

**RESIKO FINANSIAL IMPELEMENTASI TARIF INA-CBGs PELAYANAN
MEDIS SPESIALIS DASAR PASIEN BPJS KESEHATAN
KELAS III RSU X****Cahyarani Wulansari^{1*}, Hanni Ambarasti², Nyoman Anita D³, Ernawati⁴**¹⁻⁴Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga

Email Korespondensi: cahyarani.wulansari-2021@fkm.unair.ac.id

Disubmit: 01 Januari 2024

Diterima: 21 Agustus 2024

Diterbitkan: 01 September 2024

Doi: <https://doi.org/10.33024/mnj.v6i9.13596>**ABSTRACT**

In the context of medical services, there are several challenges faced by hospitals, especially related to the difference between the real costs of patient care and the INA-CBGs rates that have been set. Based on the findings at RSU real with INA-CBGs rates based on secondary data, billing data, and BPJS claims. The results of this research showed that there were positive and negative differences in real financing rates with INA-CBGs rates. The conclusion in this study is that the negative difference obtained was caused by the greater volume and variety of medical services provided, the length of treatment, the patient's condition worsening, and other comorbidities.

Keywords : Financial Risk, INA-CBGs Tariffs, Medical Services, Case-mix**ABSTRAK**

Dalam konteks pelayanan medis terdapat beberapa tantangan yang dihadapi oleh rumah sakit terutama terkait perbedaan antara biaya riil perawatan pasien dan tarif INA-CBGs yang telah ditetapkan. Berdasarkan temuan di RSU X didapatkan adanya selisih negative mencapai 37% sehingga penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi kebijakan tarif Indonesia Case Based Group (INA-CBGs) pada pelayanan spesialis dasar Kesehatan pasien BPJS kelas 3. Metode penelitian ini adalah kualitatif deskriptif untuk menguji antara tarif riil dengan tarif INA-CBGs berdasarkan data sekunder, data billing dan klaim BPJS. Hasil penelitian ini didapatkan adanya selisih positif maupun negative pada pembiayaan riil dengan tarif INA-CBGs. Adapun kesimpulan dalam penelitian ini yaitu selisih negative yang didapatkan disebabkan oleh volume dan variasi pelayanan medis yang diberikan lebih banyak, lamanya perawatan, kondisi pasien yang memburuk dan penyakit penyerta lainnya.

Kata Kunci: Resiko Finansial, Tarif INA-CBGs, Pelayanan Medis, Case Mix

PENDAHULUAN

Keberhasilan melaksanakan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia sebagaimana amanat undang-undang menjadi pencapaian yang harus disyukuri bersama walaupun belum mencapai kesempurnaan ideal. Kini layanan kesehatan terjangkau dalam rangka membentuk *universal health coverage* dapat diakses lapisan masyarakat dengan kualitas pelayanan yang baik (Handayani et al., 2018), yang pengelolaan pembiayaan dan penanggungjawab dana Kesehatan tersebut berada di Lembaga BPJS Kesehatan (Amalia et al., 2020)

Hadirnya jaminan Kesehatan mendorong perubahan pada perilaku konsumen Kesehatan termaksud peta kunjungan pasien di fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan yang

meningkat Kondisi tersebut sebagai value yang diterima peserta JKN mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan yang memadai dengan akses layanan spesialis seperti rawat jalan dan rawat inap tingkat lanjut bahkan akses rawat inap dengan perawatan khusus dengan biaya polis yang sangat terjangkau (Arfiani et al., 2020) Meningkatnya jumlah kunjungan pasien juga terjadi di RSUD X yang menjadi salah satu Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), pasca berlakunya program JKN terjadi peningkatan kunjungan pasien JKN dari 56,8% pada 2014 menjadi 71% pada 2015, pada sisi lain terjadi penurunan jumlah pasien non JKN dari 31,78% pada 2014 menjadi 23,36% pada 2015 sebagaimana disajikan dalam tabel 1 berikut:

Tabel 1. Rekapitulasi Kunjungan Pasien Rawat Inap Berdasarkan Jenis Asuransi Kesehatan

Ruangan	Jenis Pasien	Jumlah Pasien		% Terhadap Total Jumlah Pasien	
		2014	2015	2014	2015
Rawat Inap :					
a. Rawat Inap Utama	Askes PNS	244	-	0,77%	-
b. Rawat Inap Umum	In-Health	220	118	0,70%	0,37%
c. Rawat Inap Khusus	Jamsostek	6	-	0,02%	-
	Jemaah Haji	170	154	0,54%	0,48%
	JPS-Jamkesda	188	128	0,59%	0,40%
	JPS-Jamkesmas	36	-	0,11%	-
	JPS-Jampersal	4	-	0,01%	-
	JPS-Sehati	14	8	0,04%	0,02%
	JPS-SKM Sby	1.540	974	4,87%	3,04%
	JPS-SPM Prov	14	2	0,04%	0,01%
	JKN	17.994	22.824	56,89%	71,29%

Ruangan	Jenis Pasien	Jumlah Pasien		% Terhadap Total Jumlah Pasien	
		2014	2015	2014	2015
	Pihak III	1.160	326	3,50%	1,02%
	Umum	10.052	7.480	31,78%	23,36%
	Karyawan	42	-	0,13%	-
	Σ Total pasien	31.630	32.014	100%	100%

(Sumber: RSU X, 2016)

Terjadi peningkatan jumlah pasien JKN setelah program jaminan kesehatan dimulai pada tanggal 1 Januari 2014. Setahun kemudian jumlah tersebut semakin meningkat tajam mendominasi 71 persen dari total pasien RSU Haji Surabaya yang berjumlah 32.014 pasien. Sebagai salah satu FKRTL yang memiliki fungsi pemberian layanan medis kepada pasien, maka aktivitas pelayanan kesehatan tersebut membutuhkan biaya. Seluruh komponen biaya yang dikeluarkan rumah sakit akan menjadi dasar dikeluarkan tarif layanan. Salah satu komponen tarif per unit layanan adalah *unit cost* layanan (Fakhni Armen et al., 2013)

