

Strategi Bisnis Rumah Sakit Dalam Perspektif *Universal Health Coverage* (Studi Empiris Berbasis Bukti Pada Rumah Sakit Tipe B)

Raynaldy BP^a, Indupurnahayu S^b, Renea SA^{a,b,*}

^aIbn Khaldun University, Indonesia

^b Ibn Khaldun University, Indonesia

* Corresponding author e-mail: extraordinary.ray@gmail.com

ARTICLE INFO

DOI: [10.32832/jm-uika.v12i1.3719](https://doi.org/10.32832/jm-uika.v12i1.3719)

Article history:

Received:

28-11-2020

Accepted:

01-02-2021

Available online:

02-02-2021

Keywords:

Hospital Business Strategy;
Hospital Business Process;
Universal Health Coverage;
Health Care Business

ABSTRACT

Since Early 2010, The Universal Health Coverage/UHC has brought some Impact not only in developed country, but also a developing one as well, including Indonesia with its UHC System (Jaminan Kesehatan Nasional – BPJS Kesehatan). Meanwhile Hospital Business Process as an ever-changing and dynamic business, also caught in tides of change, especially in transgression of Patient Payment Method. Moreover, the effectiveness of the health services and its financial result could also be affected as there are many variables that could affect its business process and hospital aim towards sustainability. This research highlighted areas to find changes that have been brought by Universal Coverage System towards Hospital business process and formulating an exact business strategy according to the condition. The financial reports and patient epidemiology Data are taken from a Private Owning but a Referral Hospital as well (type B) in Bogor. After analyzing the data from both Walk in patient and Admission patient, which consist of INA-CBGs rate and tariff, Revenue, Loss, and Efficiency. It is shown that there is a sifting increasing percentage in patient population especially Admission Patient but it is not followed by achieved efficiency and leading towards loss. By contrast, the walk in UHC patient does not have financial effectiveness but is not dominating at all in patient population. As a result, the increase in high population covered by UHC does not always equally afflict the walk in and admission patient. It will lead towards different strategies according to its effectiveness as well. It is important for hospitals to make a business plan according to its market population.

1. INTRODUCTION

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, memiliki tujuan mulia agar kesehatan segenap warga negara Indonesia terlindungi dan terpelihara kesehatannya. Badan Pelaksana Jaminan Kesehatan (BPJS) selaku pelaksana program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memiliki target agar kiranya pada tahun 2019, seluruh masyarakat Indonesia terlindungi dalam *Universal Health Coverage* (UHC).

Rumah sakit, merupakan sarana pelayanan kesehatan yang juga terimplikasi secara langsung dalam penerapan UU No.24 Tahun 2011 tersebut. Selain berdiri sebagai pemberi pelayanan kesehatan, Rumah Sakit dituntut untuk mampu beradaptasi dengan perubahan iklim bisnis dan perekonomian yang timbul akibat dari implementasi program JKN, dimana diharapkan mayoritas masyarakat Indonesia dapat terlindungi oleh manfaat BPJS Kesehatan selaku bagian dari jaminan kesehatan dan sosial nasional sesuai UU No.40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Segmentasi pasar yang berubah, sistem pembayaran yang berbeda, kebijakan politis dan strategis yang dinamis, menjadi tantangan tersendiri yang harus dihadapi oleh rumah sakit. Untuk menjawab tantangan tersebut, sebuah organisasi rumah sakit harus mampu menciptakan jasa dan produk baru dengan menerapkan pelayanan medis yang aman, mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini, bersifat inovatif dan kreatif, serta mampu menjalankan roda organisasi yang fleksibel dan mudah beradaptasi sesuai dengan amanat UU No.44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

Adanya sistem Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS tentu akan memberikan perubahan kepada pola ekonomi rumah sakit, yang awalnya menggunakan sistem *fee for services* menjadi *Case Base Group* dan *Prospective payment*. Terdapat beberapa negara berkembang yang menggunakan sistem UHC serupa dengan JKN di Indonesia. Seiring dengan berjalannya program jaminan kesehatan di negara-negara tersebut, cakupan kepesertaan semakin besar dan menysasar pada seluruh populasi masyarakat. Pada tahun 2010, diketahui Ghana dengan program NHIS memiliki cakupan 54%, Filipina (PhilHealth) memiliki capaian cakupan 76%, Rwanda (Mutuelles, RAMA, MMI) 92% dan Vietnam (VSS) 42%. Hal ini menunjukkan jelasnya potensi peningkatan kepesertaan masyarakat dalam program UHC.

Sebuah penelitian lain di Ghana bagian Utara, menunjukkan pada periode 2010 s/d 2014 terdapat pergeseran segmen pasar pada bisnis kesehatan. Hal itu berupa perubahan pola pembiayaan pasien yang sebelumnya didominasi pembiayaan *out of pocket/fee for services* berganti ke model UHC (*Per Case Payment/Case Based Group*), mengikuti kebijakan negara tersebut. Pergeseran yang terjadi sangatlah signifikan, hingga mencapai 62-63%. Seiring dengan peningkatan jumlah cakupan peserta UHC, pergeseran ini memberikan dampak langsung kepada RS, berupa perubahan pola pembiayaan pasien yang tentu mempengaruhi penjualan layanan kesehatan (produk), tarif layanan rumah sakit dan pada akhirnya berdampak pada pendapatan rumah sakit (*revenue* dan *cash flow*).

Dengan cakupan yang cukup besar pada tahun 2019, maka kondisi populasi masyarakat yang telah terlindungi program BPJS Kesehatan akan sangat signifikan jumlahnya, hal ini dapat mempengaruhi jenis populasi pasien yang mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit berdasarkan pembiayaannya. Hal ini tentunya akan berimbas kepada perubahan pola pendapatan rumah sakit, apalagi jika dilakukan oleh sejumlah besar populasi pasien. Menyikapi perubahan ini, rumah sakit harus melakukan adaptasi dalam penerapan manajemen strategis untuk mencapai kesinambungan pertumbuhan layanan dan ekonomi. Pada era *Prospective Payment*, RS harus mampu menerapkan layanan yang efektif dan efisien dikarenakan adanya batasan besaran transaksi yang akan dibayarkan oleh program UHC tersebut, tanpa mengorbankan kesehatan dan keselamatan pasien.

2. LITERATURE REVIEW

a. Pelaksanaan *Universal Health Coverage* di Berbagai Negara

Dalam beberapa dekade terakhir, berbagai negara maju dengan pendapatan negara yang tinggi, berlomba-lomba untuk dapat melaksanakan jaminan kesehatan menyeluruh (*Universal Health Coverage*) dengan berbagai metode pendekatan. Pada awal abad ke dua puluh, setidaknya terdapat dua sistem pendekatan yang diadopsi secara umum oleh negara maju. Negara Inggris melalui model Beveridge NHS (*Beveridge-National Health Service Model*) mengandalkan pajak negara sebagai sumber pembiayaan, menggunakan satu standar resiko nasional dan secara publik memberlakukan akses kesehatan untuk seluruh warganya. Sedangkan negara Jerman dengan model Bismarck-nya (*German Bismarck Model*) mengandalkan pembayaran premi dan pembayaran pajak penghasilan dengan standar resiko yang multiple untuk memberkan pelayanan kesehatan yang dapat diberikan kepada peserta yang terdaftar. Hal ini tentu berbeda dengan pendekatan yang dapat dilakukan oleh negara-negara berkembang, dengan segala keterbatasan dan kesenjangan kondisi yang negara tersebut miliki, sehingga negara berkembang pada akhirnya akan membuat sistem sendiri yang merupakan modifikasi dari berbagai sistem yang ada (*Hybrid Model*).

