

Lakukan analisis "Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul"

TUGAS KELOMPOK

“BPJS & Digital Devid”

Mata Kuliah : *Ethical Issues in Electronic Information*

Dosen Pengasuh : M. Izman Herdiansyah, M.M., Ph.D



Disusun oleh :

- 1. RAJU SEPTA WIJAYA**
- 2. AVIAN SAPUTRA**
- 3. ABI DAUD YUSUF**
- 4. RIAN AMANDA**
- 5. EVAN APRIANDI DILATAMA**

Reguler B Angkatan 19 (Sembilan Belas)

Program Pascasarjana Magister Teknik Informatika

Universitas Bina Darma Palembang

2019

Lakukan analisis "Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul"

Jawab :

Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS.

Teknologi pada zaman sekarang ini sudah sangat pesat perkembangannya. Bukan hanya dalam mencari informasi, tetapi memudahkan kita dalam menyelesaikan pekerjaan yang pada zaman sekarang semuanya sudah sistem teknologi. Bukan hanya teknologi yang mengikuti perkembangan, tetapi juga kita sebagai penggunaanya. Dimana pada zaman sekarang ini yang semuanya sistem praktis maka kita juga harus memahami dan mempelajari bagaimana perkembangan teknologi tersebut.

Teknologi komputer misalnya, banyak mengubah alat-alat kedokteran. Semua informasi medis, termasuk yang dihasilkan dari sinar X, tes laboratorium, dan monitor detak jantung, dapat ditransmisikan ke dokter lain dalam format digital.

Teknologi transfer gambar juga menjadikan gambar radiologi, misal CT scan dan MRI, bisa segera dikirim ke diagram elektronik dan meja dokter. Pasien rawat intensif, yang selalu dimonitor perawat selama istirahat, juga dapat dimonitor oleh dokter melalui "menara kontrol" dari jarak jauh.

Telemedicine (pengobatan jarak jauh), yaitu perawatan yang diberikan melalui telekomunikasi juga turut membantu dunia kedokteran. Sekarang Telemedicine telah di implementasikan oleh administrator penjara amerika, tempat di mana tahanan diberi jaminan perawatan medis karena jumlah tahanan semakin banyak maka biaya kesehatan pun perlu dikontrol.

Rekam medik elektronik dan perangkat komputerisasi lainnya membuat pasien serangan jantung bisa mendapatkan obat yang sesuai, dan kadar gula darah pasien diabetes pun bisa terukur. Setiap kali kita mengunjungi seorang dokter atau pergi kerumah sakit dan setiap kali kita mengisi formulir, informasi tentang kunjungan kita dan obat (resep) yang kita terima akan menjadi bagian dari satu atau lebih database tentang sejarah kesehatan pribadi kita. Di beberapa kantor praktik dokter, diagnosis dicatat pada kertas file folder sedangkan kantor praktik lainnya mencatatnya pada komputer. Di masa yang akan datang semua praktik Dokter sebaiknya menggunakan komputerisasi untuk memudahkan dalam mengakses database pasiennya.

Sebagai mahasiswa yang sangat berperan aktif dalam perkembangan dan teknologi informasi terhadap pelayanan kesehatan, kita juga harus mengetahui dampak positif dan negatif dari teknologi informasi yang berkembang antara lain:

Dampak Positif

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital, memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun.

Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.

2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.

Menilik ke belakang, pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.

3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggaman

Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggaman, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut. Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.

4. Perkembangan keilmuan/riset

Perkembangan teknologi informasi juga merambahi keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi

peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

5. Penurunan biaya/efisiensi

Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya.

Dampak Negatif

1. Resiko terjadinya penyakit baru.

Penggunaan alat-alat canggih menyimpan resiko yang mengancam kesehatan. Misalnya pada laboratorium diagnostik dengan tingkat radiasi yang tinggi. Bukan hanya alat yang canggih, bahkan komputer yang setiap hari digunakan juga memiliki efek radiasi.

2. Pemberitaan yang kurang tepat

Perkembangan TI membuat mudahnya transfer informasi, hingga tiba ke tangan masyarakat. Namun tidak menutup kemungkinan akan ada pemberitaan yang tidak tepat dan tidak bertanggung jawab, sehingga memberikan pengetahuan yang salah kepada masyarakat.

3. Kesalahan persepsi

Informasi banyak disampaikan melalui berbagai media. Setiap orang belum tentu memiliki pemahaman yang sama dengan yang dimaksudkan oleh pembuat informasi. Hal ini menyebabkan kesalahan persepsi, sehingga esensi penyampaian informasi tidak tercapai. Bisa jadi karena pemilihan tata bahasa atau cara penyampaian yang tidak tepat.

4. Biaya mahal

Sebagai konsekuensi dari penggunaan teknologi canggih, ada jumlah biaya yang harus dikeluarkan.

Dalam hal ini disinilah kita sebagai mahasiswa harus berperan lebih aktif lagi dalam proses kemajuan dan perkembangan teknologi. Kita dapat lebih peka, terutama kita sebagai petugas pelayanan kesehatan dimana masyarakat banyak membutuhkan kita. Kita bisa lebih aktif dalam mempelajari perkembangan teknologi dalam meminimalisir kesalahan dan dampak-dampak negatif yang di timbulkan teknologi informasi sekarang. Misalnya dengan kita memahami peran kita di tengah-tengah masyarakat kita bisa membangun kesehatan yang berkualitas dengan intelektual dan keterampilan kita. Seperti

pada jurusan Rekam Medis yang mempelajari tentang “Teknologi Informasi Pada Pelayanan Kesehatan” mahasiswa dapat mempelajari tentang pelayanan kesehatan lebih dalam lagi. Seperti menggunakan keterampilan dalam mendesain formulir-formulir atau sistem komputerisasi yang diperlukan untuk melayani pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, klinik, dll. Ini dapat mempermudah pekerjaan dalam melayani masyarakat yang dapat mengefisienkan waktu dan meningkatkan efektivitasnya. Disinilah mahasiswa dapat mengasah keterampilan dan ide-ide kreatif mereka yang bisa sangat berguna dalam pelayanan kesehatan baik sekarang atau pun masa depan. Dan dari hal-hal yang kecil yang bisa kita perbuat untuk memberi keuntungan pada masyarakat sebagai petugas pelayanan kesehatan maka bisa berdampak baik di kemudian harinya.

Dampak kenaikan iuran BPJS

Choesni menilai bahwa penyesuaian iuran tersebut akan memberikan dampak yang beragam, baik bagi BPJS Kesehatan, keberlangsungan program JKN, maupun bagi masyarakat selaku peserta.

1. Peningkatan jumlah peserta non aktif, khususnya di segmen mandiri atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBU) dan Bukan Pekerja (BP). Berdasarkan data BPJS Kesehatan, saat ini terdapat sekitar 46% peserta yang tidak aktif. Dia pun menyampaikan bahwa dampak lain yang dapat muncul adalah calon peserta enggan mendaftarkan diri ke BPJS Kesehatan. Hal tersebut menurutnya perlu diantisipasi meskipun berdasarkan regulasi seluruh masyarakat Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan.
2. Selain itu, dampak lain dari penyesuaian iuran adalah kualitas pelayanan kepada peserta akan meningkat. Hal tersebut sejalan dengan dampak lainnya yakni pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan akan terjamin, seiring membaiknya arus kas BPJS Kesehatan.
3. "Dampak lainnya adalah keberlanjutan program JKN. Dengan penyesuaian iuran, ditargetkan akumulasi surplus sebesar Rp4,4 triliun pada akhir 2021, dengan catatan pemerintah mengatasi seluruh defisit per akhir 2019," ujar Choesni.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan dan Isu Perbaikan Layanan

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini tentu menimbulkan polemik di tengah masyarakat. Respons masyarakat rata-rata keberatan dengan kenaikan yang akan dimulai pada 1 Januari 2020 mendatang ini. Publik menyandingkan kualitas pelayanan yang dinilai masih banyak masalah dengan rencana kenaikan iuran hingga 100 persen tersebut.

Pilihan menaikkan iuran BPJS Kesehatan ini memang pilihan sulit yang ditempuh pemerintah. Meski sejumlah hal sebenarnya dapat ditempuh oleh pengelola BPJS Kesehatan serta pemerintah sebelum mengambil keputusan menaikkan besaran iuran BPJS Kesehatan. Bila pun iuran naik, jumlahnya dapat ditekan agar tak tembus hingga 100 persen besaran kenaikannya.

Sejumlah hal yang bisa dilakukan tak lain melakukan koreksi total di internal pengelolaan BPJS Kesehatan. Temuan BPK yang mengkonfirmasi tentang potensi kecurangan (*fraud*) yang dilakukan pihak rumah sakit semestinya menjadi catatan serius pihak BPJS Kesehatan. Apalagi, KPK dan Kementerian Kesehatan telah membentuk Satuan Tugas Anti-*Fraud*.

Untuk mengatasi masalah tersebut, semestinya BPJS Kesehatan meninjau paket Indonesia Case Base Groups (INA CBGs) dan kapitasi yang berbasis kinerja. Tidak sekadar itu, Kementerian Kesehatan juga dapat membuat *Standard Operasional Procedure* (SOP) yang memuat penerimaan hingga pemulangan pasien (*clinical pathway*). Dalam catatan kami, masalah tersebut masih sedikit dicantumkan dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK)

Langkah perbaikan lainnya, para *stakeholder* agar segera merealisasikan pembentukan sistem yang kukuh sebagaimana hasil kesepakatan pemahaman (*memorandum of understanding*) antara KPK, Kemenkes, dan BPJS Kesehatan. Rencana penerbitan tiga regulasi yakni pedoman pencegahan *fraud*, deteksi dini *fraud*, serta penanganan *fraud* semestinya dapat segera direalisasikan. Namun sayangnya hingga Perpres No 75 tahun 2019 terbit, regulasi yang mendorong perbaikan di internal BPJS itu tak kunjung terbit.

Cara lainnya yang semestinya juga dilakukan pemerintah dan *stakeholder* sebelum memutuskan kenaikan iuran BPJS Kesehatan dengan melakukan sejumlah langkah nyata. Setidaknya, berbagai upaya tersebut dimaksudkan untuk menekan besaran kenaikan yang memang dirasa memberatkan masyarakat.

Ikhtiar yang dapat ditempuh di antaranya pemerintah pusat melakukan kolaborasi dengan program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang dimiliki pemerintah daerah agar kenaikan itu dapat dicegah atau setidaknya besaran kenaikannya tidak mencapai 100 persen sebagaimana tercantum dalam Perpres 75 Tahun 2019.

Sayangnya, pola kolaborasi tersebut tak bisa ditempuh. Karena pemerintah dalam hal ini Kementerian Dalam Negeri melalui Permendagri No 33 Tahun 2019 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun 2020 menerapkan program *Universal Health Coverage* (UHC), yakni pengintegrasian program jaminan kesehatan antara pusat dan daerah. Dengan kata lain, Pemda tak lagi diperkenankan mengelola jaminan kesehatan yang memiliki manfaat yang sama dengan jaminan kesehatan tingkat nasional.

Ikhtiar lainnya yang juga dapat ditempuh pemerintah dengan meningkatkan kepesertaan BPJS Kesehatan dengan melakukan penyisiran terhadap perusahaan-perusahaan atau pemberi kerja yang belum memberi fasilitas BPJS Kesehatan kepada karyawannya. Langkah ini diyakini akan meningkatkan kepesertaan masyarakat dan tentunya memberi dampak pendisiplinan dalam pembayaran iuran.

Problema etika terhadap pelayanan bpjs

1. Persoalan BPJS Kesehatan sudah muncul sejak proses aktivasi kartu. BPJS menerapkan aturan bahwa kartu pengguna BPJS baru bisa aktif sepekan setelah pendaftaran diterima. "Padahal sakit menimpa tanpa terduga dan tak mungkin bisa ditunda," ujar Harli di Jakarta, Ahad, 9 Agustus 2015.
2. Rujukan lembaga jasa kesehatan yang ditunjuk BPJS Kesehatan juga disebut terbatas dan tidak fleksibel. Peserta BPJS hanya boleh memilih satu fasilitas kesehatan untuk memperoleh rujukan dan tak bisa ke faskes lain meski sama-sama bekerja sama dengan BPJS. Keterbatasan itu, menyulitkan orang yang sering bepergian dan bekerja di tempat jauh.
3. Rumitnya alur pelayanan BPJS Kesehatan karena menerapkan alur pelayanan berjenjang. Sebelum ke rumah sakit, peserta wajib terlebih dulu ke faskes tingkat pertama, yaitu puskesmas.
4. Banyak peserta BPJS mengeluhkan pembayaran biaya pengobatan yang tak ditanggung sepenuhnya oleh BPJS. sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS seharusnya menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasar asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia.

TUGAS KELOMPOK

“BPJS & Digital Devid”

Mata Kuliah : *Ethical Issues in Electronic Information*

Dosen Pengasuh : M. Izman Herdiansyah, M.M., Ph.D



Disusun oleh :

- 1. Anggari Ayu P**
- 2. Reni Septiyanti**
- 3. Gina Agiyani**
- 4. Yuniarti Denita Sari**
- 5. Zena Lusi**

Reguler B Angkatan 19 (Sembilan Belas)

Program Pascasarjana Magister Teknik Informatika

Universitas Bina Darma Palembang

2019

Lakukan analisis "Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul"

Jawab :

Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS.

Teknologi pada zaman sekarang ini sudah sangat pesat perkembangannya. Bukan hanya dalam mencari informasi, tetapi memudahkan kita dalam menyelesaikan pekerjaan yang pada zaman sekarang semuanya sudah sistem teknologi. Bukan hanya teknologi yang mengikuti perkembangan, tetapi juga kita sebagai pengguna. Dimana pada zaman sekarang ini yang semuanya sistem praktis maka kita juga harus memahami dan mempelajari bagaimana perkembangan teknologi tersebut.

Teknologi komputer misalnya, banyak mengubah alat-alat kedokteran. Semua informasi medis, termasuk yang dihasilkan dari sinar X, tes laboratorium, dan monitor detak jantung, dapat ditransmisikan ke dokter lain dalam format digital.

Teknologi transfer gambar juga menjadikan gambar radiologi, misal CT scan dan MRI, bisa segera dikirim ke diagram elektronik dan meja dokter. Pasien rawat intensif, yang selalu dimonitor perawat selama istirahat, juga dapat dimonitor oleh dokter melalui "menara kontrol" dari jarak jauh.

Telemedicine (pengobatan jarak jauh), yaitu perawatan yang diberikan melalui telekomunikasi juga turut membantu dunia kedokteran. Sekarang Telemedicine telah di implementasikan oleh administrator penjara amerika, tempat di mana tahanan diberi jaminan perawatan medis karena jumlah tahanan semakin banyak maka biaya kesehatan pun perlu dikontrol.

Rekam medik elektronik dan perangkat komputerisasi lainnya membuat pasien serangan jantung bisa mendapatkan obat yang sesuai, dan kadar gula darah pasien diabetes pun bisa terukur. Setiap kali kita mengunjungi seorang dokter atau pergi kerumah sakit dan setiap kali kita mengisi formulir, informasi tentang kunjungan kita dan obat (resep) yang kita terima akan menjadi bagian dari satu atau lebih database tentang sejarah kesehatan pribadi kita. Di beberapa kantor praktik dokter, diagnosis dicatat pada kertas file folder sedangkan kantor praktik lainnya mencatatnya pada komputer. Di masa yang akan datang semua praktik Dokter sebaiknya menggunakan komputerisasi untuk memudahkan dalam mengakses database pasiennya.

Sebagai mahasiswa yang sangat berperan aktif dalam perkembangan dan teknologi informasi terhadap pelayanan kesehatan, kita juga harus mengetahui dampak positif dan negatif dari teknologi informasi yang berkembang antara lain:

Dampak Positif

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital, memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun.

Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.

2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.

Menilik ke belakang, pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.

3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggaman

Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggaman, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut. Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.

4. Perkembangan keilmuan/riset

Perkembangan teknologi informasi juga merambahi keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi

peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

5. Penurunan biaya/efisiensi

Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya.

Dampak Negatif

1. Resiko terjadinya penyakit baru.

Penggunaan alat-alat canggih menyimpan resiko yang mengancam kesehatan. Misalnya pada laboratorium diagnostik dengan tingkat radiasi yang tinggi. Bukan hanya alat yang canggih, bahkan komputer yang setiap hari digunakan juga memiliki efek radiasi.

2. Pemberitaan yang kurang tepat

Perkembangan TI membuat mudahnya transfer informasi, hingga tiba ke tangan masyarakat. Namun tidak menutup kemungkinan akan ada pemberitaan yang tidak tepat dan tidak bertanggung jawab, sehingga memberikan pengetahuan yang salah kepada masyarakat.

3. Kesalahan persepsi

Informasi banyak disampaikan melalui berbagai media. Setiap orang belum tentu memiliki pemahaman yang sama dengan yang dimaksudkan oleh pembuat informasi. Hal ini menyebabkan kesalahan persepsi, sehingga esensi penyampaian informasi tidak tercapai. Bisa jadi karena pemilihan tata bahasa atau cara penyampaian yang tidak tepat.

4. Biaya mahal

Sebagai konsekuensi dari penggunaan teknologi canggih, ada jumlah biaya yang harus dikeluarkan.

Dalam hal ini disinilah kita sebagai mahasiswa harus berperan lebih aktif lagi dalam proses kemajuan dan perkembangan teknologi. Kita dapat lebih peka, terutama kita sebagai petugas pelayanan kesehatan dimana masyarakat banyak membutuhkan kita. Kita bisa lebih aktif dalam mempelajari perkembangan teknologi dalam meminimalisir kesalahan dan dampak-dampak negatif yang di timbulkan teknologi informasi sekarang. Misalnya dengan kita memahami peran kita di tengah-tengah masyarakat kita bisa membangun kesehatan yang berkualitas dengan intelektual dan keterampilan kita. Seperti

pada jurusan Rekam Medis yang mempelajari tentang “Teknologi Informasi Pada Pelayanan Kesehatan” mahasiswa dapat mempelajari tentang pelayanan kesehatan lebih dalam lagi. Seperti menggunakan keterampilan dalam mendesain formulir-formulir atau sistem komputerisasi yang diperlukan untuk melayani pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, klinik, dll. Ini dapat mempermudah pekerjaan dalam melayani masyarakat yang dapat mengefisienkan waktu dan meningkatkan efektivitasnya. Disinilah mahasiswa dapat mengasah keterampilan dan ide-ide kreatif mereka yang bisa sangat berguna dalam pelayanan kesehatan baik sekarang atau pun masa depan. Dan dari hal-hal yang kecil yang bisa kita perbuat untuk memberi keuntungan pada masyarakat sebagai petugas pelayanan kesehatan maka bisa berdampak baik di kemudian harinya.

Dampak kenaikan iuran BPJS

Choesni menilai bahwa penyesuaian iuran tersebut akan memberikan dampak yang beragam, baik bagi BPJS Kesehatan, keberlangsungan program JKN, maupun bagi masyarakat selaku peserta.

1. Peningkatan jumlah peserta non aktif, khususnya di segmen mandiri atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP). Berdasarkan data BPJS Kesehatan, saat ini terdapat sekitar 46% peserta yang tidak aktif. Dia pun menyampaikan bahwa dampak lain yang dapat muncul adalah calon peserta enggan mendaftarkan diri ke BPJS Kesehatan. Hal tersebut menurutnya perlu diantisipasi meskipun berdasarkan regulasi seluruh masyarakat Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan.
2. Selain itu, dampak lain dari penyesuaian iuran adalah kualitas pelayanan kepada peserta akan meningkat. Hal tersebut sejalan dengan dampak lainnya yakni pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan akan terjamin, seiring membaiknya arus kas BPJS Kesehatan.
3. "Dampak lainnya adalah keberlanjutan program JKN. Dengan penyesuaian iuran, ditargetkan akumulasi surplus sebesar Rp4,4 triliun pada akhir 2021, dengan catatan pemerintah mengatasi seluruh defisit per akhir 2019," ujar Choesni.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan dan Isu Perbaikan Layanan

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini tentu menimbulkan polemik di tengah masyarakat. Respons masyarakat rata-rata keberatan dengan kenaikan yang akan dimulai pada 1 Januari 2020 mendatang ini. Publik menyandingkan kualitas pelayanan yang dinilai masih banyak masalah dengan rencana kenaikan iuran hingga 100 persen tersebut.

Pilihan menaikkan iuran BPJS Kesehatan ini memang pilihan sulit yang ditempuh pemerintah. Meski sejumlah hal sebenarnya dapat ditempuh oleh pengelola BPJS Kesehatan serta pemerintah sebelum mengambil keputusan menaikkan besaran iuran BPJS Kesehatan. Bila pun iuran naik, jumlahnya dapat ditekan agar tak tembus hingga 100 persen besaran kenaikannya.

Sejumlah hal yang bisa dilakukan tak lain melakukan koreksi total di internal pengelolaan BPJS Kesehatan. Temuan BPK yang mengkonfirmasi tentang potensi kecurangan (*fraud*) yang dilakukan pihak rumah sakit semestinya menjadi catatan serius pihak BPJS Kesehatan. Apalagi, KPK dan Kementerian Kesehatan telah membentuk Satuan Tugas Anti-*Fraud*.

Untuk mengatasi masalah tersebut, semestinya BPJS Kesehatan meninjau paket Indonesia Case Base Groups (INA CBGs) dan kapitasi yang berbasis kinerja. Tidak sekadar itu, Kementerian Kesehatan juga dapat membuat *Standard Operasional Procedure* (SOP) yang memuat penerimaan hingga pemulangan pasien (*clinical pathway*). Dalam catatan kami, masalah tersebut masih sedikit dicantumkan dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK)

Langkah perbaikan lainnya, para *stakeholder* agar segera merealisasikan pembentukan sistem yang kukuh sebagaimana hasil kesepakatan pemahaman (*memorandum of understanding*) antara KPK, Kemenkes, dan BPJS Kesehatan. Rencana penerbitan tiga regulasi yakni pedoman pencegahan *fraud*, deteksi dini *fraud*, serta penanganan *fraud* semestinya dapat segera direalisasikan. Namun sayangnya hingga Perpres No 75 tahun 2019 terbit, regulasi yang mendorong perbaikan di internal BPJS itu tak kunjung terbit.

Cara lainnya yang semestinya juga dilakukan pemerintah dan *stakeholder* sebelum memutuskan kenaikan iuran BPJS Kesehatan dengan melakukan sejumlah langkah nyata. Setidaknya, berbagai upaya tersebut dimaksudkan untuk menekan besaran kenaikan yang memang dirasa memberatkan masyarakat.

Ikhtiar yang dapat ditempuh di antaranya pemerintah pusat melakukan kolaborasi dengan program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang dimiliki pemerintah daerah agar kenaikan itu dapat dicegah atau setidaknya besaran kenaikannya tidak mencapai 100 persen sebagaimana tercantum dalam Perpres 75 Tahun 2019.

Sayangnya, pola kolaborasi tersebut tak bisa ditempuh. Karena pemerintah dalam hal ini Kementerian Dalam Negeri melalui Permendagri No 33 Tahun 2019 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun 2020 menerapkan program *Universal Health Coverage* (UHC), yakni pengintegrasian program jaminan kesehatan antara pusat dan daerah. Dengan kata lain, Pemda tak lagi diperkenankan mengelola jaminan kesehatan yang memiliki manfaat yang sama dengan jaminan kesehatan tingkat nasional.

Ikhtiar lainnya yang juga dapat ditempuh pemerintah dengan meningkatkan kepesertaan BPJS Kesehatan dengan melakukan penyisiran terhadap perusahaan-perusahaan atau pemberi kerja yang belum memberi fasilitas BPJS Kesehatan kepada karyawannya. Langkah ini diyakini akan meningkatkan kepesertaan masyarakat dan tentunya memberi dampak pendisiplinan dalam pembayaran iuran.

Problema etika terhadap pelayanan bpjs

1. Persoalan BPJS Kesehatan sudah muncul sejak proses aktivasi kartu. BPJS menerapkan aturan bahwa kartu pengguna BPJS baru bisa aktif sepekan setelah pendaftaran diterima. "Padahal sakit menimpa tanpa terduga dan tak mungkin bisa ditunda," ujar Harli di Jakarta, Ahad, 9 Agustus 2015.
2. Rujukan lembaga jasa kesehatan yang ditunjuk BPJS Kesehatan juga disebut terbatas dan tidak fleksibel. Peserta BPJS hanya boleh memilih satu fasilitas kesehatan untuk memperoleh rujukan dan tak bisa ke faskes lain meski sama-sama bekerja sama dengan BPJS. Keterbatasan itu, menyulitkan orang yang sering bepergian dan bekerja di tempat jauh.
3. Rumitnya alur pelayanan BPJS Kesehatan karena menerapkan alur pelayanan berjenjang. Sebelum ke rumah sakit, peserta wajib terlebih dulu ke faskes tingkat pertama, yaitu puskesmas.
4. Banyak peserta BPJS mengeluhkan pembayaran biaya pengobatan yang tak ditanggung sepenuhnya oleh BPJS. sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS seharusnya menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasar asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia.

KETERKAITAN BPJS DALAM DUNIA IT



KELOMPOK III:

RICCA VERANA SARI (182420067)

KELAS : REGULER A
**MATA KULIAH : ETHICAL ISSUES IN ELECTRONIC
INFORMATION SYSTEMS**

PROGRAM STUDI MAGISTER TEKNIK INFORMATIKA S2
UNIVERSITAS BINA DARMA
TAHUN AKADEMIK 2019/2020

BPJS merupakan program pemerintah dalam bidang kesehatan yang merupakan singkatan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dimaksudkan untuk memudahkan masyarakat dalam memperoleh fasilitas kesehatan. BPJS tidak beda dengan Asuransi Kesehatan, karena BPJS merupakan perubahan dari Asuransi Kesehatan yang semula dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero) per tanggal 1 Januari 2014, adapun perubahan tersebut didasarkan pada Undang-undang no 24 tahun 2011 tentang BPJS. Selain bisa dibayarkan melalui loket, untuk memberikan kemudahan bagi masyarakat, maka pembayaran iuran BPJS pun bisa dilakukan secara online.

Ada beberapa tempat yang bisa Anda pilih untuk melakukan pembayaran iuran BPJS Kesehatan, yaitu:

- a. Kantor BPJS
- b. Kantor Pos
- c. Bank BRI, Mandiri, BTN, dan BNI beserta internet bankingnya
- d. ATM BRI, ATM Mandiri, ATM BTN, ATM BNI
- e. Alfamart, Indomaret, Circle K dan Seven Eleven
- f. Dompetku (uangelektronikdariIndosat)
- g. Locket pembayaran melalui PPOB atau Payment Point Online Bank dengan biaya administrasi Rp2.500.

Bagi Anda yang sudah terdaftar menjadi anggota BPJS Kesehatan maka disarankan untuk melakukan pembayaran secara tepat waktu paling lambat setiap tanggal 10 setiap bulannya. Karena jika melewati tanggal tersebut akan dikenakan denda sebesar 2 persen dari jumlah iuran. Adapun nominal yang harus dibayarkan tentunya disesuaikan dengan kelas yang dipilih, yaitu untuk Kelas I sebesar Rp 80 ribu, Kelas II sebesar Rp 51 ribu dan Kelas III sebesar Rp 30 ribu.

Keuntungan Bayar Iuran BPJS Online :

Jika dibandingkan dengan membayar iuran BPJS Kesehatan melalui loket, berikut ini adalah keuntungan jika membayar iuran BPJS secara online:

- a. Lebih mudah, karena bisa mengajukan permohonan autodebit pada rekening bank Anda sehingga terhindar dari kemungkinan lupa membayar tepat waktu karena secara otomatis saldo akan terpotong untuk pembayaran iuran BPJS Kesehatan setiap bulannya.
- b. Lebih praktis, karena pembayaran bisa dilakukan di mana saja selama ATM tersebut masuk dalam jaringan kerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Namun demikian, pembayaran iuran BPJS online jika dibandingkan dengan loket juga memiliki kelemahan diantaranya:

- a. Ketika jaringan sedang dalam perbaikan atau offline sehingga tidak bisa melakukan transaksi.

- b. Pembayaran iuran melalui ATM Anda perlu memasukkan kode, Kemudian kode bank tersebut ditambah dengan nomor yang tertera dari belakang pada Kartu BPJS Kesehatan Anda, cukup mudah bukan.

Selain pembayaran dapat dilakukan secara online pendaftaran dan pengecekan tagihan iuran pun dapat dilakukan secara online.

Cara mudah cek tagihan iuran BPJS Kesehatan

Untuk mengetahui tagihan iuran BPJS Anda maka pihak BPJS telah menyediakan layanan SMS Gateway yang bisa diakses melalui jaringan seluler 08777-5500-400. Pada dasarnya layanan ini bertujuan untuk memberikan kemudahan kepada para customer BPJS Kesehatan dalam memperoleh informasi terkait fasilitas kesehatan maupun data peserta. Adapun untuk melakukan cek terhadap tagihan BPJS Kesehatan Anda hanya perlu mengirim SMS dengan format sebagai berikut:

Sebagai contoh: TAGIHAN 0001260979207 kirim ke 08777-5500-400

Nilai iuran BPJS Kesehatan yang berlaku hingga saat ini merujuk pada pembaruan per 1 April 2016 dan telah tercantum dalam Peraturan Presiden Nomor 10 Tahun 2016. Besaran iuran ini tergantung pada kelas perawatan yang dipilih oleh peserta.

BPJS Kelas 1.

Besaran iuran bulanan untuk peserta dengan Fasilitas Kelas 1 adalah Rp80.000 per orang. BPJS Kesehatan akan menanggung segala biaya perawatan inap peserta dengan fasilitas kamar Kelas 1 di rumah sakit rujukannya.

BPJS Kelas 2. Besaran iuran bulanan untuk peserta dengan Fasilitas Kelas 2 adalah Rp51.000 per orang. BPJS Kesehatan akan menanggung segala biaya perawatan inap peserta dengan fasilitas kamar Kelas 2 di rumah sakit rujukannya.

BPJS Kelas 3. Merupakan kelas dengan iuran bulanan paling terjangkau dari BPJS Kesehatan. Iuran per peserta bernilai Rp25.500. BPJS Kesehatan akan menanggung segala biaya perawatan inap peserta dengan fasilitas kamar Kelas 3 di rumah sakit rujukannya.

Dalam hal menerima pelayanan kesehatan, peserta Kelas 2 dan 3 diperbolehkan untuk mengajukan naik kelas ruang rawat inap ke kelas di atasnya. Namun, peserta harus membayar sendiri selisih biaya yang muncul dari kenaikan kelas tersebut.

Kelas 1	Kelas 2	Kelas 3
Rp 81,000	Rp 51,000	Rp 25,500

Problem Etika Yang Mungkin Muncul:

1. Klaim biaya yang tidak di respon
2. Pelayanan pada pengobatan kurang dilayani
3. Pemaksaan pembuatan BPJS harus terdaftar semua dalam satu (1) KK (Kartu Keluarga)

DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA STUDI KASUS : BPJS DAN PROBLEM ETIKA YANG MUNCUL

Tidak diragukan lagi, saat ini sektor kesehatan mulai memasuki era disrupsi. Pasien kini dapat berkonsultasi dengan dokter melalui berbagai aplikasi seluler. Layanan perawatan di rumah, pemeriksaan laboratorium maupun pemesanan obat, juga dapat dilakukan melalui aplikasi seluler, terpadu dengan jasa transportasi daring. Jika sebelumnya pasien kesulitan mendapatkan informasi riwayat kunjungan di fasilitas kesehatan, tapi saat ini sebagai contoh, peserta program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) bisa mengakses informasi ini melalui aplikasi mobile JKN. Teknologi digital yang semakin maju sudah dimanfaatkan oleh fasilitas kesehatan untuk meningkatkan efektivitas, efisiensi, serta peningkatan mutu pelayanan. Sistem komputasi dari BPJS Kesehatan memungkinkan fasilitas kesehatan tingkat pertama merujuk pasien ke tingkat lanjut secara daring. Beberapa rumah sakit telah menerapkan sistem pendukung keputusan elektronik yang terpadu dalam suatu rekam medis elektronik untuk membantu dokter dalam membuat keputusan terapi secara lebih tepat sesuai pedoman klinis melalui peresepan elektronik.

Namun, belum lama ini kejadian efek samping pengguna layanan telekonsultasi kesehatan berbasis daring setelah minum obat yang direkomendasikan melalui aplikasi seluler tersebut sempat beredar di media sosial. Muncul pertanyaan sejauh mana regulator kesehatan mempersiapkan ekosistem industri 4.0 untuk melindungi konsumen kesehatan? Hal yang sempat diberitakan adalah rencana Kementerian Perindustrian untuk pengukuran kesiapan penerapan industri 4.0 bagi pelaku industri. Namun, menyiapkan pelaku industri saja, tanpa regulasi, berpotensi mengganggu ekosistem. Kejadian demo transportasi daring mungkin tidak akan menginspirasi fasilitas kesehatan mendemo layanan aplikasi seluler kesehatan. Lebih dari itu tanpa regulasi, publik akan mempertanyakan ketidakhadiran negara dalam melindungi konsumen maupun pelaku layanan e-Kesehatan. Tanpa regulasi, investor juga enggan terjun ke bisnis digital kesehatan. Padahal dengan masih tidak meratanya penyebaran tenaga dan fasilitas kesehatan, layanan ini berpotensi dapat mengikis ketidakadilan akses tersebut.

Pelaku bisnis e-Kesehatan memang diharuskan tercatat sebagai Penyelenggara Sistem Elektronik (PSE) di Kementerian Komunikasi dan Informatika. Bagaimanapun

secara teknis harus ada standar, pembinaan, dan pengawasan dari regulator kesehatan. Saat ini saja masyarakat bisa membeli obat aborsi di lapak e-Dagang. Demikian juga obat yang seharusnya hanya bisa dibeli berdasarkan resep dokter tersedia di situs e-Dagang ataupun direkomendasikan oleh layanan aplikasi seluler kesehatan. Untuk itu, pengawasan yang terus-menerus semestinya dilakukan, selain program edukasi berkelanjutan untuk melindungi masyarakat. Konsumen yang menggunakan layanan konsultasi kesehatan juga memerlukan jaminan bahwa mereka berkonsultasi dengan dokter berlisensi dan memiliki izin praktik. Demikian juga dokter dan tenaga kesehatan yang bekerja di layanan e-Kesehatan memerlukan pengakuan profesional. Hal lebih kompleks lagi, bagaimana jika respons terhadap konsultasi kesehatan melalui layanan daring ditangani mesin kecerdasan buatan, bukan tenaga kesehatan profesional? Adakah standar dan jaminan mutu bahwa solusi dari kecerdasan buatan akan bebas dari kesalahan dan tidak berdampak negatif terhadap keselamatan pasien?

