

**SKEMA REMUNERASI DOKTER DI RUMAH SAKIT DALAM SISTEM ASURANSI KESEHATAN: LITERATURE REVIEW**

**Raden Chandra Meydia Kundrawan<sup>1</sup>, Yaslis Ilyas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, 16424, Indonesia*

**Info Artikel**

Riwayat Artikel:  
Tanggal Dikirim: 01 Juni 2025  
Tanggal Diterima: 03 Juli 2025  
Tanggal Dipublish: 07 Juli 2025

**Kata Kunci:** remunerasi dokter, fee for service, pay for performance, value based payment

**Penulis Korespondensi :**  
Raden Chandra Meydia Kundrawan  
Email : [dochanyan@ail.com](mailto:dochanyan@ail.com)

**Abstrak**

**Latar belakang:** Remunerasi dokter adalah pemberian apresiasi berupa imbalan atas kontribusi dan kinerja dokter di rumah sakit. Remunerasi dokter di Indonesia sebagian besar menggunakan skema retrospektif yaitu *fee for service*. Terdapat kesenjangan antara *fee for service* dengan tarif paket *Indonesia Case Based Group* (INA-CBG) pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sehingga menimbulkan ketidakpuasan dokter. Belum ada acuan standar pemberian remunerasi dokter dalam pelayanan pasien JKN.

**Tujuan:** mengetahui skema remunerasi dan imbalan jasa yang diberikan bagi dokter di rumah sakit dalam pelaksanaan asuransi kesehatan dan dampaknya terhadap pelayanan.

**Metode:** Penelitian ini melakukan tinjauan terhadap literatur terkait skema remunerasi dengan melakukan penelusuran pada database PubMed, Scopus dan Sciencedirect dan EBSCO dengan menggunakan kata kunci *physician, remuneration, salary, wage, incentive dan health insurance*. Metode PRISMA digunakan untuk mendapatkan jurnal berbahasa inggris dan *full open access* sesuai kriteria inklusi penelitian di rumah sakit dan pembiayaan melalui asuransi kesehatan pada 10 (sepuluh) tahun terakhir.

**Hasil:** Penelusuran menghasilkan 1.387 artikel sesuai kriteria pencarian dengan 11 artikel memenuhi kriteria inklusi dan dilakukan sintesis data. Skema yang digunakan adalah *fee for service, activity based, value based payment, dan pay for performance*. Skema *pay for performance* terbanyak digunakan dan dapat meningkatkan produktivitas dokter tanpa meningkatkan biaya pelayanan kesehatan. Evaluasi kebijakan skema remunerasi dokter di rumah sakit dapat dilakukan seiring kebijakan pembiayaan kesehatan untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi pelayanan

**Kesimpulan:** Terdapat berbagai skema remunerasi dokter di rumah sakit dalam memberikan pelayanan pada jaminan kesehatan. Pemilihan skema yang digunakan dapat dari hasil evaluasi untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan asuransi kesehatan.

Jurnal Mutiara Kesehatan Masyarakat  
E-ISSN: 2527-8185  
Vol. 10 No. 1 Juni 2025 (Hal 1-9)

Homepage: <https://e-journal.sari-mutiara.ac.id/index.php/JMKM>

DOI: <https://doi.org/10.51544/jmkm.v10i1.5962>

**Cara Mengutip:** Kundrawan, Raden Chandra Meydia, and Yaslis Ilyas. 2025. "Skema Remunerasi Dokter Di Rumah Sakit Dalam Sistem Asuransi Kesehatan: Literature Review." *Jurnal Mutiara Kesehatan Masyarakat* 10 (1): 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.51544/jmkm.v10i1.5962>.



Hak Cipta © 2025 oleh Penulis, Diterbitkan oleh Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Sari Mutiara Indonesia. Ini adalah artikel akses terbuka di bawah Lisensi CC BY-SA 4.0 ([Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)).

## 1. Pendahuluan

Remunerasi adalah pemberian apresiasi berupa imbalan oleh suatu organisasi atau instansi kepada pegawai yang telah memberikan kontribusi dan kinerjanya. Skema pemberian remunerasi kepada pegawai dipengaruhi jenis hubungan kerja antara organisasi dan pegawai tersebut (1).

