

Pengalaman Indonesia dalam Penanganan *Dispute* Klaim Covid-19

Indonesia Experience in Handling Covid-19 Dispute Claim

**Wahyu Pudji Nugraheni,¹ Risky Kusuma Hartono,² Chazali Situmorang,³
dan Hasbullah Thabrany⁴**

¹nugraheni_wp@yahoo.com (corresponding author)
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI
Jl. Percetakan Negara No. 29, Jakarta 10560

²risky.kusuma@stikim.ac.id
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju
Jl. Harapan No. 50, Jagakarsa, Jakarta 12630

³chazalisitumorang@yahoo.com
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Nasional
Jl. Sawo Manila, Pejaten Ps. Minggu, Jakarta 12520

⁴hasbullah.thabrany@gmail.com
Thinkwell Indonesia
Jl. M.H. Thamrin No. 57, Jakarta 10350

Received: December 11, 2021 | Revised: June 28, 2022 | Published: June 30, 2022

Abstract: *Dispute claims for Covid-19 patient financing become a problem amidst the pandemic that could impact the sustainability of health service cash flow in several provinces in Indonesia. This research aims to explore the handling and dispute claims of Covid-19 patients in nine provinces in Indonesia. Also, this is qualitative research using a case study approach. Informants came from primary and secondary health services. Data analysis was carried out by means of triangulation of sources between the informants. The results from this research indicate that several provinces still have difficulties using the online application for claim handling based on the experience that has occurred. Other obstacles include claim documents that failed to upload, unreadable documents, and residents without a national identity number or NIK. These are what made most of the dispute claims occur due to the incomplete claim files and the criteria for guaranteed patients who were not eligible. One of the efforts the hospital took was improving the hospital management information system to minimize dispute claims. This research concludes that dispute claims are still vulnerable, so increasing the capacity and information system of health services, commitment, coordination, and regular socialization from the payer side is needed to prevent the dispute claims of Covid-19 patients.*

Keywords: *Covid-19; dispute claim; information system; re-claim*

Abstrak: *Dispute klaim pembiayaan pasien Covid-19 menjadi permasalahan di tengah pandemi yang dapat berdampak pada keberlangsungan arus kas pelayanan kesehatan di beberapa provinsi di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi*



penanganan dan *dispute* klaim pasien Covid-19 di 9 provinsi di Indonesia. Penelitian ini juga merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Informan berasal dari pelayanan kesehatan primer dan sekunder. Analisis data dilakukan dengan cara triangulasi sumber antarinforman. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa beberapa provinsi masih kesulitan menggunakan aplikasi daring untuk penanganan klaim berdasarkan pengalaman yang telah terjadi. Kendala lainnya antara lain dokumen klaim yang gagal diunggah, dokumen yang tidak terbaca, dan penduduk yang tidak memiliki nomor identitas nasional atau Nomor Induk Kependudukan. Hal inilah yang membuat sebagian besar *dispute* klaim terjadi karena berkas klaim yang tidak lengkap dan kriteria jaminan pasien yang tidak memenuhi syarat. Salah satu upaya yang dilakukan pihak rumah sakit adalah dengan meningkatkan sistem informasi manajemen rumah sakit untuk meminimalisasi *dispute* klaim. Penelitian ini menyimpulkan bahwa *dispute* klaim masih terjadi sehingga peningkatan kapasitas dan sistem informasi pelayanan kesehatan, komitmen, koordinasi, dan sosialisasi secara berkala dari pihak pembayar diperlukan untuk mencegah terjadinya *dispute* klaim pasien Covid-19.

Kata Kunci: Covid-19; *dispute* klaim; klaim ulang; sistem informasi

Pendahuluan

Pada masa pandemi Covid-19, biaya perawatan penuh untuk penanganan Covid-19 telah dibantu menggunakan skema asuransi kesehatan sosial di berbagai negara (Djalante *et al.*, 2020). Pada saat ini, jaminan kesehatan telah menjadi kebutuhan dalam kehidupan sehari-hari masyarakat modern (Harrison & Ng, 2019). Jaminan kesehatan memainkan peran mendasar dalam ekonomi karena mereka mengelola risiko pada individu, perusahaan, dan negara (Ecer & Pamucar, 2021). Dengan adanya asuransi pada jaminan kesehatan, masyarakat tidak perlu khawatir terkena penyakit yang tidak terduga seperti pada masa pandemi Covid-19.

Indonesia menggunakan skema pembiayaan kesehatan dengan memanfaatkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan sebagai pihak ketiga (*third party*) dalam penanganan klaim Covid-19 (Kurniati, Roskam, & Efendi, 2021). Prinsip keadilan distributif sangat penting bagi BPJS kesehatan dalam menganalisis klaim pelayanan kesehatan akibat Covid-19 di Indonesia. Akan tetapi, *dispute* klaim masih menjadi permasalahan di Indonesia di tengah-tengah kondisi pandemi Covid-19. Hal tersebut dapat menjadi kendala bagi keberlanjutan arus kas (*cash flow*) pelayanan kesehatan apabila klaim yang tertunda makin meningkat (Irwandy & Sjaaf, 2020). Permasalahan tersebut dapat terjadi karena kurangnya kepastian penyakit yang parah atau kronis, kesalahan pengodean, kurangnya bukti validitas internal, dan kurangnya informasi khusus tentang pengobatan karena *bundling* klaim (Tessier-Sherman *et al.*, 2013).

Permasalahan *dispute* klaim asuransi kesehatan tidak hanya terjadi di Indonesia. Namun, juga terjadi pada banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah dengan sistem asuransi kesehatan sosial. Salah satunya adalah pengalaman Philhealth di Filipina yang menemukan masalah *upcoding* dalam penanganan klaim Covid-19 (Ng, Ramadani, Hendrawan, Duc, & Kiet, 2019).

