. Tenaga medis sangat beresiko terinfeksi virus Covid-19 karena virus tersebut dapat menempel pada benda mati yang ada di sekitar rumah sakit termasuk dokumen rekam medis (Dina Lailani, 2020)

Dalam menangani wabah covid 19 ini sangat di perlukan perananan pelayanan kesehatan yang maksimal, terkhususnya peranan rumah sakit. COVID-19 merupakan tantangan bagi rumah sakit untuk mengaktifkan kembali prosedur kebencanaan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan utama dalam menangani pasien COVID-19. Rumah sakit perlu meningkatkan manajerial pelayanan klinik dengan menyiapkan fasilitas dan peralatan yang sesuai standar. Selama pandemi hampir semua rumah sakit mengalami permasalahan keuangan akibat sebagian besar masyarakat menahan diri untuk memeriksakan diri ke rumah sakit karena khawatir akan tertular COVID-19 di fasilitas pelayanan kesehatan. Realitas ini menyebabkan penurunan pendapatan hampir di seluruh rumah sakit (Ambarwati, 2021)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Santiasih, 2021) . Dalam hal pelayanan yang diberika, rumah sakit bekerjasama dengan salah satu program pembiayaan kesehatan yang telah diatur oleh pemerintah yaitu pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan yg dimaksud adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan dan perlindungan dalam memenuhi keutuhan dasar kesehatan yg diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja di Indonesia paling singkat 6 bulan dan tentunya telah membayar iuran, dimana dengan menggunakan sistem Indonesia Case Base Group biasa disingkat menjadi (INA-CBGs). Sistem pembayaran dalam Indonesia Case Base Grup (INA-CBGs) menggunakan sistem klaim yang nantinya akan mendapat biaya penggantian dari BPJS dan akan di kirimkan ke pelayanan kesehatan seperti rumah sakit (Salwa Rizkiani Syah, 2022)

Untuk jaminan kesehatan diluar negeri selama masa pandemic Covid-19 di Negara Inggris, Skotlandia dan Irlandia Utara menggunakan layanan kesehatan NHS (National Health Service, 2020). NHS ini didirikan pada tahun 1948 sebagai dari reformasi sosial besar setelah perang dunia kedua. Prinsip pendiriannya adalah bahwa layanan harus komprehensif universal dan gratis pada titik pengiriman layanan kesehatan berdasarkan kebutuhan klinis bukan kemampuan membayar. Setiap layanan menyediakan rangkaian lengkap layanan kesehatan, disediakan tanpa biaya untuk orang-orang biasanya yang tinggal di Inggris selain perawatan gigi dan mata. Pada saat terjadinya pandemic Covid-19 terdapat data dari *the telegraph* dan *the Guardian* melaporkan bahwa penegeluaran kesehatan menelan biaya sekitar £10.000 per rumah tangga di Inggris per Juli 2022, ini menunjukkan bahwa Inggris merupakan

salah satu Negara dengan sistem kesehatan yang paling mahal. Temuan ini dibuat sebelum pemerintah meningkatkan penegeluaran kesehatan secara signifikan, dengan peningkatan asuransi nasional (NHS) sebesar 1,25%. Hal ini menunjukkan bahwa terjadinya peningkatan pengeluaran kesehatan akibat pandemik Covid -19 (National Health Service, 2020)

Data BPJS Kesehatan tanggal 2 September 2020 menunjukkan total klaim yang diajukan oleh rumah sakit di Indonesia sebanyak 103.519 kasus dengan biaya Rp 6.336.426.538.300,-. Klaim yang selesai diverifikasi BPJS Kesehatan sebanyak 93.371(90%) kasus dengan biaya Rp 5.539.856.881.100,-. Klaim dalam proses verifikasi BPJS Kesehatan sebanyak 10.696 klaim (10%) dengan biaya Rp845.486.614.800. (BPJS Kesehatan, 2020c). Verifikasi klaim rumah sakit yang telah dilakukan sebanyak 46.716 atau 50,03 % klaim sesuai, dengan biaya sebesar Rp. 3.250.143.479.600,-. Sisanya 46.084 atau 49,36% nya merupakan klaim *dispute* dengan besaran biaya Rp 2.289.712.647.300,- (BPJS Kesehatan, 2020c). Sampai akhir Desember 2020 total klaim yang diajukan sebesar Rp. 22.913.196.207.000, jumlah yang sudah dibayarkan ke rumah sakit yaitu Rp. 14.526.648.658.510,- (63,3%) Sisa yang belum terbayar sebesar Rp. 8.386.547.548.490,- (36,6%) (Kementerian Kesehatan RI, 2020h).