Sistem jaminan kesehatan nasional merubah sistem pembayaran atas pelayanan kesehatan yang telah diterima pasien peserta JKN. Dalam Permenkes RI No 59 tahun 2014 standar tarif layanan mengacu pada sistem tarif *Indonesian Case Based Group* (INA-CBGs) (Rahayuningrum et al., 2016) Secara rinci tarif layanan dalam Permenkes RI No 27 tahun 2014 diuraikan menggunakan sistem *casemix* serta penyesuaian kelas, regionalisasi rumah sakit serta mencakup semua komponen biaya

rumah sakit (Dumaris, 2016) Sistem pembayaran tarif INA-CBGs dengan biaya satuan per diagnosis, sehingga tidak menggunakan biaya per satuan per jenis pelayanan medis dan non medis yang telah diterima pasien (Hasbullah Thabrany, 2014)

Adanya perubahan sistem pembayaran tarif menggunakan INA-CBGs memiliki implikasi bagi rumah sakit terutama pada pelayanan medis yang diterima pasien BPJS. Pasien BPJS kelas III rawat inap dalam lingkup pelayanan medis dasar akan menanggung selisih pembiayaan atas biaya riil yang diterima dengan tarif klaim pada tarif INA-CBGs (Aulia et al., 2017). Kondisi tersebut disebabkan pada satu jenis kasus terjadi biaya pelayanan rumah sakit lebih besar dibandingkan tarif INA-CBGs sehingga terjadi selisih negatif. Sedangkan bila biaya pelayanan rumah sakit lebih kecil dari tarif INA-CBGs maka akan terjadi selisih positif (Agiwahyunto et al., 2020). Temuan pada selisih tarif riil biaya pelayanan rumah sakit dengan tarif INA-CBGs pada pelayanan medis dasar pasien rawat inap kelas III pada kasus selisih negative dapat disajikan sebagai berikut:

Tabel 2. Jumlah Pasien Kasus INA-CBGs Rugi pada Pelayanan Medis Spesialis Dasar Pasien BPJS Kelas III RSUD X Tahun 2015

Pelayanan Medis Spesialis Dasar Pasien BPJS Kelas III	Selisih antara Pendapatan Klaim (Tarif INA-CBGs) Rawat Inap Kelas III FKRTL Kelas B dengan Biaya Pelayanan RS Rawat Inap Umum Kelas III									
	Kasus INA-CBGs Selisih Negatif			Kasus INA-CBGs Selisih Positif						
Rawat Inap	Penyakit Dalam	Kesehatan Anak	Bedah Umum	Obstetri-Ginekologi	Jumlah	Penyakit Dalam	Kesehatan Anak	Bedah Umum	Obstetri-Ginekologi	Jumlah
Σ Pasien (kasus)	238	32	69	60	399	398	48	104	119	669
% Σ Pasien dari total jumlah -1067	37%	40%	40%	34%	37%	63%	60%	60%	66%	63%
Biaya Pelayanan RS Rawat Inap Umum Kelas III	1.91 3.86 7.74 9	176. 426. 755	59 1.1 38. 75 9	254. 614. 650	2.93 6.04 7.91 3	957 .47 9.5 20	44.64 5.644	415 .65 6.3 00	286 .62 1.5 52	1.70 4.40 3.01 5
Pendapatan Klaim (Tarif INA-CBGs Kelas III Rawat Inap	1.05 3.58 6.76 0	90.5 55.4 00	41 5.0 01. 90 0	200. 103. 100	1.75 9.24 7.16 0	1.6 25. 992 .43 6	135.9 82.80 0	624 .56 1.0 00	378 .41 8.8 00	2.76 4.95 5.03 6
$x \Sigma$ pasien) Selisih Pendapatan Klaim dan Biaya Pelayanan RS	- 860. 280. 989	- 85.8 71.3 55	17 6.1 36. 85 9	- 54.5 11.5 50	- 1.17 6.80 0.75 3	668 .51 2.9 16	91.33 7.156	208 .90 4.7 00	91. 797 .74 8	1.06 0.55 2.02 1

(Sumber: Instalasi SIM dan Kerjasama RSUD X, 2016)

Selisih negatif biaya riil dengan tarif INA-CBGs pelayanan medis spesialis dasar pada pasien rawat inap kelas III selama satu tahun sebesar Rp1.176.800.753, jika dirinci maka selisih negatif pada layanan penyakit dalam sebesar

Rp860.280.989, pada spesialis kesehatan anak ditemukan selisih negatif Rp85.871.355, pada spesialis bedah umum ditemukan selisih negatif sebesar Rp176.136.859. Selanjutnya pada layanan spesialis obstetric-ginekologi ditemukan

selisih negatif sebesar Rp54.511.550. Selama tahun 2015 pihak RSUD X mengalami selisih negatif sebesar 37%, dengan layanan spesialis penyakit dalam menjadi penyumbang tertinggi kerugian.

Selisih tarif layanan medis rumah sakit dengan tarif klain INA-CBGs selama tahun 2015 menghasilkan selisih positif (profit) sebanyak 63%, jumlah selisih positif keseluruhan sebesar Rp1.060.552.021 yang terdiri dari penyakit dalam menyumbang selisih positif memiliki selisih sebesar Rp91.797.748. Berdasarkan temuan awal pada kasus INA-CBGs

negatif menyumbang 37% sedangkan kasus INA-CBGs positif menyumbang sebesar 63%, namun yang menarik walaupun jumlah kasus selisih positif lebih besar hampir dua kali lipat namun nilai kerugian pelayanan medis RSUD Haji Surabaya jauh lebih besar hal tersebut terlihat antara kasus selisih positif dan selisih negatif ada selisih sebesar Rp116.248.732. Kondisi tersebut menjadi perhatian serius dalam pengelolaan manajemen keuangan rumah sakit yang harus dicarikan solusi karena akan mengancam pembiayaan operasional rumah sakit dalam jangka panjang. Adanya selisih tersebut juga terkonfirmasi dalam penelitian yang dilakukan (Arfiani et al., 2020);(Amalia, 2020)

Munculnya masalah pembiayaan yang menyebabkan selisih pembiayaan medis dapat ditelusuri penyebabnya melalui dua jalur masalah, pertama dari sisi kebijakan sistem tarif INA-CBGs. Kedua, sisi pelayanan medis rumah sakit. Kebijakan tarif INA-CBGs yang mengacu sistem casemix yang pada implementasinya tidak selalu menunjukkan diagnosis tunggal, karena bisa jadi lebih dari satu diagnosis dengan ciri klinis yang mirip terdiri diagnosis utama dan

sekunder (bila ada) dengan kode ICD-10 yang berbeda (Aulia et al., 2017)

