

## **ANALISIS PERBEDAAN TARIF PELAYANAN RUMAH SAKIT DENGAN TARIF INA-CBGs PADA RSIA PERMATA HATI LOTIM**

**Lauza Agisni Zahara<sup>1</sup>**

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

<sup>1</sup> Program Studi Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Mataram

**Baiq Ulaya Fitriani<sup>2</sup>**

[ulayafitriani24@gmail.com](mailto:ulayafitriani24@gmail.com)

<sup>2</sup> Program Studi Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Mataram

**Bambang<sup>3</sup>**

[bambang@unram.ac.id](mailto:bambang@unram.ac.id)

<sup>3</sup> Program Studi Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Mataram

### **ABSTRAK**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis besaran dan karakteristik selisih antara tarif riil pelayanan persalinan dengan tarif INA-CBGs di RSIA Permata Hati Lotim, mengidentifikasi faktor penyebab selisih tarif dan piutang BPJS bermasalah, mengevaluasi upaya pengelolaan klaim dan piutang, serta menganalisis praktik penerapan SAK EP (Standar Akuntansi Keuangan Entitas Privat), khususnya Bab 23 tentang Pendapatan dari Kontrak dengan Pelanggan dan Bab 4 tentang Laporan Posisi Keuangan terkait pengakuan piutang BPJS. Pendekatan penelitian yang digunakan adalah studi kasus dengan metode kuantitatif dan kualitatif pada data klaim pelayanan persalinan periode Februari-Desember 2024. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas klaim mengalami selisih negatif, dimana biaya aktual rumah sakit lebih tinggi dari tarif INA-CBGs. Faktor penyebab utama meliputi ketidaklengkapan dokumen, ketidaksesuaian prosedur medis, dan ketidakakuratan diagnosis. RSIA Permata Hati telah melakukan berbagai upaya perbaikan manajemen klaim dan mulai menerapkan SAK EP, meskipun menghadapi tantangan dalam estimasi penyisihan kerugian kredit untuk piutang BPJS yang kompleks.

**Kata Kunci:** Selisih Tarif, INA-CBGs, Piutang BPJS, SAK EP, Manajemen Klaim

### **ABSTRACT**

*This study aims to analyze the magnitude and characteristics of the difference between the actual rates for delivery services and the INA-CBG's tariffs at RSIA Permata Hati in East Lombok. It also seeks to identify the factors causing these tariff differences and problematic BPJS receivables, evaluate the hospital's claims and receivables management efforts, and analyze the practical application of SAK EP (Private Entity Accounting Standards), particularly Chapter 23 concerning Revenue from Contracts with Customers, Chapter 4 concerning the Statement of Financial Position, and concerning management of BPJS receivables. The research employs a case study approach with both quantitative and qualitative methods, using delivery service claims data from February to December 2024. The findings indicate that the majority of claims result in a negative difference, where the hospital's actual costs exceed the INA-CBG's tariffs. The primary contributing factors include incomplete documentation, non-compliance of medical procedures with standards, and diagnostic inaccuracies. RSIA Permata Hati has undertaken various measures to improve its claims management and has begun implementing SAK EP, though it faces challenges in estimating the allowance for credit losses for the complex BPJS receivables.*

**Keywords:** *Tariff Difference, INA-CBGs, BPJS Receivables, SAK EP, Claim Management*

## PENDAHULUAN

*World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa 100 juta orang dapat terjebak dalam kemiskinan akibat ketidakmampuan membayar layanan kesehatan mereka dan 150 juta orang mengalami kesulitan keuangan akibat *catastrophic health expenditure*, yaitu pengeluaran kesehatan yang melebihi kapasitas bayar rumah tangga (Wati & Thabrany, 2017). Di Indonesia, meski JKN berjalan, alokasi anggaran kesehatan masih relatif rendah, yakni hanya sekitar 2,5% dari Produk Domestik Bruto (PDB), dengan sementara 70% pembiayaan kesehatan berasal dari *out of pocket* atau pembayaran langsung masyarakat (Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat RI, 2012). Kondisi ini menempatkan Indonesia berada di peringkat terendah dalam persentase pengeluaran kesehatan dibandingkan dengan negara-negara lain seperti India, Thailand, Vietnam, Brasil, Korea, dan negara lainnya (Rahayuningrum et al. 2016).

Sebagai respons atas tantangan tersebut, pemerintah Indonesia mengimplementasikan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Rahayuningrum et al., 2016). Program ini bertujuan mewujudkan sistem jaminan sosial kesehatan yang berprinsip gotong royong yang merupakan karakter luhur bangsa Indonesia, yang dalam konsep barat dikenal sebagai tanggung jawab sosial atau tanggung jawab kolektif (Rahayuningrum et al., 2016). Melalui prinsip gotong royong, JKN diharapkan menurunkan beban biaya rumah tangga sekaligus menjamin aksesibilitas ke layanan kesehatan seperti pelayanan kesehatan berjenjang, puskesmas, atau praktik dokter sebagai fasilitas layanan kesehatan primer, dan rumah sakit sebagai fasilitas layanan kesehatan tingkat lanjut; sekunder atau tersier tergantung pada jenis rumah sakitnya (Lestari et al., 2022).

Rumah Sakit Ibu dan Anak Permata Hati Lotim telah berkerjasama dengan BPJS Kesehatan sejak 1 Februari 2024, RSIA Permata Hati Lotim telah mengalami transformasi operasional dan finansial yang signifikan. Keterlibatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini berhasil meningkatkan volume pasien secara drastis, yang tercermin dari perbandingan volume pasien BPJS terhadap pasien umum atau asuransi lain yang mencapai 3:1. Konsekuensinya, pendapatan rumah sakit kini sangat bergantung pada pembayaran dari BPJS, dimana kontribusinya mencapai 90% dari total pendapatan rumah sakit.

Namun, di balik peningkatan volume dan pendapatan tersebut, muncul sebuah tantangan fundamental dalam manajemen keuangan rumah sakit. Tantangan ini bersumber dari perbedaan mendasar antara mekanisme pengakuan pendapatan oleh rumah sakit dan sistem pembayaran yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan. RSIA Permata Hati mengakui pendapatan berdasarkan tarif riil atas seluruh layanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien (*fee-for-service*). Di sisi lain, BPJS Kesehatan melakukan pembayaran menggunakan sistem paket prospektif berdasarkan tarif Indonesian Case-Based Groups (INA-CBGs), yang merupakan tarif borongan untuk satu episode perawatan tanpa memperhitungkan biaya riil yang dikeluarkan rumah sakit.

Perbedaan mendasar pada kedua sistem ini secara inheren menciptakan kesenjangan (*gap*) yang menyebabkan terjadinya selisih tarif. Selisih ini dapat bersifat positif, di mana tarif INA-CBGs lebih tinggi dari tagihan riil rumah sakit, maupun bersifat negatif, di mana tarif INA-CBGs lebih rendah dari biaya yang sesungguhnya dikeluarkan.