Pada Awal perjalanan UHC di berbagai negara (sekitar tahun 1980), umumnya moda pembayaran yang digunakan bersifat kontribusi pembayaran (*Out of Pocket*) yang dikenal juga sebagai sistem *co-payment*, *user fees* dan *point of services* yang serupa dengan sistem *reimbursement* pihak penjamin kepada pemberi pelayanan. Hal ini rupanya memiliki dampak buruk seperti pelayanan tidak prioritas dapat menekan anggaran pelayanan prioritas, dan jika kesenjangan tariff terlalu jauh dapat menyebabkan bencana ekonomi (*Catastrophic spending*) sehingga pada akhirnya banyak negara meninggalkan sistem ini dan beralih ke pembayaran berbasis pendapatan (*prepaid revenue*). Sayangnya negara dengan pendapatan rendah dan menengah akan menghadapi masalah dalam menanggulangi kemampuan penyediaan anggaran yang terbatas dengan tingginya ekspektasi untuk memperluas cakupan layanan kesehatan. Presentase pekerja sektor formal di negara berkembang bervariasi dari rentang 7% sampai

dengan 84%, hal ini memiliki implikasi dari pendapatan negara berdasarkan pajak dan mempengaruhi kemampuan negara untuk membiayai jaminan kesehatan negara tersebut. Sebagai tambahan, negara-negara tersebut memiliki populasi masyarakat miskin yang besar dengan keterbatasan kemampuan untuk berkontribusi dalam pembarayan premi kesehatan. Terlepas dari keterbatasan tersebut, kebanyakan negara berkembang memilih untuk meningkatkan persentase anggaran kesehatan dari anggaran belanja negara.

Sejak sistem *Diagnosis Related Group* (DRGs) diperkenalkan di Amerika Serikat pada tahun 1983, sistem ini terus dijadikan acuan pembayaran penjaminan kesehatan di berbagai negara maju. Kebermanfaat sistem ini sesungguhnya sangat bergantung dengan kebijaksanaan dan regulasi yang dikeluarkan oleh pihak penyelenggara agar dapat diimplementasikan dengan baik. Terdapat beberapa perbedaan pendapat tentang seberapa luas rentang kelompok diagnosis dan seberapa ketat regulasi yang diperlukan dalam pengelolaan DRGs tersebut. Rentang diagnosis yang luas dapat menjadi nilai tambah dalam pemberian pembayaran yang besar dan menurunkan resiko manipulasi, namun disaat yang sama hal ini dapat menyebabkan bias pada pasien dengan tingkat kesakitan yang rendah namun masuk kedalam kategori penyakit tertentu dengan klaim besar dan menimbulkan layanan yang tidak proporsional. Sebaliknya cakupan diagnosis yang sempit memang dapat mencegah terjadinya dampak buruk ketidaksesuaian tersebut, namun juga menghasilkan resiko baru dimana pasien akan dirawat lebih lama agar rumah sakit bisa mendapatkan penunjang kearah kelompok diagnosis lain yang memiliki klaim lebih besar. Bahkan dalam kategori kelompok diagnosis yang sangat ketat (ekstrim) dapat mementalkan klaim rumah sakit hanya karena ketidaksesuaian detail transaksi dengan lama hari rawat dan sebagainya. Hal ini tentu beresiko mengorbankan kepentingan pasien, dan untuk menanggulangi hal tersebut sistem berbagi resiko biaya (*cost-sharing*) dengan pasien maupun perusahaan menjadi hal yang umum untuk diterima tentunya hal ini dapat dilaksanakan karena kondisi ekonomi negara maju relatif lebih kuat.

Terdapat beberapa negara berkembang yang menggunakan sistem UHC serupa dengan JKN di Indonesia. Terdapat 9 negara dengan pendapatan menengah di wilayah Afrika dan Asia Tenggara dengan tahun inisiasi yang berbeda-beda. Ke 9 negara tersebut adalah : Ghana (NHIS-2003), Indonesia (Jamkesmas/BPJS-2004), Philippines (PhilHealth-1995), Rwanda (Mutuelles-2000), Vietnam (VSS-2002), India (RSBY-2008), Kenya (NHIF-2002), Mali (Mutuelles-2009), Nigeria (NHIS-2009). Pada tahap inisiasi umumnya negara-negara tersebut mengadopsi kebijakan yang berbeda-beda. Umumnya negara memberikan jaminan kesehatan menyeluruh/komprehensif (layanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap) namun ada juga perbedaan seperti di Filipina dimana jaminan kesehatan rawat jalan hanya diberikan bagi orang miskin meskipun layanan PhilHealth telah berjalan sejak 1995, serta contoh lain di India dan Kenya yang baru menginisiasi layanan rawat jalan pada tahun kisaran 2009-2010.

Seiring dengan berjalannya program jaminan kesehatan di negara-negara tersebut, cakupan kepesertaan semakin besar dan menyasar pada seluruh populasi masyarakat. Pada tahun 2010, diketahui Ghana dengan program NHIS memiliki cakupan 54%, Filipina (PhilHealth) memiliki

capaian cakupan 76%, Rwanda (Mutuelles, RAMA, MMI) 92%, dan Vietnam (VSS) 42%. Hal ini menunjukkan jelasnya potensi peningkatan kepesertaan masyarakat dalam program UHC.

Ghana, Rwanda, Vietnam dan Indonesia pada 2010-2011 meningkatkan anggaran kesehatan 5% – 11% dari anggaran belanja negara, sedangkan India, Kena, Mali dan Nigeria meningkatkan anggarannya pada rentang 1% - 3%. Hanya Filipina yang tidak merubah presentase anggarannya sejak memberlakukan *Universal Health Coverage*.

b. BPJS Sebagai Pelaksana Jaminan Kesehatan Nasional

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dibentuk untuk menjalankan sistem jaminan sosial nasional sebagai badan hukum yang berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dengan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta. Hal ini sesuai karena fungsi dari Jaminan Sosial adalah sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Menurut Undang-undang No.24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik dan bertanggung jawab kepada Presiden. Sebagai sebuah badan hukum publik, tentu ada penentuan kepemilikan. Pemilik BPJS Kesehatan sebagai badan hukum publik adalah orang/lembaga yang menempatkan modal/aset pada Badan hukum tersebut. Sumber dana BPJS Kesehatan adalah dari pemerintah dan peserta yang membayar iuran. Jadi pemilik BPJS Kesehatan adalah pemerintah dan peserta program jaminan sosial, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia.

Tujuan keberadaan BPJS adalah mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam pelaksanaannya BPJS terbagi kedalam dua Kategori. Yang pertama adalah BPJS Kesehatan yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Sedangkan yang kedua, yaitu BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf b UU no.24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, dibentuk dengan tujuan memberikan penjaminan antara lain : jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun; dan jaminan kematian.