Ada variasi diagnosis menyebabkan variasi pada pemberian layanan medis disertai beban biaya pelayanan yang juga bervariasi. Tarif INA-CBGs yang ditetapkan Kemenkes RI berdasarkan *Hospital Base Rate* dan Indeks Harga Konsumen yang menganggap biaya pelayanan akan dianggap sama dalam satu daerah di regional yang sama (Handayani et al., 2018)

Permasalahan pada sisi pelayanan medis di rumah sakit dapat diidentifikasi menjadi beberapa faktor diantaranya pemberian tindakan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan non medis serta lama hari rawat inap (*length of stay*). (1) Pemberian tindakan medis yang dilakukan dokter dan perawat merupakan pelayanan pasien berupa observasi, konsultasi, tindakan medik, perawatan dan pelayanan kesehatan lain yang diukur melalui volume dan jenis pelayanan medis yang bermuara pada total besaran biaya pelayanan rumah sakit. (2) Selanjutnya pada pelayanan penunjang medis seperti pemberian jenis dan volume obat dan alat kesehatan, bahan habis pakai, makanan minuman serta layanan penunjang (pemeriksaan elektromedik, radiologi, laboratorium yang diberikan kepada pasien masuk dalam biaya pelayanan medis. (3) Pada pelayanan non medis diantaranya pelayanan sewa kamar dan administrasi, dimana lama hari sewa kamar akan mempengaruhi total biaya keseluruhan pelayanan rumah sakit. Dalam aturan sistem tarif INA-CBGs disebutkan lama hari perawatan sudah ditetapkan secara borongan dalam satu paket bersama biaya diagnosis dan tarif pelayanan (Hasbullah Thabrany, 2014)

Namun dalam realitas pelayanan pada pasien dapat terjadi lama hari perawatan pasien lebih lama dari paket borongan yang sudah ditetapkan dalam tarif INA-CBGs yang dipengaruhi berbagai faktor tidak terduga saat pasien menjalani perawatan medis. Pasien yang mengalami *length of stay* melebihi ketentuan INA-CBGs mempengaruhi jumlah pasien dengan kasus INA-CBGs pada perawatan kelas III. Maka rumah sakit menghadapi tantangan efektifitas pada pelayanan medis pada pasien, untuk melakukan pengendalian biaya perawatan pada pasien (Fahlevi, 2016) Mendorong percepatan kesembuhan pasien pada satu sisi, namun pada sisi lain harus tetap menjaga kualitas pelayanan medis yang diterima pasien.

Berdasarkan uraian temuan pada pelayanan medis spesialis dasar pada pasien BPJS kelas III RSUD X yang ditemukan selisih antara biaya riil dengan ketentuan tarif INA-CBGs maka penelitian ini bermaksud mengkaji lebih lanjut kasus INA-CBGs selisih negatif yang mencapai 37%. Penelitian ini bertujuan untuk melihat resiko finansial pada implementasi penetapan tarif INA-CBGs yang dibandingkan dengan tarif pelayanan yang dilakukan pihak rumah sakit pada pasien rawat inap kelas III dengan diagnosis ICD 10.

TINJAUAN PUSTAKA

Jenis pelayanan yang diberikan Rumah Sakit memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit umum paling sedikit terdiri atas (Listiyono, 2015):

1. Pelayanan medik dan penunjang medik terdiri atas: a. Pelayanan medik umum berupa pelayanan medik dasar. b. Pelayanan medik spesialis berupa pelayanan medik spesialis dasar

dan pelayanan medik spesialis lain. Pelayanan medik spesialis dasar meliputi pelayanan penyakit dalam, anak, bedah, dan obstetri dan ginekologi. c. Pelayanan medik subspecialis sebagaimana dimaksud berupa pelayanan medik subspecialis dasar dan pelayanan medik subspecialis lain

2. Pelayanan keperawatan dan kebidanan meliputi asuhan keperawatan generalis, asuhan keperawatan spesialis, dan asuhan kebidanan.
3. Pelayanan nonmedik terdiri atas pelayanan farmasi, pelayanan laundry/binatu, pengolahan makanan/gizi, pemeliharaan sarana prasarana dan alat kesehatan, informasi dan komunikasi, pemulasaran jenazah, dan pelayanan nonmedik lainnya
4. Sumber daya manusia pada Rumah Sakit umum berupa tenaga tetap meliputi:
 - a) Tenaga medis dimaksud terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dan/atau dokter subspecialis. Dokter spesialis terdiri atas dokter spesialis atau dokter gigi spesialis untuk melakukan pelayanan medik spesialis. Dokter subspecialis meliputi dokter subspecialis dasar dan dokter subspecialis lain untuk melakukan pelayanan medik subspecialis.
 - b) Tenaga psikologi klinis
 - c) Tenaga keperawatan
 - d) Tenaga kebidanan
 - e) Tenaga kefarmasian
 - f) Tenaga kesehatan masyarakat
 - g) Tenaga kesehatan lingkungan
 - h) Tenaga gizi
 - i) Tenaga keterampilan fisik
 - j) Tenaga keteknisian medis
 - k) Tenaga teknik biomedika

- l) Tenaga kesehatan lain
m) Tenaga nonkesehatan Jumlah dan kualifikasi sumber daya manusia disesuaikan dengan hasil analisis beban kerja, kebutuhan, dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit (Adawiyah, 2022).

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian studi kasus dengan rancangan *cross sectional-retrospektif* untuk menguji tarif pelayanan rumah sakit dengan tarif INA-CBGs pada layanan rawat inap kelas III pada pasien BPJS yang ada di RSUD X. Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei 2016-April 2017. Dengan mengambil sampel pada empat layanan medis spesialis dasar yaitu spesialis penyakit dalam, spesialis kesehatan anak, spesialis bedah umum, spesialis obstetric-ginekologi yang masuk dalam diagnosis ICD-10 baik diagnosis utama maupun sekunder pada kasus rugi dan profit. Instrument penelitian menggunakan form pemetaan biaya pelayanan rawat inap pasien BPJS kelas III.

Data penelitian yang digunakan merupakan data sekunder

kuantitatif dikumpulkan dari instalasi SIM dan Kerjasama RSUD X dalam bentuk data elektronik billing pasien dan klaim INA-CBGs tahun 2015. Sedangkan data sekunder kualitatif dilakukan wawancara dengan unit rekam medis RSUD Haji Surabaya yaitu kepala rekam medis dan dua staff.

