

Analisis Tarif Layanan BPJS Kesehatan: Studi Kasus Pada Poliklinik Saraf Rumah Sakit X

Elhuriyah^{1*}, Lendrawati²

^{1*} Magister Manajemen, Institut Teknologi dan Bisnis Haji Agus Salim, Bukittinggi, Indonesia.

² Fakultas kedokteran Gigi, Universitas Andalas, Padang, Indonesia.

Email: ruslielhuriyah@gmail.com^{1*}, drglendrawati@gmail.com²

Histori Artikel:

Dikirim 11 Agustus 2025; Diterima dalam bentuk revisi 20 September 2025; Diterima 10 November 2025; Diterbitkan 1 Desember 2025. Semua hak dilindungi oleh Lembaga Otonom Lembaga Informasi dan Riset Indonesia (KITA INFO dan RISET) – Lembaga KITA.

Suggested citation:

Elhuriyah, E., & Lendrawati, L. (2025). Analisis Tarif Layanan BPJS Kesehatan: Studi Kasus Pada Poliklinik Saraf Rumah Sakit X. *JEMSI (Jurnal Ekonomi, Manajemen, Dan Akuntansi)*, 11(6), 5656-5665. <https://doi.org/10.35870/jemsi.v11i6.5286>.

Abstrak

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan skema pembayaran INA-CBG's merupakan dasar pembayaran klaim BPJS Kesehatan pada rumah sakit. Namun, banyak rumah sakit yang mengeluhkan adanya ketidaksesuaian tarif yang dibayarkan BPJS dengan biaya riil pelayanan rumah sakit. Ketidaksesuaian ini berpotensi terhadap keuangan rumah sakit, yang akan menimbulkan kerugian terhadap rumah sakit. Tujuan penelitian ini untuk menentukan faktor-faktor penyebab ketidaksesuaian tarif dan strategi rumah sakit menghadapi ketidaksesuaian tarif. Jenis penelitian ini adalah analisis kualitatif dengan rancangan studi kasus. Data sekunder dikumpulkan dari data pelayanan dan data keuangan rumah sakit tahun 2024. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan pihak manajemen dan fungsional rumah sakit. Dilakukan analisa deskriptif terhadap data sekunder, dan data hasil wawancara dianalisa secara kualitatif untuk mengeksplorasi faktor-faktor penyebab ketidaksesuaian tarif dan strategi rumah sakit menghadapi ketidaksesuaian tarif. Wawancara dilakukan pada bulan Mei-Juni 2025. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat selisih negatif biaya pelayanan pasien BPJS berdasarkan paket tarif INA-CBGs dengan tarif rumah sakit poliklinik saraf tahun 2024 sebanyak 30,3%. Faktor biaya yang paling banyak menyebabkan selisih tarif adalah biaya obat-obatan yaitu 28,4%. Faktor-faktor yang menyebabkan selisih tarif ini berkaitan dengan kompleksitas kasus pasien di poliklinik saraf yang mayoritas merupakan pasien penyakit kronis. Strategi yang diterapkan rumah sakit untuk menghadapi kondisi ini dengan optimalisasi penggunaan sistem digitalisasi, pembentukan tim casemix, menyusun clinical pathway, strategi subsidi silang, negosiasi dengan verifikator BPJS terhadap klaim pending, dan peningkatan kompetensi SDM.

Kata Kunci: BPJS Kesehatan; INA-CBG's; Tarif Layanan; Rumah Sakit; Casemix.

Abstract

The Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) system with the INA-CBG's payment scheme is the basis for payment of BPJS Kesehatan claims to hospitals. However, many hospitals complain about discrepancies between BPJS-provided rates and the actual cost of hospital services. This discrepancy has the potential to impact hospital finances, resulting in losses. The purpose of this research To determine the factors causing these rate discrepancies and the hospital's strategies to deal with tariff discrepancies. This research is a qualitative analysis with a case study design. Secondary data were collected from hospital service and financial data in 2024. Primary data were obtained through in-depth interviews with hospital management and functional staffs. Descriptive analysis of the secondary data was conducted, and the interview data were analyzed qualitatively to explore the factors causing these rate discrepancies and the hospital's strategies to deal with tariff discrepancies. Interviews were conducted in May-June 2025. research results show There was a negative difference in service costs for BPJS patients based on the INA-CBGs tariff package and the hospital's neurology polyclinic rates in 2024, amounting to 30.3%. The cost factor that contributed most to the difference in rates was the cost of medicines at 28.4%. Factors contributing to this difference were related to the complexity of patient cases in the neurology polyclinic, the majority of which are chronic disease patients. The hospital implemented strategies to address this situation, including optimizing the use of digitalization systems, establishing a casemix team, developing a Clinical Pathway, implementing a cross-subsidy strategy, negotiating with BPJS verifiers for pending claims, and improving human resource competency.

