

# Analisis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Covid-19 kepada BPJS Kesehatan oleh Rumah Sakit

<sup>1</sup>Sugiarto, <sup>2</sup>Yaslis Ilyas

<sup>1</sup>Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

E-mail : <sup>1</sup>sugi.arto@yahoo.com

## Abstract

*The BPJS Covid-19 fee claim is the government's support in accelerating the handling of Covid-19 in Indonesia. BPJS Health data from January to October 2021, the submission of claims for Covid-19 reached 1,34,970 cases with a cost value of Rp. 72.3 trillion. Of the claims submitted by the hospital, only 79.07% were in accordance with BPJS claim verification or equivalent to Rp. 64.1 trillion. There are still 21% of Covid-19 cost claims that require clarification on dispute resolution. Therefore, it is necessary to study the Covid-19 cost claim according to the provisions and find out the obstacles that occur in submitting BPJS claims by hospitals. The method used is descriptive analytic by using literature searches, reading materials and scientific journals. The results obtained are that the claim for Covid-19 costs uses the provisions of the tariff per day / cost per day which is regulated in the technical instructions for claiming reimbursement of costs for Covid-19 patient services number HK.01.07/MENKES/5673/2021. The conclusion obtained is that there are still problems with Covid-19 cost claims in the administrative aspect, the limitations of the verifier team and the integration of the claim submission system.*

**Keywords:** Covid-19, Cost, BPJS.

## Abstrak

Klaim biaya BPJS Covid-19 merupakan dukungan pemerintah dalam percepatan penanganan Covid-19 di Indonesia. Data BPJS Kesehatan Januari-Oktober 2021, pengajuan klaim Covid-19 mencapai 1.34.970 kasus dengan nilai biaya mencapai Rp. 72,3 triliun. Dari pengajuan klaim yang diajukan rumah sakit hanya 79.07% yang sesuai verifikasi klaim BPJS atau setara dengan Rp. 64,1 triliun. Masih ada 21% klaim biaya Covid-19 yang membutuhkan klarifikasi penyelesaian *dispute*. Oleh karena itu perlu pengkajian mengenai klaim biaya Covid-19 sesuai ketentuan dan mengetahui hambatan yang terjadi dalam pengajuan klaim BPJS oleh rumah sakit. Metode yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan menggunakan penelusuran literatur, bahan bacaan dan jurnal ilmiah. Hasil yang diperoleh bahwa klaim biaya Covid-19 menggunakan ketentuan tarif per hari/*cost per day* yang diatur dalam petunjuk teknis klaim penggantian biaya pelayanan pasien Covid-19 Nomor HK.01.07/MENKES/5673/2021. Kesimpulan yang didapat adalah masih ditemukan masalah klaim biaya Covid-19 dalam aspek administrasi, keterbatasan tim verifikator dan integrasi sistem pengajuan klaim.

**Kata Kunci:** Covid-19, Klaim biaya, BPJS.

## PENDAHULUAN

*Coronavirus Disease 2019* (Covid-19) awal diketahui terjadi pada Desember 2019, ditandai dengan kasus pneumonia yang terjadi di Wuhan Provinsi Hubei, China. Penyakit ini menular sangat cepat hingga ke berbagai tempat. *Coronavirus 2019* ini disebabkan oleh virus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SAR-CoV 2) (WHO). Sejak 30 Desember 2019 hingga 20 Januari 2020 kasus ini menularkan sebanyak 1.985 jiwa di China (WHO dashboard). *World Health Organization* (WHO) mengumumkan pada tanggal 12 Maret

2021 penyakit Covid-19 sebagai wabah pandemi (WHO). Hingga 23 Nov 2021 Covid-19 telah tersebar ke 226 negara, terkonfirmasi sebanyak 256.966.237 jiwa dengan *Case Fatality Rate* (CFR)/angka kematian 2%, sementara di Indonesia terkonfirmasi sebanyak 4.253.992 jiwa dengan angka kematian 3,5% (Covid-19.go.id).

