

TRANSFORMASI KEBIJAKAN PEMBIAYAAN PELAYANAN ONKOLOGI DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL: IMPLIKASI BAGI MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Wahyu Nur Chalamsah Setiawan¹, Wachyu Sulistiadi²

¹Magister Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia.

²Departemen Kebijakan dan Administrasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia.

Email : wahyu.nur51@ui.ac.id¹, wahyus@ui.ac.id²

ABSTRAK

Transformasi kebijakan pembiayaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terus berkembang seiring kebutuhan menjaga akses, efisiensi, mutu, dan keberlanjutan pelayanan kesehatan. Pelayanan onkologi menjadi perhatian karena memiliki kompleksitas klinis, kebutuhan teknologi, dan penggunaan sumber daya yang relatif tinggi. Penelitian ini bertujuan menganalisis transformasi kebijakan pembiayaan pelayanan onkologi dalam JKN berdasarkan regulasi di Indonesia serta implikasinya terhadap manajemen rumah sakit. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif-analitis melalui studi kepustakaan dan analisis regulasi. Data diperoleh dari peraturan perundang-undangan serta literatur ilmiah yang relevan dengan pembiayaan JKN dan pelayanan onkologi. Transformasi pembiayaan berlangsung bertahap melalui konsolidasi JKN, penerapan INA-CBG, penyesuaian standar tarif, penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), serta uji coba *Indonesian Diagnosis Related Groups* (I-DRG) dan rujukan berbasis kemampuan pelayanan. Heterogenitas kebutuhan klinis dan biaya pelayanan onkologi menunjukkan bahwa biaya aktual tidak selalu sejalan dengan tarif berbasis kelompok kasus. Perubahan tersebut berimplikasi terhadap pengendalian biaya, *clinical pathway*, dokumentasi klinis dan pengodean, manajemen klaim, pengelolaan obat, sistem informasi, kapasitas pelayanan, dan kompetensi sumber daya manusia. Transformasi kebijakan pembiayaan onkologi dalam JKN menuntut integrasi tata kelola klinis dan finansial agar rumah sakit mampu menjaga efisiensi, kecukupan pembiayaan, mutu, akses, dan keberlanjutan pelayanan. INA-CBG masih menjadi dasar pembayaran FKRTL, sedangkan uji coba I-DRG menunjukkan arah transisi sistem pembayaran berikutnya.

Kata Kunci: Jaminan Kesehatan Nasional, Onkologi, INA-CBG, I-DRG, Manajemen Rumah Sakit

ABSTRACT

The transformation of financing policies within Indonesia's National Health Insurance (Jaminan Kesehatan Nasional [JKN]) program continues to evolve in response to the need to maintain healthcare access, efficiency, quality, and sustainability. Oncology services require particular attention because of their clinical complexity, technological requirements, and relatively high resource utilization. This study aimed to analyze the transformation of oncology financing policies within JKN based on Indonesian regulations and their implications for hospital management. This study employed a qualitative approach with a descriptive-analytical design through a literature review and regulatory analysis. Data were obtained from relevant laws and regulations and scientific literature concerning JKN financing and oncology services. The financing transformation has progressed gradually through the consolidation of JKN, implementation of the Indonesian Case Base Groups (INA-CBG), tariff adjustments, implementation of Standard Inpatient Classes (Kelas Rawat Inap Standar [KRIS]), and pilot implementation of the Indonesian Diagnosis Related Groups (I-DRG) and capability-based referral system. The heterogeneity of clinical needs and oncology service costs indicates that actual costs do not always correspond with case-based reimbursement tariffs. These changes have implications for cost control, clinical pathways, clinical documentation and coding, claims management, pharmaceutical management, information systems, service capacity, and human resource competencies. The transformation of oncology financing policies within JKN requires stronger integration of clinical and financial governance to maintain efficiency, financing adequacy, quality, access, and service sustainability. INA-CBG remains the basis for hospital reimbursement, while the I-DRG pilot indicates the direction of the next transition in Indonesia's healthcare payment system.

Keywords: National Health Insurance, Oncology, INA-CBG, I-DRG, Hospital Management

PENDAHULUAN

Kanker merupakan penyakit tidak menular yang menimbulkan beban kesehatan dan pembiayaan besar karena membutuhkan pelayanan multidisiplin, berkelanjutan, dan berbiaya relatif tinggi. Pelayanan onkologi mencakup diagnosis, pembedahan, kemoterapi, radioterapi, terapi sistemik, pemeriksaan penunjang, obat-obatan, rawat inap, hingga pemantauan jangka panjang. Kompleksitas tersebut menempatkan pembiayaan kanker sebagai isu penting dalam sistem *universal health coverage*, termasuk di Indonesia melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Agustina et al., 2019).

Pelaksanaan JKN sejak 2014 telah mengubah struktur pembiayaan kesehatan Indonesia dari berbagai skema yang terfragmentasi menuju sistem jaminan kesehatan nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Reformasi tersebut memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, tetapi juga menghadirkan tantangan terkait pemerataan akses, kapasitas fasilitas kesehatan, pembiayaan, dan keberlanjutan sistem (Asante et al., 2023). Tantangan tersebut semakin relevan pada pelayanan kanker yang bergantung pada fasilitas rujukan, ketersediaan tenaga dan teknologi, serta sistem rujukan antarwilayah. Schaeffers et al. (2022) menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan kanker dalam JKN dipengaruhi oleh ketersediaan sumber daya, kapasitas rumah sakit, pelayanan primer, dan pola rujukan. Kosen (2022) juga menegaskan bahwa perluasan cakupan pelayanan kanker perlu diikuti dengan penguatan kapasitas sistem pelayanan.

Pembayaran pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dalam JKN terutama menggunakan mekanisme prospektif melalui *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG). Pembayaran ditentukan berdasarkan kelompok kasus yang mempertimbangkan diagnosis, prosedur, dan tingkat keparahan, bukan seluruh biaya aktual setiap pasien. Mekanisme ini mendorong efisiensi, tetapi sekaligus menempatkan sebagian risiko finansial pada rumah sakit ketika biaya pelayanan melebihi tarif yang diterima. Struktur tarif juga dapat membentuk insentif manajerial. Chalkley et al. (2022) menemukan hubungan

antara perubahan tarif dan pencatatan tingkat keparahan kasus di rumah sakit Indonesia, yang menunjukkan pentingnya kualitas dokumentasi klinis, pengodean, dan pengelolaan klaim dalam sistem pembayaran berbasis diagnosis.

Karakteristik pembayaran tersebut menjadi lebih kompleks pada pelayanan onkologi karena biaya sangat bervariasi menurut jenis dan stadium kanker, tingkat keparahan, komorbiditas, modalitas terapi, penggunaan obat, komplikasi, dan lama perawatan. Satibi et al. (2019) menemukan perbedaan antara biaya aktual sejumlah pelayanan kanker dan tarif INA-CBG. Yulastuti et al. (2023) juga menunjukkan bahwa biaya pelayanan kanker payudara, serviks, dan paru dipengaruhi oleh karakteristik klinis dan kompleksitas pelayanan sehingga tidak selalu sejalan dengan tarif INA-CBG. Pada pelayanan radioterapi kanker payudara, Suryanegara et al. (2025) menemukan kesenjangan antara biaya aktual dan tarif penggantian pada rumah sakit yang diteliti. Yulistiani et al. (2024) juga menunjukkan adanya beban biaya kemoterapi pada pasien *non-Hodgkin lymphoma* dalam JKN. Temuan tersebut menunjukkan bahwa heterogenitas pelayanan kanker menjadi tantangan dalam menentukan pembayaran yang mampu menyeimbangkan kecukupan tarif dan efisiensi penggunaan sumber daya.