Sistem *Indonesian Case-Based Groups* (INA-CBGs) merupakan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 yang membahas tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Lanjutan. Sistem INA-CBGs menetapkan tarif paket pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan berdasarkan kasus-kasus serupa, tanpa mempertimbangkan biaya aktual yang dikeluarkan oleh rumah sakit (Mahardika et al. 2024).

Rumah sakit akan menerima pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dikeluarkan untuk suatu kelompok diagnosis (Clarias et al., 2018).

Terdapat banyak penelitian serupa terkait perbedaan tarif riil rumah sakit dengan klaim INA-CBGs diantaranya dilakukan Ifatun et al., (2021), Satibi et al., (2019), Swandayana & Sastrawan (2021), Haslinur et al., (2020), Rahayuningrum et al., (2016), Nadhira et al., (2020), dan Wulansari et al., (2024). Beberapa penelitian Swandayana & Sastrawan (2021), Haslinur et al., (2020), Nadhira et al., (2020), Wulansari et al., (2024), Mahanggi et al., (2023) menunjukkan bahwa perbedaan tersebut sering kali negatif, artinya biaya aktual rumah sakit lebih tinggi daripada tarif INA-CBGs yang dibayarkan. Sebaliknya pada penelitian Rahayuningrum et al., (2016) menunjukkan bahwa tarif INA CBGs lebih tinggi daripada biaya rawat inap rumah sakit dan kadang sesuai antara biaya rumah sakit dengan INA-CBGs

Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk: menganalisis besaran dan karakteristik selisih antara tarif riil pelayanan persalinan dengan tarif INA-CBGs di RSIA Permata Hati Lotim, mengidentifikasi dan menganalisis secara mendalam faktor-faktor yang menjadi penyebab terjadinya selisih tarif, memberikan rekomendasi strategis bagi RSIA Permata Hati Lotim untuk pengelolaan klaim dan keuangan yang lebih efektif, serta memberikan rekomendasi kebijakan yang relevan bagi pihak-pihak terkait.

## **TINJAUAN LITERATUR**

### **Rumah Sakit**

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, mencakup pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dalam ekosistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, rumah sakit berperan sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang menjadi garda terdepan dalam memberikan layanan medis spesialisik. Keberhasilan program JKN sangat bergantung pada kesiapan dan kinerja rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang bermutu dan efisien.

### **Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Pembiayaan Kesehatan**

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan sebuah transformasi fundamental dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Kelahirannya dilandasi oleh amanat konstitusi, khususnya Pasal 28H Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Amanat ini kemudian diwujudkan melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

JKN diselenggarakan dengan beberapa prinsip dasar yang fundamental, antara lain prinsip gotong royong sebagai landasan utama, di mana peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu melalui mekanisme iuran. Prinsip nirlaba menegaskan bahwa pengelolaan dana JKN tidak bertujuan untuk mencari keuntungan, melainkan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta. Prinsip lainnya meliputi kehati-hatian dalam pengelolaan dana, akuntabilitas kepada publik, portabilitas jaminan yang memungkinkan peserta mendapatkan pelayanan di seluruh wilayah Indonesia, kepesertaan yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia, dana amanat yang dikelola secara profesional dan transparan, serta hasil pengelolaan dana yang digunakan untuk pengembangan program dan peningkatan manfaat bagi peserta. Tujuan utama dari penyelenggaraan JKN adalah untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak dan berkualitas secara berkeadilan dan merata.

### **Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan**

BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program JKN. Sebagai penyelenggara tunggal JKN, BPJS Kesehatan memiliki peran sentral dalam operasionalisasi program ini. Tugas utamanya mencakup pendaftaran peserta, pengumpulan iuran, pengelolaan dana jaminan sosial kesehatan, dan yang paling krusial dalam konteks penelitian ini adalah pembayaran manfaat kepada fasilitas kesehatan yang bekerja sama. BPJS Kesehatan bertanggung jawab untuk menetapkan prosedur pengajuan klaim, melakukan verifikasi terhadap klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan, dan melakukan pembayaran sesuai dengan tarif dan ketentuan yang berlaku, termasuk sistem INA-CBGs untuk Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

### **Indonesian Case-Based Groups (INA-CBGs)**

*Indonesian Case-Based Groups* (INA-CBGs) merupakan sistem pembayaran dengan metode paket yang didasarkan pada diagnosis penyakit dan prosedur tindakan yang diterima pasien selama satu episode perawatan. Rumah sakit sebagai FKRTL akan menerima pembayaran dari BPJS Kesehatan berdasarkan tarif INA-CBGs yang telah ditetapkan untuk setiap kelompok diagnosis, yang merupakan representasi dari rata-rata biaya yang dihabiskan untuk menangani kelompok kasus tersebut. Dasar hukum utama penerapan INA-CBGs adalah Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) yang mengatur tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan JKN, contohnya Permenkes Nomor 76 Tahun 2016 yang kemudian diperbarui antara lain oleh Permenkes Nomor 3 Tahun 2023. Mekanisme pengelompokan kasus (*grouping*) dalam sistem INA-CBGs dilakukan menggunakan perangkat lunak (*software grouper*) khusus, seperti UNU-Grouper atau versi yang lebih baru. Proses *grouping* ini mengacu pada standar kodifikasi internasional, yaitu *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision* (ICD-10) untuk diagnosis penyakit dan *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM) untuk prosedur atau tindakan medis (Permenkes Nomer 26 Tahun 2021).

### **Kosep Biaya Rumah Sakit**

Biaya rumah sakit adalah total pengorbanan sumber daya ekonomi yang diukur dalam satuan uang untuk memperoleh barang atau jasa guna memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Sifat layanan yang padat karya, padat modal, dan memiliki variasi output yang tinggi menyebabkan struktur biaya rumah sakit menjadi sangat kompleks (Mulyadi, 2016). Adapun susunan biaya yang digunakan dalam menghasilkan tarif rumah sakit terdiri dari :

1. Biaya Tetap
2. Biaya Variabel
3. Biaya Langsung
4. Biaya Tidak Langsung

Pehitungan biaya yang biasanya digunakan oleh rumah sakit untuk menentukan unit *cost*:

$$\text{Unit Cost} = \text{Total Biaya Langsung Layanan} + \text{Alokasi Biaya Tidak Langsung}$$

Tarif rumah jsakit (sebelum bermitra dengan BPJS atau untuk pasien umum) idealnya ditetapkan berdasarkan formula:

$$\text{Tarif Rumah Sakit} = \text{Unit Cost} + \text{Margin Keuntungan}$$

### **Manajemen Piutang Rumah Sakit**

Manajemen piutang merupakan komponen aset lancar yang signifikan dan krusial untuk menjaga likuiditas serta kesehatan arus kas rumah sakit (Santoso, 2024). Piutang ini secara umum didefinisikan sebagai tagihan kepada BPJS Kesehatan atas jasa pelayanan yang telah diberikan namun belum diterima pembayarannya. Proses pengelolaan piutang yang efektif menjadi sangat vital, mengingat siklusnya yang kompleks, mulai dari penagihan hingga pelunasan.