Hubungan kerja dokter dengan rumah sakit terdiri dari 3 (tiga) jenis yaitu sebagai Aparatur Sipil Negara (ASN), pegawai kontrak dan dokter tamu (2). Dokter sebagai pegawai ASN di rumah sakit bekerja penuh waktu, dokter kontrak dapat sebagai dokter penuh waktu maupun paruh waktu, sementara dokter tamu sebagai dokter mitra (3).

Skema pemberian remunerasi bagi dokter penuh waktu dapat terdiri dari beberapa komponen yang bersifat tetap seperti gaji, tunjangan, jaminan kesehatan dan jaminan lainnya, bonus, serta komponen tidak tetap yaitu imbalan jasa medis (1). Pemberian remunerasi kepada dokter paruh waktu dan mitra hanya mendapatkan imbalan jasa medis (4).

Perhitungan imbalan jasa medis pada dokter penuh waktu dan paruh waktu di Indonesia banyak menggunakan skema *fee for service* yaitu pemberian imbalan berdasarkan jumlah layanan yang diberikan dokter kepada pasien. Besaran *fee for service* yang diterima dokter dipengaruhi besaran tarif rumah sakit. Metode pembayaran menggunakan skema ini disebut pembiayaan retrospektif (5).

Pemberlakuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai asuransi sosial mengubah metode pembiayaan menjadi metode prospektif, yaitu pembiayaan yang besarnya telah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan kepada pasien dengan menggunakan tarif Indonesia *Case Based Groups* (INA-CBG) (5). Besaran Tarif INA-CBGs adalah biaya total keseluruhan pelayanan, tidak ditetapkan alokasi untuk setiap jenis pelayanan yang diberikan seperti jasa dokter, biaya obat, sarana perawatan dan pemeriksaan penunjang. Besaran tarif INA-CBG tidak sama dengan tarif rumah sakit. Terdapat pelayanan di rumah sakit, seperti *sectio caesaria* dan operasi orthopaedi, memiliki nilai tarif INA-CBGs lebih kecil daripada tarif rumah sakit (6–8)

Perubahan metode pembiayaan memengaruhi pola pendapatan rumah sakit dan dapat mengubah skema remunerasi dokter spesialis di rumah sakit. Tarif INA-CBG yang lebih kecil dari tarif rumah sakit dapat menurunkan pendapatan rumah sakit, sehingga dapat menurunkan penghasilan dokter (9) yang berakibat menurunnya kepuasan kerja dokter (10).

Belum ada acuan standar skema pemberian remunerasi dokter rumah sakit dalam pelayanan pasien JKN, sehingga skema remunerasi ditentukan oleh masing-masing rumah sakit. Terdapat ketidakpuasan dokter terhadap pemberian jasa medis dalam pelayanan pasien JKN baik karena besarnya maupun metode yang dianggap belum mencerminkan keadilan (11,12).

Asuransi kesehatan dengan metode prospektif banyak diterapkan di berbagai negara di dunia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran skema remunerasi dokter yang diterapkan pada pembiayaan asuransi kesehatan dengan metode retrospektif di berbagai negara di dunia dan bagaimana pengaruhnya terhadap pelayanan. Tinjauan ini diharapkan dapat memberikan masukan atau pilihan skema remunerasi dokter di rumah sakit untuk dapat diterapkan di Indonesia.

## 2. Metode

### 2.1 Deskripsi Metode

Penelitian ini menggunakan metode Scoping Review yaitu sintesis pengetahuan dengan mengikuti pendekatan sistematis untuk memetakan bukti dalam literatur pada suatu topik dan mengidentifikasi konsep utama, fitur dan volumenya (13,14).

Tahapan yang dilakukan ialah tahapan perencanaan, tahapan pencarian dan ekstraksi literatur, dan tahapan pelaporan. Tahapan perencanaan terdiri dari pembuatan latar belakang, penetapan pertanyaan penelitian atau tujuan revidu. Tahapan pencarian

meliputi penentuan database yang digunakan, penetapan kriteria inklusi dan ekstraksi literatur. Tahapan pelaporan meliputi pelaporan hasil pencarian.