Covid-19 merupakan tantangan besar bidang kesehatan dalam penanganannya, karena belum ada pengobatan secara definitif. Kementerian Kesehatan diamanatkan untuk melakukan penanganan Covid-19 melalui fasilitas kesehatan yang

berkualitas. Diperlukan percepatan penanganan Covid-19 dalam bentuk pemberian pelayanan kesehatan terhadap pasien Covid-19 di rumah sakit. Sehingga rumah sakit perlu meningkatkan kapasitas pelayanan klinik dan menyiapkan fasilitas yang sesuai standar serta membutuhkan logistik yang cukup untuk operasional. Operasional pelayanan Covid-19 memerlukan biaya sebagai keberlangsungan *supply chain* di rumah sakit. Secara berkesinambungan Kementerian Kesehatan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 59 Tahun 2016 tentang pembebasan biaya pasien penyakit infeksi *emerging* tertentu untuk mendukung operasional *supply chain*. Tercatat dalam laporan APBN 2020 alokasi kesehatan meningkat menjadi 13% dari APBN atau setara 132,2 Triliun (Direktorat Penyusunan Anggaran APBN).

Pembiayaan penyakit infeksi *emerging* tertentu dalam hal ini Covid-19 ditanggung oleh pemerintah dan diklaim ke Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Klaim pembiayaan ini berlaku bagi pasien yang dirawat di rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan Covid-19. Data BPJS Kesehatan Januari - Oktober 2021, pengajuan klaim Covid-19 yang diajukan oleh rumah sakit sebanyak 1.345.970 kasus dengan total biaya sebesar Rp. 72,3 triliun. Terdapat 1.180.858 kasus Covid-19 yang telah terverifikasi dengan total biaya sebesar Rp. 64,1 triliun. Dari pengajuan klaim Covid-19 yang terverifikasi terdapat 933.708 kasus yang sesuai atau 79,07 % kasus dengan biaya sebesar Rp. 50,5 triliun. Klaim *dispute* sebanyak 170.335 kasus atau 14,42 % kasus dengan biaya sebesar Rp.9,9 triliun. Dan sebanyak 4.567 kasus atau 6,12 % kasus mengalami kadaluarsa atau yang tidak sesuai ketentuan dengan nilai biaya sebesar Rp. 193 milyar (BPJS). Besarnya kasus *dispute* yang terjadi menimbulkan terganggunya arus kas/*cash flow* rumah sakit. Beban biaya operasional rumah sakit yang tinggi namun tidak terbayarkan mengakibatkan kerugian rumah sakit semakin berat dalam keberlangsungan pelayanan kesehatan Covid-19.

Berdasarkan latar belakang yang diungkapkan di atas, maka perlu adanya pengkajian mengenai klaim pelayanan Covid-19 untuk dapat menerapkan klaim penggantian biaya pelayanan pasien Covid-19 ke BPJS sesuai ketentuan dan mengetahui hambatan-hambatan yang terjadi dalam pengajuan klaim BPJS oleh rumah sakit.

## METODE

Kajian ini bersifat deskriptif analitik dengan menggunakan data sekunder yang berdasarkan dari penelusuran literatur, bahan bacaan dan jurnal ilmiah. Pendekatan deskriptif yang digunakan untuk mengetahui dan memahami sebuah proses serta fakta dari fenomena yang terjadi dari prespektif keseluruhan. Variabel inklusi dalam pengkajian ini adalah mekanisme pengajuan klaim pengobatan Covid-19 dan hambatan dalam proses klaim penggantian biaya pelayanan pasien Covid-19.

## HASIL

Klaim penggantian biaya pelayanan pasien Covid-19 telah ditetapkan oleh pemerintah dan mengalami perubahan untuk perbaikan segi manfaat dan kemudahan. Peraturan yang berlaku saat ini berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/5673/2021 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien *Coronavirus Disease* 2019 (Covid-19). Petunjuk teknis tersebut merupakan acuan bagi rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan Covid-19 di rumah sakit milik pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah/kabupaten/kota untuk mekanisme penggantian biaya pelayanan Covid-19. Pengajuan klaim pelayanan Covid-19 diberikan dalam penggantian biaya pelayanan Covid-19 dan kasus kejadian ikutan pasca vaksinasi Covid-19. Sebelum menyelenggarakan pelayanan Covid-19, rumah sakit harus mendapatkan persetujuan terlebih dahulu dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Besaran tarif pelayanan kesehatan yang digunakan mengikuti ketentuan tarif per hari/*cost per day* untuk rawat inap dan menggunakan tarif INA-CBG untuk rawat jalan kelas A regional 1. Komponen pembiayaan yang dapat diklaim meliputi : administrasi, akomodasi di rumah sakit, jasa dokter, tindakan perawatan, pemakaian alat ventilator, pemeriksaan diagnostik, bahan medis habis pakai, obat, alat pelindung diri, ambulan rujukan, pemulasaran jenazah dan pelayanan kesehatan lain sesuai kebutuhan medis pasien Covid-19. Biaya alat pelindung diri dan obat-obatan tidak termasuk dalam diklaim apabila rumah sakit mendapatkan hibah dari pemerintah pusat (Kemenkeu. 2021).

