# ANALISIS SISTEM PEMBAYARAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN CABANG MANADO

**Fitri Manabu[1], Pantji Sintje Alouw[2], Harty Unike Hana Lidya Koagouw[3]**
manabufitri@gmail.com[1], alouwsintje@gmail.com[2], hlydia658@gmail.com[3]
**Politeknik Negeri Manado**

**ABSTRAK**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis sistem pembayaran klaim BPJS Kesehatan Cabang Manado pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) berdasarkan kriteria Sistem Informasi Akuntansi (SIA), pengendalian internal, dan kualitas informasi. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif deskriptif dengan pengumpulan data melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa siklus pembayaran klaim berbasis tarif prospektif INA-CBG's telah berjalan secara terintegrasi melalui alur input, process, dan output. Pengendalian internal terbukti efektif dalam mencegah risiko fraud melalui verifikasi dua tahap dan pemisahan tugas yang tegas. Informasi akuntansi yang dihasilkan sangat akurat, namun ketepatan waktu pembayaran masih fluktuatif akibat kendala berkas pending dan dispute coding dari pihak rumah sakit. Kesimpulannya, penguatan verifikasi internal dan penyelarasan pemahaman koding medis di rumah sakit sangat diperlukan guna menjamin ketepatan waktu pencairan klaim.

**Kata Kunci:** Sistem Informasi Akunatnsi, BPJS Kesehatan, Pengendalian Internal, INA-CBG's, Klaim Pending.

***ABSTRACT***

*This study aims to analyze the claim payment system of BPJS Kesehatan Manado Branch at Advanced Referral Health Facilities (FKRTL) based on Accounting Information System (AIS) criteria, internal control, and information quality. A descriptive qualitative method was employed, with data collected through interviews, observations, and documentation. The results indicate that the claim payment cycle based on INA-CBG's prospective rates functions in an integrated manner through input, process, and output stages. Internal control effectively mitigates fraud risks through two-stage verification and strict segregation of duties. Although the generated accounting information is highly accurate, payment timeliness remains fluctuated due to pending claims and coding disputes originating from hospitals. In conclusion, strengthening internal verification and harmonizing medical coding comprehension in hospitals are essential to ensure timely claim settlements.*

***Keywords:*** *Acconting Information Syestem, BPJS Kesehatan, Internal Control, INA-CBG's, Pending Clams.*

## PENDAHULUAN

Kesehatan adalah hak dasar bagi setiap warga negara yang dijamin oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Pasal 28H ayat 1 yang menegaskan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Hal ini berarti negara memiliki kewajiban atas hak kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat secara adil dan merata. Demi mewujudkannya pemerintah Indonesia menerbitkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam undang-undang tersebut menyebutkan bahwa setiap penduduk berhak atas jaminan sosial yang bermartabat. Maka dari itu Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) diselenggarakan berdasarkan prinsip kegotongroyongan, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, serta hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial yang dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

Sebagai tindak lanjut dari SJSN, pemerintah membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara

Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang beroperasi secara resmi pada tanggal 1 Januari 2014 menggantikan PT Askes Persero dan mengintegrasikan berbagai skema jaminan kesehatan sebelumnya ke dalam satu program nasional yang dikenal sebagai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program JKN-KIS (Kartu Indonesia Sehat) hadir sebagai bentuk kepedulian pemerintah kepada seluruh masyarakat Indonesia untuk mendapatkan akses layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial. Dalam BPJS Kesehatan Fasilitas Kesehatan (Faskes) yang bekerja sama terbagi menjadi dua tingkat. Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berisi puskesmas dan klinik. Sedangkan untuk Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang mencakup rumah sakit pemerintah dan swasta dari berbagai tipe. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020, rumah sakit diklasifikasikan ke dalam tipe A hingga D berdasarkan kemampuan pelayanan dan sumber daya yang dimiliki. Rumah sakit swasta tipe C merupakan rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan spesifik dasar dalam empat bidang utama serta menjadi salah satu mitra strategis BPJS Kesehatan dalam melayani para peserta terutama bagi peserta rawat inap.

Sistem pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan pada FKRTL menggunakan mekanisme Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's) sesuai dengan yang ditetapkan oleh pemerintah melalui Kementrian Kesehatan sebagai aturan resmi. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 3 Tahun 2023 Pasal 12 Ayat 1 menegaskan bahwa struktur tarif pelayanan kesehatan untuk rumah sakit wajib menggunakan Tarif INA-CBG's. Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's) sendiri merupakan besaran pembayaran klaim pada BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut atas paket pelayanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur, yang meliputi seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non medis. Sebelum sistem ini diterapkan, pemerintah menggunakannan fee-for-service. Dalam sistem lama tersebut, rumah sakit menjumlahkan seluruh biaya mulai dari pendaftaran, jasa dokter, pemeriksaaan laboratorium, harga obat hingga biaya kamar, lalu menagih totalnya diakhir perawatan. Dari sistem lama ini sering memicu pembengkakan biaya (overutilization) karena ada resiko pasien diberikan tes atau obat yang tidak terlalu dibutuhkan. Oleh karena itu untuk mengatasi masalah tersebut pemerintah beralih ke sistem INA-CBG's yang prospektif.

Kendati demikian sistem pembayaran klaim BPJS Kesehatan Cabang Manado tetap menghadapi berbagai permasalahan yang kompleks. Seperti keterlambatan verifikasi dan pembayaran klaim melebihi 15 hari kerja yang ditetapkan Permenkes Nomor 76 Tahun 2016 menjadi temuan yang sering dillaporkan oleh Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI). Tingginya angka klaim pending akibat ketidaklengkapan berkas sering menjadi tantangan bagi para petugas bagian PMU (Penjaminan Mutu dan Utilisasi) BPJS Kesehatan Cabang Manado yang memiliki tanggung jawab sebagai verifikator pembayaran klaim bagi Rumah Sakit di Kota Manado. Penumpukan piutang klaim yang tidak terbayat tepat waktu akan berdampak pada gangguan arus kas rumah sakit yang nantinya juga akan mengancam keberlangsungan operasional termasuk dalam pengadaan obat, pembayaran tenaga kesehatan, dan pemeliharaan alat medis. Bagi BPJS Kesehatan Cabang Manado permasalahan ini juga dapat menghambat reinvestasi rumah sakit, yang berpotensi menurunkan kualitas pelayanan bagi peserta, hal ini juga dapat mempengaruhi dalam keberlangsungan dari program JKN.