Setiap kabupaten dan provinsi di Indonesia memiliki tingkat kemampuan dalam tata kelola penanganan klaim jaminan kesehatan yang berbeda-beda sehingga *dispute* klaim pasien Covid-19 menjadi masalah yang terus terjadi (Bintang, Mujibussalim, & Fikri, 2019). Perbedaan kemampuan ini menjadikan disparitas antardaerah sehingga terdapat wilayah yang sukses dalam hal penanganan klaim, tetapi ada juga wilayah yang kurang berhasil. Hingga saat ini, masih terbatas penelitian yang membahas lebih lanjut mengenai pena-

nganan *dispute* klaim. Oleh karena itu, permasalahan penelitian ini adalah bagaimana penanganan dan *dispute* klaim di 9 provinsi di Indonesia, terutama pada *dispute* klaim penanganan pasien Covid-19. Tujuan penelitian adalah untuk mengeksplorasi penanganan dan *dispute* klaim yang terjadi di 9 provinsi di Indonesia terutama pada *dispute* klaim penanganan pasien Covid-19. Penelitian bermanfaat untuk mempersiapkan pemerintah menghadapi kemungkinan terjadinya pandemi di masa depan.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Melalui pendekatan tersebut, didapat pengalaman penanganan asuransi kesehatan dalam mengatasi permasalahan klaim yang nantinya dapat dijadikan sebagai bahan pembelajaran untuk mengatasi pandemi di masa depan. Informan penelitian ini berasal dari 9 provinsi di Indonesia yaitu Sumatra Utara, DKI Jakarta, Banten, Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, dan Papua. Provinsi tersebut dipilih berdasarkan kapasitas fiskal yang tinggi dan rendah di Indonesia. Penelitian ini memiliki total 94 informan (IF1–IF94) dari 9 provinsi di Indonesia. Informan berasal dari instansi Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah, serta Rumah Sakit Swasta. Instansi tersebut sudah mewakili semua tingkat pelayanan kesehatan dasar dan rujukan di Indonesia. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari hingga Desember 2020. Prosedur studi diawali dengan perizinan ke semua instansi penelitian ini di 9 provinsi di Indonesia. Proses pengambilan data dilakukan secara *in-depth interview*. Data kemudian ditranskrip dan diringkas dalam bentuk matriks. Analisis data dilakukan secara triangulasi sumber antarinforman. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI.

Teori *Dispute* Klaim Asuransi

Dispute klaim adalah ketidaksepakatan antara BPJS dan fasilitas kesehatan atas klaim berdasarkan berita acara pengajuan klaim (Syafarudin, 2020). Berdasarkan Surat Edaran Direktur Pelayanan BPJS Nomor 51 Tahun 2016, *dispute* klaim merupakan klaim atas pelayanan kesehatan yang belum disetujui pembayarannya oleh pihak BPJS Kesehatan disebabkan adanya ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dengan sarana kesehatan atas klaim tersebut berdasarkan berita acara pengajuan klaim.

Dalam penelitian ini, metode yang dipakai sesuai dengan teori struktur klaim asuransi kesehatan termasuk di antaranya dasar asuransi kesehatan dan *dispute* klaim (Ilyas, 2006; Thabrany, 2017). Aspek-aspek yang dilihat dalam penanganan *dispute* klaim Covid-19 di 9 provinsi tersebut mencakup kebijakan maupun prosedur penanganan klaim pasien Covid-19, prosedur verifikasi klaim pasien Covid-19, kendala pemenuhan berkas klaim pasien Covid-19, dan disparitas *dispute* klaim pasien Covid-19 di 9 provinsi di Indonesia (Bintang *et al.*, 2019; Djalante *et al.*, 2020; Irwandy & Sjaaf, 2020; Kurniati *et al.*, 2021; Ng *et al.*, 2019).

Penanganan Klaim Pasien Covid-19

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/446/2020 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Penyakit Infeksi *Emerging* Tertentu bagi Rumah Sakit yang Menyelenggarakan Pelayanan *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19), Bab II menyebutkan bahwa BPJS Kesehatan: (1) melakukan pengelolaan administrasi klaim dengan menyelenggarakan tata kelola data dan berkas klaim atau tagihan dari rumah sakit yang melakukan pelayanan Covid-19 secara transparan dan akuntabel; (2) melakukan verifikasi tagihan pelayanan kesehatan dari rumah sakit yang melakukan pelayanan Covid-19; (3) melakukan koordinasi dengan

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) dalam rangka proses pembayaran tagihan klaim kepada rumah sakit yang telah dilakukan proses verifikasi; (4) melaporkan hasil proses verifikasi berupa Berita Acara kepada Kemenkes.

Kemenkes dapat memberikan uang muka paling banyak 50 persen dari setiap jumlah klaim yang diajukan oleh rumah sakit, jika memenuhi persyaratan Kemenkes. Persyaratan itu berupa Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak (SPTJM), surat permohonan pembayaran klaim pasien, Surat Perintah Kerja (SPK), dan *txt* e-klaim yang biasa dipakai untuk pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Biaya klaim akan ditransfer ke rekening rumah sakit pemohon klaim pasien Covid-19, setelah memperhitungkan uang muka yang diberikan. Rumah sakit juga wajib melakukan pembaruan laporan Covid-19 di sistem rumah sakit secara daring agar Kemenkes bisa melakukan pembayaran pelunasan.