Dari perspektif akuntansi, perlakuan piutang dan pendapatan terkait diatur dalam Standar Akuntansi Keuangan Entitas Privat (SAK EP). Bab 23 tentang Pendapatan dari Kontrak dengan Pelanggan menyatakan bahwa pendapatan dari layanan medis diakui ketika rumah sakit telah memenuhi kewajiban pelaksanaannya kepada pasien. Dalam konteks klaim BPJS, pendapatan ini diukur sebesar tarif INA-CBGs yang ditetapkan.

Selanjutnya, SAK EP Bab 4 tentang Laporan Posisi Keuangan mengharuskan piutang disajikan sebagai aset, namun tidak boleh dinyatakan lebih tinggi dari nilai realisasinya (Ikatan Akuntan Indonesia, 2020). Oleh karena itu, rumah sakit wajib menilai pada setiap tanggal pelaporan apakah terdapat bukti objektif bahwa piutang mengalami penurunan nilai. Jika ada, kerugian penurunan nilai harus diakui dengan membentuk akun penyisihan kerugian piutang untuk mencerminkan jumlah piutang yang diperkirakan tidak dapat ditagih

### **Pendapatan**

Standar Akuntansi Keuangan Entitas Privat (SAK EP), khususnya dalam Bab 23 tentang Pendapatan dari Kontrak dengan Pelanggan, menyediakan kerangka kerja yang komprehensif untuk pengakuan pendapatan (Ikatan Akuntan Indonesia, 2020). Untuk entitas jasa kesehatan seperti RSIA Permata Hati Lotim, pendapatan dari layanan medis diakui ketika rumah sakit telah memenuhi kewajiban pelaksanaan (yaitu, memberikan layanan kesehatan) kepada pasien. Dalam konteks klaim BPJS, pendapatan diukur sebesar nilai wajar imbalan yang dapat diterima, yaitu sebesar tarif INA-CBGs yang ditetapkan. Apabila terdapat selisih negatif antara biaya riil dengan tarif INA-CBGs, selisih tersebut diakui sebagai kerugian, yang mencerminkan bahwa pendapatan efektif yang dapat direalisasikan lebih rendah dari biaya yang dibebankan.

### **Strategi Pengelolaan Klaim dan Efisiensi RSIA Permata Hati Lotim**

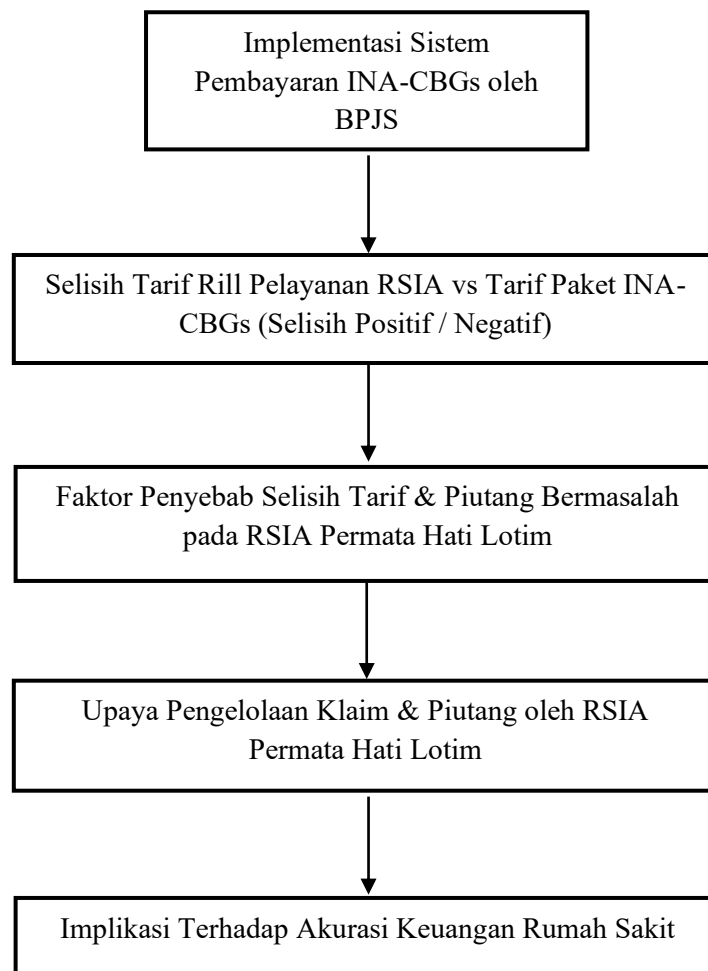
Dalam sistem pembayaran INA-CBGs, keberhasilan rumah sakit dalam memperoleh pembayaran klaim yang optimal sangat bergantung pada beberapa faktor kunci. Pertama, akurasi koding diagnosis penyakit menggunakan ICD-10 dan prosedur tindakan menggunakan ICD-9-CM harus dilakukan secara akurat dan tepat (Permenkes Nomer 26 Tahun 2021). Kesalahan atau ketidaktepatan dalam koding dapat menyebabkan kasus dikelompokkan ke dalam *group* INA-CBGs yang salah, berakibat pada penetapan tarif yang tidak sesuai atau penolakan klaim. Kedua, kelengkapan dan kejelasan dokumen rekam medis pasien harus diisi secara lengkap, jelas, dan akurat oleh tenaga medis. Dokumen pendukung lainnya juga harus lengkap dan valid. Ketidaklengkapan atau ketidakjelasan dokumen sering menjadi penyebab utama klaim dikembalikan (*pending*) atau ditolak oleh BPJS Kesehatan. Ketiga, kepatuhan terhadap prosedur dan juknis BPJS, rumah sakit harus memahami dan mematuhi seluruh prosedur administrasi klaim dan petunjuk teknis (juknis) yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan, mencakup alur pengajuan klaim, batas waktu, dan format dokumen. Ketidaktepatan dapat berujung pada penundaan atau penolakan klaim.

### **Kerangka Berfikir**

RSIA Permata Hati Lotim menjalin kerjasama dengan BPJS dalam mendukung program kesehatan yang diselenggarakan pemerintah. Kerjasama tersebut menimbulkan terjadinya

piutang sehingga dibutuhkan pengelolaan piutang jasa pelayanan BPJS yang tepat. Ketika pengelolaan piutang tidak dilakukan dengan baik dan benar maka akan mengakibatkan keterlambatan penagihan piutang oleh pihak rumah sakit dan terjadinya status piutang BPJS yang bermasalah seperti tertunda, tidak layak dan gagal yang dapat berpengaruh dalam pelunasan pembayaran klaim piutang BPJS dan kinerja keuangan rumah sakit.