## 2.2 Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian adalah hal-hal yang ingin diketahui dari pelaksanaan penelitian yang membantu penulis agar fokus dalam penelusuran literatur. Pertanyaan penelitian disusun dengan menggunakan metode Population, Exposure dan Outcome (PEO). Tabel 1 menunjukkan pertanyaan penelitian yang dibangun

**Tabel 1. Pertanyaan Penelitian**

No	Pertanyaan Penelitian	Dorongan Pertanyaan
PP1	Skema remunerasi dokter rumah sakit apa saja yang digunakan saat ini	Untuk mengidentifikasi skema remunerasi dokter yang digunakan saat ini
PP2	Skema remunerasi dokter yang mana yang banyak digunakan dalam sistem asuransi kesehatan	Untuk mengidentifikasi skema remunerasi terbanyak digunakan dalam sistem asuransi
PP3	Bagaimana pengaruh penerapan skema remunerasi terhadap pelayanan	Untuk mengetahui kelebihan dan kekurangan skema remunerasi

## 2.3 Penelusuran Literatur

Peneliti melakukan penelusuran literatur dimulai dengan menentukan database yang akan digunakan. Database harus memiliki kemungkinan tinggi untuk memberikan literatur yang sesuai harapan. Penulis memutuskan untuk melakukan penelusuran pada database PubMed, Scopus, ScienceDirect dan EBSCO.

Langkah selanjutnya menentukan kata kunci pencarian berdasarkan pertanyaan penelitian. Penentuan kata kunci dimulai dengan mencari sinonim pada istilah dalam PubMed. Sinonim istilah tersebut selanjutnya digunakan untuk membentuk kata kunci dengan menggunakan *Boolean Search* “AND” dan “OR”. Penelusuran dilakukan dengan menggunakan kata kunci: Physician AND (remuneration OR salary OR wage OR incentive) AND “Health Insurance”.

## 2.4 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi digunakan untuk memberikan panduan bagi penulis untuk mendapatkan sumber literatur yang akan dipilih. Tabel 2 berikut menjabarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang digunakan.

**Tabel 2. Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi**

No	Kriteria Inklusi	Kriteria Eksklusi
1	Penelitian yang mengenai skema remunerasi dalam sistem asuransi kesehatan	Jurnal yang menggunakan selain Bahasa Inggris
2	Literatur dapat mencakup artikel jurnal dan literatur akademik	Jurnal yang tidak dapat diakses secara penuh ( <i>open access</i> atau <i>full article</i> )
3	Memuat ruang lingkup dokter di rumah sakit	Terbit sebelum 2013
4	Terbit pada tahun 2013-2023	

Hasil penelusuran dengan menggunakan kata kunci pada semua database disaring dengan kriteria eksklusi agar didapatkan jumlah literatur yang lebih ringkas. Semua literatur yang telah disaring dikumpulkan dengan menggunakan aplikasi Zotero.

## 2.5 Penilaian Literatur

Penilaian literatur dilakukan dengan menggunakan metode *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). Penulis melakukan skrining terhadap literatur yang didapatkan untuk mengetahui adanya duplikasi literatur serta kesesuaian dengan kriteria inklusi. Literatur yang sesuai dengan kriteria inklusi dipisahkan kemudian dilakukan pendalaman pada *full article*. Literatur yang sesuai dengan tujuan penelitian dimasukkan ke dalam penelitian dan dilakukan ekstraksi data.

## 2.6 Quality Assessment

*Quality Assessment* merupakan proses penilaian terhadap kualitas metodologi dan keunggulan informasi yang tersedia di dalam jurnal yang telah melewati proses sebelumnya. Berikut penjelasan tentang kriteria quality assessment yang ditetapkan oleh

penulis:

QA1. Apakah jurnal diterbitkan pada rentang tahun 2014-2023?

QA2. Apakah jurnal menuliskan penerapan pelayanan pasien asuransi kesehatan?

QA3. Apakah jurnal menuliskan skema remunerasi atau imbalan jasa dokter di rumah sakit?

## 2.7 Ekstraksi Data

Ekstraksi data ialah cara untuk mendapatkan informasi penting dari literatur yang didapatkan sehingga dapat membantu dalam menjawab pertanyaan penelitian dan analisis serta sintesis data. Informasi yang dikumpulkan dalam ekstraksi data disajikan dalam Tabel 3.