Beberapa penelitian yang sama sebelumnya juga sudah pernah diteliti. Seperti pada penelitian yang dilakukan (Sani Fitriyani, 2025) yang menemukan bahwa hambatan klaim bersumber dari ketidak lengkapan berkas dan keterlambatan pengisian rekaman medis di internal rumah sakit sendiri. Pada penelitian yang dilakukan oleh (Novia R. et al., 2024) juga mendapatkan hasil penelitian yang serupa dimana pelaksanaan prosedur klaim yang dijalankan BPJS Kesehatan sudah sesuai namun dari pihak petugas rumah sakit masih belum mencukupi. Oleh karena itu peneliti tertarik melakukan penelitian serupa di BPJS Kesehatan

Cabang Manado untuk menganalisis sistem pembayaran klaim yang di jalankan BPJS Kesehatan Cabang Manado apakah sudah sesuai atau belum serta untuk mengetahui alasan dari terjadinya keterlamabatan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan Cabang Manado.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Analisis Sistem Pembayaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang Manado".

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian vasi yaitu penelitian kualitatif deskriptif yang menjelaskan suatu fenomena secara mendalam berdasarkan fakta yang terjadi di lapangan, dengan teknik pengumpulan data wawancara, observasi dan dokumentasi, kemudian dilakukan teknik analisis data dan penarikan kesimpulan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Gambaran Umum Entitas

BPJS Kesehatan mulai resmi beroperasi pada 1 Januari 2014. Dasar pendirian beroperasinya BPJS Kesehatan adalah pada tahun 2004 pemerintah mengeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan kemudian pada tahun 2011 pemerintah menetapkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). PT Askes (Persero) ditunjuk sebagai penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan, sehingga PT Askes (Persero) pun bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan.

Namun, cikal bakal jaminan pemeliharaan kesehatan di Indonesia sebenarnya sudah dimulai sejak zaman kolonial Belanda. Setelah kemerdekaan, pada tahun 1949, setelah pengakuan kedaulatan oleh Pemerintah Belanda, upaya untuk menjamin kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya pegawai negeri sipil beserta keluarga, tetap dilanjutkan. Prof. G.A. Siwabessy, selaku Menteri Kesehatan yang menjabat pada saat itu. Ia mengajukan sebuah gagasan untuk perlu segera menyelenggarakan program asuransi kesehatan semesta (Universal Health Coverage) yang saat itu mulai diterapkan di banyak negara maju dan tengah berkembang pesat. Kondisi saat itu, kepesertaannya baru mencakup pegawai negeri sipil beserta anggota keluarganya saja. Namun Siwabessy yakin suatu hari nanti, klimaks dari pembangunan derajat kesehatan masyarakat Indonesia akan tercapai melalui suatu sistem yang dapat menjamin kesehatan seluruh warga bangsa ini.

Pada 1968, pemerintah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 1968 dengan membentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang mengatur pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negara dan penerima pensiun beserta keluarganya. Hal ini sebagai tindak lanjut dari munculnya Keputusan Presiden Republik Indonesia No. 230 Tahun 1968 Tentang Peraturan Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri, Penerima Pensiun serta anggota keluarganya, pada tanggal 15 Juli 1968. Atas dasar tersebut, maka tanggal 15 Juli 1968 dimaknai sebagai hari lahir BPDPK yang merupakan cikal bakal BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Nasional.

### Visi & Misi Instansi

**Visi**

Menjadi badan penyelenggara yang dinamis, akuntabel, dan terpercaya untuk mewejudkan jaminan kesehatan yang berkualitas, berkelanjutan, berkeadilan dan inklusif.

**Misi**

1. Meningkatkan kualitas layanan kepada peserta melalui layanan terintergrasi berbasis teknokologi informasi
2. Menjaga keberlanjutan program JKN-KIS dengan menyeimbangkan antara dana jaminan sosial dan budaya manfaat yang terkendali

3. Memberikan jaminan kesehatan yang berkeadilan dan inklusif mencakup penduduk indonesia
4. Memperkuat engagement dengan meningkatkan sinergi dan kolaborasi pemangku kepentingan dalam mengiplementasikan program KJN/KIS
5. Meningkatkan kapalitas badan dalam penyelenggarakan program JKN/KIS secara efesien dan efektif yang akuntabel, berkehati-hatian dengan prinsip tatakelola yang baik, SDM yang produktif, mendorong tfransformasi digital serta inovasi yang berkelanjutan

**Hasil Wawancara**

**Gambaran Alur dan Prosedur Sistem Pembayaran Klaim**

Pelasksanaan pembayaran klaim fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) oleh BPJS Kesehatan cabang Manado berjalan melalui tiga tahapan Sistem Informasi Akuntansi (SIA). Berdasarkan data wawancara vasilitator dan dokumen operasional, tahapan tersebut meliputi penerimaan dokumen pengajuan (input), pemeriksaan dan validasi berkas (proses) hingga pertanggungjawaban serta transfer pencairan dana (output).

Proses pembayaran klaim diawali dengan tahap pengisian dan penyerahan berkas tagihan secara elektronik oleh pihak Rumah Sakit (FKRTL) kepada BPJS Kesehatan Cabang Manado melalui portal integrasi aplikasi V-Klaim (Vedika). Berdasarkan hasil wawancara, dokumen masukan (input) yang wajib disiapkan dan diunggah oleh petugas penjaminan rumah sakit meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) sebagai bukti keaktifan kepesertaan JKN, resume medis dari dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) yang memuat diagnosis primer, sekunder, serta tindakan medis, serta berkas pendukung pelayanan seperti hasil laboratorium, radiologi, dan kuitansi rincian biaya (billing). Pihak rumah sakit diwajibkan mengunggah seluruh kelengkapan administrasi medis ini secara kolektif paling lambat tanggal 10 setiap bulannya agar dapat segera diproses ke tahap verifikasi oleh tim BPJS Kesehatan Cabang Manado.

