



Mencari Formula Program Jaminan Sosial BPJS Kesehatan

Abdul Wahab Samad^{1*}, Ahmad Nurdin Hasibuan²

Institut Bisnis dan Informatika Kosgoro 1957

Corresponding Author: Abdul Wahab Samad w_abdoel@yahoo.com

ARTICLE INFO

Kata Kunci: Kesehatan,
Jaminan Sosial, Formula,
Perlindungan, Peserta

Received : 09, Oktober

Revised : 12, Oktober

Accepted: 23, Oktober

©2022 Samad, Hasibuan: This is an
open access article distributed under
the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ABSTRACT

Sangat menarik melakukan studi untuk mengetahui jaminan sosial kesehatan dasar dalam rangka mencari penyelesaian terhadap permasalahan kerugian BPJS Kesehatan dalam menjamin kebutuhan kesehatan bagi peserta. Penelitian ini menggunakan metode troubling method untuk mengukur hubungan sebab akibat, mendengarkan masukan berbagai pihak dan menemukan gagasan jalan keluar sebagaimana mestinya melalui pengkajian narasi-narasi yang diungkapkan secara kualitatif. Hasil penelitian ini menunjukkan pentingnya jaminan sosial dilakukan secara universal dan komprehensif namun tetap mempertahankan tingkat keberlangsungan program dan senantiasa tetap menjamin kebutuhan kesehatan dasar sesuai kebutuhan medis peserta.

PENDAHULUAN

Permasalahan jaminan kesehatan BPJS Kesehatan menurut Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN, 2019) disebabkan karena pengeluaran biaya manfaat lebih besar dari pendapatan iuran dengan rasio dari tahun ke tahun selama 4 (empat) tahun, Rasio tersebut pada 2014 sebesar 104,46% hingga tahun 2018 sebesar 115,28%. Secara berturut-turut biaya manfaat jaminan kesehatan BPJS Kesehatan Tahun 2014 sebesar Rp42,7 Triliun, Tahun 2015 sebesar Rp57,1 Triliun, Tahun 2016 sebesar Rp67,3 Triliun, Tahun 2017 sebesar Rp94,3 Triliun dan Tahun 2018 sebesar Rp94,3 Triliun. Sementara pendapatan iuran Tahun 2014 sebesar Rp40,8 Triliun, Tahun 2015 sebesar Rp52,8 Triliun, Tahun 2016 sebesar Rp67,4 Triliun, Tahun 2017 sebesar Rp82,0 Triliun dan Tahun 2018 sebesar Rp81,8 Triliun.

Permasalahan lain menurut DJSN (DJSN, 2020, hal. 57) tren biaya satuan klaim rawat inap tingkat lanjutan tahun 2014 - 2018 pada pasien dengan hak kelas 1 berdasarkan tarif INA CBG yang ditetapkan Kementerian Kesehatan lebih tinggi untuk rawat inap kelas I dibandingkan dengan tarif terendah untuk perawatan kelas 3. Secara rata-rata lebih tinggi 50% dari biaya satuan klaim perawatan di kelas 3. Disamping itu terdapat perbedaan biaya satuan klaim berdasarkan rujukan komposisi rumah sakit kelas A dan rumah sakit khusus rujukan nasional yang dimiliki Kementerian Kesehatan terutama di Ibu Kota. Perbedaan tersebut dapat dilihat untuk klasifikasi tindakan CBG yang sama, biaya klaim rata-rata di DKI Jakarta tahun 2018 mencapai Rp7,8 juta per kunjungan sementara di Papua Barat hanya Rp3,3 juta.

Menurut DJSN (DJSN, 2020, hal. 124) selain diagnosis suatu penyakit yang diajukan dalam klaim fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan, Distribusi penyakit berdasarkan diagnosis atau bauran kasus (CBG) merupakan informasi penting bagi fasilitas kesehatan atau pemerintah daerah dalam menyusun rencana pengadaan atau perkiraan kebutuhan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, maupun tenaga kesehatan. Selain itu, distribusi penyakit merupakan informasi penting bagi dinas kesehatan di berbagai daerah dalam menyusun tugas utama Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Sementara itu, diagnosis sekunder adalah diagnosis yang ditetapkan oleh FKTL. Permenkes tarif CBG juga mengatur tarif menurut prosedur medis. Distribusi prosedur medik RJTL dan RITL tahun 2014-2018 menunjukkan prosedur medis terbanyak pada pelayanan RJTL adalah hemodialisis, sedangkan pada pelayanan RITL prosedur medis paling banyak tahun 2014-2018 adalah Other microscopic examination of blood.

TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai perbandingan program jamnan soisal kesehatan, menurut American Institute of Certified Public Accountants (AICPA, 2018, hal. 256). Di Amerika Serikat, sebagian besar negara bagian memiliki ketentuan peraturan tersendiri untuk mengatur pembayaran jaminan sosial. Ketentuan ini umumnya dirancang untuk melindungi peserta, dan biasanya berlaku untuk persyaratan klaim, bukti kepesertaan, pembayaran klaim, termasuk

pembayaran klaim yang tepat waktu dan tidak tepat waktu, pembayaran denda keterlambatan yang secara hukum harus diselesaikan secara cepat di masing-masing negara bagian. Selain itu, negara-negara bagian tertentu memiliki ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengharuskan perusahaan asuransi memberikan laporan perbandingan manfaat yang dibayarkan secara berkala dalam Laporan Induk Jaminan Sosial. Dalam laporan tersebut, disamping dilakukan identifikasi yang mana saja termasuk jaminan sosial dan bukan jaminan sosial juga menentukan upaya yang perlu dilakukan untuk memaksimalkan manfaat yang dibutuhkan peserta. Badan hukum jaminan sosial wajib mengembalikan dana ke negara jika tidak digunakan.

Perbandingan fungsi Institusi jaminan sosial di Amerika Serikat menurut, Fatkullina et.al. (Fatkullina, Sulaymanova, & Salakhova, 2018) mengutip Khozinov, mekanisme pengembalian ke negara sebagai proses institusionalisasi adalah proses yang merupakan mekanisme kelembagaan sebuah institusi yang bertujuan untuk konsolidasi jaminan sosial di institusi tersebut dengan melakukan klasifikasi atas status kodifikasi, penghimpung dana jaminan sosial dan sumber pembiayaan dalam kerangka kepentingan organisasi. Dalam kerangka hukum seperti inilah sistem administrasi, lembaga sosial beralih dari badan hukum dengan standar etika tertentu ke badan hukum publik dengan standar hukum administrasi legislatif yang lebih mementingkan kepentingan hukum masyarakat luas.

Dalam implementasi kerangka hukum administrasi legislatif terutama yang ditujukan ke pekerja di tempat kerja menurut Flohimont (Flohimont, 2017), hukum sosial Belgia dan Prancis berbagi pendekatan yang secara umum sama dalam hal memandang risiko psikososial, yang mengharmonisasikan hukum perburuhan dan jaminan sosial. Hal ini dapat di lihat terutama berkaitan dengan pencegahan risiko dan harmonisasi dengan kompensasi individu sebagai perlindungan utama pada saat pekerja, mengalami cedera atau penyakit akibat bekerja. Pencegahan meskipun hanya sebagai konsep pelengkap dalam sistem jaminan sosial, namun merupakan bagian intrinsik dari hukum perburuhan itu sendiri.

