



**ANALISIS PENGEMBALIAN BERKAS KLAIM BPJS TERHADAP KETENTUAN
PENGKLAIMAN BIAYA PELAYANAN PASIEN COVID-19**

Oleh

Salwa Rizkiani Syah¹, Sali Setiatin²

^{1,2}Fakultas Kesehatan, Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Piksi
Ganesha, Bandung

e-mail: ¹salwariani2015@gmail.com, ²salisetiatin@gmail.com

Abstrak

Covid-19 merupakan wabah penyakit yang menyerang sistem pernafasan manusia. Saat ini hampir seluruh rumah sakit di Indonesia melayani pasien Covid-19. BPJS Kesehatan menjadi salah satu penjamin pelayanan kesehatan pasien Covid-19. Pengajuan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan melalui beberapa tahap verifikasi, berkas klaim yang tidak lengkap menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan dan memicu terjadinya penundaan biaya klaim. Tujuan dari penelitian ini dilakukan untuk menganalisis ketidaksesuaian berkas klaim, mengetahui penyebab dikembalikannya berkas klaim, mengetahui jumlah keterlambatan pembayaran biaya klaim dan cara mengurangi terjadinya dispute klaim. Metode penelitian ini menggunakan metode penelitian Kualitatif dengan pendekatan Deskriptif. Hasil dari penelitian yang dilakukan pada periode triwulan 1 tahun 2021 terdapat 120 berkas klaim Covid-19 yang diajukan kepada BPJS Kesehatan, sebanyak 21 berkas (17.5%) masuk kedalam kategori dispute klaim dan 99 berkas (82.5%) terverifikasi dalam pengklaiman BPJS Kesehatan. Dari 21 berkas sebanyak 17 berkas (80.95%) diantaranya termasuk pada kriteria berkas yang tidak lengkap dan 4 berkas (19.5%) lainnya termasuk pada kriteria berkas yang tidak sesuai dengan ketentuan penjamin pasien Covid-19. Pengembalian berkas berpengaruh pada penundaan pembayaran biaya klaim, pada Triwulan 1 tahun 2021 terdapat Rp.1.278.524.000 biaya penundaan klaim Covid-19. Untuk mengurangi terjadinya pengembalian berkas dapat dilakukan 8 upaya untuk mengurangi terjadinya dispute klaim.

Kata Kunci: *Covid-19, BPJS Kesehatan, Pengembalian Berkas, Klaim Covid-19*

PENDAHULUAN

Pada akhir tahun 2019 sebuah kota di China yaitu Wuhan di gemparkan dengan adanya penyakit kasus pernapasan yang menyebabkan peningkatan pada angka kesakitan di wilayah tersebut. Kasus tersebut ternyata merupakan kasus coronavirus jenis baru. Pada awalnya penyakit ini dinamakan *2019 novel coronavirus (2019-nCov)* kemudian pada awal 2020 WHO mengumumkan nama penyakit tersebut yaitu *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)* penyakit tersebut disebabkan oleh virus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*.(Yuliana, 2020)^[1]

Covid-19 pertama kali muncul di Indonesia pada awal bulan maret tahun 2020 dan pada pertengahan bulan maret Covid-19 ditetapkan sebagai pandemi oleh organisasi kesehatan dunia (WHO). Penyakit tersebut menular dari manusia ke manusia melalui droplet saat batuk atau bersin dan melalui kontak erat dengan penderitanya penyakit Covid-19. Tenaga medis sangat beresiko terinfeksi virus Covid-19 karena virus tersebut dapat menempel pada benda mati yang ada di sekitar rumah sakit termasuk dokumen rekam medis.(Susilo et al., 2020)^[2]



Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.(2009, 2009)^[3]

Rekam medis merupakan dokumen penting yang berifat rahasia dibuat oleh rumah sakit sebagai bukti pelayanan yg di telah berikan kepada pasien. Rekam medis mencakup informasi tentang identitas pasien, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, riwayat pengobatan atau tindakan yg diberikan kepada pasien.

Menurut PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008 tentang pengertian Rekam Medis yaitu berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah di berikan kepada pasien. Catatan rekam medis merupakan uraian dari tindakan dan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Dokumen merupakan laporan hasil pemeriksaan penunjang catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan, dan rekaman elektro diagnostik.(Khumaidi et al., 2018)[4]

Rekam medis tidak hanya berfungsi untuk mencatat diagnosa dan pengobatan tetapi bisa juga untuk evaluasi pelayanan kesehatan, peningkatan efisiensi kerja, dan dapat menjadi bahan untuk menetapkan pembayaran biaya pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan di Indonesia tak terlepas dari program yang diselenggarakan oleh pemerintah yang biasa disebut dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan yg dimaksud adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan dan perlindungan dalam memenuhi keutuhan dasar kesehatan yg diberikan kepada setiap orang

yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja di Indonesia paling singkat 6 bulan dan tentunya telah membayar iuran.(Irmawati et al., 2018)[5]

Sistem yang digunakan dalam pembayaran program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah dengan menggunakan sistem Indonesia Case Base Group biasa disingkat menjadi (INA-CBGs). Sistem pembayaran dalam Indonesia Case Base Grup (INA-CBGs) menggunakan sistem klaim yang nantinya akan mendapat biaya penggantian dari BPJS dan akan di kirimkan ke pelayanan kesehatan seperti puskesmas atau rumah sakit.