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas verifikator tim Penjaminan Mutu dan Utilisasi (PMU) BPJS Kesehatan Cabang Manado, dijelaskan bahwa setelah seluruh berkas tagihan diterima di dalam sistem, pihak verifikator langsung melakukan tahap verifikasi sebagai bentuk pengawasan dan pengendalian internal atas keabsahan klaim yang diajukan. Dalam penjelasannya, proses ini diawali dengan pemeriksaan kelengkapan administrasi untuk memverifikasi keaktifan peserta, kesesuaian data pada SEP, serta keabsahan tanda tangan dokter penanggung jawab (DPJP) dan pasien. Setelah administrasi dinyatakan lengkap, verifikator melanjutkan ke tahap periksaan medis dan coding check. Pada tahap ini, petugas mencocokkan diagnosis pada resume medis dengan kode ICD-10 untuk penyakit dan ICD-9-CM untuk tindakan medis guna mengantisipasi adanya indikasi upcoding atau unbundling. Lebih lanjut, narasumber menyampaikan bahwa berkas yang telah valid akan dimasukkan ke dalam software grouper INA-CBG’s sesuai Permenkes No. 3 Tahun 2023 untuk menghitung besaran tarif prospektif berdasarkan tipe rumah sakit dan tingkat keparahan penyakit pasien. Namun, apabila dalam proses tersebut ditemukan berkas yang tidak sesuai, mengalami perbedaan penafsiran kode (dispute), atau dokumen pendukungnya belum lengkap, tim verifikator akan menetapkan status berkas tersebut sebagai klaim pending dan mengembalikannya ke pihak rumah sakit untuk dikonfirmasi serta dilengkapi kembali.

Berdasarkan hasil wawancara dengan narasumber dari BPJS Kesehatan Cabang Manado, dijelaskan bahwa tahap akhir dari alur sistem pembayaran diawali dengan pengolahan keluaran (output) informasi keuangan setelah seluruh proses verifikasi dinyatakan selesai. Narasumber menyampaikan bahwa verifikator akan merangkum seluruh tagihan klaim yang berstatus layak bayar ke dalam sistem untuk menerbitkan Formulir Pengajuan Klaim (FPK). Selanjutnya, hasil verifikasi tersebut dituangkan dalam Berita Acara Verifikasi (BAV) yang ditandatangani bersama oleh pihak BPJS Kesehatan Cabang Manado dan manajemen rumah sakit mitra sebagai bukti sah penyelesaian pengujian klaim. Berdasarkan Berita Acara

Verifikasi (BAV) yang telah disahkan tersebut, Bidang Keuangan BPJS Kesehatan Cabang Manado kemudian menerbitkan instruksi transfer dana langsung ke rekening resmi rumah sakit. Narasumber menegaskan bahwa seluruh proses pencairan ini dilaksanakan sesuai ketentuan Permenkes No. 76 Tahun 2016, di mana BPJS Kesehatan berkomitmen menyelesaikan pembayaran paling lambat 15 hari kerja sejak berkas klaim dinyatakan lengkap dan diterima secara sah (clean claim).

**Pihak – pihak yang terlibat dalam sistem pembayaran**

**1. Penerapan Tarif Paket Prospektif INA-CBG's (Permenkes No. 3 Tahun 2023)**

Berdasarkan hasil kajian di lapangan, tolak ukur implementasi sistem pembayaran di BPJS Kesehatan Cabang Manado didasarkan pada ketentuan terhadap regulasi Kemenkes RI, khususnya Permenkes No. 3 Tahun 2023 terkait penetapan tarif dan Permenkes No. 76 Tahun 2016 terkait durasi veerifikasi klaim.

Hasil wawancara dan observasi dokumen menunjukan bahwa BPJS Kesehatan Cabang Manado telah sepenuhnya menerapakan mekanisme tarif paket prospektif Indonesian Case Base Groups (INA-CBG'S) dalam pembayaran klaim pelayanan rawat inap maupun rawat jalan bagi fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) di Kota Manado. Penerapan ini telah berjalan sesuai dengan ketentuan permenkes No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaran Program Jaminan Kesehatan.

Dalam praktiknya, penerapan tarif lagi didasarkan pada rincian biaya aktual per pelayanan fee-for-service, melainkan berdasarkan pengelompokan diagnosis dan prosedur medis yang dioleh melalui aplikasi software grouper INA-CBG's. penentuan besaran tarif klaim di wilayah Kota Manado juga telah disesuaikan dengan klasifikasi tipe rumah sakit (seperti Rumah Sakit Swasta Tipe C) serta regionalisasi tarif yang ditetapkan pemerintah. Berdasarkan penutupan narasumber, skema ini memberikan kepastian nilai penggantian biaya pelayanan kesehatan dan mendorong pihak rumah sakit untuk meningkatkan efisiensi operasional tanpa mengesampingkatan mutu pelayanan medis kepda peserta JKN. Meskipun demikian, kesesuaian penerapan tarif ini sangat bergantung pada ketepatan pengodean (coding) diagnosis (ICD-10) dan prosedur (ICD-9-CM) yang diajukan oleh rumah sakit, sehingga kesamaan persepsi antara koder rumah sakit dan verifikator BPJS Manado menjadi kunci utama agar tidak timbul perbedaan penafsiran (dispute) tarif.

**2. Evaluasi Ketepatan Waktu Verifikasi dan Pencairan Klaim (Permenkes No. 76 Tahun 2016)**

Berdasarkan Permenkes No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Verifikasi Klaim dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan diwajibkan untuk menyelesaikan proses verifikasi dan melakukan pembayaran klaim kepada fasiilitas kesehatan paling lambat 15 hari kerja sejak berkas klaim diterima secara lengkap dan sah clean claim.