Pada sistem hukum Belgia, kecelakaan akibat pekerjaan yang terjadi di perusahaan di jamin dengan perlindungan hukum jaminan sosial yang mengharuskan perlindungan pelayanan kesehatan diserahkan ke Komite Pencegahan dan Perlindungan di Tempat Kerja yang tidak hanya memeriksa kejadiannya, tetapi juga memperhitungkan kejadian yang sama di masa depan dalam perencanaan langkah-langkah pencegahan tahunan. Kegiatan-kegiatan ini dijadikan standar perlindungan kerja dan di implementasikan oleh perusahaan dengan memasukkannya sebagai prinsip hukum manajemen risiko yang dinamis. Ketentuan undang-undang ketenagakerjaan Belgia, mewajibkan pemberi kerja untuk menerapkan upaya-upaya pencegahan, di seluruh proses kegiatan produksi untuk menghindarkan pekerja dari risiko, yang dihadapi, yang diukur secara logis terhadap penerapan undang-undang jaminan sosial, khususnya kompensasi karena kecacatan akibat kerja, kecelakaan terkait pekerjaan, dan penyakit akibat kerja sesuai hukum jaminan sosial.

Dalam sistem hukum Perancis, interaksi antara kedua ketentuan hukum perburuhan dan jaminan sosial ini relatif sama dengan teori hukum dalam upaya pencegahan berdasarkan pada konsep, norma dan institusi yang telah dibentuk untuk menjamin perlindungan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja dan tindakan pencegahan oleh badan penyelenggara jaminan sosial yang menjadi rujukan dalam Kode Etik Perburuhan Prancis. Kode etik ini tidak hanya mengatur kewajiban pencegahan tetapi juga membuat metodologi yang rasional untuk memenuhi perlindungan jaminan sosial kepada pekerja.

Dalam dunia jaminan sosial yang ideal untuk mengatasi masalah risiko psikososial dari perspektif keseluruhan hukum sosial, yang terjadi akibat interaksi antara hukum perburuhan dan hukum jaminan sosial sangat signifikan diperlukan harmonisasi. Meskipun demikian, dalam konteks hukum jaminan sosial ini lebih fokus pada kecelakaan terkait pekerjaan dan penyakit akibat kerja.

Di Jepang, menurut Lerouge dan Naito (Lerouge & Naito, 2017) sistem hukum jaminan sosial dapat memberikan alternatif solusi yang bermanfaat. Klasifikasi kecelakaan dan penyakit akibat kerja yang di susun dalam suatu daftar klasifikasi mencakup 36 peristiwa yang mungkin menyebabkan risiko di tempat kerja seperti stres atau yang lain yang mengakibatkan kecelakaan serius, kemudian mengancam keselamatan jiwa. Namun demikian, diakui sulit untuk menganalisis suatu peristiwa seperti ini, karena terlalu banyak bekerja sangat mungkin menjadi penyebab kecelakaan. Meskipun pengabaian risiko pekerjaan sebagai contoh akibat arus listrik tidak termasuk dalam daftar kecelakaan akibat kerja, namun dampaknya terhadap kesehatan semakin mendapat pengakuan sebagai penyebab penyakit akibat kerja.

Di Jepang, daftar faktor-faktor klasifikasi penyakit akibat kerja memasukkan stres sebagai faktor yang menjadi objek pengecekan pengawas ketenagakerjaan, yaitu sejak 2009. Bagi administrasi jaminan sosial, pengecekan terhadap stress mempengaruhi kemampuan bekerja sehingga dapat menjadi faktor yang mungkin menyebabkan penyakit akibat kerja. Para hakim di pengadilan memainkan peran penting dalam menentukan klasifikasi pekerjaan karena stress ini. Oleh karena itu, di Jepang tindak lanjut nyata yang dilakukan adalah melalui pengadilan dan meskipun masih menjadi perdebatan di kalangan para politisi.

Berbeda dengan stress yang terjadi karena fraud, Kratcoski dan Edelbacher (Kratcoski & Edelbacher, 2018) mengemukakan bahwa konsep fraud dan korupsi dapat didefinisikan dalam beberapa cara, tergantung pada konteks di mana ketentuan tersebut diterapkan. Berdasarkan sejarah peradaban, fraud dan korupsi hampir terjadi disetiap masa, baik di masa lalu dan sekarang. Untuk melihat bahwa korupsi dan fraud telah ada sebagai sebuah masalah kemanusiaan, dapat dilihat dari dampaknya yang besar di semua peradaban, termasuk yang terjadi di bawah pemerintahan raja, tsar, atau penguasa diktator militer, atau pemimpin agama serta kekuasaan yang dikendalikan oleh pejabat terpilih di masyarakat demokratis. Berkenaan dengan praktek korupsi, terjadi jika seseorang di posisi kekuasaan memiliki kesempatan untuk membuat keputusan sendiri dengan peluang korupsi yang

ada dengan mengalokasikan sumber daya. Fraud secara luas didefinisikan sebagai setiap tindakan yang sengaja dilakukan untuk tujuan memperoleh keuntungan dengan melanggar hukum. Tindakan kriminal ini ditunjukkan dalam banyak cara yang berbeda, baik antara orang perorangan melalui sistem komunikasi massa seperti telepon, televisi, dan Internet.

Korupsi menurut Kratoski dan Edelbacher (Kratoski & Edelbacher, 2018, hal. 278) di respon masyarakat sebagai gagasan bahwa norma sosial dan budaya masyarakat yang cenderung mendefinisikan perilaku yang dapat diterima dan perilaku yang menyimpang dan bahkan menjadi bagian dari tindakan kriminal. Perilaku ini kemudian menjelaskan mengapa tindakan korupsi menjadi perbuatan yang menyimpang atau kriminal yang dikategorikan sangat bahaya dalam merusak sendi-sendi kehidupan masyarakat. Perbuatan korupsi yang dikategorikan sebagai tindakan yang sangat berbahaya dalam kehidupan masyarakat, dikategorikan ke dalam perbuatan seperti pemberian hadiah, penyuapan dan lebih parah pemerasan dan kejahatan yang terorganisir.

Perbuatan menyimpang pada jaminan sosial kesehatan, termasuk pula moral hazard, menurut Samad (Samad, 2019) ada dua gagasan moral hazard dalam literatur. Yang pertama, dikenal sebagai bahaya dari moral *ex ante*. Gagasannya bahwa jika anda memiliki jaminan sosial kesehatan dan jaminan sosial kesehatan tersebut akan membayar tagihan medis anda saat anda sakit, maka anda memiliki insentif dalam berinvestasi untuk menjaga kesehatan Anda pada tingkat yang sehat, karena ketika anda sakit, konsekuensi keuangan Anda akan ditanggung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, oleh karena itu, Anda akan makan, minum, dan bergembira. Anda mungkin merokok lebih banyak, lebih banyak minum alkohol, kurang berolahraga, dan lain-lain.

Gagasan kedua, yang dikenal sebagai bahaya dari moral *ex post*. Gagasan ini, mengasumsikan bahwa jaminan sosial kesehatan dapat mempengaruhi investasi Anda dalam kesehatan Anda. Pada tingkat kesehatan tertentu, Anda akan menggunakan lebih banyak layanan medis karena harga layanan kesehatan itu lebih rendah pada saat perlindungan diberikan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Moral hazard pada *ex post* ini pada dasarnya tentang kurva permintaan dan sensitivitas harga permintaan yang meningkat pada layanan Kesehatan disebabkan perilaku peserta. Semakin tinggi permintaan layanan kesehatan maka harga layanan kesehatan semakin kecil.