Pengajuan klaim pada pasien Covid-19 dilakukan oleh pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan corona virus disease 2019 (Covid-19) salah satunya yaitu Rumah Sakit. Pengajuan klaim di lakukan oleh rumah sakit dan dikirimkan ke Badan Pelayanan Jaminan Kesehatan (BPJS) secara berkala. BPJS 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. BPJS melakukan verifikasi tagihan pelayanan kesehatan dari rumah sakit yang melakukan pelayanan Covid-19. BPJS melakukan koordinasi dengan kementerian kesehatan dalam rangka proses pembayaran tagihan klaim kepada rumah sakit yang telah dilakukan proses verifikasi. BPJS melaporkan hasil proses verifikasi berupa berita acara kepada kementerian kesehatan. KEPMENKES RI NO HK.01.07/MENKES/446/2020.(HK.01.07/MENKES/446/2020, 2020)[6]

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di rumah sakit X Kota Bandung menunjukkan bahwa dalam proses pengajuan klaim kasus Covid-19 masih banyak terjadi ketidaklengkapan berkas klaim dikarenakan belum lengkapnya pengisian rekam medis



.....

pasien, tidak lengkapnya persyaratan penunjang dari hasil pemeriksaan pasien, dan ketidaksesuaian persyaratan penjaminan kasus Covid-19 yang diajukan oleh pihak rumah sakit dengan aturan dari Kemenkes. Maka dari itu pihak BPJS Kesehatan mengajukan pengembalian berkas kepada pihak rumah sakit untuk di lengkapi serta di perbaiki dan dikirimkan ulang kepada pihak BPJS Kesehatan. Hal tersebut menyebabkan penundaan pada proses pengklaiman dikarenakan adanya ketidaksesuaian kelengkapan pada berkas antara klaim yang diajukan oleh rumah sakit terhadap persyaratan pengklaiman Kementerian Kesehatan (Dispute Klaim). Maka dari itu penulis berkeinginan meneliti tentang **“Analisis pengembalian berkas klaim BPJS terhadap ketentuan pengklaiman biaya pelayanan pasien Covid-19”** untuk menemukan jalan keluar mengenai permasalahan terkait dengan ketidaksesuaian berkas klaim, penyebab dikembalikannya berkas klaim, jumlah keterlambatan pembayaran biaya klaim dan cara mengurangi terjadinya dispute klaim.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan penelitian Kualitatif dan dengan menggunakan pendekatan Deskriptif. Penelitian kualitatif ditujukan untuk memahami fenomena-fenomena social melalui sudut pandang partisipan. Penelitian kualitatif tersebut adalah penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi objek alamiah dimana peneliti merupakan instrumen kunci.(Sugiyono, 2012)^[7] Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis ketidaksesuaian pada berkas klaim, mengetahui penyebab dikembalikannya berkas klaim, mengetahui jumlah keterlambatan pembayaran biaya klaim dan cara mengurangi terjadinya dispute klaim.

Teknik Pengumpulan data yang digunakan penulis dalam penelitian ini yaitu dengan Observasi, Wawancara, dan Studi Pustaka.

1. Observasi

Penulis melakukan pengamatan serta mengkaji permasalahan secara langsung terhadap objek penelitian yaitu menganalisis pengembalian berkas klaim BPJS terhadap ketentuan pengklaiman biaya pelayanan pasien Covid-19 di rumah sakit X Kota Bandung.

2. Wawancara

Penulis melakukan wawancara atau interview dengan metode tanya jawab secara langsung terkait penelitian wawancara tersebut dilakukan dengan Kepala Unit Casemix dan Pmik lain tujuannya adalah untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan mengenai pengembalian berkas klaim BPJS terhadap ketentuan pengklaiman biaya pasien Covid-19 di rumah sakit X Kota Bandung.

3. Studi Pustaka

Penulis melihat dan mempelajari dari buku buku ilmiah, jurnal, serta kajian kajian pustaka lainnya yang ada kaitannya dengan penelitian yang diteliti.

Lokasi penelitian dilakukan di Unit Casemix Rumah Sakit Umum X di kota Bandung. Waktu penelitian dilakukan pada saat Praktek Kerja Lapangan (PKL) pada bulan April sampai dengan bulan Juni 2021, proses pengambilan dan pengolahan data dilakukan pada bulan Juni 2021.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Proses Pengklaiman adalah proses tagihan biaya atas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien asuransi terutama pasien asuransi BPJS Kesehatan. Dalam proses pengklaiman ini pada pasien Covid-19 masih ditemukan adanya ketidaksesuaian antara ketentuan klaim yang di ajukan oleh



pemerintah dengan ketentuan klaim dirumah sakit.

Tabel 1. Rekapitulasi Berkas Klaim Pasien Rawat Inap Kasus Covid-19 di RS X Kota Bandung Periode Triwulan 1 tahun 2021.