Dari hasil wawancara dengan verifikor BPJS Kesehatan Cabang Manado, terungkap bahwa batas waktu 15 hari kerja tersebut telah diupayakan secara optimal dan berhasil dipenuhi apabila berkas tagihan rumah sakit berada dalam kondisi clean claim. Namun, evaluasi di lapangan menunjukan bahwa pencairan klaim masih kerap mengalami keterlambatan yang melebihi tenggat waktu tersebut ketika ditemukan berkas yang berstatus klaim pending. Penumpukan berkas klaim pending di BPJS Kesehatan Cabang Manado umumnya disebabkan oleh keterlambatan pihak rumah sakit dalam melengkapi persyaratan administrasi medis yang kurang, ketidaksesuaian dokumen pendukung atau lambatnya proses konfimasi ulang atas perbedaan kode diagnosis. Kondisi ini menyebabkanm timer atau perhitungan batas waktu 15 hari kerja terhenti sementara sampai rumah sakit menyerahkan perbaikan berkas secara lengkap. Keterlambatan pembayaran ini pada akhirnya memberikan tekanan pada aruus kas cash flow rumah sakit mitra di Kota Manado, sehingga koordinasi yang lebih ketat serta percepatan penyelesaian berkas pending menjadi fokus evaluasi bersama antara BPJS Kesehatan Cabang Manado dan manajemen rumah sakit.

**Solusi dan Impikasi Keterlambatan Pembayaran Terhadap Arus Kas (Cash flow) dan Kontinuitas**

Keterlambatan penyelesaian verifikasi klaim atau tertahan status klaim pending claim tidak hanya mnjadi hambatan administrasi semata, tetapi juga membawa dampak signifikan terhadap stabilitas finansial fasilitas kesehatan mitra serta efektivitas sistem pembayaran BPJS Kesehatan Cabang Manado secara keseluruhan.

1. **Analisis Dampak Keterlambatan Pembayaran Terhadap Arus Kas dan Keberlangsungan Pelayanan**

Berdasarkan hasil wawancara dan analisis data keuangan, kelancaran pembayaran kliam dari BPJS Kesehatan Cabang Manado merupakan ssumber penerima utama revenue stream bagi rumah sakit mitra dalam menjaga likuiditas operasionalnya. Ketika proses pencairan dana terhambat melebih estimati waktu akibat tingginya volume berkas pencing, dampak yang ditimpulkam mencakup :

- **Gangguan Likuiditas dan Cash Flow Rumah Sakit:** Rumah sakit mengalami keterbatasan dana kas siap pakai (cash on hand) untuk membiayai pengeluaran rutin bulanan, seperti operasional modal kerja, pembelian bahan medis habis pakai (BMHP), hingga kewajiban pembayaran tagihan vendor farmasi.
- **Risiko Penurunan Mutu Layanan Peserta JKN:** Arus kas yang terganggu berpotensi memicu kendala pasokan obat-obatan dasar dan logistik medis di rumah sakit. Jika tidak ditangani dengan cepat, hal ini berisiko menurunkan efisiensi dan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh peserta JKN di Kota Manado.
- **Terjadinya Mismatch Keuangan:** Dalam konteks Sistem Informasi Akuntansi, ketidaksesuaian antara periode pengeluaran beban operasional rumah sakit dengan waktu realisasi output penerbitan dana klaim oleh BPJS menciptakan celah defisit kas jangka pendek (short-term cash deficit) bagi rumah sakit.

2. **Strategi dan upaya Penyelesaian Kendala oleh BPJS Kesehatan Cabang Manado**

Guna mengatasi risiko keterlambatan dan meminimalkan angka pending claim, BPJS Kesehatan Cabang Manado merumuskan serta menerapkan serangkaian langkah strategis berbasis efisiensi sistem dan kolaborasi lintas lembaga:

- Koordinasi Periodik dan Rekonsiliasi Klaim: BPJS Kesehatan Cabang Manado menggelar forum komunikasi dan evaluasi berkala bersama Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI) serta manajemen rumah sakit di Kota Manado. Forum ini berfungsi sebagai wadah penyelesaian dispute claim (perbedaan pemahaman koding/indikasi medis) secara bersama tanpa mengabaikan regulasi Permenkes.
- Bimbingan Teknis dan Penguatan Kapasitas Koder RS: Mengingat kesalahan pengodean (coding) menjadi salah satu penyebab utama berkas tertahan, BPJS Cabang Manado memberikan edukasi dan bimbingan teknis (bimtek) berkesinambungan bagi tenaga koder dan tim penjaminan rumah sakit. Pelatihan difokuskan pada pemahaman regulasi terkini ICD-10, ICD-9-CM, serta aturan grouping Permenkes No. 3 Tahun 2023.
- Optimalisasi dan Penyederhanaan Verifikasi Digital: Pemanfaatan sistem verifikasi digital (seperti fitur kelengkapan berkas pada portal V-Klaim/Vedika) terus ditingkatkan untuk memunculkan notifikasi ketidaklengkapan berkas secara real-time. Hal ini memungkinkan pihak rumah sakit melacak serta memperbaiki dokumen yang kurang sebelum batas waktu akhir penyerahan klaim.
- Pemberlakuan Skema Supply Chain Financing (SCF): Sebagai solusi atas masalah arus kas rumah sakit saat terjadi proses konfirmasi klaim yang membutuhkan waktu panjang, BPJS Kesehatan memfasilitasi skema percepatan pencairan dana melalui kerja sama dengan perbankan (SCF). Melalui skema ini, rumah sakit dapat menerima pembayaran klaim awal dari bank mitra lebih cepat sebelum verifikasi final BPJS disahkan.

