

## Kebijakan Alih Manfaat Covid-19

### Dalam Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Firdaus Hafidz<sup>1</sup>, Gilbert Renardi Kusila<sup>2</sup>, Donald Pardede<sup>3</sup>, Endang Suparniati<sup>4</sup>, Tonang Dwi Ardyanto<sup>5</sup>, Wan Aisyiah Baros<sup>6</sup>, Dedy Revelino<sup>7</sup>, Erzan Dhanalvin<sup>8</sup>, Indira Tania<sup>9</sup>, Johana<sup>10</sup>, Benyamin Saut<sup>11</sup>, Citra Jaya<sup>12</sup>, Ayunda Oktavia<sup>13</sup>

<sup>1-2</sup>Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Universitas Gadjah Mada, *e-mail* :

[hafidz.firdaus@ugm.ac.id](mailto:hafidz.firdaus@ugm.ac.id)

<sup>3-5</sup>Pusat Kebijakan dan Manajemen Asuransi Kesehatan, Universitas Gadjah Mada, *e-mail* :

[donaldpardede@gmail.com](mailto:donaldpardede@gmail.com)

<sup>6-13</sup>BPJS Kesehatan, *e-mail* : [wan.aisyiah@bpjs-kesehatan.go.id](mailto:wan.aisyiah@bpjs-kesehatan.go.id)

---

**Abstract:** Since the COVID-19 pandemic occurred at the end of January 2020, the health social security administering body (BPJS Kesehatan) as the payer has an important part in handling COVID-19, namely by carrying out the process of verifying claims for COVID-19 cases while the financing is carried out by Ministry of Health. However, COVID-19 benefits may be transferred to the National Health Insurance benefits during the endemic period. Therefore, this study aims to evaluate services and obtain policy recommendations for the transfer of COVID-19 benefits. Qualitative research through focus group discussions was conducted in September 2021 with policymakers, clinicians, COVID-19 survivors, and BPJS Kesehatan. The results of the qualitative study show that there are still many obstacles in the service process. Therefore, it is necessary to regulate the provisions of service regulations. As for the claim process, health facilities find it difficult to change the dynamic regulations during the pandemic. BPJS Kesehatan requires policy certainty to determine the end of the pandemic period. If the COVID-19 benefits are transferred to JKN after the pandemic, the source of financing may not only be done through the conversion of contributions but there is also an option for assistance funds from the government. In terms of tariffs, it is necessary to calculate costs according to the agreed benefit package through INA-CBG. Gradual and thorough preparations are needed for the implementation of the transfer of COVID-19 benefits in the benefits of JKN.

**Keywords:** COVID-19; Benefit of JKN; financing, pandemic, universal health coverage.

**Abstrak:** Sejak terjadinya pandemi COVID-19 pada akhir Januari 2020, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai pembayar memiliki bagian penting dalam penanganan COVID-19, yaitu dengan melakukan proses verifikasi klaim kasus COVID-19 sedangkan pembiayaan dilakukan oleh Kementerian

Kesehatan. Namun demikian, tidak menutup kemungkinan adanya pengalihan pembiayaan kasus COVID-19 menjadi manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di masa endemi. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi layanan dan memperoleh rekomendasi kebijakan alih manfaat COVID-19. Penelitian kualitatif melalui *focus grup discussion* dilakukan pada bulan September 2021 bersama pengambil kebijakan, klinisi, penyintas COVID-19, dan BPJS Kesehatan. Hasil dari studi kualitatif menunjukkan bahwa masih banyak kendala dalam proses layanan. Oleh karena itu perlu diatur dengan ketentuan regulasi pelayanan. Adapun terkait proses klaim, fasilitas kesehatan merasa kesulitan atas perubahan regulasi yang dinamis selama pandemi. BPJS kesehatan memerlukan kepastian kebijakan penetapan berakhirnya masa pandemi. Jika manfaat COVID-19 dialihkan ke dalam JKN pada masa pasca pandemi, maka sumber pembiayaan mungkin tidak hanya dilakukan melalui konversi iuran saja, namun juga ada opsi dana pendampingan dari pemerintah. Dari segi tarif perlu dilakukan perhitungan biaya sesuai paket manfaat yang telah disepakati melalui INA CBG. Diperlukan persiapan bertahap dan matang untuk pelaksanaan alih manfaat COVID-19 dalam manfaat JKN.

*Kata kunci:* COVID-19; Manfaat JKN; pembiayaan, pandemi, cakupan kesehatan semesta.

## PENDAHULUAN

Penyakit Coronavirus (COVID-19) disebabkan oleh sindrom pernafasan akut parah coronavirus 2 (SARS-CoV-2) yang dimulai di Wuhan, China, dan menyebar dengan sangat cepat hingga lebih dari 180 negara (Huang et al., 2020). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan penyakit ini sebagai COVID-19 dan dideklarasikan sebagai suatu pandemi (WHO, 2020). Sejak laporan pertamanya, penyakit ini telah menyebar hingga 150 juta kasus yang dikonfirmasi di seluruh dunia, termasuk Indonesia. Sejak diumumkan WHO sebagai pandemi, COVID-19 menjadi masalah yang menyebabkan hampir di seluruh negara di dunia mengalami hambatan dalam pelayanan kesehatan sehingga angka kesakitan dan kematian meningkat tajam (Khan et al., 2020).

Sesuai dengan Permenkes Nomor 59 Tahun 2016 tentang Pembebasan Biaya Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu, pembiayaan pasien COVID-19 tidak masuk dalam paket manfaat Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Kemenkes, 2016). Penetapan manfaat dalam asuransi sosial sebagaimana dianut dalam JKN didasarkan pada beberapa hal yakni prioritas, utilisasi pelayanan, biaya, sosial proteksi, serta ketersediaan layanan (Normand and Weber, 2009).

Dalam penanganan pandemi COVID-19, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mendapatkan amanah dari pemerintah untuk menjalankan tugas khusus dalam penanganan COVID-19 yaitu dengan melakukan proses verifikasi klaim kasus COVID-19. Sedangkan pembiayaan dilakukan oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes, 2021a). Seiring dengan meningkatnya kasus COVID-19, telah disahkan ketentuan teknis penanganan pelayanan COVID-19 di Indonesia. Salah satunya adalah terkait norma tarif, standar tarif dan sebagainya telah tertuang pada Kepmenkes 238/2020 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Perawatan Bagi Rumah Sakit yang Menyelenggarakan Pelayanan COVID-19 yang sudah mengalami beberapa kali

revisi (Kemenkes, 2021a). Sumber pembiayaan COVID-19 berasal dari Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) atau sumber dana lainnya sesuai ketentuan perundang-undangan. Adapun masa kadaluwarsa klaim adalah tiga bulan setelah status pandemi COVID-19 dicabut oleh pemerintah. Rumah sakit harus menyiapkan berkas-berkas yang diperlukan dengan lengkap, sehingga proses pengajuan klaim berjalan lancar. Pakar epidemiologi menggambarkan kemungkinan dapat terjadinya kondisi pandemi COVID-19 di Indonesia berlanjut menjadi endemi. Istilah endemi mengacu pada penyakit yang selalu ada dalam suatu populasi, dengan tingkat infeksi dipertahankan pada tingkat yang dapat diprediksi. Faktor yang dapat memicunya adalah belum kuatnya sistem kesehatan di Indonesia, termasuk belum adekuatnya *tracing*. Angka reproduksi COVID-19 di Indonesia yang di atas 1 merupakan indikator utama COVID-19 dapat menjadi endemi.

Potensi COVID-19 menjadi pandemik juga dapat disebabkan karena ada sejumlah virus corona selain SARS-CoV-2 yang menjadi endemi, yakni 229E, NL63, OC43 dan HKU1. Keempat virus corona tersebut dapat menyebabkan demam, batuk, pilek pada manusia dengan keparahan ringan hingga sedang (Fisher et al., 2021). Potensi bergesernya pandemi COVID-19 menjadi endemi dengan demikian memperjelas bahwa memberi kepastian pelayanan COVID-19 dalam masa endemi kepada peserta JKN sekaligus menjaga kesinambungan pembiayaan JKN dalam manfaat JKN merupakan prioritas kebijakan yang perlu menjadi pertimbangan. Oleh karena itu, perlu kiranya dilakukan kajian atas dampak COVID-19 yang telah terjadi dan potensi penanganan COVID-19 melalui alih manfaat serta mempertimbangkan kesinambungan Program JKN melalui berbagai perspektif, yakni proses layanan pada pasien, manajemen klaim di rumah sakit, dan arah kebijakan pemerintah terkait regulasi yang diperlukan. Tujuan dari penulisan ini, peneliti ingin memetakan arah kebijakan dengan peluang diagnosa COVID-19 dalam manfaat JKN berdasarkan pengalaman terutama dengan titik berat pada tingkat utilisasi, pembiayaan dan proses klaim dan mengidentifikasi faktor-faktor kunci yang harus dipenuhi untuk terlaksananya kebijakan peluang diagnosa COVID-19 dalam manfaat JKN.