**Tabel 3. Ekstraksi Data Informasi Jurnal Terhadap Pertanyaan Penelitian**

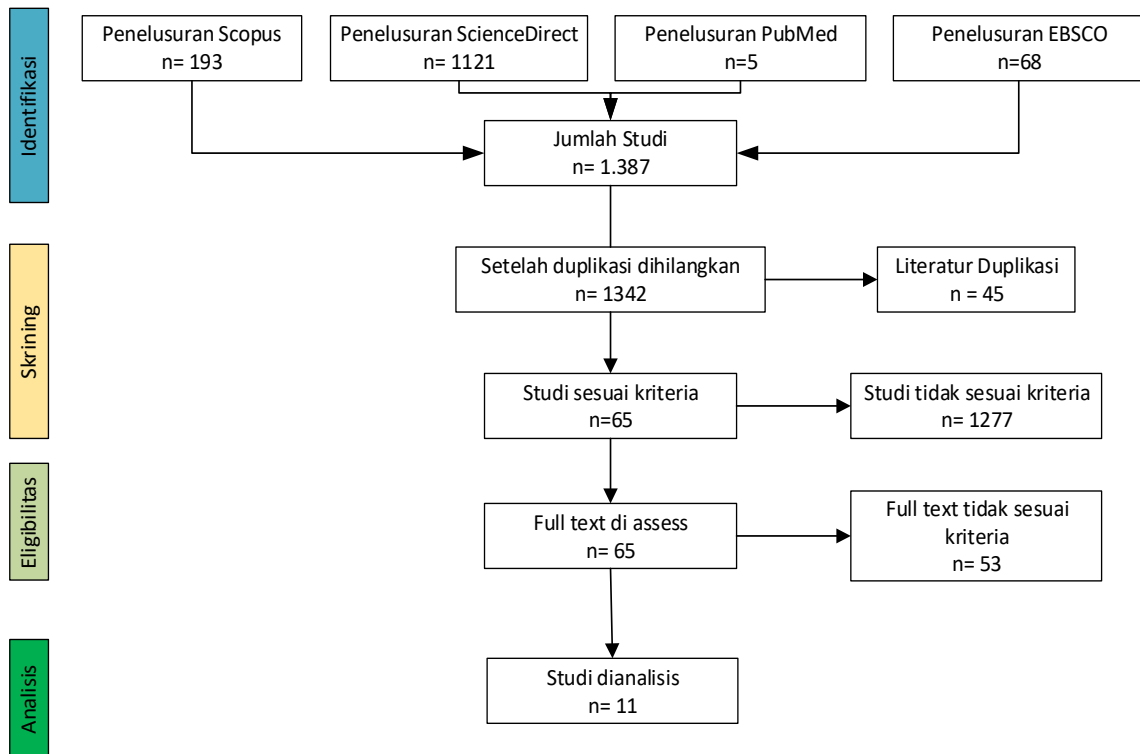
Informasi dalam Jurnal
Judul
Penulis
Tahun Publikasi
Negara
Metodologi
Variabel
Skema remunerasi
Hasil

## 2.8 Analisis dan Sintesis Data

Analisis data adalah proses pengumpulan bukti yang didapatkan dari jurnal terpilih. Analisis digunakan untuk menjawab pertanyaan penelitian yang telah diajukan. Sintesis data dilakukan dengan menggunakan tabulasi berdasarkan skema remunerasi yang diterapkan di berbagai negara.