**Pembahasan**

**Analisis Implementasi Sistem Pembayaran Klaim dari Perspektif Sistem Informasi Akuntansi (SIA)**

Penerapan Sistem Informasi Akuntansi (SIA) dalam mekanisme pembayaran klaim fasilitas kesehatan di BPJS Kesehatan Cabang Manado memegang peranan krusial untuk menjamin kelancaran pertukaran data medis menjadi informasi finansial yang sah. Berdasarkan data hasil penelitian dan wawancara, evaluasi terhadap keberhasilan implementasi sistem pembayaran ini dianalisis melalui tiga pilar utama SIA, yaitu efisiensi rantai input-process-output, efektivitas fungsi pengendalian internal (internal control), serta mutu atau kualitas informasi akuntansi yang dihasilkan.

Evaluasi rantai Input-Process-Output (IPO) pada alur pengolahan data klaim di BPJS Kesehatan Cabang Manado menunjukkan transformasi signifikan dari sistem manual ke sistem digital terkoneksi. Dalam kerangka Sistem Informasi Akuntansi (SIA), efisiensi alur data ini sangat menentukan kecepatan pencatatan kewajiban finansial serta ketepatan waktu penyelesaian transaksi kas keluar.

**1. Analisis Komponen Rantai Input-Process-Output**

- Tahap Input (Entry & Capturing Data): Pengunggahan dokumen administrasi medis—seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, laporan operasi, serta kuitansi rincian biaya (billing)—dilakukan secara elektronik oleh pihak Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) melalui portal V-Klaim (Vedika). Digitalisasi pada titik awal ini menghilangkan lead time penyerahan fisik, mengurangi biaya pemindaian internal, serta mencegah risiko kerusakan atau kehilangan dokumen fisik. Namun, ketepatan data pada tahap input ini sepenuhnya bergantung pada komitmen FKRTL dalam melakukan verifikasi internal sebelum berkas diunggah.
- Tahap Process (Validation & Grouping): Setelah berkas diunggah, verifikator BPJS Kesehatan melakukan validasi kesesuaian diagnosis dan tindakan medis. Pemrosesan data kemudian dilanjutkan menggunakan software grouper INA-CBG's yang telah disesuaikan dengan aturan tarif terkini (Permenkes No. 3 Tahun 2023). Sistem secara otomatis mengkalkulasi dan mengelompokkan tarif paket prospektif berdasarkan batasan kode ICD-10 (diagnosis) dan ICD-9-CM (prosedur/tindakan). Pemrosesan terintegrasi ini memangkas waktu perhitungan finansial secara drastis dibandingkan perhitungan fee-for-service manual.
- Tahap Output (Reporting & Settlement): Data klaim yang terverifikasi dan disetujui secara otomatis dirangkum oleh sistem SIA ke dalam Formulir Pengajuan Klaim (FPK). Sistem kemudian menerbitkan Berita Acara Verifikasi (BAV) sebagai dasar pengakuan kewajiban akuntansi dan eksekusi pencairan dana melalui transfer bank ke rekening FKRTL. Integrasi output ini memastikan jejak audit (audit trail) tercatat secara real-time dan transparan.

**(Tabel Evaluasi rantai Input-Process-Output (IPO) Klaim BPJS Kesehatan**

| **Tahapan SIA** | **Kegitan Utama** | **Mekanisme & Alat** | **Dampak Terhadap Efektifitas** | **Potensi Kendala/Resiko** |
|---|---|---|---|---|
| Input | Pengumpulan & pengunggahan dokumen klaim (SEP, resume medis,billing) | Portal V-Klaim (Vedika) secara elektonik oleh FKRTL) | Memangkat *lead time* pengiriman fisik dan menghitung penumpukan berkas kertas | Keterlambatan unggah dari rumah sakit dan kesalahan input kode awal |
| Process | Validasi berkas & kalkulasi | Verfikasi digital & Sofware | Otoomatisasi perhitungan tarif | Perbedaan penaftiran koding |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | tarif paket prospektif | Grouper INA-CBG's (permenkes No. 3 tahun 2023) | berdasarkan ICD-10 & ICD-9-CM, meminimalkan human error | medis antara verifkator dan *coder* RS |
| Output | Penerbitan dokementasi pertanggungja waban & perintah bayar | Rekapitulasi otomatis FPK dan penerbitan Berita Acara Verifikasi (BAV) | Mempercepat siklus akuntansi dan penerbitan dasar tranfer dana secara presisi | Keterlambatan penandatanganan BAV digital jika ada klaim pending/dispute |

**2. Implikasi Terhadap Sistem Informasi Akuntansi (SIA)**

Integrasi rantai IPO pada BPJS Kesehatan Cabang Manado memberikan implikasi positif terhadap pengawasan internal dan efisiensi operasional:

1. Mempercepat Siklus Pengolahan Data Akuntansi: Durasi penyelesaian klaim sejak berkas dinyatakan lengkap hingga terbitnya BAV menjadi jauh lebih terukur, sehingga membantu manajemen dalam memprediksi arus kas keluar (cash outflow).
2. Penguatan Pengendalian Internal: Penggunaan aplikasi terpusat meminimalkan intervensi manual pada perhitungan tarif, sehingga risiko kecurangan (fraud) maupun kesalahan pencatatan angka klaim dapat ditekan secara maksimal.
3. Ketergantungan pada Quality at the Source: Meskipun alur sistem telah optimal, tingkat efisiensi akhir tetap sangat sensitif terhadap input awal dari FKRTL. Data input yang tidak lengkap atau salah koding akan menyebabkan klaim dikembalikan (pending/dispute), yang pada akhirnya menghentikan sementara proses processing dan output pada rantai akuntansi tersebut.

**Efektivitas Pengendalian Internal (Internal Control) dalam Sistem Informasi Akuntansi Klaim**

Pengendalian internal (internal control) merupakan fondasi utama dalam Sistem Informasi Akuntansi (SIA) yang dirancang untuk memberikan keyakinan memadai (reasonable assurance) terkait keandalan pelaporan keuangan, efisiensi operasional, serta kepatuhan terhadap regulasi yang berlaku. Pada BPJS Kesehatan Cabang Manado, penerapan internal control pada alur pengolahan klaim kesehatan difokuskan untuk menjaga akuntabilitas pengelolaan Dana Jaminan Sosial (DJS) dari risiko penyalahgunaan, kesalahan prosedur, maupun kecurangan (fraud).