Pembayaran klaim dilakukan berjalan sejak rumah sakit mengajukan klaim penggantian biaya pelayanan Covid-19. Pembayaran jaminan

pasien Covid-19 yang lengkap secara administrasi pengajuan akan diberikan uang muka maksimal 50% dari setiap jumlah klaim yang diajukan oleh rumah sakit. Adapun pembayaran uang muka yang diberikan lebih besar dibandingkan hasil verifikasi BPJS Kesehatan maka selisih lebih bayar menjadi faktor pengurang pada pembayaran klaim berikutnya. Apabila rumah sakit tidak mengajukan klaim pelayanan pasien Covid-19 maka selisih lebih bayar harus dikembalikan ke Kementerian Kesehatan melalui rekening pembayaran klaim Covid-19 atau kas negara. Perhitungan tarif jaminan pasien Covid-19 di rawat inap adalah tarif INA CBG ditambah jumlah *Length of Stay* (LOS) pasien dikalikan *cost per day* dikurangi komponen APD dan obat-obatan hibah/sumbangan/bantuan pemerintah

### **Mekanisme klaim**

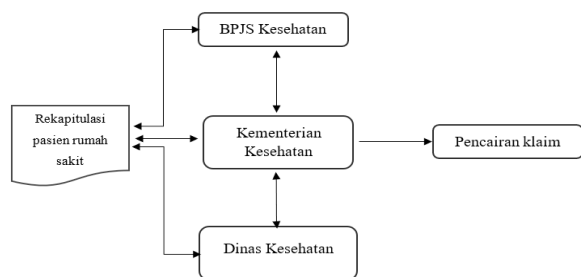
Mekanisme pengajuan klaim penggantian biaya pelayanan pasien Covid-19 dilakukan oleh rumah sakit secara kolektif ditujukan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan cq. Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan dan ditembuskan ke Dinas Kesehatan daerah kabupaten/kota dan BPJS Kesehatan untuk dilakukan verifikasi kasus melalui email dan aplikasi E-klaim serta V-klaim. Aplikasi E-klaim terhubung dengan aplikasi v-klaim BPJS Kesehatan dan aplikasi dispute Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Pengajuan berkas dilakukan dengan mengunggah/*upload* dokumen/berkas klaim berupa hasil *scanning*/foto. dokumen/berkas yang terdiri dari : identitas pasien, *resume* medis, keterangan perawatan, hasil laboratorium, hasil radiologi, hasil penunjang lainnya, resep obat/alat kesehatan, tagihan rumah sakit, surat kematian jika pasien meninggal dan surat persetujuan penggantian pembayaran jaminan Covid-19. Sedangkan dokumen fisik/*hardcopy* disimpan oleh rumah sakit masing-masing.

Pengajuan klaim dengan aplikasi E-Klaim akan terhubung dengan *server* Kementerian Kesehatan. Dari pengajuan klaim pada E-Klaim akan keluar *text file encrypted* yang akan diunggah/*upload* ke V-Klaim BPJS Kesehatan. Pengajuan klaim dilakukan oleh rumah sakit paling banyak 2 (dua) kali dalam satu bulan yang sama dengan jarak waktu pengajuan 14 hari kalender dari pengajuan sebelumnya. Pengajuan klaim rumah sakit

lapangan/darurat pelayanan Covid-19 dilakukan oleh rumah sakit pengampu yang telah ditetapkan oleh pemerintah pusat/pemerintah daerah dan dibayarkan ke rekening rumah sakit pengampu yang telah bekerjasama antara rumah sakit pengampu dan rumah sakit lapangan/darurat Covid-19.