Analisis data penelitian dilakukan secara deskriptif melalui prosedur (1) data pasien rawat inap kelas III selama satu tahun pada 2015 dikelompokkan kasus INA-CBGs rugi dan kasus INA-CBGs profit, (2) fokus analisis hanya dilakukan pada lingkup empat pelayanan spesialis dasar (penyakit dalam, bedah umum, anak, obstetric-ginekologi), (3) dilakukan identifikasi pada kode diagnosis ICD-10 pada diagnosis utama maupun sekunder, (4) dilakukan pemetaan biaya yang telah diterima pasien rawat inap BPJS sesuai form pemetaan biaya pelayanan, (5) dilakukan perhitungan dan analisis, (6) analisis dilakukan dengan menghitung range biaya kasus INA-CBGs profit maupun rugi dengan melihat lama perawatan, jenis dan volume pelayanan serta kondisi pasien.

HASIL PENELITIAN

Tabel 3. Perbedaan Pelayanan Medis Spesialis Penyakit Dalam Yang Diterima Dan Kondisi Klinis Pasien BPJS Kelas III Rawat Inap Pada Kasus N-4-10-II Rugi Dan Profit Dengan Diagnosis Utama N 18.0 (Tumor Ginjal dan Saluran Urin) Dan Diagnosis Sekunder D 63.8 (Anaemia)

No.	Pelayanan Medis	Kasus N-4-10-II Selisih Negatif			Kasus N-4-10-II Selisih Positif			
		Range Biaya		Range Volume	Range Biaya		Range Volume	
Tindakan Medis		Biaya	Biaya	Vol	Biaya Maks	Biaya	Vol	Vol

		Mak (Rp.)	Min (Rp.)	Jenis Aktivita/ Pelayana n Medis	Vol Mak s	Min	Kondisi Klinis Pasien	(Rp.)	Min (Rp.)	Jenis Aktivitas / Pelayan an Medis	Maks	M i n	Kondisi Klinis Pasien
1	a	81.000	27.000	-	6 kali	2 kali		54.00 0	40.50 0	-	4 kali	3 k a l i	
	b	1.909.2 05	636.402	Hemodial isa JKN	3 kali	1 kali	Pasien dengan retensi cairan dan tekanan darah mening kat lebih berat (+++)	636.4 02	636.4 02	Hemodia lisa JKN	1 kali	-	Pasien dengan retensi cairan dan tekanan darah tinggi (+)
	c	1.792.3 15	1.792.3 15	Pasang CVC/CVP / Double Lumen	1 kali	-	Pasien belum dilakuk an operasi AV Shunt	0	0	-	-	-	Pasien sudah dilakuk an operasi AV Shunt
Pelayan an Penunja ng Medis													
2	a	860.656	236.148	-	-	-	Terdapa t pemaka ian alat CVC	308.0 78	150.5 95	-	-	-	Tidak terdapa t pemaka ian alat CVC
	b	1.669.5 00	1.163.7 00	Pemberia n kompone n darah dan crossmat ch	10 kali	6 kali	Anemia lebih berat (+++)	1.001. 700	1.001 .700	Pemberi an kompone n darah dan crossmat ch	6 kali	-	Anemia (+)

(Sumber: Instalasi SIM dan Kerjasama RSUD X, 2016).

Pada kasus spesialis penyakit dalam lama hari rawat pasien baik dalam kondisi selisih negatif maupun dalam kondisi selisih positif dengan diagnosis N-4-10-II. Pada kasus selisih negatif lama perawatan maksimum selama 8 hari sedangkan minimum 3 hari, mundurnya lama perawatan disebabkan kondisi pasien memburuk sehingga diberikan tindakan hemodialisa sebanyak 3 kali. Sedangkan pada kasus selisih profit lama hari semakin pendek dimana lama perawatan maksimum 4 hari sedangkan lama perawatan minimum selama 3 hari. Semakin cepat sembuh pasien akan menurunkan biaya perawatan medis yang akan dikeluarkan, kondisi tersebut menjadi tantangan bagi manajemen rumah sakit untuk melakukan efektifitas pada pengendalian pembiayaan medis pada pasien (Fahlevi, 2016), (Arfiani et al., 2020)

Selanjutnya dilakukan analisis pada layanan spesialis anak pada pasien BPJS kelas III rawat inap yang pada penelitian ini ditemukan pada pasien dengan diagnose gangguan pembekuan darah ringan (D-4-11-I) dengan temuan rugi serta pada temuan profit dengan diagnosis hereditary factor VIII deficiency (D 66). Ada sebanyak 32 pasien yang berjenis kelamin sebanyak 100% merupakan laki-laki baik pada kasus rugi maupun profit. Terdapat pelayanan penunjang medis serta kondisi klinis pasien yang berbeda antara kasus rugi dan *profit*. Pelayanan penunjang medis yang diberikan pelayanan farmasi. Hal ini ditunjukkan oleh range biaya pelayanan pada pelayanan

penunjang medis yang menunjukkan pemberian obat baik jumlah dan jenis obat yang diberikan berbeda serta lebih mahal pada kasus rugi, karena terdapat pemakaian sediaan obat faktor pembekuan darah VIII (Koate VIII) yang berharga mahal.

Perbedaan pemberian pelayanan farmasi baik jumlah dan jenis obat serta biayanya adalah karena perbedaan tahap pengobatan pasien dimana pada kasus selisih negatif pasien pada tahap pemberian perawatan sehubungan dengan penyakitnya, sedang pada kasus selisih positif pasien tidak sedang dalam tahap pemberian perawatan (hanya diberikan perbaikan kondisi umum) karena terdapat jeda dalam perawatan kasus hemofili.