**1. Prosedur Verifikasi Dua Tahap sebagai Control Mechanism**

Mekanisme kontrol utama diwujudkan melalui skema verifikasi dua tahap yang ketat sebelum suatu transaksi klaim disetujui untuk dibayarkan:

- Verifikasi Administrasi: Memastikan keabsahan dan kelengkapan dokumen pendukung, seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP), keaktifan status kepesertaan, serta kesesuaian identitas pasien. Tahap ini bertindak sebagai filter awal untuk mencegah klaim atas peserta non-aktif atau dokumen yang tidak valid.
- Verifikasi Medis: Meneliti kesesuaian antara resume medis, rincian pelayanan, laporan tindakan/operasi, dengan kode diagnosis (ICD-10) serta kode prosedur/tindakan (ICD-9-CM).

Verifikasi berjenjang ini berfungsi secara efektif untuk mendeteksi dan mencegah berbagai risiko kecurangan dan kesalahan akuntansi, antara lain:

- Pengelembungan Tarif (Upcoding): Mengubah kode diagnosis atau tindakan ke tingkat yang tarifnya lebih tinggi dari kondisi medis sebenarnya.
- Pemisahan Paket Tindakan (Unbundling): Memecah tagihan tindakan medis yang seharusnya masuk dalam satu paket prospektif INA-CBG's menjadi beberapa tagihan

terpisah agar nilai klaim meningkat.

- Klaim Ganda (Duplicate Claim): Penagihan ulang atas pelayanan atau pasien yang sama pada periode waktu bersinggungan.
- Salah Bayar (Payment Errors): Ketidaksesuaian nominal transfer akibat kesalahan perhitungan manual atau data masukan yang keliru.

**2. Pemisahan Tugas (Segregation of Duties) dan Kontrol Pencegahan**

Untuk meminimalkan potensi benturan kepentingan dan manipulasi data, BPJS Kesehatan Cabang Manado menerapkan asas pemisahan wewenang (segregation of duties) yang tegas secara berjenjang:

- Pihak Rumah Sakit (Coder & Penguji Internal): Bertanggung jawab penuh atas keakuratan penginputan data pelayanan, koding medis, dan pengunggahan berkas ke portal V-Klaim. Pihak ini tidak memiliki akses untuk menyetujui atau mencairkan klaim.
- Bidang Penjaminan Mutu dan Utilisasi / PMU BPJS (Verifikator): Bertindak sebagai penilai independen yang menguji keabsahan berkas administrasi dan medis. Verifikator memiliki otoritas untuk menyetujui (approve), mengembalikan untuk perbaikan (pending), atau menolak (dispute/reject) klaim.
- Bidang Keuangan BPJS (Eksekutor): Mengelola pencairan dana berdasarkan Berita Acara Verifikasi (BAV) yang telah diterbitkan. Bidang Keuangan tidak memiliki kewenangan untuk mengubah status verifikasi medis maupun memodifikasi kode INA-CBG's.

Selain pemisahan wewenang, sistem juga dilengkapi fitur Status Klaim Pending yang berfungsi sebagai kontrol pencegahan (preventive control). Apabila sistem atau verifikator menemukan ketidaksesuaian berkas, ketidakjelasan resume medis, atau indikasi pemanfaatan layanan berlebih (overutilization), alur pencairan dana secara otomatis dihentikan oleh sistem (freeze). Dana tidak akan ditransfer hingga pihak rumah sakit memberikan klarifikasi medis atau melengkapi dokumen yang diminta, sehingga potensi kerugian keuangan negara/DJS dapat dicegah sejak dini.

**3. Implikasi Pengendalian Internal terhadap Keandalan Laporan Keuangan**

Penerapan internal control yang terstruktur pada pengolahan data klaim BPJS Kesehatan Cabang Manado memberikan dampak positif terhadap kualitas data akuntansi:

- Jaminan Keandalan Angka Beban Klaim: Angka beban jaminan kesehatan yang disajikan dalam Laporan Keuangan dapat dipertanggungjawabkan keakuratannya karena setiap Rupiah yang dikeluarkan telah melewati pengujian validitas medis dan administrasi.
- Kepatuhan Terhadap Standar Manajemen Risiko: Adanya pencegahan transaksi abnormal secara sistemik menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan telah menerapkan prinsip kehati-hatian (prudential principles) dalam mengelola dana publik.
- Kemudahan Penelusuran Audit (Auditability): Otorisasi berjenjang yang terintegrasi secara digital menghasilkan jejak audit (audit trail) yang transparan, memudahkan evaluasi berkala oleh pengawas internal maupun auditor eksternal.

**Kualitas Informasi Akuntansi (Timeliness dan Accuracy)**

Kualitas informasi akuntansi merupakan kriteria utama untuk menilai sejauh mana Sistem Informasi Akuntansi (SIA) mampu menyajikan laporan yang berguna bagi pengambilan keputusan manajemen serta pemenuhan kewajiban kepada pemangku kepentingan (stakeholders). Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan, dua karakteristik kualitatif fundamental yang menentukan nilai informasi keuangan adalah keakuratan (accuracy) dan ketepatan waktu (timeliness).

Pada BPJS Kesehatan Cabang Manado, evaluasi terhadap kualitas informasi akuntansi hasil pengolahan klaim menunjukkan kondisi yang asimetris: keakuratan informasi berada pada tingkat yang sangat presisi, namun ketepatan waktu penerbitan informasi dan realisasi pencairan masih bersifat fluktuatif akibat dinamika data input dari Fasilitas Kesehatan

Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

**1. Analisis Keakuratan Informasi (Accuracy)**

Dari aspek keakuratan, penerapan SIA terintegrasi berbasis portal V-Klaim dan software grouper INA-CBG's di BPJS Kesehatan Cabang Manado telah berhasil mengeliminasi kesalahan perhitungan (mathematical errors) secara signifikan.