## **METODE**

### **Pengumpulan Data**

Penelitian dilakukan dengan metode kualitatif, dan pemilihan responden secara *purposive sampling*. Peneliti menentukan responden yang memiliki kompetensi untuk menjelaskan hal-hal yang ingin digali dari penelitian tanpa melalui rekrutmen terbuka. Seluruh responden berusia di atas 18 tahun. Penelitian kualitatif ini menggunakan diskusi kelompok terarah atau *Focus Group Discussion* (FGD) yang terbagi menjadi 3 sesi melalui aplikasi daring Zoom.inc yang dilakukan dalam periode bulan September 2021. Satu sesi berdurasi 60-90 menit dan dilakukan dalam Bahasa

Indonesia. Dalam setiap sesinya, telah ditunjuk seorang pemandu FGD yang berasal dari ahli atau *expert* dalam bidang terkait. Lebih lanjut, untuk mendukung hasil kualitatif, dilakukan analisis data sekunder BPJS kesehatan terkait klaim dispute dari periode Januari 2020 hingga Juni 2021.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada dengan nomor surat No KE/FK/0945/EC/2021.

### **Subjek Penelitian**

Data sekunder BPJS Kesehatan telah disediakan dalam bentuk suatu data set. Data tersebut menyertakan besaran klaim, bulan layanan pasien COVID-19 yang diklaim, serta jenis *dispute* yang ada. Data tersebut tidak menyertakan identitas pasien atau peserta BPJS Kesehatan, sehingga kerahasiaan individu tetap terjaga.

Pada FGD 1, penelitian bertujuan untuk menggali pemahaman tentang penanganan COVID-19 di Indonesia mulai dari tata laksana diagnosis, pelayanan di IGD, pelayanan di pusat isolasi terpusat, pelayanan rawat inap fasilitas kesehatan tingkat lanjut, pengobatan, hingga pelayanan post-infeksi akut. Dalam sesi ini, dipilih empat orang penyintas COVID-19 yang terdiri dari dua orang yang menjalani perawatan di tempat isolasi terpusat non fasilitas pelayanan kesehatan dan dua orang yang menjalani perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Keempat penyintas tersebut terdiagnosis dalam rentang 6 bulan sebelum penelitian dilaksanakan, serta memiliki setidaknya satu komorbid penyakit kronis. Kemudian, juga terdapat masing-masing tiga dokter IGD dari tiga rumah sakit berbeda (total sembilan dokter IGD) dan tiga dokter spesialis yang meliputi dokter spesialis paru, anestesi, rehabilitasi medik, penyakit dalam, dan jantung yang berasal dari empat rumah sakit berbeda (total 12 dokter spesialis).

FGD 2 berfokus pada mekanisme pengajuan klaim COVID-19. Sebanyak 13 orang diundang sebagai subjek penelitian dan yang hadir 16 orang. Terdiri dari perwakilan Kementerian Kesehatan Bagian Pelayanan Kesehatan Rujukan (dua orang tim IT Pelayanan Kesehatan Rujukan dan dua orang verifikator Pelayanan Kesehatan Rujukan), perwakilan BPJS Kesehatan (satu orang dari bagian Jaminan Pembiayaan Kesehatan Rujukan/JPKR atau Penanggungjawab COVID-19 dan empat orang verifikator dari kantor cabang rumah sakit terkait), tiga orang perwakilan organisasi profesi, dan empat orang petugas klaim COVID-19 rumah sakit.

FGD 3 dilakukan dua kali dan memiliki tujuan yang sama yaitu untuk menggali potensi pengalihan pembiayaan COVID-19 dari pemerintah pusat ke sistem BPJS Kesehatan. Yang membedakan adalah, FGD 3 sesi pertama menghimpun narasumber dari pemangku kebijakan, sedangkan FGD 3 sesi kedua memiliki narasumber dari ranah akademisi, peneliti, dan perwakilan praktisi medis. FGD 3 mengundang perwakilan dari Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Direktur Bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat Badan Perencanaan Pembangunan Nasional

(BAPPENAS), Direktorat Jenderal Pengelolaan Pembiayaan dan Risiko – Pengelolaan Risiko Keuangan Negara (DJPPR-PRKN) , empat orang perwakilan Kementerian Kesehatan, dan satu orang perwakilan Asosiasi Dinas Kesehatan (ADINKES).

Di sisi lain, FGD 4 mengundang dua orang perwakilan Direksi BPJS Kesehatan. Serta masing-masing satu orang perwakilan dari ahli epidemiologi, ahli Ekonomi Kesehatan, perwakilan Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI), Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN), Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI), Perhimpunan Dokter Puskesmas Indonesia (PDPKMI), Asosiasi Rumah Sakit Daerah Seluruh Indonesia (ARSADA).

### **Analisis Data**

Analisis kuantitatif dilakukan dengan metode deskriptif dengan menyatakan frekuensi dan persentase dari masing-masing variabel data yang ada. Data dianalisis dengan aplikasi Ms Excel. Data-data yang ada baik kuantitatif maupun kualitatif kemudian disimpan dalam penyimpanan data elektronik terenkripsi oleh perwakilan BPJS Kesehatan dan hanya dapat diakses oleh pihak-pihak terbatas.

Analisis kualitatif dilakukan dengan penulisan transkrip-transkrip verbatim sesuai dengan yang disampaikan oleh subyek penelitian. Transkrip yang telah ada kemudian dibaca ulang dan disesuaikan dengan field notes untuk memberikan arti dari transkrip. Termasuk mencermati kalimat-kalimat dan metafora yang digunakan subjek, diikuti dengan membaca dan menangkap makna yang tersirat dari data tersebut, serta hal-hal apa yang semula diharapkan muncul dari subjek penelitian. Kemudian, data yang ada diolah secara tematik analisis dengan dua pendekatan yaitu pendekatan tema semantik yaitu tema yang telah disusun berdasarkan pernyataan eksplisit dari jawaban responden yang berasal dari pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun, dan yang kedua dengan menggunakan tema laten yaitu tema baru yang berasal dari identifikasi gagasan dan asumsi dari jawaban informan. Tiga langkah analisis dilakukan, yakni *meaning unit* (MU), *condensed meaning unit* (CMU), dan *coding*. MU adalah pernyataan dari transkrip asli yang ditangkap sebagai suatu tema dan pokok jawaban hasil dari eksplorasi penelitian kualitatif. CMU adalah ringkasan singkat dari meaning unit yang lebih mengerucut. *Coding* adalah hasil kesimpulan dari CMU. *Coding* ini kemudian dapat berkembang menjadi suatu kategori melalui hasil identifikasi hubungan antar kode dalam identifikasi tema. Dalam berjalannya analisis, setiap *coding* yang ada kemudian dicocokkan dengan kategori yang telah ada untuk merevisi kategorinya. Pada akhirnya, dari kategori yang telah ada dapat dikembangkan untuk menjawab tujuan penelitian.

## **HASIL**

### **Panduan pengobatan COVID-19**

Para klinisi sepakat bahwa untuk penanganan COVID-19 derajat ringan-sedang tidak terlalu banyak perbedaan walaupun pedoman yang ada masih fluktuatif karena prinsip penatalaksanaannya menggunakan prinsip tata laksana infeksi virus secara umum. Akan tetapi, ketika pasien masuk ke derajat berat, disinilah ketidakpastian klinis terjadi. Ketidakpastian ini turut memengaruhi bagaimana seorang klinisi untuk memberikan tata laksana. Pedoman terkait klaim pun masih belum dirasakan jelas oleh para klinisi, mengingat penelitian-penelitian menunjukkan hasil yang bervariasi pada populasi yang berbeda. Hal ini mengakibatkan ada klinisi yang mengusahakan pemberian terapi yang paling murah, ada juga yang berusaha mencoba terapi-terapi baru.

*“Derajat sedang dengan sudah ada pneumonia itu diberikan plasma konvalesen, yang bahkan di jurnal pun ada yang setuju ada yang tidak. Jadi, juga ada yang menyatakan kalau itu efektif ada juga yang mengatakan itu tidak efektif tetapi kenyataannya di lapangan kami tetap memberikannya karena itu adalah opsi yang paling murah diantara semuanya,” (dr T, FGD 1)*

*“Kalau untuk masalah obat-obat terkait COVID ini kan fluktuatif. Kita tidak ada satu obat pun yang superior sehingga berjalan dengan pengalaman dan penelitian otomatis obat-obatan ini akan berkembang dan berubah. Bagaimana nanti dari pembiayaan untuk pasien-pasien ini?” (dr J, FGD 1)*

Akan tetapi, adanya peraturan yang menyatakan bahwa pasien tidak boleh mengeluarkan biaya sama sekali membuat para klinisi menyeragamkan obat-obatan yang ada. Padahal, di era teknologi informasi saat ini, banyak pasien yang telah membaca jurnal-jurnal penatalaksanaan COVID-19 dan meminta untuk mendapatkan obat-obatan tertentu serta menyatakan bersedia untuk membayar.