Dapat diuraikan pada kasus D-4-11-I Rugi range biaya maksimal sebesar Rp7.589.023 sedangkan biaya minimal sebesar Rp3.828.569. hal tersebut disebabkan kondisi pasien sedang pada tahap pengobatan pembekuan darah VIII yang mengharuskan pasien diberikan obat Koate VIII yang memiliki harga mahal. Tentu saja langkah tersebut diambil sebagai upaya untuk memberikan pelayanan medis pada pasien, dengan harapan pasien dapat disembuhkan melalui upaya pelayanan medis yang diterima. Selanjutnya pada kasus D-4-11-I selisih positif didapatkan range biaya maksimal Rp79.658 dengan biaya minimal Rp1.885, kondisi tersebut dikarenakan pasien hanya mengalami perbaikan kondisi umum sehingga tidak ada biaya pemakaian obat. Secara lengkap dapat disajikan dalam tabel 4 sebagai berikut:

Tabel 4. Perbedaan Pelayanan Medis Spesialis Anak Yang Diterima Dan Kondisi Klinis Pasien BPJS Kelas III Rawat Inap Pada Kasus D-4-11-I Rugi dan *Profit* dengan Diagnosis D 66

No	Pelayanan Medis	Kasus D-4-11-I Selisih Negatif		Kondisi Klinis Pasien	Kasus D-4-11-I Selisih Positif		Kondisi Klinis Pasien
		Range Biaya			Range Biaya		
		Biaya Maks (Rp.)	Biaya Min (Rp.)		Biaya Maks (Rp.)	Biaya Min (Rp.)	
	Pelayanan Penunjang Medis						
1	Pelayanan farmasi	7.589.023	3.828.569	Pasien pada tahap pengobatan dengan faktor pembekuan darah VIII sehingga menggunakan sediaan obat Koate VIII yang berharga mahal	79.658	1.885	Pasien tidak pada tahap pengobatan (jeda), hanya perbaikan kondisi umum, sehingga tidak ada biaya pemakaian obat

(Sumber: Instalasi SIM dan Kerjasama RSUD X, 2016).

Selanjutnya dilakukan pemetaan pada layanan medis spesialis bedah umum ditemukan pada diagnosis prosedur appendik ringan (K-1-13-I) mengakibatkan kerugian sedangkan pada diagnosis acute appendicitis (K 35.9) yang menghasilkan selisih positif (*profit*). Didapatkan sebanyak empat kasus yang terdiri dua kasus dengan selisih negatif dan dua kasus selisih positif, dapat diuraikan berdasarkan jenis kelamin pada kasus rugi terdapat 40% pasien laki-laki, 60% pasien perempuan, dan pada kasus selisih positif terdapat 20% pasien laki-laki, 80% pasien perempuan.

Pelayanan medis yang diterima pasien pada diagnosis prosedur appendik ringan (K-1-13-I) dan

diagnosis acute appendicitis (K 35.9) terdapat adanya perbedaan. Pelayanan medis yang diterima oleh pasien adalah visite (konsultasi) dokter spesialis rawat inap, tindakan keperawatan, pemeriksaan laboratorium (patologi klinik, patologi anatomi, mikrobiologi), dan pelayanan farmasi. Adanya range biaya pelayanan yang menunjukkan pemberian pelayanan medis baik volume dan jenis pelayanan lebih banyak pada kasus rugi. Perbedaan pemberian pelayanan medis terlihat pada volume dan jenis pelayanan serta besaran biaya yang harus ditanggung adalah karena perbedaan kondisi klinis pasien pada kasus rugi, yaitu kondisi pasien yang lebih buruk karena adanya tambahan gejala

simtomatis pasca operasi apendektomi.

Temuan pada kasus dengan kode identifikasi K-1-13-I dengan selisih positif untuk tindakan medis visit dokter range biaya maksimal sebesar Rp162.000 dengan volume tindakan sebanyak 12 kali sedangkan biaya minimal sebesar Rp54.000 dengan volume tindakan 4 kali, ditambah dengan tindakan perawatan dengan range biaya maksimal sebesar Rp1.302.300 dengan volume maksimal 40 kali sedangkan range biaya minimal sebesar Rp342.000. Pada tindakan penunjang medis pemeriksaan laboratorium range biaya maksimal Rp1.725.300 sedangkan biaya minimal Rp633.600, dilanjutkan dengan tindakan pelayanan farmasi dengan range biaya maksimal sebesar Rp2.808.105 sedangkan biaya minimal sebesar Rp589.865. Selanjutnya temuan pada kasus K-1-13-I dengan selisih negative pada tindakan medis visit dokter didapatkan biaya range maksimal sebesar Rp81.000 volume tindakan sebanyak empat kali sedangkan biaya minimal

Rp27.000 volume tindakan sebanyak dua kali. Pada tindakan perawatan yang didapatkan pasien diketahui range biaya maksimal sebesar Rp621.000 volume tindakan sebanyak 35 kali sedangkan biaya minimal sebesar Rp186.300 kondisi tersebut dikarenakan tidak ditemukan peradangan pasca dilakukan operasi appendectomy. Pada tindakan penunjang medis pemeriksaan laboratorium didapati range biaya maksimal sebesar Rp632.700 dengan volume maksimal sebesar 10 kali sedangkan range biaya minimal sebesar Rp315.000. Pada tindakan penunjang lain pelayanan farmasi didapati range biaya maksimal sebesar Rp1.018.681 sedangkan range biaya minimal sebesar Rp643.451. Secara lengkap

perbandingan besaran pembiayaan layanan medis antara temuan selisih positif maupu selisih negative pada pelayanan medis spesialis bedah umum dengan kondisi klinis K-1-13-I dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5. Perbedaan Pelayanan Medis Spesialis Bedah Umum Yang Diterima Dan Kondisi Klinis Pasien BPJS Kelas III Rawat Inap pada Kasus K-1-13-I (Prosedur Appendik Ringan) Rugi Dan *Profit* Dengan Diagnosis K 35.9 (Acute appendicitis)

No	Pelayanan Medis	Kasus K-1-13-I Selisih Negatif		Kasus K-1-13-I Selisih Positif		Kondisi Klinis Pasien	Jenis Aktivitas / Pelayanan Medis		Kondisi Klinis Pasien			
		Range Biaya	Jenis Aktivitas / Pelayanan Medis	Range Volume	Range Biaya		Range Volume					
		Biaya Maks	Biaya Min	Vol Maks	Vol Min		Biaya Maks	Biaya Min	Vol Maks	Vol Min		
		Maks (Rp.)	Min (Rp.)				Maks (Rp.)	Min (Rp.)	Maks	Min		
1	a	162.000	54.000	-	12 kali	4 kali	81.000	27.000	-	4 kali	2 kali	Tidak dicurigai peradangan pasca operasi <i>appendictomy</i> .
	b	1.302.300	342.900		40 kali	-	621.000	186.300		35 kali	-	

Pelayanan Penunjang Medis												
2	a	Pemeriksaan Laboratorium	1.725.300	633.600	1) Pemeriksaan PK	29 kali	-	632.700	315.000	1) Pemeriksaan PK	10 kali	-
					2) Pemeriksaan PA					2) Pemeriksaan PA		
					3) Pemeriksaan Mikrobiologi							
b	Pelayanan farmasi	2.808.105	589.865	-	-	-	Pemakaian obat, antibiotika, dan cairan lebih banyak.	1.018.681	643.451	-	-	

(Sumber: Instalasi SIM dan Kerjasama RSUD X, 2016).