Keyword: BPJS Kesehatan; INA-CBGs; Service Rates; Hospitals; Casemix.

1. Pendahuluan

Kesehatan merupakan hak dasar setiap individu sebagaimana telah dinyatakan dalam konstitusi dan WHO. Berdasarkan falsafah negara Pancasila sila kelima, negara mengakui hak azasi warga terhadap kesehatan juga terdapat pada pasal 28h, pasal 34 UUD 1945. Kesadaran negara terhadap pentingnya jaminan perlindungan sosial dipertegas dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam Pasal 134 ayat 2 perubahan UUD 1945 yang menyebutkan: "negara mengembangkan Sistem Jaminan Kesehatan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia" (Kemenkes RI, 2016). Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program pemerintah dalam mencapai layanan kesehatan semesta (Universal Health Coverage/UHC) sebagaimana yang diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar RI 1945 dan Undang-Undang nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang menyatakan bahwa "SJSN menjamin hak yang sama bagi setiap warga dalam memperoleh akses layanan kesehatan bermutu, aman, serta terjangkau". Hal ini sejalan dengan tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs), indikator 3.8: untuk mencapai kesehatan semesta, termasuk perlindungan dalam risiko finansial, akses untuk mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas, serta akses untuk mendapatkan obat-obatan termasuk vaksin yang aman, berkualitas, efektif dan terjangkau (Djamhari EA, 2020). Undang-undang ini juga mengamanatkan bahwa program jaminan sosial diwajibkan terhadap seluruh penduduk, termasuk program jaminan kesehatan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial diatur dalam Undang-undang nomor 24 tahun 2011, bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan merupakan penyelenggara program jaminan sosial bidang kesehatan yang mulai dilaksanakan sejak 1 Januari 2014 (Permenkes No. 28 Tahun 2014).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan bertujuan memberikan perlindungan kesehatan terhadap peserta sehingga memperoleh manfaat dalam pemeliharaan kesehatan dan pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan terhadap setiap orang baik yang telah membayar iuran maupun yang dibayarkan pemerintah (Permenkes No 28 Tahun 2014). Dalam memahami sistem penyelenggaraan kesehatan secara menyeluruh, perlu dipahami tentang sistem pembiayaan kesehatan. Kebijakan pembiayaan kesehatan adalah alokasi dana pada fasilitas kesehatan yang dipergunakan dalam penyediaan layanan kesehatan termasuk obat-obatan, infrastruktur, serta jasa layanan. Sistem pembiayaan ini berdasarkan pada prioritas masyarakat, fasilitas kesehatan, kinerja staf pelayanan, kualitas dan kuantitas, serta harga dan insentif. Secara umum sistem pembiayaan kesehatan pada fasilitas kesehatan terdiri atas sistem pembiayaan primer (sistem kapitasi) dan sistem pembiayaan sekunder yang didasarkan atas kasus yang ditangani. Pemerintah melalui menteri kesehatan menetapkan tarif INA CBGs pada fasilitas pelayanan rujukan (rumah sakit). Demikian juga dengan jenis obat-obatan yang digunakan ditetapkan dalam formularium obat nasional serta penetapan jenis alat-alat kesehatan ditetapkan dalam kelompok kompendium alat kesehatan. Dengan adanya ketentuan tersebut maka semua fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus melaksanakan aturan yang sudah ditetapkan oleh menteri kesehatan (Djamhari EA, 2020). Pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas merupakan salah satu tujuan utama program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola BPJS Kesehatan, namun masih dijumpai masalah terhadap tuntutan pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan yang diterima, dan pengajuan klaim yang tidak sesuai prosedur layanan yang didapat dan tarif rumah sakit. Demikian pula dengan tarif yang ditetapkan oleh BPJS sering menjadi sorotan, terutama yang berkaitan dengan efektivitas pembiayaan. Hal ini merupakan tantangan bagi BPJS dan rumah sakit dalam menentukan tarif layanan yang efektif dan seimbang antara efisiensi operasional rumah Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan menggunakan sistem pembayaran case-based groups atau INA-CBG's. Sistem ini bertujuan untuk mendorong efisiensi biaya pelayanan dan menghindari pemborosan dalam pembiayaan. Namun, banyak rumah sakit mengeluhkan adanya ketidaksesuaian antara biaya aktual pelayanan dan tarif yang dibayarkan oleh BPJS. Ketidaksesuaian ini dapat berdampak pada keuangan rumah sakit, kualitas pelayanan, serta kepuasan pasien. Oleh karena itu, penting dilakukan kajian literatur untuk melihat bagaimana tren

RESEARCH ARTICLE

permasalahan tarif BPJS di rumah sakit, faktor-faktor yang memengaruhi, serta strategi manajemen rumah sakit dalam merespons hal tersebut.