Pembiayaan onkologi juga berkaitan dengan pengelolaan obat dan teknologi kesehatan. Anggriani et al. (2020) menunjukkan bahwa kebijakan farmasi dalam JKN, termasuk penggunaan *e-catalogue*, berkontribusi terhadap perubahan harga pengadaan obat. Perkembangan *Health Technology Assessment* (HTA) selanjutnya memperkuat penggunaan bukti dalam menentukan teknologi kesehatan yang layak dipertimbangkan dalam paket manfaat JKN (Hidayat, 2024). Kedua aspek tersebut penting dalam pelayanan onkologi karena perkembangan terapi target, imunoterapi, radioterapi, dan teknologi diagnostik dapat meningkatkan pilihan klinis sekaligus kebutuhan pembiayaan. Perlindungan JKN juga belum sepenuhnya menghilangkan beban ekonomi pasien. Pangestu et al. (2024) menemukan bahwa pasien kanker masih dapat mengalami *financial toxicity* akibat kekurangan cakupan pembiayaan, pengeluaran nonmedis, dan kehilangan pendapatan selama menjalani pengobatan.

Kerangka regulasi JKN terus berkembang untuk merespons dinamika tersebut. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 mengatur pedoman INA-CBG dalam pelaksanaan JKN, sedangkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 menetapkan standar tarif pelayanan serta pembayaran INA-CBG dan Non-INA-CBG pada FKRTL (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021, 2023). Perubahan berikutnya melalui Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 memperkuat standardisasi fasilitas rawat inap melalui Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Bagi rumah sakit, kebijakan tersebut berkaitan dengan kebutuhan penyesuaian fasilitas, kapasitas tempat tidur, investasi, dan struktur biaya pelayanan (Republik Indonesia, 2024).

Arah transformasi semakin terlihat pada 2026 melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/177/2026 tentang Tim Uji Coba Penerapan Sistem Pembayaran secara *Indonesian Diagnosis Related Groups* (I-DRG), KRIS, dan rujukan berbasis kemampuan pelayanan pada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2026). Kebijakan tersebut menunjukkan upaya menghubungkan sistem pembayaran, standardisasi fasilitas, dan kemampuan pelayanan dalam satu arah reformasi JKN. I-DRG pada tahap ini masih berada dalam proses uji coba sehingga belum tepat diposisikan sebagai pengganti INA-CBG secara nasional.

Perubahan tersebut memiliki implikasi strategis terhadap manajemen pelayanan onkologi. Rumah sakit tidak hanya dituntut mengendalikan biaya, tetapi juga memperkuat perhitungan *unit cost, clinical pathway*, dokumentasi klinis dan pengodean, manajemen klaim, pengelolaan obat dan teknologi, sistem informasi, perencanaan kapasitas, serta kompetensi sumber daya manusia. Kebijakan pembiayaan JKN dengan demikian tidak lagi dapat dipandang hanya sebagai mekanisme pembayaran klaim, tetapi menjadi bagian dari tata kelola klinis dan finansial rumah sakit untuk menjaga keseimbangan antara efisiensi, mutu pelayanan, akses pasien, dan keberlanjutan organisasi.

Penelitian terdahulu mengenai pembiayaan pelayanan onkologi dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menunjukkan bahwa kajian yang tersedia masih cenderung membahas aspek pembiayaan secara parsial. Sejumlah penelitian berfokus pada perbandingan antara biaya aktual pelayanan kanker dan tarif *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) serta mengidentifikasi adanya kesenjangan antara biaya yang dikeluarkan rumah sakit dan tarif penggantian yang diterima (Satibi et al., 2019; Suryanegara et al., 2025; Yulastuti et al., 2023). Kajian lainnya secara lebih spesifik menganalisis beban biaya kemoterapi dalam pembiayaan JKN (Yulistiani et al., 2024). Sementara itu, penelitian lain mengkaji aspek yang berbeda, seperti akses terhadap pelayanan kanker (Kosen, 2022; Schaefers et al., 2022), perlindungan finansial pasien kanker (Pangestu et al., 2024), kebijakan pengadaan dan harga obat (Anggriani et al., 2020), serta perkembangan *Health Technology Assessment* (HTA) dalam mendukung pengambilan keputusan pembiayaan kesehatan (Hidayat, 2024). Meskipun berbagai penelitian tersebut memberikan dasar empiris yang penting dalam memahami pembiayaan pelayanan kanker, kajian yang mengintegrasikan perkembangan regulasi sebagai satu rangkaian transformasi kebijakan pembiayaan pelayanan onkologi dalam JKN dan menganalisis implikasinya secara khusus terhadap manajemen rumah sakit masih terbatas. Kesenjangan kajian tersebut menjadi semakin relevan seiring dengan arah reformasi JKN menuju penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (I-DRG), Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), dan sistem rujukan berbasis kemampuan pelayanan yang berpotensi memengaruhi pengelolaan biaya, pendapatan, klaim, sumber daya, serta tata kelola pelayanan onkologi di rumah sakit.

Berdasarkan kondisi tersebut, kajian terhadap transformasi kebijakan pembiayaan pelayanan onkologi dalam Program JKN diperlukan untuk memperoleh pemahaman yang sistematis mengenai perubahan kerangka regulasi serta konsekuensinya terhadap pengelolaan rumah sakit. Kajian ini tidak diarahkan untuk mengukur dampak klinis atau finansial pada satu rumah sakit tertentu, tetapi menganalisis konstruksi kebijakan berdasarkan regulasi yang berlaku dan mengidentifikasi

implikasi manajerial yang ditimbulkannya. Analisis tersebut diharapkan dapat menjelaskan hubungan antara kebijakan pembayaran, tarif, standarisasi pelayanan, sistem rujukan, dan kebutuhan pengelolaan pelayanan onkologi di rumah sakit.

Atas dasar sebagaimana diuraikan di atas, maka penelitian ini bertujuan menganalisis transformasi kebijakan pembiayaan pelayanan onkologi dalam Program JKN berdasarkan regulasi yang berlaku di Indonesia serta implikasinya terhadap manajemen rumah sakit. Penelitian diarahkan untuk menjawab dua pertanyaan, yaitu: (1) bagaimana transformasi kebijakan pembiayaan pelayanan onkologi dalam Program JKN berdasarkan regulasi yang berlaku di Indonesia; dan (2) bagaimana implikasi transformasi kebijakan tersebut terhadap manajemen rumah sakit?

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kepustakaan (*literature review*) dan analisis dokumen untuk mengkaji transformasi kebijakan pembiayaan pelayanan onkologi dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) serta implikasinya terhadap manajemen rumah sakit. Pendekatan ini dipilih karena penelitian berfokus pada perkembangan regulasi dan kebijakan tanpa pengumpulan data primer. Studi kepustakaan memungkinkan berbagai sumber pengetahuan diintegrasikan untuk mengidentifikasi perkembangan, kesenjangan, dan implikasi suatu bidang kajian (Snyder, 2019).

Data penelitian berupa data sekunder yang bersumber dari peraturan perundang-undangan, dokumen kebijakan pemerintah, pedoman penyelenggaraan JKN, serta literatur ilmiah nasional dan internasional yang relevan. Regulasi yang dianalisis mencakup penyelenggaraan JKN, INA-CBG, standar tarif pelayanan, KRIS, pengembangan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (I-DRG), dan rujukan berbasis kemampuan pelayanan. Literatur ilmiah digunakan untuk mendukung analisis mengenai pembiayaan onkologi, sistem pembayaran berbasis *Diagnosis Related Groups* (DRG), dan manajemen rumah sakit.

Penelusuran literatur menggunakan kata kunci *oncology financing*, *cancer financing*, *National Health Insurance*, *Jaminan Kesehatan Nasional*, *INA-CBG*, *I-DRG*, *Diagnosis Related Groups*, *hospital reimbursement*, *hospital financing*, KRIS, dan *hospital management*. Literatur dipilih berdasarkan relevansi dengan fokus penelitian dan kemampuannya memberikan dasar konseptual maupun empiris terhadap pembiayaan pelayanan onkologi dan implikasinya bagi rumah sakit.