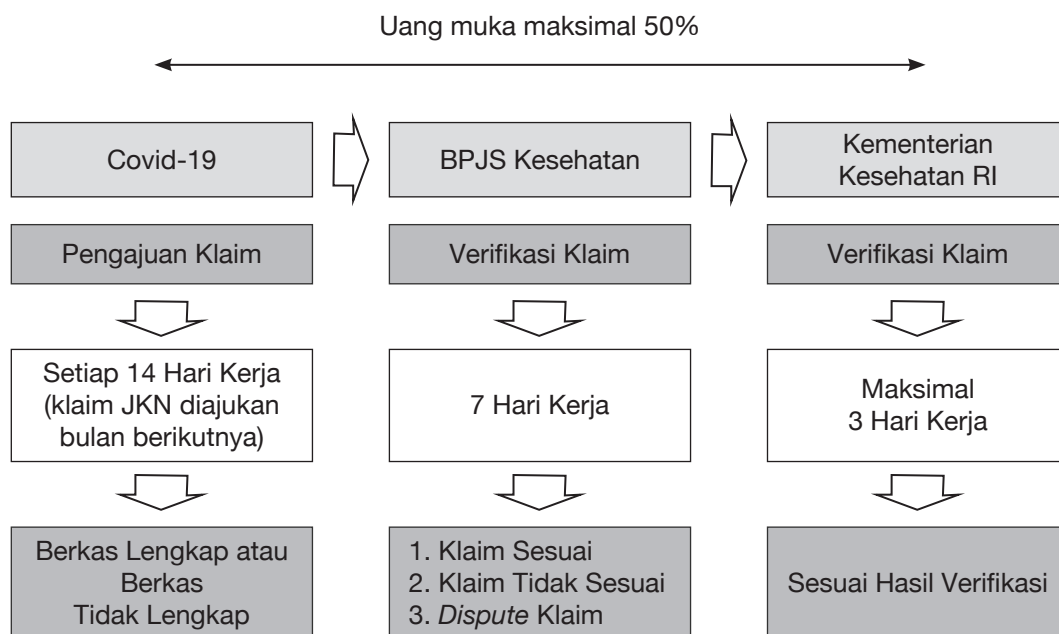
Prosedur administrasi klaim Covid-19 harus dilakukan oleh rumah sakit untuk mendapatkan klaim. Pengajuan klaim hingga pembayaran klaim dilakukan dengan mengikuti prosedur dan persyaratan yang telah ditetapkan diproses menggunakan aplikasi E-klaim. Beberapa rumah sakit di Sumatera Utara dan DKI Jakarta mendapati kendala dalam mengajukan klaim, seperti terjadi eror pada aplikasi dan kelengkapan berkas. Berikut ini penuturan informan.

Untuk klaim biaya penanganannya prosesnya tidak terlalu sulit. Setelah data pasien lengkap, maka difoto dan diinput ke dalam sistem e-klaim. Hasil tes swab yang lama keluar sehingga sering terjadi *pending*. (IF9) Sumatera Utara

Aplikasi klaim masih *trial* dan eror sehingga kami yang di lapangan cukup kesulitan, sampai saat ini masih ada 50 persen berkas yang *dispute* dan belum bisa kami perbaiki karena sistem terkunci. (IF18) DKI Jakarta

Rumah sakit di Banten, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan melaporkan bahwa tidak ada kendala dalam pengajuan klaim. Pengajuan telah dilakukan secara rutin dan hanya memerlukan penyesuaian dalam proses klaim Covid-19. Hal tersebut diperlukan sehingga tidak memerlukan waktu yang lama dalam pengajuan klaim, berikut penuturannya.

Klaim diajukan secara kolektif, bisa satu sampai tiga bulan dalam sekali pengajuan. (IF19) Banten



Gambar 1. Prosedur Administrasi Klaim Covid-19

Sumber: BPJS Kesehatan (2020, p. 10).

Kami ada tim khusus untuk menangani klaim Covid-19, proses klaim menggunakan INA-CBGs, di awal-awal banyak perubahan-perubahan aplikasi, dan terkadang server-nya kurang bagus, kita belum terbiasa menggunakan aplikasi tersebut. Adanya kebiasaan Dokter Penanggung jawab Pelayanan (DPJP) yang berfokus hanya dengan pasien, sehingga masih ada kesalahpahaman mengenai klaim Covid-19. (IF86) Sulawesi Selatan

Adapun tarif setiap harinya dalam penanganan Covid-19 dilihat dari beberapa kriteria yang ditampilkan pada Tabel 1. Kriteria tersebut dilihat dari jenis suspek yang dibagi menjadi dua yaitu suspek tanpa komorbid dan komplikasi dan suspek dengan komorbid dan komplikasi. Tarif per hari per kriteria tersebut dimulai dari Rp7.500.000,00 hingga Rp16.500.000,00.

Prosedur Verifikasi Klaim

Menurut penjelasan informan, proses verifikasi klaim membutuhkan waktu yang lama. Hal tersebut terjadi karena adanya beberapa kendala. Pada rumah sakit di Sumatra Utara menghadapi klaim tertunda karena lamanya hasil tes swab yaitu berkisar 15 hari sampai 45 hari. Rumah sakit di DKI Jakarta menghadapi kendala berupa biaya yang cukup tinggi pada pasien komorbid.

Kemudian di KMK sebelumnya, pasien lepas rawat inap harus dengan swab negatif. Sementara pemeriksaan swab dilakukan di laboratorium yang ditunjuk oleh pemerintah. Hasil swab negatif-nya ada yang baru keluar 15 hari hingga 45 hari dan itu memengaruhi lama perawatan. Itu menjadi alasan klaim rumah sakit ditunda. (IF8) Sumatra Utara

Kendala Kelengkapan Dokumen Klaim Covid-19

Kendala dalam memenuhi kelengkapan dokumen klaim sering terjadi pada berbagai rumah sakit. Provinsi Sumatra Utara mempunyai cara tersendiri agar klaim tidak tertunda yaitu dengan memperjelas petunjuk teknis penanganan klaim yang diatur oleh manajemen rumah sakit. Namun, rumah sakit di Banten menghadapi kurangnya pengetahuan tim pelayanan mengenai berkas yang dibutuhkan terkait klaim sehingga membutuhkan waktu yang lama untuk mengajukan klaim. Pada rumah sakit di Yogyakarta terjadi kendala dalam hal diagnosis yang tidak sesuai pada pasien orang tanpa gejala (OTG) dan pada kriteria kasus Kehamilan Ektopik Terganggu (KET) dengan suspek Covid-19. Berikut ini penjelasan informan tersebut.

