

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pada periode November hingga Desember 2019, Kota Wuhan di Tiongkok menjadi pusat perhatian dunia akibat meningkatnya secara signifikan kasus gangguan pernapasan. Fenomena tersebut kemudian diidentifikasi sebagai infeksi coronavirus jenis baru. Pada tahap awal, penyakit ini dikenal sebagai 2019 *novel coronavirus* (2019-nCoV), sebelum akhirnya pada tahun 2020 Organisasi Kesehatan Dunia menetakannya dengan nama *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19). Penyakit ini disebabkan oleh virus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-CoV-2) (Yuliana, 2020).

Menanggapi perkembangan tersebut, Pemerintah Republik Indonesia melalui Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 menetapkan COVID-19 sebagai Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang memerlukan penanganan segera. Kondisi yang semakin mengkhawatirkan mendorong pemerintah untuk mengeluarkan Keputusan Presiden Nomor 12 Tahun 2020 yang menetapkan penyebaran COVID-19 sebagai bencana nonalam berskala nasional (Kementerian Kesehatan, 2020).

Penyebaran COVID-19 di Indonesia menunjukkan tren peningkatan yang signifikan hampir di seluruh wilayah. Pada 26 Mei 2020, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan sebanyak 23.165 kasus terkonfirmasi dengan angka kematian mencapai 1.418 orang atau *case fatality rate* (CFR) sebesar 6,1% (Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19, 2020). Lonjakan kasus tertinggi terjadi pada periode Desember 2020 hingga Januari 2021. Data tanggal 5 Desember 2020 mencatat 563.680 kasus positif dengan 17.478 kematian (CFR 3,1%) dan 466.178 pasien sembuh. Sementara itu, pada 29 Januari 2021 jumlah kasus terkonfirmasi meningkat menjadi 1.051.795, dengan 29.518

kematian (CFR 2,8%) dan 852.260 pasien dinyatakan sembuh (Kementerian Kesehatan RI, 2020; 2021).

Pandemi *COVID-19* menghadirkan tantangan baru bagi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan, khususnya rumah sakit, yang harus beroperasi dalam situasi kedaruratan yang belum pernah dihadapi sebelumnya. Rumah sakit dituntut untuk meningkatkan kapasitas pelayanan klinis serta memastikan ketersediaan sarana, prasarana, dan peralatan medis guna menangani pasien *COVID-19*. Pelayanan pasien *COVID-19* membutuhkan biaya operasional yang sangat besar, antara lain penyediaan ruang isolasi bertekanan negatif, penggunaan obat antivirus, kebutuhan oksigen yang tinggi, serta perawatan intensif dengan ventilator bagi pasien dengan tingkat keparahan tinggi atau severity level 3 (Bartsch et al., 2020; Patria Jati et al., 2020).

Dalam perspektif pembiayaan, pandemi *COVID-19* dikategorikan sebagai kondisi *force majeure*, sehingga pembiayaannya tidak dapat ditanggung oleh BPJS Kesehatan, Jamkesda, maupun asuransi kesehatan lainnya. Oleh karena itu, pembiayaan perawatan pasien *COVID-19* dijamin oleh negara melalui Kementerian Kesehatan, khususnya Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Proses klaim pembiayaan dilakukan melalui mekanisme verifikasi yang melibatkan kerja sama antara Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan. Ketentuan teknis terkait penagihan biaya perawatan pasien *COVID-19* dituangkan dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Sejak awal pandemi, kebijakan terkait tata cara penagihan biaya perawatan pasien *COVID-19* telah mengalami beberapa kali perubahan. Hingga saat ini, tercatat empat regulasi yang mengatur mekanisme tersebut, yaitu HK.01.07/Menkes/238/2020 (6 April 2020), HK.01.07/Menkes/446/2020 (22 Juli 2020), HK.01.07/Menkes/5673/2021 (23 Agustus 2021), serta regulasi terbaru HK.01.07/Menkes/1112/2022 yang diterbitkan pada 7 April 2022.