Setelah itu, dilakukan analisis data menggunakan metode deskriptif kualitatif untuk memberikan gambaran mengenai piutang jasa pelayanan BPJS berdasarkan tarif rill pelayanan rumah sakit dan tarif INA-CBGs, implementasi sistem pembayaran INA-CBGs, selisih tarif rill pelayanan RSIA vs tarif paket INA-CBGs, faktor penyebab selisih tarif berdasarkan susunan biaya dan SOP klaim, upaya pengelolaan klaim dan piutang rumah sakit, dan implikasinya terhadap akurasi keuangan rumah sakit.



**Gambar 1. Kerangka Berfikir**

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan kualitatif dengan berfokus pada analisis mendalam terhadap dokumen dan pengelolaan klaim. Data dianalisis secara deskriptif kualitatif melalui, analisis dokumen klaim, rekam medis, data *billing* pasien dan laporan keuangan, observasi sistematis terhadap proses pengelolaan klaim, dan triangulasi data antar dokumen untuk validitas (Nafarani et al., 2023).

Penelitian dilakukan di RSIA Permata Hati Lotim. Sampel penelitian menggunakan seluruh data klaim persalinan pasien BPJS periode Februari hingga Desember 2024. Adapun

teknik pengumpulan data menggunakan studi dokumentasi terhadap data klaim pelayanan persalinan, laporan keuangan terkait, dokumen pendukung lainnya dan observasi proses dengan melakukan pengamatan langsung terhadap alur pengajuan klaim, verifikasi dan rekonsiliasi tarif, serta pencatatan terhadap pola inkonsistensi dalam pengelolaan piutang. Operasional variabel mencakup:

1. Selisih tarif, diukur dari perbedaan antara tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBGs yang dibayarkan BPJS Kesehatan;
2. Faktor-faktor penyebab selisih tarif dan piutang BPJS bermasalah, diidentifikasi secara kualitatif melalui analisis dan observasi dokumen;
3. Upaya pengelolaan klaim dan piutang BPJS, diidentifikasi secara kualitatif.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Dalam penelitian ini, peneliti mengamati dan menganalisis data-data yang telah diperoleh melalui analisis dan observasi secara terstruktur untuk memastikan bahwa informasi yang konsisten dan relevan terkait dengan fokus penelitian yaitu selisih tarif riil pelayanan rumah sakit dengan tarif INA-CBGs. Berdasarkan hasil pengamatan yang sudah dilakukan, pada tahap pengolahan data kualitatif, maka hasil analisis dan observasi tersebut akan di kategorikan dalam beberapa kategori, yaitu implementasi sistem INA-CBGs di RSIA Permata Hati Lotim, analisis fundamental penyebab selisih tarif, perbedaan struktur biaya: tarif riil vs tarif paket INA-CBGs, selisih tarif berdasarkan faktor prosedural dan administratif dalam proses pengajuan klaim, serta rekomendasi strategis untuk meningkatkan efektivitas pengelolaan klaim.

### **Implementasi Sistem INA-CBGs di RSIA Permata Hati Lotim**

RSIA Permata Hati Lotim merupakan fasilitas kesehatan rujukan yang berfokus pada pelayanan kesehatan ibu dan anak di wilayah Lotim. Sejak Februari 2024, rumah sakit ini telah mengimplementasikan sistem INA-CBGs sebagai dasar untuk pengajuan klaim pelayanan persalinan kepada BPJS Kesehatan. Proses klaim BPJS di RSIA Permata Hati, sebagaimana umumnya di rumah sakit lain, melibatkan serangkaian tahapan mulai dari pemberian layanan kepada pasien peserta JKN, pendokumentasian dalam rekam medis, proses coding diagnosis dan tindakan oleh tim *coder*, verifikasi internal, hingga pengajuan klaim secara elektronik melalui aplikasi yang disediakan oleh BPJS Kesehatan.

### **Analisis Fundamental Penyebab Selisih Tarif**

Berdasarkan hasil pengamatan serta analisis dokumen di RSIA Permata Hati Lotim, mengungkap kompleksitas hubungan antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan dalam pengajuan klaim INA-CBGs. Hasil menunjukkan bahwa mayoritas klaim mengalami selisih negatif, namun terdapat juga selisih positif (tarif INA-CBGs lebih tinggi dibandingkan dengan tarif riil rumah sakit).

Data klaim pelayanan persalinan di RSIA Permata Hati Lotim untuk periode Februari hingga Desember 2024 menunjukkan variasi dalam selisih antara tarif riil yang dikeluarkan rumah sakit dengan tarif INA-CBGs yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Berdasarkan dokumen penelitian awal, terdapat tiga kondisi utama yang teridentifikasi: tarif INA-CBGs lebih tinggi dari tarif riil rumah sakit (selisih positif, menguntungkan rumah sakit), tarif INA-CBGs lebih rendah dari tarif riil rumah sakit (selisih negatif, merugikan rumah sakit, dan diakui sebagai cadangan kerugian piutang), dan klaim belum dibayar (masih dalam proses, dicatat sebagai piutang rumah sakit). Namun dalam hal ini peneliti akan berfokus pada pembahasan penyebab selisih tarif yang terjadidari segi susunan biaya dan faktor administratifnya.

**Perbedaan Struktur Biaya: Tarif Riil vs Tarif Paket INA-CBGs**

**Tabel 1. Selisih Negatif Tarif RSIA Permata Hati Lotim**

Diagnosa	Tarif Riil Rumah Sakit	Tarif INA-CBGs	Selisih	Keterangan
Prosedur Ultrasound lain-lain	584.700	562.200	22.500	INA-CBGs Lebih Rendah

Sumber: Data RSIA Permata Hati Lotim 2024

**Tabel 2. Selisih Positif Tarif RSIA Permata Hati Lotim**

Diagnosa	Tarif Riil Rumah Sakit	Tarif INA-CBGs	Selisih	Keterangan
Prosedur Ultrasound Ginekologik	289.600	304.500	14.900	INA-CBGs Lebih Tinggi

Sumber: Data RSIA Permata Hati Lotim 2024

**Tabel 3. Billingan Pasien RSIA Permata Hati Lotim**

**RSIA PERMATA HATI LOTIM JL.Raya Masbagik Dusun Tanak Malit Selatan Telp. 0819 9330 8888, LOMBOK TIMUR**

**RINCIAN BIAYA PASIEN**

No. RM	: XXXXX	JKL	: Perempuan
Nama	: Mrs. XXX	Tempat	: VK
Alamat	: Rarang	Layanan Tanggal	: 01/04/2024 s/d 02/04/2024
		Status Pasien	: BPJS Kesehatan