Pada hasil verifikasi klaim Covid-19 tahun 2021, terdapat 79,07% klaim yang sesuai atau sebanyak 933.708 kasus dengan biaya Rp.50,5 triliun, 14,42% klaim *dispute* atau sebanyak 170.335 kasus dengan biaya Rp. 9,9 triliun, lalu 6,12% klaim pending atau sebanyak 72.248 kasus dengan biaya Rp. 3,4 triliun. Kemudian sebesar 0,39% adalah klaim-klaim yang telah kadaluarsa atau yang tidak sesuai ketentuan sebanyak 4.567 kasus dengan biaya Rp.193 milyar (Shanti, 2021)

Dengan adanya data kasus-kasus pending klaim covid ini, di pengaruhi oleh beberapa faktor berupa antara lain; 1) Identitas tidak sesuai ketentuan; 2) Kriteria peserta jaminan covid tidak sesuai ketentuan; 3). Pemeriksaan penunjang laboratorium tidak sesuai ketentuan, RJTL: tidak ada pemeriksaan darah rutin dan rontgen, RITL : tidak ada pemeriksaan swab PCR; 4) Tatalaksana isolasi tidak sesuai dengan ketentuan pada Pedoman Penanggulangan dan Pencegahan Penyakit COVID-19; 5) Berkas Klaim tidak lengkap; 6). Diagnosa penyakit penyerta/ komplikasi merupakan bagian dari diagnosa utama (*sign and symptom*); 7). Diagnosa komorbid tidak sesuai ketentuan; 8). Rawat inap dilakukan di luar ruangan isolasi; Pemeriksaan penunjang laboratorium tidak sesuai ketentuan, 9). Pemeriksaan penunjang radiologi tidak sesuai ketentuan ditentukan 10). Klaim tidak sesuai karena permasalahan pada aplikasi (e-klaim) (Ambarwati, 2021).

Rumah sakit dengan dokumen sesuai persyaratan yang ditetapkan, mengajukan klaim penggantian biaya perawatan pasien COVID-19 secara kolektif kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan cq. Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan, serta ditembuskan ke BPJS Kesehatan sebagai pihak verifikator. Klaim dapat diajukan rumah sakit setiap 14 (empat belas) hari kerja. BPJS Kesehatan lalu mengeluarkan Berita Acara Verifikasi Pembayaran Klaim Tagihan Pelayanan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sejak klaim diterima BPJS Kesehatan. Kementerian Kesehatan dalam hal ini Direktorat Jenderal (Ditjen) Pelayanan Kesehatan akan membayar ke rumah sakit dalam waktu 3 (tiga) hari kerja setelah diterimanya Berita Acara Hasil Verifikasi Klaim dari BPJS Kesehatan (Ambarwati, 2021)

Berdasarkan jurnal penelitian Peter Herey dan Nauri Anggita Temesvari di RS Siloam Sentosa Bekasi dalam mendukung pengajuan klaim Covid-19 aplikasi yang dibutuhkan yaitu INA-CBG dan E-Klaim. RS Siloam Sentosa Bekasi mengacu pada KMK No. HK.01.07/MENKES/4344/2021. Proses klaim melewati alur verifikasi dari BPJS Kesehatan