*“tetapi kami pakai itu (tocilizumab) sebelum keluarnya KMK baru yang menyatakan pasien tidak boleh mengeluarkan biaya sama sekali,” (dr S, FGD 1)*

*“Kami terakhir-terakhir ini kan merawat yang sedang-berat ya, kalau yang ringan kan pasti protapnya sudah isoman. Namun yang datang ke rumah sakit di periode kemarin ini (klinisnya) sudah jelek semua. Jadi tentunya masyarakat pengennya dapat ini, ini, dan itu... Tentunya (obat-obatan) ini di luar package yang sudah ada... Karena masyarakat ini mindset-nya sudah harus ini, ini, dan ini, tentunya ini akan mendesak rumah sakit. Banyak sekali rumah sakit-rumah sakit yang memberi resep dan pasien akhirnya mencari sendiri.” (Perwakilan ARSSI, FGD 4)*

### **Kriteria Kesembuhan dan Pemulangan dari Rawat Inap**

*“Klinis baik, rontgen baik, laboratorium baik. Itu saja sebenarnya (kriteria pulang)... Tetapi, sering kali disitu itu dibuatkan (pemeriksaan penunjang), tetapi pada keadaan umum yang berat atau kritis wajib dilakukan follow-up PCR begitu. Nah, wajib follow-up PCR berartikan rumah*

*sakit harus ikut ikutan itu kan? Ya ikutlah! Misal di PCR hasilnya negatif hahaha, begitu dinyatakan negatif apa artinya? Penjaminan (pembayaran asuransi kesehatan) selesai (dr A, FGD 2)*

*“Swab itu bukan menjadi patokan pasien itu negatif atau tidak. Kita kembalikan dok jadi memang menangani COVID itu kita harus melihat klinisnya,” (dr J, FGD 1)*

Akan tetapi, hal tersebut diterjemahkan berbeda ketika regulasi terbaru muncul yang mengizinkan untuk memulangkan pasien tanpa dilakukan PCR ulang dengan hanya menggunakan patokan klinis.

*“karena terus terang manajemen dan dokter, kalau ini belum boleh pulang, sekarang kan klinis ya, dengan PMK yang baru melihat klinis tanpa melihat PCR +/- boleh pulang. Tapi kita jadinya waswas juga, apakah dia masih positif atau tidak karena hanya melihat klinis tanpa lab.” (perwakilan ARSSI, FGD 4)*

Hal yang patut menjadi perhatian adalah, kondisi klinis yang baik di ruang rawat inap, belum tentu memberikan gambaran klinis yang baik ketika pasien pulang. Terutama dengan kondisi lingkungan rawat inap dengan alat-alat kesehatan penunjang dan rendahnya aktivitas fisik.

*“Kalau saturasi sudah baik dan stabil boleh pulang. Tetapi lupa kalau misalnya pasien-pasien kemudian beraktivitas saturasinya akan turun. Jadi walaupun kalau dia berdiam atau stabil saturasinya baik 93-94 lalu di-acc buat pulang, apalagi kalau waktu rawat inapnya sudah lama” (dr T, FGD 1)*

### **Gejala Lanjutan dari Long COVID**

Penyakit COVID-19 memberikan dampak gejala lanjutan yang dikenal sebagai long COVID. Para pasien memiliki gejala yang bervariasi mulai dari rasa lelah berkepanjangan, gangguan tidur, sesak nafas, dan sebagainya.

*“Dok, ini saya kok sesak sekali ya. Sesaknya luar biasa. Kok Saya justru rasakan nya setelah COVID ya?” Nah, harapan saya sih dokter saya memberikan rujukan untuk konsul ke paru atau bagaimana begitu. Jadi saya ada penanganan begitu karena sesak yang saya rasakan sangat luar biasa... Akhirnya, saya tidak bisa dirujuk ke paru, terus ya sudah begitu saja. Saya tidak ada penanganan,” (Penyintas BA, FGD 1)*

Hal tersebut memerlukan pemeriksaan lanjutan mengingat respon tubuh post-infeksi masih terus berlanjut. Lebih lanjut, juga perlu dilakukan rehabilitasi medik yang holistik bagi pasien-pasien

long COVID. Akan tetapi, hal ini menjadi tantangan karena penulisan diagnosis tersebut tidak tercantum di dalam sistem.

*“Survei PDPI ditemukan ada 63% pasien mengalami long COVID. Kemudian tanda dan gejalanya ada gangguan pada 9 sistem organ. Responden dari 56 negara juga menyatakan serupa. Ini pasti PCR-nya sudah negatif. Keluhan utamanya adalah fatigue/kelemahan otot, kesulitan tidur, ansietas, atau depresi. Profesi juga menyatakan harus ada pemeriksaan CRP/D-Dimer yang dilakukan pasca COVID. Keluhan ini bisa sampai >6 bulan. Jadi berdasarkan kajian dari profesi, harus dibiayai oleh negara. Karena kita tahu, apalagi trombosis, terutama fibrosis paru pasca COVID, ga bisa dong BPJS diam saja? Siapa yang mau membiayai?” (Perwakilan JPKR, FGD 3)*

*“Namanya ditempat kami, sering kali masih control sekali dua kali tiga kali nah itu pembiayaan jadi nggak jelas, kalau kita tulis di diagnosis post COVID itu, sering kali saya ditelepon oleh case mix “dok tolong diganti diagnosis-nya, karena ini nggak akan dibayar oleh BPJS, karena ada tulisannya COVID”. Memang sesuai regulasi BPJS tidak membayar yang terkait emerging sesuai dengan PMK 59 tahun 2016, tapi bagaimana pembiayaan ini selanjutnya?” (dr W, FGD 2)*

*“Secara kasus sebetulnya cukup banyak, tetapi selama ini kami masukkan ke dalam golongan PPOK” (dr S, FGD 1)*

### **Penyakit Penyerta**

Terdapat perbedaan pemahaman jenis diagnosis antara klinisi dan administratif baik itu dari definisi komorbid, koinsidens, serta hasil pemeriksaan penunjang, sehingga menyebabkan terjadinya dispute.

*“Dimasukkan ke dispute paling banyak adalah masalah medis... Jadi, persepsi antara BPJS dan rumah sakit mengenai komorbid (dengan) koinsiden itu sering gak sama ya... Jadi, (ada perbedaan tentang) pengertian petugas di BPJS antara komorbid atau koinsiden. Kemudian seperti serangan jantung akut. Itu dijadikan coincidence dan memang karena kan membutuhkan tindakan yang segera untuk life savingnya. Tetapi itu didispute. Itu (dimasukkan sebagai) masalah komorbid (lalu) didispute karena tidak setuju dengan status koinsiden pasien karena serangan jantung saat perawatan (dengan tampilan) STEMI.” (verifikator MW, FGD 2)*

*“Batasan penjaminan mengatakan termasuk diantaranya gambaran radiologi menyatakan perbaikan. Nah, itukan artinya ya bahwa assesmen DPJP untuk menyatakan... Nah, tapi tidak dilakukan oleh dokternya (sehingga) terus kami mengklarifikasi” (Perwakilan JPKR, FGD 2)*



“Tapi masih banyak untuk komorbid yang masuk ke dispute dan co-incidence juga sama. Mungkin regulasi harus jelas, karena di rumah sakit persepsi dokter yang merawat dan lain-lain. Kemudian verifikator dari BPJS tidak melihat, ini pinginya ke depan dari kami harus sangat-sangat jelas mana yang dikover” (Perwakilan ARSSI, FGD 4)