Layanan	Provider	Kelas	Tanggal	Jumlah	Harga	Sub Total
Jasa Resep	Tri Sundari Tika, dr. Sp. OG	Non Kelas	02-04-2024 10:34	1	5.000	5.000
Obat	Tri Sundari Tika, dr. Sp. OG	Non Kelas	02-04-2024 10:34	1	102.500	102.500
Jasa Resep	Shazita Adiba Martyarini, dr. Sp.	Non Kelas	02-04-2024 10:48	1	5.000	5.000
Obat	Shazita Adiba Martyarini, dr. Sp.	Non Kelas	02-04-2024 10:48	1	25.000	25.000
Obat	Tri Sundari Tika, dr. Sp. OG	Non Kelas	02-04-2024 10:50	1	39.000	39.000
Jasa Resep	Dirga Asna Ceria, dr	Non Kelas	02-04-2024 10:52	1	5.000	5.000
Obat	Dirga Asna Ceria, dr	Non Kelas	02-04-2024 10:52	1	72.500	72.500
Obat	Tri Sundari Tika, dr. Sp. OG	Non Kelas	02-04-2024 10:56	1	7.000	7.000



Asuhan Kuretase	Tri Sundari Tika, dr. Sp. OG	Non Kelas	01-04-2024 23:38	1	250.000	250.000
Layanan OK Kuretase	Rumah Sakit	Non Kelas	02-04-2024 9:32	1	250.000	250.000
Penata Anestesi Kuretase/AFF IUD – A	Aidiatul Fitria, S. Tr. Kes	Non Kelas	02-04-2024 9:33	1	42.000	42.000
Sp. AN Tindakan Kuretase	Shazita Adiba Martyarini, dr. Sp.	Non Kelas	02-04-2024 9:33	1	350.000	350.000
Sp. OG Tindakan Kuretase	Tri Sundari Tika, dr. Sp. OG	Non Kelas	02-04-2024 9:33	1	875.000	875.000
Instrumen Kuretase A	Muhammad Saepul Bahri, S.Kep	Non Kelas	02-04-2024 9:34	1	83.000	83.000
B-Darah Lengkap (DL)	Quantum	Non Kelas	01-04-2024 20:33	1	102.000	102.000
Registrasi Pasien Lama	Dirga Asna Ceria, dr	Non Kelas	01-04-2024 20:57	1	18.000	18.000
Konsultasi Dokter Ranap A	Tri Sundari Tika, dr. Sp. OG	Non Kelas	01-04-2024 20:30	1	150.000	150.000
Pemeriksaan Dokter B	Dirga Asna Ceria, dr	Non Kelas	01-04-2024 20:30	1	50.000	50.000
Asuhan Keperawatan Darurat	Dirga Asna Ceria, dr	Non Kelas	01-04-2024 20:31	1	45.000	45.000
Administrasi – Rekam Medis	Tri Sundari Tika, dr. Sp. OG	Non Kelas	02-04-2024 6:31	1	100.000	100.000
Khadijah	Rumah Sakit	Kelas 3	01-04-2024 22:00	1	350.000	350.000
Asuhan Pra Bedah	Bidan	Non Kelas	01-04-2024 23:39	1	150.000	150.000
Total						3.076.000
Jaminan						3.745.300
Telah Dibayar						0
Selisih						-669.300

**Lombok Timur,  
19/06/2024  
A.n. Direktur**

**Petugas**

**Dwi Aprianti, S.Ak**

Data klaim pelayanan persalinan di RSIA Permata Hati periode Februari hingga Desember 2024 secara jelas mengilustrasikan adanya inkonsistensi pembayaran sebagai konsekuensi penerapan sistem INA-CBGs. Fenomena ini termanifestasi dalam dua hasil yang kontras yaitu terjadinya selisih negatif dan selisih positif. Sebagaimana disajikan pada Tabel 1, ditemukan selisih negatif sebesar Rp 22.500 pada prosedur "Ultrasound lain-lain", dimana biaya riil yang dikeluarkan rumah sakit lebih tinggi dari tarif paket INA-CBGs. Sebaliknya, Tabel 2 menunjukkan adanya selisih positif sebesar Rp 14.900 untuk prosedur "Ultrasound Ginekologik", yang terjadi ketika rumah sakit berhasil mencapai efisiensi sehingga biaya pelayanannya lebih rendah dari tarif yang dibayarkan BPJS.

Untuk memahami secara mendalam akar penyebab terjadinya selisih tersebut, penting untuk mengetahui struktur biaya pembentuk tarif riil rumah sakit, sebagaimana pada Tabel 3 merupakan contoh dari rincian tagihan (*billing*) seorang pasien di RSIA Permata Hati Lotim, yang menunjukkan bahwa total tarif merupakan akumulasi dari setiap layanan, tindakan, dan barang yang dikonsumsi pasien selama masa perawatan lebih rincinya yaitu. Model ini dikenal sebagai sistem *fee-for-service*, di mana setiap komponen biaya dihitung secara terperinci.

Berdasarkan tinjauan literatur dan analisis pada Tabel 3, susunan biaya yang membentuk tarif riil rumah sakit dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Biaya Langsung (*Direct Costs*): Ini adalah komponen yang mendominasi tagihan dan dapat ditelusuri langsung ke pasien. Meliputi jasa medis (dokter, perawat, dan spesialis), obat dan bahan habis pakai, tindakan prosedural, pemeriksaan penunjang.
2. Alokasi Biaya Tidak Langsung (*Indirect Costs*): terdiri dari akomodasi (rawat inap), fasilitas (ruang operasi dan peralatan), layanan non - medis (administrasi umum).

Disinilah letak perbedaan paling fundamental. Untuk pasien yang sama dengan diagnosis akhir yang sudah ditegakkan, BPJS tidak akan membayar berdasarkan rincian tagihan tersebut. Sebaliknya, BPJS akan membayar dengan satu harga paket tunggal yang telah ditetapkan dalam sistem INA-CBGs untuk kode diagnosis tersebut. Tarif paket ini pada dasarnya adalah tarif rata-rata yang ditetapkan untuk sekelompok kasus serupa, tanpa memperhitungkan variasi biaya aktual yang terjadi pada masing-masing rumah sakit. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa susunan biaya antara rumah sakit dan INA-CBGs secara fundamental berbeda:

1. Susunan Biaya Rumah Sakit (Tarif Riil): Berbasis *bottom-up*, dihitung dari akumulasi setiap biaya riil (langsung dan tidak langsung) yang spesifik untuk satu episode perawatan pasien.
2. Susunan Biaya INA-CBGs (Tarif Paket): Bersifat *top-down*, merupakan harga tunggal yang sudah ditetapkan berdasarkan rata-rata biaya sekelompok diagnosis, tanpa memandang kerumitan atau sumber daya yang dihabiskan pada kasus per kasus.
3. Benturan antara tarif riil rumah sakit yang dinamis dan spesifik dengan tarif paket INA-CBGs yang statis dan umum inilah yang secara langsung dan tak terhindarkan menyebabkan terjadinya selisih positif maupun negatif di RSIA Permata Hati.