Data dianalisis menggunakan analisis isi (*content analysis*) melalui identifikasi, pengelompokan, perbandingan, dan interpretasi secara kronologis dan tematik. Analisis difokuskan pada perkembangan sistem pembayaran, tarif dan klaim, INA-CBG dan I-DRG, KRIS, serta rujukan berbasis kemampuan pelayanan. Hasil analisis regulasi selanjutnya dibandingkan dengan literatur ilmiah untuk mengidentifikasi implikasinya terhadap pengendalian biaya, *clinical pathway*, dokumentasi dan pengodean, manajemen klaim, pengelolaan obat dan teknologi, sistem informasi, sumber daya, serta keberlanjutan finansial pelayanan onkologi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Transformasi Kebijakan Pembiayaan Pelayanan Onkologi dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional Berdasarkan Regulasi di Indonesia

Transformasi kebijakan pembiayaan pelayanan onkologi dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak dapat dipahami sebagai perubahan satu regulasi atau satu metode pembayaran. Transformasi tersebut merupakan bagian dari perubahan sistem pembiayaan kesehatan Indonesia yang berlangsung secara bertahap, mulai dari pembentukan sistem jaminan sosial nasional, penyelenggaraan JKN, penerapan pembayaran prospektif berbasis kelompok kasus melalui Indonesian Case Base Groups (INA-CBG), penyesuaian standar tarif, standarisasi pelayanan rawat inap melalui Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), hingga pengembangan sistem pembayaran Indonesian Diagnosis Related Groups (I-DRG). Dalam pelayanan onkologi, perubahan tersebut mempunyai arti penting karena kanker membutuhkan pelayanan multidisiplin, teknologi kesehatan, obat, kemoterapi, radioterapi, pembedahan,

pemeriksaan penunjang, serta pelayanan berkelanjutan yang mempunyai konsekuensi pembiayaan relatif besar.

a. **Pembentukan JKN sebagai Fondasi Transformasi Pembiayaan Pelayanan Kesehatan**

Landasan awal transformasi pembiayaan kesehatan Indonesia dibentuk melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Undang-undang tersebut menempatkan jaminan kesehatan sebagai bagian dari sistem jaminan sosial nasional yang diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas. Kerangka kelembagaan selanjutnya diperkuat melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang membentuk BPJS Kesehatan sebagai badan hukum publik yang bertanggung jawab menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Pelaksanaan JKN sejak 1 Januari 2014 membawa perubahan mendasar terhadap hubungan pembiayaan antara masyarakat, pemerintah, BPJS Kesehatan, dan fasilitas pelayanan kesehatan. Pembiayaan pelayanan kesehatan yang sebelumnya tersebar dalam berbagai skema secara bertahap dikonsolidasikan melalui mekanisme jaminan kesehatan nasional. Perubahan tersebut juga mengubah posisi rumah sakit dari sekadar penyedia pelayanan menjadi mitra BPJS Kesehatan yang memperoleh pembayaran berdasarkan mekanisme dan tarif yang ditentukan dalam sistem JKN.

Agustina et al. (2019) menempatkan JKN sebagai salah satu reformasi sistem kesehatan terbesar di Indonesia karena diarahkan untuk mencapai universal health coverage. Perluasan jaminan kesehatan tersebut meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, tetapi pada saat yang sama menimbulkan tantangan dalam pembiayaan, pemerataan kapasitas fasilitas kesehatan, kualitas pelayanan, dan keberlanjutan program. Posisi tersebut sangat relevan bagi pelayanan onkologi karena kanker merupakan penyakit yang membutuhkan pelayanan rujukan dan penggunaan sumber daya kesehatan dalam jumlah besar.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan kemudian menjadi

salah satu kerangka regulasi utama penyelenggaraan JKN. Regulasi tersebut, beserta berbagai perubahannya, mengatur kepesertaan, manfaat, pelayanan, pembayaran fasilitas kesehatan, dan tata kelola penyelenggaraan JKN. Perkembangan regulasi tersebut menunjukkan bahwa pembiayaan kesehatan dalam JKN tidak bersifat statis, tetapi terus disesuaikan dengan perkembangan kebutuhan pelayanan, kapasitas pembiayaan, dan kesinambungan program.

INA-CBG sebagai Instrumen Utama Pembayaran Prospektif Rumah Sakit

Perubahan yang sangat penting bagi manajemen rumah sakit terjadi melalui penggunaan mekanisme pembayaran prospektif pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Sistem tersebut berbeda dengan pembayaran fee-for-service karena rumah sakit tidak memperoleh penggantian berdasarkan setiap tindakan dan seluruh biaya aktual yang dikeluarkan, melainkan berdasarkan kelompok kasus dengan karakteristik klinis dan penggunaan sumber daya tertentu.

Mekanisme tersebut kemudian dikenal sebagai INA-CBG. Pengaturan teknis yang saat ini menjadi rujukan penting terdapat dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Regulasi tersebut menempatkan pedoman INA-CBG sebagai acuan bagi FKRTL, BPJS Kesehatan, dan pihak terkait dalam pelaksanaan klaim pelayanan JKN (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021).

INA-CBG pada dasarnya merupakan metode pembayaran berdasarkan pengelompokan diagnosis dan prosedur yang mempunyai karakteristik klinis serta penggunaan sumber daya relatif serupa. Besarnya pembayaran karena itu tidak ditentukan semata-mata berdasarkan total biaya aktual yang dikeluarkan rumah sakit. Diagnosis, prosedur, tingkat keparahan, dan hasil proses coding mempunyai posisi penting dalam menentukan kelompok pembayaran yang diterima fasilitas kesehatan.

Penerapan sistem pembayaran berbasis kelompok kasus menciptakan perubahan paradigma pengelolaan rumah sakit. Risiko

sebagian biaya pelayanan berpindah kepada penyedia pelayanan karena rumah sakit harus memberikan pelayanan sesuai kebutuhan pasien dengan sumber daya yang dapat dikelola dalam paket pembayaran yang tersedia. Rumah sakit yang mampu mengendalikan biaya di bawah pembayaran paket memiliki ruang finansial yang lebih baik, sedangkan biaya aktual yang melebihi tarif dapat menimbulkan tekanan terhadap pendapatan pelayanan.

Chalkley et al. (2022) menunjukkan bahwa struktur tarif dalam sistem DRG di Indonesia dapat memengaruhi perilaku coding rumah sakit. Penelitian menggunakan data klaim JKN tahun 2015 dan 2017 tersebut menemukan hubungan positif antara perubahan tarif dan perubahan konsentrasi tingkat keparahan aktivitas rawat inap yang tercatat. Temuan tersebut memperlihatkan bahwa desain pembayaran berbasis kelompok diagnosis bukan hanya persoalan administratif, tetapi menciptakan insentif yang dapat memengaruhi dokumentasi klinis dan coding. Sistem pembayaran berbasis diagnosis karena itu membutuhkan pengendalian mutu dokumentasi, kompetensi coder, audit klaim, dan sistem informasi yang memadai.

b. Kekhususan Pembiayaan Pelayanan Onkologi dalam Sistem INA-CBG

Pelayanan onkologi memperlihatkan tantangan tersendiri dalam penerapan pembayaran berbasis paket. Kanker tidak merupakan satu episode pelayanan yang homogen. Kebutuhan biaya dapat berbeda berdasarkan jenis kanker, stadium, komorbiditas, tingkat keparahan, modalitas terapi, obat yang digunakan, komplikasi, lama perawatan, dan respons terhadap terapi. Satu pasien dapat menjalani rangkaian diagnosis, pembedahan, kemoterapi, radioterapi, pelayanan rawat jalan, rawat inap, hingga pelayanan paliatif dalam periode yang panjang.

Satibi et al. (2019) menemukan adanya perbedaan antara biaya riil dengan tarif INA-CBG pada pasien kanker dengan insidensi tinggi dalam JKN. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa biaya aktual dipengaruhi antara lain oleh jumlah prosedur, kelas perawatan, dan lama rawat. Hasil penelitian mendukung perlunya evaluasi tarif INA-CBG agar lebih sesuai dengan pengeluaran

pelayanan kesehatan sekaligus menekankan perlunya rumah sakit mengoptimalkan sumber daya yang tersedia. Temuan ini diperkuat oleh Yulianti et al. (2023) dalam penelitian terhadap kanker payudara, serviks, dan paru. Biaya aktual pelayanan kanker dipengaruhi oleh stadium, komorbiditas, tingkat keparahan, pengelompokan INA-CBG, tipe dan kelas rumah sakit, efek samping terapi, serta lama rawat. Penelitian tersebut menemukan bahwa pada kondisi tertentu terdapat perbedaan antara biaya aktual rumah sakit dengan tarif INA-CBG.