Selama masa pandemi, hampir seluruh rumah sakit menghadapi permasalahan arus kas (*cash flow*), meskipun biaya perawatan pasien

COVID-19 dijamin oleh pemerintah. Kondisi ini dipengaruhi oleh menurunnya kunjungan pasien *non-COVID* akibat kekhawatiran masyarakat terhadap risiko penularan di fasilitas kesehatan. Selain itu, kebijakan beberapa kolegium yang membatasi praktik dokter, terutama bagi tenaga medis berusia di atas 50 tahun, turut memperburuk situasi. Akibatnya, angka pelayanan rawat jalan dan rawat inap mengalami penurunan drastis, yang berdampak pada berkurangnya pendapatan rumah sakit hingga sekitar 50% dibandingkan kondisi normal (Giusman & Nurwahyuni, 2020; Hendrartini, 2020; Ariyani, 2021).

Data BPJS Kesehatan per 2 September 2020 menunjukkan bahwa total klaim yang diajukan rumah sakit mencapai 103.519 kasus dengan nilai Rp6,33 triliun. Dari jumlah tersebut, sebanyak 93.371 klaim (90%) telah diverifikasi dengan nilai Rp5,53 triliun, sementara 10.696 klaim (10%) masih dalam proses verifikasi dengan nilai Rp845,48 miliar. Dari klaim yang telah diverifikasi, hanya sekitar 50,03% yang dinyatakan sesuai, sedangkan hampir separuh lainnya masuk dalam kategori klaim sengketa (*dispute*) dengan nilai mencapai Rp2,28 triliun (BPJS Kesehatan, 2020). Hingga akhir Desember 2020, total klaim yang diajukan mencapai Rp22,91 triliun, namun yang telah dibayarkan baru sebesar Rp14,52 triliun (63,3%), sementara sisanya sebesar Rp8,38 triliun masih tertunda pembayarannya (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Dalam praktiknya, tingginya jumlah klaim yang berstatus sengketa menimbulkan permasalahan serius terhadap arus kas rumah sakit rujukan *COVID-19*. Oleh karena itu, penelitian ini menganalisis klaim perawatan pasien *COVID-19* yang dinyatakan *dispute* di RS Kartika Husada Jatiasih sebagai salah satu rumah sakit penyelenggara layanan *COVID-19*.

RS Kartika Husada Jatiasih berdiri sejak tahun 2010 dan mengalami perkembangan kelembagaan secara bertahap, mulai dari rumah sakit bersalin, kemudian menjadi rumah sakit ibu dan anak pada tahun 2012, berkembang menjadi rumah sakit umum tipe D pada tahun 2014, dan sejak tahun 2016 hingga saat ini berstatus sebagai rumah sakit

umum tipe C. Berdasarkan Surat Perjanjian antara Pemerintah Kota Bekasi dan fasilitas kesehatan rujukan swasta di wilayah Kota Bekasi Nomor 21 Tahun 2020 dan 018/ARSSI-Cabang Kota Bekasi/III/2020, RS Kartika Husada Jatiasih ditetapkan sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang berwenang memberikan pelayanan perawatan bagi pasien *COVID-19*.

Berikut terlampir adalah tabel data RS Kartika Husada Jatiasih yang memuat hasil verifikasi yang telah disetujui dan yang di *dispute* oleh Kementerian Kesehatan dengan bantuan tim verifikator BPJS masing-masing wilayah.

Tabel 1.1 Data Klaim *Covid-19* RS Kartika Husada Jatiasih Tahun 2020

Bulan	Total Kasus	<i>Dispute</i>	Presentase <i>Dispute</i>
Maret	2	1	50%
April	30	25	83.3%
Mei	40	25	62.5%
Juni	36	20	55.5%
Juli	19	8	42.1%
Agustus	28	12	42.8%
September	61	22	36%
Oktober	57	26	45.6%
November	49	6	12.2%
Desember	115	32	27.8%

Sumber : BAHV *Covid-19* RS Kartika Husada Jatiasih (2020)

Tabel 1.2 Data Klaim Covid-19 RS Kartika Husada Jatiasih Tahun 2021

Bulan	Total Kasus	Pending	Dispute	Presentase Pending	Presentase Dispute
Jan	81	-	33	0%	40.7 %
Feb	53	6	8	11.3 %	15 %
Mar	88	32	8	36.36 %	9 %
April	55	8	-	14.5 %	0 %
Mei	35	14	14	40 %	40 %
Juni	92	12	35	13 %	38 %
Juli	84	11	50	13 %	59.5 %
Agust	21	6	13	28.5 %	62 %
Sep	5	-	1	0 %	20 %
Okt	-	-	-	-	-
Nov	-	-	-	-	-
Des	1	1	-	100 %	0 %