### Klaim COVID-19 di Rumah Sakit

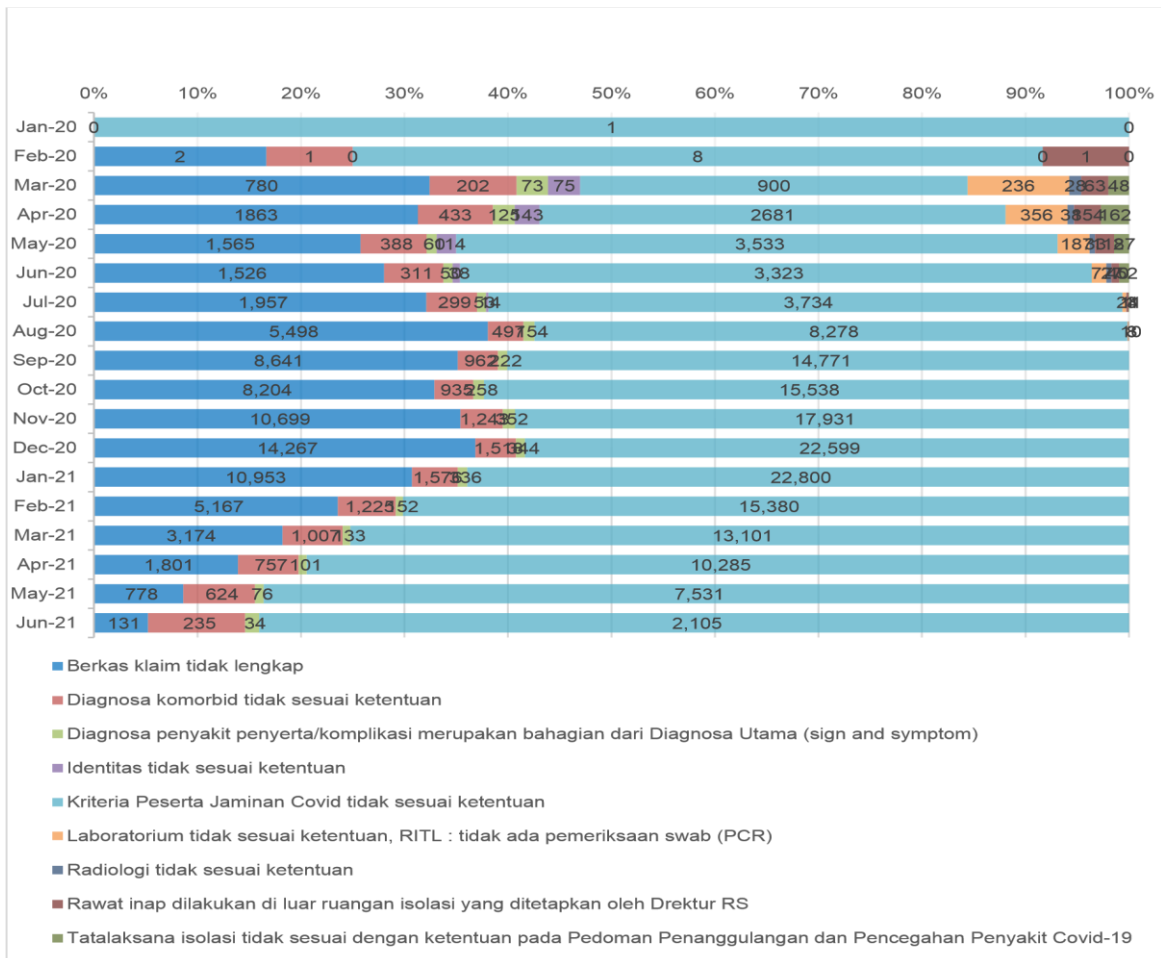
Tabel 1 menunjukkan jumlah kasus dan kategori klaim yang ada. Kategori klaim dibagi menjadi klaim sesuai, klaim pending, klaim dispute, klaim kadaluwarsa, dan klaim tidak sesuai. Secara frekuensi, jumlah klaim di luar klaim sesuai pada tahun 2020 mengalami peningkatan dibandingkan 2020, akan tetapi hal tersebut harus juga dipahami dengan peningkatan kasus COVID-19 dalam kurun 10 bulan di tahun 2021 yang melonjak lebih dari 200% dibandingkan kurun waktu 12 bulan di tahun 2020. Bila dilihat secara persentase, maka di tahun 2021 terdapat klaim pending sebesar 5,4% kasus (2020: 0,99%), klaim dispute 13,1% (2020: 26,4%), klaim kadaluwarsa 0,002% (2020: 0,0004%), dan klaim tidak sesuai 0,0007% (2020: 0,0009%). Total biaya klaim di luar klaim sesuai pada tahun 2021 adalah Rp 4.725.487.311.597 atau 6,4% dari keseluruhan biaya di 2021.

**Tabel 1. Jumlah Kasus dan Total Biaya Klaim COVID-19 dari Januari 2020 hingga 3 November 2021**

Status Klaim	2020		2021*	
	Kasus (n)	Biaya (Rp)	Kasus (n)	Biaya (Rp)
Klaim sesuai	493.108	29.613.965,094.500	1.117.364	59.517.008.419. 880
Klaim Pending	6.739	264.568.810.200	75.083	3.525.167.028.008
Klaim Dispute	180.006	10.298.433.772.800	179.863	10.451.941.193.289
Klaim kadaluwarsa	274	17.500.081.900	3.212	140.932.014.100
Klaim tidak sesuai	621	2.718.746.700	1.016	14.194.076.200
<b>Total</b>	<b>680.748</b>	<b>40.197.186.506.100</b>	<b>1.376.538</b>	<b>73.649.242.731.477</b>

\*hingga tanggal 3 November 2021

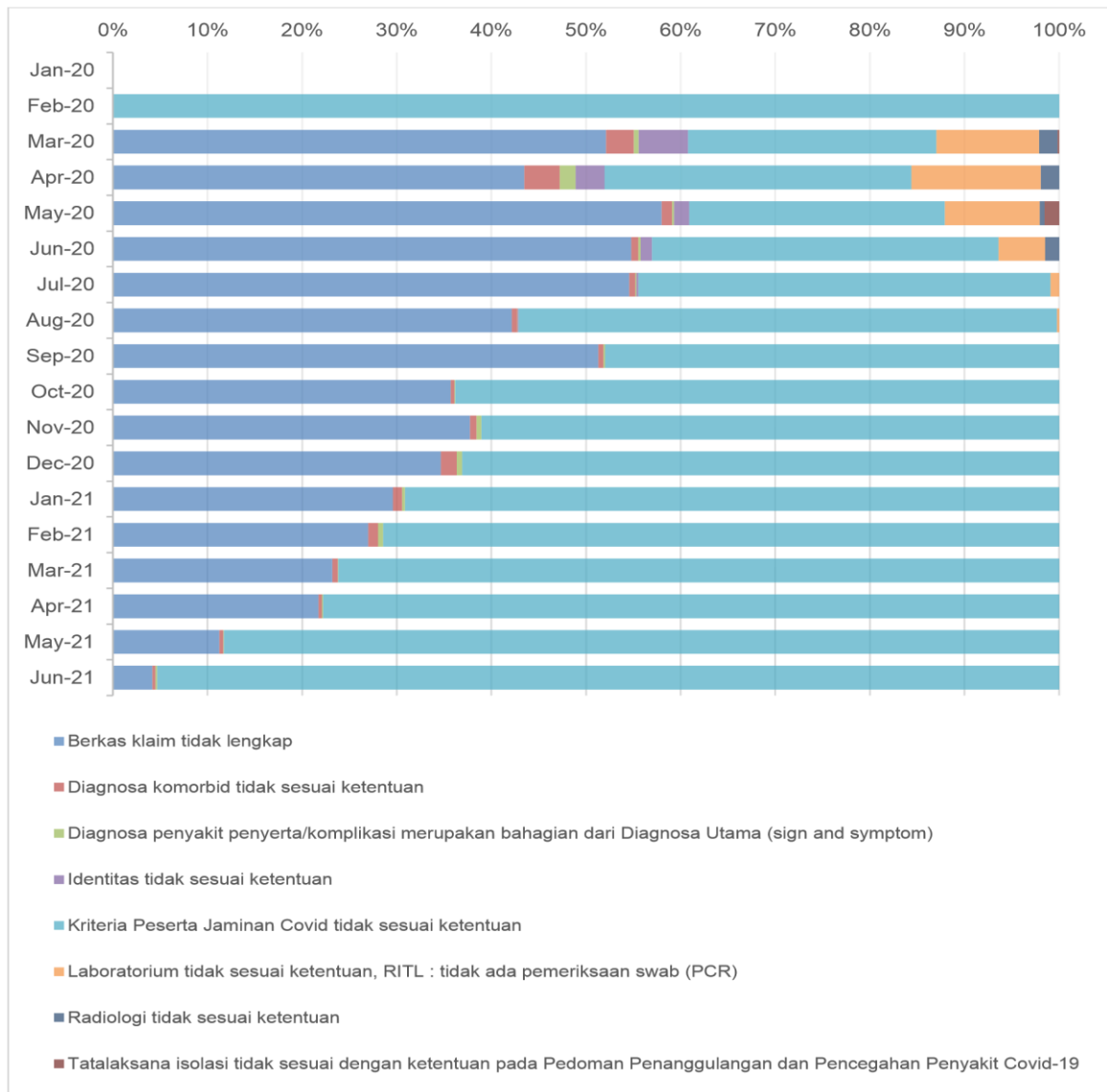
Gambar 1 menunjukkan bahwa dispute klaim rawat inap terbesar disebabkan oleh kriteria peserta jaminan COVID-19 yang tidak sesuai ketentuan klaim mulai dari bulan Januari 2020-Juni 2021. Pada bulan Februari-Agustus 2020, masih ditemukan penyebab dispute seperti identitas tidak lengkap, pemeriksaan penunjang yang tidak sesuai ketentuan, serta permasalahan ruang rawat dan tatalaksana isolasi. Akan tetapi, hal-hal tersebut sudah tidak ditemukan di mulai dari bulan September 2020.