2. Tinjauan Pustaka

2.1 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah lembaga sosial berbentuk badan hukum publik yang bersifat non-profit dan bertugas menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia. BPJS merupakan lembaga negara yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan (Kementerian Kesehatan RI, 2016). BPJS Kesehatan menyelenggarakan program JKN untuk seluruh rakyat Indonesia, termasuk Aparatur Sipil Negara (ASN), pensiunan ASN, TNI, POLRI, veteran, perintis kemerdekaan dan keluarganya, badan usaha, serta masyarakat umum (Permenkes No. 3 Tahun 2023). BPJS Kesehatan adalah salah satu dari lima program dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang terdiri dari: Jaminan Kesehatan, Jaminan Hari Tua, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Kematian, dan Jaminan Pensiun (UU RI No. 40 Tahun 2014). Sumber dana BPJS Kesehatan berasal dari iuran peserta yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, maupun pemerintah. Bagi peserta penerima upah, besar iuran didasarkan pada persentase gaji atau upah yang diterima dan dibayarkan oleh pemberi kerja. Bagi peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran), iuran dibayar oleh pemerintah, sedangkan bagi peserta bukan PBI dan bukan penerima upah, iuran dibayar oleh peserta tersebut (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Untuk pembayaran biaya layanan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dilakukan dengan sistem kapitasi, yaitu sistem pembayaran berdasarkan jumlah pasien yang ditanggung oleh FKTP tersebut. Sedangkan pembayaran biaya layanan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut, dibayarkan berdasarkan sistem paket atau INA-CBGs, yang didasarkan atas diagnosis penyakit. Pada layanan gawat darurat yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, pembayaran biaya layanan dilakukan dengan penggantian biaya yang besarnya disetarakan dengan tarif yang berlaku di daerah tersebut (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

2.2 Tarif Pelayanan BPJS Kesehatan

Standar tarif layanan BPJS Kesehatan didasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 3 tahun 2023 tentang 'Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan'. Standar tarif yang diatur dalam Permenkes ini mencakup layanan kesehatan tingkat pertama (tarif kapitasi dan non-kapitasi), layanan kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL), tarif INA-CBGs, dan non-INA-CBGs. Aturan ini berdasarkan pada kebijakan terhadap peningkatan upaya promotif dan preventif pada FKTP serta penilaian terhadap kinerja FKTP dalam kegiatan layanan promotif dan preventif yang terbaik. Aturan ini juga mencakup penambahan layanan yang dibayarkan oleh BPJS dan penyesuaian satuan biaya terhadap tindakan medis yang dilakukan di FKRTL. Dengan penyesuaian tarif ini, diharapkan tenaga kesehatan (nakes) mendapatkan kapitasi, remunerasi, dan insentif secara lebih baik. Dengan perubahan tarif ini, diharapkan terjadi peningkatan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan oleh penyedia layanan maupun penerima layanan (KEMENKES RI, 2025). Berdasarkan Permenkes No. 3 Tahun 2023, Bab III, Pasal 25 dan 26, yang mengatur tentang standar tarif pada FKRTL, tarif FKRTL terdiri atas Tarif INA-CBG dan Tarif Non-INA-CBG. Tarif Indonesia Case-Based Groups (INA-CBG) adalah "besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan pada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur, meliputi seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan, baik medis maupun non-medis". Tarif Non-INA-CBG adalah tarif di luar paket INA-CBG untuk beberapa layanan tertentu, dengan proses pengajuan klaim yang diajukan terpisah dari tarif INA-CBG. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) adalah "fasilitas kesehatan dengan pelayanan kesehatan perorangan spesialisasi yang terdiri dari fasilitas rawat jalan lanjutan, rawat inap tingkat lanjut, dan rawat inap di ruang perawatan khusus" (Permenkes No. 3 Tahun 2023). Pada tarif INA-CBG, terdapat pembayaran tambahan (top-up payment) pada special casemix main groups (CMG), yang terdiri atas special procedure, special investigation, special drugs, special prosthesis,

RESEARCH ARTICLE

subacute cases, dan chronic cases, yang diberikan kepada pelayanan dengan kriteria tertentu (Dikutip dari Pasal 27 Permenkes No. 3 Tahun 2023).