### **Selisih Tarif berdasarkan Faktor Prosedural dan Administratif dalam Proses Pengajuan Klaim**

Berdasarkan analisis dan observasi mendalam dengan staf bagian piutang BPJS dan tim coder BPJS di RSIA Permata Hati Lotim, beberapa faktor utama penyebab terjadinya selisih tarif dan piutang BPJS bermasalah telah teridentifikasi. Faktor-faktor ini seringkali saling terkait dan membutuhkan analisis yang komprehensif.

**Tabel 4. Faktor-Faktor Penyebab Piutang BPJS Bermasalah di RSIA Permata Hati Lotim dan Keterkaitannya dengan Literatur**

No.	Faktor Penyebab	Deskripsi Detail Masalah di RSIA Permata Hati	Potensi Dampak pada Selisih Tarif/ Status Klaim	Keterkaitan dengan Temuan Literatur
1	Kelengkapan dokumen	Dokumen tidak lengkap, terutama rekam medis rawat inap.	Klaim dikembalikan, penagihan terhambat, selisih negatif karena layanan tidak terjustifikasi lengkap.	Pentingnya kelengkapan rekam medis, dokumen tidak lengkap sebabkan klaim pending.
2	Hasil pemeriksaan tidak terbaca	Proses pemindaian berkas menyebabkan teks kabur atau kurang rapi.	Kesulitan verifikasi oleh BPJS, klaim dikembalikan atau ditolak.	Pentingnya kualitas dokumen pendukung agar hasil pemeriksaan dapat diverifikasi.
3	Ketidaksesuaian prosedur medis dengan tarif INA-CBGs	BPJS hanya membayar tindakan sesuai paket, RS sering melakukan prosedur tambahan demi medis pasien.	Selisih negatif karena biaya prosedur tambahan tidak ter-cover.	Dilema etis dan operasional; tarif paket tidak selalu mencakup semua kebutuhan layanan pasien.
4	Diagnosa kurang tepat	Kesalahan penentuan diagnosis, penetapan tidak akurat.	Kesulitan pembuatan klaim, kode INA-CBGs tidak sesuai, tarif lebih rendah atau klaim ditolak.	Pentingnya diagnosis akurat untuk coding; kesalahan kode diagnosis sebabkan pending klaim.
5	Keterlambatan pengajuan klaim	Akibat kelalaian penginputan data.	Risiko berkas kadaluarsa, penundaan pembayaran.	Diperlukan sistem monitoring pengajuan klaim agar tidak melewati batas waktu.
6	Berkas kadaluarsa	Pengajuan permintaan penagihan melebihi 6 bulan.	Klaim tidak dapat diajukan kembali, kerugian piutang.	Keterlambatan administrasi menyebabkan kerugian keuangan rumah sakit.

Sumber: Hasil analisis dan observasi

Analisis mendalam per faktor menunjukkan:

1. Kelengkapan Dokumen

Ketidaklengkapan rekam medis rawat inap menjadi masalah krusial. Hal ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor, seperti beban kerja tenaga medis yang tinggi, alur pengisian rekam medis yang belum optimal, atau kurangnya kesadaran akan pentingnya kelengkapan dokumen untuk proses klaim. Kelengkapan dokumen rekam medis sangat mempengaruhi kualitas data statistik dan proses pembayaran biaya kesehatan dengan *software* INA-CBGs.

2. Hasil Pemeriksaan Tidak Terbaca

Masalah ini timbul akibat proses pemindaian berkas yang menghasilkan teks kabur atau kurang rapi. Ini bisa menjadi masalah teknis terkait kualitas alat pemindai, keterampilan SDM, atau ketiadaan prosedur standar. Hasil yang tidak terbaca akan menyulitkan verifikator BPJS dan berpotensi menyebabkan klaim dikembalikan.

3. Ketidaksesuaian Prosedur Medis dengan Tarif INA-CBGs

Ini adalah salah satu inti dilema yang dihadapi rumah sakit. BPJS Kesehatan hanya akan membayar tindakan medis yang sesuai dengan paket INA-CBGs. Sementara itu, demi kepentingan medis pasien, dokter seringkali perlu melakukan prosedur tambahan atau menggunakan obat/alat medis di luar paket standar. Akibatnya, biaya riil untuk prosedur tambahan ini tidak ter-cover oleh tarif INA-CBGs, yang secara langsung menyebabkan selisih negatif bagi rumah sakit. Rumah sakit dihadapkan pada pilihan sulit antara memberikan pelayanan medis terbaik atau membatasi layanan agar sesuai paket INA-CBGs.

4. Diagnosa Kurang Tepat

Kesalahan dalam menentukan diagnosis utama dan sekunder, atau penetapan diagnosis yang tidak akurat, menjadi penyebab pengembalian tagihan oleh BPJS Kesehatan. Diagnosis yang tidak tepat akan menyulitkan proses koding dan penentuan grup INA-CBGs yang sesuai. Akurasi diagnosis adalah fondasi untuk koding yang benar dalam sistem INA-CBGs.

5. Keterlambatan Pengajuan Klaim

Keterlambatan ini sering disebabkan oleh kelalaian dalam proses penginputan data. Hal ini bisa terkait dengan alur kerja pengajuan klaim yang belum efisien atau kurangnya monitoring. Keterlambatan pengajuan klaim tidak hanya menunda penerimaan pembayaran tetapi juga meningkatkan risiko berkas menjadi kadaluarsa.

6. Berkas Kadaluarsa

Jika pengajuan klaim dilakukan melebihi batas waktu yang ditetapkan (misalnya 6 bulan setelah pelayanan), berkas tersebut akan dinyatakan kadaluarsa dan tidak dapat diajukan kembali ke BPJS Kesehatan. Ini berarti rumah sakit akan mengalami kerugian piutang secara penuh atas layanan yang telah diberikan. Penyebabnya seringkali merupakan akumulasi dari masalah-masalah sebelumnya.

Namun dibalik banyaknya faktor-faktor penyebab terjadinya selisih tarif antara rumah sakit dengan tarif INA-CBGs. RSIA Permata Hati Lotim telah banyak melakukan upaya-upaya untuk meminimalisir penyebab selisih tarif tersebut, diantaranya:

1. Melakukan Audit Komprehensif dan Analisis Data secara berkala

Tim keuangan menyusun laporan rinci piutang BPJS, klasifikasi status klaim, pemetaan kasus per spesialisasi dokter, dan analisis penyebab penolakan atau pemotongan klaim piutang. Laporan ini kemudian diharapkan dapat menjadi bahan diskusi utama dalam pertemuan evaluasi yang dihadiri oleh seluruh *stakeholder* terkait, mulai dari manajemen, tim medis, hingga staf administrasi.

2. Memberikan Pelatihan Intensif kepada Tim Koding

Rumah sakit telah memberikan pelatihan intensif bagi tim kodingnya guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan internal. *Workshop* pelatihan mencakup coder internal dan bedah, aspek teknis pengisian formulir klaim, serta pengembangan prosedur operasional standar (SOP) yang lebih transparan.