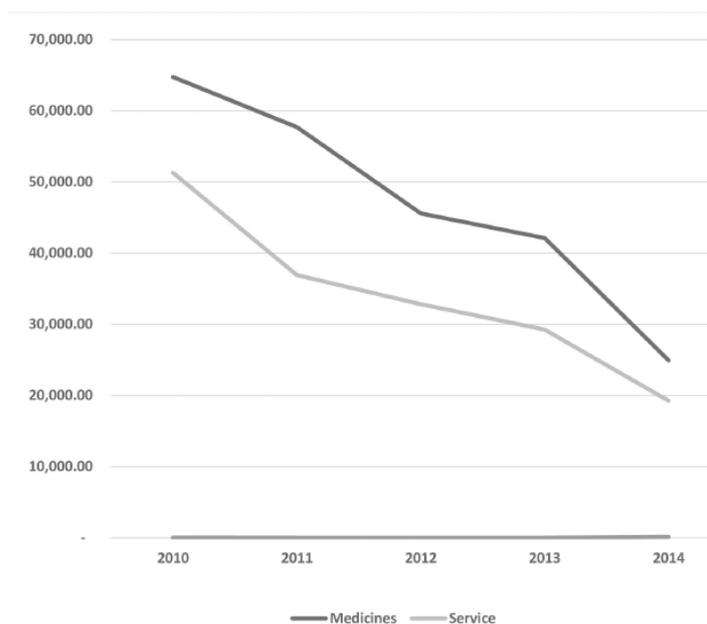
BPJS memiliki sumber pendanaan berupa Dana Jaminan Sosial yaitu adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

Masyarakat yang menjadi Peserta BPJS adalah setiap orang dalam hal ini Warga Negara Indonesia (WNI) dan orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia,

yang telah membayar iuran. Peserta mendapatkan hak berupa Manfaat yaitu Pelayanan Kesehatan mencakup pelayanan promotif, prevntif, kuratif dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan dengan kewajiban membayarkan Iuran berupa sejumlah uang yang dapat dibayar secara teratur oleh Peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah.

c. Dampak Berjalannya UHC Terhadap Bisnis Rumah Sakit

Sebuah penelitian di Ghana bagian Utara yang menerapkan UHC serupa Indonesia sejak tahun 2005, menunjukkan pada periode 2010 s/d 2014 terdapat pergeseran segmen pasar pada bisnis kesehatan. Hal itu berupa perubahan pola pembiayaan pasien yang sebelumnya didominasi pembiayaan out of pocket berganti ke model UHC (*Per Case Payment/Case Based Group*) mengikuti kebijakan negara Ghana. Penurunan sebesar 62-63%. Hal ini merupakan dampak langsung berupa perubahan pola pembiayaan pasien yang tentu mempengaruhi tarif, penjualan layanan (produk), dan pada akhirnya pada pola keuangan rumah sakit (*Revenue dan Cash Flow*).



Gambar 1. Trend Penurunan Pasien OOP pada periode 2010 s/d 2014 di Ghana.

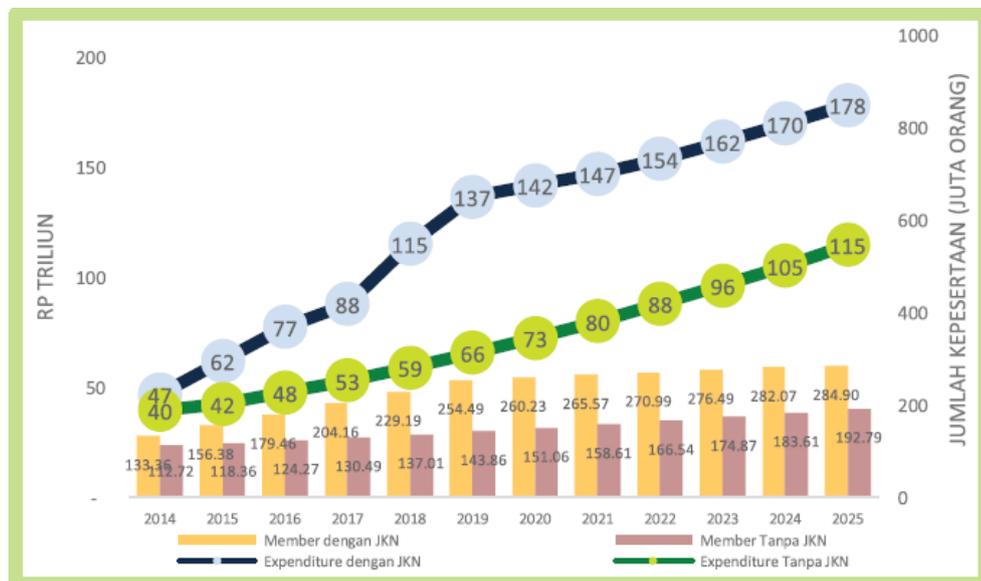
Sumber: Out-of-pocket payment for primary healthcare in the era of national health insurance: Evidence from northern Ghana 2019⁴

Di Indonesia sendiri, dampak yang muncul selain perubahan pembayaran dari *fee for service* menjadi *Case Based Group (Prospective Payment)*, terjadi pula perubahan dalam regulasi di bidang kesehatan. Pada awal tahun 2019, menurut data BPJS Kesehatan, terdapat 341 rumah sakit yang telah diputus kontrak kerjasamanya oleh BPJS Kesehatan. Semua RS tersebut pada akhirnya berkomitmen untuk memenuhi akreditasi hingga 30 Juni 2019.

Selain itu terdapat pula dua rumah sakit sudah terakreditasi, tapi juga diputus kontrak yang diakibatkan RS tersebut tidak memenuhi persyaratan yang bersifat kredensial, Di antaranya, keberadaan surat izin operasional, akreditasi dan wanprestasi.

Di wilayah Bogor sendiri Sejumlah rumah sakit swasta di Kabupaten dan Kota, juga mengalami pemutusan kontrak kerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Pemutusan kontrak kerja sama disebabkan delapan rumah sakit tersebut belum memenuhi syarat akreditasi sesuai Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 99 tahun 2015.

Pelaksanaan UHC memang selalu identik dengan dengan tiga dimensi kepentingan sehingga pelaksanaannya tentu tidak dapat dilepaskan dari dinamika ketiga unsur tersebut, ketiganya adalah: Kepentingan Politik, Pertumbuhan Ekonomi dan Pemerataan Kesehatan terjamin. Kepentingan Politik sangat dipengaruhi oleh unsur sosial berkepentingan dan jika dimanfaatkan dengan baik dapat diarahkan untuk membentuk regulasi pelaksanaan UHC, namun disaat sensitif dapat pula dijadikan objek kepentingan. Pertumbuhan ekonomi dapat merubah besaran anggaran maupun perketatan aturan baik itu peningkatan syarat klaim maupun syarat kerjasama. tujuan utama yang dicari pada akhirnya tidak boleh mengorbankan aspek ketiga yaitu pemerataan akses masyarakat pada layanan kesehatan terjamin, baik itu dari sisi kualitas maupun kuantitas peserta.



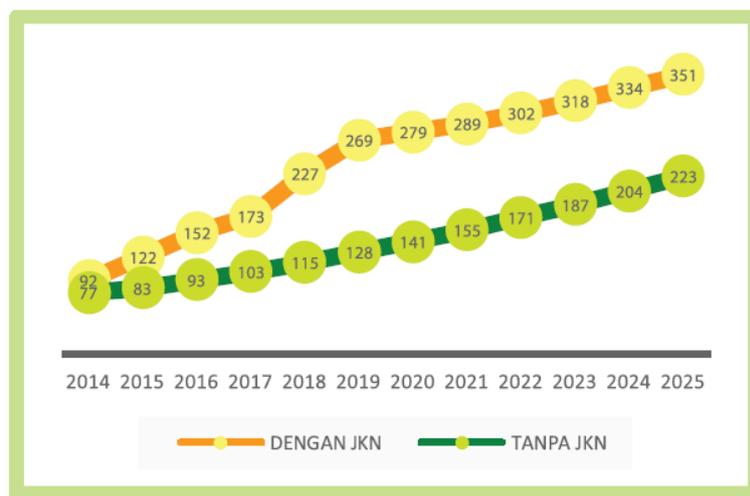
Gambar 2 : Proyeksi Pengeluaran dan Peserta Jaminan Kesehatan Tahun 2014-2020: dengan dan Tanpa Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Sumber :BPJS KESEHATAN-Dampak program JKN-KIS pada perekonomian Indonesia; Ringkasan Riset JKN-KIS Edisi 01 Bulan Agustus (2017)¹⁸

Gambar 2 memperlihatkan Proyeksi kondisi jaminan kesehatan di Indonesia dengan dan tanpa program JKN pada tahun 2014 sampai 2025. Terlihat bahwa pengeluaran dan peserta jaminan

kesehatan dengan program JKN lebih tinggi daripada pengeluaran maupun peserta jaminan kesehatan tanpa program JKN. Proyeksi ini merupakan indikasi positif pada proyeksi perekonomian Indonesia.