Menurut Kumar dan Reinartz (Kumar & Reinartz, 2018), badan penyelenggara jaminan sosial perlu memprioritaskan segmen target pada permintaan layanan kesehatan yang memberikan potensi hasil iuran lebih tinggi pada tujuan pelayanan kesehatan. Strategi ini disebut sebagai strategi mar-com. Menargetkan permintaan layanan kesehatan peserta dengan cara yang efektif yang dilakukan dengan memaksimalkan Return on Investment melalui mekanisme komunikasi pemasaran. Dalam komunikasi ini, secara alami, beberapa media lebih efektif dalam menargetkan kelompok peserta jaminan sosial tertentu daripada yang lain. Tujuannya adalah mengatasi perbuatan-perbuatan yang menyimpang seperti fraud, korupsi atau moral hazard. Tantangannya adalah memilih media yang efektif dalam mencapai

tujuan sosialisasi melalui strategi mar-com dan mencapainya dengan hemat biaya.

Dalam meningkatkan sosialisasi, menurut Mohanty dan Vyas (Mohanty & Vyas, 2018), konsep strategi pemasaran yang perlu dilakukan adalah dengan jaringan media sosial dalam suatu rantai nilai pengetahuan. Dalam jaringan yang dihubungkan dengan rantai nilai pengetahuan dideskripsikan sebagai proses nilai tambah di mana badan penyelenggara jaminan sosial terlibat di dalamnya. Berdasarkan pemahaman nilai tambah ini, (knowledge value chain) dengan penekanan khusus pada badan penyelenggara jaminan sosial sendiri. Model rantai pengetahuan, yang terdiri dari tiga kegiatan utama yang dilakukan meliputi pengetahuan jaminan sosial pada saat mengelaborasi sumber daya pengetahuan, ditambah tiga kegiatan sekunder yang mendukung dan memandu kinerja layanan jaminan sosial. Model rantai nilai pengetahuan sebagai kerangka kerja manajemen pengetahuan ini terdiri dari pertama, infrastruktur pengetahuan, kedua, proses manajemen pengetahuan, dan ketiga, interaksi antara komponen-komponen yang menghasilkan kinerja pengetahuan. Sebuah model yang penekanannya mengintegrasikan berbagai perspektif dari berbagai kelompok kepentingan perlu di pertimbangkan. Model KVC sebagai serangkaian tahapan manajemen pengetahuan memiliki kategori-kategori yaitu, pertama, proses pengaktifan manajemen pengetahuan, kedua, kemampuan badan penyelenggara jaminan sosial, ketiga, kinerja badan penyelenggara jaminan sosial. Proses penambahan nilai manajemen pengetahuan berkembang bersama dengan kemampuan sistem dan prosedur dalam pemanfaatan infrastruktur badan penyelenggara jaminan sosial. Proses manajemen pengetahuan adalah kegiatan utama dalam proses nilai tambahnya. Dengan KVC biosains, beralih dari eksplorasi ke eksploitasi sebagai dasar pelaksanaannya, yang kemudian dilanjutkan ke tahap uji praklinis dan klinis. Konsep peningkatan nilai tambah pengetahuan bertujuan komersialisasi, yang pada akhirnya menentukan apakah berhasil atau tidaknya sebuah nilai tambah dalam sosialisasi program jaminan kesehatan terutama ada tingkat cakupan yang komprehensif dan universal, termasuk dengan lisensi teknologi. Juga pada akhirnya pengakuan Pemerintah. Rantai nilai pengetahuan sebagai sebuah urutan kegiatan manajemen pengetahuan di ukur dengan nilai sosialisasi yang meningkat, yang kemudian dirumuskan sebagai sebuah model rantai nilai pengetahuan. Untuk memastikannya dilakukan survey untuk melihat dampak timbal balik antara pengetahuan dan sosialisasi layanan kesehatan kepada peserta.

Implementasi program Jaminan sosial kesehatan melalui sosialisasi manajemen pengetahuan, terkait dengan Artificial Intelligent. Menurut Mohanty dan Vyas (Mohanty & Vyas, 2018, hal. x) untuk memahami artificial intelligent diperlukan tiga terobosan teknologi yang menjadi katalis dalam sistem jaringan dalam melakukan perubahan secara paralel yang masif:

Pertama Berpikir, yang merupakan proses penalaran tentang sesuatu, adalah proses paralel yang masif di mana miliaran neuron di otak, yang bertindak secara bersamaan, mengirimkan sinyal ke neuron lain melalui lapisan jaringan. Hasil akhirnya adalah penilaian terhadap manajemen pengetahuan terhadap kebutuhan perubahan. Capaian saat ini tentu belum sempurna dalam melakukan pemrosesan paralel secara massif apabila belum sampai pada manajemen pengetahuan pada unit pemrosesan grafis (Graphics Processing Unit). GPU membuka kemungkinan baru, di mana jaringan saraf (dapat saja terjadi secara longgar didasarkan pada cara neuron yang bekerja di otak) memfasilitasi ratusan juta koneksi antar node pada pemrosesan dengan waktu seper sekian detik.

Kedua, Big Data: Kecerdasan manusia diajarkan dari waktu ke waktu. Ketika otak manusia melihat sesuatu yang belum pernah dilihat sebelumnya, butuh waktu untuk menyimpulkan apa gambar tersebut. Aturan yang sama berlaku untuk Artificial Intelligence. Berkat digitalisasi dan proliferasi ponsel pintar, manusia memiliki akses ke sejumlah besar data dunia nyata. Kemampuan manusia untuk mengumpulkan, membersihkan, menstandarisasi, dan menyimpan data dunia nyata ini memberikan mekanisme pelatihan yang sangat besar bagi Artificial Intelligence. Hasilnya, kecerdasan manusia mulai dapat dimasukkan ke dalam teknologi artifisial intelligence, akibatnya mengubah segala sesuatu menjadi hal yang sangat cepat menjadi "cerdas".

Ketiga, Algoritma yang lebih baik. Banyak hal terjadi di dalam otak manusia yang digunakan untuk menganalisis lingkungan. Manusia menggunakan heuristik dan peta pikiran mental sebagai landasan berfikir. Meski sangat sulit untuk menyusun proses berpikir namun upaya menyusun proses penalaran menghasilkan penyajian program yang panjang, sebagian besar dalam bentuk "Jika kemudian Maka " dan program-program ini tidak sekedar cukup adaptif terhadap perubahan namun Algoritma digunakan sebagai cara melihat lebih dalam, memberi manusia cara untuk menghasilkan penalaran dari data yang ada, bahkan dari program yang kompleks yang terdiri dari ratusan dan ribuan kondisi, dengan menggabungkan pola kerja dan rekomendasi. Manusia sekarang dapat mengumpulkan banyak data dan menerapkan algoritma canggih untuk sampai pada prediksi. Satu-satunya kelemahan adalah beberapa algoritma sangat kompleks sehingga terkadang tidak dapat memahami hasil yang didapatkan.

Terkait dengan perubahan kecerdasan artificial, dalam menghadapi perubahan lingkungan, menurut Kesterson (Kesterson, 2018) area kompetensi yang diperlukan adalah kemampuan berkomunikasi dalam pelayanan kepada peserta; keterampilan analitis dalam mengukur indikasi medis, memiliki kemampuan teknis dalam menanggapi permasalahan, menjalankan manajemen proyek dalam menyelesaikan pekerjaan pokok jaminan kesehatan; pemberdayaan atas sumber daya yang dimiliki, peralatan dan fasilitas; memiliki gairah dan antusiasme dalam memenuhi tugas; memiliki kepemimpinan atas sikap yang diambil, mengikuti pelatihan untuk senantiasa meningkatkan kemampuan diri, dan pembinaan kepribadian; menjadi agensi perubahan ke arah yang lebih baik; mempengaruhi dengan mengubah pola berfikir, mewujudkan sesuatu

yang menjadi tujuan dan memiliki keyakinan dalam menjalankan tugas dan fungsi sebagai pelaksana sistem jaminan sosial.