Situasi tersebut menunjukkan keterbatasan apabila pembiayaan onkologi dipandang hanya berdasarkan kode diagnosis. Pasien dengan diagnosis kanker yang sama dapat membutuhkan sumber daya yang berbeda secara substansial. Stadium lanjut, komplikasi, komorbiditas, penggunaan obat tertentu, kebutuhan perawatan intensif, atau lama rawat dapat meningkatkan biaya aktual tanpa selalu menghasilkan peningkatan pembayaran dengan proporsi yang sama (Yulianti et al., 2023).

Persoalan tersebut juga terlihat secara spesifik pada pelayanan radioterapi. Suryanegara et al. (2025) menganalisis 3.890 pasien kanker payudara yang memperoleh radioterapi pada satu rumah sakit rujukan nasional dan satu rumah sakit swasta. Penelitian tersebut menemukan bahwa tarif INA-CBG tidak sepenuhnya menutup biaya aktual radioterapi rawat jalan pada kedua rumah sakit selama periode penelitian. Rasio biaya terhadap tarif mencapai sekitar 86,85% pada rumah sakit rujukan nasional dan 59,07% pada rumah sakit swasta. Perbedaan antara biaya aktual dan tarif juga meningkat selama periode observasi. Temuan tersebut menunjukkan pentingnya peninjauan tarif secara berkala agar perkembangan biaya pelayanan dapat diakomodasi dalam desain pembayaran.

Bukti tersebut tidak berarti bahwa setiap pelayanan kanker dalam sistem INA-CBG selalu menimbulkan defisit bagi rumah sakit. Perbedaan antara tarif dan biaya aktual dapat bervariasi berdasarkan kelompok kasus, rumah sakit, tingkat keparahan, efisiensi pelayanan, dan modalitas terapi. Temuan penelitian tersebut lebih tepat dipahami sebagai bukti bahwa heterogenitas biaya pelayanan onkologi menimbulkan tantangan terhadap kemampuan

tarif berbasis kelompok kasus dalam merepresentasikan penggunaan sumber daya secara akurat.

meningkatnya kesenjangan antara biaya aktual radioterapi dan tarif penggantian memperlihatkan pentingnya evaluasi tarif berdasarkan data biaya aktual.

c. Penyesuaian Standar Tarif melalui Permenkes Nomor 3 Tahun 2023

Transformasi kebijakan selanjutnya terlihat melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Regulasi tersebut membedakan metode pembayaran berdasarkan tingkat fasilitas kesehatan. Pembayaran di FKRTL terdiri atas pembayaran INA-CBG dan Non-INA-CBG (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Keberadaan pembayaran Non-INA-CBG penting karena tidak seluruh pelayanan dapat direpresentasikan secara memadai melalui tarif paket INA-CBG. Mekanisme tersebut memungkinkan komponen tertentu dibayarkan di luar paket sesuai dengan kriteria dan ketentuan yang berlaku. Dalam konteks pelayanan berbiaya tinggi, desain kombinasi pembayaran tersebut menunjukkan upaya kebijakan untuk mengakomodasi heterogenitas kebutuhan sumber daya tanpa sepenuhnya meninggalkan prinsip pembayaran prospektif.

Aspek penting lain dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 adalah ketentuan mengenai peninjauan standar tarif. Regulasi tersebut menegaskan bahwa standar tarif pelayanan kesehatan perlu ditinjau dengan mempertimbangkan kecukupan iuran dan kesinambungan Program JKN. Dengan demikian, tarif tidak ditempatkan sebagai nilai yang bersifat permanen, tetapi sebagai instrumen kebijakan yang perlu dievaluasi berdasarkan keseimbangan antara kecukupan pembayaran kepada fasilitas kesehatan dan keberlanjutan dana jaminan kesehatan.

Ketentuan tersebut mempunyai relevansi tinggi terhadap pelayanan onkologi. Perkembangan terapi kanker berlangsung relatif cepat dan dapat diikuti dengan perubahan penggunaan obat, teknologi diagnostik, radioterapi, serta terapi sistemik. Struktur biaya pelayanan rumah sakit karena itu dapat berubah lebih cepat dibandingkan siklus penyesuaian tarif. Temuan Suryanegara et al. (2025) mengenai

d. KRIS dan Perubahan Orientasi Standardisasi Pelayanan JKN

Tahapan berikutnya dalam transformasi JKN ditandai oleh Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Salah satu perubahan yang memperoleh perhatian besar adalah pengaturan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Kebijakan tersebut mengarahkan pelayanan rawat inap JKN menuju standardisasi fasilitas ruang perawatan yang harus dipenuhi oleh rumah sakit.

KRIS perlu dibedakan dari sistem pembayaran kasus. KRIS pada dasarnya mengatur standar minimum fasilitas pelayanan rawat inap bagi peserta JKN, sedangkan INA-CBG merupakan mekanisme pembayaran pelayanan di FKRTL. Oleh karena itu, penerapan KRIS tidak dapat secara langsung diartikan sebagai penggantian INA-CBG. Hubungan keduanya terletak pada perubahan lingkungan penyelenggaraan pelayanan rumah sakit. Standardisasi ruang rawat dapat menimbulkan kebutuhan penyesuaian sarana, kapasitas tempat tidur, tata ruang, dan investasi rumah sakit yang pada akhirnya memengaruhi struktur biaya pelayanan.

Perbedaan tersebut penting dalam menganalisis pelayanan onkologi. Pasien kanker dapat membutuhkan rawat inap dalam episode tertentu, misalnya untuk pembedahan, komplikasi terapi, kondisi klinis berat, atau prosedur tertentu. Implementasi KRIS berpotensi memengaruhi biaya penyediaan pelayanan tersebut melalui perubahan standar fasilitas, tetapi biaya klinis kanker tetap dipengaruhi oleh diagnosis, prosedur, obat, tingkat keparahan, teknologi, dan modalitas terapi.

Transformasi kebijakan pembiayaan JKN dengan demikian tidak tepat disederhanakan menjadi hubungan linear "KRIS menyebabkan perubahan tarif kanker". KRIS lebih tepat ditempatkan sebagai salah satu komponen reformasi JKN yang berjalan bersamaan dengan evaluasi tarif, standardisasi pelayanan, penataan

e. Arah Transisi dari INA-CBG menuju I-DRG

Perkembangan yang sangat penting terjadi pada tahun 2026 melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/177/2026. Keputusan yang ditetapkan pada 16 Maret 2026 tersebut membentuk Tim Uji Coba Penerapan Sistem Pembayaran secara Indonesian Diagnosis Related Groups (I-DRG), Kelas Rawat Inap Standar, dan rujukan berbasis kemampuan pelayanan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2026).

Kebijakan tersebut menunjukkan bahwa arah reformasi JKN mulai mengintegrasikan tiga komponen yang sebelumnya sering dianalisis secara terpisah, yaitu sistem pembayaran, standarisasi pelayanan rawat inap, dan sistem rujukan berdasarkan kemampuan pelayanan. Posisi I-DRG dalam kebijakan tersebut menunjukkan adanya tahapan pengembangan sistem pembayaran rumah sakit yang lebih lanjut

Status regulasinya perlu dipahami secara tepat. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/177/2026 mengatur tim uji coba penerapan I-DRG, KRIS, dan rujukan berbasis kemampuan pelayanan. Oleh karena itu, keberadaan keputusan tersebut belum tepat ditafsirkan bahwa INA-CBG telah sepenuhnya digantikan oleh I-DRG pada seluruh rumah sakit peserta JKN. Pada tahap ini, regulasi tersebut lebih tepat dibaca sebagai bukti arah transformasi dan proses transisi kebijakan pembayaran JKN.