Program JKN bukan hanya pengeluaran (cost), melainkan sebuah investasi. Dalam jangka pendek, program JKN dapat meningkatkan output dan tenaga kerja sektor lainnya, sedangkan dalam jangka panjang program JKN dapat meningkatkan modal manusia melalui peningkatan angka harapan hidup. Pada akhirnya program JKN akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi. Sehingga merupakan suatu kewajaran bahwa BPJS-Kesehatan akan selalu melakukan perubahan regulasi untuk melindungi kepentingan potensi ekonomi tersebut disamping aspek kesehatan yang menjadi kewajibannya.



Gambar 3 :Estimasi Dampak JKN terhadap Output Nasional Tahun 2014-2025 (dalam Triliun Rupiah)¹⁸.

Sumber : dampak program JKN-KIS pada perekonomian Indonesia; Ringkasan Riset JKN-KIS Edisi 01 Bulan Agustus 2017 - BPJS KESEHATAN)

BPJS Kesehatan dengan Merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 mem-berlakukan juga regulasi rujukan berjenjang. Peraturan menteri kesehata tersebut menyebutkan bahwa salah satu upaya yang dapat dilakukan dalam kendali mutu dan kendali biaya antara lain adalah proses penilaian pemanfaatan (Utilization review) layanan kesehatan, termasuk pada skema rujukan berjenjang. Sebagai Acuan, BPJS Kesehatan mengacu kepada ketetapan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang telah menetapkan bahwa terdapat 144 jenis diagnosis yang merupakan kompetensi dasar Dokter Umum untuk dapat ditangani di Fasilitas Kesehatan Ting-kat Pertama (Klinik/Puskesmas). Pada pelaksanaannya terdapat kasus-kasus yang termasuk dal-am 144 diagnosis tersebut yang dirujuk ke FKRTL, baik karena standar kompetensi, keterse-diaan sarana prasarana, maupun karena permintaan khusus pasien. Dalam jangka panjang kon-disi ini akan menimbulkan beban ekonomi yang berarti terhadap pembiayaan program, sebab apabila kasus dapat terselesaikan pada level FKTP maka BPJS Kesehatan tidak perlu menge-luarkan biaya tambahan karena sudah termasuk dalam paket pembayaran kapitasi. Akan tetapi

apabila pasien dirujuk ke FKRTL maka akan ada besaran klaim yang harus dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dengan menggunakan mekanisme INA-CBGs. Demi melakukan efisiensi, BPJS Kesehatan tentu akan mengeluarkan kebijakan-kebijakan yang dinamis untuk mengendalikan angka rujukan pasien dari FKTP ke FKTRL yang pada akhirnya akan merubah peta rujukan pasien ke Rumah sakit rujukan tingkat lanjut (khususnya tipe B dan A).

BPJS Kesehatan dalam pengembangan layanannya juga mengedepankan prinsip belanja strategis/*Strategic Purchasing*. Fungsi belanja strategis BPJS Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kinerja sistem kesehatan melalui alokasi sumber dana efektif ke penyedia jasa layanan. Pemenuhan tujuan tersebut melibatkan tiga jenis keputusan: (i) intervensi atau layanan apa yang harus dibeli dan disediakan untuk merespon kebutuhan dan keinginan penduduk dengan mempertimbangkan prioritas kesehatan nasional dan bukti efektifitas biaya; (ii) bagaimana layanan itu harus dibeli, termasuk mekanisme kontrak dan sistem pembayaran, serta; (iii) dari siapa layanan itu dibeli dengan memperhatikan kualitas dan efisiensi sisi penyedia jasa layanan. Pemenuhan fungsi belanja strategis BPJS Kesehatan harus mengarah pada serangkaian upaya untuk memaksimalkan keuntungan agregat dari sumber daya (efisiensi alokatif). Kebijakan ini harus dapat dipahami oleh rumah sakit, karena pada akhirnya hal ini akan berdampak juga kepada RS Rujukan sebagai rekanan dari BPJS-Kesehatan khususnya dalam perencanaan layanan baru dapat dijamin oleh JKN maupun dalam evaluasi perpanjangan kerjasama layanan yang sudah berjalan.

d. Peran Manajemen Strategis Dalam Pengembangan Rumah Sakit

Dalam Manajemen strategis adalah kumpulan keputusan dan tindakan manajerial yang bertujuan untuk membantu sebuah organisasi untuk meraih sasaran organisasi serta mendapatkan performa jangka panjang yang baik. Rumah sakit sebagai perusahaan maupun organisasi kesehatan tentu memiliki tujuan sebagaimana diamanatkan oleh undang-undang serta memiliki harapan untuk tumbuh, berkembang serta mampu bertahan (sustainable) terlebih lagi dalam menghadapi perubahan yang dinamis di era UHC.

Setiap perubahan yang dihadapi dalam sebuah proses bisnis, tentu menuntut analisis ulang, untuk menilai strategi yang diterapkan oleh rumah sakit masih relevan dalam menghadapi perubahan kondisi yang terjadi dan mampu membuat perusahaan mencapai target. Jika pendekatan strategi saat ini tidak memungkinkan untuk mencapai sasaran, maka perlu dilakukan perubahan dari strategi perusahaan.

Langkah-langkah manajemen strategik termasuk didalamnya adalah: pemindaian lingkungan internal dan eksternal (*Internal & External Scanning*), Formulasi Strategi, Implementasi, Kendali Fungsi dan Evaluasi. Selain itu Terdapat beberapa tahapan dalam mempersiapkan perubahan strategi yang harus diketahui oleh pengelola dan perencana organisasi khususnya rumah sakit, yaitu : Perencanaan Finansial Dasar (*Basic Financial Planning*), Perhitungan Peluang

(*Forecast-Based Planning*), Perencanaan Berorientasi Eksternal (*External Oriented Strategic Planning*) dan Penerapan Manajemen Strategik di semua lini. Kesemua aspek manajemen strategik tersebut, tidak dapat dipersiapkan dan dijalankan dengan baik, tanpa pengkajian mendalam berdasarkan pengetahuan, penelitian, maupun pengalaman.

Jika rumah sakit ingin melakukan perubahan strategi di era UHC, maka sudahlah menjadi sebuah kepatutan untuk RS melakukan penelaahan berdasarkan performa layanan pada pasien BPJS yang diberikan, Kekuatan Finansial dan Non-Finansial dari BPJS Kesehatan, Pengembangan layanan dan kompetisi dengan RS Sederajat, serta komitmen untuk memberikan pelayanan efektif dan efisien.

e. Optimalisasi Pelayanan Kesehatan Dan Adaptasi Proses Bisnis Rumah Sakit

Faktor internal harus dianalisis oleh rumah sakit dalam menyusun perencanaan strategisnya. Jika mampu melakukan efisiensi dan menerapkan kebijakan yang efektif maka Rumah sakit dapat mengoptimalkan kondisi internalnya untuk kemudian beradaptasi dengan kondisi eksternal. Hal-hal yang dapat dilakukan secara internal antara lain adalah pengendalian biaya dalam berbagai aspek.

Dalam penelitian di St. James Hospital di India, diketahui bahwa Inventori aset rumah sakit haruslah disusun dan dijaga secara proporsional. Dalam kondisi keuangan yang stabil, inventori ini bisa jadi belum tampak dan menimbulkan kendala meskipun tersimpan dalam jumlah yang besar (gemuk). Namun ketika arus kas keuangan mengalami penurunan, maka hal ini akan memperburuk keadaan keuangan karena inventori aset yang gemuk (*Overstock/Dead Stock*) dan tidak bergerak (*Slow Moving/Not Moving*) akan menjadi catatan merah dalam laporan keuangan, apalagi jika aset tersebut merupakan piutang yang harus dilunasi.