Kompleksitas tersebut mungkin menjadi alasan lamban dan ragunya pemerintah dalam membuat regulasi e-kesehatan. Sebenarnya Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46/2017 tentang Strategi e-Kesehatan Nasional. Layanan Telemedicine. Disebutkan secara eksplisit pada pasal 65 dalam Peraturan Presiden No 82/2018 tentang Jaminan Kesehatan. BPJS Kesehatan bisa memanfaatkan telemedicine sebagai kompensasi atau pemenuhan pelayanan pada daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan. Namun, aspek yang lebih teknis dan terinci belum tersedia. Ini mencakup keandalan model bisnis, standar layanan, alur kerja, keselamatan pasien, perlindungan data, jaminan mutu, pembinaan dan pengawasan aplikasi e-Kesehatan. Oleh karena itu, pendekatan baru diperlukan untuk mempercepat regulasi e-Kesehatan. Pendekatan lama dalam merumuskan regulasi kesehatan sudah tidak memadai lagi untuk mengikuti lincahnya pergerakan inovasi e-Kesehatan yang disruptif.

Dalam pendekatan lama, regulator biasanya akan menyusun naskah akademik, menyelenggarakan diskusi melibatkan ahli, konsumen dan pihak terkait lainnya, penyusunan naskah regulasi baru, serta kemudian mengesahkannya. Kelemahannya adalah terputusnya koneksi antara kenyataan teknis dalam implementasi terinci dengan muatan naskah regulasi. Selain itu, produk regulasi model lama sering kali tidak mampu mengejar cepatnya teknologi yang menghasilkan produk dan model bisnis baru.

Pendekatan baru yang diusulkan adalah memberi kesempatan regulator dan pelaku pasar untuk mengeksplorasi bersama-sama model bisnis industri inovatif, menganalisis risiko terhadap konsumen dan sekaligus menyusun muatan regulasinya. Dalam hal ini ada pengawasan regulator dan perusahaan tetap bisa memberikan layanan kepada konsumen. Saat ini Kementerian Kesehatan memiliki rancangan Peraturan Menteri Kesehatan Telemedicine yang disusun berdasarkan pengalaman uji coba aplikasi Telemedicine Indonesia (Temenin) untuk layanan teleradiologi, tele-EKG, dan tele-USG antarfasilitas kesehatan.

Di sisi lain, beragam aplikasi kesehatan dari sejumlah perusahaan memiliki model bisnis, standar layanan, dan risiko yang sangat berbeda dengan program Temenin pemerintah. Kementerian Kesehatan juga mengembangkan aplikasi kesehatan yang menjembatani konsumen berkonsultasi dengan rumah sakit vertikal milik Kementerian Kesehatan yaitu Sehatpedia, tentu dengan model bisnis dan tujuan layanan berbeda. Saatnya kini opsi kebijakan ada di tangan Kementerian Kesehatan.

Saat ini Indonesia tengah menerapkan sistem asuransi baru pengganti askes yang disebut BPJS, kepanjangan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang bertugas

memberikan pelayanan kepada masyarakat terhadap penanggungan biaya seperti kesehatan. Namun dalam beberapa kasus, asuransi kesehatan BPJS masih saja belum sepenuhnya memberikan pelayanan yang baik pada masyarakat dan cenderung membebani peserta BPJS itu sendiri.

Seperti contoh, BPJS kesehatan mewajibkan seluruh rakyat untuk mengikuti layanan tersebut dan akan memberi sanksi bagi yang tidak mengikutinya. Menurut peraturan BPJS kesehatan, seluruh perusahaan wajib mendaftarkan karyawannya di BPJS kesehatan per tanggal 1 Januari 2015. Peraturan tersebut sudah disepakati oleh BPJS kesehatan dan APINDO (Asosiasi Pengusaha Indonesia).

BPJS menargetkan, pada tahun 2019 nanti seluruh rakyat Indonesia sudah mengikuti program BPJS kesehatan. Namun pelayanan yang diberikan oleh BPJS terkesan tidak efisien dan memberatkan para pesertanya seperti :

Dampak Positif BPJS

Dampak positif BPJS dapat dilihat dari prosedur yang ada. sehingga mengharuskan sebelum merujuk ke rumah sakit Anda harus terlebih dahulu melewati pemeriksaan di Fasilitas kesehatan atau disingkat Faskes. Faskes yang dimaksud adalah dokter umum dan puskesmas. Jadi apabila penyakit yang Anda derita cukup serius dan mengharuskan ke rumah sakit Anda harus masuk ke puskesmas terlebih dahulu, namun apabila menurut puskesmas penyakit yang Anda derita cukup ditangani dengan obat seadanya, Anda tidak dapat mengajukan rujukan. Di lain pihak, di asuransi kesehatan Anda bisa merujuk ke rumah sakit secara langsung dan menemui dokter spesialis yang khusus menangani penyakit Anda. Dampak positif BPJS ini bisa meningkatkan pendapatan yang diterima oleh rumah sakit sehingga rumah sakit bisa meningkatkan pelayanan untuk masyarakat pengguna BPJS, selain itu dampak positif BPJS yang lain adalah dengan prosedur ini juga bisa menghemat waktu karena hanya pasien yang paling membutuhkan bisa dirawat di rumah sakit untuk pasien berpenyakit ringan cukup diobati di puskesmas saja.

Dampak Negatif BPJS

Selain dampak positif BPJS juga memiliki dampak negatif BPJS, yaitu BPJS hanya membatasi layanan pada obat-obat yang dianggarkan saja, yang dimaksud adalah tidak semua obat bisa Anda dapatkan dari BPJS. Apabila Anda sangat membutuhkan obat yang di luar pertanggung BPJS Anda harus membelinya sendiri, dan selain itu pelayanan kamar untuk peserta rawat inap hanya masuk pada kategori kelas 1 saja. Meskipun pelayanan dokter tetap sama pada seluruh pasien, namun kenyamanan tiap kelas tetap berbeda.

Untuk asuransi kesehatan, kesehatan Anda dijamin entah dari segi obat maupun ruangan rawat inap. Anda cukup menunjukan kartu asuransi kepada rumah sakit rekanan perusahaan asuransi, maka biaya akan ditanggung oleh asuransi tanpa khawatir mengenai obat yang tidak bisa diklaim.

Anda juga perlu mengetahui tentang prosedur yang berlaku untuk menggunakan pelayanan BPJS kesehatan sebagai berikut :

Prosedur Pelayanan Rawat Jalan BPJS Kesehatan :

1. Pasien harus berobat ke fasilitas kesehatan level 1 yaitu puskesmas, atau praktik dokter perorangan, dan jika penyakit pasien tidak dapat ditangani oleh puskesmas maupun dokter perorangan maka pasien tersebut akan diberikan rujukan sesuai dengan aturan pada BPJS kesehatan untuk berobat ke rumah sakit.
2. Pasien membawa surat rujukan dan kartu BPJS kesehatan ke unit rawat jalan rumah sakit yang dituju untuk di data.
3. Lalu pasien akan dibuatkan surat eligibilitas peserta (SEP) oleh petugas sebagai bukti bahwa pasien layak menerima pelayanan kesehatan rawat jalan di rumah sakit.

Catatan penting : surat rujukan dibutuhkan untuk pertama kali pengobatan ke rumah sakit (Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan) dan selanjutnya jika masih dianjurkan untuk kontrol atau berobat ulang tidak dibutuhkan lagi surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama akan tetapi menggunakan surat keterangan masih dalam perawatan. Jika tidak dianjurkan lagi untuk kontrol berobat ulang maka akan diberikan surat rujuk balik ke fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Namun jika dalam kondisi darurat surat rujukan tidak diperlukan, pasien bisa langsung ke unit gawat darurat, dengan catatan kondisi gawat darurat yang sesuai dengan ketentuan BPJS Kesehatan.

Prosedur bertingkat ini yang sering dianggap sebagai sisi atau dampak negatif BPJS Kesehatan, karena dianggap terlalu berbelit-belit dan terkesan menyusahkan orang yang ingin berobat, tetapi kembali lagi setiap kebijakan pasti ada pertimbangannya, dengan diberlakukannya prosedur bertingkat ini pemerintah berharap hanya pasien yang benar-benar membutuhkan perawatan yang intensif saja yang dapat menggunakan fasilitas rumah sakit, tidak lucu jika ada pasien yang hanya sakit ringan dan meminta rawat inap kerumah sakit sedangkan pada saat yang sama ada pasien kritis yang membutuhkan perawatan secepatnya, bisa jadi pasien kritis ini tidak dapat ditangani karena fasilitas yang ada malah digunakan oleh pasien dengan penyakit ringan.

Bagaimana menurut Anda setelah mengetahui informasi sisi atau dampak negatif BPJS dan dampak positif BPJS, apakah prosedur tersebut akan berjalan dengan efektif atau pemerintah seharusnya mempermudah prosedur rawat jalan.

Prosedur Pelayanan Rawat Jalan BPJS Kesehatan :

1. Pasien harus berobat ke fasilitas kesehatan level 1 yaitu puskesmas, atau praktik dokter perorangan, dan jika penyakit pasien tidak dapat ditangani oleh puskesmas maupun dokter perorangan maka pasien tersebut akan diberikan rujukan sesuai dengan aturan pada BPJS kesehatan untuk berobat ke rumah sakit.
2. Pasien membawa surat rujukan dan kartu BPJS kesehatan ke unit rawat jalan rumah sakit yang dituju untuk di data.
3. Lalu pasien akan dibuatkan surat eligibilitas peserta (SEP) oleh petugas sebagai bukti bahwa pasien layak menerima pelayanan kesehatan rawat jalan di rumah sakit.

Catatan penting : surat rujukan dibutuhkan untuk pertama kali pengobatan ke rumah sakit (Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan) dan selanjutnya jika masih dianjurkan untuk kontrol atau berobat ulang tidak dibutuhkan lagi surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama akan tetapi menggunakan surat keterangan masih dalam perawatan. Jika

tidak dianjurkan lagi untuk kontrol berobat ulang maka akan diberikan surat rujuk balik ke fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Namun jika dalam kondisi darurat surat rujukan tidak diperlukan, pasien bisa langsung ke unit gawat darurat, dengan catatan kondisi gawat darurat yang sesuai dengan ketentuan BPJS Kesehatan.

Prosedur bertingkat ini yang sering dianggap sebagai sisi atau dampak negatif BPJS Kesehatan, karena dianggap terlalu berbelit-belit dan terkesan menyusahkan orang yang ingin berobat, tetapi kembali lagi setiap kebijakan pasti ada pertimbangannya, dengan diberlakukannya prosedur bertingkat ini pemerintah berharap hanya pasien yang benar-benar membutuhkan perawatan yang intensif saja yang dapat menggunakan fasilitas rumah sakit, tidak lucu jika ada pasien yang hanya sakit ringan dan meminta rawat inap kerumah sakit sedangkan pada saat yang sama ada pasien kritis yang membutuhkan perawatan secepatnya, bisa jadi pasien kritis ini tidak dapat ditangani karena fasilitas yang ada malah digunakan oleh pasien dengan penyakit ringan.

Bagaimana menurut Anda setelah mengetahui informasi sisi atau dampak negatif BPJS dan dampak positif BPJS, apakah prosedur tersebut akan berjalan dengan efektif atau pemerintah seharusnya mempermudah prosedur rawat jalan.

Meski layanan BPJS kesehatan memiliki dampak negatif BPJS dan dampak positif BPJS, namun kesetaraan pelayanan baik dari lapisan masyarakat kaya dan menengah ke bawah tetap diutamakan. Namun bagi Anda yang mampu secara finansial, lebih baik juga memiliki asuransi kesehatan sebagai pelengkap BPJS kesehatan. Dengan menggunakan kedua asuransi tersebut mudah-mudahan Anda bisa terlindungi dari resiko secara optimal. (Kompasiana.com)

TUGAS KELOMPOK

“BPJS & Digital Devid”

Mata Kuliah : *Ethical Issues in Electronic Information*

Dosen Pengasuh : M. Izman Herdiansyah, M.M., Ph.D



Disusun oleh :

- 1. RAJU SEPTA WIJAYA**
- 2. VIAN APRIADI DILATAMA**
- 3. ABI DAUD YUSUF**
- 4. RIYAN AMANDA**
- 5. ARVIAN SAPUTRA**

Reguler B Angkatan 19 (Sembilan Belas)

Program Pascasarjana Magister Teknik Informatika

Universitas Bina Darma Palembang

2019

Lakukan analisis "Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul"

Jawab :

Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS.

Teknologi pada zaman sekarang ini sudah sangat pesat perkembangannya. Bukan hanya dalam mencari informasi, tetapi memudahkan kita dalam menyelesaikan pekerjaan yang pada zaman sekarang semuanya sudah sistem teknologi. Bukan hanya teknologi yang mengikuti perkembangan, tetapi juga kita sebagai pengguna. Dimana pada zaman sekarang ini yang semuanya sistem praktis maka kita juga harus memahami dan mempelajari bagaimana perkembangan teknologi tersebut.

Teknologi komputer misalnya, banyak mengubah alat-alat kedokteran. Semua informasi medis, termasuk yang dihasilkan dari sinar X, tes laboratorium, dan monitor detak jantung, dapat ditransmisikan ke dokter lain dalam format digital.

Teknologi transfer gambar juga menjadikan gambar radiologi, misal CT scan dan MRI, bisa segera dikirim ke diagram elektronik dan meja dokter. Pasien rawat intensif, yang selalu dimonitor perawat selama istirahat, juga dapat dimonitor oleh dokter melalui "menara kontrol" dari jarak jauh.

Telemedicine (pengobatan jarak jauh), yaitu perawatan yang diberikan melalui telekomunikasi juga turut membantu dunia kedokteran. Sekarang Telemedicine telah di implementasikan oleh administrator penjara amerika, tempat di mana tahanan diberi jaminan perawatan medis karena jumlah tahanan semakin banyak maka biaya kesehatan pun perlu dikontrol.

Rekam medik elektronik dan perangkat komputerisasi lainnya membuat pasien serangan jantung bisa mendapatkan obat yang sesuai, dan kadar gula darah pasien diabetes pun bisa terukur. Setiap kali kita mengunjungi seorang dokter atau pergi kerumah sakit dan setiap kali kita mengisi formulir, informasi tentang kunjungan kita dan obat (resep) yang kita terima akan menjadi bagian dari satu atau lebih database tentang sejarah kesehatan pribadi kita. Di beberapa kantor praktik dokter, diagnosis dicatat pada kertas file folder sedangkan kantor praktik lainnya mencatatnya pada komputer. Di masa yang akan datang semua praktik Dokter sebaiknya menggunakan komputerisasi untuk memudahkan dalam mengakses database pasiennya.

Sebagai mahasiswa yang sangat berperan aktif dalam perkembangan dan teknologi informasi terhadap pelayanan kesehatan, kita juga harus mengetahui dampak positif dan negatif dari teknologi informasi yang berkembang antara lain:

Dampak Positif

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital, memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun.

Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.

2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.

Menilik ke belakang, pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.

3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggaman

Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggaman, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut. Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.

4. Perkembangan keilmuan/riset

Perkembangan teknologi informasi juga merambahi keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi

peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

5. Penurunan biaya/efisiensi

Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya.

Dampak Negatif

1. Resiko terjadinya penyakit baru.

Penggunaan alat-alat canggih menyimpan resiko yang mengancam kesehatan. Misalnya pada laboratorium diagnostik dengan tingkat radiasi yang tinggi. Bukan hanya alat yang canggih, bahkan komputer yang setiap hari digunakan juga memiliki efek radiasi.

2. Pemberitaan yang kurang tepat

Perkembangan TI membuat mudahnya transfer informasi, hingga tiba ke tangan masyarakat. Namun tidak menutup kemungkinan akan ada pemberitaan yang tidak tepat dan tidak bertanggung jawab, sehingga memberikan pengetahuan yang salah kepada masyarakat.

3. Kesalahan persepsi

Informasi banyak disampaikan melalui berbagai media. Setiap orang belum tentu memiliki pemahaman yang sama dengan yang dimaksudkan oleh pembuat informasi. Hal ini menyebabkan kesalahan persepsi, sehingga esensi penyampaian informasi tidak tercapai. Bisa jadi karena pemilihan tata bahasa atau cara penyampaian yang tidak tepat.

4. Biaya mahal

Sebagai konsekuensi dari penggunaan teknologi canggih, ada jumlah biaya yang harus dikeluarkan.

Dalam hal ini disinilah kita sebagai mahasiswa harus berperan lebih aktif lagi dalam proses kemajuan dan perkembangan teknologi. Kita dapat lebih peka, terutama kita sebagai petugas pelayanan kesehatan dimana masyarakat banyak membutuhkan kita. Kita bisa lebih aktif dalam mempelajari perkembangan teknologi dalam meminimalisir kesalahan dan dampak-dampak negatif yang di timbulkan teknologi informasi sekarang. Misalnya dengan kita memahami peran kita di tengah-tengah masyarakat kita bisa membangun kesehatan yang berkualitas dengan intelektual dan keterampilan kita. Seperti

pada jurusan Rekam Medis yang mempelajari tentang “Teknologi Informasi Pada Pelayanan Kesehatan” mahasiswa dapat mempelajari tentang pelayanan kesehatan lebih dalam lagi. Seperti menggunakan keterampilan dalam mendesain formulir-formulir atau sistem komputerisasi yang diperlukan untuk melayani pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, klinik, dll. Ini dapat mempermudah pekerjaan dalam melayani masyarakat yang dapat mengefisiensasikan waktu dan meningkatkan efektivitasnya. Disinilah mahasiswa dapat mengasah keterampilan dan ide-ide kreatif mereka yang bisa sangat berguna dalam pelayanan kesehatan baik sekarang atau pun masa depan. Dan dari hal-hal yang kecil yang bisa kita perbuat untuk memberi keuntungan pada masyarakat sebagai petugas pelayanan kesehatan maka bisa berdampak baik di kemudian harinya.

Dampak kenaikan iuran BPJS

Choesni menilai bahwa penyesuaian iuran tersebut akan memberikan dampak yang beragam, baik bagi BPJS Kesehatan, keberlangsungan program JKN, maupun bagi masyarakat selaku peserta.

1. Peningkatan jumlah peserta non aktif, khususnya di segmen mandiri atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBU) dan Bukan Pekerja (BP). Berdasarkan data BPJS Kesehatan, saat ini terdapat sekitar 46% peserta yang tidak aktif. Dia pun menyampaikan bahwa dampak lain yang dapat muncul adalah calon peserta enggan mendaftarkan diri ke BPJS Kesehatan. Hal tersebut menurutnya perlu diantisipasi meskipun berdasarkan regulasi seluruh masyarakat Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan.
2. Selain itu, dampak lain dari penyesuaian iuran adalah kualitas pelayanan kepada peserta akan meningkat. Hal tersebut sejalan dengan dampak lainnya yakni pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan akan terjamin, seiring membaiknya arus kas BPJS Kesehatan.
3. "Dampak lainnya adalah keberlanjutan program JKN. Dengan penyesuaian iuran, ditargetkan akumulasi surplus sebesar Rp4,4 triliun pada akhir 2021, dengan catatan pemerintah mengatasi seluruh defisit per akhir 2019," ujar Choesni.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan dan Isu Perbaikan Layanan

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini tentu menimbulkan polemik di tengah masyarakat. Respons masyarakat rata-rata keberatan dengan kenaikan yang akan dimulai pada 1 Januari 2020 mendatang ini. Publik menyandingkan kualitas pelayanan yang dinilai masih banyak masalah dengan rencana kenaikan iuran hingga 100 persen tersebut.

Pilihan menaikkan iuran BPJS Kesehatan ini memang pilihan sulit yang ditempuh pemerintah. Meski sejumlah hal sebenarnya dapat ditempuh oleh pengelola BPJS Kesehatan serta pemerintah sebelum mengambil keputusan menaikkan besaran iuran BPJS Kesehatan. Bila pun iuran naik, jumlahnya dapat ditekan agar tak tembus hingga 100 persen besaran kenaikannya.

Sejumlah hal yang bisa dilakukan tak lain melakukan koreksi total di internal pengelolaan BPJS Kesehatan. Temuan BPK yang mengkonfirmasi tentang potensi kecurangan (*fraud*) yang dilakukan pihak rumah sakit semestinya menjadi catatan serius pihak BPJS Kesehatan. Apalagi, KPK dan Kementerian Kesehatan telah membentuk Satuan Tugas Anti-*Fraud*.

Untuk mengatasi masalah tersebut, semestinya BPJS Kesehatan meninjau paket Indonesia Case Base Groups (INA CBGs) dan kapitasi yang berbasis kinerja. Tidak sekadar itu, Kementerian Kesehatan juga dapat membuat *Standard Operasional Procedure* (SOP) yang memuat penerimaan hingga pemulangan pasien (*clinical pathway*). Dalam catatan kami, masalah tersebut masih sedikit dicantumkan dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK)

Langkah perbaikan lainnya, para *stakeholder* agar segera merealisasikan pembentukan sistem yang kukuh sebagaimana hasil kesepakatan pemahaman (*memorandum of understanding*) antara KPK, Kemenkes, dan BPJS Kesehatan. Rencana penerbitan tiga regulasi yakni pedoman pencegahan *fraud*, deteksi dini *fraud*, serta penanganan *fraud* semestinya dapat segera direalisasikan. Namun sayangnya hingga Perpres No 75 tahun 2019 terbit, regulasi yang mendorong perbaikan di internal BPJS itu tak kunjung terbit.

Cara lainnya yang semestinya juga dilakukan pemerintah dan *stakeholder* sebelum memutuskan kenaikan iuran BPJS Kesehatan dengan melakukan sejumlah langkah nyata. Setidaknya, berbagai upaya tersebut dimaksudkan untuk menekan besaran kenaikan yang memang dirasa memberatkan masyarakat.

Ikhtiar yang dapat ditempuh di antaranya pemerintah pusat melakukan kolaborasi dengan program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang dimiliki pemerintah daerah agar kenaikan itu dapat dicegah atau setidaknya besaran kenaikannya tidak mencapai 100 persen sebagaimana tercantum dalam Perpres 75 Tahun 2019.

Sayangnya, pola kolaborasi tersebut tak bisa ditempuh. Karena pemerintah dalam hal ini Kementerian Dalam Negeri melalui Permendagri No 33 Tahun 2019 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun 2020 menerapkan program *Universal Health Coverage* (UHC), yakni pengintegrasian program jaminan kesehatan antara pusat dan daerah. Dengan kata lain, Pemda tak lagi diperkenankan mengelola jaminan kesehatan yang memiliki manfaat yang sama dengan jaminan kesehatan tingkat nasional.

Ikhtiar lainnya yang juga dapat ditempuh pemerintah dengan meningkatkan kepesertaan BPJS Kesehatan dengan melakukan penyisiran terhadap perusahaan-perusahaan atau pemberi kerja yang belum memberi fasilitas BPJS Kesehatan kepada karyawannya. Langkah ini diyakini akan meningkatkan kepesertaan masyarakat dan tentunya memberi dampak pendisiplinan dalam pembayaran iuran.

Problema etika terhadap pelayanan bpjs

1. Persoalan BPJS Kesehatan sudah muncul sejak proses aktivasi kartu. BPJS menerapkan aturan bahwa kartu pengguna BPJS baru bisa aktif sepekan setelah pendaftaran diterima. "Padahal sakit menimpa tanpa terduga dan tak mungkin bisa ditunda," ujar Harli di Jakarta, Ahad, 9 Agustus 2015.
2. Rujukan lembaga jasa kesehatan yang ditunjuk BPJS Kesehatan juga disebut terbatas dan tidak fleksibel. Peserta BPJS hanya boleh memilih satu fasilitas kesehatan untuk memperoleh rujukan dan tak bisa ke faskes lain meski sama-sama bekerja sama dengan BPJS. Keterbatasan itu, menyulitkan orang yang sering bepergian dan bekerja di tempat jauh.
3. Rumitnya alur pelayanan BPJS Kesehatan karena menerapkan alur pelayanan berjenjang. Sebelum ke rumah sakit, peserta wajib terlebih dulu ke faskes tingkat pertama, yaitu puskesmas.
4. Banyak peserta BPJS mengeluhkan pembayaran biaya pengobatan yang tak ditanggung sepenuhnya oleh BPJS. sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS seharusnya menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasar asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia.

TUGAS BPJS DAN DIGITAL DIVIDE



OLEH

- 1. DWI SEPTYA PUTRI**
- 2. RIDUAN SYAHRI**
- 3. RUMONDANG MARTHA A**
- 4. TRI SUSANTI**

KELAS : REGULER A R1
MATA KULIAH : ETHICAL ISSUES IN ELECTRONIC INFORMATION SYSTEMS

PROGRAM STUDI MAGISTER TEKNIK INFORMATIKA S2

UNIVERSITAS BINA DARMA

TAHUN AKADEMIK 2019/2020

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan telah resmi diteken Presiden Jokowi melalui Peraturan Presiden (Perpres) No 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Perpres No 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pada 24 Oktober lalu. Pada Pasal 34 Perpres tersebut disebutkan kenaikan iuran BPJS Kesehatan hingga 100%. Kelas I dari Rp 80.000 menjadi Rp 160.000, Kelas II dari Rp 51.000 menjadi Rp 110.000, Kelas III dari Rp 25.500 menjadi Rp 42.000.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini tentu menimbulkan polemik di tengah masyarakat. Respons masyarakat rata-rata keberatan dengan kenaikan yang akan dimulai pada 1 Januari 2020 mendatang ini. Publik menyandingkan kualitas pelayanan yang dinilai masih banyak masalah dengan rencana kenaikan iuran hingga 100 persen tersebut.

Pilihan menaikkan iuran BPJS Kesehatan ini memang pilihan sulit yang ditempuh pemerintah. Meski sejumlah hal sebenarnya dapat ditempuh oleh pengelola BPJS Kesehatan serta pemerintah sebelum mengambil keputusan menaikkan besaran iuran BPJS Kesehatan. Bila pun iuran naik, jumlahnya dapat ditekan agar tak tembus hingga 100 persen besaran kenaikannya.

Sejumlah hal yang bisa dilakukan tak lain melakukan koreksi total di internal pengelolaan BPJS Kesehatan. Temuan BPK yang mengkonfirmasi tentang potensi kecurangan (*fraud*) yang dilakukan pihak rumah sakit semestinya menjadi catatan serius pihak BPJS Kesehatan. Apalagi, KPK dan Kementerian Kesehatan telah membentuk Satuan Tugas Anti-*Fraud*.

Untuk mengatasi masalah tersebut, semestinya BPJS Kesehatan meninjau paket Indonesia Case Base Groups (INA CBGs) dan kapitasi yang berbasis kinerja. Tidak sekadar itu, Kementerian Kesehatan juga dapat membuat *Standard Operasional Procedure* (SOP) yang memuat penerimaan hingga pemulangan pasien (*clinical pathway*). Dalam catatan kami, masalah tersebut masih sedikit dicantumkan dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK)

Langkah perbaikan lainnya, para *stakeholder* agar segera merealisasikan pembentukan sistem yang kukuh sebagaimana hasil kesepakatan pemahaman (*memorandum of understanding*) antara KPK, Kemenkes, dan BPJS Kesehatan. Rencana penerbitan tiga regulasi yakni pedoman pencegahan *fraud*, deteksi dini *fraud*, serta penanganan *fraud* semestinya dapat segera direalisasikan. Namun sayangnya hingga Perpres No 75 tahun 2019 terbit, regulasi yang mendorong perbaikan di internal BPJS itu tak kunjung terbit.

Cara lainnya yang semestinya juga dilakukan pemerintah dan *stakeholder* sebelum memutuskan kenaikan iuran BPJS Kesehatan dengan melakukan sejumlah langkah nyata. Setidaknya, berbagai upaya tersebut dimaksudkan untuk menekan besaran kenaikan yang memang dirasa memberatkan masyarakat.

Ikhtiar yang dapat ditempuh di antaranya pemerintah pusat melakukan kolaborasi dengan program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang dimiliki pemerintah daerah agar kenaikan itu dapat dicegah atau setidaknya besaran kenaikannya tidak mencapai 100 persen sebagaimana tercantum dalam Perpres 75 Tahun 2019.

Sayangnya, pola kolaborasi tersebut tak bisa ditempuh. Karena pemerintah dalam hal ini Kementerian Dalam Negeri melalui Permendagri No 33 Tahun 2019 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun 2020 menerapkan program *Universal Health Coverage* (UHC), yakni pengintegrasian program jaminan kesehatan antara pusat dan daerah. Dengan kata lain, Pemda tak lagi diperkenankan mengelola jaminan kesehatan yang memiliki manfaat yang sama dengan jaminan kesehatan tingkat nasional.

Ikhtiar lainnya yang juga dapat ditempuh pemerintah dengan meningkatkan kepesertaan BPJS Kesehatan dengan melakukan penyisiran terhadap perusahaan-perusahaan atau pemberi kerja yang belum memberi fasilitas BPJS Kesehatan kepada karyawannya. Langkah ini diyakini akan meningkatkan kepesertaan masyarakat dan tentunya memberi dampak pendisiplinan dalam pembayaran iuran.

ANCAMAN TERHADAP ETIKA TEKNOLOGI INFORMASI PADA BPJS

Untuk mendukung pelayanan yang maksimal BPJS telah memanfaatkan teknologi informasi dalam praktiknya. Salah satunya yaitu aplikasi mobile JKN yang dirilis 2018 lalu. Mobile JKN ini diluncurkan demi mempermudah masyarakat dalam menikmati layanan JKN-KIS tanpa perlu datang ke kantor cabang atau pusat BPJS. Masyarakat hanya perlu mengakses JKN Mobile melalui ponsel saja, yang bisa diakses kapan saja dan dimana saja.

Adapun ancaman terhadap aplikasi tersebut adalah sebagai berikut:

1. Unauthorized Access to Computer System and Service

Pada kejahatan ini dilakukan dengan memasuki/menyusup ke dalam suatu sistem jaringan komputer secara tidak sah, tanpa izin atau tanpa sepengetahuan dari pemilik sistem jaringan komputer yang dimasukinya. Biasanya pelaku kejahatan (hacker) melakukannya dengan maksud sabotase ataupun pencurian informasi penting dan rahasia. Namun begitu, ada juga yang melakukannya hanya karena merasa tertantang untuk mencoba keahliannya menembus suatu sistem yang memiliki tingkat proteksi tinggi. Kejahatan ini semakin marak dengan berkembangnya teknologi Internet/intranet. Kita tentu belum lupa ketika masalah Timor Timur sedang hangat-hangatnya dibicarakan di tingkat internasional, beberapa website milik pemerintah RI dirusak oleh hacker (. Beberapa waktu lalu, hacker juga telah berhasil menembus masuk ke dalam data base berisi data para pengguna jasa America Online (AOL), sebuah perusahaan Amerika Serikat yang bergerak dibidang ecommerce yang memiliki tingkat kerahasiaan tinggi. Situs Federal Bureau of Investigation (FBI) juga tidak luput dari serangan para hacker, yang mengakibatkan tidak berfungsinya situs ini beberapa waktu lamanya.

2. Illegal Contents

Kejahatan ini merupakan kejahatan dengan memasukkan data atau informasi ke Internet tentang sesuatu hal yang tidak benar, tidak etis, dan dapat dianggap melanggar hukum atau mengganggu ketertiban umum. Sebagai contohnya,

pemuatan suatu berita bohong atau fitnah yang akan menghancurkan martabat atau harga diri pihak lain, hal-hal yang berhubungan dengan pornografi atau pemuatan suatu informasi yang merupakan rahasia negara, agitasi dan propaganda untuk melawan pemerintahan yang sah dan sebagainya.

3. Data Forgery

Kejahatan ini merupakan kejahatan dengan memalsukan data pada dokumen-dokumen penting yang tersimpan sebagai scripless document melalui Internet. Kejahatan ini biasanya ditujukan pada dokumen-dokumen e-commerce dengan membuat seolah-olah terjadi “salah ketik” yang pada akhirnya akan menguntungkan pelaku karena korban akan memasukkan data pribadi dan nomor kartu kredit yang dapat saja disalah gunakan.

“Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul”

Dampak teknologi informasi terhadap biaya layanan BPJS, dari segi layanan untuk pembayaran iuran, anggota BPJS sangat dimudahkan karena untuk pembayaran iuran dapat dilakukan dimana saja melalui minimarket (indomaret dan alfamart), kantor pos, semua ATM Bank, atau dengan cara *autodebet* melalui aplikasi *mobile* JKN yang dibuat oleh pihak BPJS bahkan melalui smartphone pun sudah bisa melakukan pembayaran iuran. Selain itu dari segi layanan publik untuk pengaduan BPJS sudah membuat layanan untuk pengaduan di aplikasi *mobile* JKN atau pun melalui semua akun sosial media yang dimiliki oleh BPJS.

Tetapi untuk layanan terhadap anggota BPJS yang sakit masih belum berjalan dengan baik sedangkan biaya iuran terus mengalami kenaikan. Seperti yang belum lama ini terjadi, berdasarkan Perpres 75 Tahun 2019 yang memuat perubahan iuran program Jaminan Kesehatan Nasional, iuran peserta PBU dan Bukan Pekerja (BP) kelas I naik dari sebelumnya Rp 80.000 menjadi Rp160.000, kelas II naik dari Rp 55.000 menjadi Rp110.000, dan kelas III dari Rp 25.500 menjadi Rp42.000. Ini disebabkan karena BPJS mengalami defisit, hal ini juga membuat masyarakat menjadi keberatan meskipun pemerintah telah memberikan solusi untuk pindah kelas bagi setiap anggota BPJS yang merasa keberatan dengan penetapan biaya iuran tersebut.

Kemudian ada kemungkinan muncul masalah etik yang muncul dari BPJS ini:

Masalah etik terhadap pasien anggota BPJS:

1. Terkait fasilitas kesehatan

Fasilitas kesehatan yang ditawarkan kepada pasien ada dua, yaitu Fasilitas kesehatan I dan Fasilitas kesehatan II. Pasien hanya diperbolehkan untuk memilih satu dari tiap-tiap Fasilitas kesehatan sesuai dengan wilayah pasien tinggal. Satu Fasilitas kesehatan I dan satu Fasilitas kesehatan II. Kondisi ini tentu saja merugikan. Sebab kalau Fasilitas kesehatan I yang berada di wilayah pasien tinggal tidak memuaskan, pasien tidak bisa berobat di Fasilitas kesehatan I lainnya, kecuali mengurus kepindahan Fasilitas kesehatan. Lokasi Fasilitas kesehatan juga dapat menimbulkan masalah baru. Bayangkan saja jika jarak lokasi Fasilitas kesehatan dengan lokasi tempat tinggal pasien

sangat jauh, hal ini tentu saja akan memakan waktu berjam-jam. Akibatnya, pasien bisa mendapatkan pelayanan yang layak.

2. Terkait rumah sakit yang berkerjasama dengan BPJS

Pasien hanya diperbolehkan untuk mendapat pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dirujuk pihak BPJS. Bila rumah sakit tersebut tidak bekerja sama dengan BPJS, pasien yang mau berobat akan ditolak. Mau tidak mau pasien harus berusaha mencari daftar rumah sakit rekanan demi mendapat pelayanan rumah sakit yang cepat dan layak.