Sumber : BAHV Covid-19 RS Kartika Husada Jatiasih (2021)

Tabel 1.3 Laporan Keuangan RS Kartika Husada Jatiasih Tahun 2020

Tahun 2020	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember
Pendapatan	2,471,878,749	2,409,694,411	2,323,176,329	1,346,704,511	1,731,535,333	1,969,888,786	1,638,346,937	2,348,061,112	2,174,041,714	1,359,363,588	2,316,115,775	3,128,716,608
Pengeluaran	2,488,994,553	2,375,696,849	2,313,339,500	1,989,080,864	1,980,749,247	1,985,502,479	1,775,651,258	2,163,365,958	1,960,762,557	1,752,961,955	1,808,130,528	2,080,386,955
Selisih	(17,115,804,-)	(33,997,562,-)	(9,836,829,+)	(622,376,353,-)	(249,213,914,-)	(63,786,307,+)	(137,304,321,-)	(84,895,154,+)	(213,279,157,+)	(393,598,367,-)	(507,985,247,+)	(1,048,329,653,+)

Tabel 1.4 Laporan Keuangan RS Kartika Husada Jatiasih Tahun 2021

Tahun 2021	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember
Pendapatan	1,828,653,858	1,531,448,265	4,149,274,385	7,221,562,675	1,826,326,706	2,099,745,876	5,542,591,217	7,260,937,819	4,893,396,824	1,732,687,602	8,673,346,859	9,117,041,596
Pengeluaran	2,266,745,295	1,992,274,688	2,130,869,088	2,296,172,382	2,271,560,075	2,659,822,950	3,953,001,218	3,506,975,239	4,901,903,422	4,179,764,574	4,156,064,782	5,790,429,272
Selisih	438,091,437(-)	460,826,423(-)	2,018,405,297(+)	4,925,390,293(+)	445,233,369(-)	560,077,074(-)	1,850,363,265(+)	5,625,919,664(+)	7,966,598(-)	2,447,076,972(-)	4,517,282,077(+)	3,326,612,324(+)

Dalam kurun waktu tersebut dapat terlihat bahwa diawal pandemic *Covid-19*, klaim yang di *dispute* dapat mencapai lebih dari 50 %. Hal tersebut sangat mengganggu *cashflow* rumah sakit, karena modal kerja yang sudah dikeluarkan rumah sakit sangat besar. Dibandingkan sebelum pandemi *Covid-19*, modal kerja yang dikeluarkan oleh rumah sakit lebih tinggi khususnya persiapan protocol kesehatan seperti Alat Pelindung Diri, proses skrining, pemisahan ruangan dan lain-lain.

Pada tahun 2021 terjadi perubahan kebijakan terkait kriteria verifikasi klaim pembiayaan perawatan pasien *COVID-19* sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/5673/2021. Perubahan tersebut tidak hanya memengaruhi substansi verifikasi, tetapi juga memperluas klasifikasi hasil verifikasi klaim. Jika sebelumnya hasil verifikasi hanya dikategorikan sebagai klaim sesuai, klaim tidak sesuai, dan klaim sengketa (*dispute*), maka dalam kebijakan terbaru ditambahkan satu kategori baru, yaitu klaim *pending*.

Klaim dinyatakan berstatus *pending* apabila dokumen tagihan yang diajukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan belum memenuhi persyaratan administrasi atau masih memerlukan kelengkapan dokumen tambahan. Dalam kondisi tersebut, fasilitas pelayanan kesehatan diberikan kesempatan untuk melengkapi kekurangan dokumen dalam jangka waktu 14 hari kerja sejak diterimanya Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV). Pengajuan ulang klaim *pending* tersebut dapat dilakukan maksimal sebanyak dua kali.