- **Presisi Perhitungan Tarif:** Sistem secara otomatis mengkalkulasi besaran biaya klaim berdasarkan parameter kode diagnosis (ICD-10) dan tindakan medis (ICD-9-CM) yang dimasukkan. Hal ini menjamin bahwa nilai pengakuan beban dan perintah bayar yang tercantum dalam Berita Acara Verifikasi (BAV) 100% presisi sesuai dengan regulasi tarif prospektif terkini (Permenkes No. 3 Tahun 2023).
- **Kesesuaian dengan Dokumen Sumber:** Keakuratan informasi juga didukung oleh pengujian korelasi antara billing rumah sakit, resume medis, dan output paket tarif. Tidak ada selisih antara nominal beban yang diakui dalam SIA BPJS Kesehatan dengan nilai yang akhirnya ditransfer ke rekening FKRTL, sehingga menyajikan angka pelaporan keuangan yang akuntabel dan free from material error.

**2. Analisis Ketepatan Waktu Informasi (Timeliness)**

Dari aspek ketepatan waktu, Permenkes No. 76 Tahun 2016 mengamanatkan bahwa proses pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan wajib diselesaikan paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas klaim diterima secara lengkap dan benar (complete application). Ketepatan waktu ini sangat krusial karena menentukan kecepatan pengakuan kewajiban jangka pendek serta stabilitas arus kas (cash flow) FKRTL mitra.

Dalam praktiknya di BPJS Kesehatan Cabang Manado, timeliness informasi akuntansi sangat dipengaruhi oleh status kelengkapan dokumen klaim:

- Skenario Clean Claim (Tepat Waktu): Ketika dokumen medis dan administrasi yang diunggah oleh FKRTL telah memenuhi syarat (clean claim), alur kerja SIA berlangsung sangat cepat. Proses verifikasi, penguncian data, penerbitan Formulir Pengajuan Klaim (FPK), penandatanganan BAV digital, hingga pengiriman instruksi transfer dana ke Bidang Keuangan dapat diselesaikan dengan lancar dalam rentang target 15 hari kerja.
- Skenario Non-Clean / Pending Claim (Tertunda): Apabila ditemukan ketidaksesuaian koding medis, adanya dispute penafsiran regulasi antara verifikator dan coder rumah sakit, atau ketidaklengkapan berkas administrasi, sistem secara otomatis mengategorikan berkas tersebut ke dalam status Klaim Pending. Kondisi ini menghentikan pemrosesan siklus akuntansi (processing freeze) untuk berkas bersangkutan. Penundaan klarifikasi dari pihak rumah sakit secara langsung menarik mundur waktu penerbitan BAV final, yang pada akhirnya menyebabkan ketepatan waktu pencairan dana terganggu.

Kondisi ini menegaskan prinsip SIA bahwa kualitas output informasi akuntansi sangat bergantung pada kualitas input data awal (Garbage In, Garbage Out).

**3. Implikasi Terhadap Efektivitas SIA secara Keseluruhan**

Perbedaan antara tingkat keakuratan dan ketepatan waktu ini membawa beberapa implikasi penting bagi pengembangan SIA BPJS Kesehatan Cabang Manado ke depan:

- Tergantung pada Kerjasama Inter-Organisasi: Efisiensi SIA BPJS Kesehatan tidak dapat berdiri sendiri. Keberhasilan mencapai timeliness secara konsisten membutuhkan integrasi pemahaman dan komitmen presisi input data dari pihak eksternal (FKRTL Mitra).
- Pentingnya Rekonsiliasi Berkala: Masih ditemukannya berkas pending menuntut perlunya ruang diskusi medis (forum rekonsiliasi) yang rutin antara BPJS Kesehatan Cabang Manado dan komite medis rumah sakit guna menyamakan persepsi koding, sehingga penumpukan berkas yang menunda informasi akuntansi dapat diminimalkan.

- Nilai Informasi untuk Pengambilan Keputusan: Keakuratan data yang presisi menjamin laporan keuangan BPJS Kesehatan memiliki keandalan tinggi (reliability), namun optimalisasi timeliness tetap diperlukan agar laporan bulanan dapat disajikan tepat waktu guna mendukung evaluasi kecukupan Dana Jaminan Sosial (DJS) secara real-time.

## KESIMPULAN

Pelaksanaan sistem pembayaran klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang Manado pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) secara umum telah berjalan secara digital, terstruktur, dan terintegrasi melalui tiga tahapan utama Sistem Informasi Akuntansi (SIA), yaitu input, process, dan output. Pada tahap input, pengunggahan berkas. Kualitas data awal (quality at the source), seperti ketidaklengkapan berkas administrasi dan digital seperti SEP, resume medis, dan perincian biaya melalui portal V-Klaim telah berhasil memangkas waktu tunggu pengiriman berkas fisik. Pada tahap process, verifikasi administrasi dan medis oleh tim Penjaminan Mutu dan Utilisasi (PMU) serta pengelompokan tarif prospektif menggunakan software grouper INA-CBG's (Permenkes No. 3 Tahun 2023) mampu memberikan kepastian nilai pembayaran secara presisi. Hasil akhirnya (output) direkapitulasi dalam Formulir Pengajuan Klaim (FPK) dan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) sebagai dasar pencairan dana.

Dari perspektif pengendalian internal, sistem pembayaran klaim BPJS Kesehatan Cabang Manado terbukti efektif dalam menjaga akuntabilitas Dana Jaminan Sosial (DJS). Penerapan mekanisme verifikasi dua tahap serta pemisahan tugas (segregation of duties) yang tegas antara coder rumah sakit, verifikator BPJS, dan bidang keuangan berhasil menekan risiko fraud seperti upcoding, unbundling, klaim ganda, maupun payment errors. Selain itu, fitur penghentian otomatis melalui status klaim pending berfungsi sebagai kontrol pencegahan (preventive control) yang menjaga keandalan audit trail. Meskipun kualitas informasi akuntansi yang dihasilkan memiliki tingkat keakuratan (accuracy) yang sangat tinggi dan dapat dipertanggungjawabkan, aspek ketepatan waktu (timeliness) masih bersifat fluktuatif. Keterlambatan pencairan klaim melebihi batas 15 hari kerja umumnya tidak bersumber dari alur sistem BPJS, melainkan akibat masalah pada perbedaan penafsiran kode diagnosis (dispute coding) antara pihak rumah sakit dan verifikator.