3. Meningkatkan Komunikasi Tim Coder

Kepala divisi coder secara rutin berbagi informasi dengan anggota tim pengkodean lainnya mengenai pengkodean yang sering tertunda guna mengurangi kesalahan pengkodean yang menyebabkan variasi dalam penerimaan klaim untuk piutang dari BPJS.

4. Melakukan Evaluasi dengan Verifikator Rumah Sakit dan Verifikator BPJS

Pertemuan evaluasi dilakukan untuk menemukan alasan mengapa kasus tertunda dari bulan ke bulan untuk mencegah penundaan di masa depan, serta dokumen yang sering hilang dan alasan mengapa banyak SSO tidak pending.

5. Melakukan Penyempurnaan Prosedur Klinis

Di sisi klinis, dokter didorong untuk mendokumentasikan tindakan medis secara lebih rinci, berkoordinasi dengan tim coding sebelum melakukan prosedur di luar paket standar, serta mempertimbangkan aspek klaimabilitas dalam pengambilan keputusan medis. Evaluasi kinerja dokter juga harus diterapkan melalui sistem pemantauan rasio klaim sukses dan pembahasan kasus bermasalah dalam forum medis.

Semua upaya ini dilakukan untuk mengatasi faktor internal yang dapat dikendalikan guna meminimalkan kesalahan berpotensi kerugian.

Tantangan dalam pengelolaan piutang BPJS tidak hanya berasal dari faktor internal seperti akurasi koding dan kelengkapan dokumen, tetapi juga diperparah oleh siklus pembayaran dari BPJS Kesehatan yang memakan waktu. Di RSIA Permata Hati Lotim, siklus pembayaran reguler untuk klaim yang lancar memakan waktu antara 55 hingga 65 hari. Namun, jika terdapat kendala atau klaim yang memerlukan verifikasi lebih lanjut, siklus pembayaran hingga klaim tersebut tuntas dapat memanjang secara signifikan, berkisar antara 120 hingga 150 hari.

Kondisi ini menjadi tantangan finansial yang serius mengingat 90% pendapatan RSIA Permata Hati Lotim bergantung pada pembayaran dari BPJS. Untuk menjaga kelancaran arus kas dan memastikan operasional rumah sakit tetap berjalan, terutama untuk memenuhi kewajiban pembayaran kepada pemasok obat yang umumnya jatuh tempo dalam 30 hari setelah faktur diterima, pihak manajemen menerapkan strategi keuangan proaktif. RSIA Permata Hati Lotim secara rutin mengajukan pinjaman jangka pendek ke bank dengan jaminan piutang BPJS yang telah diakui sebagai pendapatan. Pinjaman ini kemudian akan dilunasi segera setelah pembayaran klaim dari BPJS diterima. Langkah ini krusial untuk menjembatani kesenjangan waktu antara pengeluaran operasional harian dengan penerimaan pendapatan dari klaim BPJS, sehingga stabilitas likuiditas rumah sakit dapat terjaga.

Secara konkret, RSIA Permata Hati Lotim juga telah mengantisipasi kerugian piutang melalui:

1. Pembentukan penyisihan kerugian piutang berbasis pengalaman historis klaim BPJS,
2. Analisis umur piutang, dan
3. Selisih negatif tarif riil vs. INA-CBGs (sesuai SAK EP Bab 4)

Walaupun terdapat tantangan utama pada akurasi estimasi piutang tak tertagih, terutama untuk klaim dalam proses verifikasi/banding. Sehingga rumah sakit membentuk tim khusus dibentuk untuk memantau tren penolakan klaim dan maturitas piutang.

### **Rekomendasi Strategis untuk Meningkatkan Efektivitas Pengelolaan Klaim**

Berdasarkan temuan penelitian, berikut rekomendasi strategis untuk RSIA Permata Hati Lotim guna meningkatkan efektivitas pengelolaan klaim dan keuangan:

1. Penguatan Tim Koding & Verifikasi  
Mengimplementasikan sertifikasi wajib bagi coder melalui pelatihan ICD-10/ICD-9-CM bersertifikat untuk meningkatkan kompetensi. Membentuk tim "Bridge Coder-Medis" yang terdiri dari dokter junior dan coder senior untuk konsultasi real-time sebelum tindakan di luar paket INA-CBGs dilakukan. Mengembangkan dashboard monitoring klaim yang dapat memantau status klaim (pending/ditolak) per dokter dan spesialisasi. Strategi ini diharapkan dapat meningkatkan akurasi koding hingga 50% dan mengurangi kesalahan diagnosis secara signifikan.
2. Protokol Klinis Berbasis Klaim  
Menyusun panduan tindakan "*claimable*" dalam bentuk buku saku yang berisi prosedur medis yang tercakup INA-CBGs khususnya untuk persalinan, serta alternatif tindakan *cost-effective* yang tetap memenuhi standar medis. Panduan ini akan membantu mengurangi selisih negatif akibat ketidaksesuaian prosedur dengan ketentuan INA-CBGs.
3. Model Penyisihan Piutang Dinamis  
Menerapkan formula penyisihan kerugian yang memperhitungkan piutang lebih dari 90 hari, selisih negatif rata-rata, dan *historical rejection rate*. Sebagai contoh, jika rata-rata selisih negatif Rp 22.500 per klaim dengan *rejection rate* 15%, maka alokasikan

cadangan 25-30% yang lebih tinggi dari standar 15-25%. Pendekatan ini akan menghasilkan neraca yang lebih akurat sesuai SAK EP Bab 4.

4. Strategi Arus Kas Antisipatif

Mengembangkan skema *invoice factoring* khusus BPJS melalui kolaborasi dengan bank untuk pencairan dana klaim dalam proses dengan diskon 5-7%. Selain itu, melakukan negosiasi tenggat pembayaran ke *supplier* obat dan alat medis berdasarkan siklus klaim BPJS. Strategi ini bertujuan menjaga stabilitas likuiditas meskipun terjadi penundaan klaim.

5. Unit Analisis Biaya Langsung

Membangun sistem *activity-based costing* (ABC) khusus untuk layanan *high-risk* yang sering menimbulkan selisih negatif seperti USG dan kuretase. Data biaya riil yang diperoleh akan menjadi dasar kuat untuk negosiasi tarif INA-CBGs dengan BPJS.

6. Inisiatif Kemitraan Strategis

Memfasilitasi verifikator BPJS bekerja di rumah sakit 1-2 hari per minggu melalui MoU verifikasi on-site untuk mempercepat proses klaim. Menyelenggarakan joint training berupa workshop bersama antara coder RS dan verifikator BPJS tentang interpretasi kode diagnosis kompleks.

Oleh karena itu hasil penelitian ini memperkuat temuan sebelumnya bahwa sistem pembayaran INA-CBGs belum sepenuhnya mengakomodasi biaya riil rumah sakit, khususnya pada kasus persalinan dan perawatan dengan kompleksitas tinggi. Oleh karena itu, diperlukan strategi pengelolaan klaim yang lebih efisien, perbaikan sistem dokumentasi, serta penyesuaian kebijakan akuntansi untuk menjaga kesehatan keuangan rumah sakit dan kualitas pelayanan kepada pasien.