Dalam kaitan dengan intervensi negara pada sistem jaminan sosial, Wang (Wang, 2015) membandingkan secara cermat rezim kesejahteraan Korea Selatan dan Taiwan. Fokus analisis diletakkan pada seberapa familialisasi rezim kesejahteraan mereka, seberapa banyak individu dari masing-masing rezim bergantung pada keluarga dalam memenuhi kebutuhan jaminan kesehatan. Hal ini memperjelas keragaman rezim kesejahteraan keluarga di Asia Timur. Hal ini juga menyiratkan bahwa sulit untuk memilih model jaminan sosial kesehatan bagi keluarga yang umum dari kasus-kasus yang terjadi di Asia Timur. Meskipun badan penyelenggara jaminan sosial di negara Korea Selatan dan Taiwan memiliki orientasi untuk menjamin perlindungan kepada keluarga, kedua negara memiliki variasi masing-masing dalam memberikan seberapa besar perlindungan kepada keluarga. Selain itu, berbagai tingkat familialisasi dari dua rezim kesejahteraan tersebut, ditentukan dari intervensi negara melalui kebijakan jaminan sosial sebagai dampak familialisasi yang berbeda. Dengan demikian, sifat yang berbeda dari masing-masing rezim bukanlah cerminan dari realitas perlindungan jaminan kesehatan tetapi yang berbeda pengaruh kuat adalah tradisi atau budaya keluarga. Meskipun demikian hasilnya tetapi ditentukan dari intervensi negara.

Di Taiwan menurut Wang (Wang, 2015) NHI Taiwan mengadopsi model keluarga inti dan bagian dari keluarga inti, yang pada kenyataannya, tidak jauh dari norma keluarga Barat. Terutama, dilihat dari metodenya yang memberlakukan biaya asuransi untuk tanggungan NHI. Taiwan mengadopsi prinsip individualistis yang menganggap keluarga sebagai agregat individu-individu yang semata-mata satu unit totalitas yang diberikan sebagai bagian dari hak kolektivitas. Mempertimbangkan berbagai realitas tersebut yang ditunjukkan oleh keluarga, Taiwan membangun institusi jaminan sosial kesehatan yang tidak dipisahkan dari anggota keluarga, sehingga keluarga tidak dilihat secara sempit dan individualistis, namun apakah ini merupakan perlindungan jaminan kesehatan yang ideal?

Menurut Pieters (Pieters, 2019) penyelesaian masalah tentang jaminan sosial yang mencakup instrumen ketetapan standar Konvensi Internasional Labour Organization No. 102, (Konvensi ILO No.102) merumuskan konsep ketidakmampuan peserta jaminan sosial untuk bekerja, akibat penyakit, kecelakaan kerja dan/atau penyakit yang disebabkan wabah. Skema jaminan sosial terhadap risiko akibat kerja seharusnya ditujukan lebih luas daripada hanya sekedar memberikan penggantian pendapatan namun juga mencakup tunjangan kesehatan dan tunjangan hingga kembali bekerja. Untuk itu diperlukan rumusan yang mencakup jaminan sosial kesehatan yang lebih luas kepada penggantian risiko kehilangan pendapatan dan tunjangan hingga kembali bekerja sebagai standar jaminan sosial kesehatan.

Orang-orang mungkin yang akibat dari penyakit atau kecelakaan, mengakibatkan mereka tidak lagi dapat melakukan pekerjaannya yang biasa dan karenanya tidak dapat mencari nafkah. Oleh karena itu, jaminan sosial memberikan penggantian pendapatan bagi orang-orang tersebut sebagai tunjangan dalam hal ketidakmampuan untuk bekerja.

Penanganan terhadap risiko penyakit baik yang disebabkan akibat dari penyakit atau kecelakaan dilakukan melalui sistem penanganan klinikal pathway sehingga dapat terkendali standar dan biayanya. Menurut Gokhale and Pflieger. (Gokhale & Pflieger, 2019) kerangka dasar klinikal pathway ini sebenarnya telah di susun selama bertahun-tahun dan masih tetap digunakan sampai sekarang. Upaya yang luar biasa dalam menyusun klinikal pathway ini dan mengembangkannya menjadi sejumlah sistem yang bekerja sepanjang waktu, telah menghasilkan detail-detail mekanistik yang dilakukan dalam interaksi antara komponen jalur penanganan penyakit dan tindakan yang dilakukan dalam mendiagnosa penyakit, yang secara biologis menunjukkan wawasan pengetahuan atas output yang dihasilkan. Juga menghasilkan susunan jalur mekanistik penanganannya. Berbagai penemuan dalam merumuskan klinikal pathway ini dan pengembangan wawasan penanganan yang terus menerus, sepanjang tahun, berdasarkan survei *Drosophila* dikemukakan sistem Hippo Pathway yang menjelaskan tentang berbagai tindakan dalam penanganan penyakit sejak awal, menggunakan pendekatan biokimia yang dilakukan oleh para ahli genetika seperti sistem penanganan untuk kanker, merumuskan model, yang kemudian disebut *Drosophila* Model. Penanganan penyakit kanker berfokus pada penanganan biologi dan genetika yang pada akhirnya pada saat itu ternyata sangat membantu melakukan lompatan dalam mencapai kemajuan penyembuhan dengan sejumlah rintangannya. Sejumlah lompatan kemajuan tersebut antara lain (1) upaya kelompok *Drosophila* untuk menguatkan temuan mereka dalam model *Drosophila* dan (2) upaya luar biasa yang dilakukan atau sementara sedang berjalan pada komponen-komponen utama sistem jaringan.

Terkait klasifikasi penyakit pada klinikal pathway, menurut Leon (Leon, 2018) ditempuh salah satunya melalui *The International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM)* and *the International Classification of Diseases, Tenth Revision, Procedure Coding System (ICD-10-PCS)* sebagai sebuah prosedur sistem kode, adalah modifikasi klinis yang disusun berdasarkan klasifikasi penyakit dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). ICD-10-CM memperluas kode ICD-9-CM untuk memfasilitasi pengkodean diagnosis klinis yang lebih tepat. Sementara itu ICD-10-PCS ini khusus klasifikasi operasi dan prosedur yang dikembangkan untuk digunakan di Amerika Serikat. Sistem klasifikasi ini melakukan pengaturan unsur-unsur penanganan dan tindakan dalam kelompok sesuai dengan kriteria yang ditetapkan. Dalam ICD-10-CM dan ICD-10-PCS, unsur-unsurnya adalah kelompok penyakit, cedera, operasi, dan prosedur, yang dikelompokkan ke dalam bagian dan sub bagian yang sesuai klasifikasinya. Kategori yang digunakan disebut kode tiga karakter sebagaimana digunakan dalam ICD-10-CM, dan kode tujuh karakter yang digunakan dalam ICD-10 PCS. Kelompok-kelompok ini adalah klasifikasi dasar

yang secara umum mengklasifikasikan penanganan berdasarkan statistik medis umum. Klasifikasi ini membantu menjawab pertanyaan tentang kelompok penyebab penyakit yang dikategorikan dalam satu klasifikasi tertentu dan menyediakan mekanisme penanganan sesuai kapasitas penangan yang optimal, diikuti tabulasi statistik yang disusun secara sistematis, antara lain melalui penyimpanan dan pengambilan data penyakit yang diklasifikasikan tersebut. Setiap kode dalam bentuk alfanumerik mewakili unit penghitungan dalam kategori ICD-10-CM. Dalam ICD-10-CM saat ini telah dilakukan penambahan spesifikasi dalam banyak kategori penyakit dan/atau cedera yang diperluas sebagai karakter keempat, kelima, atau keenam yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kategori tiga karakter. Disamping itu, beberapa kategori di ICD-10-CM saat ini bahkan menggunakan nilai karakter ketujuh untuk memberikan informasi tambahan mengenai klasifikasi atas pengelompokan tersebut.