Tabel 1. Tarif Per Hari dalam Penanganan Covid-19

No.	Kriteria	Tarif Per Hari
<i>Suspek tanpa komorbid dan komplikasi</i>		
1.	ICU dengan ventilator	Rp 15.500.000
2.	ICU tanpa ventilator	Rp 12.000.000
3.	Isolasi tekanan negatif dengan ventilator	Rp 10.500.000
4.	Isolasi tekanan negatif tanpa ventilator	Rp 7.500.000
5.	Isolasi non tekanan negatif dengan ventilator	Rp 10.500.000
6.	Isolasi non tekanan negatif tanpa ventilator	Rp 7.500.000
<i>Suspek dengan komorbid dan komplikasi</i>		
1.	ICU dengan ventilator	Rp 16.500.000
2.	ICU tanpa ventilator	Rp 12.500.000
3.	Isolasi tekanan negatif dengan ventilator	Rp 14.500.000
4.	Isolasi tekanan negatif tanpa ventilator	Rp 9.500.000

Sumber: Kementerian Kesehatan (2020, p. 38).

Juknisnya diperjelas dan disosialisasikan ke BPJS Kesehatan agar klaim dari rumah sakit tidak tertunda, karena secara umum itu tentu mengganggu operasional pelayanan rumah sakit. (IF8) Sumatra Utara

Tim pelayanan tidak mengetahui berkas apa saja yang dibutuhkan terkait klaim, mereka hanya menangani klinis pasien saja sehingga terkadang kelengkapan berkasnya kurang. (IF26) Banten

Pertama mengajukan 5 pasien dan 3 yang di-acc. Kendalanya pada penegakan diagnosis yang tidak sesuai. Harus ada penetapan OTG dari dinas kesehatan. (IF40) Yogyakarta

Hal berbeda terjadi dengan rumah sakit di Jawa Tengah dan Jawa Timur yang terkendala dengan NIK-KK yang tidak sesuai dengan KTP pasien sehingga gagal untuk mengunggah berkas ke sistem atau klaim menjadi tidak terbaca. Pada rumah sakit di Jawa Tengah kendala juga terjadi pada pasien ODP dan pasien dalam pengawasan (PDP). Hal tersebut kerap mengakibatkan kerugian untuk pihak rumah sakit. Berikut ini penjelasan informan tersebut.

Kadang gagal *upload*, data klaim tidak terbaca, identitas sesuai NIK-KK, apabila tidak dilakukan PCR harus disertai surat keterangan epidemiologi dari dinkes. (IF55) Jawa Tengah

Kendala dari internal rumah sakit, yaitu dari petugas klaim kurang tertib dalam SIM RS sehingga data yang dibutuhkan banyak yang kurang, contoh lupa meminta KTP pasien Covid. (IF65) Jawa Timur

Hambatan pada proses klaim juga terjadi pada rumah sakit di Kalimantan Selatan, di mana pasien Covid-19 yang tidak memiliki NIK seperti bayi baru lahir. Didapati banyak petugas yang belum mengetahui kelengkapan berkas untuk proses klaim pada rumah sakit di Sulawesi Selatan, berikut ini penuturannya.

Variasi kriteria pasien Covid-19 di aplikasi klaim kurang banyak. Sebaiknya tidak menggunakan *cost per day*, tetapi menggunakan *fee for service*. (IF65) Jawa Timur

Bayi yang tidak memiliki NIK tidak bisa diklaim. (IF75) Kalimantan Selatan

Kriteria kelengkapan berkas dalam proses klaim yang belum disosialisasikan sehingga membuat kami di kabupaten bingung. (IF89) Sulawesi Selatan

Nilai Klaim Covid-19 Belum Sesuai

Setelah melalui proses pengajuan klaim yang panjang, rumah sakit akan mendapatkan dana penanganan Covid-19 tersebut. Namun, dana tersebut juga tidak didapat sebagaimana mestinya. Beberapa rumah sakit di Banten memiliki pengalaman hanya mendapatkan 20 persen dari total pengajuan. Meskipun sudah menutup biaya operasional rumah sakit, hal tersebut masih tidak sesuai dengan pengeluaran rumah sakit yang. Berikut ini penjelasan informan tersebut.

Belum, jika dilihat baru dibayarkan sekitar 20 persen dari total pengeluaran rumah sakit. (IF27) Banten

Belum, namun sudah cukup untuk menutup biaya operasional rumah sakit. (IF29) Banten

Sampai saat ini yang diterima rumah sakit belum sesuai dengan besaran yang sudah rumah sakit keluarkan. (IF30) Banten

Dispute Klaim

Alur klaim Covid-19 melalui beberapa tahap bagian. Tahap pertama yaitu tahap pengajuan klaim dari rumah sakit (FKRTL E-Klaim), tahap kedua adalah verifikasi klaim oleh

BPJS Kesehatan (klaim Covid-19), dan yang terakhir yaitu pada tahap pembayaran klaim oleh Kemenkes. *Dispute* klaim paling banyak terjadi pada saat proses verifikasi.

Ketentuan *dispute* klaim diatur dalam keputusan Menteri Kesehatan yang memuat perubahan dalam kriteria *dispute* klaim. Pelayanan sebelum 15 Agustus 2020 kriteria *dispute* klaim diatur dalam Kepmenkes No HK 01.07/Menkes/238/2020. Pelayanan setelah 15 Agustus 2020 kriteria *dispute* klaim diatur dalam Kepmenkes No HK 01.07/Menkes/446/2020.