No.	Pasien Rawat Inap kasus Covid-19		F	%
1	Januari	Sesuai/Layak	38	31.67
		Dispute	9	7.5
2	Februari	Sesuai/Layak	31	25.83
		Dispute	3	2.5
3	Maret	Sesuai/Layak	30	25
		Dispute	9	7.5
Total			120	100

Berdasarkan **tabel 1.** Diketahui jumlah pengajuan klaim pasien rawat inap kasus Covid-19 periode triwulan 1 tahun 2021 sebanyak 120 berkas. Jumlah berkas klaim rawat inap pada bulan Januari 2021 terdapat 38 berkas (31.67%) diantaranya sesuai/layak dan terdapat 9 berkas (7.5%) diantaranya dispute klaim. Pada bulan Februari 2021 terdapat 31 berkas (25.83%) diantaranya sesuai/layak dan terdapat 3 berkas (2.5%) diantaranya dispute klaim. Pada bulan Maret 2021 terdapat 30 berkas (25%) diantaranya sesuai/layak dan terdapat 9 berkas (7.5%) diantaranya dispute klaim. Jika di total pada Triwulan 1 tahun 2021 terdapat sebanyak 99 berkas (82.5%) diantaranya sesuai/layak lebih besar dibandingkan dengan berkas dispute klaim sebanyak 21 berkas (17.5%).

Tabel 2. Kriteria Dispute Klaim Pasien Rawat Inap Kasus Covid-19 di RS X Kota Bandung Periode Triwulan 1 tahun 2021.

No.	Kriteria Dispute Klaim	F	%
1	Berkas klaim tidak lengkap	17	80.95
2	Kriteria peserta jaminan Covid-19 tidak sesuai	4	19.5

ketentuan

Total	21	100%
Pmik melakukan pengecekan ulang untuk mengklasifikasikan berkas dari setiap kriteria dispute klaim. Pada tabel 2. Diketahui kriteria dispute klaim pasien rawat inap kasus Covid-19 periode triwulan 1 tahun 2021 sebanyak 2 kriteria, yaitu berkas klaim yang tidak lengkap terdapat 17 berkas (80.95) dan jaminan Covid-19 yang tidak sesuai ketentuan terdapat 4 berkas (19.5). Pada bulan Januari 2021 terdapat 6 berkas klaim yang tidak lengkap dan 3 berkas jaminan Covid-19 yang tidak sesuai ketentuan, Pada bulan Februari 2021 terdapat 3 berkas klaim yang tidak lengkap, dan Pada bulan Maret 2021 terdapat 8 berkas klaim yang tidak lengkap dan 1 berkas jaminan Covid-19 yang tidak sesuai ketentuan.		

Dari 17 berkas (80.95%) diantara Berkas klaim yang tidak lengkap meliputi hasil swab tidak ada, hasil lab CRP & D Dimer belum diupload, hasil lab Albumin tidak ada, billing pemulasaran jenazah belum di upload.

Dan pada 4 berkas (19.5%) berkas kriteria peserta jaminan Covid-19 yang tidak sesuai ketentuan meliputi konfirmasi kesesuaian isi resume medis dan konfirmasi tata laksana komorbid.

Tabel 3. Rekapitulasi Penundaan Biaya Pembayaran Klaim Pasien Rawat Inap Kasus Covid-19 di RS X Kota Bandung periode Triwulan 1 tahun 2021.

No.	Bulan Pelayanan	Jumlah Kasus	Biaya (Rp)
1	Januari	9	Rp.393.710.000,.
2	Februari	3	Rp.319.530.000,.
3	Maret	9	Rp.565.284.000,.
Total		21	Rp.1.278.524.000,.

Pada **tabel 3.** Diketahui pada bulan Januari 2021 terdapat 9 kasus dispute klaim dan biaya penundaan pembayaran klaim tersebut sebanyak Rp.393.710.000,.

<https://binapatria.id/index.php/MBI>



.....

bulan Februari 2021 terdapat 3 kasus dispute klaim dan biaya penundaan pembayaran klaim tersebut sebanyak Rp.319.530.000, pada bulan Maret 2021 terdapat 9 kasus dispute klaim dan biaya penundaan pembayaran klaim tersebut sebanyak Rp.565.284.000, total keseluruhan kasus dispute klaim sebanyak 21 kasus dan penundaan pembayaran klaim pasien rawat inap kasus Covid-19 di RS X Kota Bandung periode triwulan 1 tahun 2021 sebanyak Rp.1.278.524.000,.