2.3 Pembiayaan Kesehatan

Dalam UUD RI Tahun 1945 Pasal 28 dikatakan bahwa "setiap penduduk berhak atas layanan kesehatan dan negara bertanggung jawab untuk menyediakan fasilitas layanan kesehatan untuk semua warga negara". Sistem pembiayaan yang tepat diperlukan agar setiap warga negara mendapatkan hak untuk memperoleh layanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif dengan mutu yang baik dan biaya yang terjangkau (Setiawan *et al.*, 2022). Secara definisi, biaya diartikan sebagai "sejumlah sumber daya yang dikeluarkan atau dikorbankan dalam mencapai tujuan tertentu dan biasanya dihitung secara finansial" (Heryana, 2019). Biaya kesehatan adalah sejumlah uang yang harus dipersiapkan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan ataupun memanfaatkan layanan kesehatan dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan individu, kelompok, keluarga, maupun masyarakat. Dari sudut pandang penyedia layanan, biaya kesehatan adalah sejumlah dana yang dipersiapkan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Sedangkan dari sudut pandang pengguna layanan, biaya kesehatan adalah sejumlah uang yang harus tersedia saat memakai jasa layanan kesehatan. Biaya kesehatan dari sudut pandang penyelenggara terdiri atas biaya investasi dan biaya pelayanan (Suprianto dan Mutiarin, 2017). Biaya kesehatan tersebut digunakan untuk biaya pelayanan kedokteran yang berupa dana untuk keperluan pengobatan dan pemulihan kesehatan, serta biaya pelayanan kesehatan masyarakat yang diperlukan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat operasional (Idris dan Siregar, 2022). Penggunaan biaya kesehatan sebagian besar diserap oleh kebutuhan untuk biaya sumber daya manusia, biaya perawatan rumah sakit, dan kebutuhan obat-obatan (Arrozi *et al.*, 2020; Setiawan *et al.*, 2022). Biaya kesehatan dikatakan baik apabila memenuhi empat kriteria: ketersediaan dana kesehatan dalam jumlah cukup sehingga dapat dimanfaatkan secara mudah oleh masyarakat untuk layanan kesehatan, sebaran dana sesuai kebutuhan, terdapat pengaturan dana yang baik, serta adanya efisiensi dan efektivitas dalam pengelolaan dana (Idris dan Siregar, 2022).

Sumber utama biaya kesehatan dari pemerintah berasal dari dana APBN, APBD, out-of-pocket (OOP), dana swasta, dana hibah, dan donor yang berasal dari perusahaan swasta atau luar negeri. Sedangkan sumber pendapatan dari asuransi kesehatan berasal dari kontribusi sosial dan subsidi pemerintah untuk orang miskin dan tidak mampu (Setiawan *et al.*, 2022). BPJS Kesehatan adalah administrator dari JKN yang bertugas mengumpulkan dana dari pemerintah, orang pribadi, maupun perusahaan swasta sehingga terkumpul menjadi satu kumpulan nasional. Dana ini digunakan untuk membeli layanan kesehatan dari penyedia layanan kesehatan publik dan swasta. Jaminan Kesehatan Nasional merupakan reformasi dalam pembiayaan kesehatan yang berfungsi dalam mengatasi pembiayaan kesehatan dalam hal pengumpulan dana kesehatan, penggabungan, dan pembelian layanan kesehatan (Mahendradhata, 2017; Setiawan *et al.*, 2022). Standar anggaran minimal untuk kesehatan suatu negara ditetapkan oleh WHO sebesar 5%-6% dari APBN, dan secara ideal besaran anggaran untuk kesehatan adalah 15%-20% dari APBN. Dengan anggaran sebesar ini, diharapkan negara mampu membiayai kebutuhan layanan kesehatan secara optimal sehingga meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Idris dan Siregar, 2022).

2.4 Sistem Perhitungan Tarif Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai mitra pelaksanaan JKN dituntut untuk mengelola sumber daya secara tepat sehingga mampu memberikan pelayanan terbaik dan mendukung layanan klinis secara efektif serta meningkatkan kepuasan pelanggan. Untuk mengevaluasi efektivitas dan efisiensi layanan rumah sakit, perlu mengetahui biaya satuan setiap tindakan dan produk layanan. Dengan diketahuinya biaya satuan tersebut, tarif layanan rumah sakit dapat dikembangkan dengan memperhitungkan berbagai aspek seperti subsidi dari pemerintah, margin yang diinginkan, daya beli masyarakat, tingkat inflasi, dan lain-lain. Oleh karena itu, para pengelola rumah sakit perlu memahami dan terampil dalam menghitung biaya satuan tersebut (Darmawan *et al.*, 2023).

RESEARCH ARTICLE

Ketentuan penetapan tarif rumah sakit diatur dalam Undang-Undang Kesehatan No. 17 Tahun 2023 Pasal 194, yang menyatakan bahwa:

- 1) Besaran tarif ditetapkan berdasarkan "Pola Tarif Nasional dan Pagu Tarif Maksimal".
- 2) "Pola Tarif Nasional ditetapkan oleh Menteri berdasarkan komponen biaya satuan dengan memperhatikan kondisi regional".
- 3) "Gubernur menetapkan Pagu Tarif Maksimal berdasarkan Pola Tarif Nasional yang berlaku untuk RS di Provinsi yang bersangkutan" (UU RI No. 17 Tahun 2023, 2023).