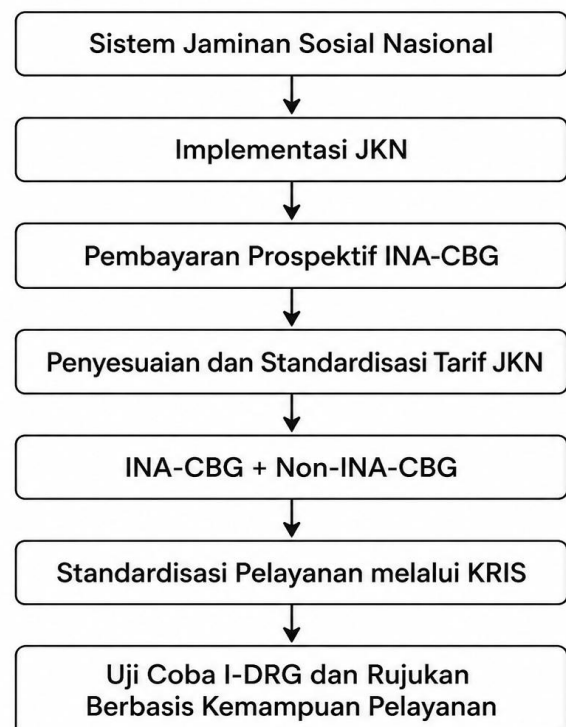
Perbedaan ini sangat penting bagi artikel yang berbasis analisis regulasi. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 masih menjadi rujukan mengenai pedoman INA-CBG, sedangkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 masih menempatkan INA-CBG dan Non-INA-CBG sebagai metode pembayaran di FKRTL. Pada saat yang sama, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/177/2026 memperlihatkan bahwa pemerintah telah memasuki tahapan uji coba I-DRG. Konstruksi regulasi tersebut memperlihatkan adanya fase

f. Transformasi Pembiayaan Onkologi sebagai Perubahan Ekosistem Kebijakan

Berdasarkan perkembangan regulasi tersebut, transformasi kebijakan pembiayaan pelayanan onkologi dalam JKN dapat dipahami melalui beberapa tahapan. Tahap pertama adalah konsolidasi pembiayaan kesehatan melalui JKN, yang mengubah mekanisme pembiayaan dari berbagai skema menjadi jaminan kesehatan nasional. Tahap kedua adalah institusionalisasi pembayaran prospektif melalui INA-CBG, yang menggeser orientasi pembayaran rumah sakit dari biaya aktual menuju pembayaran berbasis kelompok kasus. Tahap ketiga adalah penguatan dan evaluasi tarif, termasuk penggunaan kombinasi INA-CBG dan Non-INA-CBG. Tahap keempat adalah standarisasi pelayanan melalui KRIS, yang mengubah persyaratan fasilitas rawat inap JKN. Tahap kelima adalah pengembangan I-DRG dan rujukan berbasis kemampuan pelayanan, yang menunjukkan arah baru sistem pembayaran dan organisasi pelayanan rujukan.

Transformasi tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 1. Tahapan Transformasi Kebijakan Pembiayaan Pelayanan Onkologi dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional



Sumber: data diolah penulis tahun 2026.

Pelayanan onkologi berada di tengah transformasi tersebut karena memiliki karakteristik biaya yang kompleks dan heterogen. Temuan Satibi et al. (2019), Yuliasuti et al. (2023), dan Suryanegara et al. (2025) menunjukkan bahwa biaya aktual beberapa pelayanan kanker tidak selalu identik dengan nilai tarif yang dibayarkan melalui INA-CBG. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa transformasi sistem pembayaran tidak hanya membutuhkan perubahan nomenklatur atau metode grouping, tetapi juga mekanisme pembentukan tarif yang mampu merepresentasikan kompleksitas klinis dan penggunaan sumber daya secara lebih baik.

Schaefer et al. (2022) menunjukkan bahwa implementasi JKN telah meningkatkan cakupan pelayanan kanker, tetapi akses dan proses pelayanan masih berkaitan erat dengan ketersediaan sumber daya kesehatan, kapasitas rumah sakit, dan distribusi fasilitas pelayanan. Temuan tersebut memperlihatkan bahwa kebijakan pembiayaan tidak dapat dipisahkan dari kebijakan sistem rujukan dan kapasitas pelayanan. Arah kebijakan tahun 2026 yang menggabungkan uji coba I-DRG dengan rujukan berbasis kemampuan pelayanan karena itu mempunyai dasar konseptual yang relevan bagi pelayanan kanker.

Transformasi tersebut juga menegaskan bahwa kebijakan pembiayaan mempunyai dua tujuan yang harus dipertahankan secara bersamaan. Sistem pembayaran perlu menciptakan efisiensi dan menjaga kesinambungan keuangan JKN, tetapi pada saat yang sama harus memberikan pembayaran yang memadai agar rumah sakit dapat mempertahankan mutu, aksesibilitas, dan keberlanjutan pelayanan onkologi. Ketidakseimbangan antara kedua tujuan tersebut dapat menimbulkan risiko pada kedua sisi. Tarif yang tidak mencerminkan penggunaan sumber daya dapat meningkatkan tekanan finansial terhadap rumah sakit, sedangkan pembayaran yang tidak disertai mekanisme pengendalian dapat mengurangi efisiensi dan mengancam kesinambungan program.

Berdasarkan analisis regulasi dan bukti empiris tersebut, transformasi kebijakan

pembiayaan pelayanan onkologi dalam JKN dapat disimpulkan sebagai pergeseran bertahap dari pembiayaan yang berorientasi pada perluasan cakupan menuju sistem pembayaran yang semakin menekankan standarisasi tarif, efisiensi berbasis kelompok diagnosis, standarisasi mutu fasilitas, dan kesesuaian pembayaran dengan kemampuan pelayanan rumah sakit. INA-CBG masih menjadi bagian penting dari kerangka pembayaran FKRTL berdasarkan regulasi yang berlaku, sementara pengembangan I-DRG pada tahun 2026 menunjukkan arah transformasi berikutnya. Pelayanan onkologi menjadi salah satu bidang yang sangat relevan dalam transformasi tersebut karena heterogenitas kebutuhan klinis dan tingginya penggunaan sumber daya menuntut desain pembayaran yang mampu menyeimbangkan efisiensi, kecukupan tarif, akses pasien, mutu pelayanan, dan kesinambungan finansial JKN maupun rumah sakit.

2. Implikasi Transformasi Kebijakan Pembiayaan Pelayanan Onkologi dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Manajemen Rumah Sakit

Transformasi kebijakan pembiayaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) membawa konsekuensi yang lebih luas daripada perubahan metode pembayaran pelayanan kesehatan. Perubahan tersebut secara langsung memengaruhi cara rumah sakit merencanakan pendapatan, mengendalikan biaya, mengorganisasikan pelayanan, mengelola klaim, menyusun clinical pathway, mengembangkan sistem informasi, dan mengambil keputusan investasi. Implikasi tersebut menjadi semakin penting pada pelayanan onkologi karena kanker merupakan kelompok penyakit yang membutuhkan pelayanan multidisiplin, teknologi kesehatan relatif tinggi, obat-obatan khusus, pemeriksaan diagnostik berulang, serta rangkaian terapi yang dapat berlangsung dalam jangka panjang. Kebijakan pembiayaan pelayanan onkologi karena itu perlu ditempatkan sebagai bagian dari tata kelola strategis rumah sakit dan tidak hanya dipandang sebagai urusan administratif antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan.

Kerangka pembayaran rumah sakit dalam JKN selama ini menggunakan sistem pembayaran prospektif melalui Indonesian Case Base

Groups (INA-CBG). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan menempatkan INA-CBG sebagai acuan bagi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), BPJS Kesehatan, dan pihak terkait dalam pelaksanaan pembayaran klaim pelayanan JKN. Sistem tersebut mengelompokkan pelayanan berdasarkan karakteristik klinis dan penggunaan sumber daya sehingga pembayaran rumah sakit tidak semata-mata mengikuti setiap komponen biaya aktual yang dikeluarkan untuk seorang pasien (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021). Pendekatan tersebut menempatkan sebagian risiko finansial pelayanan pada rumah sakit karena efisiensi penggunaan sumber daya menjadi faktor penting dalam mempertahankan keseimbangan antara pendapatan dan biaya pelayanan.