Mengurangi Terjadinya Dispute Klaim

Langkah langkah yang dapat dilakukan untuk mengurangi terjadinya Dispute Klaim :

- a. Melakukan pertemuan rutin dengan petugas rumah sakit yang bersangkutan untuk memahami peraturan-peraturan yang masih berlaku maupun yang sudah tidak berlaku terkait dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- b. Membuat tim khusus yang bertugas dalam pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan dimulai dari penginputan, pengkodean, penyusunan, hingga pengecekan ulang berkas sebelum diserahkan ke BPJS Kesehatan.
- c. Pengecekan pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang seharusnya sudah melakukan integrasi dengan Sistem Informasi dari Kementerian Kesehatan dan juga BPJS guna menghindari terjadinya no SEP (Surat Eligibilitas Peserta) yang tidak valid.
- d. Melakukan proses *scanning* secara berhati-hati agar terbaca jelas serta tidak terlipat.
- e. Melakukan pelatihan khusus pada tim pengklaiman rumah sakit guna mempercepat penyelesaian revisi dan klarifikasi bila terjadi dispute klaim.
- f. Meningkatkan komunikasi antara dokter yang memberikan pelayanan medis dan menulis rekam medis dengan petugas koder karena akan sangat membantu

- apabila ditemukan ketidakjelasan dalam penulisan kode penyakit maupun tindakan.
- g. Petugas klaim sebaiknya selalu memperbaharui informasi mengenai regulasi-regulasi pada program Jaminan Kesehatan Nasional.
 - h. Melakukan pertemuan rutin setiap minggu dengan melakukan pemaparan terhadap kondisi pelayanan pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sekaligus melakukan evaluasi untuk kelancaran petugas kedepannya.

Penyelenggaraan Klaim Pelayanan COVID-19

Kriteria Rumah Sakit

Rumah sakit rujukan penanggulangan penyakit infeksi emerging tertentu, dan rumah sakit lain yang memiliki fasilitas untuk melakukan penatalaksanaan dan pelayanan kesehatan rujukan pasien COVID-19 termasuk rumah sakit lapangan/rumah sakit darurat. Rumah sakit lapangan/rumah sakit darurat merupakan rumah sakit yang didirikan di lokasi tertentu dan bersifat sementara selama kondisi darurat dan masa tanggap darurat bencana, atau selama pelaksanaan kegiatan tertentu. Rumah sakit lapangan/rumah sakit darurat dapat berbentuk tenda, kontainer, atau bangunan permanen yang difungsikan sementara sebagai rumah sakit. Rumah sakit lapangan/rumah sakit darurat yang memberikan pelayanan COVID-19 harus dilakukan supervisi, pembinaan dan pengawasan dari rumah sakit yang telah memiliki izin operasional rumah sakit. Rumah sakit yang melakukan supervisi, pembinaan dan pengawasan kepada rumah sakit lapangan/rumah sakit darurat ditetapkan oleh pemerintah/pemerintah daerah. Pelayanan COVID-19 dilakukan oleh dokter spesialis yang memiliki kompetensi dan kewenangan.



Dalam hal dirumah sakit tidak terdapat dokter spesialis, maka dokter umum dapat merawat pasien COVID-19 sesuai dengan kewenangannya. Tempat pelayanan COVID-19 dirumah sakit meliputi rawat jalan dan rawat inap. (HK.01.07/MENKES/446/2020, 2020)

Kriteria Pasien Covid-19 yang biaya pelayanannya dapat diklaim oleh BPJS

1. Kriteria Pasien Rawat Jalan

- a. Pasien suspek dengan atau tanpa komorbid/penyakit penyerta, melampirkan bukti pemeriksaan laboratorium darah rutin dan x-ray foto thorax. Bukti x-ray foto thorax dikecualikan bagi ibu hamil dan pasien dan pasien dengan kondisi medis tertentu yaitu kondisi tidak dapat dilakukan pemeriksaan x-ray foto thorax seperti pasien gangguan jiwa, gaduh gelisah, yang dibuktikan dengan membawa surat keterangan dari DPJP.
- b. Pasien konfirmasi COVID-19 dengan atau tanpa komorbid/penyakit penyerta, melampirkan bukti hasil pemeriksaan laboratorium RT-PCR dari rumah sakit atau dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. (HK.01.07/MENKES/446/2020, 2020)

2. Kriteria Pasien Rawat Inap

- a. Pasien suspek dengan :
 - 1) Usia ≥ 60 tahun dengan atau tanpa komorbid/penyakit penyerta.
 - 2) Usia ≤ 60 tahun dengan komorbid/penyakit penyerta.
 - 3) ISPA berat/pneumonia berat yang membutuhkan perawatan dirumah sakit dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan.
- b. Pasien *probable*
- c. Pasien konfirmasi
 - 1) Pasien konfirmasi tanpa gejala, yang tidak memiliki fasilitas untuk isolasi mandiri ditempat tinggal atau fasilitas publik yang

dipersiapkan pemerintah yang dibuktikan dengan surat keterangan dari kepala Puskesmas.

- 2) Pasien konfirmasi tanpa gejala dengan komorbid/penyakit penyerta.
- 3) Pasien konfirmasi dengan gejala ringan, sedang, berat/kritis.
- d. Pasien suspek/*probable*/konfirmasi dengancp-insidens. (HK.01.07/MENKES/446/2020, 2020)

Kriteria pasien rawat jalan dan rawat inap berlaku bagi Warga Negara Indonesia dan Warga Negara Asing termasuk tenaga kesehatan dan pekerja yang mengalami Covid-19 akibat kerja, yang dirawat pada rumah sakit diwilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. Identitas pasien dapat dibuktikan dengan :