Berbeda dengan klaim *pending*, klaim dikategorikan sebagai *dispute* apabila ditemukan ketidaksesuaian antara data yang disampaikan

oleh rumah sakit dengan data yang dipersyaratkan atau diverifikasi oleh BPJS Kesehatan. Penanganan klaim *dispute* umumnya menghadapi kendala yang lebih kompleks, mengingat sistem penyelesaian klaim *dispute* baru dapat diakses sekitar dua bulan setelah rumah sakit menerima pemberitahuan status *dispute*. Kondisi ini tidak sepenuhnya sejalan dengan ketentuan dalam Keputusan Menteri Kesehatan yang menyatakan bahwa proses penyelesaian dapat dimulai paling lambat 10 hari setelah kekurangan persyaratan diinformasikan. Selain itu, Tim Penyelesaian Klaim *Dispute* (TPKD) di tingkat provinsi memiliki kewajiban untuk mengonfirmasi klaim *dispute* kepada rumah sakit dan memberikan waktu penyelesaian selama 14 hari kerja sejak diterimanya berita acara hasil verifikasi klaim *dispute*.

Apabila klaim yang telah diverifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan dinyatakan tidak sesuai dan masuk dalam kategori *dispute*, maka penyelesaiannya dilakukan oleh Tim Penyelesaian Klaim *Dispute* Kementerian Kesehatan. Proses tersebut didasarkan pada penjelasan yang disampaikan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan serta dokumen Berita Acara Hasil Verifikasi yang disusun oleh BPJS Kesehatan. Seluruh dokumen pendukung kemudian disampaikan kepada Kementerian Kesehatan melalui sistem informasi jaminan *COVID-19*. Rumah sakit juga diberikan hak untuk mengajukan surat keberatan atas klaim *dispute* secara daring kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan melalui Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan (Kepmenkes, 2020).

Pelaksanaan penyelesaian klaim *dispute* wajib berpedoman pada ketentuan yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan dengan tetap memperhatikan kriteria penjaminan perawatan, batas waktu berakhirnya jaminan, serta ketentuan tarif yang berlaku. Dalam konteks tersebut, rumah sakit diharapkan mampu melakukan analisis mendalam serta simulasi penyelesaian klaim *dispute* secara komprehensif bersama tim penyelesaian klaim dan tim klaim internal rumah sakit (Kepmenkes, 2020).

Dalam proses penyelesaian klaim *dispute* berdasarkan Berita Acara Hasil Verifikasi yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan, tim teknis penyelesaian klaim *dispute* akan memberikan rekomendasi hasil verifikasi ke dalam dua kategori, yaitu klaim yang dinyatakan layak dan klaim yang dinyatakan tidak layak. Klaim yang layak adalah klaim yang memenuhi ketentuan penjaminan dan dapat dibayarkan sesuai dengan nilai yang diajukan, sedangkan klaim yang tidak layak merupakan klaim yang tidak memenuhi ketentuan dan tidak dapat dibayarkan. Keputusan hasil penyelesaian klaim *dispute* yang dilakukan oleh Tim Penyelesaian Klaim *Dispute* bersifat final dan mengikat (Kepmenkes, 2020).

B. Permasalahan

Dalam pelaksanaan kegiatan klaim *Covid-19* di RS Kartika Husada Jatiasih, berdasarkan hasil verifikasi BPJS Kesehatan masih terdapat lebih dari 50 % klaim *Covid-19* yang dinyatakan *dispute*. Terdapat beberapa kendala dari hulu ke hilir dalam proses klaim tersebut yang menyebabkan klaim tersebut masuk dalam kategori *dispute*.

Kendala yang ditemukan antara lain adalah tidak semua petugas rumah sakit memahami ketentuan penjaminan klaim *Covid-19* dikarenakan sosialisasi oleh Kemenkes terbatas dan dilakukan secara online sehingga tidak semua pertanyaan yang disampaikan dapat dijawab dan diterjemahkan dengan baik. Pengisian form PE yang seringkali tidak lengkap dikarenakan belum pahamiya cara pengisian form PE yang menyebabkan delay pelaporan surveillance dan pengajuan pemeriksaan swab PCR adalah salah satu akibat kurangnya sosialisasi dari pusat.