BPJS Kesehatan melakukan verifikasi berkas paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterima oleh BPJS Kesehatan dan mengeluarkan hasil verifikasi akhir berupa Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) pembayaran klaim pelayanan pasien Covid-19. BAHV klaim pelayanan pasien Covid-19 harus ditandatangani oleh pimpinan rumah sakit dan BPJS Kesehatan dan tanda tangan berkas dapat digantikan dengan tanda tangan elektronik. Kemudian BAHV klaim pelayanan pasien Covid-19 disampaikan oleh BPJS Kesehatan kepada Kementerian Kesehatan untuk dilakukan pembayaran klaim dalam waktu paling lambat 7 (tujuh) hari.

BPJS Kesehatan akan menyatakan klaim tunda/*pending* apabila hasil verifikasi berkas terdapat dokumen/berkas yang diberikan tidak lengkap. Rumah sakit harus melakukan perbaikan dengan cepat untuk melengkapi dokumen/berkas klaim yang dibutuhkan berdasarkan hasil verifikasi awal BPJS Kesehatan melalui aplikasi E-Klaim. Pengajuan perbaikan klaim tunda/*pending* dilakukan paling banyak 2 (dua) kali pengajuan dengan waktu paling lama 14 (empat belas) hari kerja sejak rumah sakit menerima informasi klaim tunda/*pending* dari BPJS Kesehatan. Mekanisme dan waktu penyelesaian terhadap klaim *pending* yang telah dilengkapi dan diajukan kembali oleh rumah sakit seperti mekanisme awal lagi. Apabila rumah sakit telah menyelesaikan perbaikan dokumen/berkas klaim sebanyak 2 (dua) kali, maka BPJS kesehatan menyatakan klaim yang diajukan oleh rumah sakit sebagai klaim tidak sesuai dan tidak dapat diajukan kembali oleh rumah sakit sebagai klaim pelayanan pasien Covid-19. Klaim yang tidak sesuai akan diselesaikan dengan mekanisme klaim *dispute*. Rumah sakit yang telah dilakukan pembayaran pelunasan untuk setiap pengajuan klaim wajib untuk melakukan *update* laporan Covid-19 di sistem informasi rumah sakit secara *online* dalam batas waktu 2 (dua) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan.



**Gambar 1. Alur pengajuan klaim**

### Klaim Dispute

Klaim *dispute* dinyatakan berdasarkan BAHV oleh BPJS Kesehatan dari pengajuan klaim penggantian biaya pelayanan pasien Covid-19 yang diajukan rumah sakit. Penyelesaian klaim *dispute* dilakukan oleh dinas kesehatan daerah provinsi melalui Tim Penyelesaian Klaim *Dispute* (TPKD) Provinsi dan Kementerian Kesehatan melalui Tim Penyelesaian Klaim *Dispute* (TPKD) Pusat secara berjenjang. Proses penyelesaian klaim *dispute* dilakukan oleh TPKD Provinsi atau TPKD Pusat untuk dilakukan verifikasi, validasi data, dan/atau cross check ke rumah sakit, dan berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan setempat. TPKD Provinsi atau Pusat akan memberitahukan kekurangan persyaratan klaim penggantian biaya pelayanan pasien Covid-19 dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kerja ke rumah sakit. Klarifikasi rumah sakit harus melakukan pemenuhan data/dokumen paling lambat 10 (sepuluh) hari kerja sejak diterimanya pemberitahuan kekurangan pemenuhan persyaratan dari TPKD Provinsi atau TPKD Pusat. Pemenuhan data dukung yang dibutuhkan disampaikan secara *online* melalui aplikasi E-Klaim.

Klaim yang sesuai akan dilakukan pembayaran oleh Kementerian Kesehatan dengan tembusan kepada BPJS Kesehatan dan klaim yang tidak sesuai akan ditindaklanjuti oleh TPKD Pusat. TPKD Pusat menyelesaikan klaim *dispute* dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya klaim *dispute* melalui aplikasi *dispute* Covid-19 Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Hasil keputusan TPKD Pusat merupakan keputusan akhir/*final* dalam penyelesaian klaim *dispute*.