1. Untuk WNA: *passport*, KITAS atau nomor identitas UNHCR.
2. Untuk WNI: Nomor Induk Kependudukan (NIK), kartu keluarga dan surat keterangan dari kelurahan.
3. Orang terlantar: surat keterangan dari dinas sosial.
4. Apabila semua identitas pada angka 1 sampai angka 3 tidak dapat ditunjukkan, maka bukti identitas dapat menggunakan surat keterangan data pasien yang ditandatangani dan di stempel oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota. Surat keterangan data pasien Covid-19 dari dinas kesehatan kabupaten/kota diajukan oleh rumah sakit dan ditujukan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota. Untuk itu dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota harus mempersiapkan data pasien Covid-19 yang berada di wilayah kerja atau dilakukan pengecekan terhadap data pasien melalui *Public Health Emergency Operating Center (PHEOC)* dari dinas kesehatan kabupaten/kota setempat.
5. Apabila semua identitas dari angka 1 sampai angka 4 tidak dapat ditunjukkan



juga, maka bukti identitas dapat menggunakan Surat Keterangan/Surat Jaminan Pelayanan (SJP) dari pimpinan rumah sakit.(HK.01.07/MENKES/446/2020, 2020)

Pelayanan pasien COVID-19 yang dibiayai

1. Administrasi pelayanan;
2. Akomodasi (kamar dan pelayanan diruang gawat darurat, ruang rawat inap, ruang perawatan intensif, dan ruang isolasi);
3. Jasa dokter;
4. Tindakan diruangan;
5. Pemakaian ventilator;
6. Pemeriksaan penunjang diagnostik (laboratorium dan radiologi sesuai dengan indikasi medis);
7. Bahan medis habis pakai;
8. Obat-obatan;
9. Alat kesehatan termasuk penggunaan APD diruangan;
10. Ambulan rujukan;
11. Pemulasaraan jenazah; dan
12. Pelayanan kesehatan lain sesuai indikasi medis.(HK.01.07/MENKES/446/2020, 2020)

Kelengkapan Berkas Klaim Covid-19

Mengacu pada keputusan MENKES RI NO.HK.01.07/MENKES/238/2020 berkas klaim yang diperlukan untuk melakukan pengajuan pengklaiman dalam proses verifikasi klaim Covid-19 adalah dalam bentuk soft copy hasil scanning/foto berkas yaitu :

1. Rumah sakit membuat Surat Pertanggungjawaban Mutlak (SPTJM) yang ditandatangani oleh pimpinan rumah sakit untuk menyatakan akan bertanggungjawab apabila dikemudian hari ditemukan kerugian negara karena ketidaksesuaian jumlah klaim pada pemeriksaan/audit.
2. Rumah sakit membuat usulan permohonan pembayaran klaim pasien disertai dengan

rekapitulasi pasien yang ditandatangani oleh pimpinan rumah sakit.

3. Rumah sakit membuat Surat Perintah Kerja (SPK) pembayaran klaim yagihan pelayanan yang ditandatangani oleh pimpinan rumah sakit bersama Pejabat Pembuat Komite (PPK).
4. Pimpinan rumah sakit menandatangani berita acara verifikasi pembayaran klaim tagihan pelayanan bersama BPJS Kesehatan.
5. Kelengkapan tanda tangan pada berkas dapat digantikan dengan tanda tangan elektronik.(HK.01.07/MENKES/238/2020, 2020)^[8]

Pengajuan Klaim Covid-19

Pengajuan pengklaiman pasien Covid-19 didasarkan pada KEPMENKES RI NO.HK.01/07/MENKES/238/2020.

Pengajuan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit :

1. Rumah sakit melakukan rekapitulasi data pasien Covid-19 yang dilayani.
2. Melakukan pengajuan klaim biaya perawatan pasien Covid-19 secara berkala.
3. Menandatangani surat perintah kerja pembayaran klaim.
4. Melengkapi berkas-berkas klaim sesuai dengan pelayanan yang diberikan, meliputi : resume medis, jenis ruang perawatan, bukti pelayanan (hasil laboratorium, rontgen dan lainnya), kartu identitas, TXT encrypted hasil keluaran aplikasi E-Klaim INACBG v5.
5. Menerima pembayaran klaim. (HK.01.07/MENKES/238/2020, 2020)

Proses Pengajuan Pengklaiman

1. Rumah sakit mengajukan kliam penggantian biaya perawatan pasien Covid-19 secara kolektif pada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan cq. Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan ditembuskan ke BPJS Kesehatan untuk verifikasi dan Dinas Kesehatan



.....
kabupaten/kota melalui email pembayaranklaimcovid2020@gmail.com, email Dinas Kesehatan kabupaten/kota, dan email kantor cabang BPJS Kesehatan.

2. Berkas klaim penggantian biaya perawatan pasien Covid-19 yang dapat diajukan rumah sakit adalah pasien yang dirawat sejak tanggal 28 Januari 2020.
3. Berkas klaim yang diajukan rumah sakit dalam bentuk softcopy hasil scanning/foto berkas klaim untuk di upload secara online. Berkas klaim hardcopy disimpan di rumah sakit.
4. Pengajuan klaim dapat diajukan oleh rumah sakit setiap 14 hari kerja.
5. BPJS Kesehatan mengeluarkan Berita Acara Verifikasi Pembayaran Klaim tagihan pelayanan paling lambat 7 hari kerja sejak klaim diterima oleh BPJS Kesehatan.
6. Kementerian Kesehatan akan membayar ke rumah sakit dalam waktu 3 hari kerja setelah diterimanya Berita Acara Hasil Verifikasi Klaim dari BPJS Kesehatan.
7. Kasus dispute akan dilakukan klarifikasi dan verifikasi ulang.