Tabel 2. Perbedaan Kriteria *Dispute* Klaim

Pelayanan sebelum 15 Agustus 2020 Kepmenkes No HK 01.07/Menkes/238/2020	Pelayanan setelah 15 Agustus 2020 Kepmenkes No HK 01.07/ Menkes/446/2020
1. Berkas klaim tidak lengkap	1. Berkas klaim tidak lengkap
2. Diagnosis komorbid tidak sesuai ketentuan	2. Kriteria penjaminan tidak sesuai dengan ketentuan
3. Diagnosis penyerta merupakan bagian dari diagnosis utama	3. Diagnosis komorbid tidak sesuai ketentuan
4. Identitas tidak sesuai ketentuan	4. Diagnosis komorbid merupakan bagian dari diagnosis utama
5. Kriteria peserta jaminan tidak sesuai ketentuan	
6. Pemeriksaan penunjang lab atau radiologi tidak sesuai ketentuan	
7. Tata laksana Covid-19 tidak sesuai dengan pedoman	

Sumber: Kementerian Kesehatan (2020, p. 25).

Pada penelitian ini ditemukan bahwa banyak klaim yang mengalami *dispute*, termasuk rumah sakit di Sumatra Utara, DKI Jakarta, dan Banten. Di Sumatra Utara klaim yang mengalami *dispute* terjadi karena tidak didapati keterangan yang memberitahukan kekurangan atau kesalahan. Di Banten, *dispute* yang dialami terjadi secara berturut-turut disebabkan permasalahan kelengkapan data. Namun, rumah sakit di DKI Jakarta diberikan klaim sepenuhnya setelah dua minggu karena tidak didapati *dispute*.

Juknis terkait klaim biaya perawatan pasien Covid-19 lebih disosialisasikan lagi. Misalnya ketika klaim mengalami *pending* atau *dispute* tidak ada keterangan hal apa saja yang menyebabkannya. (IF7) Sumatra Utara

Banyak klaim yang *dispute*, karena pada awal pandemi dan ditunjuk sebagai rumah sakit khusus Covid-19 kami hanya fokus pada klinis pasien dan tidak ada pemberkasan yang detail. (IF28) Banten

Kendala proses klaim biaya perawatan Covid-19 juga terjadi pada rumah sakit di Yogyakarta dan Jawa Timur. Di Yogyakarta, setelah hasil klaim keluar waktu yang diberikan untuk memperbaiki *dispute* sangat singkat dan beberapa masih didapati beberapa kendala lainnya.

Hambatannya, nanti setelah kami ajukan, biasanya akan diklarifikasi oleh BPJS. Lalu akan keluar sekitar 7 hari. Lalu akan keluar hasil verifikasi. Disitu ketahuan berapa banyak yang *dispute*. (IF44) Yogyakarta

Kendala yang dihadapi dalam proses klaim biaya perawatan Covid-19 salah satunya karena faktor *dispute* (takut *dispute*). (IF67) Jawa Timur

Cluster dispute klaim terjadi pada beberapa kasus dan dengan biaya verifikasi yang berbeda-beda. *Cluster dispute* yang sering terjadi adalah kriteria peserta jaminan Covid-19 yang tidak sesuai ketentuan. *Dispute* ini telah terjadi pada 33.628 kasus dengan biaya verifikasi Rp2.214.967.625.100,00. *Cluster dispute* yang jarang terjadi adalah pemeriksaan radiologi yang tidak sesuai ketentuan. Hal tersebut terjadi pada 1.178 kasus dengan biaya verifikasi Rp59.959.933.800,00.

Dispute dapat terjadi pada saat *dispute* reguler maupun *dispute* klaim ulang. *Dispute* klaim Covid-19 di Indonesia sering terjadi pada *dispute* reguler dibandingkan dengan

Tabel 3. Cluster Dispute Klaim Berdasarkan Kasus dan Biaya Verifikasi

No.	Cluster Dispute	Kasus	Biaya Verifikasi
1.	Berkas klaim tidak lengkap	32.437	Rp 1.690.343.222.200
2.	Diagnosis komorbid tidak sesuai ketentuan	6.283	Rp 478.595.902.200
3.	Diagnosis penyakit penyerta merupakan bagian dari diagnosis utama	1.696	Rp 124.600.285.900
4.	Identitas tidak sesuai ketentuan	3.246	Rp 186.480.767.200
5.	Kriteria peserta jaminan Covid-19 tidak sesuai ketentuan	33.628	Rp 2.214.967.625.100
6.	Tidak ada pemeriksaan swab	4.932	Rp 280.123.152.000
7.	Tidak ada pemeriksaan darah dan rontgen	1.946	Rp 912.006.200
8.	Pemeriksaan radiologi tidak sesuai ketentuan	1.178	Rp 59.959.933.800
9.	Rawat inap dilakukan di luar ruangan isolasi	1.831	Rp 141.661.904.400
10.	Tatalaksana isolasi tidak sesuai dengan ketentuan pedoman	2.220	Rp 236.435.758.800

Sumber: BPJS Kesehatan (2020a, p. 7).

dispute klaim ulang. *Dispute* klaim ulang adalah *dispute* kembali setelah mengajukan gugatan kembali.

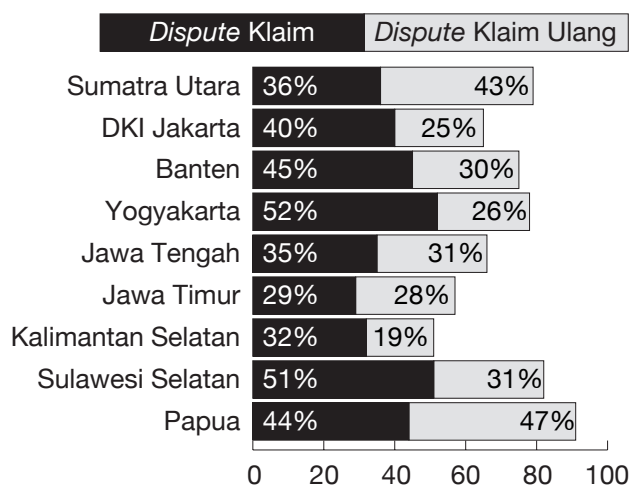
Input dari faskes untuk perbaikan pembiayaan pelayanan pasien Covid-19

Kerugian dari terkendalanya proses klaim tidak dapat dibiarkan begitu saja. Pihak rumah sakit harus menemukan jalan keluar untuk permasalahan klaim tersebut. Rumah sakit di DKI Jakarta meminimalisasi gagalannya klaim dengan melakukan perbaikan pada sistem informasi manajemen di rumah sakit tersebut.