3. Terkait rumah sakit rujukan

Sistem yang diberlakukan BPJS Kesehatan adalah sistem rujukan jenjang tertentu. Pasien yang ingin menikmati fasilitas kesehatan dari rumah sakit harus mendapat surat rujukan terlebih dahulu dari Fasilitas Kesehatan I (Faskes I), seperti puskesmas, dokter keluarga, dan klinik BPJS. Surat rujukan tersebut mendapat pengecualian untuk pasien yang sedang dalam kondisi gawat darurat. Beruntunglah jika Faskes I sedang tidak sibuk melayani sejuta masyarakat. Bila Faskes I sedang sibuk, pasien yang membutuhkan pertolongan dari pihak rumah sakit pun bisa saja sekarat karena sudah kelamaan menunggu surat rujukan tersebut. Masalah ini sering terjadi di masyarakat.

4. Perihal pembagian kelas perawatan. Pembagian kelas perawatan rawat inap yang ada saat ini dinilai tidak sesuai. Sebetulnya kelas perawatan bagi peserta yang membutuhkan rawat inap menggunakan kelas standar tanpa ada pembagian kelas. Pembagian kelas I, II dan III sebagaimana berlangsung saat ini berdampak terhadap diskriminasi pelayanan karena tarif yang dibayar berbeda, tergantung kelas perawatannya

Masalah etis yang mungkin muncul terhadap dokter :

1. Kewenangan dokter dalam melakukan tindakan medis diintervensi dan direduksi (dikurangi, dibatasi)
2. Perdirjampel BPJS Kesehatan berpotensi meningkatkan konflik antara dokter dengan pasien. Hubungan antara dokter dengan fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) pun dapat terganggu. Berikut isi Perdirjampel BPJS Adapun isi dari Perdirjampel BPJS Kesehatan nomor, 2, 3, dan 5 tahun 2018, sebagai berikut:
 - Bayi baru lahir dengan kondisi sehat post operasi caesar maupun per vaginam dengan/atau tanpa penyulit dibayar dalam 1 paket persalinan.

- Penderita penyakit katarak dijamin BPJS Kesehatan apabila visus kurang dari 6/18 dan jumlah operasi katarak dibatasi dengan kuota.
- Tindakan rehabilitasi medis dibatasi maksimal 2 kali per minggu (8 kali dalam 1 bulan).

Sesuai perpres nomor 12 tahun 2013 pasal 22 dan pasal 25, IDI menilai, semua jenis penyakit harusnya dijamin oleh BPJS Kesehatan, tidak hanya penyakit katarak.

Nama : Sulistiyani / 182420044

Mk : ethical issues in electronic information system

Lima tahun implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS), inovasi layanan digital berkembang pesat. Bahkan mulai terasa mengubah tatanan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Dalam implementasi JKN-KIS, ekosistem teknologi informasi secara alamiah terbentuk di tengah tantangan revolusi industri 4.0.

Berbagai layanan digital yang tumbuh di era JKN-KIS akan mendobrak dan mengubah cara berpikir masyarakat, lebih jauh akan membawa revolusi besar dalam tatanan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Hal tersebut harus mulai diadaptasi oleh pihak yang terlibat dalam program JKN-KIS. Mulai dari peserta, fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, dan seluruh pemangku kepentingan lain, berubah menuju digitalisasi pelayanan kesehatan.

BPJS Kesehatan mengembangkan berbagai aplikasi yang diharapkan dapat mendukung keberlangsungan program ini. Setidaknya ada lima ekspektasi peserta dari pelayanan JKN, di antaranya kemudahan memperoleh informasi terkait JKN-KIS, kemudahan dan kecepatan mendaftar, kemudahan dan kepastian membayar iuran, mendapat jaminan di fasilitas kesehatan, serta menyampaikan keluhan dan memperoleh solusi.

Dari sisi kemudahan dalam memperoleh informasi, BPJS Kesehatan mengembangkan aplikasi Mobile JKN. Mobile JKN adalah *one stop service* yang terus dikembangkan BPJS Kesehatan dan dapat digunakan untuk memperoleh informasi, mendaftarkan diri, membayar iuran, mengetahui informasi kepesertaan, informasi kesehatan (*tele consulting*), dan ke depan akan dikembangkan sistem antrian pelayanan kesehatan.

Di sisi kemudahan pendaftaran, telah dikembangkan banyak kanal pendaftaran khususnya berbasis teknologi informasi, yaitu pendaftaran secara *online*, melalui Mobile JKN, melalui BPJS Kesehatan Care Center 1500400. BPJS Kesehatan juga mengembangkan elektronik data badan usaha (*e-Dabu*) untuk pendaftaran peserta kategori pekerja penerima upah (PPU) yang memudahkan pemberi kerja untuk mendaftarkan serta meng-*update* data peserta.

Dari sisi kemudahan dan kepastian pembayaran iuran, dapat dilakukan melalui autodebit baik melalui bank maupun non-bank via aplikasi Mobile JKN, *e-commerce*, dan

lain-lain. Saat ini sebanyak 686.735 kanal pembayaran iuran dapat dipilih dan dimanfaatkan peserta JKN-KIS.

Dari sisi pelayanan kesehatan, pemanfaatan teknologi dikembangkan mulai dari penggunaan aplikasi Health Facilities Information System (HFIS), rujukan *online*, klaim digital (Vedika), pemanfaatan *finger print* di fasilitas kesehatan, serta deteksi potensi *fraud* melalui analisis data klaim (Defrada).

Pengembangan ini diimplementasikan agar pelayanan kesehatan yang diterima peserta efektif, efisien, namun tetap mengedepankan mutu dan kualitas.

Dari sisi kemudahan menyampaikan keluhan, BPJS Kesehatan mengembangkan aplikasi Sistem Informasi Penanganan Pengaduan (SIPP) yang terintegrasi baik di fasilitas kesehatan, kantor cabang BPJS Kesehatan, Mobile JKN, BPJS Kesehatan Care Center 1500400, *website*, dan Laporan!. Pengelolaan Pengaduan ini mendapat apresiasi dari Kemenpan-RB di 2018. BPJS Kesehatan menjadi 10 lembaga terbaik dalam pengelolaan pengaduan pelayanan publik.

DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Kelompok 4

- 1. Ahkmad Ipandy**
- 2. Erin Efriansyah**
- 3. Fero Triando**
- 4. Tri Akhyari Romadhon**

PENYEBAB MENINGKATNYA BIAYA KESEHATAN

- Pola penyakit degeneratif
- Orientasi pada pembiayaan kuratif
- Pembayaran *out of pocket* secara individual
- *Service* yang ditentukan oleh provider
- Teknologi canggih
- Perkembangan spesialisasi ilmu kedokteran
- **Tingkat Inflasi**

Biaya kesehatan yang tinggi

```
graph TD; A[Biaya kesehatan yang tinggi] --> B[Kemampuan masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan]; B --> C[Tingkat / derajat kesehatan rendah]; C --> D[Di Indonesia tingkat kesehatan masih relatif rendah di Asia Tenggara];
```

Kemampuan masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan

Tingkat / derajat kesehatan rendah

Di Indonesia tingkat kesehatan masih relatif rendah di Asia Tenggara

PERBANDINGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Negara	MM R	GNP/ Kapita (US\$)	Biaya Kes per kap (US\$)	Urutan Biaya Kesehatan	Cakupan Asuransi
1. Malaysia	39	3.400	110	93	100%
2. Thailand	44	1.960	133	64	80%
3. Srilangka	60	820	25	138	-
4. Vietnam	160	370	17	182	-
5. Philipine	170	1.020	40	124	60%
6. Myanmar	230	220	100	136	-
7. Indonesia	390	580	18	154	16%

Faktor Yang Berhubungan Dengan Biaya Layanan Kesehatan :

- Jumlah tempat tidur
- Jenis penderita → klasifikasi diagnostik
- Tindakan & pemeriksaan penunjang
- Berat ringannya penyakit → jumlah operasi
- Upah kepada sumber daya rumah sakit
- Jumlah penderita rawat jalan
- Dan lain-lain

ANALISIS BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

PENGERTIAN BIAYA

- Biaya (Cost) adalah semua pengorbanan yang dikeluarkan untuk memproduksi atau memperoleh suatu komoditi.
- Biaya adalah nilai dari sejumlah input (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (output).
- Dalam bidang kesehatan produk yang dihasilkan adalah jasa pelayanan kesehatan,

Misal di rumah sakit produk outputnya adalah pelayanan rawat jalan, rawat inap, laboratorium, radiologi, kamar bedah dan lain-lain

KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

1. Mengetahui struktur biaya menurut jenis dan lokasi biaya ditempatkan, sbg bahan pertimbangan dalam pengendalian biaya yang dikeluarkan.
 - Unit yg mengeluarkan banyak biaya
2. Mengetahui biaya satuan
 - Besarnya Tarif Pelayanan Yg Diberikan
 - Tarif Rasional Atau Tidak
 - Profit, rugi atau BEP
 - Cost Recovery
3. Bahan pertimbangan dalam menyusun anggaran
4. Mendapatkan informasi tentang biaya total rumah sakit dan sumber pembiayaan serta komponennya.

LANJUTAN KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

5. Menilai performance keuangan rumah sakit secara keseluruhan, sekaligus sebagai bahan pertanggungjawaban
6. Menentukan tarif dari berbagai jenis pelayanan rumah sakit tergantung dari tujuan dan jenisnya
7. Peningkatan efesiensi
8. Secara mikro
Analisis biaya dapat dimanfaatkan sebagai bahan pertimbangan atau negosiasi dengan pembayaran pihak ketiga

ANALISIS SWOT

Strengthness

1. Memiliki sifat kepersertaan yang WAJIB untuk seluruh penduduk Indonesia. Hal ini akan membuat BPJS menjadi sebuah layanan kesehatan yang menjamin seluruh penduduk Indonesia untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Menggunakan prinsipnya gotong royong (yaitu semua golongan wajib ikut tergabung baik kaya-miskin, sehat-sakit, ataupun muda-tua) sehingga tidak terlalu membebankan suatu pihak untuk tergabung dalam program BPJS.
3. Diatur oleh undang-undang. Sehingga dalam pelaksanaannya, BPJS tidak mengejar profit.
4. BPJS menjamin premi yang murah untuk setiap paket pelayanan yang sama. Tidak seperti asuransi komersial yang akan menghitung premi sesuai risiko tiap peserta, yang mana jika risiko sakit semakin tinggi, maka premi di setting lebih mahal.
5. Manfaat jaminan menyeluruh mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.
6. Dengan adanya BPJS ini maka seluruh warga Indonesia berkesempatan besar untuk memproteksi kesehatan mereka dengan lebih baik.

- Weakness

1. Pasal 14 ayat 2 UU SJSN menyebutkan bahwa “Penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu” namun sampai saat ini belum ada ketentuan yang mengatur kategori fakir miskin, miskin, dan hampir miskin. Aturan mengenai hal tersebut diperlukan karena setiap orang mempunyai persepsi berbeda terhadap kategori miskin tersebut, ditambah lagi sebagian besar orang Indonesia lebih suka bertingkah “memiskinkan” diri.
2. Semakin meningkatnya animo masyarakat yang ingin ikut tergabung dalam BPJS tidak diimbangi dengan ketersediaan SDM yang memadai di BPJS Kesehatan. Minimnya SDM akan membuat para pekerja kelimpungan ketika memberikan pelayanan kepada peserta BPJS yang menumpuk dengan antrian yang panjang sehingga berpengaruh pada kualitas hasil pekerjaan.
3. Kelemahan BPJS dari segi pelayanan kesehatan (menurut peserta):
 - Pasien dengan penyakit kronis hanya diberikan obat kurang dari 30 hari (hanya untuk 3-7 hari) sehingga pasien harus berulang kali ke RS
 - Terdapat beberapa RS yang masih mengenakan OOP bagi pasien
 - Peserta belum memahami hak dan kewajibannya
 - Rujukan berjenjang belum dapat berjalan secara optimal

4. Kelemahan dari segi faskes :

- Penggunaan aplikasi P-Care di Puskesmas belum berjalan secara optimal, kebanyakan puskesmas masih menggunakan SIMPUS
- E-Catalog belum tersedia, sehingga mempengaruhi pelayanan obat di RS
- Tarif INA CBG's belum memadai, khususnya bagi RS Swasta
- Penerapan iur biaya di klinik rawat jalan di RS Swasta

5. Kurangnya sosialisasi mengenai BPJS

6. Prinsip kegotongroyongan yang masih belum diterapkan sepenuhnya

7. Belum tersedianya data jumlah yang jelas tentang peserta yang mengikuti asuransi swasta

- *Opportunities*

1. Masyarakat Indonesia yang ingin memiliki jaminan kesehatan meningkat drastis. Hal ini dikarenakan adanya hukum ekonomi, dimana jika harga menurun, maka permintaan akan naik. Sama halnya dengan BPJS ini, karena harga pelayanan kesehatan menjadi terjangkau dan dijamin oleh pemerintah, maka permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan juga akan meningkat.
2. Untuk mencapai target terwujudnya seluruh masyarakat Indonesia yang terjamin oleh BPJS, dilakukan secara bertahap sejak tahun 2014 -2019. Kepesertaan BPJS dimulai dengan menggabungkan peserta Askes Sosial, Jamkesmas, Jamkesda, dan Jamsostek.
3. Program BPJS didukung oleh berbagai pihak, seperti AUSAID (badan utama Pemerintah Australia dalam perang global untuk memberantas kemiskinan) dan GIZ.(perusahaan Internasional milik pemerintah federal Jerman tujuannya mewujudkan pembangunan berkelanjutan)

- Threats

1. Belum semua instansi dan komponen yang terkait dengan pelaksanaan BPJS memiliki kesadaran penuh dan peduli terhadap pelaksanaan BPJS yang lebih baik.
2. Terdapat beberapa regulasi/kebijakan penting terkait pelaksanaan BPJS yang belum diterbitkan. Contohnya adalah regulasi tentang pemanfaatan kapitasi dan juknis/manlak/pedoman INA CBG's. Ketiadaan regulasi/kebijakan ini dapat menimbulkan dampak seperti ketidakseragaman pemahaman, sehingga implementasinya pun menjadi berbeda-beda. Selain itu, ketidakjelasan prosedur akibat belum adanya regulasi yang mengatur juga dapat memicu konflik antar pemangku kepentingan.
3. Risiko *adverse selection*, yaitu masyarakat menjadi peserta BPJS hanya karena ingin mendapatkan manfaat karena memiliki risiko tinggi terhadap penyakit. Risiko ini biasanya pada peserta mandiri (voluntary)
4. Pemahaman kebijakan/regulasi yang belum merata. Peserta BPJS terdiri atas penduduk dengan latar belakang pendidikan, pekerjaan, tingkat ekonomi, akses terhadap media dan teknologi, serta geografis yang berbeda-beda. Diversifikasi tersebut membuat pemahaman tentang regulasi yang berbeda-beda sehingga akan menimbulkan ekspektasi yang berbeda pula.

5. Sistem pembayaran INA CBG's belum dipahami oleh seluruh stakeholders
6. Perubahan pola pelayanan obat akibat perubahan sistem pembayaran, selain itu ketersediaan obat juga menjadi terkendala akibat E-catalog tidak diterbitkan bersamaan dengan formularium nasional dan beberapa RS tidak memiliki cukup dana operasional untuk menjamin ketersediaan obat sehingga menyebabkan terjadinya blocked account oleh distributor obat.
7. Peningkatan cakupan peserta BPJS tidak diimbangi dengan peningkatan jumlah faskes. Dampaknya, beban kerja faskes bertambah sehingga antrian pelayanan bertambah panjang. Selain itu distribusi nakes belum merata di seluruh Indonesia, terutama daerah rural
8. Kualitas faskes belum terstandardisasi.
9. Memicu terjadinya *morale hazard* (perubahan perilaku seseorang akibat telah merasa dijamin asuransi), sehingga dapat menyebabkan klaim BPJS yang tinggi.
10. Regulasi BPJS cenderung mencerminkan upaya kesehatan kuratif, karena sudah tercover asuransi, usaha penduduk Indonesia untuk melakukan upaya preventif menjadi minim.

Tahap-Tahap Analisis Biaya:

- 1. Menentukan bagian yang akan di analisis,**
- 2. Identifikasi semua biaya yang mungkin timbul,**
- 3. Analisis kegiatan pada unit /bagian yang secara logika biayanya timbul akibat peningkatan aktivitas di unit tersebut,**
- 4. Telusuri dan hitung semua biaya langsung yang terjadi**
- 5. Telusuri biaya tidak langsung dan hitung alokasi biaya tidak langsung untuk setiap unit / bagian**
- 6. Hitung unit cost per kegiatan dengan cara mengalokasikan total biaya (biaya langsung maupun biaya tidak langsung) ke setiap kegiatan yang ada**

PUSAT BIAYA

1. Pusat biaya produksi

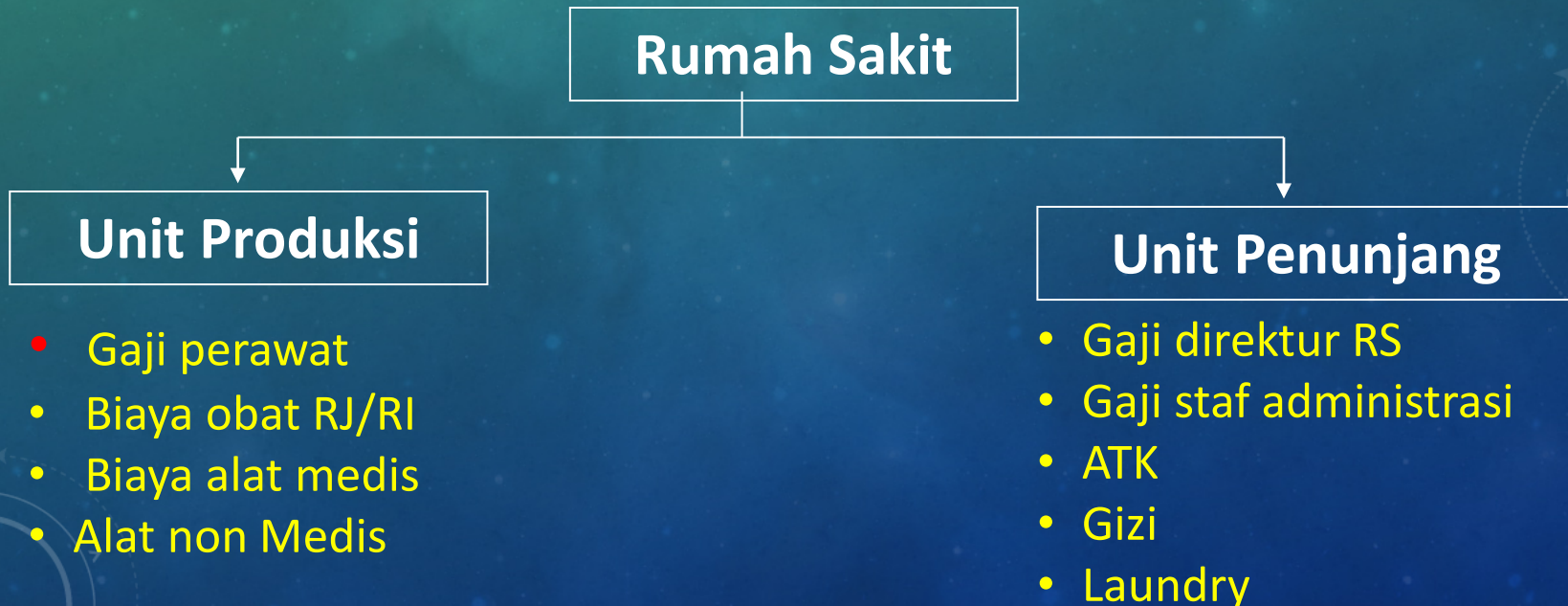
Unit yang secara langsung memberikan pelayanan kepada konsumen (menghasilkan pendapatan)

Ex: Rawat Inap, Rawat Jalan, Lab, dll

2. Pusat biaya penunjang

Unit yang tidak secara langsung memberikan pelayanan kepada konsumen (tidak menghasilkan pendapatan)

Co: Kantor, Laundry, Instalasi Gizi, dll



KOMPONEN BIAYA



PROBLEMA ETIKA

1. Banyak peserta menunggak iuran. Hanya bayar iuran ketika akan menggunakan layanan kesehatan BPJS
2. Tidak semua anggota keluarga membayar iuran. Hanya anggota keluarga yang akan berobat yang membayar.
3. Masih banyak masyarakat belum jadi peserta BPJS.



THANK YOU

Uci Suriani, 182420072

BPJS merupakan program pemerintah dalam bidang kesehatan yang merupakan singkatan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dimaksudkan untuk memudahkan masyarakat dalam memperoleh fasilitas kesehatan. BPJS tidak beda dengan Asuransi Kesehatan, karena BPJS merupakan perubahan dari Asuransi Kesehatan yang semula dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero) per tanggal 1 Januari 2014, adapun perubahan tersebut didasarkan pada Undang-undang no 24 tahun 2011 tentang BPJS. Selain bisa dibayarkan melalui loket, untuk memberikan kemudahan bagi masyarakat, maka pembayaran iuran BPJS pun bisa dilakukan secara online.

Ada beberapa tempat yang bisa Anda pilih untuk melakukan pembayaran iuran BPJS Kesehatan, yaitu:

- a. Kantor BPJS
- b. Kantor Pos
- c. Bank BRI, Mandiri, BTN, dan BNI beserta internet bankingnya
- d. ATM BRI, ATM Mandiri, ATM BTN, ATM BNI
- e. Alfamart, Indomaret, Circle K dan Seven Eleven
- f. Dompetku (uang elektronik dari Indosat)
- g. Loket pembayaran melalui PPOB atau Payment Point Online Bank dengan biaya administrasi Rp2.500.

Bagi Anda yang sudah terdaftar menjadi anggota BPJS Kesehatan maka disarankan untuk melakukan pembayaran secara tepat waktu paling lambat setiap tanggal 10 setiap bulannya. Karena jika melewati tanggal tersebut akan dikenakan denda sebesar 2 persen dari jumlah iuran. Adapun nominal yang harus dibayarkan tentunya disesuaikan dengan kelas yang dipilih, yaitu untuk Kelas I sebesar Rp 80 ribu, Kelas II sebesar Rp 51 ribu dan Kelas III sebesar Rp 30 ribu.

Keuntungan Bayar Iuran BPJS Online :

Jika dibandingkan dengan membayar iuran BPJS Kesehatan melalui loket, berikut ini adalah keuntungan jika membayar iuran BPJS secara online:

- a. Lebih praktis, karena pembayaran bisa dilakukan di mana saja selama ATM tersebut masuk dalam jaringan kerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- b. Lebih mudah, karena bisa mengajukan permohonan autodebit pada rekening bank Anda sehingga terhindar dari kemungkinan lupa membayar tepat waktu karena secara otomatis saldo akan terpotong untuk pembayaran iuran BPJS Kesehatan setiap bulannya.

Namun demikian, pembayaran iuran BPJS online jika dibandingkan dengan loket juga memiliki kelemahan diantaranya:

- a. Ketika jaringan sedang dalam perbaikan atau offline sehingga tidak bisa melakukan transaksi.

- b. pembayaran iuran melalui ATM Anda perlu memasukkan kode, Kemudian kode bank tersebut ditambah dengan nomor yang tertera dari belakang pada Kartu BPJS Kesehatan Anda, cukup mudah bukan.

Selain pembayaran dapat dilakukan secara online pendaftaran dan pengecekan tagihan iuran pun dapat dilakukan secara online

Cara mudah cek tagihan iuran BPJS Kesehatan

Untuk mengetahui tagihan iuran BPJS Anda maka pihak BPJS telah menyediakan layanan SMS Gateway yang bisa diakses melalui jaringan seluler 08777-5500-400. Pada dasarnya layanan ini bertujuan untuk memberikan kemudahan kepada para customer BPJS Kesehatan dalam memperoleh informasi terkait fasilitas kesehatan maupun data peserta. Adapun untuk melakukan cek terhadap tagihan BPJS Kesehatan Anda hanya perlu mengirim SMS dengan format sebagai berikut:

Sebagai contoh: TAGIHAN 0001260979207 kirim ke 08777-5500-400

Nilai iuran BPJS Kesehatan yang berlaku hingga saat ini merujuk pada pembaruan per 1 April 2016 dan telah tercantum dalam Peraturan Presiden Nomor 10 Tahun 2016. Besaran iuran ini tergantung pada kelas perawatan yang dipilih oleh peserta.

BPJS Kelas 1. Besaran iuran bulanan untuk peserta dengan Faskes Kelas 1 adalah Rp80.000 per orang. BPJS Kesehatan akan menanggung segala biaya perawatan inap peserta dengan fasilitas kamar Kelas 1 di rumah sakit rujukannya.

BPJS Kelas 2. Besaran iuran bulanan untuk peserta dengan Faskes Kelas 2 adalah Rp51.000 per orang. BPJS Kesehatan akan menanggung segala biaya perawatan inap peserta dengan fasilitas kamar Kelas 2 di rumah sakit rujukannya.

BPJS Kelas 3. Merupakan kelas dengan iuran bulanan paling terjangkau dari BPJS Kesehatan. Iuran per peserta bernilai Rp25.500. BPJS Kesehatan akan menanggung segala biaya perawatan inap peserta dengan fasilitas kamar Kelas 3 di rumah sakit rujukannya.

Dalam hal menerima pelayanan kesehatan, peserta Kelas 2 dan 3 diperbolehkan untuk mengajukan naik kelas ruang rawat inap ke kelas di atasnya. Namun, peserta harus membayar sendiri selisih biaya yang muncul dari kenaikan kelas tersebut.

Kelas 1	Kelas 2	Kelas 3
Rp 81,000	Rp 51,000	Rp 25,500

Problem Etika Yang Mungkin Muncul:

1. Klaim biaya yang tidak di respon

2. Pelayanan pada pengobatan kurang dilayanni
3. Pemaksaan pembuatan BPJS harus terdaftar semua dalam satu (1) KK (Kartu Keluarga)

TUGAS KELOMPOK 2
“ETHICAL ISSUES IN ELECTRONIC INFORMATION SYSTEM”



OLEH MTI 19 A REGULER 1:

- SAFTA HASTINI
- FIDO RIZKI
- FEBRIANSYAH
- SINGGIH HANANTA PUTRA
- WINATA NUGRAHA

DOSEN:

M. IZMAN HERDIANSYAH, ST, MM, PhD.

PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER TEKNIK INFORMATIKA
UNIVERSITAS BINA DARMA PALEMBANG
TAHUN 2019

DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA STUDI KASUS BPJS, DAN PROBLEMA ETIKA YANG MUNGKIN MUNCUL

Jaminan kesehatan di Indonesia saat ini memang tak selalu diidentikkan dari BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan dan Ketenagakerjaan. BPJS saat ini memang sedang marak dibahas dan dibicarakan oleh masyarakat. Program penjamin kesehatan masyarakat yang berasal dari pemerintah ini memang dinilai memberikan alternatif atau solusi lain untuk masyarakat dari asuransi kesehatan.

Untuk mendapatkan pelayanan BPJS secara maksimal, berikut beberapa fakta tentang BPJS Kesehatan yang perlu diketahui:

- Tidak sebagaimana asuransi swasta yang umumnya memiliki batasan dan syarat beberapa jenis penyakit, BPJS Kesehatan dirancang untuk menanggung segala jenis penyakit. BPJS Kesehatan akan menanggung anggota BPJS dari seluruh jenjang usia dan semua tingkat keparahan penyakit yang diderita. Besaran premi yang dibayarkan bukan berdasarkan usia, riwayat kesehatan, atau tingkat penyakit yang diderita, melainkan berdasarkan fasilitas kesehatan yang dinikmati. Fasilitas ini terbagi menjadi kelas I sampai kelas III.
- BPJS Kesehatan menganut pola rujukan berjenjang, sehingga pasien tidak bisa bebas memeriksakan diri ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang diinginkan. Pertama, pasien harus berobat ke fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu puskesmas, klinik, atau dokter praktik perorangan yang bekerja sama dengan BPJS. Kemudian, jika fasilitas kesehatan tersebut tidak sanggup mengobati, maka akan dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi atau sekelas rumah sakit.
- Keterbatasan rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS, membuat pasien BPJS Kesehatan seringkali harus mengantre untuk mendapatkan pelayanan. Meskipun demikian, kini sudah semakin banyak dokter dan rumah sakit yang melayani peserta BPJS Kesehatan.
- Biaya pengobatan dan pemeriksaan laboratorium juga termasuk dalam layanan BPJS Kesehatan. Pasien tidak perlu membayar lagi untuk layanan tersebut, asalkan tetap sesuai dengan prosedur atau ketentuan BPJS kesehatan yang berlaku. BPJS tidak akan menanggung biaya pemeriksaan penunjang atas permintaan pasien sendiri tanpa indikasi atau tidak sesuai diagnosis penyakit yang diberikan dokter.
- Penarikan biaya terhadap pasien BPJS berlaku jika peserta meminta fasilitas lebih tinggi dari hak yang seharusnya diperoleh. Misalnya, ketika pasien meminta kelas perawatan

lebih tinggi dari hak yang dimilikinya. Untuk itu, pasien perlu memberitahukan hal tersebut kepada pihak BPJS Kesehatan dan petugas rumah sakit jika saat dirawat hendak menggunakan kelas yang lebih tinggi dari premi yang dibayar ke BPJS.

Selain fakta-fakta tentang pelayanan PPJS kesehatan tersebut diatas, terdapat dampak perkembangan teknologi informasi terhadap biaya pelayanan kesehatan PPJS. Yaitu:

Dampak positif:

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.
Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital, memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun.
Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.
2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.
Pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.
3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggam tangan.
Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggam tangan, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut. Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.
4. Perkembangan keilmuan/riset. Perkembangan teknologi informasi juga merambahi keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan

yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

Dampak negatif:

Biaya mahal. Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya. Dengan adanya fasilitas yang canggih dalam dunia kesehatan mengakibatkan biaya pelayanan kesehatan menjadi meningkat. Di Indonesia PPJS kesehatan mengalami defisit anggaran, sehingga pemerintah harus melakukan langkah-langkah untuk menutupi defisit tersebut.

PROBLEMATIKA YANG MUNCUL DARI KENAIKAN BIAYA LAYANAN KESEHATAN PPJS

Tahun 2019 ini ramai pemberitaan iuran kepesertaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang akan mengalami kenaikan cukup tinggi. Hal ini menimbulkan problematika di kalangan masyarakat. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 yang mengatur soal Jaminan Kesehatan yang ditandatangani oleh Presiden Joko Widodo pada Kamis (24/10/2019), kenaikan iuran tersebut akan berlaku mulai 1 Januari 2020. Pemerintah melalui Kementerian Keuangan mengusulkan iuran JKN untuk peserta mandiri kelas I dinaikkan 100% dari Rp 80 ribu menjadi Rp 160 ribu. Untuk kelas II sebesar 100% dari Rp 55 ribu menjadi Rp 110 ribu, dan kelas III sebesar 65% dari Rp 25.500 menjadi Rp 42 ribu. Alasan kenaikan tersebut bertujuan untuk mengatasi defisit anggaran BPJS Kesehatan yang terus melebar.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini, ditanggapi berbagai komentar dari masyarakat, ada yang pro ada juga yang kontra. Masyarakat yang pro berharap dengan kenaikan iuran PPJS kesehatan akan membuat pelayanan semakin baik, proses administrasi semakin cepat, defisit juga bisa diatasi. Sedangkan masyarakat yang kontra berpendapat bahwa kenaikan iuran tidak akan memberatkan masyarakat yang memiliki pekerjaan tetap, tetapi akan menjadi beban bagi pekerja informal. Dengan biaya yang sebelumnya saja banyak masyarakat yang menunggak iuran, apalagi jika dinaikkan. Diharapkan ada kebijakan mengenai pembayaran PPJS kesehatan agar masyarakat diberbagai kalangan pun bisa menggunakannya. Masyarakat mulai melakukan tindakan karena problematika kenaikan iuran PPJS kesehatan ini. Masyarakat mulai berpindah kelas untuk menyesuaikan kemampuan finansial mereka dari kelas satu menjadi kelas dua, dan juga ke kelas tiga.

Solusi yang ditawarkan pemerintah adalah mengimbau masyarakat agar dapat mengurangi perilaku konsumtif agar dapat menata keuangan yang baik. Setelah hal itu dilakukan, menurutnya masyarakat tetap bisa membayar iuran BPJS meski naik. Sedangkan

untuk yang dipastikan tidak mampu membayar, ia mengatakan masyarakat bisa melaporkan keluhannya ke Dinas Sosial. Kemudian dari pihak Dinas Sosial menurutnya akan melakukan verifikasi kelayakan kepada masyarakat yang tidak mampu membayar iuran agar mendapat bantuan. Nanti akan dilakukan verifikasi dan validasi oleh dinas sosial, ketika lolos, nanti akan dimasukan ke kategori yang butuh bantuan,

TUGAS KELOMPOK

“BPJS & Digital Devid”

Mata Kuliah : *Ethical Issues in Electronic Information*

Dosen Pengasuh : M. Izman Herdiansyah, M.M., Ph.D



Disusun oleh :

1. Anggari Ayu P
2. Reni Septiyanti
3. Gina Agiyani
4. Yuniarti Denita Sari
5. Zena Lusi

Reguler B Angkatan 19 (Sembilan Belas)

Program Pascasarjana Magister Teknik Informatika

Universitas Bina Darma Palembang

2019

Lakukan analisis "Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul"

Jawab :

Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS.

Teknologi pada zaman sekarang ini sudah sangat pesat perkembangannya. Bukan hanya dalam mencari informasi, tetapi memudahkan kita dalam menyelesaikan pekerjaan yang pada zaman sekarang semuanya sudah sistem teknologi. Bukan hanya teknologi yang mengikuti perkembangan, tetapi juga kita sebagai penggunanya. Dimana pada zaman sekarang ini yang semuanya sistem praktis maka kita juga harus memahami dan mempelajari bagaimana perkembangan teknologi tersebut.

Teknologi komputer misalnya, banyak mengubah alat-alat kedokteran. Semua informasi medis, termasuk yang dihasilkan dari sinar X, tes laboratorium, dan monitor detak jantung, dapat ditransmisikan ke dokter lain dalam format digital.

Teknologi transfer gambar juga menjadikan gambar radiologi, misal CT scan dan MRI, bisa segera dikirim ke diagram elektronik dan meja dokter. Pasien rawat intensif, yang selalu dimonitor perawat selama istirahat, juga dapat dimonitor oleh dokter melalui "menara kontrol" dari jarak jauh.

Telemedicine (pengobatan jarak jauh), yaitu perawatan yang diberikan melalui telekomunikasi juga turut mambantu dunia kedokteran. Sekarang Telemedicine telah di implementasikan oleh administrator penjara amerika, tempat di mana tahanan diberi jaminan perawatan medis karena jumlah tahanan semakin banyak maka biaya kesehatan pun perlu dikontrol.

Rekam medik elektronik dan perangkat komputerisasi lainnya membuat pasien serangan jantung bisa mendapatkan obat yang sesuai, dan kadar gula darah pasien diabetes pun bisa terukur. Setiap kali kita mengunjungi seorang dokter atau pergi kerumah sakit dan setiap kali kita mengisi formulir, informasi tentang kunjungan kita dan obat (resep) yang kita terima akan menjadi bagian dari satu atau lebih database tentang sejarah kesehatan pribadi kita. Di beberapa kantor praktik dokter, diagnosis dicatat pada kertas file folder sedangkan kantor praktik lainnya mencatatnya pada komputer. Di masa yang akan datang semua praktik Dokter sebaiknya menggunakan komputerisasi untuk memudahkan dalam mengakses database pasiennya.