## 3. Hasil

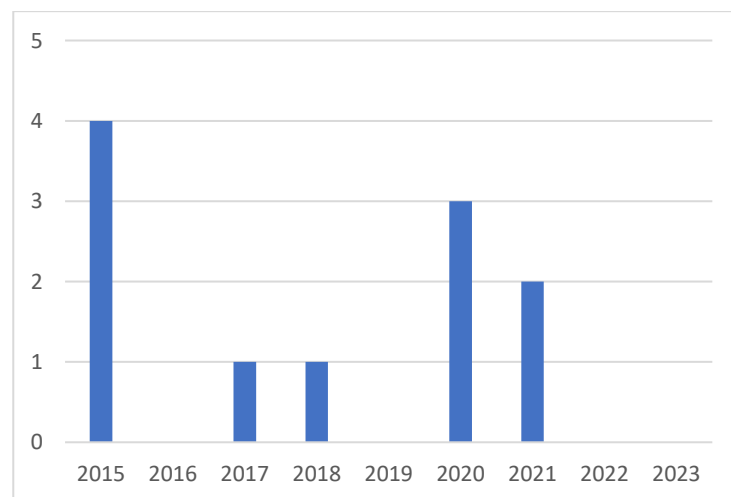
Penelusuran literatur yang telah disaring dengan kriteria eksklusi pada database Scopus menghasilkan 193 studi, ScienceDirect 1211 studi, Pubmed 5 Studi dan EBSCO 68 studi, sehingga menghasilkan jumlah total 1.387 studi. Keseluruhan studi dilakukan skrining untuk menghilangkan duplikasi sehingga didapatkan 1.342 studi. Selanjutnya dilakukan telaahan abstrak untuk mengetahui kesesuaian studi dengan kriteria inklusi yang ditentukan dan didapatkan sejumlah 65 studi. Studi yang sesuai dengan kriteria dilakukan telaahan keseluruhan artikel dengan menggunakan ekstraksi data dan didapatkan 11 literatur. Proses pengolahan literatur dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1. Diagram Alir PRISMA-ScR  
Sumber : Hasil Pengolahan Data

Berdasarkan hasil analisis terhadap 11 artikel yang dilakukan review, didapatkan bahwa sebagian besar artikel diterbitkan pada tahun 2015 dan yang terbaru diterbitkan pada tahun 2021 sebagaimana tersaji pada gambar 2.

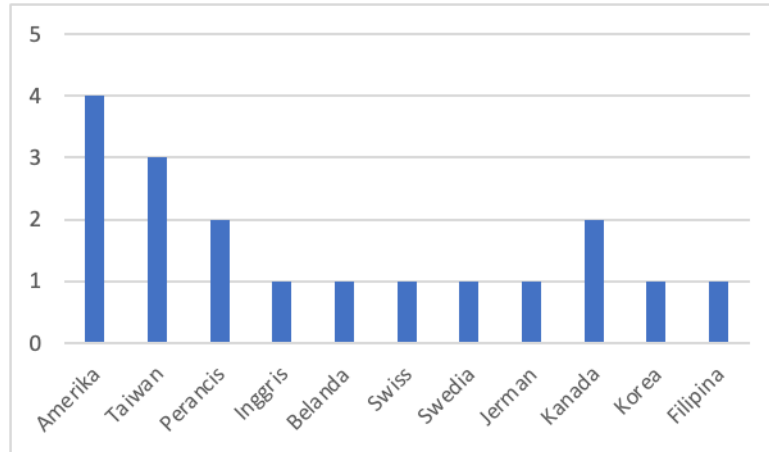
**Gambar 2. Jumlah Artikel menurut Tahun Terbit**



Sumber : Hasil Pengolahan Data

Berdasarkan negara tempat penerapan asuransi kesehatan, didapatkan skema remunerasi pada 11 negara dengan Amerika menjadi sumber pembahasan yang paling banyak sebagaimana tersaji dalam gambar 3.