Kapasitas server diperbesar, sistem aplikasi diperbaiki dan memberikan tombol untuk perbaikan sehingga berkas-berkas yang belum sesuai dapat kami perbaiki dahulu. (IF18) DKI Jakarta

Penanganan *Dispute* Klaim

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa verifikasi klaim Covid-19 menggunakan metode pembayaran prospektif. Hal tersebut sudah sesuai dengan Kepmenkes No HK 01.07/Menkes/238/2020 dan Kepmenkes No HK 01.07/Menkes/446/2020 tentang Penetapan Infeksi Novel *Coronavirus* (Infeksi 2019-nCoV) sebagai Penyakit yang Dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangannya. Pengajuan klaim Covid-19 yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap 14 hari kerja dengan catatan berkas lengkap. Verifikasi klaim dila-



Gambar 2. Dispute Klaim Covid-19 per Provinsi di Indonesia

Sumber: BPJS Kesehatan (2020a, p. 11).

kukan selama tujuh hari kerja dan pembayaran klaim oleh Kemenkes dilakukan maksimal tiga hari kerja sesuai hasil verifikasi (Rusady, 2020). BPJS Kesehatan dalam penanganan Covid-19 berperan sebagai *Third Party Administrator* (TPA) yang bertugas hanya melakukan verifikasi klaim, berkoordinasi dengan Kemenkes dalam hal pembayaran klaim, dan melaporkan kepada Kemenkes mengenai laporan penanganan klaim Covid-19 (Ghani, 2020). Terkait penjaminan pelayanan kesehatan pasien terjangkit Covid-19 melalui BPJS Kesehatan dapat saja dilakukan agar ke depannya tidak ada penjaminan ganda bagi pasien *Corona* maupun yang diduga terjangkit *Corona* (Sembiring, Saidin, & Chairi, 2020).

Beberapa fasilitas kesehatan di provinsi penelitian mengalami kesulitan dalam penanganan klaim sehingga berkas klaim menumpuk. Kesulitan ini masih terjadi walaupun pengumpulan berkas klaim telah dibebankan kepada tim *case-mix* rumah sakit. Rumah sakit sudah memiliki tim *case-mix* dengan jumlah yang cukup untuk menangani klaim. Meskipun begitu, ditemukan masih adanya petugas atau tim *case-mix* rumah sakit yang tidak memiliki latar belakang pendidikan yang sesuai, dan belum adanya pelatihan pelaksanaan penanganan klaim bagi petugas (Fajariani, Noor, & Amqam, 2020). Di rumah sakit lain juga ditemukan sumber daya manusia (SDM) dalam penanganan klaim atau tim *case mix* yang masih kurang baik sehingga mengakibatkan penanganan klaim yang

kurang optimal (Anggraeni *et al.*, 2020). Selain kurangnya keterampilan SDM, belum adanya pelatihan bagi personil *case-mix* menjadi kendala bagi beberapa rumah sakit untuk mempersiapkan klaim Covid-19, yang dapat meminimalisir terjadinya *dispute* klaim.

Verifikasi Klaim

Kendala yang terjadi pada saat verifikasi klaim sesuai dengan hasil penelitian ini yaitu kadang aplikasi server e-klaim kurang bagus, proses verifikasi klaim oleh internal rumah sakit yang membutuhkan waktu cukup lama, gagal unggah, atau dokumen tidak sesuai pada saat diunggah, dokumen tidak terbaca, serta terkadang terdapat warga yang belum memiliki NIK. Selain itu, sebagian besar rumah sakit tidak mendapatkan 100 persen dana yang diajukan klaim. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian lain, dimana kendala pada saat verifikasi klaim terjadi karena ketidaklengkapan data pasien di rekam medis (84,3 persen), berkas rekam medis tidak lengkap (15,7 persen), tingkat klaim yang diajukan tidak sesuai (84,3 persen), lama menunggu keputusan verifikasi berkas klaim (15,7 persen), dan kemungkinan klaim ditolak di kemudian hari (Oktoriani, Sutrisno, Mayasari, & Sodik, 2018). Namun, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian lain yaitu terdapat 3.881 (1,33 persen) dokumen yang berpotensi untuk kelebihan bayar, nilai lebih bayar sekitar Rp4.066.938.800 (1,18 persen) dari total klaim yang diajukan (Samsulhadi & Chalidyanto, 2020). Hal ini terjadi karena rawat inap ulang, penagihan ganda (*double billing*) untuk rawat inap dan rawat jalan di hari yang sama, perbedaan persepsi diagnosis dan prosedur pengodean, perbedaan kelas pelayanan dengan hak pasien, penagihan pasien meninggal, dan pasien kemoterapi (Darma & Rochadi, 2018; Samsulhadi & Chalidyanto, 2020). Kedua hasil penelitian yang berbeda tersebut menunjukkan bahwa klaim lebih menitikberatkan pada persyaratan administrasi klaim agar tidak menimbulkan *dispute* klaim. Namun, terkait dengan unit biaya, pengodean, penggunaan kelas fasilitas kesehatan rawat inap lolos penyaringan atau verifikasi, sehingga memiliki potensi *moral hazard*, atau bahkan penipuan.