Pada sebagian besar rumah sakit pemerintah, penetapan tarif berdasarkan ketetapan dari pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah, dengan adanya Surat Keputusan Menteri Kesehatan ataupun Pemerintah Daerah. Dalam penetapan tarif rumah sakit pemerintah, pemerintah sebagai pemilik rumah sakit melakukan kontrol ketat. Pada umumnya, tarif yang ditetapkan pemerintah memiliki pemulihan biaya (cost recovery) yang rendah. Tarif dengan cost recovery yang rendah biasanya diterapkan pada kelas pelayanan bawah (kelas III), yang merupakan subsidi dari pemerintah terhadap masyarakat miskin.

3. Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah analisis kualitatif dengan rancangan studi kasus. Data sekunder dikumpulkan dari data pelayanan dan data keuangan Rumah Sakit X tahun 2024. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan pihak manajemen dan fungsional rumah sakit. Data sekunder dianalisis secara deskriptif, sementara data hasil wawancara dianalisis secara kualitatif untuk mengeksplorasi faktor-faktor penyebab ketidaksesuaian tarif dan strategi rumah sakit dalam menghadapi ketidaksesuaian tarif. Wawancara dilakukan pada bulan Mei-Juni 2025. Teknik analisis data yang digunakan adalah model interaktif analisis dari Miles dan Huberman (1994), yang mencakup beberapa teknik analisis, antara lain:

- 1) Reduksi Data
Reduksi data adalah proses pemikiran yang memerlukan kecerdasan, keluasan, dan kedalaman wawasan. Setelah data direduksi, gambaran yang jelas akan terbentuk dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya.
- 2) Penyajian Data (*Display Data*)
Penyajian data bertujuan untuk mempermudah pemahaman terhadap apa yang terjadi dan merencanakan langkah kerja selanjutnya. Dalam penelitian ini, peneliti membuat uraian singkat sesuai dengan kategori dan keterkaitan antar kategori serta uraian dari rumusan masalah yang dibahas dalam penelitian ini.
- 3) Penarikan Kesimpulan (*Conclusion*)
Kesimpulan awal yang dikemukakan bersifat sementara dan akan berubah apabila tidak ditemukan bukti yang kuat dalam mendukung tahap pengumpulan data berikutnya.

4. Hasil dan Pembahasan

4.1 Hasil

4.1.1 Selisih Tarif INA-CBGs dengan Tarif Rumah Sakit X

Terdapat selisih negatif antara total klaim yang dibayarkan oleh BPJS dan total biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit. Berikut ini adalah rekapan perbandingan biaya klaim pasien BPJS dengan biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit.

RESEARCH ARTICLE

Tabel 1. Rekapitan Komposisi Biaya Pasien BPJS di Poliklinik Saraf dibandingkan Dengan Tarif RS X Tahun 2024

No	Komponen	Biaya riil rumah sakit (Rp)	Prosentase biaya riil rumah sakit	Tarif paket BPJS (Rp)	Selisih	Prosentase Selisih
1	Konsultasi dokter spesialis saraf	1.486.700.000	36,0%	747.400.000	739.300.000	18,1%
2	Laboratorium	619.780.000	15,6%	9.642.190	610.137.810	14,9%
3	Obat-obatan	1.960.362.533	47,9%	800.523.389	1.159.839.144	28,4%
4	Radiologi	21.175.000	0,5%	8.470.000	12.705.000	0,3%
5	Total biaya/klaim	4.088.017.533	100%	2.847.594.000	1.240.423.533	30,3%

Berdasarkan tabel di atas, komponen biaya terbesar pada pasien poliklinik saraf adalah biaya obat-obatan dengan persentase sebesar 47,9%, diikuti oleh biaya konsultasi dokter spesialis saraf sebesar 36,0%. Selisih total biaya yang dikeluarkan rumah sakit dengan klaim BPJS mencapai 30,3%. Komponen biaya yang paling berkontribusi terhadap selisih tarif adalah biaya obat-obatan, dengan selisih mencapai 28,4% dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan rumah sakit.

4.1.2 Faktor-Faktor Penyebab Ketidaksesuaian Tarif

Berdasarkan hasil penelitian, ada beberapa faktor yang menyebabkan ketidaksesuaian tarif di Poliklinik Saraf Rumah Sakit X, yaitu:

1) Kompleksitas Kasus Pasien

Mayoritas pasien di poliklinik saraf adalah penderita stroke dengan berbagai faktor risiko dan komorbiditas. Hal ini menyebabkan kebutuhan untuk konsultasi dengan banyak dokter, penggunaan obat-obatan yang lebih kompleks, serta pemeriksaan penunjang yang melebihi tarif atau paket. Hal ini didukung dengan hasil wawancara berikut: "Mayoritas pasien adalah stroke dengan faktor risikonya banyak dari bagian lain, ada komplikasi yang butuh konsul ke bagian lain, jumlahnya lebih dari 50 persen..."