Sebagai mahasiswa yang sangat berperan aktif dalam perkembangan dan teknologi informasi terhadap pelayanan kesehatan, kita juga harus mengetahui dampak positif dan negatif dari teknologi informasi yang berkembang antara lain:

Dampak Positif

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital, memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun.

Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.

2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.

Menilik ke belakang, pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.

3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggaman

Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggaman, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut. Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.

4. Perkembangan keilmuan/riset

Perkembangan teknologi informasi juga merambahi keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi

peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

5. Penurunan biaya/efisiensi

Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya.

Dampak Negatif

1. Resiko terjadinya penyakit baru.

Penggunaan alat-alat canggih menyimpan resiko yang mengancam kesehatan. Misalnya pada laboratorium diagnostik dengan tingkat radiasi yang tinggi. Bukan hanya alat yang canggih, bahkan komputer yang setiap hari digunakan juga memiliki efek radiasi.

2. Pemberitaan yang kurang tepat

Perkembangan TI membuat mudahnya transfer informasi, hingga tiba ke tangan masyarakat. Namun tidak menutup kemungkinan akan ada pemberitaan yang tidak tepat dan tidak bertanggung jawab, sehingga memberikan pengetahuan yang salah kepada masyarakat.

3. Kesalahan persepsi

Informasi banyak disampaikan melalui berbagai media. Setiap orang belum tentu memiliki pemahaman yang sama dengan yang dimaksudkan oleh pembuat informasi. Hal ini menyebabkan kesalahan persepsi, sehingga esensi penyampaian informasi tidak tercapai. Bisa jadi karena pemilihan tata bahasa atau cara penyampaian yang tidak tepat.

4. Biaya mahal

Sebagai konsekuensi dari penggunaan teknologi canggih, ada jumlah biaya yang harus dikeluarkan.

Dalam hal ini disinilah kita sebagai mahasiswa harus berperan lebih aktif lagi dalam proses kemajuan dan perkembangan teknologi. Kita dapat lebih peka, terutama kita sebagai petugas pelayanan kesehatan dimana masyarakat banyak membutuhkan kita. Kita bisa lebih aktif dalam mempelajari perkembangan teknologi dalam meminimalisir kesalahan dan dampak-dampak negatif yang di timbulkan teknologi informasi sekarang. Misalnya dengan kita memahami peran kita di tengah-tengah masyarakat kita bisa membangun kesehatan yang berkualitas dengan intelektual dan keterampilan kita. Seperti

pada jurusan Rekam Medis yang mempelajari tentang “Teknologi Informasi Pada Pelayanan Kesehatan” mahasiswa dapat mempelajari tentang pelayanan kesehatan lebih dalam lagi. Seperti menggunakan keterampilan dalam mendesain formulir-formulir atau sistem komputerisasi yang diperlukan untuk melayani pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, klinik, dll. Ini dapat mempermudah pekerjaan dalam melayani masyarakat yang dapat mengefisiensikan waktu dan meningkatkan efektivitasnya. Disinilah mahasiswa dapat mengasah keterampilan dan ide-ide kreatif mereka yang bisa sangat berguna dalam pelayanan kesehatan baik sekarang atau pun masa depan. Dan dari hal-hal yang kecil yang bisa kita perbuat untuk memberi keuntungan pada masyarakat sebagai petugas pelayanan kesehatan maka bisa berdampak baik di kemudian harinya.

Dampak kenaikan iuran BPJS

Choesni menilai bahwa penyesuaian iuran tersebut akan memberikan dampak yang beragam, baik bagi BPJS Kesehatan, keberlangsungan program JKN, maupun bagi masyarakat selaku peserta.

1. Peningkatan jumlah peserta non aktif, khususnya di segmen mandiri atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP). Berdasarkan data BPJS Kesehatan, saat ini terdapat sekitar 46% peserta yang tidak aktif. Dia pun menyampaikan bahwa dampak lain yang dapat muncul adalah calon peserta enggan mendaftarkan diri ke BPJS Kesehatan. Hal tersebut menurutnya perlu diantisipasi meskipun berdasarkan regulasi seluruh masyarakat Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan.
2. Selain itu, dampak lain dari penyesuaian iuran adalah kualitas pelayanan kepada peserta akan meningkat. Hal tersebut sejalan dengan dampak lainnya yakni pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan akan terjamin, seiring membaiknya arus kas BPJS Kesehatan.
3. "Dampak lainnya adalah keberlanjutan program JKN. Dengan penyesuaian iuran, ditargetkan akumulasi surplus sebesar Rp4,4 triliun pada akhir 2021, dengan catatan pemerintah mengatasi seluruh defisit per akhir 2019," ujar Choesni.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan dan Isu Perbaikan Layanan

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini tentu menimbulkan polemik di tengah masyarakat. Respons masyarakat rata-rata keberatan dengan kenaikan yang akan dimulai pada 1 Januari 2020 mendatang ini. Publik menyandingkan kualitas pelayanan yang dinilai masih banyak masalah dengan rencana kenaikan iuran hingga 100 persen tersebut.

Pilihan menaikkan iuran BPJS Kesehatan ini memang pilihan sulit yang ditempuh pemerintah. Meski sejumlah hal sebenarnya dapat ditempuh oleh pengelola BPJS Kesehatan serta pemerintah sebelum mengambil keputusan menaikkan besaran iuran BPJS Kesehatan. Bila pun iuran naik, jumlahnya dapat ditekan agar tak tembus hingga 100 persen besaran kenaikannya.

Sejumlah hal yang bisa dilakukan tak lain melakukan koreksi total di internal pengelolaan BPJS Kesehatan. Temuan BPK yang mengkonfirmasi tentang potensi kecurangan (*fraud*) yang dilakukan pihak rumah sakit semestinya menjadi catatan serius pihak BPJS Kesehatan. Apalagi, KPK dan Kementerian Kesehatan telah membentuk Satuan Tugas Anti-*Fraud*.

Untuk mengatasi masalah tersebut, semestinya BPJS Kesehatan meninjau paket Indonesia Case Base Groups (INA CBGs) dan kapitasi yang berbasis kinerja. Tidak sekadar itu, Kementerian Kesehatan juga dapat membuat *Standard Operasional Procedure* (SOP) yang memuat penerimaan hingga pemulangan pasien (*clinical pathway*). Dalam catatan kami, masalah tersebut masih sedikit dicantumkan dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK)

Langkah perbaikan lainnya, para *stakeholder* agar segera merealisasikan pembentukan sistem yang kukuh sebagaimana hasil kesepakatan pemahaman (*memorandum of understanding*) antara KPK, Kemenkes, dan BPJS Kesehatan. Rencana penerbitan tiga regulasi yakni pedoman pencegahan *fraud*, deteksi dini *fraud*, serta penanganan *fraud* semestinya dapat segera direalisasikan. Namun sayangnya hingga Perpres No 75 tahun 2019 terbit, regulasi yang mendorong perbaikan di internal BPJS itu tak kunjung terbit.

Cara lainnya yang semestinya juga dilakukan pemerintah dan *stakeholder* sebelum memutuskan kenaikan iuran BPJS Kesehatan dengan melakukan sejumlah langkah nyata. Setidaknya, berbagai upaya tersebut dimaksudkan untuk menekan besaran kenaikan yang memang dirasa memberatkan masyarakat.

Ikhtiar yang dapat ditempuh di antaranya pemerintah pusat melakukan kolaborasi dengan program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang dimiliki pemerintah daerah agar kenaikan itu dapat dicegah atau setidaknya besaran kenaikannya tidak mencapai 100 persen sebagaimana tercantum dalam Perpres 75 Tahun 2019.

Sayangnya, pola kolaborasi tersebut tak bisa ditempuh. Karena pemerintah dalam hal ini Kementerian Dalam Negeri melalui Permendagri No 33 Tahun 2019 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun 2020 menerapkan program *Universal Health Coverage* (UHC), yakni pengintegrasian program jaminan kesehatan antara pusat dan daerah. Dengan kata lain, Pemda tak lagi diperkenankan mengelola jaminan kesehatan yang memiliki manfaat yang sama dengan jaminan kesehatan tingkat nasional.

Ikhtiar lainnya yang juga dapat ditempuh pemerintah dengan meningkatkan kepesertaan BPJS Kesehatan dengan melakukan penyisiran terhadap perusahaan-perusahaan atau pemberi kerja yang belum memberi fasilitas BPJS Kesehatan kepada karyawannya. Langkah ini diyakini akan meningkatkan kepesertaan masyarakat dan tentunya memberi dampak pendisiplinan dalam pembayaran iuran.

Problema etika terhadap pelayanan bpjs

1. Persoalan BPJS Kesehatan sudah muncul sejak proses aktivasi kartu. BPJS menerapkan aturan bahwa kartu pengguna BPJS baru bisa aktif sepekan setelah pendaftaran diterima. "Padahal sakit menimpa tanpa terduga dan tak mungkin bisa ditunda," ujar Harli di Jakarta, Ahad, 9 Agustus 2015.
2. Rujukan lembaga jasa kesehatan yang ditunjuk BPJS Kesehatan juga disebut terbatas dan tidak fleksibel. Peserta BPJS hanya boleh memilih satu fasilitas kesehatan untuk memperoleh rujukan dan tak bisa ke faskes lain meski sama-sama bekerja sama dengan BPJS. Keterbatasan itu, menyulitkan orang yang sering bepergian dan bekerja di tempat jauh.
3. Rumitnya alur pelayanan BPJS Kesehatan karena menerapkan alur pelayanan berjenjang. Sebelum ke rumah sakit, peserta wajib terlebih dulu ke faskes tingkat pertama, yaitu puskesmas.
4. Banyak peserta BPJS mengeluhkan pembayaran biaya pengobatan yang tak ditanggung sepenuhnya oleh BPJS. sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS seharusnya menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasar asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia.

TUGAS KELOMPOK

“BPJS & Digital Devid”

Mata Kuliah : *Ethical Issues in Electronic Information*

Dosen Pengasuh : M. Izman Herdiansyah, M.M., Ph.D



Disusun oleh :

1. Anggari Ayu P
2. Reni Septiyanti
3. Gina Agiyani
4. Yuniarti Denita Sari
5. Zena Lusi

Reguler B Angkatan 19 (Sembilan Belas)

Program Pascasarjana Magister Teknik Informatika

Universitas Bina Darma Palembang

2019

Lakukan analisis "Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul"

Jawab :

Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS.

Teknologi pada zaman sekarang ini sudah sangat pesat perkembangannya. Bukan hanya dalam mencari informasi, tetapi memudahkan kita dalam menyelesaikan pekerjaan yang pada zaman sekarang semuanya sudah sistem teknologi. Bukan hanya teknologi yang mengikuti perkembangan, tetapi juga kita sebagai pengguna. Dimana pada zaman sekarang ini yang semuanya sistem praktis maka kita juga harus memahami dan mempelajari bagaimana perkembangan teknologi tersebut.

Teknologi komputer misalnya, banyak mengubah alat-alat kedokteran. Semua informasi medis, termasuk yang dihasilkan dari sinar X, tes laboratorium, dan monitor detak jantung, dapat ditransmisikan ke dokter lain dalam format digital.

Teknologi transfer gambar juga menjadikan gambar radiologi, misal CT scan dan MRI, bisa segera dikirim ke diagram elektronik dan meja dokter. Pasien rawat intensif, yang selalu dimonitor perawat selama istirahat, juga dapat dimonitor oleh dokter melalui "menara kontrol" dari jarak jauh.

Telemedicine (pengobatan jarak jauh), yaitu perawatan yang diberikan melalui telekomunikasi juga turut membantu dunia kedokteran. Sekarang Telemedicine telah di implementasikan oleh administrator penjara amerika, tempat di mana tahanan diberi jaminan perawatan medis karena jumlah tahanan semakin banyak maka biaya kesehatan pun perlu dikontrol.

Rekam medik elektronik dan perangkat komputerisasi lainnya membuat pasien serangan jantung bisa mendapatkan obat yang sesuai, dan kadar gula darah pasien diabetes pun bisa terukur. Setiap kali kita mengunjungi seorang dokter atau pergi kerumah sakit dan setiap kali kita mengisi formulir, informasi tentang kunjungan kita dan obat (resep) yang kita terima akan menjadi bagian dari satu atau lebih database tentang sejarah kesehatan pribadi kita. Di beberapa kantor praktik dokter, diagnosis dicatat pada kertas file folder sedangkan kantor praktik lainnya mencatatnya pada komputer. Di masa yang akan datang semua praktik Dokter sebaiknya menggunakan komputerisasi untuk memudahkan dalam mengakses database pasiennya.

Sebagai mahasiswa yang sangat berperan aktif dalam perkembangan dan teknologi informasi terhadap pelayanan kesehatan, kita juga harus mengetahui dampak positif dan negatif dari teknologi informasi yang berkembang antara lain:

Dampak Positif

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital, memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun.

Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.

2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.

Menilik ke belakang, pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.

3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggaman

Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggaman, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut. Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.

4. Perkembangan keilmuan/riset

Perkembangan teknologi informasi juga merambahi keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi

peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

5. Penurunan biaya/efisiensi

Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya.

Dampak Negatif

1. Resiko terjadinya penyakit baru.

Penggunaan alat-alat canggih menyimpan resiko yang mengancam kesehatan. Misalnya pada laboratorium diagnostik dengan tingkat radiasi yang tinggi. Bukan hanya alat yang canggih, bahkan komputer yang setiap hari digunakan juga memiliki efek radiasi.

2. Pemberitaan yang kurang tepat

Perkembangan TI membuat mudahnya transfer informasi, hingga tiba ke tangan masyarakat. Namun tidak menutup kemungkinan akan ada pemberitaan yang tidak tepat dan tidak bertanggung jawab, sehingga memberikan pengetahuan yang salah kepada masyarakat.

3. Kesalahan persepsi

Informasi banyak disampaikan melalui berbagai media. Setiap orang belum tentu memiliki pemahaman yang sama dengan yang dimaksudkan oleh pembuat informasi. Hal ini menyebabkan kesalahan persepsi, sehingga esensi penyampaian informasi tidak tercapai. Bisa jadi karena pemilihan tata bahasa atau cara penyampaian yang tidak tepat.

4. Biaya mahal

Sebagai konsekuensi dari penggunaan teknologi canggih, ada jumlah biaya yang harus dikeluarkan.

Dalam hal ini disinilah kita sebagai mahasiswa harus berperan lebih aktif lagi dalam proses kemajuan dan perkembangan teknologi. Kita dapat lebih peka, terutama kita sebagai petugas pelayanan kesehatan dimana masyarakat banyak membutuhkan kita. Kita bisa lebih aktif dalam mempelajari perkembangan teknologi dalam meminimalisir kesalahan dan dampak-dampak negatif yang di timbulkan teknologi informasi sekarang. Misalnya dengan kita memahami peran kita di tengah-tengah masyarakat kita bisa membangun kesehatan yang berkualitas dengan intelektual dan keterampilan kita. Seperti

pada jurusan Rekam Medis yang mempelajari tentang “Teknologi Informasi Pada Pelayanan Kesehatan” mahasiswa dapat mempelajari tentang pelayanan kesehatan lebih dalam lagi. Seperti menggunakan keterampilan dalam mendesain formulir-formulir atau sistem komputerisasi yang diperlukan untuk melayani pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, klinik, dll. Ini dapat mempermudah pekerjaan dalam melayani masyarakat yang dapat mengefisienkan waktu dan meningkatkan efektivitasnya. Disinilah mahasiswa dapat mengasah keterampilan dan ide-ide kreatif mereka yang bisa sangat berguna dalam pelayanan kesehatan baik sekarang atau pun masa depan. Dan dari hal-hal yang kecil yang bisa kita perbuat untuk memberi keuntungan pada masyarakat sebagai petugas pelayanan kesehatan maka bisa berdampak baik di kemudian harinya.

Dampak kenaikan iuran BPJS

Choesni menilai bahwa penyesuaian iuran tersebut akan memberikan dampak yang beragam, baik bagi BPJS Kesehatan, keberlangsungan program JKN, maupun bagi masyarakat selaku peserta.

1. Peningkatan jumlah peserta non aktif, khususnya di segmen mandiri atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP). Berdasarkan data BPJS Kesehatan, saat ini terdapat sekitar 46% peserta yang tidak aktif. Dia pun menyampaikan bahwa dampak lain yang dapat muncul adalah calon peserta enggan mendaftarkan diri ke BPJS Kesehatan. Hal tersebut menurutnya perlu diantisipasi meskipun berdasarkan regulasi seluruh masyarakat Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan.
2. Selain itu, dampak lain dari penyesuaian iuran adalah kualitas pelayanan kepada peserta akan meningkat. Hal tersebut sejalan dengan dampak lainnya yakni pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan akan terjamin, seiring membaiknya arus kas BPJS Kesehatan.
3. "Dampak lainnya adalah keberlanjutan program JKN. Dengan penyesuaian iuran, ditargetkan akumulasi surplus sebesar Rp4,4 triliun pada akhir 2021, dengan catatan pemerintah mengatasi seluruh defisit per akhir 2019," ujar Choesni.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan dan Isu Perbaikan Layanan

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini tentu menimbulkan polemik di tengah masyarakat. Respons masyarakat rata-rata keberatan dengan kenaikan yang akan dimulai pada 1 Januari 2020 mendatang ini. Publik menyandingkan kualitas pelayanan yang dinilai masih banyak masalah dengan rencana kenaikan iuran hingga 100 persen tersebut.

Pilihan menaikkan iuran BPJS Kesehatan ini memang pilihan sulit yang ditempuh pemerintah. Meski sejumlah hal sebenarnya dapat ditempuh oleh pengelola BPJS Kesehatan serta pemerintah sebelum mengambil keputusan menaikkan besaran iuran BPJS Kesehatan. Bila pun iuran naik, jumlahnya dapat ditekan agar tak tembus hingga 100 persen besaran kenaikannya.

Sejumlah hal yang bisa dilakukan tak lain melakukan koreksi total di internal pengelolaan BPJS Kesehatan. Temuan BPK yang mengkonfirmasi tentang potensi kecurangan (*fraud*) yang dilakukan pihak rumah sakit semestinya menjadi catatan serius pihak BPJS Kesehatan. Apalagi, KPK dan Kementerian Kesehatan telah membentuk Satuan Tugas Anti-*Fraud*.

Untuk mengatasi masalah tersebut, semestinya BPJS Kesehatan meninjau paket Indonesia Case Base Groups (INA CBGs) dan kapitasi yang berbasis kinerja. Tidak sekadar itu, Kementerian Kesehatan juga dapat membuat *Standard Operasional Procedure* (SOP) yang memuat penerimaan hingga pemulangan pasien (*clinical pathway*). Dalam catatan kami, masalah tersebut masih sedikit dicantumkan dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK)

Langkah perbaikan lainnya, para *stakeholder* agar segera merealisasikan pembentukan sistem yang kukuh sebagaimana hasil kesepakatan pemahaman (*memorandum of understanding*) antara KPK, Kemenkes, dan BPJS Kesehatan. Rencana penerbitan tiga regulasi yakni pedoman pencegahan *fraud*, deteksi dini *fraud*, serta penanganan *fraud* semestinya dapat segera direalisasikan. Namun sayangnya hingga Perpres No 75 tahun 2019 terbit, regulasi yang mendorong perbaikan di internal BPJS itu tak kunjung terbit.

Cara lainnya yang semestinya juga dilakukan pemerintah dan *stakeholder* sebelum memutuskan kenaikan iuran BPJS Kesehatan dengan melakukan sejumlah langkah nyata. Setidaknya, berbagai upaya tersebut dimaksudkan untuk menekan besaran kenaikan yang memang dirasa memberatkan masyarakat.

Ikhtiar yang dapat ditempuh di antaranya pemerintah pusat melakukan kolaborasi dengan program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang dimiliki pemerintah daerah agar kenaikan itu dapat dicegah atau setidaknya besaran kenaikannya tidak mencapai 100 persen sebagaimana tercantum dalam Perpres 75 Tahun 2019.

Sayangnya, pola kolaborasi tersebut tak bisa ditempuh. Karena pemerintah dalam hal ini Kementerian Dalam Negeri melalui Permendagri No 33 Tahun 2019 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun 2020 menerapkan program *Universal Health Coverage* (UHC), yakni pengintegrasian program jaminan kesehatan antara pusat dan daerah. Dengan kata lain, Pemda tak lagi diperkenankan mengelola jaminan kesehatan yang memiliki manfaat yang sama dengan jaminan kesehatan tingkat nasional.

Ikhtiar lainnya yang juga dapat ditempuh pemerintah dengan meningkatkan kepesertaan BPJS Kesehatan dengan melakukan penyisiran terhadap perusahaan-perusahaan atau pemberi kerja yang belum memberi fasilitas BPJS Kesehatan kepada karyawannya. Langkah ini diyakini akan meningkatkan kepesertaan masyarakat dan tentunya memberi dampak pendisiplinan dalam pembayaran iuran.

Problema etika terhadap pelayanan bpjs

1. Persoalan BPJS Kesehatan sudah muncul sejak proses aktivasi kartu. BPJS menerapkan aturan bahwa kartu pengguna BPJS baru bisa aktif sepekan setelah pendaftaran diterima. "Padahal sakit menimpa tanpa terduga dan tak mungkin bisa ditunda," ujar Harli di Jakarta, Ahad, 9 Agustus 2015.
2. Rujukan lembaga jasa kesehatan yang ditunjuk BPJS Kesehatan juga disebut terbatas dan tidak fleksibel. Peserta BPJS hanya boleh memilih satu fasilitas kesehatan untuk memperoleh rujukan dan tak bisa ke faskes lain meski sama-sama bekerja sama dengan BPJS. Keterbatasan itu, menyulitkan orang yang sering bepergian dan bekerja di tempat jauh.
3. Rumitnya alur pelayanan BPJS Kesehatan karena menerapkan alur pelayanan berjenjang. Sebelum ke rumah sakit, peserta wajib terlebih dulu ke faskes tingkat pertama, yaitu puskesmas.
4. Banyak peserta BPJS mengeluhkan pembayaran biaya pengobatan yang tak ditanggung sepenuhnya oleh BPJS. sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS seharusnya menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasar asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia.

TUGAS KELOMPOK

“BPJS & Digital Devid”

Mata Kuliah : *Ethical Issues in Electronic Information*

Dosen Pengasuh : M. Izman Herdiansyah, M.M., Ph.D



Disusun oleh :

- 1. RAJU SEPTA WIJAYA**
- 2. VIAN**
- 3. ABI DAUD YUSUF**

Reguler B Angkatan 19 (Sembilan Belas)

Program Pascasarjana Magister Teknik Informatika

Universitas Bina Darma Palembang

2019

Lakukan analisis "Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul"

Jawab :

Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS.

Teknologi pada zaman sekarang ini sudah sangat pesat perkembangannya. Bukan hanya dalam mencari informasi, tetapi memudahkan kita dalam menyelesaikan pekerjaan yang pada zaman sekarang semuanya sudah sistem teknologi. Bukan hanya teknologi yang mengikuti perkembangan, tetapi juga kita sebagai pengguna. Dimana pada zaman sekarang ini yang semuanya sistem praktis maka kita juga harus memahami dan mempelajari bagaimana perkembangan teknologi tersebut.

Teknologi komputer misalnya, banyak mengubah alat-alat kedokteran. Semua informasi medis, termasuk yang dihasilkan dari sinar X, tes laboratorium, dan monitor detak jantung, dapat ditransmisikan ke dokter lain dalam format digital.

Teknologi transfer gambar juga menjadikan gambar radiologi, misal CT scan dan MRI, bisa segera dikirim ke diagram elektronik dan meja dokter. Pasien rawat intensif, yang selalu dimonitor perawat selama istirahat, juga dapat dimonitor oleh dokter melalui "menara kontrol" dari jarak jauh.

Telemedicine (pengobatan jarak jauh), yaitu perawatan yang diberikan melalui telekomunikasi juga turut membantu dunia kedokteran. Sekarang Telemedicine telah di implementasikan oleh administrator penjara amerika, tempat di mana tahanan diberi jaminan perawatan medis karena jumlah tahanan semakin banyak maka biaya kesehatan pun perlu dikontrol.

Rekam medik elektronik dan perangkat komputerisasi lainnya membuat pasien serangan jantung bisa mendapatkan obat yang sesuai, dan kadar gula darah pasien diabetes pun bisa terukur. Setiap kali kita mengunjungi seorang dokter atau pergi ke rumah sakit dan setiap kali kita mengisi formulir, informasi tentang kunjungan kita dan obat (resep) yang kita terima akan menjadi bagian dari satu atau lebih database tentang sejarah kesehatan pribadi kita. Di beberapa kantor praktik dokter, diagnosis dicatat pada kertas file folder sedangkan kantor praktik lainnya mencatatnya pada komputer. Di masa yang akan datang semua praktik Dokter sebaiknya menggunakan komputerisasi untuk memudahkan dalam mengakses database pasiennya.

Sebagai mahasiswa yang sangat berperan aktif dalam perkembangan dan teknologi informasi terhadap pelayanan kesehatan, kita juga harus mengetahui dampak positif dan negatif dari teknologi informasi yang berkembang antara lain:

Dampak Positif

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital, memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun.

Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.

2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.

Menilik ke belakang, pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.

3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggaman

Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggaman, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut. Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.

4. Perkembangan keilmuan/riset

Perkembangan teknologi informasi juga merambahi keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi

peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

5. Penurunan biaya/efisiensi

Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya.

Dampak Negatif

1. Resiko terjadinya penyakit baru.

Penggunaan alat-alat canggih menyimpan resiko yang mengancam kesehatan. Misalnya pada laboratorium diagnostik dengan tingkat radiasi yang tinggi. Bukan hanya alat yang canggih, bahkan komputer yang setiap hari digunakan juga memiliki efek radiasi.

2. Pemberitaan yang kurang tepat

Perkembangan TI membuat mudahnya transfer informasi, hingga tiba ke tangan masyarakat. Namun tidak menutup kemungkinan akan ada pemberitaan yang tidak tepat dan tidak bertanggung jawab, sehingga memberikan pengetahuan yang salah kepada masyarakat.

3. Kesalahan persepsi

Informasi banyak disampaikan melalui berbagai media. Setiap orang belum tentu memiliki pemahaman yang sama dengan yang dimaksudkan oleh pembuat informasi. Hal ini menyebabkan kesalahan persepsi, sehingga esensi penyampaian informasi tidak tercapai. Bisa jadi karena pemilihan tata bahasa atau cara penyampaian yang tidak tepat.

4. Biaya mahal

Sebagai konsekuensi dari penggunaan teknologi canggih, ada jumlah biaya yang harus dikeluarkan.

Dalam hal ini disinilah kita sebagai mahasiswa harus berperan lebih aktif lagi dalam proses kemajuan dan perkembangan teknologi. Kita dapat lebih peka, terutama kita sebagai petugas pelayanan kesehatan dimana masyarakat banyak membutuhkan kita. Kita bisa lebih aktif dalam mempelajari perkembangan teknologi dalam meminimalisir kesalahan dan dampak-dampak negatif yang di timbulkan teknologi informasi sekarang. Misalnya dengan kita memahami peran kita di tengah-tengah masyarakat kita bisa membangun kesehatan yang berkualitas dengan intelektual dan keterampilan kita. Seperti

pada jurusan Rekam Medis yang mempelajari tentang “Teknologi Informasi Pada Pelayanan Kesehatan” mahasiswa dapat mempelajari tentang pelayanan kesehatan lebih dalam lagi. Seperti menggunakan keterampilan dalam mendesain formulir-formulir atau sistem komputerisasi yang diperlukan untuk melayani pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, klinik, dll. Ini dapat mempermudah pekerjaan dalam melayani masyarakat yang dapat mengefisienkan waktu dan meningkatkan efektivitasnya. Disinilah mahasiswa dapat mengasah keterampilan dan ide-ide kreatif mereka yang bisa sangat berguna dalam pelayanan kesehatan baik sekarang atau pun masa depan. Dan dari hal-hal yang kecil yang bisa kita perbuat untuk memberi keuntungan pada masyarakat sebagai petugas pelayanan kesehatan maka bisa berdampak baik di kemudian harinya.

Dampak kenaikan iuran BPJS

Choesni menilai bahwa penyesuaian iuran tersebut akan memberikan dampak yang beragam, baik bagi BPJS Kesehatan, keberlangsungan program JKN, maupun bagi masyarakat selaku peserta.

1. Peningkatan jumlah peserta non aktif, khususnya di segmen mandiri atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBU) dan Bukan Pekerja (BP). Berdasarkan data BPJS Kesehatan, saat ini terdapat sekitar 46% peserta yang tidak aktif. Dia pun menyampaikan bahwa dampak lain yang dapat muncul adalah calon peserta enggan mendaftarkan diri ke BPJS Kesehatan. Hal tersebut menurutnya perlu diantisipasi meskipun berdasarkan regulasi seluruh masyarakat Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan.
2. Selain itu, dampak lain dari penyesuaian iuran adalah kualitas pelayanan kepada peserta akan meningkat. Hal tersebut sejalan dengan dampak lainnya yakni pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan akan terjamin, seiring membaiknya arus kas BPJS Kesehatan.
3. "Dampak lainnya adalah keberlanjutan program JKN. Dengan penyesuaian iuran, ditargetkan akumulasi surplus sebesar Rp4,4 triliun pada akhir 2021, dengan catatan pemerintah mengatasi seluruh defisit per akhir 2019," ujar Choesni.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan dan Isu Perbaikan Layanan

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini tentu menimbulkan polemik di tengah masyarakat. Respons masyarakat rata-rata keberatan dengan kenaikan yang akan dimulai pada 1 Januari 2020 mendatang ini. Publik menyandingkan kualitas pelayanan yang dinilai masih banyak masalah dengan rencana kenaikan iuran hingga 100 persen tersebut.

Pilihan menaikkan iuran BPJS Kesehatan ini memang pilihan sulit yang ditempuh pemerintah. Meski sejumlah hal sebenarnya dapat ditempuh oleh pengelola BPJS Kesehatan serta pemerintah sebelum mengambil keputusan menaikkan besaran iuran BPJS Kesehatan. Bila pun iuran naik, jumlahnya dapat ditekan agar tak tembus hingga 100 persen besaran kenaikannya.

Sejumlah hal yang bisa dilakukan tak lain melakukan koreksi total di internal pengelolaan BPJS Kesehatan. Temuan BPK yang mengkonfirmasi tentang potensi kecurangan (*fraud*) yang dilakukan pihak rumah sakit semestinya menjadi catatan serius pihak BPJS Kesehatan. Apalagi, KPK dan Kementerian Kesehatan telah membentuk Satuan Tugas Anti-*Fraud*.

Untuk mengatasi masalah tersebut, semestinya BPJS Kesehatan meninjau paket Indonesia Case Base Groups (INA CBGs) dan kapitasi yang berbasis kinerja. Tidak sekadar itu, Kementerian Kesehatan juga dapat membuat *Standard Operasional Procedure* (SOP) yang memuat penerimaan hingga pemulangan pasien (*clinical pathway*). Dalam catatan kami, masalah tersebut masih sedikit dicantumkan dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK)

Langkah perbaikan lainnya, para *stakeholder* agar segera merealisasikan pembentukan sistem yang kukuh sebagaimana hasil kesepakatan pemahaman (*memorandum of understanding*) antara KPK, Kemenkes, dan BPJS Kesehatan. Rencana penerbitan tiga regulasi yakni pedoman pencegahan *fraud*, deteksi dini *fraud*, serta penanganan *fraud* semestinya dapat segera direalisasikan. Namun sayangnya hingga Perpres No 75 tahun 2019 terbit, regulasi yang mendorong perbaikan di internal BPJS itu tak kunjung terbit.

Cara lainnya yang semestinya juga dilakukan pemerintah dan *stakeholder* sebelum memutuskan kenaikan iuran BPJS Kesehatan dengan melakukan sejumlah langkah nyata. Setidaknya, berbagai upaya tersebut dimaksudkan untuk menekan besaran kenaikan yang memang dirasa memberatkan masyarakat.

Ikhtiar yang dapat ditempuh di antaranya pemerintah pusat melakukan kolaborasi dengan program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang dimiliki pemerintah daerah agar kenaikan itu dapat dicegah atau setidaknya besaran kenaikannya tidak mencapai 100 persen sebagaimana tercantum dalam Perpres 75 Tahun 2019.

Sayangnya, pola kolaborasi tersebut tak bisa ditempuh. Karena pemerintah dalam hal ini Kementerian Dalam Negeri melalui Permendagri No 33 Tahun 2019 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun 2020 menerapkan program *Universal Health Coverage* (UHC), yakni pengintegrasian program jaminan kesehatan antara pusat dan daerah. Dengan kata lain, Pemda tak lagi diperkenankan mengelola jaminan kesehatan yang memiliki manfaat yang sama dengan jaminan kesehatan tingkat nasional.

Ikhtiar lainnya yang juga dapat ditempuh pemerintah dengan meningkatkan kepesertaan BPJS Kesehatan dengan melakukan penyisiran terhadap perusahaan-perusahaan atau pemberi kerja yang belum memberi fasilitas BPJS Kesehatan kepada karyawannya. Langkah ini diyakini akan meningkatkan kepesertaan masyarakat dan tentunya memberi dampak pendisiplinan dalam pembayaran iuran.

Problema etika terhadap pelayanan bpjs

1. Persoalan BPJS Kesehatan sudah muncul sejak proses aktivasi kartu. BPJS menerapkan aturan bahwa kartu pengguna BPJS baru bisa aktif sepekan setelah pendaftaran diterima. "Padahal sakit menimpa tanpa terduga dan tak mungkin bisa ditunda," ujar Harli di Jakarta, Ahad, 9 Agustus 2015.
2. Rujukan lembaga jasa kesehatan yang ditunjuk BPJS Kesehatan juga disebut terbatas dan tidak fleksibel. Peserta BPJS hanya boleh memilih satu fasilitas kesehatan untuk memperoleh rujukan dan tak bisa ke faskes lain meski sama-sama bekerja sama dengan BPJS. Keterbatasan itu, menyulitkan orang yang sering bepergian dan bekerja di tempat jauh.
3. Rumitnya alur pelayanan BPJS Kesehatan karena menerapkan alur pelayanan berjenjang. Sebelum ke rumah sakit, peserta wajib terlebih dulu ke faskes tingkat pertama, yaitu puskesmas.
4. Banyak peserta BPJS mengeluhkan pembayaran biaya pengobatan yang tak ditanggung sepenuhnya oleh BPJS. sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS seharusnya menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasar asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia.

DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Kelompok 4

- 1. Ahkmad Ipandy**
- 2. Erin Efriansyah**
- 3. Fero Triando**
- 4. Tri Akhyari Romadhon**

PENYEBAB MENINGKATNYA BIAYA KESEHATAN

- Pola penyakit degeneratif
- Orientasi pada pembiayaan kuratif
- Pembayaran *out of pocket* secara individual
- *Service* yang ditentukan oleh provider
- Teknologi canggih
- Perkembangan spesialisasi ilmu kedokteran
- **Tingkat Inflasi**

Biaya kesehatan yang tinggi

```
graph TD; A[Biaya kesehatan yang tinggi] --> B[Kemampuan masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan]; B --> C[Tingkat / derajat kesehatan rendah]; C --> D[Di Indonesia tingkat kesehatan masih relatif rendah di Asia Tenggara];
```

Kemampuan masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan

Tingkat / derajat kesehatan rendah

Di Indonesia tingkat kesehatan masih relatif rendah di Asia Tenggara

PERBANDINGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Negara	MM R	GNP/ Kapita (US\$)	Biaya Kes per kap (US\$)	Urutan Biaya Kesehatan	Cakupan Asuransi
1. Malaysia	39	3.400	110	93	100%
2. Thailand	44	1.960	133	64	80%
3. Srilangka	60	820	25	138	-
4. Vietnam	160	370	17	182	-
5. Philipine	170	1.020	40	124	60%
6. Myanmar	230	220	100	136	-
7. Indonesia	390	580	18	154	16%

Faktor Yang Berhubungan Dengan Biaya Layanan Kesehatan :

- Jumlah tempat tidur
- Jenis penderita → klasifikasi diagnostik
- Tindakan & pemeriksaan penunjang
- Berat ringannya penyakit → jumlah operasi
- Upah kepada sumber daya rumah sakit
- Jumlah penderita rawat jalan
- Dan lain-lain

ANALISIS BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

PENGERTIAN BIAYA

- Biaya (Cost) adalah semua pengorbanan yang dikeluarkan untuk memproduksi atau memperoleh suatu komoditi.
- Biaya adalah nilai dari sejumlah input (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (output).
- Dalam bidang kesehatan produk yang dihasilkan adalah jasa pelayanan kesehatan,

Misal di rumah sakit produk outputnya adalah pelayanan rawat jalan, rawat inap, laboratorium, radiologi, kamar bedah dan lain-lain

KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

1. Mengetahui struktur biaya menurut jenis dan lokasi biaya ditempatkan, sbg bahan pertimbangan dalam pengendalian biaya yang dikeluarkan.
 - Unit yg mengeluarkan banyak biaya
2. Mengetahui biaya satuan
 - Besarnya Tarif Pelayanan Yg Diberikan
 - Tarif Rasional Atau Tidak
 - Profit, rugi atau BEP
 - Cost Recovery
3. Bahan pertimbangan dalam menyusun anggaran
4. Mendapatkan informasi tentang biaya total rumah sakit dan sumber pembiayaan serta komponennya.

LANJUTAN KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

5. **Menilai performance keuangan rumah sakit secara keseluruhan, sekaligus sebagai bahan pertanggungjawaban**
6. **Menentukan tarif dari berbagai jenis pelayanan rumah sakit tergantung dari tujuan dan jenisnya**
7. **Peningkatan efesiensi**
8. **Secara mikro**
Analisis biaya dapat dimanfaatkan sebagai bahan pertimbangan atau negosiasi dengan pembayaran pihak ketiga

ANALISIS SWOT

Strengthness

1. Memiliki sifat kepersertaan yang WAJIB untuk seluruh penduduk Indonesia. Hal ini akan membuat BPJS menjadi sebuah layanan kesehatan yang menjamin seluruh penduduk Indonesia untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Menggunakan prinsipnya gotong royong (yaitu semua golongan wajib ikut tergabung baik kaya-miskin, sehat-sakit, ataupun muda-tua) sehingga tidak terlalu membebankan suatu pihak untuk tergabung dalam program BPJS.
3. Diatur oleh undang-undang. Sehingga dalam pelaksanaannya, BPJS tidak mengejar profit.
4. BPJS menjamin premi yang murah untuk setiap paket pelayanan yang sama. Tidak seperti asuransi komersial yang akan menghitung premi sesuai risiko tiap peserta, yang mana jika risiko sakit semakin tinggi, maka premi di setting lebih mahal.
5. Manfaat jaminan menyeluruh mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.
6. Dengan adanya BPJS ini maka seluruh warga Indonesia berkesempatan besar untuk memproteksi kesehatan mereka dengan lebih baik.

- Weakness

1. Pasal 14 ayat 2 UU SJSN menyebutkan bahwa “Penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu” namun sampai saat ini belum ada ketentuan yang mengatur kategori fakir miskin, miskin, dan hampir miskin. Aturan mengenai hal tersebut diperlukan karena setiap orang mempunyai persepsi berbeda terhadap kategori miskin tersebut, ditambah lagi sebagian besar orang Indonesia lebih suka bertingkah “memiskinkan” diri.
2. Semakin meningkatnya animo masyarakat yang ingin ikut tergabung dalam BPJS tidak diimbangi dengan ketersediaan SDM yang memadai di BPJS Kesehatan. Minimnya SDM akan membuat para pekerja kelimpungan ketika memberikan pelayanan kepada peserta BPJS yang menumpuk dengan antrian yang panjang sehingga berpengaruh pada kualitas hasil pekerjaan.
3. Kelemahan BPJS dari segi pelayanan kesehatan (menurut peserta):
 - Pasien dengan penyakit kronis hanya diberikan obat kurang dari 30 hari (hanya untuk 3-7 hari) sehingga pasien harus berulang kali ke RS
 - Terdapat beberapa RS yang masih mengenakan OOP bagi pasien
 - Peserta belum memahami hak dan kewajibannya
 - Rujukan berjenjang belum dapat berjalan secara optimal

4. Kelemahan dari segi faskes :

- Penggunaan aplikasi P-Care di Puskesmas belum berjalan secara optimal, kebanyakan puskesmas masih menggunakan SIMPUS
- E-Catalog belum tersedia, sehingga mempengaruhi pelayanan obat di RS
- Tarif INA CBG's belum memadai, khususnya bagi RS Swasta
- Penerapan iur biaya di klinik rawat jalan di RS Swasta

5. Kurangnya sosialisasi mengenai BPJS

6. Prinsip kegotongroyongan yang masih belum diterapkan sepenuhnya

7. Belum tersedianya data jumlah yang jelas tentang peserta yang mengikuti asuransi swasta

- *Opportunities*

1. Masyarakat Indonesia yang ingin memiliki jaminan kesehatan meningkat drastis. Hal ini dikarenakan adanya hukum ekonomi, dimana jika harga menurun, maka permintaan akan naik. Sama halnya dengan BPJS ini, karena harga pelayanan kesehatan menjadi terjangkau dan dijamin oleh pemerintah, maka permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan juga akan meningkat.
2. Untuk mencapai target terwujudnya seluruh masyarakat Indonesia yang terjamin oleh BPJS, dilakukan secara bertahap sejak tahun 2014 -2019. Kepesertaan BPJS dimulai dengan menggabungkan peserta Askes Sosial, Jamkesmas, Jamkesda, dan Jamsostek.
3. Program BPJS didukung oleh berbagai pihak, seperti AUSAID (badan utama Pemerintah Australia dalam perang global untuk memberantas kemiskinan) dan GIZ.(perusahaan Internasional milik pemerintah federal Jerman tujuannya mewujudkan pembangunan berkelanjutan)

- Threats

1. Belum semua instansi dan komponen yang terkait dengan pelaksanaan BPJS memiliki kesadaran penuh dan peduli terhadap pelaksanaan BPJS yang lebih baik.
2. Terdapat beberapa regulasi/kebijakan penting terkait pelaksanaan BPJS yang belum diterbitkan. Contohnya adalah regulasi tentang pemanfaatan kapitasi dan juknis/manlak/pedoman INA CBG's. Ketiadaan regulasi/kebijakan ini dapat menimbulkan dampak seperti ketidakseragaman pemahaman, sehingga implementasinya pun menjadi berbeda-beda. Selain itu, ketidakjelasan prosedur akibat belum adanya regulasi yang mengatur juga dapat memicu konflik antar pemangku kepentingan.
3. Risiko *adverse selection*, yaitu masyarakat menjadi peserta BPJS hanya karena ingin mendapatkan manfaat karena memiliki risiko tinggi terhadap penyakit. Risiko ini biasanya pada peserta mandiri (voluntary)
4. Pemahaman kebijakan/regulasi yang belum merata. Peserta BPJS terdiri atas penduduk dengan latar belakang pendidikan, pekerjaan, tingkat ekonomi, akses terhadap media dan teknologi, serta geografis yang berbeda-beda. Diversifikasi tersebut membuat pemahaman tentang regulasi yang berbeda-beda sehingga akan menimbulkan ekspektasi yang berbeda pula.

5. Sistem pembayaran INA CBG's belum dipahami oleh seluruh stakeholders
6. Perubahan pola pelayanan obat akibat perubahan sistem pembayaran, selain itu ketersediaan obat juga menjadi terkendala akibat E-catalog tidak diterbitkan bersamaan dengan formularium nasional dan beberapa RS tidak memiliki cukup dana operasional untuk menjamin ketersediaan obat sehingga menyebabkan terjadinya blocked account oleh distributor obat.
7. Peningkatan cakupan peserta BPJS tidak diimbangi dengan peningkatan jumlah faskes. Dampaknya, beban kerja faskes bertambah sehingga antrian pelayanan bertambah panjang. Selain itu distribusi nakes belum merata di seluruh Indonesia, terutama daerah rural
8. Kualitas faskes belum terstandardisasi.
9. Memicu terjadinya *morale hazard* (perubahan perilaku seseorang akibat telah merasa dijamin asuransi), sehingga dapat menyebabkan klaim BPJS yang tinggi.
10. Regulasi BPJS cenderung mencerminkan upaya kesehatan kuratif, karena sudah tercover asuransi, usaha penduduk Indonesia untuk melakukan upaya preventif menjadi minim.

Tahap-Tahap Analisis Biaya:

- 1. Menentukan bagian yang akan di analisis,**
- 2. Identifikasi semua biaya yang mungkin timbul,**
- 3. Analisis kegiatan pada unit /bagian yang secara logika biayanya timbul akibat peningkatan aktivitas di unit tersebut,**
- 4. Telusuri dan hitung semua biaya langsung yang terjadi**
- 5. Telusuri biaya tidak langsung dan hitung alokasi biaya tidak langsung untuk setiap unit / bagian**
- 6. Hitung unit cost per kegiatan dengan cara mengalokasikan total biaya (biaya langsung maupun biaya tidak langsung) ke setiap kegiatan yang ada**

PUSAT BIAYA

1. Pusat biaya produksi

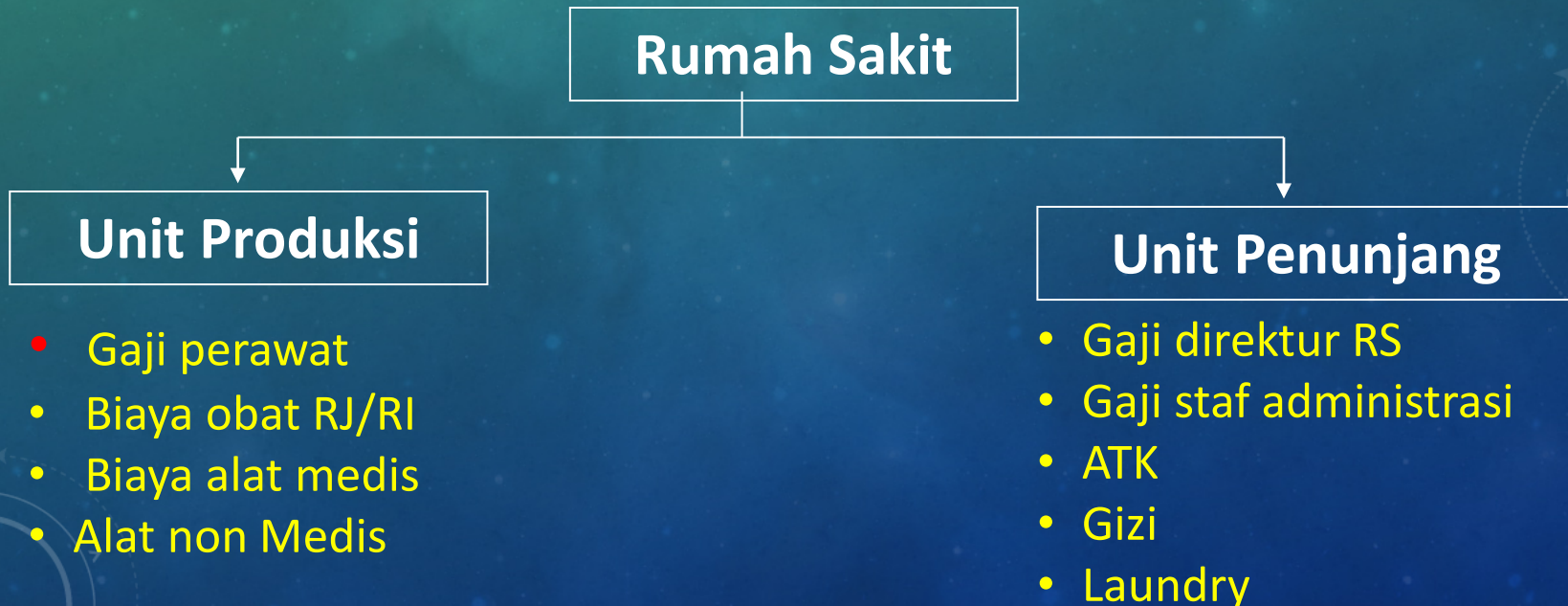
Unit yang secara langsung memberikan pelayanan kepada konsumen (menghasilkan pendapatan)

Ex: Rawat Inap, Rawat Jalan, Lab, dll

2. Pusat biaya penunjang

Unit yang tidak secara langsung memberikan pelayanan kepada konsumen (tidak menghasilkan pendapatan)

Co: Kantor, Laundry, Instalasi Gizi, dll



KOMPONEN BIAYA



PROBLEMA ETIKA

1. Banyak peserta menunggak iuran. Hanya bayar iuran ketika akan menggunakan layanan kesehatan BPJS
2. Tidak semua anggota keluarga membayar iuran. Hanya anggota keluarga yang akan berobat yang membayar.
3. Masih banyak masyarakat belum jadi peserta BPJS.



THANK YOU

“Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul”

Dampak teknologi informasi terhadap biaya layanan BPJS, dari segi layanan untuk pembayaran iuran, anggota BPJS sangat dimudahkan karena untuk pembayaran iuran dapat dilakukan dimana saja melalui minimarket (indomaret dan alfamart), kantor pos, semua ATM Bank, atau dengan cara *autodebet* melalui aplikasi *mobile* JKN yang dibuat oleh pihak BPJS bahkan melalui smartphone pun sudah bisa melakukan pembayaran iuran. Selain itu dari segi layanan publik untuk pengaduan BPJS sudah membuat layanan untuk pengaduan di aplikasi *mobile* JKN atau pun melalui semua akun sosial media yang dimiliki oleh BPJS.

Tetapi untuk layanan terhadap anggota BPJS yang sakit masih belum berjalan dengan baik sedangkan biaya iuran terus mengalami kenaikan. Seperti yang belum lama ini terjadi, berdasarkan Perpres 75 Tahun 2019 yang memuat perubahan iuran program Jaminan Kesehatan Nasional, iuran peserta PBU dan Bukan Pekerja (BP) kelas I naik dari sebelumnya Rp 80.000 menjadi Rp160.000, kelas II naik dari Rp 55.000 menjadi Rp110.000, dan kelas III dari Rp 25.500 menjadi Rp42.000. Ini disebabkan karena BPJS mengalami defisit, hal ini juga membuat masyarakat menjadi keberatan meskipun pemerintah telah memberikan solusi untuk pindah kelas bagi setiap anggota BPJS yang merasa keberatan dengan penetapan biaya iuran tersebut.

Kemudian ada kemungkinan muncul masalah etik yang muncul dari BPJS ini:

Masalah etik terhadap pasien anggota BPJS:

1. Terkait fasilitas kesehatan

Fasilitas kesehatan yang ditawarkan kepada pasien ada dua, yaitu Fasilitas kesehatan I dan Fasilitas kesehatan II. Pasien hanya diperbolehkan untuk memilih satu dari tiap-tiap Fasilitas kesehatan sesuai dengan wilayah pasien tinggal. Satu Fasilitas kesehatan I dan satu Fasilitas kesehatan II. Kondisi ini tentu saja merugikan. Sebab kalau Fasilitas kesehatan I yang berada di wilayah pasien tinggal tidak memuaskan, pasien tidak bisa berobat di Fasilitas kesehatan I lainnya, kecuali mengurus kepindahan Fasilitas kesehatan. Lokasi Fasilitas kesehatan juga dapat menimbulkan masalah baru. Bayangkan saja jika jarak lokasi Fasilitas kesehatan dengan lokasi tempat tinggal pasien

sangat jauh, hal ini tentu saja akan memakan waktu berjam-jam. Akibatnya, pasien bisa mendapatkan pelayanan yang layak.

2. Terkait rumah sakit yang berkerjasama dengan BPJS

Pasien hanya diperbolehkan untuk mendapat pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dirujuk pihak BPJS. Bila rumah sakit tersebut tidak bekerja sama dengan BPJS, pasien yang mau berobat akan ditolak. Mau tidak mau pasien harus berusaha mencari daftar rumah sakit rekanan demi mendapat pelayanan rumah sakit yang cepat dan layak.

3. Terkait rumah sakit rujukan

Sistem yang diberlakukan BPJS Kesehatan adalah sistem rujukan jenjang tertentu. Pasien yang ingin menikmati fasilitas kesehatan dari rumah sakit harus mendapat surat rujukan terlebih dahulu dari Fasilitas Kesehatan I (Faskes I), seperti puskesmas, dokter keluarga, dan klinik BPJS. Surat rujukan tersebut mendapat pengecualian untuk pasien yang sedang dalam kondisi gawat darurat. Beruntunglah jika Faskes I sedang tidak sibuk melayani sejuta masyarakat. Bila Faskes I sedang sibuk, pasien yang membutuhkan pertolongan dari pihak rumah sakit pun bisa saja sekarat karena sudah kelamaan menunggu surat rujukan tersebut. Masalah ini sering terjadi di masyarakat.

4. Perihal pembagian kelas perawatan. Pembagian kelas perawatan rawat inap yang ada saat ini dinilai tidak sesuai. Sebetulnya kelas perawatan bagi peserta yang membutuhkan rawat inap menggunakan kelas standar tanpa ada pembagian kelas. Pembagian kelas I, II dan III sebagaimana berlangsung saat ini berdampak terhadap diskriminasi pelayanan karena tarif yang dibayar berbeda, tergantung kelas perawatannya

Masalah etis yang mungkin muncul terhadap dokter :

1. Kewenangan dokter dalam melakukan tindakan medis diintervensi dan direduksi (dikurangi, dibatasi)
2. Perdirjampel BPJS Kesehatan berpotensi meningkatkan konflik antara dokter dengan pasien. Hubungan antara dokter dengan fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) pun dapat terganggu. Berikut isi Perdirjampel BPJS Adapun isi dari Perdirjampel BPJS Kesehatan nomor, 2, 3, dan 5 tahun 2018, sebagai berikut:
 - Bayi baru lahir dengan kondisi sehat post operasi caesar maupun per vaginam dengan/atau tanpa penyulit dibayar dalam 1 paket persalinan.

- Penderita penyakit katarak dijamin BPJS Kesehatan apabila visus kurang dari 6/18 dan jumlah operasi katarak dibatasi dengan kuota.
- Tindakan rehabilitasi medis dibatasi maksimal 2 kali per minggu (8 kali dalam 1 bulan).

Sesuai perpres nomor 12 tahun 2013 pasal 22 dan pasal 25, IDI menilai, semua jenis penyakit harusnya dijamin oleh BPJS Kesehatan, tidak hanya penyakit katarak.

TUGAS KELOMPOK

“BPJS & Digital Devid”

Mata Kuliah : *Ethical Issues in Electronic Information*

Dosen Pengasuh : M. Izman Herdiansyah, M.M., Ph.D



Disusun oleh :

1. Anggari Ayu P
2. Reni Septiyanti
3. Gina Agiyani
4. Yuniarti Denita Sari
5. Zena Lusi

Reguler B Angkatan 19 (Sembilan Belas)

Program Pascasarjana Magister Teknik Informatika

Universitas Bina Darma Palembang

2019

Lakukan analisis "Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul"

Jawab :

Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS.

Teknologi pada zaman sekarang ini sudah sangat pesat perkembangannya. Bukan hanya dalam mencari informasi, tetapi memudahkan kita dalam menyelesaikan pekerjaan yang pada zaman sekarang semuanya sudah sistem teknologi. Bukan hanya teknologi yang mengikuti perkembangan, tetapi juga kita sebagai pengguna. Dimana pada zaman sekarang ini yang semuanya sistem praktis maka kita juga harus memahami dan mempelajari bagaimana perkembangan teknologi tersebut.

Teknologi komputer misalnya, banyak mengubah alat-alat kedokteran. Semua informasi medis, termasuk yang dihasilkan dari sinar X, tes laboratorium, dan monitor detak jantung, dapat ditransmisikan ke dokter lain dalam format digital.

Teknologi transfer gambar juga menjadikan gambar radiologi, misal CT scan dan MRI, bisa segera dikirim ke diagram elektronik dan meja dokter. Pasien rawat intensif, yang selalu dimonitor perawat selama istirahat, juga dapat dimonitor oleh dokter melalui "menara kontrol" dari jarak jauh.

Telemedicine (pengobatan jarak jauh), yaitu perawatan yang diberikan melalui telekomunikasi juga turut membantu dunia kedokteran. Sekarang Telemedicine telah di implementasikan oleh administrator penjara amerika, tempat di mana tahanan diberi jaminan perawatan medis karena jumlah tahanan semakin banyak maka biaya kesehatan pun perlu dikontrol.

Rekam medik elektronik dan perangkat komputerisasi lainnya membuat pasien serangan jantung bisa mendapatkan obat yang sesuai, dan kadar gula darah pasien diabetes pun bisa terukur. Setiap kali kita mengunjungi seorang dokter atau pergi kerumah sakit dan setiap kali kita mengisi formulir, informasi tentang kunjungan kita dan obat (resep) yang kita terima akan menjadi bagian dari satu atau lebih database tentang sejarah kesehatan pribadi kita. Di beberapa kantor praktik dokter, diagnosis dicatat pada kertas file folder sedangkan kantor praktik lainnya mencatatnya pada komputer. Di masa yang akan datang semua praktik Dokter sebaiknya menggunakan komputerisasi untuk memudahkan dalam mengakses database pasiennya.

Sebagai mahasiswa yang sangat berperan aktif dalam perkembangan dan teknologi informasi terhadap pelayanan kesehatan, kita juga harus mengetahui dampak positif dan negatif dari teknologi informasi yang berkembang antara lain:

Dampak Positif

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital, memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun.

Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.

2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.

Menilik ke belakang, pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.

3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggaman

Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggaman, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut. Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.

4. Perkembangan keilmuan/riset

Perkembangan teknologi informasi juga merambahi keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi

peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

5. Penurunan biaya/efisiensi

Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya.

Dampak Negatif

1. Resiko terjadinya penyakit baru.

Penggunaan alat-alat canggih menyimpan resiko yang mengancam kesehatan. Misalnya pada laboratorium diagnostik dengan tingkat radiasi yang tinggi. Bukan hanya alat yang canggih, bahkan komputer yang setiap hari digunakan juga memiliki efek radiasi.

2. Pemberitaan yang kurang tepat

Perkembangan TI membuat mudahnya transfer informasi, hingga tiba ke tangan masyarakat. Namun tidak menutup kemungkinan akan ada pemberitaan yang tidak tepat dan tidak bertanggung jawab, sehingga memberikan pengetahuan yang salah kepada masyarakat.

3. Kesalahan persepsi

Informasi banyak disampaikan melalui berbagai media. Setiap orang belum tentu memiliki pemahaman yang sama dengan yang dimaksudkan oleh pembuat informasi. Hal ini menyebabkan kesalahan persepsi, sehingga esensi penyampaian informasi tidak tercapai. Bisa jadi karena pemilihan tata bahasa atau cara penyampaian yang tidak tepat.

4. Biaya mahal

Sebagai konsekuensi dari penggunaan teknologi canggih, ada jumlah biaya yang harus dikeluarkan.

Dalam hal ini disinilah kita sebagai mahasiswa harus berperan lebih aktif lagi dalam proses kemajuan dan perkembangan teknologi. Kita dapat lebih peka, terutama kita sebagai petugas pelayanan kesehatan dimana masyarakat banyak membutuhkan kita. Kita bisa lebih aktif dalam mempelajari perkembangan teknologi dalam meminimalisir kesalahan dan dampak-dampak negatif yang di timbulkan teknologi informasi sekarang. Misalnya dengan kita memahami peran kita di tengah-tengah masyarakat kita bisa membangun kesehatan yang berkualitas dengan intelektual dan keterampilan kita. Seperti

pada jurusan Rekam Medis yang mempelajari tentang “Teknologi Informasi Pada Pelayanan Kesehatan” mahasiswa dapat mempelajari tentang pelayanan kesehatan lebih dalam lagi. Seperti menggunakan keterampilan dalam mendesain formulir-formulir atau sistem komputerisasi yang diperlukan untuk melayani pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, klinik, dll. Ini dapat mempermudah pekerjaan dalam melayani masyarakat yang dapat mengefisiensikan waktu dan meningkatkan efektivitasnya. Disinilah mahasiswa dapat mengasah keterampilan dan ide-ide kreatif mereka yang bisa sangat berguna dalam pelayanan kesehatan baik sekarang atau pun masa depan. Dan dari hal-hal yang kecil yang bisa kita perbuat untuk memberi keuntungan pada masyarakat sebagai petugas pelayanan kesehatan maka bisa berdampak baik di kemudian harinya.

Dampak kenaikan iuran BPJS

Choesni menilai bahwa penyesuaian iuran tersebut akan memberikan dampak yang beragam, baik bagi BPJS Kesehatan, keberlangsungan program JKN, maupun bagi masyarakat selaku peserta.

1. Peningkatan jumlah peserta non aktif, khususnya di segmen mandiri atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP). Berdasarkan data BPJS Kesehatan, saat ini terdapat sekitar 46% peserta yang tidak aktif. Dia pun menyampaikan bahwa dampak lain yang dapat muncul adalah calon peserta enggan mendaftarkan diri ke BPJS Kesehatan. Hal tersebut menurutnya perlu diantisipasi meskipun berdasarkan regulasi seluruh masyarakat Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan.
2. Selain itu, dampak lain dari penyesuaian iuran adalah kualitas pelayanan kepada peserta akan meningkat. Hal tersebut sejalan dengan dampak lainnya yakni pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan akan terjamin, seiring membaiknya arus kas BPJS Kesehatan.
3. "Dampak lainnya adalah keberlanjutan program JKN. Dengan penyesuaian iuran, ditargetkan akumulasi surplus sebesar Rp4,4 triliun pada akhir 2021, dengan catatan pemerintah mengatasi seluruh defisit per akhir 2019," ujar Choesni.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan dan Isu Perbaikan Layanan

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini tentu menimbulkan polemik di tengah masyarakat. Respons masyarakat rata-rata keberatan dengan kenaikan yang akan dimulai pada 1 Januari 2020 mendatang ini. Publik menyandingkan kualitas pelayanan yang dinilai masih banyak masalah dengan rencana kenaikan iuran hingga 100 persen tersebut.

Pilihan menaikkan iuran BPJS Kesehatan ini memang pilihan sulit yang ditempuh pemerintah. Meski sejumlah hal sebenarnya dapat ditempuh oleh pengelola BPJS Kesehatan serta pemerintah sebelum mengambil keputusan menaikkan besaran iuran BPJS Kesehatan. Bila pun iuran naik, jumlahnya dapat ditekan agar tak tembus hingga 100 persen besaran kenaikannya.

Sejumlah hal yang bisa dilakukan tak lain melakukan koreksi total di internal pengelolaan BPJS Kesehatan. Temuan BPK yang mengkonfirmasi tentang potensi kecurangan (*fraud*) yang dilakukan pihak rumah sakit semestinya menjadi catatan serius pihak BPJS Kesehatan. Apalagi, KPK dan Kementerian Kesehatan telah membentuk Satuan Tugas Anti-*Fraud*.

Untuk mengatasi masalah tersebut, semestinya BPJS Kesehatan meninjau paket Indonesia Case Base Groups (INA CBGs) dan kapitasi yang berbasis kinerja. Tidak sekadar itu, Kementerian Kesehatan juga dapat membuat *Standard Operasional Procedure* (SOP) yang memuat penerimaan hingga pemulangan pasien (*clinical pathway*). Dalam catatan kami, masalah tersebut masih sedikit dicantumkan dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK)

Langkah perbaikan lainnya, para *stakeholder* agar segera merealisasikan pembentukan sistem yang kukuh sebagaimana hasil kesepakatan pemahaman (*memorandum of understanding*) antara KPK, Kemenkes, dan BPJS Kesehatan. Rencana penerbitan tiga regulasi yakni pedoman pencegahan *fraud*, deteksi dini *fraud*, serta penanganan *fraud* semestinya dapat segera direalisasikan. Namun sayangnya hingga Perpres No 75 tahun 2019 terbit, regulasi yang mendorong perbaikan di internal BPJS itu tak kunjung terbit.

Cara lainnya yang semestinya juga dilakukan pemerintah dan *stakeholder* sebelum memutuskan kenaikan iuran BPJS Kesehatan dengan melakukan sejumlah langkah nyata. Setidaknya, berbagai upaya tersebut dimaksudkan untuk menekan besaran kenaikan yang memang dirasa memberatkan masyarakat.

Ikhtiar yang dapat ditempuh di antaranya pemerintah pusat melakukan kolaborasi dengan program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang dimiliki pemerintah daerah agar kenaikan itu dapat dicegah atau setidaknya besaran kenaikannya tidak mencapai 100 persen sebagaimana tercantum dalam Perpres 75 Tahun 2019.

Sayangnya, pola kolaborasi tersebut tak bisa ditempuh. Karena pemerintah dalam hal ini Kementerian Dalam Negeri melalui Permendagri No 33 Tahun 2019 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun 2020 menerapkan program *Universal Health Coverage* (UHC), yakni pengintegrasian program jaminan kesehatan antara pusat dan daerah. Dengan kata lain, Pemda tak lagi diperkenankan mengelola jaminan kesehatan yang memiliki manfaat yang sama dengan jaminan kesehatan tingkat nasional.

Ikhtiar lainnya yang juga dapat ditempuh pemerintah dengan meningkatkan kepesertaan BPJS Kesehatan dengan melakukan penyisiran terhadap perusahaan-perusahaan atau pemberi kerja yang belum memberi fasilitas BPJS Kesehatan kepada karyawannya. Langkah ini diyakini akan meningkatkan kepesertaan masyarakat dan tentunya memberi dampak pendisiplinan dalam pembayaran iuran.

Problema etika terhadap pelayanan bpjs

1. Persoalan BPJS Kesehatan sudah muncul sejak proses aktivasi kartu. BPJS menerapkan aturan bahwa kartu pengguna BPJS baru bisa aktif sepekan setelah pendaftaran diterima. "Padahal sakit menimpa tanpa terduga dan tak mungkin bisa ditunda," ujar Harli di Jakarta, Ahad, 9 Agustus 2015.
2. Rujukan lembaga jasa kesehatan yang ditunjuk BPJS Kesehatan juga disebut terbatas dan tidak fleksibel. Peserta BPJS hanya boleh memilih satu fasilitas kesehatan untuk memperoleh rujukan dan tak bisa ke faskes lain meski sama-sama bekerja sama dengan BPJS. Keterbatasan itu, menyulitkan orang yang sering bepergian dan bekerja di tempat jauh.
3. Rumitnya alur pelayanan BPJS Kesehatan karena menerapkan alur pelayanan berjenjang. Sebelum ke rumah sakit, peserta wajib terlebih dulu ke faskes tingkat pertama, yaitu puskesmas.
4. Banyak peserta BPJS mengeluhkan pembayaran biaya pengobatan yang tak ditanggung sepenuhnya oleh BPJS. sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS seharusnya menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasar asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia.

BPJS & Digital Devide

Kehadiran teknologi informasi dinilai telah membantu BPJS Kesehatan dalam menjalankan operasionalnya serta menghemat sumber daya yang dibutuhkan. Direktur Utama BPJS Kesehatan, Fachmi Idris menekankan pentingnya peran teknologi bagi keberlangsungan program yang sudah digariskan. Kita tidak bisa melawan arus perkembangan teknologi informasi, menghindar atau bahkan menolaknya. Berbagai layanan digital yang tumbuh di era JKN-KIS akan mendobrak dan mengubah cara berpikir masyarakat, lebih jauh akan membawa revolusi besar dalam tatanan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Lebih lanjut BPJS Kesehatan telah mengembangkan berbagai aplikasi untuk meningkatkan kualitas layanan. Aplikasi tersebut diharapkan mampu memenuhi harapan masyarakat, yang meliputi kemudahan memperoleh informasi terkait Program JKN-KIS, kemudahan mendaftar, kepastian membayar iuran, kepastian mendapat jaminan di fasilitas kesehatan, serta kemudahan menyampaikan keluhan. Untuk itulah, BPJS Kesehatan mengembangkan aplikasi Mobile JKN. Mobile JKN disiapkan menjadi one stop service untuk memperoleh informasi, mendaftarkan diri, membayar iuran, mengetahui informasi kepesertaan, informasi kesehatan (tele consulting) dan ke depannya akan dikembangkan sistem antrian pelayanan kesehatan. Dengan misi melindungi seluruh Rakyat Indonesia sesuai program Universal Health Coverage (UHC), BPJS Kesehatan memberi beragam jenis kemudahan agar semua lapisan masyarakat dapat bergabung menjadi peserta JKN-KIS. Di sisi kemudahan pendaftaran, misalnya, telah dikembangkan banyak kanal pendaftaran khususnya berbasis teknologi informasi, yaitu pendaftaran secara daring, melalui Mobile JKN, atau BPJS Kesehatan Care Center 1500400. BPJS Kesehatan juga mengembangkan elektronik data badan usaha (e-Dabu) untuk pendaftaran peserta kategori Pekerja Penerima Upah (PPU) yang sangat memudahkan pemberi kerja untuk mendaftarkan serta meng-update data peserta. Pembayaran iuran kini dapat dilakukan melalui berbagai cara, seperti autodebit, e-commerce, dan ritel. Dari sisi pelayanan kesehatan, pemanfaatan teknologi sudah digunakan untuk penggunaan aplikasi Health Facilities Information System (HFIS), Rujukan Online, Klaim Digital (Vedika), pemanfaatan finger print di fasilitas kesehatan serta Deteksi Potensi Fraud melalui Analisa Data Klaim (Defrada). Pengembangan ini diimplementasikan agar pelayanan kesehatan yang diterima oleh peserta dapat berjalan efektif tanpa mengesampingkan mutu dan kualitas. Dari sisi kemudahan menyampaikan keluhan, BPJS Kesehatan mengembangkan aplikasi Sistem Informasi Penanganan Pengaduan (SIPP) yang terintegrasi baik di fasilitas kesehatan, kantor cabang BPJS Kesehatan, Mobile JKN, BPJS Kesehatan Care Center 1500400, Website dan LAPOR!