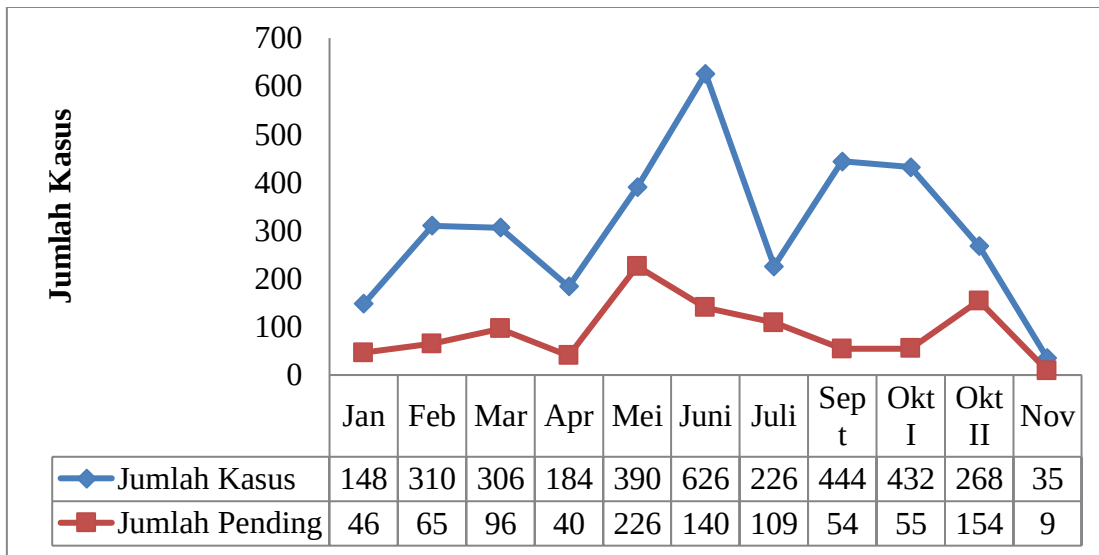
meliputi verifikasi administrasi dan verifikasi pelayanan pasien. Setelah selesai dilakukan verifikasi, maka akan diterbitkan berita acara hasil verifikasi klaim untuk selanjutnya diproses ke tahap pembayaran. Adapun dari hasil telaah klaim Covid-19 yang diajukan oleh rumah sakit terdapat 63% klaim lancar dan 37% tidak lancar. Penyebab ketidaklancaran klaim terjadi pada komponen proses yaitu ketidaklengkapan berkas klaim Covid-19, isi resume medis dan berkas lainnya yang tidak konsisten, ketidakakuratan dalam penegakan kode diagnosis (Herey & Temesvari, 2022).

Proses penggantian biaya pasien Covid-19 di rumah sakit memerlukan persyaratan yang lengkap untuk dapat menghasilkan status klaim yang disetujui. Persyaratan klaim dilakukan melalui tahap verifikasi oleh verifikator. Jika berkas persyaratan klaim pasien tidak lengkap akan menghambat proses pengklaiman, menyebabkan pending klaim.

Untuk gambaran klaim covid 19 di kota Medan yang diajukan rentan waktu Maret 2020 hingga November 2021 sebesar Rp.5,046 triliun, dimana yang sudah selesai di verifikasi sebesar Rp.4,767 triliun (94,71%) dan yang pending sebesar Rp.1994 triliun (33.868 kasus).

Dengan metode observasi terhadap kasus pending yang ada di salah satu Rumah Sakit rujukan Covid-19, penyebab pending klaim adalah sering terjadinya selisih paham antara petugas BPJS dengan pihak rumah sakit, dari internal rumah sakit sendiri berupa tidak adanya kepatuhan dalam menjalankan regulasi yang berlaku terkait aturan pembiayaan pasien Covid-19 selain itu dari pihak pemerintah terutama Kementerian Kesehatan sendiri selalu mengadakan perubahan regulasi dan kebijakan terkait aturan penanganan pasien Covid -19 sehingga menyebabkan pelayanan dalam penanganan pasien Covid-19 dan sistem klaim menjadi suatu permasalahan di rumah sakit sehingga berdampak terjadinya klaim pending.