Dispute Klaim

Klaim sering mengalami *dispute* karena berkas klaim tidak lengkap, diagnosis penyakit penyerta tidak sesuai ketentuan, identitas tidak sesuai ketentuan, dan kriteria peserta asuransi Covid-19 tidak sesuai ketentuan. Sebagian besar *dispute* klaim dalam pene-

litian ini terjadi karena berkas klaim tidak lengkap dan kriteria pasien penjaminan tidak memenuhi syarat. Empat dari 9 provinsi di Indonesia bahkan mengalami *dispute* klaim ulang. Di negara lain, *dispute* klaim terjadi karena perangkat lunak komputer yang salah untuk pemrosesan klaim, yang terjadi karena penundaan yang lama dalam mengunggah berkas dan keterbatasan kemampuan untuk memverifikasi diagnosis tertulis (Gualniera et al., 2020; Sodzi-Tetty, Aikins, Awoonor-Williams, & Agyepong, 2012). Oleh karena itu, penting untuk meningkatkan sistem penanganan klaim berdasarkan kesepakatan semua pihak yaitu pelayanan kesehatan, penganalisis klaim, dan pembayar.

Salah satu upaya yang dilakukan pihak rumah sakit untuk meminimalisasi *dispute* klaim dalam penelitian ini adalah perbaikan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS). Penyempurnaan SIM RS memang penting dalam pengelolaan penanganan klaim pelayanan kesehatan agar lebih optimal (Anggraeni et al., 2020). Tidak hanya itu, SIM RS juga berpengaruh dalam mengurangi tingkat kesalahan penulisan kode diagnostik pasien. Jika diperoleh penulisan kode diagnostik yang berlebihan, tidak hanya akan menimbulkan *dispute* klaim, tetapi juga dapat memutus kontrak kerja sama antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan (Ritonga, Suherman, & Haryanto, 2020). Terkait SIM RS yang digunakan dalam pengelolaan klaim Covid-19, berbagai perubahan pada aplikasi sistem informasi tersebut merupakan kesepakatan dan dipahami bersama antara pihak rumah sakit dengan BPJS Kesehatan. Dengan demikian, tidak ada perselisihan dalam membaca e-klaim, dan dapat menghindari klaim ulang yang memakan waktu dan tenaga.

Beberapa hal yang perlu menjadi perhatian BPJS Kesehatan yaitu Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) harus menerbitkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) 3x24 jam sejak pasien Covid-19 dipindahkan ke ruang perawatan nonisolasi, memastikan kesesuaian input pada e-klaim Indonesia Case Based Groups (INA CBGs) sebagai dasar untuk verifikasi klaim. Jika pasien Covid-19 dinyatakan pulang atau sembuh oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan masih memerlukan pengobatan di luar, FKRTL wajib membuat status pengobatan baru sebagai penunjang verifikasi kepada asuransi lain dan rumah sakit mengelola klaim kasus Covid-19 dengan penyakit penyerta sesuai ketentuan yang berlaku (BPJS Kesehatan, 2020b).

Komisi IX DPR RI perlu terus mengawasi proses klaim BPJS Ketenagakerjaan dan mendorong pemerintah segera menyelesaikan permasalahan verifikasi klaim supaya memberikan kelancaran klaim bagi rumah sakit yang telah memberikan pelayanan kesehatan terkait Covid-19 kepada pasien. Selain itu, BPJS Kesehatan sebaiknya memberikan informasi secara berkala untuk mencegah terjadinya *dispute*, termasuk memperbaiki sistem informasi agar tidak terjadi *dispute* klaim. Menyikapi hal tersebut, perlu adanya koordinasi dan komitmen antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan. Kekuatan penelitian ini adalah menyajikan data dari 9 provinsi yang memiliki kapasitas fiskal yang berbeda untuk dibandingkan, namun dengan proporsi pola kasus Covid-19 yang sama tinggi dalam skala nasional. Akan tetapi, penelitian ini tidak menggambarkan skenario gangguan arus kas di fasilitas kesehatan akibat *dispute* klaim. Karena tujuan penelitian bukan untuk melihat gangguan arus kas dengan berbagai pertimbangan subjektif dan objektif di rumah sakit. Hasil dari *dispute* klaim dalam penelitian ini dapat digunakan untuk mempersiapkan masa depan pandemi di Indonesia dan negara berkembang lainnya pada umumnya.

Penutup

Penelitian ini menyimpulkan bahwa *dispute* penanganan pasien Covid-19 telah terjadi pada tataran kebijakan. Tingkat pemahaman manajemen rumah sakit untuk memahami kebijakan dan prosedur tidak sama setiap provinsi. Sebagian besar perselisihan terjadi

karena berkas klaim tidak mencukupi dan tidak lengkap, serta kriteria pasien yang dijamin tidak memenuhi syarat. Semua provinsi pernah mengalami *dispute* klaim ulang atau *dispute* kembali saat *re-issue* klaim. Selain peningkatan kapasitas sumber daya manusia (SDM) dan penyempurnaan sistem informasi manajemen rumah sakit untuk meminimalkan *dispute* klaim, perlu adanya komitmen, koordinasi, dan sosialisasi berkala dari pihak pembayar untuk mencegah terjadinya *dispute* klaim pasien Covid-19. Dalam rangka peningkatan kapasitas SDM dan penyempurnaan sistem informasi manajemen rumah sakit untuk meminimalkan *dispute* klaim, perlu adanya komitmen, koordinasi, dan sosialisasi berkala dari pihak pembayar untuk mencegah terjadinya *dispute* klaim pasien Covid-19. Pelatihan bagi personil case-mix penting untuk mempersiapkan klaim Covid-19, yang dapat meminimalisir terjadinya *dispute* klaim. Penting juga untuk meningkatkan sistem penanganan klaim berdasarkan kesepakatan kedua belah pihak antara asuransi kesehatan dan penyedia. Komisi IX DPR RI diharapkan ikut memberikan pengawasan supaya memberikan kelancaran klaim bagi rumah sakit yang telah memberikan pelayanan kesehatan terkait Covid-19 kepada pasien.

Ucapan Terima Kasih

Penulis berterima kasih kepada Thinkwell Indonesia yang mendanai studi ini.