St. James Hospital, menggunakan pendekatan analisis berupa *Supply Chain Analysis*. Dari analisis tersebut diketahui bahwa penumpukan aset diikuti pula dengan insiden ketiadaan barang disaat dibutuhkan (*Overstock and No Stock*). Hal yang begitu kontradiktif ini terjadi akibat beberapa faktor yaitu : Tidak ada penanggung jawab dan pendelgasian tugas yang jelas, terlalu banyak penyuplai barang, terlalu banyak orang terlibat dan merencanakan dalam pemesanan dan pengeluaran barang, dan tidak adanya koordinasi antar bagian yang terlibat.

Jika kegagalan pengendalian suplai barang ini terjadi dalam era UHC yang sangat dinamis, maka rumah sakit tentu akan sangat kesulitan untuk bersaing dan tidak[qw menutup kemungkinan mengalami defisit keuangan akibat barang yang tidak dapat diuangkan (dijual).

Dalam sebuah studi perbandingan data kunjungan pasien pada salah satu rumah sakit swasta di Bali, dalam rentang waktu tahun 2016 dan tahun 2017, terdapat penurunan kunjungan pasien eksekutif, pasien kerjasama IKS, pasien umum, pasien asuransi dan COB Asuransi. Hal ini ternyata diikuti dengan kenaikan kunjungan tipe pasien BPJS/JKN dan BPJS/JKN upgrade meningkat sangat signifikan signifikan (194% - 356%). Pergeseran kunjungan pasien umum ke BPJS/JKN secara signifikan merupakan fakta yang harus dihadapi dan tentunya menuntut perubahan strategi pelayanan dan pemasaran rumah sakit, belum lagi jika menimbang kemampuan RS memberikan layanan yang layak klaim.

Berdasarkan studi penerapan *Diagnosis Related Group - Prospective Payments System* di pelayanan UHC NHS Italia, diketahui bahwa sistem koding dan pembayaran berdasarkan kelompok diagnosis menekan rumah sakit untuk lebih efisien dalam memberikan layanan jauh melampaui sistem *Hospital utilities/Tarif Fee For Service*. Rumah Sakit melakukan berbagai penyesuaian untuk menekan lama hari perawatan ditambah lagi dengan usaha dari pembuat kebijakan untuk menurunkan juga angka perawatan di rumah sakit. Hal ini menyebabkan rumah sakit harus selektif dalam menerima kasus rawat inap sekaligus mengefisiensikan layanan sesuai besaran Koding penjaminan.

Penerapan DRGs membutuhkan adaptasi rumah sakit. Pada tahun 2012, negara Swiss memberlakukan sistem *Fixed fee per Case* yang serupa dengan sistem *DRGs-Prospective Payments Systems*. Hal ini menuntut rumah sakit untuk merubah rencana bisnis, dari pengembangan layanan berbasis pematangan teknologi menjadi penyusunan rencana layanan berbasis prediksi kunjungan kelompok diagnosis terbanyak. adaptasi sistem juga dapat dilakukan dengan masukan dari pelaksanaan layanan kesehatan, NHS di Inggris melakukan penyesuaian kelompok kategori diagnosis setelah mengetahui bahwa ada jarak yang cukup jauh pada pelayanan kasus berat yang ternyata membebani rumah sakit tingkat pertama, hal ini menunjukkan sistem yang proporsional dimana perbaikan datang dari dua arah, namun tentu tidak dapat diharapkan terjadi sama di semua negara.

3. RESEARCH METHODS

Penelitian dilakukan dengan metode Studi Kejadian (*Case Study*) dengan data retrospektif yang diambil dari data pasien rawat inap dan rawat jalan pada rentang waktu bulan Januari sampai dengan Desember tahun 2019 sebagai data empiris sehingga termasuk kedalam kategori *Empirical Evidence*. Pola dan kesamaan dalam data tersebut diharapkan dapat menggambarkan pola pasien dan pola pembayarannya secara umum. Secara metodologi, hal ini termasuk kedalam kategori studi kuantitatif, data yang didapatkan kemudian dilakukan analisis untuk membuat rekomendasi dalam pengembangan bisnis rumah sakit sesuai dengan hasil analisis data.

4. RESULTS

a. Perbandingan jumlah pasien BPJS Kesehatan di Pelayanan Rumah Sakit Penelitian

Tabel 1- Perbandingan Jumlah Pasien BPJS terhadap Jumlah Kumulatif Tahun 2019

No.	Bulan	Pasien RI BPJS	Total Pasien RS (RI)	%BPJS RI	Total Pasien RS (RJ)	Total RJ BPJS	%BPJS RJ
1	Januari	425	1093	38.88%	21108	3922	18.58%
2	Februari	445	1063	41.86%	21535	3429	15.92%
3	Maret	496	1173	42.28%	22403	3614	16.13%
4	April	455	1028	44.26%	19362	4037	20.85%
5	Mei	393	904	43.47%	18153	4234	23.32%
6	Juni	388	957	40.54%	15932	3145	19.74%
7	Juli	565	1162	48.62%	20185	4442	22.01%
8	Agustus	497	1036	47.97%	21289	4362	20.49%
9	September	474	999	47.45%	20756	4266	20.55%
10	Oktober	427	983	43.44%	20688	4540	21.95%
11	November	436	988	44.13%	20007	4281	21.40%
12	Desember	518	1094	47.35%	20303	4212	20.75%
Total		5519	12480		241721	48484	
			MEDIAN	44.22%		MEDIAN	20.65%

Sumber: Data Pasien BPJS terhadap Jumlah Kumulatif (2019)

Layanan rawat jalan masih didominasi oleh pasien *Out of Pocket* (Pribadi dan Asuransi) yang terlihat dari kecilnya cakupan penggunaan BPJS Kesehatan sebagai penjaminan pasien oleh pasien rawat jalan yang hanya sebesar 20,65%. Besaran tersebut bahkan sudah termasuk pasien di layanan gawat darurat, poliklinik spesialis maupun rehabilitasi medik dan hemodialisa. Artinya, rumah sakit masih memiliki pedapatan *fee for service* dari layanan rawat jalan yang sangat besar, suatu hal yang berkebalikan dengan apa yang terjadi pada rumah sakit di era Jaminan Kesehatan Nasional, bahkan secara lokal, hal ini berkebalikan dengan perilaku kesehatan masyarakat kota Bogor pada umumnya 61,10%.^{4,14,15}

Pada layanan rawat inap, hal yang terjadi justru berlaku sebaliknya. Rata-rata penggunaan BPJS Kesehatan sebagai penjaminan pasien pada layanan ini mencapai angka 44,22%, bahkan pada beberapa periode bulan di triwulan II dan III bisa mencapai >45% saat BOR (*Bed Occupancy Rate*) Rumah sakit juga cukup tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa pada layanan rawat inap, BPJS Kesehatan telah menjadi jenis penjaminan pasien yang cukup dominan, suatu hal yang berkesesuaian dengan perkembangan Jaminan Kesehatan Nasional sebagai *Universal Health Coverage*.^{4,5,6,12,15}

b. Analisis Layanan Rawat Jalan

Terdapat beberapa hal yang mendasari tingginya penggunaan penjaminan *Out of Pocket* pada layanan rawat jalan. Sebagai rumah sakit swasta tipe B, sesuai dengan ketentuan BPJS Kesehatan tentang program rujukan berjenjang, pasien BPJS Kesehatan haruslah melalui tahapan rujukan mulai dari klinik atau puskesmas sebagai FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama), yang akan mengirimkan pasien ke rumah sakit tipe C yang jika tidak memiliki layanan

yang dibutuhkan pasien, baru akan mengirimkan pasien tersebut ke rumah sakit tipe B. Hal ini tentu berdampak pada jumlah pasien yang akhirnya dapat masuk ke RS tipe B. kendati demikian, hal ini tidak berlaku bagi pasien gawat darurat, pasien kontrol rutin maupun pasien pasca tindakan/rawat inap yang diberikan beberapa ketentuan khusus sesuai peraturan untuk tetap dapat langsung mendapatkan fasilitas RS tipe B. meskipun layanan-layanan rawat jalan dengan akses khusus tersebut tetap dihitung, rupanya secara kumulatif, persentasenya tetap saja relatif kecil.¹⁹