**Gambar 1. Dispute Klaim Rawat Inap Tingkat Lanjut berdasarkan Bulan Layanan**

Gambar 2 menunjukkan bahwa dispute klaim rawat jalan terbesar secara bergantian disebabkan oleh kriteria peserta jaminan COVID-19 yang tidak sesuai ketentuan klaim atau berkas klaim yang tidak lengkap. Pada bulan Maret-Agustus 2020, masih ditemukan penyebab dispute seperti identitas tidak lengkap, pemeriksaan penunjang yang tidak sesuai ketentuan, serta permasalahan ruang rawat dan tatalaksana isolasi. Akan tetapi, hal-hal tersebut sudah tidak ditemukan di mulai dari bulan September 2020. Meskipun demikian, hingga bulan Juni 2021, masih ditemukan permasalahan diagnosis penyakit penyerta yang merupakan bagian dari diagnosis utama, walaupun secara jumlah dan persentase sangat minim.

Kemudian, dilakukan eksplorasi lebih lanjut melalui metode kualitatif untuk mengetahui permasalahan yang ada dalam penanganan dan skema pembiayaan kesehatan selama pandemi COVID-19 berlangsung. Lebih lanjut, turut didapatkan beberapa solusi yang ditawarkan oleh narasumber untuk pengalihan manfaat COVID-19 dari skema pandemi ke skema endemi.



**Gambar 2. Dispute Klaim Rawat Jalan Tingkat Lanjut berdasarkan Bulan Rawat**

### Permasalahan Teknis Pemberkasan dan Dokumen

Banyaknya berkas-berkas yang perlu dilengkapi serta perbedaan kelengkapan berkas antara pasien COVID-19 dan pasien JKN secara umum menyebabkan kendala di awal-awal pandemi. Termasuk berkas-berkas yang cenderung sulit didapatkan.

*“Untuk klaim COVID kami agak berbeda karena memang lampiran yang harus dilengkapi banyak ada, jadi di kami itu ada admin ada keuangan untuk kolektif” (Perwakilan RS PM, FGD 2)*

*“Kami di rumah sakit rujukan. Rumah sakit rujukan jadi pasien itu bisa (berasal) dari luar daerah (untuk) keperluan isolasi. Habis itu kita sangat-sangat kesulitan dengan surat keterangan*

*dari Puskesmas (domisili pasien). Nggak mungkin kan orang dari kota A, kita ke kota A untuk minta surat keterangan Puskesmas itu” (Perwakilan RS N, FGD 2)*

Sedangkan dengan jumlah pasien yang membludak, sistem yang baru, dan berkas yang berbeda, waktu yang diberikan hanya sedikit ditambah server IT yang sering mengalami permasalahan.

*“takut banyak yang expired. Jadi itu sih kalau begini (waktu sempit) kami internal sendiri harus bagi timeline lagi untuk kejar-kejaran nih dengan pasien yang banyak.” (Perwakilan RS A, FGD 2)*

*“Itu terkait systems sih Bu sistem yang sering down atau gagal upload sehingga banyak juga dispute yang sebenarnya sudah kami upload tapi tidak terlihat dilihat oleh verifikator tidak ada lampiran padahal ada tapi jadi tidak gagal upload (Perwakilan RS M, FGD 2)*

### **Peraturan yang cepat berubah tidak diimbangi koordinasi yang optimal**

Peraturan-peraturan penjaminan COVID-19 terus berubah seiring juga adanya mekanisme-mekanisme baru untuk mengatur pembiayaan yang ada. Sayangnya, sistem koordinasi yang ada masih belum berjalan dengan baik dan setiap lapisan organisasi yang terlibat dapat memiliki persepsi yang berbeda terkait perubahan tersebut.

*“ada kluster C1-C10. C1-C5 adalah klaim pending yang akan diselesaikan di BPJS Kesehatan, lalu clear, dan akan menjadi C lainnya. Tapi kemarin team dispute kami mengeluh, kenapa C1-C5 menjadi C lain. Harusnya kalau berkas klaim tidak lengkap, harusnya tidak dilempar lagi ke TPKD provinsi. Ternyata dari data kami dari awal pandemi sampai Maret 2021, dari 23.000 dispute, hanya 856 yang sesuai, yang dibalikkan adalah sisanya ke TPKD provinsi. Jadi kalau paling banyak berarti sebenarnya selain C1-C5. Tapi kalau jumlahnya, kuantitasnya antara C1-C5 dan liannya hampir sama, tapi akhirnya numpuk lagi ke kami.” (Perwakilan JPKR, FGD 3)*

*“Mendadak di bulan Agustus kemarin saya cuma bisa mengirimkan 1 kali langsung keblocking Anda hanya bisa mengirimkan pada tanggal sekian bulan sekian SPK tidak bisa terbentuk Itu tanpa ada sosialisasi sama sekali jadi kita juga agak kaget, kemudian BPJS kita tanya ya itu aplikasi ya akhirnya kita ngikutin itu. Jadi kadang hal hal teknis yang tiba-tiba berubah di dalam aplikasi sebaiknya kita diberitahukan gitu loh.” (Perwakilan RS A, FGD 2)*

*“Mungkin sih tujuannya adalah mengingatkan kami untuk lebih memperhatikan hal-hal yang tercatat dicatatan BPJS, cuma jadinya karena terlalu panjang, kita jadinya ee.. waktunya jadi habis ... **yang to the point** maksudnya poin-poin pentingnya aja yang dituliskan disitu yang menyebabkan BPJS memending klaimnya... selanjutnya kalau pada saat verifikasi terdapat hal-*

*hal yang ingin kita konfirmasi, tetapi BPJS itu tidak ada catatan kemudian pada saat kami verifikasi ada yang perlu kami konfirmasi, kami juga akan melakukan pertanyaan tambahan ke rumah sakit” (Tim Dispute Kemenkes, FGD 2)*

### **Keseimbangan neraca keuangan kesehatan**

Pandemi COVID-19 telah memberikan dampak beban tanggungan yang besar terhadap asuransi nasional. Dalam hal ini, perlu ditelaah lebih lanjut mengenai sumber dana dan pengeluaran pembiayaan yang ada. Akan tetapi, masih terdapat perbedaan pemahaman mengenai hal tersebut mengingat sistem koordinasi yang ada juga belum berjalan optimal.

*“Kemudian terkait dengan refocusing... Ada 514 kabupaten kota 34 provinsi yang masing-masing mempunyai karakteristik sendiri-sendiri. Sampai sekarang kita mendengar ada 10 daerah yang ditegur oleh Menteri Dalam Negeri terkait dengan insentif nakes yang belum dibayarkan... Kemudian klaim-klaim harus diverifikasi oleh BPKP dan jumlah Rumah Sakit begitu banyaknya ada 3300an. Kalau itu semuanya harus diverifikasi oleh BPKP, di mana BPKP jumlahnya sangat terbatas, maka terjadi antrean yang sangat panjang. Sehingga apa yang terjadi? Banyak Rumah Sakit Daerah yang tadi dipahami bahwa karena ada APBD maka likuiditas keuangan rumah sakit daerah tidak ada masalah, tapi ternyata memang bermasalah betul” (Perwakilan ARSADA, FGD 4)*

*“tingkat utilisasi menurun tajam, sehingga berdampak dari positif effect. Tetapi di kami sendiri melihatnya ada potensi nanti setelah kondisi pandemic, kami belum sampai ke posisi endemic, akan ada rebound dari utilisasi. Dari sisi rebound ini perlu diantisipasi apakah BPJS mencukupi keuangannya. Kalau berdasarkan analisis kami dari divisi aktuarial, terdapat kondisi tertentu yang dapat mempengaruhi. Contoh Ketika utilisasi balik ke kondisi sebelum COVID-19, atau bahkan di atasnya sedikit, itu akan mempengaruhi keuangan.” (Perwakilan DJPPR-PRKN, FGD 3)*

Lebih lanjut, adanya perubahan antara status pandemi dan endemi dan adanya peraturan yang berbeda juga memberikan pengaruh yang berbeda terhadap asal sumber dana yang ada.

*“Status pandemi ini pun kemungkinan akan bisa dicabut oleh WHO antara lain setelah setidaknya dua benua (COVID-19nya terkontrol)... Bila ini masih status pandemi ya tentu akan menjadi tantangan berikut adalah kalau COVID ini ditanggung oleh BPJS, BPJS akan bobol, BPJS ga akan sanggup.” (Ahli epidemiologi DB, FGD 4)*

### Sistem pembagian tanggung jawab dan wewenang kesehatan

Para narasumber mengakui bahwa masih adanya pembagian tanggung jawab dan wewenang kesehatan yang belum tepat dan tidak merata, sehingga menyebabkan alur regulasi menjadi tumpang tindih.