Verifikasi Klaim Oleh BPJS Kesehatan

1. Verifikasi Administrasi
 - a. Tim verifikator melakukan pemeriksaan administrasi terhadap kelengkapan berkas klaim yang disampaikan oleh rumah sakit dengan cara memeriksa kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan.
 - b. Mencocokkan tagihan yang diajukan dengan bukti pendukung yang dilampirkan.
 - c. Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka rumah sakit melengkapi kekurangan berkas yang diperlukan.
2. Verifikasi Pelayanan Pasien
 - a. Verifikator wajib memastikan kelengkapan berkas klaim.

- b. Verifikator melakukan perhitungan biaya pelayanan dan lama perawatan sesuai dengan pelayanan yang telah diberikan di rumah sakit kepada pasien.
- c. Pelayanan dan lama perawatan adalah suatu rangkaian pengembalian swab, administrasi pelayanan, akomodasi (kamar dan pelayanan di ruang gawat darurat, jenis ruang rawat inap, jenis ruang perawatan intensif, dan jenis ruang isolasi), jasa dokter, tindakan diruangan, pemakaian ventilator, bahan medis habis pakai, pemeriksaan penunjang diagnostik (laboratorium dan radiologi sesuai dengan indikasi medis), obat-obatan, alat kesehatan termasuk penggunaan APD diruangan, rujukan, pemulasaran jenazah, dan pelayanan kesehatan lainnya sesuai indikasi medis.
- d. Hasil verifikasi oleh BPJS Kesehatan dalam bentuk Berita Acara Hasil Verifikasi Klaim disampaikan kepada Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan cq. Direktur Pelayanan kesehatan RI NO.HK.01/07/MENKES/238/2020.(H K.01.07/MENKES/238/2020, 2020)

Dispute Klaim

Klaim yang diajukan oleh rumah sakit telah dilakukan verifikasi oleh pihak BPJS Kesehatan namun terdapat ketidaksesuaian/klaim dispute, maka rumah sakit dan BPJS Kesehatan harus menyelesaikan terlebih dahulu ketidaksesuaian/klaim dispute tersebut, dengan cara rumah sakit mengajukan kembali klaim dispute kepada BPJS Kesehatan. Penyelesaian klaim dispute tersebut mengacu pada ketentuan sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri.



Apabila klaim dispute tetap tidak dapat diselesaikan, maka disampaikan kepada Tim Penyelesaian Klaim Dispute Kementerian Kesehatan untuk diselesaikan dengan menggunakan data yang berasal dari surat keberatan pimpinan rumah sakit atau menggunakan berita acara hasil verifikasi dari pihak BPJS Kesehatan yang diserahkan kepada Kementerian Kesehatan melalui sistem informasi jaminan Covid-19. Untuk surat keberatan atas klaim dispute dari pimpinan rumah sakit dapat disampaikan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan cq Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan Kementerian Kesehatan secara online melalui alamat email disputeklaimcovid2020@gmail.com.

Penyelesaian klaim dispute oleh Tim bersifat final. KEPMENKES RI NO.HK.01/07/MENKES/446/2020.(HK.01.07/MENKES/446/2020, 2020).

Tim Penyelesaian Dispute

Berdasarkan pada KEPMENKES RI NO.HK.01.07/MENKES/391/2020 dalam rangka menyelesaikan permasalahan klaim dispute pada rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan Covid-19 perlu dibentuk tim penyelesaian klaim dispute pada rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan Covid-19 yang memiliki tugas :

1. Melakukan konfirmasi dan klarifikasi klaim dispute rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan Covid-19.
2. Melakukan verifikasi klaim dispute rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan Covid-19.
3. Menyelesaikan klaim dispute rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan Covid-19.
4. Merekomendasikan hasil penyelesaian klaim dispute rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan Covid-19

untuk dilakukan pembayaran. (HK.01.07/MENKES/391/2020, 2020)^[9]

Metode Pembayaran Klaim Covid-19

Pembayaran Klaim Covid-19 di dasari oleh aturan dari KEPMENKES RI NO.HK.01/07/MENKES/4344/2021.

Pembayaran pelayanan untuk pasien Covid-19 menggunakan tarif INA-CBG dan tarif perhari (*cost per day*) yang efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan medis pasien Covid-19. Tarif perhari (*cost per day*), mencakup :

1. Administrasi pelayanan.
2. Akomodasi diruang rawat inap.
3. Jasa dokter.
4. Pelayanan rawat inap, ruang isolasi biasa, ruang isolasi ICU dengan ventilator, ruang isolasi tekanan negatif non ventilator.
5. Pemeriksaan penunjang diagnostik (Laboratorium dan Radiologi sesuai indikasi medis).
6. Obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.
7. Alat Pelindung Diri (APD).