Menurut American Medical Association (American Medical Association, 2018), the Social Security Act and the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) di Amerika Serikat, telah mensyaratkan bahwa layanan medis yang diperlukan peserta, harus memiliki dokumentasi dalam pelayan kesehatan yang mendukung penarikan klaim disatu sisi, dan dilakukan dengan persetujuan dokter di sisi yang lain. Saat ini dokumentasi yang konsisten, lengkap dan update merupakan komponen penting dari perawatan pasien yang dilakukan oleh perawat. Ketentuan ini ditujukan untuk menjamin kualitas yang di atur oleh the National Committee for Quality Assurance. Kriteria dokumentasi khusus ini diperlukan sebagai data rekam medis baik bagi pasien rawat inap maupun rawat jalan juga oleh Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations and the federal Conditions of Participation. Ketentuan yang diatur seperti ini selain berfungsi sebagai standar akreditasi, juga ditujukan untuk memenuhi ketentuan peraturan federal. Disamping itu, dokumentasi rekam medis menjadi persyaratan yang harus dipenuhi dalam memperoleh perizinan oleh lembaga negara dan memenuhi ketentuan untuk menerima pembayaran, serta menjadi standar praktik profesionalisme layanan medis. Kepatuhan memenuhi ketentuan ini dan pembayaran yang dilakukan secara akurat, sangat tergantung pada penyusunan kode klasifikasi penyakit yang benar, dan disusun berdasarkan dokumentasi penyedia layanan kesehatan. Pada masa yang akan datang, implikasi pemenuhan prosedur dokumentasi ini, menjadi dasar dalam menyusun mekanisme peningkatan kualitas bagi badan penyelenggara jaminan sosial.

Menurut American Medical Association (American Medical Association, 2018) ini dalam pengembangan ICD-10-PCS di Amerika Serikat, beberapa karakteristik umum tambahan ditambahkan ketentuan yang mengatur antara lain: (1) ketentuan Informasi diagnostik dikategorikan tidak termasuk dalam deskripsi prosedur. Ketika prosedur diagnostik dilakukan untuk penyakit atau gangguan kesehatan dengan kode tertentu, penyakit atau gangguan diagnostik tersebut tidak dikategorikan masuk dalam kode prosedur. Kode diagnosis, bukan kode prosedur sebagai dasar menentukan penyakit atau gangguan kesehatan tersebut, (2) opsi pengecualian eksplisit yang tidak dikecualikan

tidak termasuk dalam ICD-10-PCS. Opsi pengecualian khusus harus ditetapkan secara minimal dalam setiap unsur prosedur layanan kesehatan, (3) pengecualian secara terbatas pada tempat tertentu tidak dimasukkan sebagai pengelompokan klasifikasi. Hal ini karena semua komponen terpenting dari suatu prosedur telah ditentukan dalam ICD 10-PCS, sehingga secara umum tidak diperlukan untuk opsi memasukkan kode bukan pengecualian terbatas ditempat tertentu. Namun demikian, opsi pengecualian secara terbatas pada tempat tertentu dapat dimasukkan ke dalam ICD 10-PCS. Misalnya, dalam penggunaan perangkat atau fasilitas yang baru dikembangkan, sehingga perlu opsi “penggunaan perangkat baru” sampai dengan perangkat baru tersebut, secara eksplisit ditambahkan ke sistem pengkodean, (4) Tingkat pengecualian kekhususan; telah dimasukkan dalam ICD 10-PCS. Mekanisme tingkat pengulangan prosedur bukan merupakan bagian dari pengembangan sistem. Dalam kode ini telah tersedia variasi prosedur yang secara unik ditentukan sebagai bagian dari prosedur. Struktur kode ICD 10-PCS telah diukur untuk menghasilkan kualitas kinerja yang optimal sebagai sebuah sistem aplikasi kinerja secara elektronik. Hal ini dilakukan untuk memaksimalkan manfaat layanan kesehatan yang datanya telah dimasukkan kode kualitas sebelumnya, (5) Penggunaan pencarian ICD 10-PCS yang digunakan di Amerika Serikat telah dirancang untuk mencapai penggunaan yang maksimal melalui pengumpulan data yang disusun dalam kode-kode tertentu. Angka-angka kode yang diberikan, disusun dengan karakter yang sama sebagai suatu definisi kode yang sama. Dengan demikian maka karakter-karakter tersebut menempati posisi yang sama yang kemudian memberikan fleksibilitas dan pelaksanaan fungsi yang memiliki keakuratan data yang tinggi untuk dikembangkan lebih lanjut, (6) Konsistensi karakter dan angka kodifikasi disusun dalam kode-kode tertentu, diseluruh rentang klasifikasi, memberikan fleksibilitas dan pelaksanaan fungsi layanan secara maksimal terutama dalam pengumpulan dan analisis data. Karena konsistensi terhadap definisi karakter dan angka ini pada akhirnya akan memberikan layanan kesehatan kepada pasien sesuai kebutuhan medis meskipun tingkat penanganannya berbeda. Perbandingan atas definisi karakter yang dilakukan dari waktu ke waktu akan melampaui prosedur layanan kesehatan yang hampir tidak terbatas, (7) pembacaan kode. ICD-10-PCS menyerupai bahasa dalam arti bahwa hal itu terdiri dari angka-angka semi-independen yang dikombinasikan dengan mengikuti sebuah aturan dalam suatu sistem klasifikasi, seperti cara menyusun kalimat yang disusun dari menggabungkan kata-kata dan penyusunannya mengikuti aturan tata bahasa dan/atau disusun sesuai kaidah bahasa. Seperti kata-kata dalam konteks yang dimaksud sebagai sebuah kalimat, arti dari setiap kata memiliki nilai tunggal dari setiap kombinasi kalimat sebagai unsur yang kedudukannya disusun dalam kode dan angka-angka sebagai landasan dasarnya.

Dalam melakukan pengujian secara klinis, menurut Freeman dan Klenner (Freeman & Klenner, 2015), tujuan melakukan evaluasi klinis pada sebuah kasus adalah untuk memperoleh suatu interpretasi – yaitu, sebuah sintesis dan temuan pengujian laboratorium klinis untuk mencapai suatu diagnosis sintesis klinis, yang indikasinya terletak pada kepastian interpretasi dan diagnosis secara diferensial yang mungkin dicapai tetapi bisa juga memiliki interpretasi lain. Berdasarkan probabilitas temuan klinis yang terkait tersebut, direkomendasikan perlu pengujian tambahan lebih lanjut, pemantauan atau prognosis. Hal ini akan jelas, misalnya jika Anda memodelkan sebuah fenomena yang terjadi sebagai peristiwa fisika energi tinggi atau matematika teoretis, Anda sangat mungkin untuk memilih alat pemodelan tertentu. Namun, tentu berbeda bagi individu yang mencari model seperti ini untuk mengatasi masalah bisnis.

Dokter, pemilik layanan kesehatan dan ahli patologi klinis semua mengharapkan sebuah ‘jawaban’ sebagai kelanjutan dari diagnosis klinis yang dilakukan. Kadang-kadang ini akan didasarkan pada sebuah jangkar diagnosis dengan kepercayaan diri yang sangat tinggi, sementara di lain waktu itu akan kurang, tetapi masih dalam probabilitas kaitannya dengan jangkar diagnosis meski secara definisi sudah terlalu luas. Kadang-kadang, ada kasus-kasus yang menantang yang menyerupai suatu cara penentuan penyakit seperti kategori penyakit yang sama dengan perumpamaan sebuah cahaya bintang melintasi lautan terbuka’ dengan sedikit atau tanpa melewati daratan. Ini adalah yang Anda harapkan untuk terus belajar dari penanganan penyakit tertentu tersebut dan pada akhir perjalanan adalah diagnosis, Anda memiliki bukti klinis atau postmortem yang mengurai benang merahnya dan mengungkapkan kesimpulan akhirnya untuk memecahkan misteri. Itulah sebabnya dedikasi untuk melakukan langkah-langkah yang benar dalam penyelidikan secara klinis diperlukan guna mendapatkan informasi tindak lanjut yang harus diambil kemudian secara klinis. Hal ini harus ditanamkan di setiap dokter dan ahli patologi klinis. Hanya dengan memperoleh pengetahuan secara terus-menerus, hasil dan temuan klinis serta pengujian laboratorium yang sedang berlangsung, kita dapat mengetahui apakah interpretasi yang diberikan benar meski perlu terus mempelajarinya.