### PEMBAHASAN

Secara umum pelaksanaan klaim penggantian pelayanan pasien Covid-19 dilakukan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/5673/2021 tentang Petunjuk Teknis

Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19). Dalam proses pengajuan klaim dilakukan oleh rumah sakit melalui BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Daerah/Kabupaten/Kota. Rumah sakit yang dapat mengajukan memiliki persyaratan khusus untuk dapat bekerjasama dalam pembiayaan pelayanan kesehatan. Rumah sakit yang bekerjasama BPJS Kesehatan diwajibkan memiliki sertifikat akreditasi nasional maupun internasional.

Pembiayaan pelayanan Covid-19 dilakukan dengan metode prospektif, artinya metode pembayaran dilakukan berdasarkan layanan yang telah diberikan kepada pasien dengan besaran biaya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Metode pembayaran ini menggunakan *casemix* atau *case-based payment* dalam pengelompokan jenis diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama menggunakan *software grouper*. WHO telah mengeluarkan petunjuk coding Covid-19 pada tanggal 25 Maret 2020 dengan kode U.07.1 yaitu *virus identified* dan U.07.2 untuk *virus not identified* seperti *clinically-epidemiologically diagnosed Covid-19, probable and suspected* (WHO). Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/5673/2021, *coding* Covid-19 dengan waktu perawatan sejak tanggal 28 Januari 2020 sampai dengan 30 September 2021 diagnosa utama pasien suspek/*probable* Covid-19 menggunakan *coding* Z03.8 yaitu *observation for other suspected disease*. Sedangkan bagi pasien dengan diagnosa terkonfirmasi Covid-19 menggunakan *coding* B34.2 yaitu *coronavirus infection, unspecified*. Sehingga kode U.07. 1 tidak digunakan dan disetarakan dengan B.34.2. Pasien sejak tanggal 1 Oktober 2021 menggunakan *coding* pasien suspek Covid-19 dan terkonfirmasi Covid-19 dengan *coding* yang dikeluarkan oleh WHO. *Coding* tindakan/prosedur yang diberikan kepada pasien sesuai dengan ICD 9 CM tahun 2010 yang telah disesuaikan. Penelitian yang dilakukan oleh Ni Wayan dkk (2020) Penyebab pengembalian berkas klaim BPJS dalam penentuan diagnosa sebesar 90,6 % disebabkan oleh kesulitan *coding* dan ada perbedaan persepsi antara verifikator rumah sakit dan BPJS Kesehatan.

Berkas pengajuan klaim dilakukan secara kolektif dan dapat diajukan maksimal 2 (dua) kali dalam satu bulan yang sama pengajuan. Berkas diajukan dengan melengkapi dokumen setiap aktivitas

dan syarat penegakan diagnosa. Kondisi pasien dilakukan sesuai kategori gejala pasien, yaitu gejala ringan dan sedang/berat. Kondisi gejala pasien disesuaikan untuk perawatan yang dibutuhkan pasien dalam pengobatan, sehingga segala bentuk pemeriksaan dan tindakan harus ditulis dan dibuktikan dalam berkas pengajuan klaim BPJS kesehatan. Hal terpenting dalam pengajuan klaim pembiayaan pasien adalah catatan *resume* medis pasien yang harus sesuai dengan ketentuan *coding*, penegakan diagnosa, tindakan/prosedur dan persetujuan yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien/DPJP.

Verifikasi dilakukan secara administrasi untuk menguji kebenaran, validasi dan akurasi terhadap klaim yang diajukan fasilitas kesehatan. Administrasi ini tidak seharusnya menjadi kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan saat pandemi ini. Diutamakan dalam ketahanan jaminan kesehatan nasional selain keuangan adalah masalah mutu, yaitu mampu menurunkan angka kematian. Namun secara administrasi sistem verifikasi klaim masih memiliki kendala dalam proses pencairan klaim penggantian pelayanan Covid-19 saat ini.

Proses administrasi akibat kurang lengkap dan ketidaksesuaian berkas dalam pengisian dokumen dalam aplikasi mengakibatkan klaim *dispute*. Kriteria klaim *dispute* antara lain : identitas tidak sesuai ketentuan, kriteria peserta jaminan Covid-19 tidak sesuai ketentuan, Pemeriksaan penunjang laboratorium swab PCR tidak ada pemeriksaan darah rutin dan tidak ada hasil rontgen, tatalaksana isolasi tidak sesuai dengan pedoman penanggulangan dan pencegahan penyakit Covid-19, berkas tidak lengkap, coding diagnosa utama keliru dengan diagnosa penyerta/komorbid, diagnosa komorbid tidak sesuai ketentuan, rawat inap dilakukan di luar ruangan isolasi dan penggunaan aplikasi E-klaim.