Norma pembayaran pasien rujukan Covid-19

Rumah sakit yang merujuk pasien Covid-19 ke rumah sakit lain yang memiliki kemampuan dan kapasitas pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis pasien, maka diberlakukan norma pembayaran :

1. Merawat ≤ 6 jam, dibayar sesuai tarif INA-CBG rawat jalan.
2. Merawat > 6 jam – 2 hari, dibayar 70% dari tarif klaim.
3. Merawat $> 2-5$ hari, dibayar 80% dari tarif klaim.
4. Merawat > 5 hari, dibayar 100% dari tarif klaim.
5. Bila pasien Covid-19 datang ke rumah sakit dengan kondisi berat/kritis, kemudian pasien tersebut meninggal, maka dibayar 100% dari tarif klaim. Dibuktikan dengan resum medis dan telah



dilakukan tindakan resusitasi dan dilakukan pemulasaran jenazah sesuai protokol Covid-19.

Proses penginputan klaim Covid-19 menggunakan aplikasi E-Klaim INA CBG v5

Proses input klaim Covid-19 menggunakan aplikasi E-Klaim INA-CBG v5 dengan memilih pembayaran “Jaminan Covid-19”

1. Nomor Peserta diisi dengan Nomor Induk Kependudukan atau nomor identitas lain.
2. Penginputan variabel klaim mengikuti aplikasi E-Klaim INA-CBG v5.
3. Pada aplikasi E-Klaim INA-CBG v5, komorbid/penyakit penyerta dan komplikasi adalah hal yang terpisah dan dapat dipilih sesuai kondisi pasien, untuk data keluaran dari aplikasi verifikasi klaim (V-Klaim) akan mengikuti aplikasi E-Klaim INA-CBG v5, dengan data pendukung sesuai kondisi pasien.
4. Pada aplikasi E-Klaim INA-CBG v5 telah disediakan tarif khusus rumah sakit darurat yang dapat dipilih pada kolom tarif rumah sakit. (HK.01.07/MENKES/4344/2021, 2019)^[10]

Pembayaran Klaim oleh Kementerian Kesehatan

Pembayaran klaim yang dilakukan oleh kementerian kesehatan mengacu pada KEPMENKES RI NO.HK.01/07/MENKES/238/2020.

1. Biaya klaim akan di transfer ke rekening rumah sakit pemohon, setelah memperhitungkan uang muka yang di berikan.
2. Klaim yang diajukan belum pernah di klaim pada program apapun (tidak ada klaim ganda) dan tidak ditangguhkan oleh pasien atau keluarga yang bersangkutan. Dalam hal ini, jika pasien sudah membayar biaya perawatan, maka rumah sakit harus mengembalikannya.

3. Alat kesehatan termasuk APD, obat-obatan, dan bahan medis habis pakai yang merupakan bantuan tidak dapat di klaimkan.

Kementerian Kesehatan dapat memberikan uang muka paling banyak 50% dari setiap jumlah klaim yang diajukan oleh rumah sakit.

Sumber pembiayaan yang digunakan untuk biaya pelayanan pasien Covid-19 berasal dari DIPA Badan Nasional Penanggulangan Bencana dan/atau sumber lainnya yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

(HK.01.07/MENKES/238/2020, 2020)

Masa Berakhirnya Penjaminan Pasien Covid-19

Masa berakhirnya penjaminan pasien Covid-19 mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan NO.HK.01/07/MENKES/446/2020.

Pasien suspek, pasien probable/konfirmasi Covid-19 tanpa gejala, dengan gejala ringan, gejala sedang, gejala berat/kritis, dapat dipulngkan dari perawatan dirumah sakit dibuktikan dengan hasil assesmen klinis dalam resume medis, termasuk gambaran radiologis atau pemeriksaan darah menunjukkan perbaikan yang dilakukan oleh DPJP.

Pasien probable/konfirmasi Covid-19 yang tanpa gejala, dengan gejala ringan dan gejala sedang dapat dipulngkan dari perawatan dirumah sakit tanpa di lakukan pemeriksaan follow up RT-PCR.

Bagi pasien konfirmasi gejala berat, harus melampirkan hasil pemeriksaan follow up laboratorium RT-PCR. Apabila pemeriksaan follow up RT-pcr tidak dapat dilakukan, dibuktikan dengan gambaran hasil pemeriksaan radiologi (x-ray foto thorax) dan/atau pemeriksaan darah menunjukkan perbaikan. Bukti x-ray foto thorax dikecualikan bagi ibu hamil dan pasien dengan kondisi medis tertentu seperti pasien gangguan jiwa, pasien gaduh gelisah, yang dibuktikan dengan membawa surat dari DPJP.