Menurut Friction (Friction, 2019), manusia itu adalah makhluk yang kompleks, memiliki unsur multidimensi, dan berkembang secara dinamis serta hidup dalam lingkungan masyarakat dan tatanan sosial yang terus berubah. Namun, model biomedis tradisional yang digunakan dalam menilai derajat kesehatan manusia tentu saja tetap didasarkan pada paradigma ilmiah yang bersifat unidimensional, reduksionis, dan infleksibel karena landasan utamanya ditujukan terutama pada pemahaman patofisiologi yang menjadi dasar penilaiannya. Sementara mekanisme patofisiologis itu sendiri terjadi secara berbeda dalam semua kondisi kronis tertentu, sehingga perlu memahami banyak faktor yang berperan dalam penilaiannya, kelanjutan penilaiannya, dan perkembangan penyakit yang dialami umat manusia. Semua itu adalah kunci keberhasilan manajemen layanan kesehatan. Dengan prespektif ini, wajar jika protokol ilmiah tradisional yang digunakan seringkali gagal menyediakan

kerangka kerja yang memadai untuk menjelaskan, memprediksi, dan mempengaruhi penyakit kronis dan hasilnya.

Menurut Rich, Singleton and Wadhwa. (Rich, Singleton, & Wadhwa, 2018) keberlanjutan program jaminan sosial kesehatan dapat digunakan sebagai alat untuk menformatkan model prioritas kepemimpinan, yang pada akhirnya nanti dapat digunakan untuk meningkatkan keselarasan di antara para pemangku kepentingan di lingkungan program jaminan kesehatan. Tujuannya adalah sebagai upaya promosi dan pencegahan. Pandangan holistik tentang kepemimpinan dalam program jaminan sosial kesehatan membutuhkan integrasi seperangkat tata nilai sebagai pendorong upaya promosi dan pencegahan. Secara singkat keberlanjutan kepemimpinan jaminan sosial adalah kendaraan untuk mengarahkan prioritas kepemimpinan ke masa yang akan datang.

Mendasarkan kepada ketentuan peraturan perundang-undangan, mengutip naskah akademik RUU BPJS (DPR, 2010) badan penyelenggara yang sesuai adalah suatu badan hukum publik wali amanat, yang dibentuk khusus dengan UU BPJS dan mengatur mekanisme kerja BPJS. Hal tersebut sesuai dengan amanat UUD45 pasal 23A yang mengharuskan pungutan yang bersifat memaksa (wajib) diatur dengan sebuah undang-undang. Badan hukum ini terpisah kekayaannya maupun manajemennya dari kekayaan dan manajemen pemerintahan (pusat maupun daerah) untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan program publik untuk seluruh rakyat.

Diakui bahwa pada saat itu, ketertinggalan Indonesia dalam perlindungan jaminan sosial sudah berlangsung lebih dari tiga dekade. Akan tetapi karena kekeliruan faham banyak pejabat dan ahli Indonesia yang memahami bahwa jaminan sosial adalah program membantu rakyat miskin, memberikan sedekah / charitas, atau membantu kaum duafa yang sifatnya temporer, maka upaya sistematis untuk seluruh penduduk (cakupan universal) tidak berkembang. Program-program sosial bagi duafa atau orang miskin bukanlah program universal. Yang dimaksud program universal adalah program jaminan sosial yang berlaku untuk semua orang, mengutip Ekonom terkemuka Stiglitz (1999). Sesungguhnya UUD 45 pasal 34 sudah jelas menugaskan agar negara mengembangkan jaminan sosial untuk seluruh rakyat.

Setelah program jaminan sosial BPJS Kesehatan dilaksanakan per 1 Januari 2014, hingga saat ini, masih menimbulkan berbagai permasalahan. Yang paling menonjol diantara keluhan pasien, perlakuan tidak adil yang diterima peserta, hingga inkonsistensi jaminan 6 (enam) bulan bagi peserta yang terkena PHK, adalah kerugian akibat jumlah penerimaan iuran tidak memenuhi kebutuhan manfaat yang diberikan kepada peserta. Pada sistem jaminan kesehatan di Indonesia saat ini, menurut Thabrany (Thabrany, 2016, hal. 194) terdapat permasalahan pada penetapan biaya kapitasi yang diberikan kepada Puskesmas, yang seharusnya besarnya dirumuskan antara BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan (termasuk IDI) namun ternyata hanya diatur melalui Permenkes No. 69 Tahun 2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan

Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Ketentuan bahwa dilakukan dengan melibatkan asosiasi, tidak berlaku. Demikian pula besaran biaya DRG/CBG yang dikelompokkan menjadi biaya DRG/CBG untuk rumah sakit besar dan lengkap dan rumah sakit kelompok kecil dan tidak lengkap, berbeda besaran biayanya, meskipun layanan kesehatan yang diberikan sama. Permasalahan ini tidak terselesaikan dengan segera, karena informasi penyelenggaraan sistem jaminan kesehatan tidak terbuka secara luas.

METODE PENELITIAN

Umumnya, terdapat dua alasan untuk memodelkan masalah, (1) jika suatu masalah memiliki implikasi finansial dan organisasional yang penting, maka ia layak mendapat pertimbangan serius, yang memungkinkan menyusun model penyelidikan analitis yang serius, dan (2) pada tingkat yang sangat praktis, sering kali penyelesaian diarahkan untuk menyusun model suatu masalah karena dipercaya itu penting.

Model metode masalah dalam penelitian ini dibangun sebagai dialog antara peneliti dengan narasumber, dengan fokus pada pekerjaan mereka yang bersifat naratif kualitatif. Model metode masalah ini bergulat pada kontradiksi dan ironi yang terjadi secara kualitatif pragmatis, kritis, dan feminis. Penyusunannya mempermasalahkan model metode masalah yang disusun dengan memperhatikan premis sentral dari penelitian naratif sebagai rumusan, yaitu 1) hubungan, untuk menemukan sebab akibat, 2) mendengarkan, untuk menemukan semua informasi yang dibutuhkan dan 3) tidak mengetahui, untuk merumuskan suatu penyelesaian yang benar-benar baru

PEMBAHASAAN

Permasalahan jaminan kesehatan BPJS Kesehatan menurut Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN, 2019) disebabkan karena pengeluaran biaya manfaat lebih besar dari pendapatan iuran, yang menurut Thabrany (Thabrany, 2016, hal. 194) permasalahannya salah satunya karena pada penetapan biaya kapitasi yang diberikan kepada Puskesmas, dan rumah sakit besar lengkap versus rumah sakit kecil tidak lengkap melalui Permenkes No. 69 Tahun 2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Permasalahan ini tidak terselesaikan dengan segera, karena informasi penyelenggaraan sistem jaminan kesehatan tidak terbuka secara luas. Menurut American Institute of Certified Public Accountants (AICPA, 2018, hal. 256) pentingnya mengatur ketentuan peraturan tersendiri untuk mengatur pembayaran jaminan sosial kesehatan, seperti halnya dikemukakan Fatkullina et.al. (Fatkullina, Sulaymanova, & Salakhova, 2018) mengutip Khozinov, sebagai proses institusionalisasi institusi yang bertujuan untuk konsolidasi jaminan sosial di institusi, yang menurut Lerouge dan Naito (Lerouge & Naito, 2017), sistem hukum jaminan sosial dapat memberikan alternatif solusi yang bermanfaat tanpa fraud dan korupsi seperti yang dikemukakan Kratcoski dan

Edelbacher (Kratcoski & Edelbacher, 2018) bahwa konsep fraud dan korupsi dapat terjadi tergantung pada konteks di mana ketentuan tersebut diterapkan, atau moral hazard yang menurut Samad (Samad, 2019) *moral ex ante dan moral ex post*, yaitu peserta menganggap badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan akan membayar tagihan medis saat sakit, sehingga konsekuensi keuangan akan ditanggung. Merespon hal ini, BPJS Kesehatan kemudian mengatur pengaktifan kepesertaan setelah 14 hari baik kepesertaan baru atau pindah alamat.