2) SEP yang Tidak Dibayar

Banyak klaim yang tidak dibayar karena pasien melakukan kunjungan berulang lebih dari satu kali dalam sebulan atau karena ketidaklengkapan berkas. Hal ini didukung oleh hasil wawancara berikut: "...dari berkas klaim tersebut yang sering bermasalah khususnya di poli saraf yaitu ditemukan banyaknya SEP atau surat eligibilitas pasien yang tidak bisa ditagihkan dikarenakan SEP tersebut terbit lebih dari yang diizinkan oleh BPJS...."

3) Tindakan atau Pemeriksaan di Luar Paket

Beberapa tindakan medis atau pemeriksaan yang dilakukan tidak tercakup dalam paket yang ditetapkan BPJS, atau biaya melebihi tarif yang telah ditentukan. Selain itu, tarif rumah sakit yang lebih tinggi juga berkontribusi terhadap ketidaksesuaian tarif ini. Hal ini didukung dengan hasil wawancara berikut:

"Tarif paket BPJS tidak sepenuhnya bisa menutupi tarif layanan RS kita, penyebabnya karena tarif riil kita lebih tinggi, disamping kemungkinan juga ada beberapa tindakan dan pemeriksaan pelayanan di rawat jalan yang dilakukan sesuai indikasi medis yang diperlukan tetapi tidak bisa di top-up..."

4.1.3 Strategi Rumah Sakit Terhadap Ketidaksesuaian Tarif

Untuk mengatasi ketidaksesuaian tarif, Rumah Sakit X telah mengimplementasikan beberapa strategi, yaitu:

- 1) Mengembangkan sistem digitalisasi untuk pelaporan manajemen.
- 2) Pembentukan tim casemix untuk memantau sistem pembayaran.
- 3) Implementasi subsidi silang dalam pembiayaan pasien BPJS.

RESEARCH ARTICLE

- 4) Melakukan kendali mutu dan kendali biaya.
- 5) Menyusun Clinical Pathway (CP) yang efektif dan efisien.
- 6) Meningkatkan kepatuhan dalam penggunaan Clinical Pathway.
- 7) Mengusulkan kepada PERSI Sumbar atau ARSKI (Asosiasi Rumah Sakit Kemenkes Indonesia) agar pemerintah segera melakukan revisi terhadap tarif BPJS.
- 8) Pembahasan kasus klaim pending dengan verifikasi BPJS.
- 9) Meningkatkan minat masyarakat untuk menggunakan layanan non-JKN.

4.2 Pembahasan

Berdasarkan data sekunder dari bagian pelayanan dan keuangan Rumah Sakit X, terdapat selisih negatif antara total klaim yang dibayarkan BPJS dengan total biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, menunjukkan bahwa biaya pelayanan pasien BPJS di Poliklinik Saraf lebih besar dibandingkan dengan klaim BPJS. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Fuad dkk (2021), Wusono dkk (2020), Sari dkk (2024), Wardhani dkk (2019), serta Fitri dan Sundari (2023), yang juga menemukan bahwa biaya rumah sakit lebih tinggi daripada tarif INA-CBGs, yang mengindikasikan kerugian rumah sakit. Dalam penelitian ini, selisih tarif terbesar ditemukan pada komponen biaya obat-obatan, yaitu sebesar 28,4%, yang berkaitan dengan morbiditas pasien yang mayoritas menderita penyakit stroke dengan komorbid. Beberapa penelitian lain yang menghasilkan temuan serupa antara lain Wusono dkk (2020) yang meneliti biaya farmasi di poliklinik penyakit dalam, yang menunjukkan selisih tarif terbesar sebesar 53,7%, yang disebabkan oleh penyakit kronis. Selain itu, Fuad dkk (2021) menemukan bahwa biaya obat-obatan dan bahan habis pakai merupakan komponen variabel yang paling berpengaruh terhadap kerugian, sementara Yuniarti dkk (2015) menyoroti lamanya perawatan pasien sebagai faktor penyebab selisih tarif. Penelitian lain yang mendapatkan hasil berbeda, seperti Fitri dan Sundari (2023), yang meneliti pasien rawat inap, menyatakan bahwa perbedaan tarif terbesar disebabkan oleh prosedur bedah dan biaya akomodasi. Sari dkk (2024) dan Wardhani dkk (2019) juga menyebutkan bahwa faktor perbedaan tarif terkait dengan lama rawatan dan pengetahuan petugas tentang case mix, serta kurangnya pemantauan manajemen.