Berdasarkan survey awal pendahuluan yang peneliti lakukan dengan metode observasi di salah satu rumah sakit rujukan Covid-19 Kota Medan dengan data pengajuan klaim Covid-19 periode tahun 2021, didapatkan data sebagai berikut klaim yang diajukan pada tahun 2021 sebanyak 3.370 pasien rawat inap dan rawat jalan dengan rincian yaitu bulan pengajuan Januari sebanyak 148 kasus dengan persentase pending 31%, pada bulan pengajuan Februari sebanyak 310 kasus dengan persentase pending 21%, bulan pengajuan Maret didapatkan sebanyak 306 kasus dengan persentase sebanyak 31.3%, pada bulan April didapatkan sebanyak 184 kasus dengan persentase pending 21.7%, pengajuan pada bulan Mei didapatkan sebanyak 390 kasus dengan persentase pending 58%, pengajuan pada bulan Juni didapatkan sebanyak 626 kasus dengan persentase pending 22.3%, pengajuan pada bulan Juli didapatkan sebanyak 226 kasus dengan persentase pending 46.5%, pengajuan pada bulan September didapatkan sebanyak 444 kasus dengan persentase pending 12.2%, pengajuan pada bulan Oktober tahap I didapatkan sebanyak 432 kasus dengan persentase pending 12.7%, pengajuan pada bulan Oktober tahap II didapatkan sebanyak 268 kasus dengan persentase pending 57.5%, pengajuan pada bulan November didapatkan sebanyak 35 kasus dengan persentase pending 25.7%.



Tabel 1. 1 Data Survey Awal

Pengajuan pada bulan Desember didapatkan sebanyak 1 kasus dengan hasil verifikasi layak 100%. Dari data diatas, dapat dilihat bahwa persentase klaim pending Covid-19 masih cukup tinggi sehingga pihak rumah sakit harus melakukan peninjauan kembali terkait sistem regulasi tata cara pembayaran dan pelayanan pasien Covid-19. Kerugian dari terkendalanya proses klaim tidak dapat dibiarkan begitu saja. Pihak rumah sakit harus menemukan jalan keluar untuk permasalahan klaim tersebut.

Berdasarkan data klaim Covid-19 yang diajukan layak dan pending yang telah disebutkan diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang **Identifikasi Faktor Klaim Pending Di Rumah Sakit Rujukan Covid-19 Kota Medan Tahun 2021 dengan fokus salah satu rumah sakit rujukan Covid-19 di Kota Medan.**

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas maka dapat diambil permasalahan penelitian yaitu faktor- faktor dan dampak apa sajakah yang terjadi ketika klaim pending Covid-19 di salah satu rumah sakit rujukan covid-19 di Kota Medan.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum pada penelitian ini untuk mengidentifikasi faktor-faktor pending klaim di salah satu rumah sakit rujukan covid-19 di Kota Medan tahun 2021.

1.3.2 Tujuan Khusus

- Mengidentifikasi faktor identitas tidak sesuai ketentuan terhadap pending klaim di salah satu rumah sakit rujukan covid-19 di Kota Medan tahun 2021.
- Mengidentifikasi faktor kriteria peserta jaminan covid tidak sesuai ketentuan terhadap pending klaim di salah satu rumah sakit rujukan covid-19 di Kota Medan tahun 2021.
- Mengidentifikasi faktor pemeriksaan penunjang laboratorium tidak sesuai ketentuan terhadap pending klaim di salah satu rumah sakit rujukan covid-19 di Kota Medan tahun 2021.
- Mengidentifikasi faktor berkas klaim tidak lengkap terhadap pending klaim di salah satu rumah sakit rujukan covid-19 di Kota Medan tahun 2021.

- e. Mengidentifikasi faktor pemeriksaan penunjang radiologi tidak sesuai ketentuan terhadap pending klaim RS di salah satu rumah sakit rujukan covid-19 di Kota Medan tahun 2021.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Untuk Manajemen Rumah Sakit

Penelitian ini bermanfaat untuk mengetahui persentase klaim pending yang diajukan sebagai evaluasi kinerja pelayanan pasien Covid-19 sehingga dapat membuat suatu kebijakan baru yang sesuai dengan regulasi yang dikeluarkan oleh menteri kesehatan terkait pelayanan pasien Covid-19 dan tata cara pembayaran klaim Covid-19.

1.4.2 Untuk Medis dan Paramedis

Untuk medis dan paramedis yang melayani pasien Covid-19 penelitian ini bermanfaat agar dalam pelaksanaan tugasnya lebih menyesuaikan dengan regulasi tata cara pembayaran klaim Covid-19.

1.4.3 Untuk Tim Casemix dan Verifikasi Internal RS

Penelitian ini bermanfaat agar dalam pelaksanaan tugas lebih teliti melihat berkas dan hal-hal dari syarat pengajuan klaim yang sesuai dengan regulasi tata cara pembayaran klaim Covid-19 yang telah ditetapkan oleh menteri kesehatan .