Daftar Pustaka

- Anggraeni, R., Marzuki, D. S., Mangilep, A. U., Irwandy, Rizki, F., Basman, M. H., & Darussalam, F. A. (2020). The evaluation of national health assurance governance program in Makassar City and Gowa District of South Sulawesi Province. *Enfermería Clínica*, 30, 17–20. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.06.006>
- Bintang, S., Mujibussalim, M., & Fikri, F. (2019). Decentralization of Indonesia social health insurance. *International Journal of Law and Management*, 61(2), 310–327. <https://doi.org/10.1108/IJLMA-07-2018-0143>
- BPJS Kesehatan. (2020a). *Administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan*. BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2020b). Perhitungan biaya klaim dalam proses verifikasi dan mencegah dispute klaim Covid-19. Asisten Deputi Bidang Utilisasi dan Anti Fraud Rujukan BPJS Kesehatan.
- Darma, S., & Rochadi, R. K. (2018). BPJS barrier to strategic purchasing of primary care service at public and private health facilities in Subulussalam, Aceh. *Journal of Health Policy and Management*, 3(2), 81–91.
- Djalante, R., Lassa, J., Setiamarga, D., Sudjatma, A., Indrawan, M., Haryanto, B., ... Warsilah, H. (2020). Review and analysis of current responses to Covid-19 in Indonesia: Period of January to March 2020. *Progress in Disaster Science*, 6, 100091. <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100091>
- Ecer, F., & Pamucar, D. (2021). Marcos technique under intuitionistic fuzzy environment for determining the Covid-19 pandemic performance of insurance companies in terms of healthcare services. *Applied Soft Computing*, 104, 107199. <https://doi.org/10.1016/j.asoc.2021.107199>
- Fajariani, V., Noor, N. B., & Amqam, H. (2020). Completeness analysis of completeness filling and time of returning the medical record for inpatient patients at Regional General Hospital of Makassar City. *Journal of Asian Multicultural Research for Medical and Health Science Study*, 1(2), 74–83. <https://doi.org/10.47616/jamrmhss.v1i2.51>
- Ghani, A. (2020). *Health system strengthening for future pandemic*. FKM UI.

- Gualniera, P., Mondello, C., Scurria, S., Oliva, A., Grassi, S., Pizzicannella, J., ... Asmundo, A. (2020). Experience of an Italian hospital claims management committee: A tool for extrajudicial litigations resolution. *Legal Medicine*, 42, 101657. <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2019.101657>
- Harrison, G. W., & Ng, J. M. (2019). Behavioral insurance and economic theory: A literature review. *Risk Management and Insurance Review*, 22(2), 133–182. <https://doi.org/10.1111/rmir.12119>
- Ilyas, Y. (2006). *Mengenal asuransi kesehatan, review utilisasi, manajemen klaim dan fraud (kecurangan asuransi kesehatan)*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Irwandy, & Sjaaf, A. C. (2020). Impact of the implementation of the national health insurance policy on hospital productivity levels in Indonesia. *Enfermería Clínica*, 30, 412–415. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.07.127>
- Kurniati, A., Roskam, E., & Efendi, F. (2021). Hospital nurses' perceptions of distributive justice under the national health insurance scheme in Indonesia. *Collegian*, (28 Januari). <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.01.003>
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/446/2020 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan Pelayanan Corona Virus Disease 2019.
- Ng, J. Y. S., Ramadani, R. V., Hendrawan, D., Duc, D. T., & Kiet, P. H. T. (2019). National health insurance databases in Indonesia, Vietnam and the Philippines. *PharmacoEconomics-Open*, 3(4), 517–526. <https://doi.org/10.1007/s41669-019-0127-2>
- Oktoriani, E. N., Sutrisno, J., Mayasari, E., & Sodik, M. A. (2018). Analysis of medical record complete flexibility to complete claims of health BPJS RS Baptis Kota Batu. *Journal of Global Research in Public Health*, 3(1), 46–53.
- Ritonga, K. S., Suherman, S., & Haryanto, I. (2020). Termination of contracting cooperation between the private hospital with the BPJS Kesehatan related to fraud in the form of writing excessive diagnosis code/upcoding. *International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding*, 7(2), 576–589. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18415/ijmmu.v7i2.1633>
- Rusady, M. A. (2020). Solusi BPJS Kesehatan meminimalkan dispute klaim Covid-19 dan upaya mendukung operasional rumah sakit.
- Samsulhadi, A., & Chalidyanto, D. (2020). Factors affecting potential overpayment claim of government health insurance in naval hospital. *EurAsian J Biosci*, 14(2), 2651–2656.
- Sembiring, R., Saidin, S., & Chairi, Z. (2020). Peningkatan pemahaman peran BPJS kesehatan pada masyarakat di masa pandemi Covid-19 (Lokasi: Kelurahan Sidomulyo, medan Tuntungan). *Jurnal Ilmiah Hukum Dan Dinamika Masyarakat*, 18(1), 40–51.
- Sodzi-Tetty, S., Aikins, M., Awoonor-Williams, J. K., & Agyepong, I. A. (2012). Challenges in provider payment under the Ghana National Health Insurance Scheme: A case study of claims management in two districts. *Ghana Medical Journal*, 46(4), 189–199.
- Syafarudin, A. (2020, November 28). *Pengaruh sistem rujukan dan layanan rumah sakit terhadap timbulnya dispute klaim Covid-19* [Paparan]. Seminar Sistem Pelayanan Kesehatan Rujukan Covid-19 di Era Adaptasi Kebiasaan Baru, Jakarta.
- Tessier-Sherman, B., Galusha, D., Taiwo, O. A., Cantley, L., Slade, M. D., Kirsche, S. R., & Cullen, M. R. (2013). Further validation that claims data are a useful tool for epidemiologic research on hypertension. *BMC Public Health*, 13(1), 51. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-51>
- Thabrany, H. (2017, Mei 9). *JKN dan risiko fraud*. Seminar Fraud Jaminan Kesehatan, Jakarta.