**Gambar 3. Jumlah Artikel Skema Remunerasi Menurut Negara**



Sumber : Hasil Pengolahan Data

**Tabel 4. Skema Remunerasi Menurut Negara dan Tahun Publikasi Artikel**

No	Negara	Tahun	Skema Remunerasi	Keterangan	Referensi
1	Amerika	2015	<i>Salary dan Fee for service</i>		Coey D.(13)
		2017	<i>Value based Payment</i>	Onkologi	Robinson(14)
		2018	<i>Salary dan Fee for service</i>		Quentin W, Geissler A, Wittenbecher F, Ballinger G, Berenson R, Bloor K, et al.(15)
		2020	<i>Pay for Performance</i>		Bekelman JE, Gupta A, Fishman E, Debono D, Fisch MJ, Liu Y, et al.(16)
2	Taiwan	2015	<i>Pay for Performance</i>		Chen CC, Cheng SH dan Chen TT, Lai MS, Chung KP(17)
		2021	<i>Pay for Performance</i>		Lu CW, Wu YF, Chen TH, Chung CM, Lin CL, Lin YS, et al.(18)
3	Perancis	2018	<i>Salary dan Fee for service</i>		Quentin W, Geissler A, Wittenbecher F, Ballinger G, Berenson R, Bloor K, et al.(15)
		2021	<i>Activity based</i>		Carine MILCENT and Saad ZBIRI(19)
4	Kanada	2015	<i>Salary dan Fee for service</i>		Ariste R(20).
		2018	<i>Salary dan Fee for service</i>		Quentin W, Geissler A, Wittenbecher F, Ballinger G, Berenson R, Bloor K, et al.(15)
5	Belanda	2018	<i>Salary dan Fee for service</i>		Quentin W, Geissler A, Wittenbecher F, Ballinger G, Berenson R, Bloor K, et al.(15)
6	Swiss	2018	<i>Salary dan Fee for service</i>		
7	Jerman	2018	<i>Salary dan Fee for service</i>		
8	Inggris	2018	<i>Salary</i>		
9	Swedia	2018	<i>Salary</i>		
10	Korea	2020	<i>Activity based (RVU)</i>		Kim HA, Jung SH, Park IY, Kang SH(21)
11	Filipina	2020	<i>Fixed Salary</i>	<i>Full time</i>	Lam HY, Rey KLR, Zarsuelo MAM, Silva MEC, Mendoza MAF, Padilla CD.(22)
			<i>Pay for Performance</i>	<i>Part Time</i>	

Sumber : Hasil Pengolahan Data

Berdasarkan Tabel 4, diketahui bahwa skema remunerasi yang diterapkan pada berbagai negara dapat berbeda-beda. Skema remunerasi pada satu negara dapat lebih dari 1 skema, selain itu skema remunerasi dapat dilakukan evaluasi untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pembiayaan kesehatan sehingga skema yang diterapkan dapat mengalami perubahan seiring waktu berjalan.

Berdasarkan jenis hubungan kerja sama antara dokter dengan rumah sakit, sebagian besar negara menggunakan pola dokter tetap/penuh waktu (Tabel 5). Namun di Amerika, Belanda dan Kanada dokter lebih banyak bekerja sebagai dokter mitra pada rumah sakit

**Tabel 5. Hubungan Kerja sama Dokter dan Rumah Sakit menurut Negara**

<b>Dokter Tetap</b>	<b>Dokter Tidak tetap</b>
Inggris, Swedia, Jerman, Swiss, Perancis Filipina	Amerika, Belanda, Kanada Filipina

Sumber : Hasil Pengolahan Data

#### **4. Pembahasan**

Berdasarkan artikel yang dianalisis, skema remunerasi yang diterapkan terdiri dari salary saja, salary dengan fee for service, activity based, value based payment, dan pay for performance.

Skema Salary saja adalah pemberian remunerasi dengan memberikan take home pay secara tetap setiap bulan tanpa dipengaruhi oleh jenis dan jumlah tindakan yang dilakukan dokter di rumah sakit. Besaran remunerasi dengan skema ini diatur berdasarkan deskripsi pekerjaan dokter yang ditetapkan sehingga kinerjanya dapat diukur sesuai ekspektasi yang diharapkan (25). Skema ini dilaksanakan di Inggris karena pembiayaan kesehatan di Inggris seluruhnya menggunakan asuransi sosial yang dibiayai oleh pajak (26). Skema remunerasi dokter di rumah sakit tersebut ditentukan oleh penyelenggara asuransi kesehatan

Skema salary dengan fee for service ialah gabungan antara gaji tetap (fixed salary) yang minimal akan diterima oleh dokter di rumah sakit dengan disertai imbalan jasa medis berdasarkan jumlah pasien dan tindakan yang dilakukan oleh dokter tersebut. Skema ini dapat memacu dokter untuk meningkatkan produktivitas sementara mendapat jaminan akan mendapatkan penghasilan minimum dari rumah sakit. Kelemahan dari skema fee for service ialah dapat terjadi penggunaan berlebihan untuk tindakan-tindakan tertentu karena motivasi untuk mendapatkan penghasilan lebih berasal dari jumlah tindakan yang dilaksanakan. Contohnya ialah pada penanganan pasien jantung, didapatkan pemeriksaan yang lebih banyak oleh dokter pada kasus jantung ringan dimana dokter mendapatkan tambahan insentif dari pemeriksaan tersebut (15).