TUGAS KELOMPOK

“BPJS & Digital Devid”

Mata Kuliah : *Ethical Issues in Electronic Information*

Dosen Pengasuh : M. Izman Herdiansyah, M.M., Ph.D



Disusun oleh :

- 1. RAJU SEPTA WIJAYA**
- 2. AVIAN SAPUTRA**
- 3. ABI DAUD YUSUF**
- 4. RIAN AMANDA**
- 5. EVAN APRIANDI DILATAMA**

Reguler B Angkatan 19 (Sembilan Belas)

Program Pascasarjana Magister Teknik Informatika

Universitas Bina Darma Palembang

2019

Lakukan analisis "Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul"

Jawab :

Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS.

Teknologi pada zaman sekarang ini sudah sangat pesat perkembangannya. Bukan hanya dalam mencari informasi, tetapi memudahkan kita dalam menyelesaikan pekerjaan yang pada zaman sekarang semuanya sudah sistem teknologi. Bukan hanya teknologi yang mengikuti perkembangan, tetapi juga kita sebagai pengguna. Dimana pada zaman sekarang ini yang semuanya sistem praktis maka kita juga harus memahami dan mempelajari bagaimana perkembangan teknologi tersebut.

Teknologi komputer misalnya, banyak mengubah alat-alat kedokteran. Semua informasi medis, termasuk yang dihasilkan dari sinar X, tes laboratorium, dan monitor detak jantung, dapat ditransmisikan ke dokter lain dalam format digital.

Teknologi transfer gambar juga menjadikan gambar radiologi, misal CT scan dan MRI, bisa segera dikirim ke diagram elektronik dan meja dokter. Pasien rawat intensif, yang selalu dimonitor perawat selama istirahat, juga dapat dimonitor oleh dokter melalui "menara kontrol" dari jarak jauh.

Telemedicine (pengobatan jarak jauh), yaitu perawatan yang diberikan melalui telekomunikasi juga turut membantu dunia kedokteran. Sekarang Telemedicine telah di implementasikan oleh administrator penjara amerika, tempat di mana tahanan diberi jaminan perawatan medis karena jumlah tahanan semakin banyak maka biaya kesehatan pun perlu dikontrol.

Rekam medik elektronik dan perangkat komputerisasi lainnya membuat pasien serangan jantung bisa mendapatkan obat yang sesuai, dan kadar gula darah pasien diabetes pun bisa terukur. Setiap kali kita mengunjungi seorang dokter atau pergi kerumah sakit dan setiap kali kita mengisi formulir, informasi tentang kunjungan kita dan obat (resep) yang kita terima akan menjadi bagian dari satu atau lebih database tentang sejarah kesehatan pribadi kita. Di beberapa kantor praktik dokter, diagnosis dicatat pada kertas file folder sedangkan kantor praktik lainnya mencatatnya pada komputer. Di masa yang akan datang semua praktik Dokter sebaiknya menggunakan komputerisasi untuk memudahkan dalam mengakses database pasiennya.

Sebagai mahasiswa yang sangat berperan aktif dalam perkembangan dan teknologi informasi terhadap pelayanan kesehatan, kita juga harus mengetahui dampak positif dan negatif dari teknologi informasi yang berkembang antara lain:

Dampak Positif

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital, memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun.

Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.

2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.

Menilik ke belakang, pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.

3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggaman

Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggaman, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut. Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.

4. Perkembangan keilmuan/riset

Perkembangan teknologi informasi juga merambahi keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi

peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

5. Penurunan biaya/efisiensi

Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya.

Dampak Negatif

1. Resiko terjadinya penyakit baru.

Penggunaan alat-alat canggih menyimpan resiko yang mengancam kesehatan. Misalnya pada laboratorium diagnostik dengan tingkat radiasi yang tinggi. Bukan hanya alat yang canggih, bahkan komputer yang setiap hari digunakan juga memiliki efek radiasi.

2. Pemberitaan yang kurang tepat

Perkembangan TI membuat mudahnya transfer informasi, hingga tiba ke tangan masyarakat. Namun tidak menutup kemungkinan akan ada pemberitaan yang tidak tepat dan tidak bertanggung jawab, sehingga memberikan pengetahuan yang salah kepada masyarakat.

3. Kesalahan persepsi

Informasi banyak disampaikan melalui berbagai media. Setiap orang belum tentu memiliki pemahaman yang sama dengan yang dimaksudkan oleh pembuat informasi. Hal ini menyebabkan kesalahan persepsi, sehingga esensi penyampaian informasi tidak tercapai. Bisa jadi karena pemilihan tata bahasa atau cara penyampaian yang tidak tepat.

4. Biaya mahal

Sebagai konsekuensi dari penggunaan teknologi canggih, ada jumlah biaya yang harus dikeluarkan.

Dalam hal ini disinilah kita sebagai mahasiswa harus berperan lebih aktif lagi dalam proses kemajuan dan perkembangan teknologi. Kita dapat lebih peka, terutama kita sebagai petugas pelayanan kesehatan dimana masyarakat banyak membutuhkan kita. Kita bisa lebih aktif dalam mempelajari perkembangan teknologi dalam meminimalisir kesalahan dan dampak-dampak negatif yang di timbulkan teknologi informasi sekarang. Misalnya dengan kita memahami peran kita di tengah-tengah masyarakat kita bisa membangun kesehatan yang berkualitas dengan intelektual dan keterampilan kita. Seperti

pada jurusan Rekam Medis yang mempelajari tentang “Teknologi Informasi Pada Pelayanan Kesehatan” mahasiswa dapat mempelajari tentang pelayanan kesehatan lebih dalam lagi. Seperti menggunakan keterampilan dalam mendesain formulir-formulir atau sistem komputerisasi yang diperlukan untuk melayani pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, klinik, dll. Ini dapat mempermudah pekerjaan dalam melayani masyarakat yang dapat mengefisienkan waktu dan meningkatkan efektivitasnya. Disinilah mahasiswa dapat mengasah keterampilan dan ide-ide kreatif mereka yang bisa sangat berguna dalam pelayanan kesehatan baik sekarang atau pun masa depan. Dan dari hal-hal yang kecil yang bisa kita perbuat untuk memberi keuntungan pada masyarakat sebagai petugas pelayanan kesehatan maka bisa berdampak baik di kemudian harinya.

Dampak kenaikan iuran BPJS

Choesni menilai bahwa penyesuaian iuran tersebut akan memberikan dampak yang beragam, baik bagi BPJS Kesehatan, keberlangsungan program JKN, maupun bagi masyarakat selaku peserta.

1. Peningkatan jumlah peserta non aktif, khususnya di segmen mandiri atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBPU) dan Bukan Pekerja (BP). Berdasarkan data BPJS Kesehatan, saat ini terdapat sekitar 46% peserta yang tidak aktif. Dia pun menyampaikan bahwa dampak lain yang dapat muncul adalah calon peserta enggan mendaftarkan diri ke BPJS Kesehatan. Hal tersebut menurutnya perlu diantisipasi meskipun berdasarkan regulasi seluruh masyarakat Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan.
2. Selain itu, dampak lain dari penyesuaian iuran adalah kualitas pelayanan kepada peserta akan meningkat. Hal tersebut sejalan dengan dampak lainnya yakni pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan akan terjamin, seiring membaiknya arus kas BPJS Kesehatan.
3. "Dampak lainnya adalah keberlanjutan program JKN. Dengan penyesuaian iuran, ditargetkan akumulasi surplus sebesar Rp4,4 triliun pada akhir 2021, dengan catatan pemerintah mengatasi seluruh defisit per akhir 2019," ujar Choesni.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan dan Isu Perbaikan Layanan

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini tentu menimbulkan polemik di tengah masyarakat. Respons masyarakat rata-rata keberatan dengan kenaikan yang akan dimulai pada 1 Januari 2020 mendatang ini. Publik menyandingkan kualitas pelayanan yang dinilai masih banyak masalah dengan rencana kenaikan iuran hingga 100 persen tersebut.

Pilihan menaikkan iuran BPJS Kesehatan ini memang pilihan sulit yang ditempuh pemerintah. Meski sejumlah hal sebenarnya dapat ditempuh oleh pengelola BPJS Kesehatan serta pemerintah sebelum mengambil keputusan menaikkan besaran iuran BPJS Kesehatan. Bila pun iuran naik, jumlahnya dapat ditekan agar tak tembus hingga 100 persen besaran kenaikannya.

Sejumlah hal yang bisa dilakukan tak lain melakukan koreksi total di internal pengelolaan BPJS Kesehatan. Temuan BPK yang mengkonfirmasi tentang potensi kecurangan (*fraud*) yang dilakukan pihak rumah sakit semestinya menjadi catatan serius pihak BPJS Kesehatan. Apalagi, KPK dan Kementerian Kesehatan telah membentuk Satuan Tugas Anti-*Fraud*.

Untuk mengatasi masalah tersebut, semestinya BPJS Kesehatan meninjau paket Indonesia Case Base Groups (INA CBGs) dan kapitasi yang berbasis kinerja. Tidak sekadar itu, Kementerian Kesehatan juga dapat membuat *Standard Operasional Procedure* (SOP) yang memuat penerimaan hingga pemulangan pasien (*clinical pathway*). Dalam catatan kami, masalah tersebut masih sedikit dicantumkan dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK)

Langkah perbaikan lainnya, para *stakeholder* agar segera merealisasikan pembentukan sistem yang kukuh sebagaimana hasil kesepakatan pemahaman (*memorandum of understanding*) antara KPK, Kemenkes, dan BPJS Kesehatan. Rencana penerbitan tiga regulasi yakni pedoman pencegahan *fraud*, deteksi dini *fraud*, serta penanganan *fraud* semestinya dapat segera direalisasikan. Namun sayangnya hingga Perpres No 75 tahun 2019 terbit, regulasi yang mendorong perbaikan di internal BPJS itu tak kunjung terbit.

Cara lainnya yang semestinya juga dilakukan pemerintah dan *stakeholder* sebelum memutuskan kenaikan iuran BPJS Kesehatan dengan melakukan sejumlah langkah nyata. Setidaknya, berbagai upaya tersebut dimaksudkan untuk menekan besaran kenaikan yang memang dirasa memberatkan masyarakat.

Ikhtiar yang dapat ditempuh di antaranya pemerintah pusat melakukan kolaborasi dengan program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang dimiliki pemerintah daerah agar kenaikan itu dapat dicegah atau setidaknya besaran kenaikannya tidak mencapai 100 persen sebagaimana tercantum dalam Perpres 75 Tahun 2019.

Sayangnya, pola kolaborasi tersebut tak bisa ditempuh. Karena pemerintah dalam hal ini Kementerian Dalam Negeri melalui Permendagri No 33 Tahun 2019 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun 2020 menerapkan program *Universal Health Coverage* (UHC), yakni pengintegrasian program jaminan kesehatan antara pusat dan daerah. Dengan kata lain, Pemda tak lagi diperkenankan mengelola jaminan kesehatan yang memiliki manfaat yang sama dengan jaminan kesehatan tingkat nasional.

Ikhtiar lainnya yang juga dapat ditempuh pemerintah dengan meningkatkan kepesertaan BPJS Kesehatan dengan melakukan penyisiran terhadap perusahaan-perusahaan atau pemberi kerja yang belum memberi fasilitas BPJS Kesehatan kepada karyawannya. Langkah ini diyakini akan meningkatkan kepesertaan masyarakat dan tentunya memberi dampak pendisiplinan dalam pembayaran iuran.

Problema etika terhadap pelayanan bpjs

1. Persoalan BPJS Kesehatan sudah muncul sejak proses aktivasi kartu. BPJS menerapkan aturan bahwa kartu pengguna BPJS baru bisa aktif sepekan setelah pendaftaran diterima. "Padahal sakit menimpa tanpa terduga dan tak mungkin bisa ditunda," ujar Harli di Jakarta, Ahad, 9 Agustus 2015.
2. Rujukan lembaga jasa kesehatan yang ditunjuk BPJS Kesehatan juga disebut terbatas dan tidak fleksibel. Peserta BPJS hanya boleh memilih satu fasilitas kesehatan untuk memperoleh rujukan dan tak bisa ke faskes lain meski sama-sama bekerja sama dengan BPJS. Keterbatasan itu, menyulitkan orang yang sering bepergian dan bekerja di tempat jauh.
3. Rumitnya alur pelayanan BPJS Kesehatan karena menerapkan alur pelayanan berjenjang. Sebelum ke rumah sakit, peserta wajib terlebih dulu ke faskes tingkat pertama, yaitu puskesmas.
4. Banyak peserta BPJS mengeluhkan pembayaran biaya pengobatan yang tak ditanggung sepenuhnya oleh BPJS. sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS seharusnya menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasar asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia.

“Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul”

Dampak teknologi informasi terhadap biaya layanan BPJS, dari segi layanan untuk pembayaran iuran, anggota BPJS sangat dimudahkan karena untuk pembayaran iuran dapat dilakukan dimana saja melalui minimarket (indomaret dan alfamart), kantor pos, semua ATM Bank, atau dengan cara *autodebet* melalui aplikasi *mobile* JKN yang dibuat oleh pihak BPJS bahkan melalui smartphone pun sudah bisa melakukan pembayaran iuran. Selain itu dari segi layanan publik untuk pengaduan BPJS sudah membuat layanan untuk pengaduan di aplikasi *mobile* JKN atau pun melalui semua akun sosial media yang dimiliki oleh BPJS.

Tetapi untuk layanan terhadap anggota BPJS yang sakit masih belum berjalan dengan baik sedangkan biaya iuran terus mengalami kenaikan. Seperti yang belum lama ini terjadi, berdasarkan Perpres 75 Tahun 2019 yang memuat perubahan iuran program Jaminan Kesehatan Nasional, iuran peserta PBU dan Bukan Pekerja (BP) kelas I naik dari sebelumnya Rp 80.000 menjadi Rp160.000, kelas II naik dari Rp 55.000 menjadi Rp110.000, dan kelas III dari Rp 25.500 menjadi Rp42.000. Ini disebabkan karena BPJS mengalami defisit, hal ini juga membuat masyarakat menjadi keberatan meskipun pemerintah telah memberikan solusi untuk pindah kelas bagi setiap anggota BPJS yang merasa keberatan dengan penetapan biaya iuran tersebut.

Kemudian ada kemungkinan muncul masalah etik yang muncul dari BPJS ini:

Masalah etik terhadap pasien anggota BPJS:

1. Terkait fasilitas kesehatan

Fasilitas kesehatan yang ditawarkan kepada pasien ada dua, yaitu Fasilitas kesehatan I dan Fasilitas kesehatan II. Pasien hanya diperbolehkan untuk memilih satu dari tiap-tiap Fasilitas kesehatan sesuai dengan wilayah pasien tinggal. Satu Fasilitas kesehatan I dan satu Fasilitas kesehatan II. Kondisi ini tentu saja merugikan. Sebab kalau Fasilitas kesehatan I yang berada di wilayah pasien tinggal tidak memuaskan, pasien tidak bisa berobat di Fasilitas kesehatan I lainnya, kecuali mengurus kepindahan Fasilitas kesehatan. Lokasi Fasilitas kesehatan juga dapat menimbulkan masalah baru. Bayangkan saja jika jarak lokasi Fasilitas kesehatan dengan lokasi tempat tinggal pasien

sangat jauh, hal ini tentu saja akan memakan waktu berjam-jam. Akibatnya, pasien bisa mendapatkan pelayanan yang layak.

2. Terkait rumah sakit yang berkerjasama dengan BPJS

Pasien hanya diperbolehkan untuk mendapat pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dirujuk pihak BPJS. Bila rumah sakit tersebut tidak bekerja sama dengan BPJS, pasien yang mau berobat akan ditolak. Mau tidak mau pasien harus berusaha mencari daftar rumah sakit rekanan demi mendapat pelayanan rumah sakit yang cepat dan layak.

3. Terkait rumah sakit rujukan

Sistem yang diberlakukan BPJS Kesehatan adalah sistem rujukan jenjang tertentu. Pasien yang ingin menikmati fasilitas kesehatan dari rumah sakit harus mendapat surat rujukan terlebih dahulu dari Fasilitas Kesehatan I (Faskes I), seperti puskesmas, dokter keluarga, dan klinik BPJS. Surat rujukan tersebut mendapat pengecualian untuk pasien yang sedang dalam kondisi gawat darurat. Beruntunglah jika Faskes I sedang tidak sibuk melayani sejuta masyarakat. Bila Faskes I sedang sibuk, pasien yang membutuhkan pertolongan dari pihak rumah sakit pun bisa saja sekarat karena sudah kelamaan menunggu surat rujukan tersebut. Masalah ini sering terjadi di masyarakat.

4. Perihal pembagian kelas perawatan. Pembagian kelas perawatan rawat inap yang ada saat ini dinilai tidak sesuai. Sebetulnya kelas perawatan bagi peserta yang membutuhkan rawat inap menggunakan kelas standar tanpa ada pembagian kelas. Pembagian kelas I, II dan III sebagaimana berlangsung saat ini berdampak terhadap diskriminasi pelayanan karena tarif yang dibayar berbeda, tergantung kelas perawatannya

Masalah etis yang mungkin muncul terhadap dokter :

1. Kewenangan dokter dalam melakukan tindakan medis diintervensi dan direduksi (dikurangi, dibatasi)
2. Perdirjampel BPJS Kesehatan berpotensi meningkatkan konflik antara dokter dengan pasien. Hubungan antara dokter dengan fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) pun dapat terganggu. Berikut isi Perdirjampel BPJS Adapun isi dari Perdirjampel BPJS Kesehatan nomor, 2, 3, dan 5 tahun 2018, sebagai berikut:
 - Bayi baru lahir dengan kondisi sehat post operasi caesar maupun per vaginam dengan/atau tanpa penyulit dibayar dalam 1 paket persalinan.

- Penderita penyakit katarak dijamin BPJS Kesehatan apabila visus kurang dari 6/18 dan jumlah operasi katarak dibatasi dengan kuota.
- Tindakan rehabilitasi medis dibatasi maksimal 2 kali per minggu (8 kali dalam 1 bulan).

Sesuai perpres nomor 12 tahun 2013 pasal 22 dan pasal 25, IDI menilai, semua jenis penyakit harusnya dijamin oleh BPJS Kesehatan, tidak hanya penyakit katarak.

TUGAS KELOMPOK
“ETHICAL ISSUES IN ELECTRONIC
INFORMATION SYSTEM”



OLEH :

- Dedi Setiadi
- Riduan Syahri
- Tri Susanti
-

KELAS :

MTI 19 A REGULER 1

DOSEN:

M. IZMAN HERDIANSYAH, ST, MM, PhD.

PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER TEKNIK INFORMATIKA
UNIVERSITAS BINA DARMA PALEMBANG
TAHUN 2019

DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA STUDI KASUS BPJS, DAN PROBLEMA ETIKA YANG MUNGKIN MUNCUL

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) saat ini memang sedang marak dibahas dan dibicarakan oleh masyarakat. Program penjamin kesehatan masyarakat yang berasal dari pemerintah ini memang dinilai memberikan alternatif atau solusi lain untuk masyarakat dari asuransi kesehatan.

Terdapat dampak dari perkembangan teknologi informasi terhadap biaya pelayanan kesehatan BPJS. Yaitu:

Dampak Positif :

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.
Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital, memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun. Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.
2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.
Pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.
3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggam.
Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggam, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut.

Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.

4. Perkembangan keilmuan/riset. Perkembangan teknologi informasi juga merambahi keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

Dampak Negatif :

Biaya mahal. Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya. Dengan adanya fasilitas yang canggih dalam dunia kesehatan mengakibatkan biaya pelayanan kesehatan menjadi meningkat. Di Indonesia PPJS kesehatan mengalami defisit anggaran, sehingga pemerintah harus melakukan langkah-langkah untuk menutupi defisit tersebut.

PROBLEMATIKA YANG MUNCUL DARI KENAIKAN BIAYA LAYANAN KESEHATAN PPJS

Tahun 2019 ini ramai pemberitaan iuran kepesertaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang akan mengalami kenaikan cukup tinggi. Hal ini menimbulkan problematika di kalangan masyarakat. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 yang mengatur soal Jaminan Kesehatan yang ditandatangani oleh Presiden Joko Widodo pada Kamis (24/10/2019), kenaikan iuran tersebut akan berlaku mulai 1 Januari 2020. Pemerintah melalui Kementerian Keuangan mengusulkan iuran JKN untuk peserta mandiri kelas I dinaikkan 100% dari Rp 80 ribu menjadi Rp 160 ribu. Untuk kelas II sebesar 100% dari Rp 55 ribu menjadi Rp 110 ribu, dan kelas III sebesar 65% dari Rp 25.500 menjadi Rp 42 ribu. Alasan kenaikan tersebut bertujuan untuk mengatasi defisit anggaran BPJS Kesehatan yang terus melebar.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini, ditanggapi berbagai komentar dari masyarakat, ada yang pro ada juga yang kontra. Masyarakat yang pro berharap dengan kenaikan iuran PPJS kesehatan akan membuat pelayanan semakin baik, proses administrasi semakin cepat, defisit juga bisa diatasi. Sedangkan masyarakat yang kontra berpendapat bahwa kenaikan iuran tidak akan memberatkan masyarakat yang memiliki pekerjaan tetap, tetapi akan menjadi beban bagi pekerja informal. Dengan

biaya yang sebelumnya saja banyak masyarakat yang menunggak iuran, apalagi jika dinaikkan. Diharapkan ada kebijakan mengenai pembayaran PPJS kesehatan agar masyarakat diberbagai kalangan pun bisa menggunakannya. Masyarakat mulai melakukan tindakan karena problematika kenaikan iuran PPJS kesehatan ini. Masyarakat mulai berpindah kelas untuk menyesuaikan kemampuan finansial mereka dari kelas satu menjadi kelas dua, dan juga ke kelas tiga.

Solusi yang ditawarkan pemerintah adalah mengimbau masyarakat agar dapat mengurangi perilaku konsumtif agar dapat menata keuangan yang baik. Setelah hal itu dilakukan, menurutnya masyarakat tetap bisa membayar iuran BPJS meski naik. Sedangkan untuk yang dipastikan tidak mampu membayar, ia mengatakan masyarakat bisa melaporkan keluhannya ke Dinas Sosial. Kemudian dari pihak Dinas Sosial menurutnya akan melakukan verifikasi kelayakan kepada masyarakat yang tidak mampu membayar iuran agar mendapat bantuan. Nanti akan dilakukan verifikasi dan validasi oleh dinas sosial, ketika lolos, nanti akan dimasukan ke kategori yang butuh bantuan.

DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Tugas kelompok

- 
1. Dendi irawan
 2. Defry andani
 3. Hendri

PENYEBAB MENINGKATNYA BIAYA KESEHATAN

- Pola penyakit degeneratif
- Orientasi pada pembiayaan kuratif
- Pembayaran *out of pocket* secara individual
- *Service* yang ditentukan oleh provider
- Teknologi canggih
- Perkembangan spesialisasi ilmu kedokteran
- **Tingkat Inflasi**



Biaya kesehatan yang tinggi



Kemampuan masyarakat
memanfaatkan pelayanan kesehatan



Tingkat / derajat kesehatan rendah



Di Indonesia tingkat kesehatan masih
relatif rendah di Asia Tenggara



PERBANDINGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Negara	MM R	GNP/ Kapita (US\$)	Biaya Kes per kap (US\$)	Urutan Biaya Kesehatan	Cakupan Asuransi
1. Malaysia	39	3.400	110	93	100%
2. Thailand	44	1.960	133	64	80%
3. Srilangka	60	820	25	138	-
4. Vietnam	160	370	17	182	-
5. Philipine	170	1.020	40	124	60%
6. Myanmar	230	220	100	136	-
7. Indonesia	390	580	18	154	16%

Faktor Yang Berhubungan Dengan Biaya Layanan Kesehatan :

- Jumlah tempat tidur
- Jenis penderita → klasifikasi diagnostik
- Tindakan & pemeriksaan penunjang
- Berat ringannya penyakit → jumlah operasi
- Upah kepada sumber daya rumah sakit
- Jumlah penderita rawat jalan
- Dan lain-lain



ANALISIS BIAYA PELAYANAN KESEHATAN



- ## DEFINISI BIAYA
- Biaya (Cost) adalah semua pengorbanan yang dikeluarkan untuk memproduksi atau memperoleh suatu komoditi.
 - Biaya adalah nilai dari sejumlah input (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (output).
 - Dalam bidang kesehatan produk yang dihasilkan adalah jasa pelayanan kesehatan,

Misal di rumah sakit produk outputnya adalah pelayanan rawat jalan, rawat inap, laboratorium, radiologi, kamar bedah dan lain-lain



KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

- 1. Mengetahui struktur biaya menurut jenis dan lokasi biaya ditempatkan, sbg bahan pertimbangan dalam pengendalian biaya yang dikeluarkan.**
 - Unit yg mengeluarkan banyak biaya**
- 2. Mengetahui biaya satuan**
 - Besarnya Tarif Pelayanan Yg Diberikan**
 - Tarif Rasional Atau Tidak**
 - Profit, rugi atau BEP**
 - Cost Recovery**
- 3. Bahan pertimbangan dalam menyusun anggaran**
- 4. Mendapatkan informasi tentang biaya total rumah sakit dan sumber pembiayaan serta komponennya.**



LANJUTAN KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

- 5. Menilai performance keuangan rumah sakit secara keseluruhan, sekaligus sebagai bahan pertanggungjawaban**
- 6. Menentukan tarif dari berbagai jenis pelayanan rumah sakit tergantung dari tujuan dan jenisnya**
- 7. Peningkatan efesiensi**
- 8. Secara mikro**
Analisis biaya dapat dimanfaatkan sebagai bahan pertimbangan atau negosiasi dengan pembayaran pihak ketiga



ANALISIS SWOT

Strengthness

1. Memiliki sifat kepersertaan yang WAJIB untuk seluruh penduduk Indonesia. Hal ini akan membuat BPJS menjadi sebuah layanan kesehatan yang menjamin seluruh penduduk Indonesia untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
 2. Menggunakan prinsipnya gotong royong (yaitu semua golongan wajib ikut tergabung baik kaya-miskin, sehat-sakit, ataupun muda-tua) sehingga tidak terlalu membebankan suatu pihak untuk tergabung dalam program BPJS.
 3. Diatur oleh undang-undang. Sehingga dalam pelaksanaannya, BPJS tidak mengejar profit.
 4. BPJS menjamin premi yang murah untuk setiap paket pelayanan yang sama. Tidak seperti asuransi komersial yang akan menghitung premi sesuai risiko tiap peserta, yang mana jika risiko sakit semakin tinggi, maka premi di setting lebih mahal.
 5. Manfaat jaminan menyeluruh mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.
 6. Dengan adanya BPJS ini maka seluruh warga Indonesia berkesempatan besar untuk memproteksi kesehatan mereka dengan lebih baik.
- 

- Weakness

1. Pasal 14 ayat 2 UU SJSN menyebutkan bahwa “Penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu” namun sampai saat ini belum ada ketentuan yang mengatur kategori fakir miskin, miskin, dan hampir miskin. Aturan mengenai hal tersebut diperlukan karena setiap orang mempunyai persepsi berbeda terhadap kategori miskin tersebut, ditambah lagi sebagian besar orang Indonesia lebih suka bertingkah “memiskinkan” diri.
2. Semakin meningkatnya animo masyarakat yang ingin ikut tergabung dalam BPJS tidak diimbangi dengan ketersediaan SDM yang memadai di BPJS Kesehatan. Minimnya SDM akan membuat para pekerja kelimpungan ketika memberikan pelayanan kepada peserta BPJS yang menumpuk dengan antrian yang panjang sehingga berpengaruh pada kualitas hasil pekerjaan.
3. Kelemahan BPJS dari segi pelayanan kesehatan (menurut peserta):
 - Pasien dengan penyakit kronis hanya diberikan obat kurang dari 30 hari (hanya untuk 3-7 hari) sehingga pasien harus berulang kali ke RS
 - Terdapat beberapa RS yang masih mengenakan OOP bagi pasien
 - Peserta belum memahami hak dan kewajibannya
 - Rujukan berjenjang belum dapat berjalan secara optimal



4. Kelemahan dari segi faskes :

- Penggunaan aplikasi P-Care di Puskesmas belum berjalan secara optimal, kebanyakan puskesmas masih menggunakan SIMPUS
- E-Catalog belum tersedia, sehingga mempengaruhi pelayanan obat di RS
- Tarif INA CBG's belum memadai, khususnya bagi RS Swasta
- Penerapan iur biaya di klinik rawat jalan di RS Swasta

5. Kurangnya sosialisasi mengenai BPJS

6. Prinsip kegotongroyongan yang masih belum diterapkan sepenuhnya

7. Belum tersedianya data jumlah yang jelas tentang peserta yang mengikuti asuransi swasta



○ *Opportunities*

1. Masyarakat Indonesia yang ingin memiliki jaminan kesehatan meningkat drastis. Hal ini dikarenakan adanya hukum ekonomi, dimana jika harga menurun, maka permintaan akan naik. Sama halnya dengan BPJS ini, karena harga pelayanan kesehatan menjadi terjangkau dan dijamin oleh pemerintah, maka permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan juga akan meningkat.
2. Untuk mencapai target terwujudnya seluruh masyarakat Indonesia yang terjamin oleh BPJS, dilakukan secara bertahap sejak tahun 2014 -2019. Kepesertaan BPJS dimulai dengan menggabungkan peserta Askes Sosial, Jamkesmas, Jamkesda, dan Jamsostek.
3. Program BPJS didukung oleh berbagai pihak, seperti AUSAID (badan utama Pemerintah Australia dalam perang global untuk memberantas kemiskinan) dan GIZ.(perusahaan Internasional milik pemerintah federal Jerman tujuannya mewujudkan pembangunan berkelanjutan)



- Threats

1. Belum semua instansi dan komponen yang terkait dengan pelaksanaan BPJS memiliki kesadaran penuh dan peduli terhadap pelaksanaan BPJS yang lebih baik.
2. Terdapat beberapa regulasi/kebijakan penting terkait pelaksanaan BPJS yang belum diterbitkan. Contohnya adalah regulasi tentang pemanfaatan kapitasi dan juknis/manlak/pedoman INA CBG's. Ketiadaan regulasi/kebijakan ini dapat menimbulkan dampak seperti ketidakseragaman pemahaman, sehingga implementasinya pun menjadi berbeda-beda. Selain itu, ketidakjelasan prosedur akibat belum adanya regulasi yang mengatur juga dapat memicu konflik antar pemangku kepentingan.
3. Risiko *adverse selection*, yaitu masyarakat menjadi peserta BPJS hanya karena ingin mendapatkan manfaat karena memiliki risiko tinggi terhadap penyakit. Risiko ini biasanya pada peserta mandiri (voluntary)
4. Pemahaman kebijakan/regulasi yang belum merata. Peserta BPJS terdiri atas penduduk dengan latar belakang pendidikan, pekerjaan, tingkat ekonomi, akses terhadap media dan teknologi, serta geografis yang berbeda-beda. Diversifikasi tersebut membuat pemahaman tentang regulasi yang berbeda-beda sehingga akan menimbulkan ekspektasi yang berbeda pula.



5. Sistem pembayaran INA CBG's belum dipahami oleh seluruh stakeholders
6. Perubahan pola pelayanan obat akibat perubahan sistem pembayaran, selain itu ketersediaan obat juga menjadi terkendala akibat E-catalog tidak diterbitkan bersamaan dengan formularium nasional dan beberapa RS tidak memiliki cukup dana operasional untuk menjamin ketersediaan obat sehingga menyebabkan terjadinya blocked account oleh distributor obat.
7. Peningkatan cakupan peserta BPJS tidak diimbangi dengan peningkatan jumlah faskes. Dampaknya, beban kerja faskes bertambah sehingga antrian pelayanan bertambah panjang. Selain itu distribusi nakes belum merata di seluruh Indonesia, terutama daerah rural
8. Kualitas faskes belum terstandardisasi.
9. Memicu terjadinya *morale hazard* (perubahan perilaku seseorang akibat telah merasa dijamin asuransi), sehingga dapat menyebabkan klaim BPJS yang tinggi.
10. Regulasi BPJS cenderung mencerminkan upaya kesehatan kuratif, karena sudah tercover asuransi, usaha penduduk Indonesia untuk melakukan upaya preventif menjadi minim.



Tahap-Tahap Analisis Biaya:

- 1. Menentukan bagian yang akan di analisis,**
- 2. Identifikasi semua biaya yang mungkin timbul,**
- 3. Analisis kegiatan pada unit /bagian yang secara logika biayanya timbul akibat peningkatan aktivitas di unit tersebut,**
- 4. Telusuri dan hitung semua biaya langsung yang terjadi**
- 5. Telusuri biaya tidak langsung dan hitung alokasi biaya tidak langsung untuk setiap unit / bagian**
- 6. Hitung unit cost per kegiatan dengan cara mengalokasikan total biaya (biaya langsung maupun biaya tidak langsung) ke setiap kegiatan yang ada**



PUSAT BIAYA

1. Pusat biaya produksi

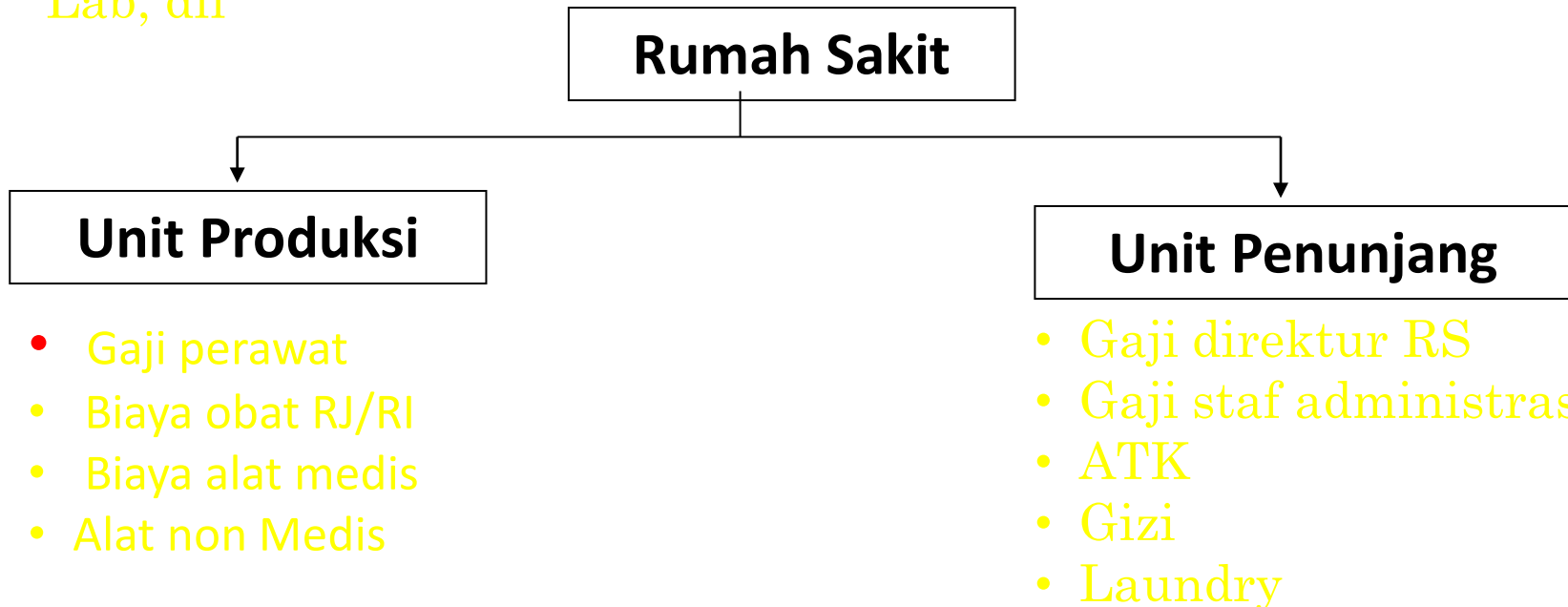
Unit yang secara langsung memberikan pelayanan kepada konsumen (menghasilkan pendapatan)

Ex: Rawat Inap, Rawat Jalan, Lab, dll

2. Pusat biaya penunjang

Unit yang tidak secara langsung memberikan pelayanan kepada konsumen (tidak menghasilkan pendapatan)

Co: Kantor, Laundry, Instalasi Gizi, dll



KOMPONEN BIAYA



PROBLEMA ETIKA

1. Banyak peserta menunggak iuran. Hanya bayar iuran ketika akan menggunakan layanan kesehatan BPJS
2. Tidak semua anggota keluarga membayar iuran. Hanya anggota keluarga yang akan berobat yang membayar.
3. Masih banyak masyarakat belum jadi peserta BPJS.



