

Cara Ajukan Klaim Perawatan Rumah Sakit Pasien

Covid-19

Biaya perawatan seluruh pasien Covid-19 di Indonesia dibebankan pada anggaran Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). Jika pasien telanjur membayar, rumah sakit harus mengembalikan ke pasien.



Petugas medis melakukan tes swab kepada salah satu pasien dalam pengawasan (PDP) di Rumah Sakit Umum Kota Tarakan (RSUKT), Kalimantan Utara, Selasa (28/4/2020). Foto: ANTARA FOTO/Fachrurrozi

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan pada 24 April 2020 telah menerbitkan Surat Edaran Nomor HK.02.01/Menkes/295/2020 yang mengatur klaim penggantian biaya perawatan pasien Covid-19 oleh rumah sakit.

Klaim tersebut merujuk kepada ketentuan yang berlaku di dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/238/2020 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Perawatan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu bagi Rumah Sakit yang Menyelenggarakan Pelayanan Covid-19.

Dalam surat edaran itu Menteri Kesehatan Terawan Agus Putranto menekankan bahwa pengajuan klaim pelayanan penanganan wabah Covid-19 harus memperhatikan beberapa hal berikut ini sesuai dengan Kepmenkes No.HK.01.07/238/2020:

1. Pengajuan klaim biaya perawatan pasien Covid-19 dapat diajukan oleh rumah sakit rujukan dan rumah sakit lain secara kolektif kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan cq. Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan Kementerian Kesehatan ditembuskan ke BPJS Kesehatan untuk verifikasi dan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota melalui email.

2. Berkas klaim penggantian biaya perawatan pasien Covid-19 yang dapat diajukan oleh rumah sakit adalah untuk pasien yang dirawat sejak 28 Januari 2020.
3. Berkas klaim yang diajukan rumah sakit dalam bentuk *soft copy* hasil *scanning*/foto berkas klaim (berkas klaim *hard copy* disimpan di rumah sakit) untuk di-*upload* secara *online*.
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 tujuh hari kerja sejak klaim diterima oleh BPJS Kesehatan.
6. Kementerian Kesehatan akan membayar ke rumah sakit dalam waktu tiga hari kerja setelah diterimanya berita acara hasil verifikasi klaim dari BPJS Kesehatan.
7. Kasus *dispute* akan dilakukan klarifikasi dan verifikasi ulang.

Menkes Terawan Agus Putranto juga mengingatkan bahwa kelengkapan berkas klaim yang diperlukan dalam proses verifikasi klaim perawatan pasien Covid-19 harus berbentuk *softcopy* hasil *scanning*/foto berkas yaitu:

1. Rumah sakit membuat surat pertanggungjawaban mutlak (SPTJM) yang ditandatangani oleh pimpinan rumah sakit untuk menyatakan akan bertanggung jawab apabila di kemudian hari ditemukan kerugian negara karena ketidaksesuaian jumlah klaim pada pemeriksaan/audit dari audit aparat internal pemerintah (APIP)/BPK/BPKP/Inspektorat Jenderal sesuai dengan formulir 1.
2. Rumah sakit membuat usulan permohonan pembayaran klaim pasien disertai dengan rekapitulasi pasien yang ditandatangani oleh pimpinan rumah sakit sesuai dengan formulir 2.
3. Rumah sakit membuat surat perintah kerja (SPK) pembayaran klaim tagihan pelayanan yang ditandatangani oleh pimpinan rumah sakit bersama pejabat pembuat komitmen (PPK) sesuai dengan formulir 3.
4. Pimpinan rumah sakit menandatangani berita acara verifikasi pembayaran klaim tagihan pelayanan bersama BPJS Kesehatan sesuai dengan formulir 4.
5. Kelengkapan tanda tangan pada berkas dapat digantikan dengan tanda tangan elektronik.