Untuk mengatasi hambatan keterlambatan pembayaran klaim, pihak Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) disarankan untuk memperkuat sistem pengendalian dan verifikasi internal sebelum dokumen diunggah ke V-Klaim. Selain itu, peningkatan kapasitas serta pelatihan berkala bagi petugas koding medis (coder) rumah sakit mengenai pemahaman ICD-10 dan ICD-9-CM sangat penting dilakukan guna menyelaraskan persepsi dengan standar verifikator BPJS Kesehatan. Bagi BPJS Kesehatan Cabang Manado, disarankan untuk mengoptimalkan forum komunikasi dan rekonsiliasi secara rutin bersama rumah sakit mitra guna mempercepat penyelesaian klaim berstatus pending maupun dispute. Penetapan batas waktu klarifikasi berkas yang lebih responsif juga diperlukan agar proses penyelesaian klaim tidak mengganggu stabilitas arus kas operasional fasilitas kesehatan. Selanjutnya, bagi peneliti berikutnya, disarankan untuk memperluas lingkup kajian dengan meneliti dampak penundaan klaim terhadap kinerja keuangan internal rumah sakit atau mengevaluasi potensi penerapan teknologi verifikasi berbasis kecerdasan buatan (AI) untuk mengakselerasi pemrosesan klaim.

## DAFTAR PUSTAKA

Azhar, Susanto. (2020). Sistem Informasi Akuntansi. Cetakan Pertama. Bandung: Lingga Jaya

Chaesya Isnaeni Putri, Agya Osadawedya Hakim, Arum Astika Sari, G. (2023). Analisis Kendala Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Majenang. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, 13 No 2, 225–232.

Dinnillah, A. H., Hardiana, H., & Susanti, F. A. (2024). Gambaran penyebab pending klaim Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pasien rawat inap Rumah Sakit X. Jurnal Ilmiah Kesehatan, 23(1), 1–14.

Hasibuan, A. K., Girsang, E., & Nasution, S. L. R. (2025). Performance evaluation of internal verifier in reducing pending inpatient claims of BPJS Kesehatan at Muhammadiyah Hospital North Sumatra 2022. Contagion: Scientific Periodical of Public Health and Coastal Health, 7(2), 343–361

Hasibuan, R., Kasim, M., & Bangun, S. (2025). Analisis penerapan sistem pembiayaan INA-CBG's pada klaim BPJS Kesehatan di fasilitas kesehatan rujukan. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 9(1), 45–58.

Hery. (2022). Pengendalian Akuntansi dan Manajemen. Jakarta : Grasindo.

Krismiaji. (2020) Sistem Informasi Akuntansi. Edisi Kelima. Yogyakarta : UPP STIM YKP

Kumaat, V. G. (2022). Internal Audit. Jakarta: Penerbit Erlangga.

Marshall B Romney & Steinbart. (2020). Accounting Information System. (15th ed). London : Pearson Higher Ed.

Mulyadi. (2023). Sistem Akuntansi. Jakarta : Salemba Empat.

Novia Ramadanis, Wilda Tri Yuliza, G. (2024). Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Rumah Sakit Pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Cabang X. JIK (Jurnal Informasi Kesehatan), 8(2), 394–402. https://jik.stikesalifah.ac.id

Peraturan Menteri Kesehatan Tahun 2016 Nomor 76 Tentang Pedoman Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs).

Peraturan Menteri Kesehatan Tahun 2023 Nomor 3 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Tahun 2020 Nomor 3 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.

Rachni, S. N., & Permanasari, V. Y. (2025). Factors causing fraud in hospitals under National Health Insurance and prevention strategies: A scoping review. Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional, 5(2).

Redhata Alkahfi Chandra, Agung Dwi Darsono. (2024). Analisis Penyebab Pending Klaim JKN Rawat Inap Di RS Bethesda Kota Yogyakarta. https://share.google/QQ61vOYDaMrJ7kgOQ

Republik Indonesia. Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Rindorindo, A., Kaligis, S., & Tangon, J. N. (2026). Analisis sistem informasi akuntansi dalam mendukung kualitas data akuntansi pada PT Sumber Alfaria Trijaya Tbk. Branch Manado. EKOMA: Jurnal Ekonomi, Manajemen, Akuntansi.

Romney, M. B., & Steinbart, P. J. (2015). Sistem Informasi Akuntansi (Edisi 13, Diterjemahkan oleh Kikin Sakinah Nur Safira & Novita Puspasari). Jakarta: Salemba Empat.

Sani Fitriyani, Asti Juniar Lestari. (2025). Analisis Alur Prosedur Klaim BPJS Kesehatan Terhadap Pelayanan Pasien Rawat Inap Di Hospitals Bandung Central. Jurnal INFOKES, 9, 13–20.

Setyawati, L. (2019). Evaluasi Sistem Pengendalian Pembayaran BPJS Di Rumah Sakit Ken Saras Ungaran Semarang. 8(5), 55.

Susanto, A., et al. (2024). Optimizing the National Health Insurance claims verification process: Strategies for enhanced efficiency and accuracy. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Indonesia, 12(2), 105–118

Therisyantari, N. M., & Suaryana, I. G. N. A. (2022). Pengaruh kualitas informasi dan penggunaan teknologi informasi terhadap kinerja manajerial dengan kepuasan pengguna sebagai variabel mediasi. E-Jurnal Akuntansi, 32(8), 2132–2144.

Valery Kumaat (2022) Internal Audit. Jakata : Erlangga.

Yulianti, M. S., & Urrahmah, H. (2025). Analisis kelengkapan resume medis dan akurasi koding terhadap ketepatan klaim BPJS di RSUD Provinsi NTB tahun 2024. JUKEJ: Jurnal Kesehatan Jompa, 4(1), 1561