Meskipun tidak dominan, tetapi layanan BPJS Kesehatan ini bersifat menguntungkan (Profit) dengan persentase 11% dari total tarif (sumber daya yang dikeluarkan rumah sakit). Dari 10 diagnosis terbanyak layanan rawat jalan yang mencakup 54% dari total pasien BPJS Kesehatan dan Memiliki proporsi 53% dari total pendapatan Koding, 9 Diagnosis termasuk kategori Profit. Hal ini layak untuk dipelajari lebih lanjut untuk dapat digali dan dimaksimalkan potensinya.

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, penggunaan BPJS kesehatan untuk rawat jalan melingkupi pelayanan gawat darurat, poli klinik spesialisik dan sub-spesialistik, layanan hemodialisa dan layanan rehabilitasi medik. Dari 10 diagnosi terbanyak 5 kategori diagnosis adalah milik layanan rehabilitasi medik dan kesemuanya memiliki rata-rata persentase profit 37% (24-43%). Sedangkan layanan lain yang juga unik adalah layanan hemodialisa, pasien-pasien gagal ginjal kronik yang mendapatkan layanan cuci darah, memang hanya menduduki sejumlah kecil klaim yaitu 4% namun ternyata layanan ini memiliki proporsi pendapatan yang sangat baik, yaitu memegang 16% pendapatan dari total koding kumulatif dan memiliki persentase profit sebesar 12%. Untuk melakukan maksimalisasi layanan menguntungkan, maka pengembangan dapat dipusatkan pada dua layanan terbanyak yaitu Fasilitas Rehabilitasi Medik dan Fasilitas Hemodialisa.

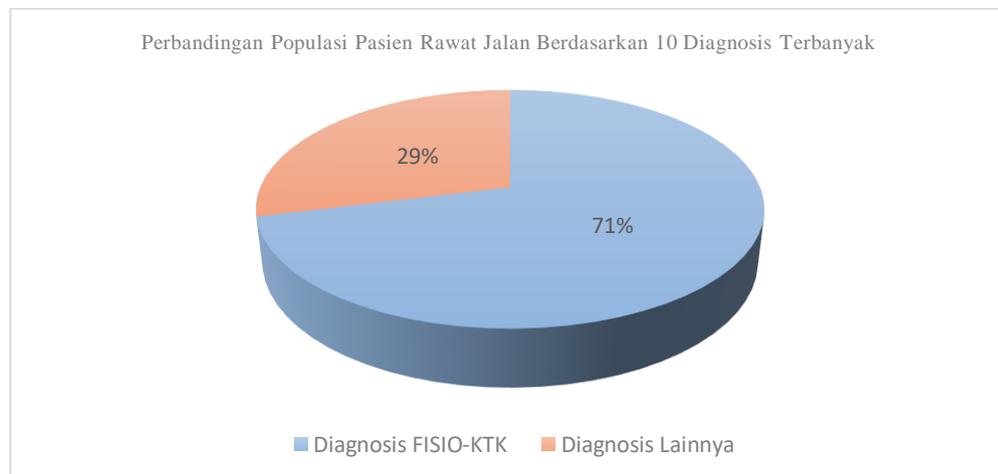


Diagram 1- Persentase Perbandingan Jumlah Pasien Fisio-KTK

Instalasi rehabilitasi medik memiliki potensi finansial yang baik. Dilihat dari jumlah klaim yang besar (35%). Jumlah klaim yang besar menunjukkan bahwa mayoritas pasien rawat jalan BPJS di rumah saki ini, menggunakan layanan Rehabilitasi Medik. angka ini bahkan melampaui kunjungan dari poliklinik rawat jalan maupun layanan rawat jalan lainnya. Hal ini menjadi potensi, karena artinya layanan rehabilitasi medik sudah menjadi *market leader* dengan mendominasi *market share* rawat jalan BPJS secara internal rumah sakit. Sebuah layanan yang bersifat *market leader* memiliki opsi untuk meningkatkan kapitalisasi pendapatan, yaitu dengan cara meningkatkan volume layanan hingga mencapai titik jenuh (*Saturated Point*) atau dengan melakukan Ekspansi pasar, dalam hal ini, artinya menambah jenis layanan. Penambahan jenis layanan dapat dimulai dengan mengakuisisi pasien yang termasuk kedalam sepuluh diagnosis terbanyak, namun belum banyak menggunakan layanan rehabilitasi medik ini.

Layanan Hemodialisa di rumah sakit ini mulai beroperasi sejak akhir tahun 2018, diawali dengan 4 mesin Hemodialisa yang diadakan dengan skema Kerja Sama Operasional (KSO). Pada penghujung tahun 2019, layanan ini sudah memiliki 10 mesin hemodialisa dan memiliki kapasitas 60 pasien, dengan 6 hari operasional dan 2 shift kerja/hari.

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, layanan hemodialisa memang hanya melingkupi sejumlah kecil klaim per tahun 2019 (4% dari total klaim) namun ternyata layanan ini memiliki proporsi pendapatan yang sangat baik. 16% pendapatan dari total koding kumulatif dihasilkan dari layanan ini, bahkan layanan ini juga memiliki persentase keuntungan sebesar 12%. Artinya sebuah layanan ini sangat layak dikembangkan, karena dalam jumlah kecil saja sudah memiliki potensi keuntungan yang sangat besar, baik secara proporsi maupun margin keuntungan.

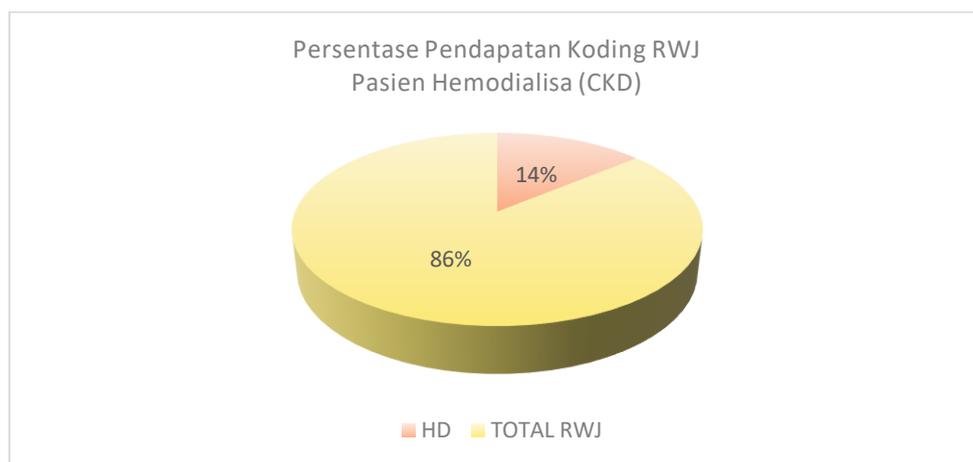


Diagram 2. Proporsi Pendapatan Koding Layanan Hemodialisa

Kunci dari keberhasilan finansial ini adalah pembuatan komponen tarif per kali layanan yang dihitung berdasarkan besaran koding yang dibayarkan oleh BPJS, kemudian dilakukan efisiensi biaya operasional (*operational cost*) hingga menghasilkan tarif yang berada dibawah koding. Salah satu strategi yang dapat dilaksanakan adalah memenuhi okupansi maksimal dari layanan ini. Dari kapasitas 60 pasien, sangat disayangkan jika rata-rata pasien per bulannya hanya dikisaran 40-45 pasien saja. Rumah sakit harus membuka pintu sebesar-besarnya agar layanan ini

dapat dioptimalkan, termasuk membuka layanan cuci darah untuk pasien-pasien infeksius (Hepatitis Virus dan HIV) yang selama ini kesulitan mendapatkan tempat cuci darah rutin. Tentunya hal ini memerlukan dedikasi berupa penggunaan alat yg dikhususkan serta penyiapan ruangan HD isolasi/infeksius untuk tetap menjaga keamanan pasien dan lingkungan Hemodialisa.