Kemampuan verifikator dalam menggunakan aplikasi dan *coding* sangat terbatas. Kompetensi verifikator rumah sakit, kementerian kesehatan dan Provinsi yang masih kurang memadai untuk sesuai dengan petunjuk teknis klaim biaya merupakan masalah esensial yang harus diperbaiki.

Penyediaan aplikasi klaim yang digunakan sangat beragam. Setidaknya terdapat 3 (tiga) aplikasi yang digunakan yaitu E-Klaim, V-Klaim dan aplikasi *dispute*. Hal ini menimbulkan terjadinya *double claim* yang dilakukan rumah sakit akibat salah input pada aplikasi. Penggunaan perangkat mengakibatkan tim verifikator perlu dilakukan

sosialisasi kembali terkait pengguna aplikasi. Kesalahan dalam penggunaan aplikasi menyebabkan klaim salah alamat dan tidak dapat tergantikan. Untuk meminimalisasi terjadinya kesalahan dalam penggunaan aplikasi adalah dengan penggunaan *data center* yang dikelola dalam *big data*. Pada era *new normal* rumah sakit perlu melakukan penataan ulang terhadap pelayanan kesehatan untuk bertransformasi ke digital. Transformasi digital sangat diperlukan untuk mendukung pelayanan kesehatan yang *seamless*.

## SIMPULAN

Penggunaan aplikasi klaim yang tidak dalam satu *platform* yaitu antara E-klaim, V-klaim, *dispute* dan sistem informasi kesehatan di rumah sakit menyebabkan petugas rumah sakit melakukan hal yang sama namun dilakukan pada aplikasi yang berbeda.

Kelengkapan dokumen yang tidak sesuai merupakan kendala klaim biaya BPJS oleh rumah sakit untuk mengidentifikasi coding, kriteria jaminan sesuai dengan kebutuhan yang ditentukan BPJS Kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikusnadi, N. W., Sudirman, S., & Kadri, A. (2020). Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Bpjs Kesehatan Di Rumkit Bhayangkara Palu. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 03(1), 159–165
- BPJS Kesehatan. (2019). *INFO BPJS Kesehatan* (Vol. 99).
- BPJS Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim*. BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2021). *Panduan praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*. 2019, 1–83.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim*. BPJS Kesehatan.
- Direktorat Penyusunan Anggaran APBN. (2020). Pokok-Pokok APBN 2020. *Kementerian Keuangan R.I.*
- EP., A. A. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari-Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah*

- Sakit*, 4(2), 122–134. <http://journal.fkm.ui.ac.id/arsip/article/view/2564>
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Pedoman Pelayanan Rumah Sakit Pada Masa Pandemi Covid-19* (Revisi 1). Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
- Kemenkeu (2021). Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara 2021. *Kementerian Keuangan Direktorat Jenderal Anggaran*, hal. 1–48.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor HK.01.07/menkes/4718/2021 tentang petunjuk teknis klaim penggantian biaya pelayanan pasien. *Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien, 2019*, 1–83.
- 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 1 (2021).
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/5673/2021 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)*. 1–21.
- Satuan Tugas Penanganan Covid-19. (2021). *Peta sebaran Covid-19*. <https://Covid19.go.id/peta-sebaran-Covid19>.
- Sekretariat Negara RI. (2020). *KEPRES RI No. 7 Tahun 2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)*.
- Setyawan, F. E. B. (2015). Sistem Pembiayaan Kesehatan. *Sistem Pembiayaan Kesehatan*, 11, 119–126. <https://doi.org/10.1038/271360a0>.
- World Health Organization. (2021). *WHO Coronavirus (Covid-19) Dashboard*. <https://Covid19.who.int/>
- World Health Organization. (2020). International Guidelines for Certification and Classification (Coding) of Covid-19 as Cause of Death. *WHO*, April, 14. [https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines\\_Cause\\_of\\_Death\\_Covid-19.pdf](https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_Covid-19.pdf)