Permasalahan lain menurut DJSN (DJSN, 2020, hal. 57) tren biaya satuan klaim rawat inap tingkat lanjutan tahun 2014 - 2018 pada pasien dengan hak kelas 1 berdasarkan tarif INA CBG yang ditetapkan Kementerian Kesehatan lebih tinggi untuk rawat inap kelas I dibandingkan dengan tarif terendah untuk perawatan kelas 3. Hal ini menurut Leon (Leon, 2018) karena sebuah prosedur sistem kodingisasi, yang dikembangkan berdasarkan klasifikasi penyakit belum memiliki sistem kode yang sama terutama dalam, pembiayaan unsur-unsur kelompok penyakit, cedera, operasi, dan prosedur, atau sesuai klasifikasinya. Kategori seharusnya dapat mengadopsi kode tiga karakter sebagaimana digunakan dalam ICD 10-CM yang sama, atau kode tujuh karakter yang digunakan dalam ICD 10-PCS guna membantu menjawab pertanyaan tentang kelompok penyebab penyakit jika dikategorikan tertentu pada kelas I dan menyediakan mekanisme penanganan dan tabulasi statistik, secara sistematis yang meliputi penyimpanan dan pengambilan data penyakit dalam diklasifikasi tersebut.

Menurut Komaryani (Komaryani, 2017) tarif INA-CBG di Indonesia dengan **Sistem Casemix** (pengelompokan kasus berdasarkan ciri klinis dan pemakaian sumber daya yang relative sama/mirip) yaitu berdasarkan pengelompokan kasus dengan menggunakan, pertama, ICD 10 untuk Diagnosis (± 14.500 kode), dan kedua, ICD 9 CM untuk prosedur/Tindakan (± 7.500 kode). Pada daftar tarif INA-CBG saat ini terdiri atas 1.075 kelompok kasus meliputi, 786 kelompok kasus rawat inap kelas 1,2,3 dan 289 kelompok kasus rawat jalan. Mekanisme pelaksanaannya, di jalankan dengan menggunakan Grouper dari UNU-IIGH (*United Nation University Internasional Institute for Global*). Secara sederhana formula tarif INA CBGs dirumuskan

Tarif INA CBG= Hospital Base Rate (HBR) \times Cost Weight (CW) + Adjustment Faktor (AF)

Berdasarkan rumusan tersebut, adjustment tarif ditetapkan berbeda pada tarif RSUP Rumah Sakit Cipto Mangunkusomo, RSJP Harapan Kita, RSAB Harapan Kita, RSK Dharmais, RS Pemerintah dan Swasta Kelas A hingga Kelas D.

Mengacu kepada American Medical Association (American Medical Association, 2018) seharusnya dalam pengembangan INA CBG mengacu ICD 10-PCS di Amerika Serikat, dengan beberapa karakteristik umum tambahan atau adjustment faktor antara lain: (1) ketentuan Informasi diagnostik dikategorikan tidak termasuk dalam deskripsi prosedur. (2) opsi pengecualian eksplisit yang tidak dikecualikan tidak termasuk dalam ICD 10-PCS. (3) pengecualian secara terbatas pada tempat tertentu tidak dimasukkan sebagai

pengelompokan klasifikasi, (4) Tingkat pengecualian kekhususan hanya dilakukan dalam tingkatan tertentu, (5) Penggunaan pencarian ICD-10-PCS yang digunakan dirancang untuk mencapai penggunaan yang maksimal melalui penghimpunan data yang disusun dalam kode-kode tertentu. (7) pembacaan kode angka-angka semi-independen yang dikombinasikan dengan mengikuti sebuah aturan dalam suatu sistem klasifikasi.

Terdapat perbedaan dalam pelayanan kelas 1, kelas 2, dan kelas 3 kepada peserta jaminan sosial. Perbedaan ini juga termasuk tarif INA - CBG dan sewa kamar perawatan. Tantangan yang dihadapi adalah perbedaan kelas pelayanan tidak memberikan kesembuhan lebih cepat atau peserta kelas 3 tidak diterima kecuali pindah ke kelas 2 atau kelas 1 pada rumah sakit tersebut. Menurut DJSN (DJSN, 2020) terdapat sejumlah Tempat Tidur Kelas III di Rumah Sakit Unit Pelayanan Teknis Vertikal 7.342 TT (45,71%) dari total 16.058 Tempat Tidur. Berdasarkan data statistik JKN (DJSN, 2020, hal. 29) tingkat pemenuhan tempat tidur kelas I pada tahun 2018 mencapai 2.250 peserta per 10.000 perawatan (naik 43% dari tahun 2014). Kelas 2 mencapai 1.534 peserta per 10.000 perawatan (naik dari 777 tahun 2014). Dan Kelas 3 mencapai 664 peserta per 10.000 perawatan (naik 114% dari tahun 2016).

Sementara itu menurut DJSN (DJSN, 2020, hal. 57) biaya perawatan kelas 1 berdasarkan data statistik tersebut, terdapat perbedaan sebesar 50% lebih tinggi dari biaya satuan klaim perawatan kelas III sepanjang Tahun 2014 - 2018. Biaya satuan kelas I dengan INA CBGs pada tahun 2018 mencapai Rp6.310.301, sementara kelas 2 dengan INA CBGs pada tahun 2018 mencapai Rp4.640.558,- dan kelas 3 dengan INA CBGs pada tahun 2018 mencapai Rp4.161.160.

Berdasarkan klasifikasi INA CBGs untuk 100 klasifikasi menurut statistik DJSN (DJSN, 2020, hal. 114) pada tahun 2014, biaya Rawat Jalan Tingkat Lanjut mencapai Rp7,658 Triliun dan biaya Rawat Inap Tingkat Lanjut mencapai Rp16,153 Triliun. Tahun 2018, biaya Rawat Jalan Tingkat Lanjut mencapai Rp25,078 Triliun dan Rawat Inap Tingkat Lanjut mencapai 30,101 Triliun.

Dalam penyusunan CBG tersebut, terdapat keidakadilan terhadap perawatan kelas 3 yang 50% biaya satuan rata-rata lebih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat kelemahan dalam penyusunan INA CBGs sebesar 50% yang mempengaruhi 50% biaya yang ditanggung BPJS Kesehatan bagi peserta kelas I. Menurut, Gokhale and Pflieger. (Gokhale & Pflieger, 2019) kerangka dasar klinikal pathway dapat memberikan penyelesaian yang adil dalam penyusunan CBG. Klinikal pathway ini, ditujukan sebagai upaya sistematis yang bekerja sepanjang waktu, guna menghasilkan detail-detail mekanistik dalam interaksi antara komponen jalur penanganan penyakit dan tindakan yang dilakukan dalam mendiagnosa penyakit. Konsep ini mengadopsi sistem Hippo Pathway dengan menjelaskan tindakan dalam penanganan oleh para ahli genetika dari *Drosophila* yang disebut *Drosophila* model.