Sistem pendukung layanan ini juga harus diperkuat agar dapat meningkatkan daya saing rumah sakit dengan kompetitor lain yang memiliki layan serupa. Diantaranya adalah layanan Hemodialisa di pelayanan Intensif, layanan konsultan sub spesialis ginjal-hipertensi dan layanan bedah untuk akses vaskuler. Layanan cuci darah intensif maupun layanan konsultan sub spesialis untuk ginjal memang belum tersedia sampai dengan saat ini, namun hal ini memiliki peluang yang cukup besar karena keduanya adalah layanan tersier yang tentu sedikit RS yang memilikinya dan dapat meningkatkan daya saing RS terhadap kompetitor.

c. Analisis Layanan Rawat Inap

Layanan rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah sakit penelitian ini, rupanya memiliki hal yang berkebalikan dibandingkan layanan rawat jalan. Cakupan pasien BPJS Kesehatan memiliki proporsi yang cukup signifikan mencapai angka 44% dan menggambarkan pergeseran pasien yang sesuai dengan fenomena serupa secara regional di Kota Bogor maupun secara internasional di negara lain dengan sistem serupa.

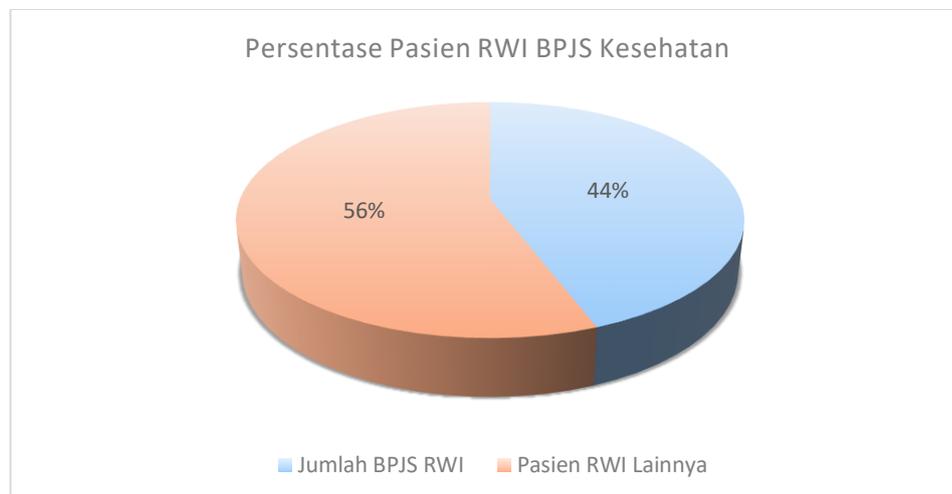


Diagram 4 - Perbandingan Jumlah Pasien BPJS dengan Jumlah Pasien Total

Namun sayangnya peningkatan ini juga diikuti dengan besarnya biaya yang rumah sakit harus keluarkan dalam memberikan layanan dan tidak sebanding dengan pendapatan yang diraih dari pembayaran klaim/koding sehingga menyebabkan defisit/loss yang mencapai angka rata-rata - 44%. Terjadinya hal tersebut dapat disebabkan karena dua hal, yang pertama adalah pelayanan yang tidak efisien sehingga menimbulkan pembengkakan biaya layanan dan yang kedua adalah tidak proporsionalnya tarif RS dengan Koding BPJS Kesehatan.

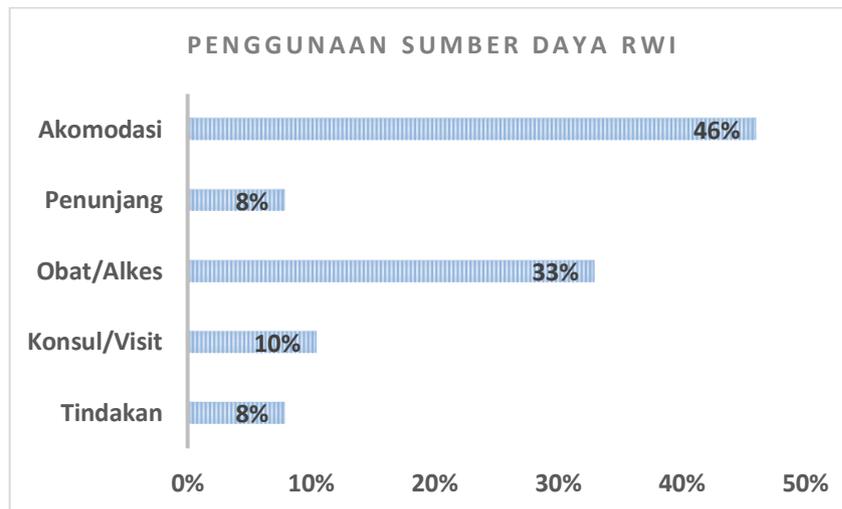


Diagram 5- Persentase Penggunaan Sumber Daya Pada Layanan Rawat Inap INA-CBG's 2019

Untuk menilai efisiensi, kita dapat melihat dari gambaran data yang ditampilkan oleh **Diagram 5** diketahui bahwa penggunaan sumber daya rumah sakit terbesar dalam memberikan pelayanan pada pasien BPJS Kesehatan adalah Biaya Akomodasi (46% dari total biaya) dan Penggunaan Obat/Alat Kesehatan (33% dari total biaya). Jika kedua hal tersebut dapat diefisiensikan, maka akan sangat besar dampaknya untuk menekan kerugian dalam neraca keuangan pelayanan rawat inap pasien BPJS Kesehatan.

Terdapat dua hal yang mempengaruhi besaran biaya akomodasi, yang pertama adalah rata-rata lama hari rawat pasien sedangkan yang kedua adalah besaran tarif ruang perawatan per hari bagi pasien. Untuk menilai gambaran lama rawat pasien, kita dapat melihat pola dari 10 diagnosis terbanyak yang disajikan pada tabel 4.8. rata-rata lama rawat pasien adalah 4,24 hari dari populasi data yang sangat representative (67%) artinya setiap pasien BPJS Kesehatan yang dirawat umumnya menghabiskan waktu di rumah sakit sekitar 4 hari perawatan. Hal ini akan berdampak terhadap biaya harian selama perawatan maupun kecepatan pergantian pasien (*turn over*). Namun kendati demikian, untuk menilai apakah hal tersebut merupakan hal yang wajar atau tidak, tidak bisa hanya dilihat berdasarkan data statistik saja, penilaian harus melihat kewajaran pelayanan berdasarkan klinis yang diatur oleh Pedoman Praktek Klinis ataupun *Clinical Pathway* untuk menilai keamanan pelayanan pasien dari sisi ilmu pengetahuan medis.