Ketidaksesuaian tarif antara BPJS dan biaya riil pada pelayanan Poliklinik Saraf merupakan tantangan utama dalam pengelolaan pelayanan kesehatan di RS X. Selisih negatif pendapatan BPJS ini menjadi beban keuangan yang cukup signifikan bagi rumah sakit, karena mayoritas pasien adalah peserta BPJS dan menjadi sumber pendapatan utama. Beberapa faktor penyebab ketidaksesuaian tarif yang teridentifikasi antara lain: pertama, kompleksitas kasus pasien poliklinik saraf, di mana mayoritas pasien adalah penderita penyakit kronis dengan kelainan kompleks seperti stroke, epilepsi, dan Parkinson yang memerlukan konsultasi dengan banyak dokter serta obat-obatan yang lebih kompleks. Kedua, adanya ketentuan BPJS yang membatasi jumlah kunjungan pasien dalam satu bulan, sehingga kunjungan berulang tidak dibayar meskipun secara klinis diperlukan. Ketiga, biaya konsultasi antar spesialis yang tidak terakomodasi oleh tarif BPJS, karena BPJS hanya membayar satu klaim per-kunjungan, meskipun pasien sering membutuhkan konsultasi lintas spesialis. Keempat, adanya tindakan atau pemeriksaan yang biayanya melebihi paket yang ditetapkan BPJS dan tidak dapat di-top up. Kelima, tarif rumah sakit yang lebih tinggi dari tarif BPJS, karena rumah sakit tipe A di regional II memiliki tarif yang lebih tinggi dibandingkan dengan tarif BPJS, sementara tarif BPJS belum berbasis pada biaya aktual dan tidak mencerminkan kompleksitas kasus. Untuk mengatasi ketidaksesuaian tarif ini, RS X telah menerapkan beberapa strategi, seperti: pertama, optimalisasi penggunaan sistem digitalisasi untuk meminimalkan biaya operasional, termasuk penggunaan sistem e-rekam medis yang terhubung dengan BPJS dan penjadwalan kunjungan pasien melalui aplikasi rumah sakit. Kedua, pembentukan tim casemix untuk memantau pembiayaan pelayanan. Ketiga, penyusunan Clinical Pathway (CP) yang efektif dan efisien untuk memastikan pelayanan sesuai dengan prosedur standar. Keempat, konsolidasi layanan dalam konsultasi antar bagian, sehingga pasien hanya melakukan satu konsultasi ke dokter spesialis lain dalam satu periode kunjungan. Kelima, penerapan strategi subsidi silang dari layanan lain yang memiliki margin lebih tinggi, seperti layanan rawat inap kelas VIP dan peningkatan layanan non-JKN. Keenam, kolaborasi eksternal dengan bergabung dalam forum rumah sakit regional seperti PERSI Sumbar atau ARSKI untuk

RESEARCH ARTICLE

menyuarakan kebutuhan revisi tarif BPJS. Ketujuh, negosiasi dengan verifikator BPJS untuk klaim yang tertunda agar dapat dibayarkan pada periode selanjutnya. Terakhir, peningkatan kompetensi dan efisiensi SDM melalui pelatihan staf dalam dokumentasi medis dan kodefikasi klaim yang lebih akurat, guna menghindari klaim under-coding.

5. Kesimpulan

Biaya pelayanan pasien BPJS di Poliklinik Saraf RS X pada tahun 2024 menunjukkan adanya selisih negatif antara total klaim yang dibayarkan oleh BPJS dan biaya riil yang dikeluarkan oleh rumah sakit, yang mengindikasikan kerugian pada layanan BPJS di Poliklinik Saraf. Beberapa faktor penyebab ketidaksesuaian tarif ini teridentifikasi, di antaranya: kompleksitas mayoritas kasus pasien poliklinik saraf, kunjungan berulang lebih dari satu kali dalam sebulan, konsultasi antar spesialis yang tidak terakomodasi dalam tarif BPJS, tindakan atau pemeriksaan yang biayanya melebihi paket yang ditetapkan BPJS, serta tarif rumah sakit yang lebih tinggi dibandingkan tarif BPJS. Untuk mengatasi kerugian ini, rumah sakit telah mengimplementasikan beberapa strategi dalam pengendalian biaya agar pelayanan pasien dapat terlaksana secara optimal. Strategi yang diterapkan oleh rumah sakit untuk menghadapi ketidaksesuaian tarif BPJS di Poliklinik Saraf RS X antara lain adalah: optimalisasi penggunaan sistem digitalisasi untuk meminimalkan biaya operasional, pembentukan tim casemix untuk memantau biaya pelayanan, penyusunan Clinical Pathway yang efektif dan efisien agar pelayanan yang diberikan sesuai dengan prosedur standar, konsolidasi layanan dalam konsultasi antar bagian, penerapan strategi subsidi silang, serta kolaborasi eksternal dengan bergabung dalam forum rumah sakit regional seperti PERSI Sumbar atau ARSKI (Asosiasi Rumah Sakit Kemenkes Indonesia) untuk berbagi strategi dan menyuarakan aspirasi agar pemerintah segera merevisi tarif INA-CBGs. Selain itu, rumah sakit juga melakukan negosiasi dengan verifikator BPJS terhadap klaim pending agar klaim yang tidak bisa dibayarkan dapat dibayarkan pada periode selanjutnya, serta meningkatkan kompetensi dan efisiensi SDM melalui pelatihan staf dalam dokumentasi medis dan kodefikasi klaim yang lebih akurat.