*“Konteks COVID adalah Kepres 12 tahun 2020, dengan dasar UU 24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana, dimana disebutkan pembiayaan hak dasar (hal pelayanan Kesehatan) diatur oleh pemerintah... PP 22 tahun 2008 tentang pendanaan dan pengelolaan bantuan bencana. Ternyata disitu terdapat tiga kegiatan, yaitu tahap prabencana, saat tanggap darurat, dan/atau pasca bencana. Sumbernya dari APBN, APBD dan masyarakat. Sekarang pertanyaan kita, pandemi COVID di Indonesia saat ini statusnya dalam kondisi apa? Prabencana tentu tidak, saat tanggap darurat iya. Jadi artinya masih dalam kategori tanggap darurat, maka kewajiban pemerintah untuk membiayainya.” (Perwakilan ADINKES, FGD 3)*

*“Kesehatan itu adalah urusan pemerintah yang dibagi antara pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten kota, termasuk di dalamnya tanggung jawab pemenuhan man, money, material, SDM, anggaran, dan sarana prasarana. Ironisnya, ketika masalah kesehatan secara nasional menerjang satu negara, yaitu Indonesia, itu menjadi tanggung jawab Menteri Kesehatan. Padahal, man, money, material provinsi menjadi tanggung jawabnya gubernur. Man, money, material di kabupaten kota kewenangannya bupati wali kota” (Perwakilan ARSADA, FGD 4)*

Dari permasalahan-permasalahan tersebut, terdapat beberapa hal rekomendasi yang berulang kali terus disampaikan oleh para narasumber yang berbeda-beda di keempat FGD.

### Cost Sharing

Para narasumber menyatakan bahwa cost sharing dapat dipertimbangkan untuk mengatasi permasalahan klaim yang ada. Baik itu dengan menyerahkan keputusan pilihan pengobatan terhadap pasien, pembagian keuangan dengan organisasi pemerintahan yang berbeda, maupun adanya penarikan biaya untuk kelompok-kelompok individu yang tidak taat peraturan kesehatan selama pandemi COVID-19.

*“Nah paling tidak harapan saya kalau InaCBG paling tidak diperbolehkan untuk cost sharing. Kalau misalnya memang pasien mau (membayar tambahan), ya banyak yang mau disuruh membeli apa segala macam itu mau mereka. Tetapi kan cuma boleh atau tidak, diperlukan hukum yang jelas agar tidak menjadi masalah di belakang” (dr K, FGD 1)*

*“Karena di dalam pertemuan global, kita terlalu generous. Tapi di konteks reformasi ini, bagaimana cost sharing BPJS Kesehatan. Ketika ada beberapa pilihan opsi dari sisi COVID-19, perlu juga disharing oleh cost sharing BPJS itu sendiri.” (Perwakilan BAPPENAS, FGD 3)*

*“Di negara-negara maju sudah mulai di Australia kalau dia itu tidak mau di vaksin, dia harus membayar tambahan iuran tambahan, kalau kita bisa ke BPJS. Di sini bisa sampai 400 dolar sebulan. Biaya kalau di sini ataupun di semua negara maju hampir sama, kalau untuk 1 pasien kalau tadi di kita ke kisaran 100 juta, yang optimal di sini bisa sampai 40.000 sampai ...., kalau di Amerika bisa sampai 50.000 untuk satu masa rawat itu. Orang-orang yang terdapat dalam kategori membahayakan diri sendiri dia harus ikut sharing cost” (Ahli epidemiologi DB, FGD 4)*

*“Kebijakan dari APBN atau kementerian keuangan saat ini adalah sharing burden dengan pmda. Ketika itu menjadi tanggung jawab dari pemerintah, kami mungkin akan mendorong adanya sharing antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Untuk JKN sudah dilakukan sharing burdennya untuk yang bantuan iuran dan PBI” (Perwakilan DJPPR- PRKN, FGD 3)*

### **Kegiatan Promotif dan Preventif**

Selama ini BPJS Kesehatan selalu menekankan peran promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan dengan dana kapitasi kepada layanan primer untuk melakukan kegiatan program tersebut. Hal ini dapat juga diaplikasikan untuk COVID-19, sehingga fokus dana yang ada tidak hanya terpusat pada kuratif saja.

*“Positioning dari kapitasi berbasis kinerja yang ditetapkan di era JKN, kalau kita runutkan lebih lanjut, kapitasi adalah mencegah masyarakat untuk tidak sakit. Disini harus kita eksplor, apakah nantinya kapitasi berbasis kinerja ini mampu menjadi jaring pengaman untuk pencegahan COVID. Ini menjadi sisi menarik dari Bappenas untuk melihat preventif dan promotif. (Perwakilan BAPPENAS, FGD 3)*

*“Tapi pengalaman oleh negara lain ada juga sih program-program public health diolah BPJS, katakan di Thailand, NACO, dengan HIV/AIDS, diolah benar semuanya. Tapi itu juga kita harus belajar banyak dari pengalaman mereka, karena komunitas di Thailand itu sangat strong perannya. Kita tau kalau kasus HIV/AIDS, tanpa bantuan komunitas, itu tidak akan bisa menjangkau untuk program-program pencegahannya” (dr MN, FGD 4)*

### **Standardisasi dan Pengembangan Rekam Medis Elektronik**

Permasalahan kelengkapan data dari rumah sakit dirasa banyak berakar dari berbedanya sistem pencatatan rekam medis yang ada. Diperlukan standardisasi yang jelas, sehingga setiap verifikator dapat memiliki persepsi yang sama dengan klinisi dalam pembacaan dan pemahaman data. Lebih

lanjut, rekam medis elektronik atau EMR dirasa sangat bermanfaat untuk penyimpanan, *cross check* data, dan kelengkapan data terutama bila diperlukan transfer pasien untuk tindak lanjut pengobatan.

*“kita masih manual jadi para dokter masih tetap menulis, kemudian sama koder petugas rekam medik itu dikoding, yang jadi kendala kadang-kadang masalahnya itu pada saat rujukan yang dari luar dimana tempat rumah sakit lain atau daerah kabupaten lain mengatakan bahwa ini swab positif, dirujuk ke UGD rumah sakit kita kehilangan keterangan swabnya itu kapan dan dimana” (verifikator DP, RS N)*

*“Kemarin saya membuat template untuk rumah sakit lain yang belum bisa ERM, itu khusus untuk asesmen awal dan resume saya buat template sesuai dengan KMK. Jadi, KMK untuk COVID itu sebetulnya seperti ini informasinya, jadi mulai anamnesis demam, batuk, dan lain-lain itu harus ada. Kemudian, diconteng-conteng gitu kemudian kita vital sign harus sesuai kemudian ada bunyi pneumonia dan komorbidnya kemudian hasil labnya terlampir kalau ada komorbidnya juga terlampir dan lain-lain, itu sudah ada templatennya saya. Itu lumayan membantu, jadi rumah sakit yang tidak punya ERM, yang tersistem dengan satu rumah sakit bisa secara parsial dibuatkan templatennya.” (Perwakilan PDPI, FGD 2)”*

### **Penguatan Data Kesehatan Nasional**

Pemerintah dan akademisi harus bersama-sama untuk dapat menyediakan data yang sesuai waktu atau *real time*. Data-data yang ada harus dapat dipakai untuk membuat regulasi dari berbagai tingkatan yang berbeda.

*“Informasi data penyakit dengan penyakit terbanyak dan termahal dari seluruh daerah, dan kami in line kan lagi, kita akan mengevaluasi kebijakan APBD/APBN itu seperti apa alokasinya tiap daerah untuk penanganan kesehatan di daerahnya” (Perwakilan DJPPR-PRKN, FGD 3)*

*“Tiga aspek yang perlu dibalancing. Ketika kita mensetting manfaat, kita juga perlu mempertimbangkan financing. Untuk fokus kepada promotif preventif dari sektor hulunya, saat ini kami melihat pada program yang dilakukan kemenkes. Salah satu kami lihat yang baik adalah untuk screening Kesehatan itu dimasukkan ke dalam manfaat JKN/pembiayaan pemerintah. Tapi bayangan kami dari screening itu kita bisa mapping profil risiko. Dari itu, mungkin tidak 100% dari populasi, kita akan tahu kebijakan yang paling tepat dari sisi penganggaran untuk mengantisipasi atau memitigasi dari potret tadi.” (Perwakilan DJPPR-PRKN, FGD 3)*

*“Evidence based yang ada di kajian ini, pengolahan data, itu akan memastikan pada pengambil kebijakan, kira-kira apa dampaknya kalau COVID-19 masuk ke dalam manfaat JKN. Ini yang*



saya pikir kami butuhkan karena ini akan mengolah data dari BPJS, data **epidemiologi**. Data-data yang detail yang akan disampaikan kajian ini akan membantu dalam pengambilan **kebijakan**. (Perwakilan DJSN, FGD 3)