Dalam penyusunan ini INA CBGs seperti yang dikemukakan diatas, Mohanty dan Vyas (Mohanty & Vyas, 2018, hal. x) menganggap diperlukan tiga terobosan teknologi yang menjadi katalis dalam sistem jaringan, **pertama**, penghitungan perubahan secara paralel yang masif yang menjadi bagian dari berpikir sampai ke manajemen pengetahuan pada unit pemrosesan grafis (Graphics Processing Unit) dalam rentan waktu seper sekian detik. **Kedua**, juga diperlukan **Big Data** yaitu kecerdasan yang diajarkan dari waktu ke waktu ang memiliki kemampuan mengumpulkan, membersihkan, menstandarisasi, dan menyimpan data Artificial Intelligence. Hasilnya, berupa informasi dimasukkan ke dalam hampir semua jenis pelayanan yang dapat akhirnya mengubah segala sesuatu menjadi hal yang sangat cepat menjadi “cerdas”. **Ketiga**, Algoritma yang lebih baik dalam bentuk Jika kemudian Maka.

Oleh karena itu, menurut Kesterson (Kesterson, 2018) area kompetensi diperlukan adalah kemampuan berkomunikasi, keterampilan analitis, kemampuan teknis dalam menanggapi permasalahan, menjalankan manajemen, mewujudkan sesuatu yang menjadi tujuan dan memiliki keyakinan dalam menjalankan tugas dan fungsi sebagai pelaksana sistem jaminan sosial. Intervensi negara pada sistem jaminan sosial, perlu dilakukan menurut Wang (Wang, 2015) setelah membandingkan secara cermat rezim kesejahteraan Korea Selatan dan Taiwan sebagai contoh menyiratkan bahwa sulit untuk memilih model jaminan sosial kesehatan Asia Timur. Menurut Rich, Singleton and Wadhwa. (Rich, Singleton, & Wadhwa, 2018) keberlanjutan program jaminan sosial kesehatan dapat digunakan sebagai alat untuk menformat model prioritas kepemimpinan bangsa. Hal ini terkait dengan filosofi, yang pada pada naskah akademik akademik RUU BPJS (DPR, 2010) menyatakan Badan Penyelenggara yang sesuai adalah suatu Badan Hukum publik wali amant, yang dibentuk khusus dengan UU BPJS dan mengatur mekanisme kerja BPJS.

KESIMPULAN

Mencari formula Jaminan Sosial BPJS Kesehatan tidak dapat dilepaskan dari nilai-nilai kegotong royongan sebagai wujud sosial capital diantara keluarga, pekerja, pemberi kerja, dan penyelenggara negara serta stake holder lainnya. Formula yang tepat adalah memaksimalkan upaya perlindungan program jaminan kesehatan dari aspek kebijakan pemerintah, terutama penyempurnaan peraturan-peraturan yang berlaku, kemudian menjalankan pelayanan kepeserta kepada peserta dengan standar etika yang tinggi serta mengimplementasikan prinsip-prinsip jaminan sosila secara utuh yang mengedepankan pemberian sebesar-besarnya manfaat kepada peserta sehingga, kegotongroyongan dan kepemimpinan yang kuat, mampu menjamin keberlanjutan sistem jaminan sosial dimasa yang akan datang.

PENELITIAN LANJUTAN

Saran penulis kiranya dengan pembahasan sederhana ini dapat membantu pemahaman tentang dependency ratio dan sex ratio terhadap pertumbuhan ekonomi di Kota Langsa, baik secara parsial maupun secara simultan.

DAFTAR PUSTAKA

- AICPA. (2018). *Audit and Accounting Guide Life and Health Insurance Entities*. Durham NC: American Institute of Certified Public Accountants.
- American Medical Association. (2018). *ICD 10 PCS The Complete Official Codebook*. Washinton DC: Optum 360 LLC.
- American Medical Association. (2018). *ICD-10-CM Documentation 2019: Essential Charting Guidance to Support Medical Necessity*. Washintong DC: DecisionHealth.
- DJSN. (2019). *Penyesuaian Iuran JKN dan Implikasinya terhadap Universal Health Coverage (UHC)*. Jakarta: DJSN.
- DJSN. (2020). *Statistik JKN 2014 – 2018 Mengungkap Fakta dengan Data*. Jakarta: DJSN.
- DJSN. (2020). *Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Vertikal*. Jakarta: DJSN.
- DPR, K. 9. (2010). *Naskah Akademik RUU BPJS*. Jakarta: Komisi IX DPR RI.
- Fatkullina, F., Sulaymanova , a., & Salakhova, D. (2018). Leadership Phenomenon in Youth Environment. In W. Strielkowski, & O. Chigisheva, *Leadership for the Future Suistainable Development of Business and Education* (p. 25). Cham Switzerland: Springer International Publishing AG.
- Flohimont, V. (2017). Apprehension About Psychosocial Risks and Disorders inSocial Security: A Comparison Between the Approaches in Belgian and French Law. In L. Lerouge, *Psychosocial Risks in Labour and Social Security Law* (p. 305). Cham Switzerland: Springer International Publishing AG.
- Freeman, K., & Klenner, S. (2015). *Veterinary Clinical Pathology A Case-Based Approach*. Boca Raton Florida: CRC Press.
- Fricton, J. (2019). *Contemporary Management of Temporomandibular Disorders*. Switxerlland: Springer Nature Switzerland AG.
- Gokhale , R., & Pflieger, C. (2019). *The Power of Drosophila Genetics: The Discovery of the Hippo Pathway*. New York: Springer Science+Business Media, LLC.
- Kesterson, R. (2018). *The Intersection of Change Management and Lean Six Sigma*. Boca Rotan RL: Taylor & Francis Group, LLC.
- Komaryani, K. (2017). *Persiapan Perubahan Tarif INA CBG*. Jakarta: Kepala Pusat Jaminan Pembiayaan Kementerian Kesehatan.
- Kratcoski, P., & Edelbacher, M. (2018). *Fraud and Corruption Major Type, Prevention and Control*. Cham Switzerland: Springer Nature Switzerland AG.
- Kumar, V., & Reinartz, W. (2018). *Customer Relationship Management Concept, Strategy and Tools*. Berlin Germany: Springer-Verlag GmbH.
- Leon, N. (2018). *ICD-10-CM AND ICD-10-PCS Coding Handbook*. Chicago: American Hospital Association.
- Lerouge, L., & Naito, S. (2017). Bullying and Law in Japan. In L. Lerouge, *Psychosocial Risks in Labour and Social Security Law* (p. 247). Cham Switzerland: Springer International Publishing AG.
- Mohanty, S., & Vyas, S. (2018). *How to Compete in the Age of Artificial Intelligence: Implementing a Collaborative Human-Machine Strategy for Your Business*. New York, NY: Apress Media, LLC.

- Pieters, D. (2019). *Navigating Social Security Options*. Cham, Switzerland : Springer Nature.
- Rich, C., Singleton, J., & Wadhwa, S. (2018). *Sustainability of Healthcare Management A Leadership Imperative*. Abingdon Oxon: Routledge.
- Samad, A. W. (2019). *Evaluasi Program Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan*. Jakarta: PPSDMIR.
- Thabrany, H. (2016). *JAMINAN KESEHATAN NASIONAL*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Wang, H. S. (2015). *Familial Foundations of the Welfare State*. Cham, Switzerland: Springer Nature.