Temuan selisih pembiayaan pelayanan medis tidak hanya ditemukan pada layanan spesialis bedah umum, analisis selanjutnya ditemukan selisih pembiayaan pada layanan spesialis obstetric-ginekologi. Selanjutnya dilakukan pemetaan pada pelayanan medis spesialis obstetric-ginekologi pada kasus Persalinan Vaginal Ringan (O-6-13-I) selisih negatif dan selisih positif dengan diagnosis utama *single spontaneous delivery* (O 80.9) dan diagnosis sekunder *premature rupture of membranes onset of labour within 24 h* (O 42.0).

Didapatkan sebanyak lima kasus yang terdiri dari dua kasus selisih negatif sedangkan sebanyak

dua kasus selisih positif, keseluruhannya merupakan pasien dewasa berjenis kelamin perempuan. Berdasarkan hasil pemetaan didapatkan perbedaan pelayanan medis disertai kondisi klinis pasien. Pelayanan medis tersebut adalah tindakan keperawatan, tindakan medik operatif obgyn per vaginam sedang (jahit perineum), pemeriksaan laboratorium (patologi klinik), dan pelayanan farmasi. Hal ini ditunjukkan oleh range biaya pelayanan yang menunjukkan pemberian pelayanan medis baik volume dan jenis pelayanan lebih banyak dan bervariasi pada kasus rugi. Perbedaan pemberian

pelayanan medis baik volume dan jenis pelayanan serta biayanya adalah karena perbedaan kondisi klinis pasien pada kasus rugi, yaitu

kondisi pasien yang lebih buruk karena adanya trauma fisik (robekan di perineum) pada proses melahirkan dan tambahan penyakit penyerta.

Tabel 6. Perbedaan Pelayanan Medis Spesialis Obstetri-Ginekologi Yang Diterima Dan Kondisi Klinis Pasien BPJS Kelas III Rawat Inap pada Kasus O-6-13-I (Perasalinan Vaginal Ringan) Rugi dan Profit dengan Diagnosis Utama O 80.9 (Single Spontaneous Delivery) dan Diagnosis Sekunder O 42.0 (Premature Rupture of Membranes Onset of Labour Within 24 h)

No.	Pelayanan Medis	Kasus O-6-13-I Selisih Negatif					Kasus O-6-13-I Selisih Positif					Kondisi Klinis Pasien
		Range Biaya		Jenis Aktivitas / Pelayanan Medis	Range Volume		Range Biaya		Jenis Aktivitas / Pelayanan Medis	Range Volume		
		Biaya Maks (Rp.)	Biaya Min (Rp.)		Volume Maks	Volume Min	Biaya Maks (Rp.)	Biaya Min (Rp.)		Biaya Maks (Rp.)	Biaya Min (Rp.)	
1	Tindakan Medis											
a	Tindakan Keperawatan	477.000	41.200		21 kali	-	Pasien mengalami robekan di perineum (episiotomy) pada proses melahirkan	267.200	15.500	10 kali	-	Pasien tidak mengalami robekan di perineum (tidak dilakukan episiotomy) pada proses melahirkan
b	Tindakan medik operatif obgyn per vaginam sedang	630.000	63.000	Jahit perineum	1 kali	-		0	0	0	-	
2	Pelayanan Penunjang Medis											
a	Pemeriksaan Laboratorium	303.300	22.300	Pemeriksaan Patologi	11 kali	-	Dicurigai hepatitis B	145.800	14.580	6 kali	-	Pemeriksaan Patol

		Klini k		ogi Klinik	
Pelayan b an farmasi	1.945	24	-	Pema kaian Hepa titis B	25
	.745	8.2 84	-	immu ne globu lin (sedi aan obat)	259. 063 9. 06 3

(Sumber: Instalasi SIM dan Kerjasama RSUD X, 2016).

Kasus persalinan vaginal ringan (O-6-13-I) dengan diagnosis utama *single spontaneous delivery* (O 80.9) dan diagnosis sekunder *premature rupture of membranes onset of labour within 24 h* (O42.0). Kondisi klinis pasien pada kasus rugi adalah pasien mengalami robekan di

perineum (episiotomi) dan dilakukan tindakan medik operatif obgyn per-vaginam sedang yaitu dilakukan jahit perineum, tindakan medis tersebut meningkatkan biaya tindakan medik, yang diikuti juga dengan biaya tindakan keperawatan pasca tindakan medis.

PEMBAHASAN

Perbedaan Pelayanan Medis Spesialis Obstetri-Ginekologi Yang Diterima Dan Kondisi Klinis Pasien BPJS Kelas III Rawat Inap pada Kasus O-6-13-I (Perasalinan Vaginal Ringan) Rugi dan Profit dengan Diagnosis Utama O 80.9 (Single Spontaneous Delivery) dan Diagnosis Sekunder O 42.0 (Premature Rupture of Membranes Onset of Labour Within 24 h).