Perkembangan berikutnya melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 mempertegas struktur pembayaran pelayanan kesehatan dalam JKN. Pembayaran pada FKRTL terdiri atas tarif INA-CBG dan Non-INA-CBG. Regulasi tersebut juga mengatur bahwa standar tarif perlu ditinjau paling sedikit setiap dua tahun dengan memperhitungkan kecukupan iuran dan kesinambungan Program JKN (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Ketentuan tersebut menunjukkan bahwa tarif pelayanan bukan merupakan instrumen yang bersifat statis, melainkan bagian dari kebijakan pembiayaan yang harus menyesuaikan perkembangan kebutuhan pelayanan dan keberlanjutan sistem jaminan kesehatan.

1) Implikasi terhadap Manajemen Keuangan dan Pengendalian Biaya Rumah Sakit

Transformasi pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui sistem pembayaran prospektif menuntut rumah sakit memperkuat manajemen keuangan dan pengendalian biaya. Berbeda dengan mekanisme *fee-for-service*, pembayaran berbasis INA-CBG tidak mengikuti setiap tindakan atau biaya aktual yang dikeluarkan rumah sakit, tetapi didasarkan pada kelompok kasus dan tarif yang telah ditetapkan. Kondisi ini menuntut rumah sakit memiliki kemampuan menghitung *unit cost*, mengidentifikasi *cost driver*, mengendalikan

penggunaan sumber daya, serta mengevaluasi tingkat pemulihan biaya (*cost recovery*) setiap kelompok pelayanan.

Kebutuhan tersebut semakin penting pada pelayanan onkologi karena kompleksitas penyakit, tingkat keparahan, modalitas terapi, penggunaan obat, dan teknologi kesehatan menyebabkan variasi biaya yang relatif tinggi. Satibi et al. (2019) menemukan adanya perbedaan antara biaya aktual pelayanan kanker dan tarif INA-CBG dalam penyelenggaraan JKN. Temuan tersebut menunjukkan bahwa tarif berbasis kelompok kasus tidak selalu mencerminkan seluruh sumber daya yang digunakan dalam pelayanan kanker sehingga rumah sakit memerlukan sistem akuntansi biaya yang mampu memetakan pengeluaran berdasarkan diagnosis, episode pelayanan, dan modalitas terapi.

Kesenjangan pembiayaan juga ditemukan pada pelayanan radioterapi. Suryanegara et al. (2025) menganalisis 3.890 pasien kanker payudara dan menemukan bahwa rasio tarif INA-CBG terhadap biaya aktual radioterapi mencapai 86,85% pada rumah sakit rujukan nasional pemerintah dan 59,07% pada rumah sakit swasta. Hasil tersebut menunjukkan bahwa ketidaksesuaian antara tarif penggantian dan biaya aktual dapat menimbulkan tekanan finansial yang berbeda sesuai dengan karakteristik dan struktur biaya rumah sakit.

Temuan tersebut tidak menunjukkan bahwa seluruh pelayanan onkologi dalam JKN selalu menimbulkan kerugian bagi rumah sakit karena biaya dipengaruhi oleh jenis dan tingkat keparahan kanker, modalitas terapi, tipe rumah sakit, serta efisiensi penggunaan sumber daya. Implikasi manajerialnya terletak pada kebutuhan untuk melakukan analisis biaya secara berkala, terutama terhadap pelayanan dengan tingkat *cost recovery* yang rendah. Informasi biaya aktual dapat digunakan untuk mengidentifikasi inefisiensi, mengendalikan *cost driver*, menyusun perencanaan anggaran, dan mengevaluasi kinerja finansial pelayanan onkologi. Data tersebut juga dapat menjadi bukti empiris dalam evaluasi kecukupan tarif JKN. Dengan demikian, transformasi pembiayaan mendorong rumah sakit beralih dari pengelolaan biaya yang bersifat administratif menuju

manajemen biaya berbasis data yang mengintegrasikan efisiensi finansial dengan keberlanjutan pelayanan onkologi.

2) Implikasi terhadap Clinical Pathway dan Standardisasi Pelayanan Onkologi

Sistem pembayaran berbasis kelompok diagnosis menuntut integrasi pengelolaan klinis dan finansial karena penggunaan sumber daya rumah sakit sangat dipengaruhi oleh keputusan klinis. Pada pelayanan onkologi, kebutuhan pemeriksaan diagnostik, obat, pembedahan, kemoterapi, radioterapi, pelayanan penunjang, dan lama rawat berbeda menurut kondisi dan kompleksitas pasien. *Clinical pathway* menjadi instrumen manajerial untuk menerjemahkan pedoman klinis ke dalam proses pelayanan multidisiplin yang terstandar sekaligus mengarahkan penggunaan sumber daya secara rasional. Bukti menunjukkan bahwa penerapan *clinical pathway* dapat meningkatkan kepatuhan terhadap praktik yang direkomendasikan serta berpotensi menurunkan lama rawat dan biaya rumah sakit (Rotter et al., 2025).

Penerapan *clinical pathway* memiliki relevansi khusus pada pelayanan onkologi yang melibatkan berbagai profesi dan unit pelayanan. Systematic review dan meta-analysis oleh Van Hove et al. (2020) terhadap delapan penelitian yang mencakup 4.786 pasien kanker menunjukkan bahwa *oncological care pathway* berkaitan dengan penurunan lama rawat, terutama pada kanker lambung dan kanker ginekologi. Sebagian besar penelitian yang mengevaluasi aspek ekonomi juga melaporkan biaya yang lebih rendah pada kelompok pasien yang memperoleh pelayanan berbasis *care pathway*. Temuan tersebut menunjukkan bahwa standarisasi proses pelayanan berpotensi mendukung efisiensi rumah sakit tanpa menjadikan pengendalian biaya sebagai satu-satunya pertimbangan dalam keputusan klinis.

Transformasi pembiayaan JKN dengan demikian mendorong pergeseran dari sekadar *cost containment* menuju *cost-conscious clinical management*. Efisiensi pelayanan tidak dimaknai sebagai pengurangan intervensi yang dibutuhkan pasien, tetapi sebagai pengendalian variasi pelayanan yang tidak diperlukan, pemeriksaan berulang, penggunaan sumber daya

yang tidak memberikan nilai klinis, serta lama rawat yang dapat dihindari. Integrasi *clinical pathway* dengan pengelolaan biaya memungkinkan rumah sakit mempertahankan mutu dan keselamatan pasien sekaligus meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya dalam menghadapi sistem pembayaran prospektif.

3) Implikasi terhadap Coding, Dokumentasi Klinis, dan Manajemen Klaim

Sistem pembayaran berbasis kelompok diagnosis menempatkan dokumentasi klinis dan pengodean sebagai bagian penting dari manajemen pendapatan rumah sakit. Diagnosis utama, diagnosis sekunder, prosedur, tingkat keparahan, dan kondisi penyerta menentukan klasifikasi kasus serta nilai pembayaran yang diterima rumah sakit. Chalkley et al. (2022) menemukan hubungan positif, meskipun relatif kecil, antara perubahan tarif dan perubahan pencatatan tingkat keparahan kasus pada rumah sakit di Indonesia. Temuan tersebut menunjukkan bahwa struktur tarif dapat memengaruhi perilaku pengodean sehingga akurasi dokumentasi perlu disertai pengawasan untuk mencegah *upcoding* yang tidak didukung kondisi klinis pasien.

Aspek tersebut sangat relevan dalam pelayanan onkologi karena kompleksitas kasus, komorbiditas, komplikasi terapi, dan berbagai prosedur dalam satu episode perawatan dapat memengaruhi klasifikasi kasus. Ketidakeengkapan rekam medis berpotensi menghasilkan ketidaktepatan kode dan memengaruhi proses verifikasi klaim. Rumah sakit perlu memperkuat peningkatan mutu dokumentasi klinis (*clinical documentation improvement*), audit pengodean, serta koordinasi antara dokter penanggung jawab pelayanan, petugas rekam medis, *coder*, verifikator, dan unit klaim. Pengelolaan klaim dengan demikian perlu ditempatkan sebagai bagian dari manajemen siklus pendapatan (*revenue cycle management*), bukan sekadar kegiatan administratif setelah pelayanan selesai.

4) Implikasi terhadap Pengelolaan Obat dan Teknologi Onkologi

Pelayanan onkologi membutuhkan obat dan teknologi kesehatan yang dapat memberikan kontribusi besar terhadap biaya pelayanan.