5. CONCLUSION AND SUGGESTION

Melalui pembahasan mengenai kinerja rawat jalan dan rawat inap pada pasien BPJS Kesehatan, maka seyogyanya Rumah Sakit haruslah menyusun perencanaan strategis khusus berkaitan dengan hal tersebut. Jika dilihat dari perencanaan strategis 5 tahunan maupun program kerja tahun 2019, tampak bahwa analisis layanan BPJS Kesehatan belum mendapat porsi pertimbangan yang cukup.

Rumah Sakit tetap dapat mengadopsi kebijakan agresif pada segmen rawat jalan. Mengingat pelayanan pasien BPJS Kesehatan pada sektor ini memiliki efektifitas yang baik, belum lagi proporsi pasien *Out Of Pocket* yang masih sangat besar juga menjadi modal rumah sakit menjalankan kebijakan pasar yang agresif. Sebagai tambahan, layana fisio-terapi dan tumbuh kembang maupun Hemodialisa dapat menjadi ujung tombak ekspansi layanan rumah sakit di sektor pasien BPJS Kesehatan.

Sebaliknya, rumah sakit harus mempertimbangkan ulang kebijakan strategis di pelayanan rawat inap, selain dikarenakan persentase pasien BPJS Kesehatan yang cukup dominan, efektifitas layanan di bidang ini pun masih dibawah angka 1. Perbaikan internal dengan pendekatan kompetitif merupakan pilihan yang lebih bijak dibandingkan pendekatan agresif. Kebijakan kompetitif yang diambil adalah *Enhancement* yaitu mengoptimalkan layanan yang sudah berjalan agar lebih efektif dalam menekan biaya dengan menggunakan pendekatan medis (*Clinical Pathway*) maupun non medis (Akomodasi, pengaturan margin profit serta Pengelolaan penunjang dan logistik farmasi).

REFERENCES

- [1] Pemerintah Indonesia. (2004) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- [2] Pemerintah Indonesia. (2011) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- [3] Pemerintah Indonesia. (2009) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
- [4] Kanmiki Ew, Et Al. (2019) Out-Of-Pocket Payment For Primary Healthcare In The Era Of National Health Insurance: Evidence From Northern Ghana. *Plos One* 14(8):E0221146. <https://doi.org/10.1371/Journal.Pone.0221146>
- [5] Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving Towards Universal Health Coverage: Health Insurance Reforms In Nine Developing Countries In Africa And Asia. *Lancet* 2012; 380: 933–43.
- [6] Cavalieri M, Guccio C, Lisi D, Pignataro G. Does The Extent Of Per-Case Payment System Affect Hospital Efficiency? Evidence From The Italian Nhs. *Health, Econometrics And Data Group, University Of York. United Kingdom*, 2015.
- [7] Sejarah Perjalanan Jaminan Sosial Di Indonesia [Online]. [Cited 2018 September]. Available From: [Http://bpjs-kesehatan.go.id](http://bpjs-kesehatan.go.id)
- [8] Savedoff Dw , Ferranti Dd, Smith Al, Fan V. Political And Economic Aspects Of The Transition To Universal Health Coverage. *Lancet* 2012; 380: 924–32.
- [9] Busse R, Schreyo J, Smith Pc ; Hospital Case Payment Systems In Europe; *Health Care Manage Sci* (2006) 9: 211–213, Doi 10.1007/S10729-006-9039-7 (Springer 2006)

- [10] Newbrander W, Barnum H, Kutzin J. Hospital Economics And Financing In Developing Country. World Health Organization. Geneva, 1992.
- [11] Buklet Kedudukan Dan Status Kelembagaan Bpjs Kesehatan; Bpjs Kesehatan, Jakarta 2017.
- [12] Laporan Pengelolaan Program Dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2018; Bpjs Kesehatan, Jakarta 2019
- [13] Rsh Bogor. (2019); Profil Pelayanan Rsh Bogor, 2018.
- [14] Rsh Bogor. (2019); Profil Pelayanan Rsh Bogor, 2019.
- [15] Statistik Kesejahteraan Rakyat Kota Bogor Tahun 2019; Badan Pusat Statistik Kota Bogor, Bogor, 2019.
- [16] Berita Nasional, Bpjs Kesehatan Putus Kon-Trak Rumah Sakit Bukan Dipicu Defisit. <https://tirto.id/Bpjs-Kesehatan-Putus-Kontrak-Rumah-Sakit-Bukan-Dipicu-Defisit-Ddxz>
- [17] Berita Nasional, 8 Rumah Sakit Di Bogor Putus Kontrak Dengan Bpjs Kesehatan. Available Online: <https://www.republika.co.id/berita/nasional/jabodetabek-nasional/19/01/05/pku30w384-8-rumah-sakit-di-bogor-putus-kontrak-dengan-bpjs-kesehatan>
- [18] Dartanto T, Et Al ; Dampak Program Jkn-Kis Pada Perekonomian Indonesia; Ringkasan Riset Jkn-Kis Edisi 01 Bulan Agustus 2017 - Bpjs Kesehatan
- [19] Thabrany H, Et Al ; Studi Evaluasi Penyelenggaraan Sistem Rujukan Berjenjang Era Jkn-Kis; Ringkasan Riset Jkn-Kis. Edisi 03 Bulan Oktober 2017 - Bpjs Kesehatan
- [20] Hidayat B, Nurwahyuni A; Optimalisasi Strategic Purchasing Bpjs Kesehatan; Ringkasan Riset Jkn-Kis. Edisi 02 Bulan September 2017 – Bpjs Kesehatan
- [21] David Fr; Strategic Management 12th Edition, 2010.
- [22] Wheelen Tl. Hunger Dj, Hoffman An, Bam-Ford Ce; Concept In Strategic Management And Business Policy-Globalization, Innovation And Sustainability- Global Edition; 15th Edition. Pearson. 2018
- [23] Zemba S, Hendrawan R; Does Rapidly Growing Revenues Always Produce An Excellent Company Value? Dcf & P/E Valuation Assessment On Hospital Industry; Telkom University; Inter-National Seminar & Conference On Learning Organization; Isclo 6th, 2018.
- [24] Bose Kt: Application Of Fishbone Analysis For Evaluating Supply Chain And Business Pro-Cess-A Case Study On The St James Hospital; International Journal Of Managing Value And Supply Chains (Ijmvsc) Vol. 3, No. 2, June 2012
- [25] Subawa Ns, Dewi Nlpek. Strategi Pemasaran Produk Program Bpjs/Jkn Di Rumah Sakit Swasta. Undiknas Graduate School. Bali. Jurnal Manajemen Dan Bisnis. V Olume 15, No. 2, Mei 2018.
- [26] Brodbeck D, Et Al; Strategic Planning Of Hospital Service Portfolios - The Drgee Viewer; University Of Applied Sciences And Arts Northwestern Switzerland; 2014

- [27] Bojke C, Graši K, Street A; "How Should Hospital Reimbursement Be Refined To Support Concentration Of Complex Care Services?"; *Health Economics*. E26 2018;27:E26–E38. John Wiley & Sons, Ltd.
- [28] Rsh Bogor. (2019); *Struktur Organisasi Dan Tata Kelola Rsh Bogor Tahun 2019*; Bogor;2019.
- [29] R.S Norton, D.P Norton: *How To Implement A New Strategy Without Disturping Your Organization*. *Harvard Business Review*, March 2006.
- [30] El Jardali, Saleh S, Ataya N, D.Jamal: *Design, Implementation And Scaling Up Of The Balanced Scorecard For Hospitals In Lebanon: Policy Coherence And Application Lessons For Low And Middle Income Countries*. *Health Policy* 103 (2011), Elsevier, 2011.
- [31] B.P Stivers, T.Joyce: *Building A Balanced Performance Management System*. *Sam Advanced Management Journal*, Spring-2000.