Di samping itu, untuk menelusuri kebenaran dari klaim pihak rumah sakit atas pengajuan penggantian biaya perawatan pasien Covid-19, pihak BPJS Kesehatan mesti melakukan verifikasi klaim dengan cara:

1. Verifikasi Administrasi
 - Tim verifikator dari BPJS Kesehatan melakukan pemeriksaan administrasi terhadap kelengkapan berkas klaim yang disampaikan oleh rumah sakit dengan cara memeriksa kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan.
 - Mencocokkan tagihan yang diajukan dengan bukti pendukung yang dilampirkan.
 - Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka tim verifikator akan meminta rumah sakit untuk melengkapi kekurangan berkas yang diperlukan.

2. Verifikasi Pelayanan

- Verifikator wajib memastikan kelengkapan berkas klaim.
- Verifikator melakukan perhitungan biaya pelayanan dan lama perawatan sesuai dengan pelayanan yang telah diberikan pihak rumah sakit kepada pasien. Lama perawatan pasien diklasifikasikan seperti berikut:
 1. Merawat kurang atau sama dengan 6 jam akan dibayar tarif INA-CBG rawat jalan
 2. Merawat lebih dari 6 jam-2 hari, dibayar sebesar 70 persen dari tarif klaim
 3. Merawat lebih dari 2-5 hari, dibayarkan sebanyak 80 persen dari tarif klaim
 4. Merawat lebih dari 5 hari, dibayar sebesar 100 persen dari tarif klaim.
- Pelayanan dan lama perawatan adalah satu rangkaian pengambilan swab, administrasi pelayanan, akomodasi (kamar dan pelayanan di ruang gawat darurat, jenis ruang rawat inap, jenis ruang perawatan intensif, dan jenis ruang isolasi). Ada pula jasa dokter, tindakan di ruangan, pemakaian ventilator, bahan medis habis pakai, pemeriksaan penunjang diagnostik (laboratorium dan radiologi sesuai dengan indikasi medis). Ikut dihitung juga biaya obat-obatan, alat kesehatan termasuk penggunaan APD di ruangan, rujukan, pemulasaran jenazah, dan pelayanan kesehatan lain sesuai indikasi medis.
- Selanjutnya hasil verifikasi oleh tim BPJS Kesehatan dibuat dalam bentuk berita acara hasil verifikasi klaim dan disampaikan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan cq. Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan, dengan ditembusannya ditujukan kepada Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan untuk pengawasan fungsional terhadap berkas klaim.

Setelah semua proses verifikasi dinyatakan selesai oleh tim BPJS Kesehatan dan layak untuk dibayarkan klaimnya oleh negara, maka tugas selanjutnya adalah mekanisme pembayaran yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan.

Lalu seperti apa urutannya? Berikut tata caranya:

1. Biaya klaim akan ditransfer ke rekening rumah sakit pemohon, setelah memperhitungkan uang muka yang diberikan.
2. Klaim yang diajukan belum pernah diajukan pada program apapun (tidak ada klaim ganda) dan tidak ditanggung oleh pasien atau keluarga yang bersangkutan. Jika pasien Covid-19 sudah telanjur membayar biaya perawatan, maka rumah sakit harus mengembalikannya kepada si pasien.
3. Alat kesehatan termasuk alat pelindung diri (APD), obat-obatan, dan bahan medis habis pakai yang merupakan bantuan pemerintah menggunakan dana dari APBN/APBD maka tidak dapat dimasukkan dalam daftar yang harus diklaim.

Kemenkes kemudian akan membayarkan klaim dengan mekanisme pemberian uang muka sebesar paling banyak 50 persen dari setiap jumlah klaim yang diajukan oleh rumah sakit. Masa kadaluarsa klaim adalah tiga bulan dari dicabutnya ketentuan kondisi darurat Covid-19 yang ditetapkan pemerintah pusat.

Seluruh pembiayaan klaim bersumber dari Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) milik Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) dan/atau sumber lainnya yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.