Perkembangan terapi target, imunoterapi, radioterapi, dan diagnostik molekuler meningkatkan pilihan terapi sekaligus menambah kompleksitas pembiayaan. Kondisi tersebut menuntut rumah sakit mengintegrasikan pengelolaan farmasi dan teknologi kesehatan dengan kebijakan pembiayaan JKN.

Perencanaan obat perlu mempertimbangkan Formularium Nasional, harga pengadaan, volume dan pola penggunaan, serta tarif penggantian untuk mengurangi risiko kekosongan, kedaluwarsa, dan stok tidak bergerak. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 menetapkan bahwa pembayaran di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) menggunakan tarif INA-CBG dan Non-INA-CBG serta mengatur komponen tambahan tarif tertentu (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Struktur tersebut menuntut integrasi antara unit pelayanan, farmasi, pengodean, keuangan, dan pengelola klaim agar komponen pembiayaan dapat dikelola secara tepat.

5) Implikasi KRIS terhadap Perencanaan Kapasitas dan Investasi Rumah Sakit

Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 memperkenalkan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dalam penyelenggaraan JKN dan menetapkan kriteria fasilitas ruang perawatan yang harus dipenuhi rumah sakit (Republik Indonesia, 2024). Kebijakan tersebut memperluas transformasi JKN dari aspek pembayaran menuju standarisasi fasilitas pelayanan rawat inap.

Bagi manajemen rumah sakit, pemenuhan KRIS memiliki konsekuensi terhadap perencanaan kapasitas, kebutuhan renovasi, penataan tempat tidur, pengadaan sarana pendukung, dan investasi fasilitas. Implikasi tersebut juga relevan bagi pelayanan onkologi yang membutuhkan rawat inap untuk pembedahan, penanganan komplikasi, maupun pelayanan suportif. Oleh karena itu, pemenuhan standar KRIS perlu diintegrasikan ke dalam perencanaan investasi dan penganggaran modal (*capital budgeting*) dengan mempertimbangkan kapasitas pelayanan, tingkat hunian tempat tidur (*bed occupancy rate*), biaya operasional, dan proyeksi pendapatan rumah sakit.

6) Implikasi Transisi menuju Indonesian Diagnosis Related Groups (I-DRG)

Arah transformasi sistem pembayaran JKN semakin terlihat melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/177/2026 yang mengatur uji coba penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (I-DRG), KRIS, dan rujukan berbasis kemampuan pelayanan pada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2026). Kebijakan tersebut perlu dipahami sebagai **tahap uji coba**, sehingga I-DRG belum tepat dinyatakan telah menggantikan INA-CBG secara nasional.

Perkembangan I-DRG relevan bagi pelayanan onkologi karena kebutuhan sumber daya pasien dengan diagnosis kanker yang sama dapat berbeda berdasarkan stadium, komorbiditas, komplikasi, jenis tindakan, dan modalitas terapi. Rumah sakit karena itu perlu mempersiapkan data biaya, rekam medis, dokumentasi klinis, pengodean, serta sistem informasi yang mampu menghubungkan diagnosis dan prosedur dengan penggunaan obat, pemeriksaan penunjang, lama rawat, sumber daya manusia, alat kesehatan, dan biaya aktual. Kesiapan tersebut diperlukan agar perubahan sistem pembayaran dapat direspons berdasarkan informasi biaya dan kompleksitas klinis yang akurat.

7) Implikasi terhadap Sistem Informasi dan Data-Driven Hospital Management

Transformasi pembiayaan JKN meningkatkan kebutuhan integrasi antara data klinis dan finansial. Pengelolaan pelayanan onkologi akan sulit dilakukan secara optimal apabila data rekam medis, farmasi, laboratorium, radiologi, tindakan, klaim, dan akuntansi dikelola secara terpisah. Sistem pembayaran berbasis diagnosis membutuhkan data klinis yang akurat, sedangkan pengendalian biaya membutuhkan informasi finansial yang rinci.

Manajemen rumah sakit perlu mengembangkan dasbor yang mengintegrasikan volume kasus, nilai klaim, biaya aktual, tingkat pemulihan biaya (*cost recovery ratio*), lama rawat, penggunaan obat, serta status klaim. Informasi tersebut dapat digunakan untuk mengidentifikasi variasi biaya dan pelayanan yang menghadapi tekanan finansial. Integrasi data

klinis dan finansial dengan demikian menjadi dasar pengambilan keputusan berbasis data (*data-driven decision making*), khususnya dalam menghadapi perkembangan sistem pembayaran berbasis DRG.

8) Implikasi terhadap Keberlanjutan Finansial dan Mutu Pelayanan Onkologi

Tantangan utama manajemen rumah sakit dalam sistem pembayaran prospektif adalah menjaga keseimbangan antara efisiensi biaya dan mutu pelayanan. Tekanan untuk mengendalikan biaya dapat mendorong standardisasi dan mengurangi penggunaan sumber daya yang tidak diperlukan, tetapi berisiko menurunkan mutu apabila efisiensi diterapkan tanpa mempertimbangkan kebutuhan klinis pasien.

Masalah tersebut terlihat dalam pembiayaan pelayanan onkologi. Suryanegara et al. (2025), berdasarkan analisis terhadap 3.890 pasien kanker payudara yang menjalani radioterapi pada dua rumah sakit di Indonesia, menemukan adanya kesenjangan antara tarif INA-CBG dan biaya aktual pelayanan. Temuan ini menunjukkan bahwa kecukupan tarif perlu dievaluasi bersama dengan struktur biaya rumah sakit untuk menjaga keberlanjutan dan akses terhadap pelayanan radioterapi.

Rumah sakit karena itu perlu menerapkan pendekatan manajemen berbasis nilai (*value-based hospital management*) yang mengintegrasikan mutu klinis dan efisiensi finansial. Pengendalian biaya diarahkan pada penggunaan sumber daya yang tidak memberikan nilai klinis, sedangkan intervensi yang efektif dan diperlukan pasien tetap dipertahankan. Transformasi pembiayaan JKN pada akhirnya menuntut rumah sakit mengelola pelayanan onkologi secara lebih terintegrasi melalui penguatan pengodean dan klaim, pengendalian biaya, tata kelola farmasi, sistem informasi, kompetensi sumber daya manusia, serta evaluasi mutu dan keberlanjutan finansial.

Berdasarkan uraian tersebut, transformasi kebijakan pembiayaan pelayanan onkologi dalam JKN telah menempatkan pembiayaan tidak lagi sekadar sebagai fungsi administratif, tetapi sebagai bagian strategis dari tata kelola rumah sakit. Perkembangan sistem INA-CBG,

penyesuaian standar tarif, penerapan KRIS, serta uji coba I-DRG dan rujukan berbasis kemampuan pelayanan menuntut rumah sakit mengintegrasikan aspek klinis, finansial, dan administratif dalam satu sistem pengelolaan pelayanan. Kondisi ini memerlukan penguatan akuntansi biaya untuk menghitung *unit cost* dan tingkat pemulihan biaya (*cost recovery*), integrasi *clinical pathway* dengan pengendalian sumber daya, peningkatan kualitas dokumentasi klinis dan pengodean, serta penguatan manajemen klaim sebagai bagian dari manajemen siklus pendapatan. Kesiapan infrastruktur, sumber daya manusia, sistem informasi, dan data biaya juga menjadi semakin penting dalam menghadapi perkembangan sistem pembayaran JKN.

Transformasi tersebut menunjukkan bahwa perubahan kebijakan pembiayaan tidak hanya memengaruhi mekanisme pembayaran, tetapi juga menuntut penyesuaian cara rumah sakit mengelola pelayanan onkologi. Integrasi tata kelola klinis dan finansial diperlukan agar efisiensi pembiayaan tidak mengurangi mutu dan akses pelayanan. Kemampuan rumah sakit beradaptasi terhadap perubahan kebijakan melalui pengelolaan biaya, peningkatan akurasi klaim, pemanfaatan data, dan pengendalian mutu menjadi faktor penting dalam menjaga keberlanjutan finansial sekaligus menjamin kualitas pelayanan onkologi dalam Program JKN.