Adanya perubahan regulasi dalam jangka waktu yang berdekatan juga membuat kesulitan petugas untuk beradaptasi dengan regulasi yang terbaru, dimana terdapat beberapa ketentuan seperti hasil PCR negatif yang bukan merupakan hasil akhir dari perawatan di rumah sakit namun dapat dilihat dari hasil penunjang yang mengalami perbaikan serta apabila hasil PCR sudah negatif namun apabila pasien masih mengalami keluhan dari faktor komorbid atau penyakit lain yang bukan *Covid-19* maka sisa

hari perawatan setelah hasil negatif tidak dapat dijamin dan menjadi *dispute* klaim.

Meningkatnya jumlah pasien yang terindikasi *Covid-19* menyebabkan rumah sakit harus menambah kapasitas ruangan isolasi khusus *Covid-19* dalam waktu singkat untuk menghindari penumpukan pasien di Unit Gawat Darurat karena sulitnya mencari rujukan dan kapasitas isolasi yang terbatas, sehingga sebelum dilaporkan kepada Kemenkes rumah sakit sudah mengubah kapasitas ruangan isolasi khusus *Covid-19* menjadi lebih banyak. Hal ini menyebabkan pertanyaan dari verifikator mengapa perawatan ditempatkan di luar ruangan isolasi yang sudah ditentukan dalam surat keputusan (SK) pimpinan RS dan mengapa pengelolaan kamar tersendiri masih terkendala sehingga tidak cocok dengan isi Pedoman Penanggulangan dan Pencegahan Covid 19, dimana hal tersebut menyebabkan klaim tersebut mengalami *dispute*.

Tenaga Casemix yang mengolah klaim Kemenkes masih merangkap mengerjakan klaim BPJS dan klaim Jamkesda sehingga tidak fokus dalam mengerjakan klaim *Covid-19* dimana klaim *Covid-19* membutuhkan perhatian lebih karena banyaknya perubahan regulasi. Rumah sakit yang belum menggunakan elektronik *medical record* sehingga sebagian masih dilakukan secara manual, hal tersebut memperlambat proses dan meningkatkan faktor *human error* yang tinggi yang menyebabkan klaim *Covid-19* mengalami *dispute*.

Dari latar belakang masalah yang terjadi di rumah sakit tersebut, maka Penulis akan melakukan kajian lebih dalam, dalam bentuk penelitian dengan judul **ANALISIS RISIKO DISPUTE KLAIM COVID TERHADAP OPERASIONAL CASHFLOW DI RS KARTIKA HUSADA JATIASIH.**

C. Rumusan Paparan Masalah

Berdasarkan *background* masalah yang terjadi di atas, maka permasalahan dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana proses (peta bisnis) proses *dispute* klaim *Covid-19* di RS Kartika Husada Jatiasih
2. Berapa besarnya peluang dan dampak (risiko) dalam proses *dispute* klaim *Covid-19*
3. Bagaimana risiko-risiko dalam proses *dispute* klaim *Covid-19*
4. Bagaimana mitigasi (manajemen kebijakan) atas risiko yang timbul atas *dispute* klaim *Covid-19*

D. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penulis melakukan pembahasan hal tersebut yaitu berdasarkan rumusan masalah diatas, antara lain:

1. Menyajikan peta / proses bisnis dari proses *dispute* klaim *Covid-19*
2. Melakukan asesmen dan menetapkan besarnya risiko-risiko atas proses bisnis *dispute* klaim *Covid-19*
3. Menganalisis risiko-risiko dalam proses *dispute* klaim *Covid-19*
4. Menetapkan kebijakan (mitigasi) yang paling relevan atas risiko dalam proses *dispute* klaim *Covid-19*

E. Fungsi dan Manfaat Penelitian

Fungsi dan Manfaat penelitian ini antara lain :

1. Memperkaya masukan dalam pengembangan ilmu penanganan risiko operasional dalam proses pengklaiman klaim *Covid-19* agar dapat meminimalisir terjadinya *dispute* sehingga diharapkan *cashflow* rumah sakit dapat membaik.
2. Untuk memberikan masukan berharga bagi stakeholder Rumah Sakit RS Kartika Husada Jatiasih, dalam memverifikasi klaim *Covid-19*.
3. Sebagai masukan kepada regulator yaitu Kementrian Kesehatan dan BPJS Kesehatan dengan harapan dapat memperbaiki proses pengklaiman klaim *Covid-19* agar berdampak baik terhadap operasional fasilitas kesehatan tingkat lanjut.