Adanya perbedaan tarif antara biaya riil rumah sakit dengan ketentuan tarif milik INA-CBGs yang menyebabkan persoalan pembiayaan kesehatan disebabkan parameter ukur yang digunakan kedua tarif berberda Penetapan tarif dengan metode INA-CBGs akan menjadi tantangan sekaligus peluang bagi rumah sakit dalam pengelolaan manajemen pelayanan medis kepada pasien (Mardiah et al., 2015)

Atas kondisi tersebut menyebabkan munculnya risiko

finansial pada meningkatnya biaya pengobatan pasien yang dahulu ada di lembaga asuransi (ASKES), maka kini berpindah ke rumah sakit karena penetapan tarif INA-CBGs memiliki acuan tarif yang sama pada setiap kasus dengan diagnose utama yang sama walaupun ada perbedaan lama hari perawatan maupun biaya actual yang dikeluarkan rumah sakit (Arfiani et al., 2020)

Implementasi tarif jaminan kesehatan yang sudah berjalan selama lima tahun lebih menemukan klaim rugi pada dua sisi baik pada sisi lembaga BPJS sebagai penanggung jawab pembiayaan layanan medis yang melaporkan kerugian. Hal tersebut disebabkan pihak rumah sakit yang melakukan klaim sangat tinggi sehingga menyebabkan deficit keuangan pada BPJS. Disisi rumah sakit, menyebutkan bahwa tarif yang ditetapkan pada INA-CBGs terlalu kecil dibandingkan tarif actual yang

dimiliki rumah sakit yang berakibat pada resiko kerugian (Handayani et al., 2018)

Berbagai studi menyebutkan bahwa tarif actual rumah sakit lebih besar dari tarif yang ditetapkan BPJS melalui INA-CBGs, sehingga menyebabkan kerugian pada rumah sakit terutama pada rumah sakit swasta (Nurwahyuni et al., 2019.) Padahal kasus kerugian rumah sakit pada penerapan tarif INA-CBGs pada rumah sakit milik pemerintah nyatanya juga mengalami kerugian, tarif INA-CBGs hanya mampu menutupi 60% dari biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk melakukan perawatan pasien (Lilissurian et al., 2017) (Aurelia et al., 2017); (Arfiani et al., 2020).

Nyatanya masalah kerugian atas implementasi tarif INA-CBGs tidak melihat pada status rumah sakit baik rumah sakit swasta maupun rumah sakit milik pemerintah juga mengalami kerugian (Mardiah et al., 2015) (Duarsa et al., 2019) walaupun ditemukan temuan bahwa kelas rawat, lama rawat, tindakan, tingkat keparahan dan tipe rumah sakit mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap selisih tarif antara *INA-CBG's* dan tarif rumah sakit (Amalia et al., 2020) Temuan lain pada kasus kerugian dipengaruhi jenis diagnosis dengan penyakit penyerta, disertai lama perawatan pasien (Dumaris, 2016) tingkat keparahan yang diderita pasien dan lama hari perawatan menjadi penyebab selisih tarif aktual rumah sakit dengan tarif INA-CBGs (Rahayuningrum et al., 2016) (Astuti et al., 2021)

Tidak semua studi mendukung temuan dalam penelitian ini, beberapa studi menemukan hasil berbeda yang menyebutkan tarif actual yang dikeluarkan rumah sakit ternyata jauh lebih rendah dibandingkan dengan tarif yang ditetapkan INA-CBGs (Handayani et

al., 2018) Dengan implementasi tarif INA-CBGs pihak BPJS dianggap sudah adil dalam penetapan tarif layanan kesehatan kepada pihak pasien maupun pada pihak rumah sakit sebagai provider (Lilissurian et al., 2017). Penggunaan sistem tarif yang digunakan INA-CBGs dianggap lebih objektif yang dapat menjadi salah ukuran kinerja rumah sakit (Busse, 2012). Hal tersebut mengingatkan penentuan tarif INA-CBGs sudah menghimpun data rumah sakit sampel di seluruh Indonesia, mulai tipe rumah sakit sampai biaya pelayanan medis, sehingga dirumuskan biaya per paket. Dengan standar tersebut rumah sakit tidak perlu lagi merinci biaya yang dikeluarkan untuk perawatan pasien (Sari, 2014)

Metode pembayaran biaya pelayanan medis menggunakan tarif INA-CBGs memaksa manajemen rumah sakit melakukan perubahan yang sangat besar pada sistem pelayanan medis yang dimiliki rumah sakit. Perubahan pada sistem baru yang memunculkan tantangan sekaligus peluang bagi rumah sakit untuk melakukan efisiensi pada pelayanan medis pada pasien yang harus diiringi dengan efektifitas pelayanan medis yang dimiliki. Sistem lama yang digunakan rumah sakit dengan membandingkan total pengeluaran dengan total pemasukan saat ini menjadi tidak relevan dilakukan sebagai gambaran pengelolaan manajemen rumah sakit yang baik sehingga mencapai keuntungan (Kustiyanti, 2023).

Kini pelayanan medis berbasis paket mendorong rumah sakit melakukan yang efektif pada seluruh jalur pelayanan medis, dan menantang rumah sakit untuk secepatnya menyembuhkan pasien dengan identifikasi yang tepat. Maka rumah sakit harus menerapkan pengendalian pada pelayanan medis sampai level mikro dengan melihat

kasus per kasus. Model pengendalian casemix accounting tersebut sudah diterapkan pada rumah sakit-rumah sakit di negara maju (Fahlevi, 2016).

KESIMPULAN

Hasil penelitian menemukan ada selisih pembiayaan pelayanan spesialis dasar pada pasien kelas 3 BPJS di RS X, baik selisih negative (rugi) maupun selisih positif (profit) antara tarif yang ditetapkan INA-CBGs dengan biaya pelayanan medis rumah sakit. Selisih negatif ditemukan apabila biaya yang dikeluarkan rumah sakit lebih besar dari ketetapan tarif klaim INA-CBGs, sedangkan selisih positif terjadi jika biaya pelayanan lebih rendah dari tarif yang ditentukan INA-CBGs. Kerugian pada pembiayaan pelayanan medis spesialis dasar tersebut disebabkan pada tiga faktor yaitu (1) pelayanan medis yang diberikan memiliki volume, jenis lebih banyak serta bervariasi, (2) lama perawatan lebih panjang, (3) kondisi pasien yang memburuk diakibatkan usia lanjut, tambahan penyakit, prosedur tindakan medis belum dilakukan, pasien sedang tahap pengobatan lain, adanya kondisi penyulit pada tindakan bedah, adanya trauma fisik.

Saran

Saran penelitian terkait perlu dilakukan efisiensi manajemen pada layanan medis yang dilakukan pihak rumah sakit namun pada sisi lain tetap menjaga kualitas layanan pada pasien. Pada sisi regulasi perlu dilakukan peninjauan dalam rentang waktu tertentu perhitungan kembali pada unit cost sistem paket tarif INA-CBGs sehingga selisih biaya riil dengan tarif paket pelayanan JKN semakin kecil.