KESIMPULAN

Transformasi kebijakan pembiayaan pelayanan onkologi dalam Program JKN berlangsung secara bertahap melalui konsolidasi pembiayaan nasional, penerapan INA-CBG, penyesuaian standar tarif, standardisasi pelayanan melalui KRIS, serta pengembangan I-DRG dan rujukan berbasis kemampuan pelayanan. Perubahan tersebut menunjukkan bahwa kebijakan pembiayaan tidak hanya berorientasi pada perluasan cakupan, tetapi juga pada efisiensi, standardisasi pelayanan, dan keberlanjutan sistem. Pada pelayanan onkologi, heterogenitas kebutuhan klinis dan tingginya penggunaan sumber daya menyebabkan kecukupan tarif menjadi isu penting, terutama ketika biaya aktual tidak selalu sejalan dengan pembayaran berbasis kelompok kasus. Oleh karena itu, arah transformasi kebijakan pembiayaan onkologi perlu memastikan

keseimbangan antara efisiensi pembiayaan, kecukupan tarif, akses pasien, mutu pelayanan, serta keberlanjutan finansial JKN dan rumah sakit. INA-CBG masih menjadi dasar pembayaran FKRTL, sementara uji coba I-DRG pada 2026 menunjukkan arah transisi kebijakan berikutnya

Transformasi kebijakan pembiayaan pelayanan onkologi dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional memberikan implikasi yang luas terhadap manajemen rumah sakit. Perubahan sistem pembayaran melalui INA-CBG, penyesuaian standar tarif, penerapan KRIS, serta pengembangan I-DRG menuntut rumah sakit memperkuat tata kelola klinis dan finansial secara terintegrasi. Manajemen rumah sakit perlu meningkatkan kemampuan dalam menghitung biaya aktual, mengendalikan *cost driver*, mengembangkan *clinical pathway*, memperbaiki dokumentasi klinis dan *coding*, serta memperkuat manajemen klaim dan pengelolaan obat onkologi. Perubahan kebijakan juga menuntut kesiapan sarana, sistem informasi, kompetensi sumber daya manusia, dan perencanaan kapasitas pelayanan. Pada pelayanan onkologi, tantangan utama terletak pada upaya menjaga keseimbangan antara kecukupan pembiayaan, efisiensi penggunaan sumber daya, keberlanjutan finansial, dan mutu pelayanan. Oleh karena itu, transformasi pembiayaan JKN tidak hanya mengubah mekanisme pembayaran rumah sakit, tetapi juga mendorong perubahan tata kelola menuju manajemen rumah sakit yang lebih adaptif, berbasis data, efisien, dan berorientasi pada nilai pelayanan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., Thabrany, H., & Indonesian Health Systems Group. (2019). Universal health coverage in Indonesia: Concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
2. Asante, A., Cheng, Q., Susilo, D., Satrya, A., Haemmerli, M., Fattah, R. A., Kosen, S., Novitasari, D., Puteri, G. C., Adawiyah, E., Hayen, A., Mills, A., Tangcharoensathien, V., Jan, S., Thabrany, H., & Wiseman, V. (2023). The benefits and burden of health financing in Indonesia: Analyses of nationally representative cross-sectional data. *The Lancet Global Health*, 11(5), e770–e780. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00064-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00064-5)
3. Schaeffers, J., Wenang, S., Afdal, A., Mukti, A. G., Sundari, S., & Haier, J. (2022). Population-based study on coverage and healthcare processes for cancer during implementation of national healthcare insurance in Indonesia. *The Lancet Regional Health – Southeast Asia*, 6, 100045. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2022.100045>
4. Kosen, S. (2022). Coverage and implementation of healthcare delivery for cancer under national health insurance, experience of Indonesia. *The Lancet Regional Health – Southeast Asia*, 6, 100065. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2022.100065>
5. 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>
6. Yulastuti, F., Andayani, T. M., Endarti, D., & Kristina, S. A. (2023). Breast, cervical, and lung cancer: A comparison of real healthcare costs and INA-CBGs rates in the era of national health insurance. *Pharmacy Practice*, 21(1), 2768. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2023.1.2768>
7. Yulistiani, Y., Abdissalam, E., Rahem, A., Hamidi, N. F., & Utomo, F. N. (2024). Cost burden of chemotherapy for Indonesian healthcare insurance and social security/Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) patients with non-Hodgkin lymphoma. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 30(6), 1096–1100. <https://doi.org/10.1177/10781552241261250>
8. Suryanegara, F. D. A., Iskandar, D., Ekaputra, E., Kuntjoro, E., Setiawan, D., Postma, M. J., & de Jong, L. A. (2025). Costs analysis of radiotherapy for breast cancer in Indonesia: A comparison between reimbursement tariffs and actual costs. *BMC Health Services Research*, 25, 766. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12849-9>

9. Anggriani, Y., Ramadaniati, H. U., Sarnianto, P., Pontoan, J., & Suryawati, S. (2020). The impact of pharmaceutical policies on medicine procurement pricing in Indonesia under the implementation of Indonesia's social health insurance system. *Value in Health Regional Issues*, 21, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2019.05.005>
10. Pangestu, S., Harjanti, E. P., Pertiwi, I. H., Rencz, F., & Nurdianto, F. A. (2024). Financial toxicity experiences of patients with cancer in Indonesia: An interpretive phenomenological analysis. *Value in Health Regional Issues*, 41, 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2023.11.007>
11. Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
12. Chalkley, M., Hidayat, B., Ramadani, R. V., & Aragón, M. J. (2022). The sensitivity of hospital coding to prices: Evidence from Indonesia. *International Journal of Health Economics and Management*, 22, 147–162. <https://doi.org/10.1007/s10754-021-09312-7>
13. 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>
14. Schaefers, J., Wenang, S., Afdal, A., Mukti, A. G., Sundari, S., & Haier, J. (2022). Population-based study on coverage and healthcare processes for cancer during implementation of national healthcare insurance in Indonesia. *The Lancet Regional Health – Southeast Asia*, 6, 100045. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2022.100045>
15. Suryanegara, F. D. A., Iskandar, D., Ekaputra, E., Kuntjoro, E., Setiawan, D., Postma, M. J., & de Jong, L. A. (2025). Costs analysis of radiotherapy for breast cancer in Indonesia: A comparison between reimbursement tariffs and actual costs. *BMC Health Services Research*, 25, 766. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12849-9>
16. Yulastuti, F., Andayani, T. M., Endarti, D., & Kristina, S. A. (2023). Breast, cervical, and lung cancer: A comparison of real healthcare costs and INA-CBGs rates in the era of national health insurance. *Pharmacy Practice*, 21(1), 2768. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2023.1.2768>
17. Chalkley, M., Hidayat, B., Ramadani, R. V., & Aragón, M. J. (2022). The sensitivity of hospital coding to prices: Evidence from Indonesia. *International Journal of Health Economics and Management*, 22(2), 147–162. <https://doi.org/10.1007/s10754-021-09312-7>
18. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan*. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 985.
19. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 35.
20. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2026). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/177/2026 tentang Tim Uji Coba Penerapan Sistem Pembayaran secara Indonesian Diagnosis Related Groups, Kelas Rawat Inap Standar, dan Rujukan Berbasis Kemampuan Pelayanan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*.
21. Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 82.
22. Rotter, T., Kinsman, L. D., Alsius, A., Scott, S. D., Lawal, A., Ronellenfitsch, U., Plishka, C., Groot, G., Woods, P., Coulson, C., Bakel, L. A., Sears, K., Ross-White, A., Machotta, A., & Schultz, T. J. (2025). Clinical pathways for secondary care and the effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2025(5),

23. 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>
24. Suryanegara, F. D. A., Iskandar, D., Ekaputra, E., Kuntjoro, E., Setiawan, D., Postma, M. J., & de Jong, L. A. (2025). Costs analysis of radiotherapy for breast cancer in Indonesia: A comparison between reimbursement tariffs and actual costs. *BMC Health Services Research*, 25, 766. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12849-9>
25. van Hoeve, J. C., Vernooij, R. W. M., Fiander, M., Nieboer, P., Siesling, S., & Rotter, T. (2020). Effects of oncological care pathways in primary and secondary care on patient, professional and health systems outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9, 246. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01498-0>