“Yang dihadapi bukan hanya *double burden*, tapi **multiple burden** (Kesehatan, ekonomi, sosial, politik, dan keamanan). Kita juga membahas tentang **multiple morbidity**. Masalah COVID-19 belum selesai namun kita juga harus memikirkan morbiditas akibat TBC, HIV, malaria, NTD, PTM, stunting, dan lain-lain. Di antara *multiple morbidity* ini, kita juga menghadapi *burden kronisitas dan mortalitas*. Kita belum tahu COVID-19 ini bagaimana kronisitasnya. Ini akan menambah beban pemma dan masyarakat. Masih banyak yang **belum kita tahu** tentang COVID-19. (Perwakilan ADINKES, FGD 3)

### **Pengembangan Lebih Lanjut Layanan Telemedicine**

Kurangnya tenaga medis, pembatasan mobilisasi sosial masyarakat, dan pengurangan kontak tenaga kesehatan dengan pasien selama pandemi COVID-19 memberikan ruang untuk pengembangan *telemedicine*. Hal tersebut turut diatur dalam beberapa regulasi pemerintah seperti Permenkes No 14 Tahun 2021 dan KMK No. HK. 01.07/MENKES/4829/2021 mengenai pedoman pelayanan kesehatan melalui *telemedicine* pada masa pandemi COVID-19

“Sebagian *telemedicine* ada yang sudah terimplementasi. Salah satunya saya dengar dan juga saya ikut itu di relawan dokter shelter, dari Yogyakarta, di mana ini merupakan salah satu buah jembatan ada daripada kebutuhan pasien dengan dokter. Ada satu aplikasi namanya adalah aplikasi lab dokter di Yogyakarta. Setelah kita ikuti ternyata sampai saat ini di UGM itu sudah banyak memberikan pelayanan kepada pasien yang sedang terisolasi mandiri. Nah ini merupakan salah satu momen yang bisa dikatakan menjadi salah satu model project, yang memang harus terimplementasi ke semuanya dan mengingat keberhasilannya itu merupakan sudah sangat tinggi. Nah ini yang harus dicoba diimplementasikan kepada seluruh puskesmas. Ini masih dalam tahap agar kiranya *telemedicine* dapat terjamah kepada hilir-hilir yang berada di desa-desa pelosok.” (Perwakilan PDPKMI, FGD 4)

“Setiap pagi ada pengecekan kesehatan di lapangan. obat-obatan standar dikirim ke setiap kamar lalu juga sudah ada fasilitas dari WA grup,” (Penyintas PK, FGD 1)

“Sedangkan untuk penanganan di rumah sakit kami memang banyak menangani dan evaluasi pasien sehari-hari itu lewat CCTV, kami banyak berkomunikasi dengan telepon,” (dr S, FGD 1)

## PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan kendala-kendala dalam penanganan hingga mekanisme klaim biaya kesehatan terkait COVID-19. Sebagai suatu penyakit baru, penelitian-penelitian mengenai COVID-19 terus bermunculan. Sering kali percobaan-percobaan klinis yang harus dilakukan dalam waktu yang singkat dengan subyek penelitian yang tidak memenuhi kriteria yang optimal harus terus digulirkan mengingat diperlukannya bukti-bukti terbaru terkait perkembangan COVID-19. Hal ini sering memunculkan ketidakpastian baik dari segi pencegahan hingga tata laksana, sehingga para klinisi dan pengambil kebijakan dituntut untuk terus mengetahui penelitian yang ada, yang sayangnya sering kali belum dibarengi dengan regulasi yang adekuat (Blankenship et al., 2021).

Selain tantangan dari tata laksana infeksi akut, gejala ikutan setelah tertanganinya infeksi harus menjadi perhatian. *Long COVID* berkaitan dengan keparahan infeksi, riwayat hospitalisasi, usia di atas 50 tahun, dan lebih tinggi pada populasi keturunan Asia (Chen et al., 2022). Gejala-gejala sisa tersebut dapat sangat parah hingga mengurangi aktivitas fisik pasien, menurunkan kualitas hidup, dan meningkatkan gangguan emosional pada para penderita (Humphreys et al., 2021; Nandasena et al., 2022). Pentingnya memperhatikan kondisi kesehatan pasca infeksi COVID-19 mulai dari obat-obatan simptomatis hingga rehabilitasi paru rutin telah disadari oleh banyak negara yang akhirnya mempersiapkan alokasi anggaran dan investasi kesehatan untuk penderita *long COVID* (Menges et al., 2021). Akan tetapi, pada penelitian ini ditemukan bahwa sistem klaim untuk pengobatan *long COVID* belum diregulasi dengan jelas, sehingga menyebabkan kebingungan apakah kasus *long COVID* merupakan bagian dari pandemi itu sendiri yang seharusnya dibiayai pemerintah, atau sudah dilimpahkan ke BPJS Kesehatan.

Dispute klaim memiliki 10 kriteria yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sebagai berikut: identitas tidak sesuai ketentuan (KTP, SIM, KK, Passport), kriteria peserta jaminan COVID-19 tidak sesuai, Pemeriksaan penunjang laboratorium tidak sesuai ketentuan, tata laksana isolasi tidak sesuai dengan ketentuan pada pedoman penanggulangan & pencegahan penyakit COVID-19, berkas klaim tidak lengkap (tidak memenuhi unsur kelengkapan berkas pada pengajuan klaim), diagnosa penyakit penyerta/komplikasi merupakan bagian dari diagnosa utama (*sign and symptom*), diagnosa komorbid tidak sesuai ketentuan, rawat inap dilakukan di luar ruangan isolasi yg ditetapkan oleh Direktur RS, pemeriksaan penunjang radiologi tidak sesuai ketentuan dan klaim tidak sesuai karena permasalahan pada Aplikasi (Aplikasi e-klaim).

Terkait klaim yang ada, kelengkapan berkas juga menjadi penghambat. Hal serupa ditemukan pada penelitian sebelumnya, dimana ketidaklengkapan resume medis berkaitan dengan penundaan klaim (Rakhmad et al., 2020; Putri, 2022). Hal tersebut sering ditemui karena dokter maupun petugas medis memiliki waktu yang terbatas dibandingkan dengan banyaknya jumlah pasien baik di rawat jalan maupun rawat inap. Hal ini diperburuk dengan ketidakpahaman DPJP mengenai persyaratan

kelengkapan resume medis yang berkaitan dengan klaim (Kusumawati and Pujiyanto, 2020). Lebih lanjut, walaupun pengetahuan dokter mengenai berkas klaim berhubungan dengan kualitas rekam medis yang ditulis, dukungan dari rumah sakit dan komunikasi efektif di lingkungan kerja dirasa masih kurang (Suti Ismawati et al., 2021).

Diperlukan kerja sama dari fasilitas kesehatan dengan menunjuk penanggung jawab dari masing-masing profesi baik dari dokter, verifikator, petugas paramedis, dan lainnya untuk memastikan kelengkapan berkas, karena tidak hanya sebagai bukti kelengkapan administrasi klaim, rekam medis juga merupakan hak pasien dan wajib didokumentasikan secara lengkap (Tang et al., 2017). Kementerian Kesehatan RI (2008) dalam PMK 269 tahun 2008 pun telah menyatakan bahwa kelengkapan pengisian rekam medis dalam waktu 24 jam setelah selesai pelayanan dan untuk pengembalian berkas rekam medis rawat inap dengan waktu 2 x 24 jam.

Regulasi awal juknis klaim COVID-19 (KMK 238 tahun 2020) dianggap terlalu ketat, meskipun demikian terdapat beberapa perubahan yang telah dilakukan oleh pemerintah seperti batas kadaluwarsa klaim COVID-19 awalnya 3 bulan setelah pandemi dinyatakan berakhir menjadi apabila klaim tidak diajukan 6 bulan setelah selesai diberikan pelayanan. Meskipun demikian, dengan adanya beban-beban tambahan di rumah sakit, hal tersebut tetap menjadi tantangan bagi para tim kerja (Ambarwati, 2021; Putri, 2022). Pemerintah pun tidak bisa hanya sebatas melakukan sosialisasi, perlu adanya penyamaan persepsi baik dari segi medis, manajerial, pembiayaan, rujukan dan lainnya antara pemangku kebijakan dan fasilitas kesehatan karena sering kali proses di lapangan tidak dapat disamaratakan di seluruh Indonesia mengingat kemampuan dan ketersediaan sumber daya yang berbeda-beda (Ambarwati, 2021).

Lebih lanjut, terkait perbedaan sudut pandang komorbid telah tertera bahwa diagnosa komorbid adalah pasien yang memiliki penyakit bersifat kronik yang diderita sebelumnya dan akan memperberat penyakit COVID-19 (Kemenkes, 2021b). Sehingga bila ketika terdiagnosis COVID-19 kemudian muncul diagnosis lain setelahnya karena riwayat perjalanan penyakit pasien tidak diketahui, hal tersebut dapat dimasukkan sebagai koinsiden. Hal ini beriringan dengan perbedaan kriteria sembuh dari segi medis dan dari penjaminan, sehingga sangat diperlukan suatu stratifikasi keparahan penyakit setelah dinyatakan tidak terdeteksi virus untuk mengetahui kelayakan pemulangan pasien dari rawat inap. Hal tersebut pun harus dilakukan standardisasi berdasarkan bukti-bukti ilmiah yang ada, kesiapan rumah sakit, ketersediaan sumber daya di dalam dan di luar rumah sakit untuk perawatan pasien pulang, dan indikasi sosial.