Pasien suspek/probable/konfirmasi Covid-19 yang meninggal baik selama dalam perawatan Covid-19 maupun meninggal dengan Death on Arrival (DoA) dan tidak sempat dilakukan pemeriksaan laboratorium RT-PCR maka pemulasaran jenazah sesuai dengan tata laksana Covid-19, dibuktikan dengan melampirkan bukti pelayanan pemulasaran jenazah sebagai jenazah Covid-19 atau list data Penyelidikan Epidemiologi (PE) dari dinas kesehatan kabupaten/kota.(HK.01.07/MENKES/446/2020, 2020)

KESIMPULAN

Pengembalian berkas klaim dari pihak BPJS kepada pihak rumah sakit merupakan bentuk dari tertundanya proses pengklaiman di karenakan adanya ketidaksesuaian antara ketentuan pengajuan pengklaiman yang di ajukan oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS. Pengajuan klaim BPJS dibuat dalam bentuk softcopy dan di serahkan melalui email khusus pengklaiman pasien Covid-19. Berdasarkan hasil penelitian pada periode triwulan 1 tahun 2021 terdapat sebanyak 120 berkas klaim Covid-19 yang di ajukan kepada pihak BPJS, sebanyak 21 berkas (17.5%) masuk kedalam kategori dispute klaim dan 99 berkas (82.5%) terverifikasi dalam pengklaiman BPJS. Dari 21 berkas tersebut sebanyak 17 berkas (80.95%) diantaranya termasuk pada kriteria berkas yang tidak lengkap dan 4 berkas (19.5%) lainnya termasuk pada kriteria berkas yang tidak sesuai dengan ketentuan penjamin pasien. Pengembalian berkas berpengaruh pada penundaan pembayaran biaya klaim, pada Triwulan 1 tahun 2021 terdapat Rp.1.278.524.000,. Dispute klaim dapat di minimalisir dengan melakukan perkumpulan rutin mengenai pemahanan tentang peraturan JKN, membuat tim khusus untuk klaim BPJS, pengecekan secara rutin pada SIMRS,

melakukan proses scanning dengan berhati-hati, mengadakan pelatihan khusus untuk tim klaim BPJS, meningkatkan komunikasi antara dokter dan perekam medis, melakukan pengecekan secara rutin pada program JKN, melakukan evaluasi rutin setiap minggu.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Yuliana, Y. (2020). Corona virus diseases (Covid -19); Sebuah tinjauan literatur. WELLNESS AND HEALTHY MAGAZINE Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, 2(February), 187–192.
- [2] Susilo, A., Rumende, C. M., Pitoyo, C. W., Santoso, W. D., Yulianti, M., Herikurniawan, H., Sinto, R., Singh, G., Nainggolan, L., Nelwan, E. J., Chen, L. K., Widhani, A., Wijaya, E., Wicaksana, B., Maksum, M., Annisa, F., Jasirwan, C. O. M., & Yunihastuti, E. (2020). Coronavirus Disease 2019: Tinjauan Literatur Terkini. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 7(1), 45. <https://doi.org/10.7454/jpdi.v7i1.415>
- [3] 2009, U.-U. R. I. N. 44 T. (2009). RUMAH SAKIT. no.44, 1–65.
- [4] Khumaidi, M. A., Besar, P., Dokter, I., Hamzah, A. A., Iii, K., Ditipidter, S. I., Polri, B., Saleh, G., Dan, K., Dokter, P., Menjadi, D., Dari, B., Perdata, P. H., Peradilan, W., goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, A., Hukum Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan, A., Hukum Kesehatan, P., Ii, B. A. B., Hukum, A. P. A., ... Marsis, O. (2018). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- [5] Irmawati, Kristijono, A., Susanto, E., & Belia, Y. (2018). Cause Of Fair Reverse Claims Of Social Security Institution (



- BPJS) Patients Representative Required From Terms Of Claims In RSUD R . A Kartini Jepara Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Di RSUD R . A Kartini Jepara Irma. 1(Maret), 45–51.
- [6] HK.01.07/MENKES/446/2020, K. M. K. R. I. (2020). PETUNJUK TEKNIS KLAIM PENGGANTIAN BIAYA PELAYANAN PASIEN PENYAKIT INFEKSI EMERGING TERTENTU BAGI RUMAH SAKIT YANG MENYELENGGARAKAN PELAYANAN CORONA VIRUS DISEASE 2019 (C. 2019, 1–53.
- [7] Sugiyono. (2012). Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. In Ayup (Ed.), Dasar Metodologi Penelitian (1st ed., pp. 29–30). Literasi Media Publishing.
- [8] HK.01.07/MENKES/238/2020, K. M. K. R. I. N. (2020). PETUNJUK TEKNIS KLAIM PENGGANTIAN BIAYA PERAWATAN PASIEN PENYAKIT INFEKSI EMERGING TERTENTU BAGI RUMAH SAKIT YANG MENYELENGGARAKAN PELAYANAN CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19). 2019, 1–27.
- [9] HK.01.07/MENKES/391/2020, K. M. K. R. I. (2020). TIM PENYELESAIAN KLAIM DISPUTE PADA RUMAH SAKIT YANG MENYELENGGARAKAN PELAYANAN CORONA VIRUS DISEASE 2019 (COVID-19). 2019, 1–6.
- [10] HK.01.07/MENKES/4344/2021, K. M. K. R. I. (2019). PETUNJUK TEKNIS KLAIM PENGGANTIAN BIAYA PELAYANAN PASIEN CORONA VIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) BAGI RUMAH SAKIT PENYELENGGARA PELAYANAN CORONA VIRUS DISEASE 2019 (COVID-19). 4(3), 1–21.