Penelitian ini memiliki keterbatasan yaitu tidak meneliti nilai aktivitas, baik *value added*

activity maupun *non-value added activity*. Dikarenakan penelitian ini meneliti faktor yang membedakan sehingga terdapat kasus INA-CBGs dengan selisih negatif dan selisih positif, dan tidak mencari aktivitas pelayanan yang efektif atau tidak. Aktivitas pelayanan medis pada pasien BPJS dalam penelitian ini tidak dibandingkan dengan alur klinis (*clinical pathway*) nya, akan tetapi dibandingkan pelayanan medis pada kasus INA-CBGs rugi dan *profit* dengan diagnosis ICD-10 yang sama. Selain itu penelitian ini tidak sampai pada identifikasi proses koding klaim yang dilakukan pihak rumah sakit, sehingga penelitian mengacu pada data restrospektif pada data billing dan klaim pasien BPJS kelas III rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahyunto, F., Widianawati, E., Ratna Wulan, W., Basuki Putri, R., & Artikel, I. (2020). 520 *Higeia 4 (4) (2020) Higeia Journal Of Public Health Research And Development Tarif Rumah Sakit Dengan Tarif Ina-Cbgs Pasien Rawat Inap.*
- Amalia, R. (2020). *Analisis Penerapan Indonesia Case Based Groups (Ina-Cbg's) Dalam Pelayanan Badan Penyelenggara.*
- Arfiani, M., Fahlevi, H., & Zuraida, . (2020). Cost Recovery Rate Dan Pengendalian Biaya Di Rumah Sakit: Studi Kasus Pada Rumah Sakit Pemerintah. *Jurnal Aset (Akuntansi Riset)*, 12(2), 372-383.
- Astuti, N. D., Irmawati, I., & Apifah, A. (2021). Analisis Tarif Rumah Sakit Dan Tarif Ina Cbgs Kasus Gagal Jantung Kongestif. *Jurnal Rekam Medis Dan*

- Informasi Kesehatan*, 4(1), 44-51. Doi:
- Aulia, D., Ayu, S. F., & Nasution, H. N. (2017). *Analisis Upaya Rumah Sakit Dalam Menutupi Kekurangan Biaya Klaim Indonesia Case Base Group (Ina-Cbgs) Yang Dihitung Dengan Metode Activities Base Costing Pada Rumah Sakit Swasta Kelas C Di Kota Medan Tahun 2017*.
- Aurelia, A., & Pujiyanti, E. (2017). Biaya Satuan Dan Pemulihan Biaya (Cost Recovery Rate) Layanan Pasien Acute Coronary Syndrome Dengan Rawat Inap Di Rumah Sakit X Tahun 2015. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(3).
- Duarsa, A. M., Sulistiadi, W., & Sangadji, I. (2019). Strategi Atasi Perbedaan Unit Cost Sectio Caesaria Dengan Klaim Berdasarkan Tarif Ina-Cbg's Pada Pasien Bpjs Di Rumah Sakit Khusus Ibu Dan Anak Bunda Liwa. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (Marsi)*, 3(2), 142-154.
- Dumaris, H. (2016). *Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit Dan Tarif Ina-Cbg's Pelayanan Rawat Jalan Di Rsud Budhi Asih Jakarta Tahun 2015 Analysis On Tariff Differences Between Hospital's Tariff And Ina-Cbg's Tariff For Outpatient In Budi Asih Hospital Jakarta On 2015 Hotma Dumaris*.
- Fahlevi, H. (2016). Understanding Why The Role Of Accounting Is Unchanged In Indonesian Public Hospitals. *Journal Of Accounting And Organizational Change*, 12(2), 203-222.
- Fakhni Armen, & Viviyanti Azwar. (2013). *Dasar - Dasar Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. In *Dasar - Dasar Manajemen Keuangan Rumah Sakit* (Pp. 1-198). Yogyakarta: Gosyen Publishing Sleman.
- Handayani, L., & Lely Pratiwi Puslitbang Humaniora Dan Manajemen Kesehatan - Balitbangkes -Kemenkes, N. R. (2018). *Unit Cost Rumah Sakit Dan Tarif Ina-Cbgs: Sudahkah Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Dibayar Dengan Layak? Hospital Unit Cost And Ina-Cbgs Tariff: Is The Hospital Health Services Paid Fair? Puslitbang Humaniora Dan Manajemen Kesehatan - Balitbangkes - Kemenkes Ri*, 21(4), 219-227.
- Hasbullah Thabrany. (2014). *Jaminan Kesehatan Nasional* (Kedua, Pp. 1-394). Jakarta: Rajagrafindo Persada.
- Kustiyanti, S. A. (2023). *Smart Hospital: Konsep, Implementasi, dan Tantangan. Transformasi Rumah Sakit Indonesia Menuju Era Masyarakat*, 5, 161.
- Lilissurian, L., Saputra, I., & Mahlil, R. (2017). Perbedaan Biaya Real Rumah Sakit Dan Tarif Ina-Cbg's Untuk Kasus Katastopikgengan Penyakit Jantung Koroner Pasien Rawat Inap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Aceh*, 3(1).
- Listiyono, R. A. (2015). *Studi Deskriptif Tentang Kuaitas Pelayanan di Rumah Sakit Umum Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto Pasca Menjadi Rumah Sakit Tipe B. Jurnal Kebijakan Dan Manajemen Publik*, 1(1), 2-7.
- Mardiah, M., & Rivany, R. (2015). *Cost Recovery Rate Tarif Rumah Sakit Dan Tarif Ina-Cbg's Berdasarkan Clinical*

Pathway Pada Penyakit Arteri Koroner Di Rs Pemerintah A Di Palembang Tahun 2015.

Nursalam, D. (2014). *Manajemen Keperawatan" Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional.*

Nurwahyuni, A., Setiawan, E., Administrasi, D., Kesehatan, K., Masyarakat, K., Indonesia, U., & Kajian Ekonomi, P. (N.D.). *Kinerja Rumah Sakit Swasta Dengan Pembayaran Ina-Cbgs Di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Casemix, Casemix Index, Hospital Base Rate Performance Of Private Hospitals With Ina-Cbgs Payments In The Era Of National Health Insurance: Casemix, Casemix Index, Basic Hospital Rates.*

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),*

Sari, P. R. (2014). *Perbandingan Biaya Riil Dengan Tarif Paket Ina-Cbg's Dan Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Biaya Riil Pada Pasien Diabetes Melitus Rawat Inap Jamkesmas Di Rsup Dr. Sardjito Yogyakarta.*