Skema Activity Based atau Value based ialah bentuk lain dari skema fee for service namun perhitungan besaran remunerasi didasarkan pada nilai kompensasi yang diterima oleh rumah sakit yang merujuk pada nilai Diagnosis Related Group (DRG). Besaran remunerasi dihitung berdasar relative value unit dari kelompok diagnosis dan tindakan yang dilakukan dokter terhadap besaran tarif DRG (23).

Skema Pay for Performance (P4P) ialah skema gabungan antara activity based dengan bonus yang diberikan atas kualitas maupun kinerja dokter dalam melakukan penghematan biaya pelayanan. Penghematan biaya ini dapat diukur dengan angka readmisi ke rumah sakit yang rendah (27), jumlah kunjungan berkala yang berkurang atau angka kejadian kasus kritis yang rendah (20). Dokter dapat memperoleh insentif tambahan sesuai kesepakatan atas pencapaian kinerjanya tersebut.

Berdasarkan tabel 4, skema Pay for Performance (P4P) ialah skema yang paling banyak digunakan di berbagai negara. Skema ini mampu menunjukkan adanya efisiensi pelayanan yang ditunjukkan dengan meningkatnya produktivitas dokter dalam memberikan pelayanan kepada pasien tanpa terjadi peningkatan biaya yang harus dikeluarkan. Skema ini juga meningkatkan keikutsertaan pasien dalam program penanggulangan suatu penyakit sehingga cakupan layanan meningkat (18).

Skema remunerasi di Amerika pada Tabel 4 menunjukkan bahwa terjadi perubahan penerapan skema remunerasi dari waktu ke waktu sesuai kebutuhan. Ini berarti pemangku kebijakan melakukan evaluasi terus menerus terhadap kebijakan remunerasi dan pembiayaan kesehatan dalam rangka meningkatkan kualitas dan efisiensi pelayanan. Negara-negara saat ini cenderung mengubah skema fee for service yang memberikan remunerasi berdasarkan kuantitas layanan menjadi skema yang lebih memberikan insentif terhadap capaian kualitas pelayanan yang dampaknya dapat dirasakan oleh pasien (17).

## 5. Simpulan

Skema remunerasi yang diterapkan di berbagai negara terdiri dari salary saja, salary dengan fee for service, activity based, value based payment, dan pay for performance. Skema Pay for Performance (P4P) ialah skema yang paling banyak digunakan di berbagai negara. Skema ini mampu menunjukkan adanya efisiensi pelayanan yang ditunjukkan dengan meningkatnya produktivitas dokter dalam memberikan pelayanan kepada pasien tanpa terjadi peningkatan biaya yang harus dikeluarkan. Skema ini juga meningkatkan keikutsertaan pasien dalam program penanggulangan suatu penyakit sehingga cakupan layanan meningkat

Penerapan skema remunerasi dapat berubah sesuai dengan hasil evaluasi pelaksanaan kebijakan yang ada. Evaluasi terus menerus terhadap kebijakan remunerasi dan pembiayaan kesehatan pada pelayanan asuransi kesehatan perlu dilakukan dalam rangka meningkatkan kualitas dan efisiensi pelayanan.

## 6. Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

## 7. Referensi

1. Hidayah N. Sistem remunerasi sebagai Strategi manajemen SDM RS. LP3M Universitas Muhammadiyah Yogyakarta; 2017.
2. Kinang A. Analisis Yuridis Hubungan Kerja Tenaga Medis (Dokter) dengan Rumah Sakit (Studi Kasus Putusan Mahkamah Agung Republik Indonesia) [Internet] [masters]. Universitas Nasional; 2024 [cited 2025 May 30]. Available from: <http://repository.unas.ac.id/12326/>
3. Klau RG, Fahmi MS, Utami GA. Pertanggungjawaban Hukum Perdata Rumah Sakit terhadap Tindakan Medis Dokter Mitra Yang Merugikan Pasien. JATAYU. 2022 Nov 1;5(3):490–7.
4. Hidayah N, Dewi A, Ou JH, Aini Q. The need to reform the hospital payment system in Indonesia. Malaysian Journal of Public Health Medicine. 2019;19(2):132–40.
5. Kementerian Kesehatan. Permenkes Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional [Internet]. 2016 [cited 2022 Oct 1]. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/114633/permenkes-no-76-tahun-2016>
6. Agung IMS. Analisis selisih tarif INA-CBGs untuk tindakan bedah sectio caesarea pada pasien JKN kelas III di Rumah Sakit Wisma Prashanti tahun 2017 = Analysis of INA-CBGs tariff for sectio caesarea surgery on JKN patients class III at Wisma Prashanti hospital 2017 [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 15]. Available from: <http://www.lib.fkm.ui.ac.id/detail?id=131035&lokasi=lokal#horizontalTab2>