## KESIMPULAN

Studi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara biaya sebenarnya layanan persalinan di RSIA Permata Hati Lotim dan tarif INA-CBGs yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, dengan sebagian besar klaim menunjukkan selisih negatif. Faktor utama yang menyebabkan perbedaan ini meliputi dokumen pendukung yang tidak lengkap, ketidaksesuaian antara prosedur medis yang dilakukan dengan paket INA-CBGs, serta ketidakakuratan dalam pelaksanaan diagnosis. Meskipun RSIA Permata Hati Lotim telah berusaha memperbaiki segala hal, mulai dari meningkatkan kapasitas tim coder hingga menyempurnakan prosedur administrasi, masalah dalam pengelolaan klaim dan piutang BPJS tetaplah rumit. Temuan ini menunjukkan bahwa pemerintah perlu menyesuaikan kebijakan dalam sistem INA-CBGs, terutama untuk layanan dengan tingkat kompleksitas tinggi, serta memperkuat kolaborasi antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan dalam mengembangkan mekanisme pembayaran yang memperhitungkan biaya aktual layanan kesehatan. Tanpa langkah strategis tersebut, ketidakseimbangan antara beban biaya yang ditanggung rumah sakit dan skema pembiayaan BPJS berpotensi mengganggu keberlanjutan penyediaan layanan kesehatan berkualitas tinggi.

## REFERENSI

Clarias, C., Sukoharsono, E. G., & Mulawarman, A. D. (2018). The Implementation of INA-CBGs (Indonesia Case-Based Groups) System and Strategic Response in Institutional Theory Perspective (Case Research in RSUD Dr. Saiful Anwar Malang). In *Journal of Accounting and Business Education* (Vol. 2, Issue 2). <http://journal.um.ac.id/index.php/jabe/>

- Haslinur, S., Saputra, I., Syahrizal, D., Bakhtiar, B., & Usman, S. (2020). Analysis of Differences between INA CBG's Rates and Hospital Real Rates in Hemophilia Patients at RSUD Zainoel Abidin Banda Aceh. *Budapest International Research and Critics Institute (BIRCI-Journal): Humanities and Social Sciences*, 3(3), 1758–1763. <https://doi.org/10.33258/birci.v3i3.1107>
- Ifatun, B., 1\*, N., Raharjo, B. B., & Artikel, I. (2021). 3 *HIGEIA 5 (1) (2021) HIGEIA JOURNAL OF PUBLIC HEALTH RESEARCH AND DEVELOPMENT Determinan Selisih Biaya Riil dan Tarif INA CBG's pada Pasien Jantung Koroner*. <https://doi.org/10.15294/higeia/v5i1/37998>
- Ikatan Akuntan Indonesia. (2020). *STANDAR AKUNTANSI KEUANGAN (SAK) ENTITAS PRIVAT*.
- Lestari, W., Trisnantoro, L., Luh Putu Eka Putri Andayani, N., Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, P., Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, D., Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, P., Masyarakat, K., Keperawatan Universitas Gadjah Mada, dan, Kunci, K., Kesehatan Nasional, J., keuangan, kinerja, pelayanan, kin-erja, & Korespondensi, P. (n.d.). *GAMBARAN KINERJA RUMAH SAKIT SEBELUM DAN SESUDAH ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)*.
- Mahanggi, O., Rahem, A., & Nita, Y. (2023). Comparative Analysis of Real Costs and INA CBG's Rates in BPJS Kesehatan Patients with Schizophrenia. *JURNAL FARMASI DAN ILMU KEFARMASIAN INDONESIA*, 10(2), 217–223. <https://doi.org/10.20473/jfiki.v10i22023.217-223>
- Mahardika, I. G. A. P. D., Nita, Y., & Priyandani, Y. (2024). A comparative study of real hospital costs and INA-CBG rates for stroke in Indonesia. *Pharmacy Education*, 24(3), 166–172. <https://doi.org/10.46542/pe.2024.243.166172>
- Nadhira, R., Saputra, I., Usman, S., Bakhtiar, B., & Nurjannah, N. (2020). Comparative Analysis between Real Cost and INA-CBG's claims of Service Costs in Chronic Kidney Disease Patients with Hemodialysis. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(2), 726–732. <https://doi.org/10.30994/sjik.v9i2.372>
- Nafarani, B., Humaera, H., Effendy, L., & Nurabiah. (2023). Analisis Anggaran Sebagai Upaya Dalam Perencanaan Dan Pengendalian Biaya Proyek Pada Pt Dabakir Putra Mandiri. *Jurnal Mahasiswa Akuntansi (RISMA)*, 3(1), 11–20.
- Permenkes Nomer 26 Tahun 2021. (n.d.). *Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan*.
- Rahayuningrum, I. O., Tamtomo, D., & suryono, A. (2016). Comparison Between Hospital Inpatient Cost and INA-CBGs Tariff of Inpatient Care in the National Health Insurance Scheme in Solo, Boyolali and Karanganyar Districts, Central Java. *Journal of Health Policy and Management*, 01(02), 102–112. <https://doi.org/10.26911/thejhp.2016.01.02.05>
- Santoso, H. (2024). Hak Rumah Sakit untuk Bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Hukum Indonesia*, 3(1), 29–38. <https://doi.org/10.58344/jhi.v3i1.675>
- Satibi, S., Andayani, T. M., Endarti, D., Suwantara, I. P. T., Wintariani, N. P., & Agustini, N. P. D. (2019). Comparison of real cost versus the Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) tariff rates among patients of high- incidence cancers under the national health insurance scheme. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 20(1), 117–122. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.1.117>
- Swandayana, P. G. W., & Sastrawan, S. (2021). Analysis of the Difference between INA-CBG Rates and Hospital Rates for Outpatient and Inpatient Services at FKRTL Provider BPJS Kesehatan

Mataram City. *Prisma Sains : Jurnal Pengkajian Ilmu Dan Pembelajaran Matematika Dan IPA IKIP Mataram*, 9(2), 246. <https://doi.org/10.33394/j-ps.v9i2.4350>

Wati, H., & Thabrany, H. (2017). Perbandingan Klaim Penyakit Katastropik Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi DKI Jakarta dan Nusa Tenggara Timur Tahun 2014. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(2). <https://doi.org/10.7454/eki.v1i2.1771>

Wulansari, C., Ambarasti, H., D, N. A., & Ernawati, E. (2024). Resiko Finansial Impelementasi Tarif INA-CBGs Pelayanan Medis Spesialis Dasar Pasien BPJS Kesehatan Kelas III RSUD X. *Malahayati Nursing Journal*, 6(9), 3734–3752. <https://doi.org/10.33024/mnj.v6i9.13596>