Lebih lanjut, keseluruhan proses klaim kesehatan berpedoman pada data. Pengambilan kebijakan-kebijakan yang ada juga berkaitan dengan data terbaru yang dikirimkan dari kondisi lapangan di seluruh Indonesia. Diperlukan suatu integrasi data nasional untuk memperkuat pondasi-pondasi kebijakan di Indonesia. Data yang ada pun juga harus adekuat, berasal dari pengambilan

data yang dapat dipertanggungjawabkan baik dari segi ilmiah serta beretika, dan terstandardisasi secara jelas. Hal ini sangat penting, mengingat banyak permasalahan yang terdapat dari penelitian ini bersumber pada ketidakterdediaan informasi atau data maupun regulasi. Data-data yang ada pun dapat harus dapat terjamin layak untuk analisis baik untuk penghitungan proyeksi ke depan, kepentingan saat ini, perbandingan dengan yang lalu, dsb.

Lebih lanjut, pemerintah juga harus terus mengupayakan pentingnya satu data nasional, termasuk data kesehatan serta dukungan untuk rekam medis elektronik. Hal ini yang kemudian akan berkaitan dengan *telemedicine*, yaitu bagaimana data-data pasien telekonsultasi disimpan, bagaimana berkolaborasi dengan platform *telemedicine* swasta yang memiliki standar operasi pencatatan sendiri-sendiri, keamanan data pengguna, etika pengorganisasian dan penggunaan data yang bermanfaat untuk pembangunan nasional baik di ranah digital maupun non-digital.

## **SIMPULAN**

Peran pemerintah untuk penanggulangan COVID-19 telah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan. Namun demikian, masih terjadi dinamika variasi baik pada pelayanan tingkat primer, maupun pada tingkat sekunder. Kebijakan yang berubah cepat sangat mempengaruhi kelancaran pelaksanaan pelayanan COVID-19. Peluang diagnosa COVID-19 menjadi manfaat JKN pasca pandemi COVID-19 sangat dimungkinkan. Oleh karena itu, perlu diatur dengan ketentuan regulasi penetapan berakhirnya masa pandemi dan pilihan kebijakan berbasis bukti yang kuat. Termasuk sumber pembiayaan COVID-19 pasca pandemi, dimana iuran JKN dirasa tidak dapat mencukupi oleh banyak pihak, meskipun sebenarnya telah ada undang-undang yang memberikan kesempatan kepada BPJS Kesehatan untuk mengembangkan sistem pembayaran yang lebih efektif, misalnya global budget. Oleh karena itu, opsi pendampingan dari pemerintah perlu menjadi pertimbangan. Penggunaan INA CBG sebagai cara pembayaran COVID-19 memberi kepastian serta mempermudah secara administratif meskipun perlunya dilakukan evaluasi dalam pelaksanaannya, baik menyangkut kesesuaian grup INA CBG maupun kesesuaian besaran tarif. Lebih lanjut, diperlukan aspek legal yang lebih kuat atas penugasan khusus kepada BPJS Kesehatan dalam masa pandemi COVID-19 sampai pandemi berakhir dan dapat diklasifikasikan sebagai endemi. Berdasarkan hal tersebut, apabila pemerintah memutuskan kebijakan pemberian dana pendampingan Dana Jaminan Sosial untuk pembiayaan COVID-19 sebagai manfaat JKN, maka perlu dilakukan persiapan secara matang untuk pelaksanaannya.

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Kami mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada para narasumber penelitian kualitatif kami yang tidak dapat kami sebutkan satu per satu, BPJS Kesehatan yang telah menyediakan dana,

data dan memberikan platform untuk diskusi mengenai penelitian ini, serta tim asisten penelitian dari Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada.

## DAFTAR RUJUKAN

- Ambarwati, W. 2021. Pembiayaan Pasien COVID-19 dan Dampak Keuangan terhadap Rumah Sakit yang Melayani Pasien COVID-19 di Indonesia Analisis Periode Maret 2020 – Desember 2020. *Jurnal ekonomi kesehatan Indonesia*. **6**(1).
- Blankenship, S.B., Nakano-Okuno, M. and Zhong, R. 2021. Physicians' role in the COVID-19 infodemic: A reflection. *Southern medical journal*. **114**(12), pp.812–814.
- Chen, C., Hauptert, S.R., Zimmermann, L., Shi, X., Fritsche, L.G. and Mukherjee, B. 2022. Global prevalence of post COVID-19 condition or long COVID: A meta-analysis and systematic review. *The journal of infectious diseases*.
- Fisher, K.A., Olson, S.M., Tenforde, M.W., Self, W.H., Wu, M., Lindsell, C.J., Shapiro, N.I., Files, D.C., Gibbs, K.W., Erickson, H.L., Prekker, M.E., Steingrub, J.S., Exline, M.C., Henning, D.J., Wilson, J.G., Brown, S.M., Peltan, I.D., Rice, T.W., Hager, D.N., Ginde, A.A., Talbot, H.K., Casey, J.D., Grijalva, C.G., Flannery, B., Patel, M.M. and Feldstein, L.R. 2021. Symptoms and recovery among adult outpatients with and without COVID-19 at 11 healthcare facilities-July 2020, United States. *Influenza and other respiratory viruses*. **15**(3), pp.345–351.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y., Gao, H., Guo, L., Xie, J., Wang, G., Jiang, R., Gao, Z., Jin, Q., Wang, J. and Cao, B. 2020. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. **395**(10223), pp.497–506.
- Humphreys, H., Kilby, L., Kudiersky, N. and Copeland, R. 2021. Long COVID and the role of physical activity: a qualitative study. *BMJ open*. **11**(3), p.e047632.
- Kemenkes 2021a. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/4718/2021 Tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Bagi Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kemenkes 2021b. *KMK RI nomor HK.01.07/menkes/5673/2021 Tentang petunjuk teknis klaim penggantian biaya pelayanan pasien* [Online]. Jakarta: Kementerian Kesehatan. Available from: <https://COVID19.hukumonline.com/wp->

content/uploads/2021/09/keputusan\_menteri\_kesehatan\_nomor\_hk\_01\_07\_menkes\_5673\_2021\_tahun\_2021.pdf.

- Kemenkes 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pembebasan Biaya Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Khan, Mujeeb, Adil, S.F., Alkhatlan, H.Z., Tahir, M.N., Saif, S., Khan, Merajuddin and Khan, S.T. 2020. COVID-19: A global challenge with old history, epidemiology and progress so far. *Molecules (Basel, Switzerland)*. **26**(1), p.39.
- Kusumawati, A.N. and Pujiyanto 2020. Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018. *Cermin Dunia Kedokteran*. **47**(1).
- Menges, D., Ballouz, T., Anagnostopoulos, A., Aschmann, H.E., Domenghino, A., Fehr, J.S. and Puhan, M.A. 2021. Burden of post-COVID-19 syndrome and implications for healthcare service planning: A population-based cohort study. *PloS one*. **16**(7), p.e0254523.
- Nandasena, H.M.R.K.G., Pathirathna, M.L., Atapattu, A.M.M.P. and Prasanga, P.T.S. 2022. Quality of life of COVID 19 patients after discharge: Systematic review. *PloS one*. **17**(2), p.e0263941.
- Normand, C. and Weber, A. 2009. *Social Health Insurance*. Eschborn: GTZ.
- Putri, B.A. 2022. *Analisis dispute klaim pasien coronavirus disease 2019 (COVID-19) (studi kasus pada Rumah Sakit X kelas B di Kabupaten Bantul)*. Master, Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Rakhmad, H., Administrative Studies, Faculty of Public Health, Universitas Indonesia, Budi, H. and Faculty of Public Health, Universitas Indonesia 2020. Dispute analysis of claims for COVID-19 patients at hospitals of Indonesia University *In: Childhood Stunting, Wasting, and Obesity, as the Critical Global Health Issues: Forging Cross-Sectoral Solutions* [Online]. Masters Program in Public Health, Universitas Sebelas Maret. Available from: <http://dx.doi.org/10.26911/the7thicph.04.17>.
- Suti Ismawati, N.D., Supriyanto, S., Haksama, S. and Hadi, C. 2021. The influence of knowledge and perceptions of doctors on the quality of medical records. *Journal of public health research*. **10**(2), jphr.2021.2228.
- Tang, K.L., Lucyk, K. and Quan, H. 2017. Coder perspectives on physician-related barriers to producing high-quality administrative data: a qualitative study. *CMAJ open*. **5**(3), pp.E617–E622.
- WHO 2020. WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. *World Health Organization*. [Online]. [Accessed 6 June 2021]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>.