7. Akbar MI. Analisis Kecukupan Klaim Ina Cbgs Pasien Sectio Caesarea Di Rsi Wiradadi Husada Dengan Tarif Perawatan Pasien Setelah Menjadi Rumah Sakit Ponek [Internet]. Universitas Gadjah Mada; 2017 [cited 2023 Apr 15]. Available from: <http://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/154634>
8. Nisa BI, Raharjo BB. Determinan Selisih Biaya Riil dan Tarif INA CBG's pada Pasien Jantung Koroner. 2021;
9. Sudarmono S, Margawati A, Jati SP. Hubungan Kompensasi, Motivasi dan Kepuasan Kerja dengan Kinerja Dokter Pada BLUD Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Loekmono Hadi Kudus. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*. 2017 Apr 30;5(1):43–6.
10. Kuncoro T, Dewi A. Analisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kepuasan kerja dokter di rumah sakit jiwa daerah dr. Rm. Soedjarwadi provinsi jawa tengah. :28.
11. Pratiwi CS. Analisis Kepuasan Sistem Remunerasi Dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhinya (Studi Kasus pada Dokter Spesialis RS Pemerintah di Jakarta) [Internet]. Universitas Gadjah Mada; 2021 [cited 2023 Mar 11]. Available from: <http://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/204168>
12. Safarah SH, Widjanarko B, Shaluhiah Z. Faktor – faktor yang berhubungan dengan kepuasan kerja dokter spesialis terhadap pelaksanaan bpjs kesehatan di rumah sakit panti wilasa dr. Cipto. *Jurnal kesehatan masyarakat*. 2018;6.
13. Coey D. Physicians' financial incentives and treatment choices in heart attack management: Physicians' incentives and treatment choices. *Quantitative Economics*. 2015 Nov;6(3):703–48.
14. Robinson JC. Value-Based Physician Payment in Oncology: Public and Private Insurer Initiatives. *Milbank Quarterly*. 2017;95(1):184–203.
15. Quentin W, Geissler A, Wittenbecher F, Ballinger G, Berenson R, Bloor K, et al. Paying hospital specialists: Experiences and lessons from eight high-income countries. *Health Policy*. 2018 May;122(5):473–84.
16. Bekelman JE, Gupta A, Fishman E, Debono D, Fisch MJ, Liu Y, et al. Association Between a National Insurer's Pay-for-Performance Program for Oncology and Changes in Prescribing of Evidence-Based Cancer Drugs and Spending. *Journal of Clinical Oncology*. 38(34).
17. Chen CC, Cheng SH. Does pay-for-performance benefit patients with multiple chronic conditions? Evidence from a universal coverage health care system. *Health Policy Plan*. 2016 Feb;31(1):83–90.
18. Lu CW, Wu YF, Chen TH, Chung CM, Lin CL, Lin YS, et al. A nationwide cohort investigation on pay-for-performance and major adverse limb events in patients with diabetes. *Preventive Medicine*. 2021 Dec;153:106787.
19. Milcent C, Zbiri S. Supplementary private health insurance: The impact of physician financial incentives on medical practice. *Health Economics (United Kingdom)*. 2022;31(1):57–72.
20. Ariste R. Fee-Schedule Increases in Canada: Implication for Service Volumes Among Family and Specialist Physicians. *J Health Hum Serv Adm*. 2015;38(3):381–407.
21. Kim HA, Jung SH, Park IY, Kang SH. Hourly wages of physicians within medical fees based on the Korean relative value unit system. *Korean J Intern Med*. 2020 Sep 1;35(5):1238–44.
22. Lam HY, Rey KLR, Zarsuelo MAM, Silva MEC, Mendoza MAF, Padilla CD. Rationalizing Health Personnel Financing Schemes for Evidence-informed Policy Reforms: Policy Analysis. 2020;54(6).