6. Referensi

- Djamhari, E. A., Aidha, C. N., Ramdhaningrum, H., Kurniawan, D. W., Fanggidae, S. J., Herawati, H., ... & Chrisnahunta, A. (2020). Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya. *Jakarta: PRAKARSA*.
- Dwi Wulan, S. M., Murti Andayani, T., & Endarti, D. (2024). *Perbandingan biaya riil rumah sakit dengan tarif INA-CBGs pada pasien rawat inap malaria*.
- Faulina, A. C., Khoiri, A., & Herawati, Y. T. (2017). Kajian Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di UPT. Pelayanan Kesehatan Universitas Jember. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 12(2).
- Fuad, M. F., Ramadhan, Y., & Hilmy, M. R. (2021). Unit Cost Calculation of Indonesian National Health Insurance System (BPJS) Outpatient Care for Hypertension Diagnosis Patient in 2019 Over Harapan Keluarga Mataram Hospital. *Journal of Multidisciplinary Academic*, 5(1), 10-14.
- Harnaning, W. (2016). *Claim management analysis of the Social Security Agency (BPJS) in health with business process reengineering approach: A case study at government hospital in Indonesia*. Vol. 10.

RESEARCH ARTICLE

- Hernowo, W. I. (2018). *Analisis tarif layanan kesehatan BPJS Kesehatan (INA-CBGs) dan efisiensi layanan tahun 2017 (studi kasus pada RS. XXX)*.
- Heryana, A. (2019). Konsep Biaya pada Pelayanan Kesehatan.
- Ismiana, B. H., Tamtomo, D., & Sulaeman, E. S. (2019). Determinants of the difference between actual cost and Indonesian case based groups (INA-CBGs) reimbursement for birth delivery at hospitals in Mataram, West Nusa Tenggara.
- 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, 217–223. <https://doi.org/10.20473/jfiki.v10i22023.217-223>.
- Mahendradhata, Y., TI, Ls, Soewondop, M. T., & Et al. (2017). *The Republic of Indonesia health system review*.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Neng Kamarmi, S. M. (2011). Analisis pelayanan publik terhadap masyarakat (Kasus pelayanan Kesehatan di Kabupaten Agam). *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*, 2, 84-110.
- Setiawan, E., Dariatno, E., Fitriana, S., Giovanni Van Empel, Y., Idris, H., Ym A., Et al. (2022). *Pembiayaan kesehatan konsep dan best practices di Indonesia*.
- Setiawan, E., Sihalo, E. D., Yuliawati, F., Empel, G. V., Idris, H., & Siregar, A. Y. (2022). *Pembiayaan Kesehatan Konsep dan Best Practices di Indonesia*. Jakarta: PPJK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Suprianto, A., & Mutiarin, D. (2017). Evaluasi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. *Journal of Governance and Public Policy*, 4, 71–107. <https://doi.org/10.18196/jgpp.4172>.
- Surya, R., Gani, A., Saroyo, Y. B., Soe, R., Tengah, T., District, S., Et al. (2023). *Hospital cost vs INA-CBGs claim for obstetrics procedure in Soe rural general hospital, East Nusa*.
- Suryawati, C. Cost awareness analysis on acute appendicitis treatment with social security agency for health (BPJS in health sector) at Budi Kemuliaan Hospital Batam.
- UU RI No. 17 Tahun 2023. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan*.
- UU RI No. 40 Tahun 2014. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2014 Tentang Peasuransian*.
- Witcahyo, E. (2019). Perhitungan Biaya Satuan Pada Tindakan Intensive Unit Care di Rumah Sakit X di Jember Melalui Metode Activity Based Costing (ABC). *Jurnal ekonomi kesehatan Indonesia*.
- Wusono, S., Hendrartini, J., & Sulisty, D. H. (2020). Analisis Tarif Pelayanan Poli Penyakit Dalam di Rumah Sakit Umum Daerah dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan (The Indonesian Journal of Health Service Management)*, 23 (03), 95, 100.

RESEARCH ARTICLE

Yulida, E. PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 28 Tahun 2014 TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.

Yuniarti, E., Amalia, A., & Handayani, T. M. (2015). Analisis Biaya Terapi Penyakit Diabetes Melitus Pasien Jaminan Kesehatan Nasional di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta-Perbandingan Terhadap Tarif INA CBGs. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 4(3), 97-103.