THANK YOU



DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Tugas kelompok

- 
1. Dendi irawan
 2. Defry andani
 3. Hendri

PENYEBAB MENINGKATNYA BIAYA KESEHATAN

- Pola penyakit degeneratif
- Orientasi pada pembiayaan kuratif
- Pembayaran *out of pocket* secara individual
- *Service* yang ditentukan oleh provider
- Teknologi canggih
- Perkembangan spesialisasi ilmu kedokteran
- **Tingkat Inflasi**



Biaya kesehatan yang tinggi



Kemampuan masyarakat
memanfaatkan pelayanan kesehatan



Tingkat / derajat kesehatan rendah



Di Indonesia tingkat kesehatan masih
relatif rendah di Asia Tenggara



PERBANDINGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Negara	MM R	GNP/ Kapita (US\$)	Biaya Kes per kap (US\$)	Urutan Biaya Kesehatan	Cakupan Asuransi
1. Malaysia	39	3.400	110	93	100%
2. Thailand	44	1.960	133	64	80%
3. Srilangka	60	820	25	138	-
4. Vietnam	160	370	17	182	-
5. Philipine	170	1.020	40	124	60%
6. Myanmar	230	220	100	136	-
7. Indonesia	390	580	18	154	16%

Faktor Yang Berhubungan Dengan Biaya Layanan Kesehatan :

- Jumlah tempat tidur
- Jenis penderita → klasifikasi diagnostik
- Tindakan & pemeriksaan penunjang
- Berat ringannya penyakit → jumlah operasi
- Upah kepada sumber daya rumah sakit
- Jumlah penderita rawat jalan
- Dan lain-lain



ANALISIS BIAYA PELAYANAN KESEHATAN



- ## PENGERTIAN BIAYA
- Biaya (Cost) adalah semua pengorbanan yang dikeluarkan untuk memproduksi atau memperoleh suatu komoditi.
 - Biaya adalah nilai dari sejumlah input (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (output).
 - Dalam bidang kesehatan produk yang dihasilkan adalah jasa pelayanan kesehatan,

Misal di rumah sakit produk outputnya adalah pelayanan rawat jalan, rawat inap, laboratorium, radiologi, kamar bedah dan lain-lain



KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

- 1. Mengetahui struktur biaya menurut jenis dan lokasi biaya ditempatkan, sbg bahan pertimbangan dalam pengendalian biaya yang dikeluarkan.**
 - Unit yg mengeluarkan banyak biaya**
- 2. Mengetahui biaya satuan**
 - Besarnya Tarif Pelayanan Yg Diberikan**
 - Tarif Rasional Atau Tidak**
 - Profit, rugi atau BEP**
 - Cost Recovery**
- 3. Bahan pertimbangan dalam menyusun anggaran**
- 4. Mendapatkan informasi tentang biaya total rumah sakit dan sumber pembiayaan serta komponennya.**



LANJUTAN KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

- 5. Menilai performance keuangan rumah sakit secara keseluruhan, sekaligus sebagai bahan pertanggungjawaban**
- 6. Menentukan tarif dari berbagai jenis pelayanan rumah sakit tergantung dari tujuan dan jenisnya**
- 7. Peningkatan efisiensi**
- 8. Secara mikro**
Analisis biaya dapat dimanfaatkan sebagai bahan pertimbangan atau negosiasi dengan pembayaran pihak ketiga



ANALISIS SWOT

Strengthness

1. Memiliki sifat kepersertaan yang WAJIB untuk seluruh penduduk Indonesia. Hal ini akan membuat BPJS menjadi sebuah layanan kesehatan yang menjamin seluruh penduduk Indonesia untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
 2. Menggunakan prinsipnya gotong royong (yaitu semua golongan wajib ikut tergabung baik kaya-miskin, sehat-sakit, ataupun muda-tua) sehingga tidak terlalu membebankan suatu pihak untuk tergabung dalam program BPJS.
 3. Diatur oleh undang-undang. Sehingga dalam pelaksanaannya, BPJS tidak mengejar profit.
 4. BPJS menjamin premi yang murah untuk setiap paket pelayanan yang sama. Tidak seperti asuransi komersial yang akan menghitung premi sesuai risiko tiap peserta, yang mana jika risiko sakit semakin tinggi, maka premi di setting lebih mahal.
 5. Manfaat jaminan menyeluruh mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.
 6. Dengan adanya BPJS ini maka seluruh warga Indonesia berkesempatan besar untuk memproteksi kesehatan mereka dengan lebih baik.
- 

- Weakness

1. Pasal 14 ayat 2 UU SJSN menyebutkan bahwa “Penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu” namun sampai saat ini belum ada ketentuan yang mengatur kategori fakir miskin, miskin, dan hampir miskin. Aturan mengenai hal tersebut diperlukan karena setiap orang mempunyai persepsi berbeda terhadap kategori miskin tersebut, ditambah lagi sebagian besar orang Indonesia lebih suka bertingkah “memiskinkan” diri.
2. Semakin meningkatnya animo masyarakat yang ingin ikut tergabung dalam BPJS tidak diimbangi dengan ketersediaan SDM yang memadai di BPJS Kesehatan. Minimnya SDM akan membuat para pekerja kelimpungan ketika memberikan pelayanan kepada peserta BPJS yang menumpuk dengan antrian yang panjang sehingga berpengaruh pada kualitas hasil pekerjaan.
3. Kelemahan BPJS dari segi pelayanan kesehatan (menurut peserta):
 - Pasien dengan penyakit kronis hanya diberikan obat kurang dari 30 hari (hanya untuk 3-7 hari) sehingga pasien harus berulang kali ke RS
 - Terdapat beberapa RS yang masih mengenakan OOP bagi pasien
 - Peserta belum memahami hak dan kewajibannya
 - Rujukan berjenjang belum dapat berjalan secara optimal



4. Kelemahan dari segi faskes :

- Penggunaan aplikasi P-Care di Puskesmas belum berjalan secara optimal, kebanyakan puskesmas masih menggunakan SIMPUS
- E-Catalog belum tersedia, sehingga mempengaruhi pelayanan obat di RS
- Tarif INA CBG's belum memadai, khususnya bagi RS Swasta
- Penerapan iur biaya di klinik rawat jalan di RS Swasta

5. Kurangnya sosialisasi mengenai BPJS

6. Prinsip kegotongroyongan yang masih belum diterapkan sepenuhnya

7. Belum tersedianya data jumlah yang jelas tentang peserta yang mengikuti asuransi swasta



○ *Opportunities*

1. Masyarakat Indonesia yang ingin memiliki jaminan kesehatan meningkat drastis. Hal ini dikarenakan adanya hukum ekonomi, dimana jika harga menurun, maka permintaan akan naik. Sama halnya dengan BPJS ini, karena harga pelayanan kesehatan menjadi terjangkau dan dijamin oleh pemerintah, maka permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan juga akan meningkat.
2. Untuk mencapai target terwujudnya seluruh masyarakat Indonesia yang terjamin oleh BPJS, dilakukan secara bertahap sejak tahun 2014 -2019. Kepesertaan BPJS dimulai dengan menggabungkan peserta Askes Sosial, Jamkesmas, Jamkesda, dan Jamsostek.
3. Program BPJS didukung oleh berbagai pihak, seperti AUSAID (badan utama Pemerintah Australia dalam perang global untuk memberantas kemiskinan) dan GIZ.(perusahaan Internasional milik pemerintah federal Jerman tujuannya mewujudkan pembangunan berkelanjutan)



- Threats

1. Belum semua instansi dan komponen yang terkait dengan pelaksanaan BPJS memiliki kesadaran penuh dan peduli terhadap pelaksanaan BPJS yang lebih baik.
2. Terdapat beberapa regulasi/kebijakan penting terkait pelaksanaan BPJS yang belum diterbitkan. Contohnya adalah regulasi tentang pemanfaatan kapitasi dan juknis/manlak/pedoman INA CBG's. Ketiadaan regulasi/kebijakan ini dapat menimbulkan dampak seperti ketidakseragaman pemahaman, sehingga implementasinya pun menjadi berbeda-beda. Selain itu, ketidakjelasan prosedur akibat belum adanya regulasi yang mengatur juga dapat memicu konflik antar pemangku kepentingan.
3. Risiko *adverse selection*, yaitu masyarakat menjadi peserta BPJS hanya karena ingin mendapatkan manfaat karena memiliki risiko tinggi terhadap penyakit. Risiko ini biasanya pada peserta mandiri (voluntary)
4. Pemahaman kebijakan/regulasi yang belum merata. Peserta BPJS terdiri atas penduduk dengan latar belakang pendidikan, pekerjaan, tingkat ekonomi, akses terhadap media dan teknologi, serta geografis yang berbeda-beda. Diversifikasi tersebut membuat pemahaman tentang regulasi yang berbeda-beda sehingga akan menimbulkan ekspektasi yang berbeda pula.



5. Sistem pembayaran INA CBG's belum dipahami oleh seluruh stakeholders
6. Perubahan pola pelayanan obat akibat perubahan sistem pembayaran, selain itu ketersediaan obat juga menjadi terkendala akibat E-catalog tidak diterbitkan bersamaan dengan formularium nasional dan beberapa RS tidak memiliki cukup dana operasional untuk menjamin ketersediaan obat sehingga menyebabkan terjadinya blocked account oleh distributor obat.
7. Peningkatan cakupan peserta BPJS tidak diimbangi dengan peningkatan jumlah faskes. Dampaknya, beban kerja faskes bertambah sehingga antrian pelayanan bertambah panjang. Selain itu distribusi nakes belum merata di seluruh Indonesia, terutama daerah rural
8. Kualitas faskes belum terstandardisasi.
9. Memicu terjadinya *morale hazard* (perubahan perilaku seseorang akibat telah merasa dijamin asuransi), sehingga dapat menyebabkan klaim BPJS yang tinggi.
10. Regulasi BPJS cenderung mencerminkan upaya kesehatan kuratif, karena sudah tercover asuransi, usaha penduduk Indonesia untuk melakukan upaya preventif menjadi minim.



Tahap-Tahap Analisis Biaya:

- 1. Menentukan bagian yang akan di analisis,**
- 2. Identifikasi semua biaya yang mungkin timbul,**
- 3. Analisis kegiatan pada unit /bagian yang secara logika biayanya timbul akibat peningkatan aktivitas di unit tersebut,**
- 4. Telusuri dan hitung semua biaya langsung yang terjadi**
- 5. Telusuri biaya tidak langsung dan hitung alokasi biaya tidak langsung untuk setiap unit / bagian**
- 6. Hitung unit cost per kegiatan dengan cara mengalokasikan total biaya (biaya langsung maupun biaya tidak langsung) ke setiap kegiatan yang ada**



PUSAT BIAYA

1. Pusat biaya produksi

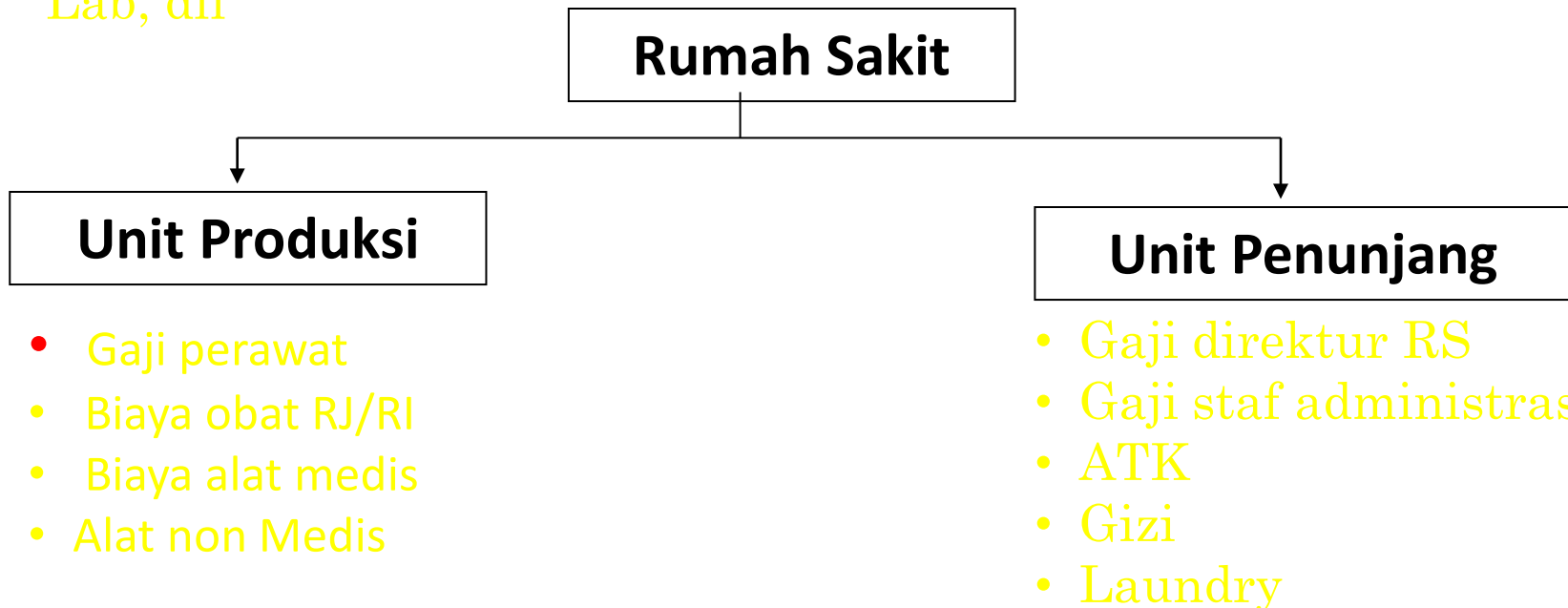
Unit yang secara langsung memberikan pelayanan kepada konsumen (menghasilkan pendapatan)

Ex: Rawat Inap, Rawat Jalan, Lab, dll

2. Pusat biaya penunjang

Unit yang tidak secara langsung memberikan pelayanan kepada konsumen (tidak menghasilkan pendapatan)

Co: Kantor, Laundry, Instalasi Gizi, dll



KOMPONEN BIAYA



PROBLEMA ETIKA

1. Banyak peserta menunggak iuran. Hanya bayar iuran ketika akan menggunakan layanan kesehatan BPJS
2. Tidak semua anggota keluarga membayar iuran. Hanya anggota keluarga yang akan berobat yang membayar.
3. Masih banyak masyarakat belum jadi peserta BPJS.



THANK YOU



- ⇒ Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul

Dampak secara sederhana bisa diartikan sebagai pengaruh atau akibat. Dalam setiap keputusan yang diambil oleh seorang atasan biasanya mempunyai dampak tersendiri, baik itu dampak positif maupun dampak negatif. Dampak juga bisa merupakan proses lanjutan dari sebuah pelaksanaan pengawasan internal. Seorang pemimpin yang handal sudah selayaknya bisa memprediksi jenis dampak yang akan terjadi atas sebuah keputusan yang akan diambil. Otto Soemarwoto (1983): Dampak adalah pengaruh suatu kegiatan. Hiro Tugiman: Dampak adalah sesuatu yang bersifat objektif. Dampak merupakan sebuah konsep pengawasan internal sangat penting, yang dengan mudah dapat diubah menjadi sesuatu yang dipahami dan ditanggapi secara serius oleh manajemen.

Tinjauan Tentang Dampak Pengertian dampak menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah benturan, pengaruh yang mendatangkan akibat baik positif maupun negatif. Pengaruh adalah daya yang ada dan timbul dari sesuatu (orang, benda) yang ikut membentuk watak, kepercayaan atau perbuatan seseorang. Pengaruh adalah suatu keadaan dimana ada hubungan timbal balik atau hubungan sebab akibat antara apa yang mempengaruhi dengan apa yang dipengaruhi. (KBBI Online, 2010) Dampak secara sederhana bisa diartikan sebagai pengaruh atau akibat, dalam setiap keputusan yang diambil oleh seseorang biasanya mempunyai dampak tersendiri, baik itu dampak positif maupun dampak negatif. Dampak juga bisa merupakan proses lanjutan dari sebuah pengambilan keputusan. Seseorang yang handal sudah selayaknya bisa memprediksi jenis dampak yang akan terjadi atas sebuah keputusan yang akan diambil.

Dampak dapat dibagi dalam dua bagian yaitu: 1. Dampak positif Dampak Positif berarti pengaruh dan akibat yang ditimbulkan oleh suatu pengambilan keputusan atau tidak mengakibatkan sesuatu yang merugikan bagi sesama manusia, lingkungan alam sekitar atau lingkungan alam, ataupun sesuatu yang berhubungan bisa mengakibatkan kerugian bagi pihak yang lain. Dampak positif berarti pengaruh dan akibat yang ditimbulkan oleh suatu pengambilan keputusan akan menguntungkan bagi sesama manusia dan lingkungan alam sekitarnya. 2. Dampak Negatif Dampak negatif berarti pengaruh dan akibat yang ditimbulkan oleh suatu pengambilan keputusan akan mengakibatkan sesuatu yang tidak baik terhadap sesama manusia dan lingkungan alam sekitarnya, ataupun pengambilan keputusan itu mengakibatkan kerugian e-journal "Acta Diurna" Volume V. No.1. Tahun 2016 bagi sesama manusia ataupun lingkungan alam sekitar yang akan berakibat kerugian besar dikemudian hari.

Pengertian Pelayanan Konsep pelayanan dalam kamus bahasa Indonesia diartikan sebagai memberikan sesuatu kepada seseorang dalam bentuk jasa. Menurut W. J. S. Poerwadarminto (2001: 573), pelayanan berasal dari kata layan atau melayani yang berarti menolong, menyediakan segala sesuatu yang diperlukan orang lain. Menurut A.S Moenir (1995: 17), pada

dasarnya manusia dalam memenuhi kebutuhan hidupnya membutuhkan orang lain. Proses pemenuhan kebutuhan melalui aktifitas orang lain secara langsung ini yang disebut sebagai pelayanan. Jadi pelayanan adalah kegiatan yang bertujuan membantu menyiapkan atau mengurus apa yang diperlukan orang lain. Sehingga pelayanan senantiasa dengan kepentingan publik atau umum. Masih menurut Moenir (1995:10), kepentingan umum merupakan kepentingan yang menyangkut masyarakat, tidak bertentangan dengan norma-norma dan aturan yang bersumber dari kebutuhan hidup masyarakat.

Kepentingan ini bersifat kolektif dan dapat pula bersifat individual. Kepentingan umum muncul dari kepentingan individual dan karena bersamaan kepentingan maka kepentingan individual berkembang menjadi kepentingan umum. Kegiatan pelayanan umum diharapkan pada terselenggaranya pelayanan untuk memenuhi kepentingan umum atau kepentingan perorangan, melalui cara-cara yang tepat dan memuaskan pihak yang dilayani.

Supaya pelayanan umum berhasil baik unsur pelaku sangat menentukan, Pelaku dapat berbentuk badan atau organisasi yang bertanggungjawab atas terselenggaranya pelayanan dan manusia sebagai pegawai. Pelayanan dapat berjalan baik jika pemerintah selaku penyelenggara pelayanan publik memiliki orientasi yang benar mengenai akibat dari suatu kedudukannya sebagai abdi masyarakat dan menganggap masyarakat sebagai klien yang harus senantiasa dijaga kepuasan atas pelayanan yang telah diberikan kepada mereka.

Kepuasan sangat sulit diukur karena layanan memiliki berbagai karakteristik yang berbeda tergantung pada tingkat sosial, ekonomi, pendidikan dan pengetahuan, pengalaman hidup maupun harapan yang ingin dicapainya.

Jaminan Sosial Nasional Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh negara guna menjamin warganegara untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, sebagaimana dalam deklarasi PBB tentang HAM tahun 1948 dan konvensi ILO No.102 tahun 1952. Utamanya adalah sebuah bidang dari kesejahteraan sosial yang memperhatikan perlindungan sosial, atau perlindungan terhadap kondisi yang diketahui sosial, termasuk kemiskinan, usia lanjut, kecacatan, pengangguran, keluarga dan anak-anak, dan lain-lain. (https://id.wikipedia.org/wiki/Jaminan_sosial).

Sistem Jaminan Sosial Nasional Indonesia disusun mengacu pada tata-cara penyelenggaraan jaminan sosial yang berlaku secara umum dan telah diselenggarakan oleh negara-negara yang sudah maju maupun oleh Negara-negara yang sedang berkembang. Penyelenggaraan jaminan sosial di berbagai negara tidak ada yang sama, ada yang berlaku secara nasional untuk seluruh penduduk tetapi ada yang hanya untuk penduduk tertentu atau program tertentu. E. Pengertian Sistem Jaminan Sosial Nasional Sistem Jaminan Sosial Nasional (National Social Security System) merupakan tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial yang dilaksanakan oleh beberapa badan penyelenggara. Jaminan sosial. Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah program dari pihak e-journal "Acta Diurna" Volume V. No.1. Tahun 2016

Negara dan Pemerintah yang bertujuan memberi kepastian perlindungan terhadap kesejahteraan sosial seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini, diharapkan setiap warga-negara dapat terpenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya pendapatan, oleh karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut, atau pensiun.

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh pihak Pemerintah Republik Indonesia guna menjamin bahwa setiap warga negaranya bisa terpenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak. Menurut UU No. 40 Tahun 2004, Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah pengganti program-program jaminan sosial yang sudah ada sebelumnya yang menurut penilaian tidak memberikan manfaat yang maksimal bagi penggunanya.

Pemerintah Indonesia telah menjalankan beberapa program jaminan sosial berupa Undang-Undang yang secara khusus mengatur jaminan sosial bagi tenaga kerja swasta adalah Undang-Undang Nomor 3 tahun 1992 tentang Jaminan Tenaga Kerja (JAMSOSTEK) yang mencakup program jaminan pemeliharaan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua dan jaminan kematian. Untuk Pegawai Negeri Sipil (PNS), telah dikembangkan program Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN) yang dibentuk dengan Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1981 dan program Asuransi Kesehatan (ASKES) yang diselenggarakan berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 yang bersifat wajib bagi PNS/Penerima Pensiun/Perintis Kemerdekaan/Veteran dana anggota keluarganya.

Untuk prajurit Tentara Nasional Indonesia (TNI), anggota Kepolisian Republik Indonesia (POLRI), dan PNS Departemen Pertahanan/TNI/POLRI beserta keluarganya telah dilaksanakan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI) sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 1991 yang merupakan perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 1971. Program-program tersebut baru mencakup sebagian kecil dari rakyat Indonesia dan Sebagian besar belum memperoleh perlindungan yang memadai, disamping itu, ternyata pelaksanaan berbagai program jaminan sosial tersebut sudah mampu memberikan perlindungan yang adil dan memadai kepada para peserta sesuai dengan manfaat program yang menjadi hak dari seluruh peserta.

Berdasarkan beberapa pertimbangan maka dipandang perlu untuk menyusun suatu Sistem Jaminan Nasional yang mampu mensinkronkan penyelenggaraan berbagai bentuk dari jaminan sosial yang dilaksanakan oleh beberapa penyelenggara agar dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi seluruh pesertanya. F. Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional 1 . Prinsip kegotong-royongan. Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong-royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat; peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta yang sehat membantu yang sakit melalui prinsip kegotong-royongan ini jaminan sosial dapat menumbuhkan dan meningkatkan keadilan sosial bagi keseluruhan

rakyat Indonesia. 2 . Prinsip Nirlaba. Pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan mencari Laba (Nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan sosial, tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana e-journal “Acta Diurna” Volume V. No.1. Tahun 2016 amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta. 3. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Prinsip- prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya. 4. Prinsip portabilitas. Jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. 5. Prinsip kepesertaan bersifat wajib. Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat. 6. Prinsip dana amanat. Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta. 7. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial Nasional dalam Undang-Undang ini adalah hasil berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial. 8. Dalam Undang-Undang ini diatur penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional yang meliputi jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan pensiun, jaminan hari tua, dan jaminan kematian bagi seluruh penduduk melalui iuran wajib pekerja.

Program - program jaminan sosial tersebut diselenggarakan oleh beberapa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam Undang-Undang ini adalah transformasi dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial. 9. Asas kemanusiaan berkaitan dengan penghargaan terhadap martabat manusia. Asas manfaat merupakan asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif. Asas keadilan merupakan asas yang bersifat ideal. Ketiga asas tersebut dimaksudkan untuk menjamin kelangsungan program dan hak peserta. G. Pengertian Masyarakat Masyarakat (sebagai terjemahan istilah *society*) adalah sekelompok orang yang membentuk sebuah sistem semi tertutup (atau semi terbuka), dimana sebagian besar interaksi adalah antara individu-individu yang berada dalam kelompok tersebut. Kata "masyarakat" sendiri berakar dari kata dalam bahasa Arab, *musyarak*. Lebih abstraknya, sebuah masyarakat adalah suatu jaringan hubungan-hubungan antar entitas-entitas.

Masyarakat adalah sebuah komunitas yang interdependen (saling tergantung satu sama lain). Umumnya, istilah masyarakat digunakan untuk mengacu sekelompok orang yang hidup bersama dalam satu komunitas yang teratur. 1. Pengertian masyarakat adalah sejumlah besar

orang yang tinggal dalam wilayah yang sama, relatif independen dan orang-orang di luar wilayah itu, dan memiliki budaya yang relatif sama. Richard T. Schaefer dan Robert P. Lamm, 1998 (dalam Kamanto, 2004). 2. Definisi Masyarakat adalah orang-orang yang berinteraksi dalam sebuah wilayah tertentu dan memiliki budaya bersama. (John J. Macionis, 1997). e-journal "Acta Diurna" Volume V. No.1. Tahun 2016 3. Adam Smith bahwa sebuah masyarakat dapat terdiri dari berbagai jenis manusia yang berbeda, yang memiliki fungsi yang berbeda (as among different merchants), yang terbentuk dan dilihat hanya dari segi fungsi bukan dari rasa suka maupun cinta dan sejenisnya, dan hanya rasa untuk saling menjaga agar tidak saling menyakiti "may subsist among different men, as among different merchants, from a sense of its utility without any mutual love or affection, if only they refrain from doing injury to each other." (dalam Susanto, 1983). 4. Ralph Linton adalah sekelompok manusia yang telah cukup lama hidup dan bekerja sama sehingga dapat terbentuk organisasi yang mengatur setiap individu dalam masyarakat tersebut dan membuat setiap individu dalam masyarakat dapat mengatur diri sendiri dan berpikir tentang dirinya sebagai satu kesatuan sosial dengan batasan tertentu (dalam Soekanto, 2002). 5. M.J. Heskovits, masyarakat adalah sebuah kelompok individu yang mengatur, mengorganisasikan, dan mengikuti suatu cara hidup (the way life) tertentu. (dalam Kamanto, 2004). 6. S.R. Steinmetz, masyarakat didefinisikan sebagai kelompok manusia yang terbesar meliputi pengelompokan-pengelompokan manusia yang lebih kecil yang mempunyai perhubungan erat dan teratur (dalam Susanto, 1983). 7. J.L. Gillin mengartikan masyarakat sebagai sebuah kelompok manusia yang tersebar yang memiliki kebiasaan (habit), tradisi (tradition), sikap (attitude) dan perasaan persatuan yang sama (dalam Soekanto, 2004).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS-K) a. Transformasi PT ASKES (Persero) menjadi BPJS Kesehatan BPJS Kesehatan merupakan Badan Hukum Publik yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI/POLRI, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya. Sejarah singkat penyelenggaraan program Asuransi Kesehatan sebagai berikut : 1. Pada tahun 1968, Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968.

Menteri Kesehatan membentuk Badan Khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), oleh Menteri Kesehatan RI pada waktu itu (Prof. Dr. G.A. Siwabessy) yang kemudian Badan ini menjadi embrio Asuransi Kesehatan Nasional. 2. Tahun 1984 Untuk lebih meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan agar dapat dikelola secara profesional, pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya. Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984, status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti. 3. Tahun 1991 Berdasarkan Peraturan Pemerintah

Nomor 69 Tahun 1991, kepesertaan program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola Perum Husada Bhakti ditambah dengan Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya. Disamping itu, perusahaan diijinkan memperluas jangkauan kepesertaannya ke badan usaha dan badan lainnya sebagai peserta sukarela. e-journal "Acta Diurna" Volume V. No.1. Tahun 2016 4. Tahun 1992, Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 status Perum diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegosiasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri. 5. Tahun 2005 Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/Menkes/XI/2004 PT Askes (Persero) ditunjuk sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). PT Askes (Persero) mendapat penugasan untuk mengelola kepesertaan serta pelayanan kesehatan dasar dan rujukan 6. Tahun 2008 Pemerintah mengubah nama Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). PT Askes (Persero) berdasarkan Surat Menteri Kesehatan RI Nomor 112/Menkes/II/2008 mendapat penugasan untuk melaksanakan Manajemen Kepesertaan Program Jamkesmas yang meliputi tatalaksana kepesertaan, tatalaksana pelayanan dan tata laksana organisasi dan manajemen.

Sebagai tindak lanjut atas diberlakukannya Undang-undang Nomor 40/2004 tentang SJSN PT Askes (Persero) pada 6 Oktober 2008 PT Askes (Persero) mendirikan anak perusahaan yang akan mengelola Kepesertaan Askes Komersial. Berdasarkan Akta Notaris Nomor 2 Tahun 2008 berdiri anak perusahaan PT Askes (Persero) dengan nama PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia yang dikenal juga dengan sebutan PT AJII. 7. Tahun 2009 Pada tanggal 20 Maret 2009 berdasarkan Surat Keputusan Menteri Keuangan Nomor Kep-38/KM.10/2009 PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia selaku anak perusahaan dari PT Askes (Persero) telah memperoleh ijin operasionalnya. Dengan dikeluarkannya ijin operasional ini maka PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia dapat mulai menyelenggarakan asuransi kesehatan bagi masyarakat. 8. Tahun 2011 Terkait UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional di tahun 2011, PT Askes (Persero) resmi ditunjuk menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang meng-cover jaminan kesehatan seluruh rakyat Indonesia yang tertuang dalam UU BPJS Nomor 24 tahun 2011. 9. Tahun 2014 Mulai tanggal 1 Januari 2014, PT Askes Indonesia (Persero) berubah nama menjadi BPJS Kesehatan sesuai dengan Undang-Undang no. 24 tahun 2011 tentang BPJS (sumber: www.ptaskes.com). b. Visi dan Misi a) Visi BPJS Kesehatan Visi BPJS Kesehatan ialah "cakupan semesta 2019". Paling lambat tanggal 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS. b) Misi BPJS Kesehatan Misi BPJS Kesehatan ialah membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Misi tersebut adalah: 1) Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan. e-journal "Acta Diurna"

Volume V. No.1. Tahun 2016

2. Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program.
3. Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul.
4. Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen risiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan.
5. Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung operasionalisasi BPJS Kesehatan.

c. Landasan Hukum BPJS Kesehatan

Landasan Hukum BPJS Kesehatan:

1. Undang-Undang Dasar 1945
2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
4. Peraturan Presiden RI Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan

d. Hak dan Kewajiban Dalam undang-undang nomor 24 Tahun 2011 Bab IV Bagian Keempat di jelaskan mengenai hak dan kewajiban BPJS, yakni:

1. Hak Dalam melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11, BPJS berhak untuk:
 - a. memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - b. memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.
2. Kewajiban
 - a. Memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta;
 - b. Mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta;
 - c. Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja;
 - d. Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya;
 - e. Memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
 - f. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;
 - g. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya;
 - g. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
 - h. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;

e-journal “Acta Diurna”

Volume V. No.1. Tahun 2016

- i. Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuaria yang lazim berlaku umum;
- j. Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial; dan
- k. Melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

e. Fungsi, Tugas, dan Wewenang

1. Fungsi UU BPJS menentukan bahwa BPJS Kesehatan berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.
2. Tugas Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS bertugas:
 - a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta;
 - b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja;
 - c. Menerima bantuan iuran dari Pemerintah;
 - d. Mengelola Dana Jaminan Sosial

untuk kepentingan peserta; e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial; f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; dan g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

3. Wewenang Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud di atas BPJS berwenang:

- Menagih pembayaran Iuran;
- Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhinya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- Menggunakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial, untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS.

e-journal “Acta Diurna” Volume V. No.1. Tahun 2016

METODOLOGI PENELITIAN

A. Metode Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif. Moleong, (2000) mendefinisikan bahwa penelitian kualitatif adalah suatu penelitian ilmiah, yang bertujuan untuk memahami suatu fenomena dalam konteks sosial secara alamiah dengan mengedepankan proses interaksi komunikasi yang mendalam antara peneliti dengan fenomena yang diteliti. Oleh karena itu dalam penelitian kualitatif peneliti adalah sebagai sumber instrumen yakni sebagai pengumpul data secara langsung

B. Fokus Penelitian dan Penentuan Informan

Sesuai dengan permasalahan yang dikemukakan sebelumnya maka fokus penelitian ditekankan pada Dampak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Masyarakat Di Kelurahan Tingkulu.

C. Teknik Pengumpulan dan pengolahan data

Teknik pengumpulan dan pengolahan data dalam penelitian kualitatif dapat dilakukan dalam berbagai bentuk yaitu melalui:

1. Observasi/pengamatan.
2. Wawancara.
3. Data Primer dan data sekunder
4. Studi Dokumen.

Dievaluasi sesuai dengan jawaban masing-masing untuk mendapatkan kesimpulan tentatif.

D. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini berpatokan pada penelitian kualitatif yang lazim digunakan oleh setiap peneliti, oleh karena itu penulis mengambil petunjuk yang dikembangkan oleh para ahli peneliti kualitatif, yakni berpatokan pada konsep yang dibangun oleh Miles dan Huberman, 1992 (dalam Moleong ,2000).

Hasil Penelitian dan Pembahasan Dari Hasil penelitian tampak bahwa pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS-Kesehatan) sudah baik, namun demikian masih terdapat beberapa keluhan dari masyarakat khususnya peserta BPJS-Kesehatan khususnya cara pelayanan pengambilan kartu BPJS yang hanya dipusatkan pada kantor utama di Teling, sehingga antrian sangat panjang dan memakan waktu yang cukup lama untuk dilayani, selain itu penjelasan dari pelaksana kurang jelas sehingga para calon peserta BPJS-Kesehatan harus bolabalik untuk melengkapi berkas.

Seperti diungkapkan oleh hampir semua informan yang diwawancarai. Demikian juga halnya ketika menjalani rawat inap di rumah sakit kadang-kadang mendapatkan fasilitas yang tidak sesuai dengan fasilitas yang tertera pada kartu, atau terpaksa harus dirawat pada Kelas yang lebih tinggi karena ruangan yang sesuai dengan standar sudah penuh, sebagai akibatnya pasien terpaksa harus menambah biaya perawatan atau pasien harus menunggu untuk menjalani rawat inap. Jikalau menjalani rawat-inap pada kelas yang lebih tinggi pasien tidak mendapatkan kompensasi biaya pengganti, sedangkan kalau menjalani rawat-inap pada kelas yang lebih rendah maka pasien tidak mendapatkan penggantian selisih biaya perawatan.

Tujuan program BPJS-Kesehatan adalah meringankan biaya pengobatan dan rawat inap bagi seluruh masyarakat, dengan cara bergotong-royong sesama anggota masyarakat dalam bentuk asuransi kesehatan massal, tetapi karena program BPJS-Kesehatan menjadi monopoli badan usaha milik negara maka tampak pelayanannya kurang profesional dan apa adanya. Seperti yang nampak pada pengurusan di loket BPJS-Kesehatan pada rumah-rumah sakit ketika akan mengambil berkas yang diperlukan dalam urusan rawat-inap. Perihal obat-obatan yang disediakan oleh Pihak BPJS-Kesehatan semuanya adalah obat generik yang sesuai dengan DPHO yang dikeluarkan oleh BPJS-Kesehatan dan tidak ada obat-obat paten, sehingga ketika pasien memerlukan obat yang tidak masuk dalam DPHO terpaksa harus membeli sendiri di apotik-apotik dengan harga yang cukup memberatkan keluarga pasien, yang seharusnya BPJS-Kesehatan harus bisa menyediakan obat-obat paten yang harganya terjangkau oleh seluruh peserta BPJS-Kesehatan. e-journal "Acta Diurna" Volume V. No.1. Tahun 2016 PENUTUP A. Kesimpulan Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut: 1. Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial-Kesehatan (BPJS-Kesehatan) sudah cukup baik. 2. Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial-Kesehatan (BPJS-Kesehatan) belum profesional karena masih banyak keluhan dari peserta BPJS-Kesehatan tentang tatacara pengurusan kartu yang masih lambat dan sering terjadinya antrian yang cukup panjang. 3. Perlunya penambahan kantor pelayanan hingga ke kecamatan agar konsentrasi pelayanan tidak terpusat di kantor Cabang. 4. Sebaiknya Badan Penyelenggara menyediakan obat-obatan paten dengan harga yang terjangkau. B. Saran 1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial-Kesehatan harus meningkatkan profesionalisme Kerja seluruh karyawan/karyawatnya. 2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan harus menambah kantor pelayanan sampai di Kecamatan-Kecamatan agar pelayanan tidak menumpuk di kantor cabang. 3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial – Kesehatan harus menyiapkan obat-obat paten

bekerja-sama dengan seluruh apotik dengan harga yang terjangkau, yaitu Harga obat paten di kurangi dengan harga obat yang sejenis yang masuk dalam daftar DPHO dan peserta BPJS-Kesehatan hanya membayar setelah dikurangi dengan harga dari daftar DPHO sebab itu adalah hak dari peserta BPJS-Kesehatan. DAFTAR

DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Kelompok 4

- 1. Ahkmad Ipandy**
- 2. Erin Efriansyah**
- 3. Fero Triando**
- 4. Tri Akhyari Romadhon**

PENYEBAB MENINGKATNYA BIAYA KESEHATAN

- Pola penyakit degeneratif
- Orientasi pada pembiayaan kuratif
- Pembayaran *out of pocket* secara individual
- *Service* yang ditentukan oleh provider
- Teknologi canggih
- Perkembangan spesialisasi ilmu kedokteran
- **Tingkat Inflasi**

Biaya kesehatan yang tinggi

```
graph TD; A[Biaya kesehatan yang tinggi] --> B[Kemampuan masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan]; B --> C[Tingkat / derajat kesehatan rendah]; C --> D[Di Indonesia tingkat kesehatan masih relatif rendah di Asia Tenggara];
```

Kemampuan masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan

Tingkat / derajat kesehatan rendah

Di Indonesia tingkat kesehatan masih relatif rendah di Asia Tenggara

PERBANDINGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Negara	MM R	GNP/ Kapita (US\$)	Biaya Kes per kap (US\$)	Urutan Biaya Kesehatan	Cakupan Asuransi
1. Malaysia	39	3.400	110	93	100%
2. Thailand	44	1.960	133	64	80%
3. Srilangka	60	820	25	138	-
4. Vietnam	160	370	17	182	-
5. Philipine	170	1.020	40	124	60%
6. Myanmar	230	220	100	136	-
7. Indonesia	390	580	18	154	16%

Faktor Yang Berhubungan Dengan Biaya Layanan Kesehatan :

- Jumlah tempat tidur
- Jenis penderita → klasifikasi diagnostik
- Tindakan & pemeriksaan penunjang
- Berat ringannya penyakit → jumlah operasi
- Upah kepada sumber daya rumah sakit
- Jumlah penderita rawat jalan
- Dan lain-lain

ANALISIS BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

PENGERTIAN BIAYA

- Biaya (Cost) adalah semua pengorbanan yang dikeluarkan untuk memproduksi atau memperoleh suatu komoditi.
- Biaya adalah nilai dari sejumlah input (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (output).
- Dalam bidang kesehatan produk yang dihasilkan adalah jasa pelayanan kesehatan,

Misal di rumah sakit produk outputnya adalah pelayanan rawat jalan, rawat inap, laboratorium, radiologi, kamar bedah dan lain-lain

KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

1. Mengetahui struktur biaya menurut jenis dan lokasi biaya ditempatkan, sbg bahan pertimbangan dalam pengendalian biaya yang dikeluarkan.
 - Unit yg mengeluarkan banyak biaya
2. Mengetahui biaya satuan
 - Besarnya Tarif Pelayanan Yg Diberikan
 - Tarif Rasional Atau Tidak
 - Profit, rugi atau BEP
 - Cost Recovery
3. Bahan pertimbangan dalam menyusun anggaran
4. Mendapatkan informasi tentang biaya total rumah sakit dan sumber pembiayaan serta komponennya.

LANJUTAN KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

5. Menilai performance keuangan rumah sakit secara keseluruhan, sekaligus sebagai bahan pertanggungjawaban
6. Menentukan tarif dari berbagai jenis pelayanan rumah sakit tergantung dari tujuan dan jenisnya
7. Peningkatan efesiensi
8. Secara mikro
Analisis biaya dapat dimanfaatkan sebagai bahan pertimbangan atau negosiasi dengan pembayaran pihak ketiga

ANALISIS SWOT

Strengthness

1. Memiliki sifat kepersertaan yang WAJIB untuk seluruh penduduk Indonesia. Hal ini akan membuat BPJS menjadi sebuah layanan kesehatan yang menjamin seluruh penduduk Indonesia untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Menggunakan prinsipnya gotong royong (yaitu semua golongan wajib ikut tergabung baik kaya-miskin, sehat-sakit, ataupun muda-tua) sehingga tidak terlalu membebankan suatu pihak untuk tergabung dalam program BPJS.
3. Diatur oleh undang-undang. Sehingga dalam pelaksanaannya, BPJS tidak mengejar profit.
4. BPJS menjamin premi yang murah untuk setiap paket pelayanan yang sama. Tidak seperti asuransi komersial yang akan menghitung premi sesuai risiko tiap peserta, yang mana jika risiko sakit semakin tinggi, maka premi di setting lebih mahal.
5. Manfaat jaminan menyeluruh mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.
6. Dengan adanya BPJS ini maka seluruh warga Indonesia berkesempatan besar untuk memproteksi kesehatan mereka dengan lebih baik.

- Weakness

1. Pasal 14 ayat 2 UU SJSN menyebutkan bahwa “Penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu” namun sampai saat ini belum ada ketentuan yang mengatur kategori fakir miskin, miskin, dan hampir miskin. Aturan mengenai hal tersebut diperlukan karena setiap orang mempunyai persepsi berbeda terhadap kategori miskin tersebut, ditambah lagi sebagian besar orang Indonesia lebih suka bertingkah “memiskinkan” diri.
2. Semakin meningkatnya animo masyarakat yang ingin ikut tergabung dalam BPJS tidak diimbangi dengan ketersediaan SDM yang memadai di BPJS Kesehatan. Minimnya SDM akan membuat para pekerja kelimpungan ketika memberikan pelayanan kepada peserta BPJS yang menumpuk dengan antrian yang panjang sehingga berpengaruh pada kualitas hasil pekerjaan.
3. Kelemahan BPJS dari segi pelayanan kesehatan (menurut peserta):
 - Pasien dengan penyakit kronis hanya diberikan obat kurang dari 30 hari (hanya untuk 3-7 hari) sehingga pasien harus berulang kali ke RS
 - Terdapat beberapa RS yang masih mengenakan OOP bagi pasien
 - Peserta belum memahami hak dan kewajibannya
 - Rujukan berjenjang belum dapat berjalan secara optimal

4. Kelemahan dari segi faskes :

- Penggunaan aplikasi P-Care di Puskesmas belum berjalan secara optimal, kebanyakan puskesmas masih menggunakan SIMPUS
- E-Catalog belum tersedia, sehingga mempengaruhi pelayanan obat di RS
- Tarif INA CBG's belum memadai, khususnya bagi RS Swasta
- Penerapan iur biaya di klinik rawat jalan di RS Swasta

5. Kurangnya sosialisasi mengenai BPJS

6. Prinsip kegotongroyongan yang masih belum diterapkan sepenuhnya

7. Belum tersedianya data jumlah yang jelas tentang peserta yang mengikuti asuransi swasta

- *Opportunities*

1. Masyarakat Indonesia yang ingin memiliki jaminan kesehatan meningkat drastis. Hal ini dikarenakan adanya hukum ekonomi, dimana jika harga menurun, maka permintaan akan naik. Sama halnya dengan BPJS ini, karena harga pelayanan kesehatan menjadi terjangkau dan dijamin oleh pemerintah, maka permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan juga akan meningkat.
2. Untuk mencapai target terwujudnya seluruh masyarakat Indonesia yang terjamin oleh BPJS, dilakukan secara bertahap sejak tahun 2014 -2019. Kepesertaan BPJS dimulai dengan menggabungkan peserta Askes Sosial, Jamkesmas, Jamkesda, dan Jamsostek.
3. Program BPJS didukung oleh berbagai pihak, seperti AUSAID (badan utama Pemerintah Australia dalam perang global untuk memberantas kemiskinan) dan GIZ.(perusahaan Internasional milik pemerintah federal Jerman tujuannya mewujudkan pembangunan berkelanjutan)

- Threats

1. Belum semua instansi dan komponen yang terkait dengan pelaksanaan BPJS memiliki kesadaran penuh dan peduli terhadap pelaksanaan BPJS yang lebih baik.
2. Terdapat beberapa regulasi/kebijakan penting terkait pelaksanaan BPJS yang belum diterbitkan. Contohnya adalah regulasi tentang pemanfaatan kapitasi dan juknis/manlak/pedoman INA CBG's. Ketiadaan regulasi/kebijakan ini dapat menimbulkan dampak seperti ketidakseragaman pemahaman, sehingga implementasinya pun menjadi berbeda-beda. Selain itu, ketidakjelasan prosedur akibat belum adanya regulasi yang mengatur juga dapat memicu konflik antar pemangku kepentingan.
3. Risiko *adverse selection*, yaitu masyarakat menjadi peserta BPJS hanya karena ingin mendapatkan manfaat karena memiliki risiko tinggi terhadap penyakit. Risiko ini biasanya pada peserta mandiri (voluntary)
4. Pemahaman kebijakan/regulasi yang belum merata. Peserta BPJS terdiri atas penduduk dengan latar belakang pendidikan, pekerjaan, tingkat ekonomi, akses terhadap media dan teknologi, serta geografis yang berbeda-beda. Diversifikasi tersebut membuat pemahaman tentang regulasi yang berbeda-beda sehingga akan menimbulkan ekspektasi yang berbeda pula.

5. Sistem pembayaran INA CBG's belum dipahami oleh seluruh stakeholders
6. Perubahan pola pelayanan obat akibat perubahan sistem pembayaran, selain itu ketersediaan obat juga menjadi terkendala akibat E-catalog tidak diterbitkan bersamaan dengan formularium nasional dan beberapa RS tidak memiliki cukup dana operasional untuk menjamin ketersediaan obat sehingga menyebabkan terjadinya blocked account oleh distributor obat.
7. Peningkatan cakupan peserta BPJS tidak diimbangi dengan peningkatan jumlah faskes. Dampaknya, beban kerja faskes bertambah sehingga antrian pelayanan bertambah panjang. Selain itu distribusi nakes belum merata di seluruh Indonesia, terutama daerah rural
8. Kualitas faskes belum terstandardisasi.
9. Memicu terjadinya *morale hazard* (perubahan perilaku seseorang akibat telah merasa dijamin asuransi), sehingga dapat menyebabkan klaim BPJS yang tinggi.
10. Regulasi BPJS cenderung mencerminkan upaya kesehatan kuratif, karena sudah tercover asuransi, usaha penduduk Indonesia untuk melakukan upaya preventif menjadi minim.

Tahap-Tahap Analisis Biaya:

- 1. Menentukan bagian yang akan di analisis,**
- 2. Identifikasi semua biaya yang mungkin timbul,**
- 3. Analisis kegiatan pada unit /bagian yang secara logika biayanya timbul akibat peningkatan aktivitas di unit tersebut,**
- 4. Telusuri dan hitung semua biaya langsung yang terjadi**
- 5. Telusuri biaya tidak langsung dan hitung alokasi biaya tidak langsung untuk setiap unit / bagian**
- 6. Hitung unit cost per kegiatan dengan cara mengalokasikan total biaya (biaya langsung maupun biaya tidak langsung) ke setiap kegiatan yang ada**

PUSAT BIAYA

1. Pusat biaya produksi

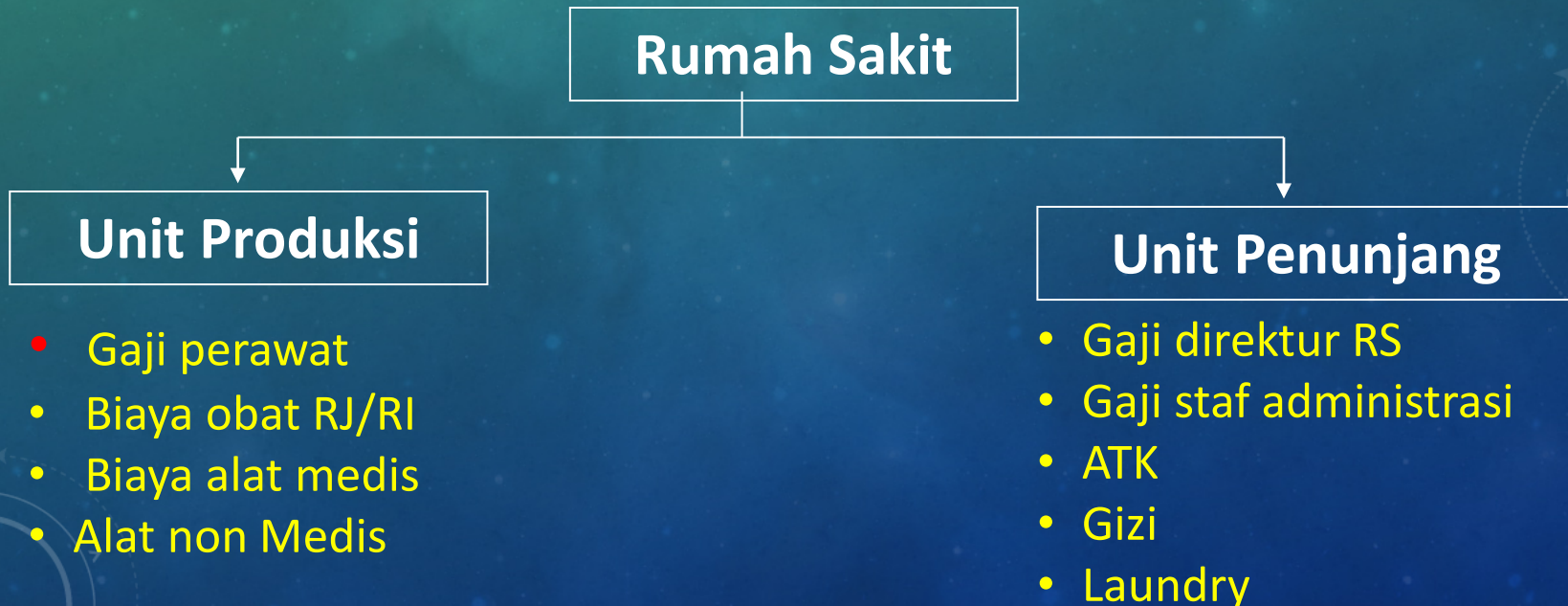
Unit yang secara langsung memberikan pelayanan kepada konsumen (menghasilkan pendapatan)

Ex: Rawat Inap, Rawat Jalan, Lab, dll

2. Pusat biaya penunjang

Unit yang tidak secara langsung memberikan pelayanan kepada konsumen (tidak menghasilkan pendapatan)

Co: Kantor, Laundry, Instalasi Gizi, dll



KOMPONEN BIAYA



PROBLEMA ETIKA

1. Banyak peserta menunggak iuran. Hanya bayar iuran ketika akan menggunakan layanan kesehatan BPJS
2. Tidak semua anggota keluarga membayar iuran. Hanya anggota keluarga yang akan berobat yang membayar.
3. Masih banyak masyarakat belum jadi peserta BPJS.



THANK YOU

TUGAS KELOMPOK

“BPJS & Digital Devid”

Mata Kuliah : *Ethical Issues in Electronic Information*

Dosen Pengasuh : M. Izman Herdiansyah, M.M., Ph.D



Disusun oleh :

1. RAJU SEPTA WIJAYA
2. AVIAN SAPUTRA
3. ABI DAUD YUSUF
4. RIAN AMANDA
5. EVAN APRIANDI DILATAMA

Reguler B Angkatan 19 (Sembilan Belas)

Program Pascasarjana Magister Teknik Informatika

Universitas Bina Darma Palembang

2019

Lakukan analisis "Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul"

Jawab :

Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS.

Teknologi pada zaman sekarang ini sudah sangat pesat perkembangannya. Bukan hanya dalam mencari informasi, tetapi memudahkan kita dalam menyelesaikan pekerjaan yang pada zaman sekarang semuanya sudah sistem teknologi. Bukan hanya teknologi yang mengikuti perkembangan, tetapi juga kita sebagai pengguna. Dimana pada zaman sekarang ini yang semuanya sistem praktis maka kita juga harus memahami dan mempelajari bagaimana perkembangan teknologi tersebut.

Teknologi komputer misalnya, banyak mengubah alat-alat kedokteran. Semua informasi medis, termasuk yang dihasilkan dari sinar X, tes laboratorium, dan monitor detak jantung, dapat ditransmisikan ke dokter lain dalam format digital.

Teknologi transfer gambar juga menjadikan gambar radiologi, misal CT scan dan MRI, bisa segera dikirim ke diagram elektronik dan meja dokter. Pasien rawat intensif, yang selalu dimonitor perawat selama istirahat, juga dapat dimonitor oleh dokter melalui "menara kontrol" dari jarak jauh.

Telemedicine (pengobatan jarak jauh), yaitu perawatan yang diberikan melalui telekomunikasi juga turut membantu dunia kedokteran. Sekarang Telemedicine telah di implementasikan oleh administrator penjara amerika, tempat di mana tahanan diberi jaminan perawatan medis karena jumlah tahanan semakin banyak maka biaya kesehatan pun perlu dikontrol.

Rekam medik elektronik dan perangkat komputerisasi lainnya membuat pasien serangan jantung bisa mendapatkan obat yang sesuai, dan kadar gula darah pasien diabetes pun bisa terukur. Setiap kali kita mengunjungi seorang dokter atau pergi kerumah sakit dan setiap kali kita mengisi formulir, informasi tentang kunjungan kita dan obat (resep) yang kita terima akan menjadi bagian dari satu atau lebih database tentang sejarah kesehatan pribadi kita. Di beberapa kantor praktik dokter, diagnosis dicatat pada kertas file folder sedangkan kantor praktik lainnya mencatatnya pada komputer. Di masa yang akan datang semua praktik Dokter sebaiknya menggunakan komputerisasi untuk memudahkan dalam mengakses database pasiennya.

Sebagai mahasiswa yang sangat berperan aktif dalam perkembangan dan teknologi informasi terhadap pelayanan kesehatan, kita juga harus mengetahui dampak positif dan negatif dari teknologi informasi yang berkembang antara lain:

Dampak Positif

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital, memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun.

Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.

2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.

Menilik ke belakang, pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.

3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggaman

Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggaman, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut. Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.

4. Perkembangan keilmuan/riset

Perkembangan teknologi informasi juga merambahi keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi

peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

5. Penurunan biaya/efisiensi

Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya.

Dampak Negatif

1. Resiko terjadinya penyakit baru.

Penggunaan alat-alat canggih menyimpan resiko yang mengancam kesehatan. Misalnya pada laboratorium diagnostik dengan tingkat radiasi yang tinggi. Bukan hanya alat yang canggih, bahkan komputer yang setiap hari digunakan juga memiliki efek radiasi.

2. Pemberitaan yang kurang tepat

Perkembangan TI membuat mudahnya transfer informasi, hingga tiba ke tangan masyarakat. Namun tidak menutup kemungkinan akan ada pemberitaan yang tidak tepat dan tidak bertanggung jawab, sehingga memberikan pengetahuan yang salah kepada masyarakat.

3. Kesalahan persepsi

Informasi banyak disampaikan melalui berbagai media. Setiap orang belum tentu memiliki pemahaman yang sama dengan yang dimaksudkan oleh pembuat informasi. Hal ini menyebabkan kesalahan persepsi, sehingga esensi penyampaian informasi tidak tercapai. Bisa jadi karena pemilihan tata bahasa atau cara penyampaian yang tidak tepat.

4. Biaya mahal

Sebagai konsekuensi dari penggunaan teknologi canggih, ada jumlah biaya yang harus dikeluarkan.

Dalam hal ini disinilah kita sebagai mahasiswa harus berperan lebih aktif lagi dalam proses kemajuan dan perkembangan teknologi. Kita dapat lebih peka, terutama kita sebagai petugas pelayanan kesehatan dimana masyarakat banyak membutuhkan kita. Kita bisa lebih aktif dalam mempelajari perkembangan teknologi dalam meminimalisir kesalahan dan dampak-dampak negatif yang di timbulkan teknologi informasi sekarang. Misalnya dengan kita memahami peran kita di tengah-tengah masyarakat kita bisa membangun kesehatan yang berkualitas dengan intelektual dan keterampilan kita. Seperti

pada jurusan Rekam Medis yang mempelajari tentang “Teknologi Informasi Pada Pelayanan Kesehatan” mahasiswa dapat mempelajari tentang pelayanan kesehatan lebih dalam lagi. Seperti menggunakan keterampilan dalam mendesain formulir-formulir atau sistem komputerisasi yang diperlukan untuk melayani pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, klinik, dll. Ini dapat mempermudah pekerjaan dalam melayani masyarakat yang dapat mengefisienkan waktu dan meningkatkan efektivitasnya. Disinilah mahasiswa dapat mengasah keterampilan dan ide-ide kreatif mereka yang bisa sangat berguna dalam pelayanan kesehatan baik sekarang atau pun masa depan. Dan dari hal-hal yang kecil yang bisa kita perbuat untuk memberi keuntungan pada masyarakat sebagai petugas pelayanan kesehatan maka bisa berdampak baik di kemudian harinya.

Dampak kenaikan iuran BPJS

Choesni menilai bahwa penyesuaian iuran tersebut akan memberikan dampak yang beragam, baik bagi BPJS Kesehatan, keberlangsungan program JKN, maupun bagi masyarakat selaku peserta.

1. Peningkatan jumlah peserta non aktif, khususnya di segmen mandiri atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBU) dan Bukan Pekerja (BP). Berdasarkan data BPJS Kesehatan, saat ini terdapat sekitar 46% peserta yang tidak aktif. Dia pun menyampaikan bahwa dampak lain yang dapat muncul adalah calon peserta enggan mendaftarkan diri ke BPJS Kesehatan. Hal tersebut menurutnya perlu diantisipasi meskipun berdasarkan regulasi seluruh masyarakat Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan.
2. Selain itu, dampak lain dari penyesuaian iuran adalah kualitas pelayanan kepada peserta akan meningkat. Hal tersebut sejalan dengan dampak lainnya yakni pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan akan terjamin, seiring membaiknya arus kas BPJS Kesehatan.
3. "Dampak lainnya adalah keberlanjutan program JKN. Dengan penyesuaian iuran, ditargetkan akumulasi surplus sebesar Rp4,4 triliun pada akhir 2021, dengan catatan pemerintah mengatasi seluruh defisit per akhir 2019," ujar Choesni.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan dan Isu Perbaikan Layanan

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini tentu menimbulkan polemik di tengah masyarakat. Respons masyarakat rata-rata keberatan dengan kenaikan yang akan dimulai pada 1 Januari 2020 mendatang ini. Publik menyandingkan kualitas pelayanan yang dinilai masih banyak masalah dengan rencana kenaikan iuran hingga 100 persen tersebut.

Pilihan menaikkan iuran BPJS Kesehatan ini memang pilihan sulit yang ditempuh pemerintah. Meski sejumlah hal sebenarnya dapat ditempuh oleh pengelola BPJS Kesehatan serta pemerintah sebelum mengambil keputusan menaikkan besaran iuran BPJS Kesehatan. Bila pun iuran naik, jumlahnya dapat ditekan agar tak tembus hingga 100 persen besaran kenaikannya.

Sejumlah hal yang bisa dilakukan tak lain melakukan koreksi total di internal pengelolaan BPJS Kesehatan. Temuan BPK yang mengkonfirmasi tentang potensi kecurangan (*fraud*) yang dilakukan pihak rumah sakit semestinya menjadi catatan serius pihak BPJS Kesehatan. Apalagi, KPK dan Kementerian Kesehatan telah membentuk Satuan Tugas Anti-*Fraud*.

Untuk mengatasi masalah tersebut, semestinya BPJS Kesehatan meninjau paket Indonesia Case Base Groups (INA CBGs) dan kapitasi yang berbasis kinerja. Tidak sekadar itu, Kementerian Kesehatan juga dapat membuat *Standard Operasional Procedure* (SOP) yang memuat penerimaan hingga pemulangan pasien (*clinical pathway*). Dalam catatan kami, masalah tersebut masih sedikit dicantumkan dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK)

Langkah perbaikan lainnya, para *stakeholder* agar segera merealisasikan pembentukan sistem yang kukuh sebagaimana hasil kesepakatan pemahaman (*memorandum of understanding*) antara KPK, Kemenkes, dan BPJS Kesehatan. Rencana penerbitan tiga regulasi yakni pedoman pencegahan *fraud*, deteksi dini *fraud*, serta penanganan *fraud* semestinya dapat segera direalisasikan. Namun sayangnya hingga Perpres No 75 tahun 2019 terbit, regulasi yang mendorong perbaikan di internal BPJS itu tak kunjung terbit.

Cara lainnya yang semestinya juga dilakukan pemerintah dan *stakeholder* sebelum memutuskan kenaikan iuran BPJS Kesehatan dengan melakukan sejumlah langkah nyata. Setidaknya, berbagai upaya tersebut dimaksudkan untuk menekan besaran kenaikan yang memang dirasa memberatkan masyarakat.

Ikhtiar yang dapat ditempuh di antaranya pemerintah pusat melakukan kolaborasi dengan program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang dimiliki pemerintah daerah agar kenaikan itu dapat dicegah atau setidaknya besaran kenaikannya tidak mencapai 100 persen sebagaimana tercantum dalam Perpres 75 Tahun 2019.

Sayangnya, pola kolaborasi tersebut tak bisa ditempuh. Karena pemerintah dalam hal ini Kementerian Dalam Negeri melalui Permendagri No 33 Tahun 2019 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun 2020 menerapkan program *Universal Health Coverage* (UHC), yakni pengintegrasian program jaminan kesehatan antara pusat dan daerah. Dengan kata lain, Pemda tak lagi diperkenankan mengelola jaminan kesehatan yang memiliki manfaat yang sama dengan jaminan kesehatan tingkat nasional.

Ikhtiar lainnya yang juga dapat ditempuh pemerintah dengan meningkatkan kepesertaan BPJS Kesehatan dengan melakukan penyisiran terhadap perusahaan-perusahaan atau pemberi kerja yang belum memberi fasilitas BPJS Kesehatan kepada karyawannya. Langkah ini diyakini akan meningkatkan kepesertaan masyarakat dan tentunya memberi dampak pendisiplinan dalam pembayaran iuran.

Problema etika terhadap pelayanan bpjs

1. Persoalan BPJS Kesehatan sudah muncul sejak proses aktivasi kartu. BPJS menerapkan aturan bahwa kartu pengguna BPJS baru bisa aktif sepekan setelah pendaftaran diterima. "Padahal sakit menimpa tanpa terduga dan tak mungkin bisa ditunda," ujar Harli di Jakarta, Ahad, 9 Agustus 2015.
2. Rujukan lembaga jasa kesehatan yang ditunjuk BPJS Kesehatan juga disebut terbatas dan tidak fleksibel. Peserta BPJS hanya boleh memilih satu fasilitas kesehatan untuk memperoleh rujukan dan tak bisa ke faskes lain meski sama-sama bekerja sama dengan BPJS. Keterbatasan itu, menyulitkan orang yang sering bepergian dan bekerja di tempat jauh.
3. Rumitnya alur pelayanan BPJS Kesehatan karena menerapkan alur pelayanan berjenjang. Sebelum ke rumah sakit, peserta wajib terlebih dulu ke faskes tingkat pertama, yaitu puskesmas.
4. Banyak peserta BPJS mengeluhkan pembayaran biaya pengobatan yang tak ditanggung sepenuhnya oleh BPJS. sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS seharusnya menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasar asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia.

Pengaruh Teknologi Informasi Terhadap Pelayanan Kesehatan BPJS

Fandi Kurniawan

182420025

Masalah

- Permasalahan yang membuat rendahnya minat masyarakat untuk mendaftar JKN yang dikelola langsung oleh BPJS Kesehatan ini dikarenakan masih banyak masyarakat yang belum memahami tentang aturan, prosedur dan penggunaan teknologi informasi mobile dalam melakukan pendaftaran dan transaksi pembayaran, serta antrian yang Panjang. Ketidaktahuan aturan dan prosedur BPJS Kesehatan tersebut berdampak buruk kepada masyarakat peserta BPJS Kesehatan sendiri.

Analisis SWOT

1. Kekuatan (strength)

a. Kerjasama yang semakin luas

Kerjasama Pemerintah yang merupakan bagian dari komitmen Pemerintah untuk menjamin seluruh masyarakat terutama masyarakat yang tidak mampu atau berpenghasilan rendah dan golongan pekerja untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup terutama masalah kesehatan.

b. Pendaftaran Peserta baru yang dipermudah

Kemudahan dalam melakukan pendaftaran peserta baru sampai ke desa-desa di seluruh dengan menerjunkan BPJS Kesehatan langsung ke desa-desa demi menarik minat masyarakat agar peserta BPJS dapat meningkat serta meletakan dropbox pendaftaran peserta baru di setiap Kantor Kecamatan.

2. Kelemahan (Weakness)

a. Antrian yang panjang dan lama

Antrian panjang di kantor BPJS Kesehatan dan rumah sakit tempat peserta berobat yang sedikit banyaknya mempengaruhi masyarakat yang akan mendaftar maupun yang akan mengubah data. Antrian panjang yang terjadi di Kantor BPJS Kesehatan maupun rumah sakit tempat peserta berobat disebabkan oleh jumlah pasien melebihi kemampuan rumah sakit tersebut, khususnya rumah sakit rujukan yang memiliki keterbatasan kapasitas layanan sehingga menjadi tidak seimbang.

b. Proses yang panjang dan berbelitbelit

Kelemahan BPJS adalah proses yang panjang dan berbelit-belit ketika akan menggunakan pelayanan BPJS Kesehatan di rumah sakit. Hal ini mengakibatkan rendahnya minat masyarakat untuk mendaftar ke BPJS Kesehatan.

3. Peluang (Opportunities)

a. Menciptakan penemuan baru dibidang teknologi

Peluang yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan adalah teknologi baru berupa aplikasi bernama Mobile JKN, selain itu juga ada situs www.bpjskesehatan.go.id yang bertujuan memudahkan masyarakat dalam mendaftarkan diri, mengecek tagihan, mengecek tunggakan di BPJS Kesehatan agar dapat meningkatkan jumlah peserta JKN.

1. Mobile JKN

Peluang BPJS Kesehatan berupa teknologi baru yang bernama Mobile JKN ini masih berstatus pengembangan tetapi BPJS Kesehatan berharap dengan adanya aplikasi ini masyarakat Kabupaten Siak yang belum terdaftar di BPJS Kesehatan dapat tertarik dengan kemudahan yang diberikan untuk mendaftarkan dirinya

2. Situs

www.bpjskesehatan.go.id peluang BPJS Kesehatan adalah teknologi berupa website yang bertujuan untuk memudahkan masyarakat untuk mendapatkan informasi lengkap seputar BPJS Kesehatan dan program JKN.

b. Kepercayaan masyarakat yang cukup tinggi

Peluang BPJS Kesehatan adalah kepercayaan masyarakat yang cukup tinggi terhadap program JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan dikarenakan program tersebut sangat membantu masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

4. Ancaman (Threats)

a. Persepsi masyarakat yang masih buruk

Persepsi masyarakat yang membuat jumlah peserta JKN rendah. Masyarakat berpikir tidak membutuhkan BPJS Kesehatan karena masih merasa sehat, akan tetapi masyarakat akan mulai sadar untuk mendaftar apabila sudah merasa sakit atau ketika sudah mulai membutuhkan BPJS kesehatan.

b. Banyaknya kompetitor

Kompetitor yang semakin banyak dan menawarkan pelayanan jasa yang mudah dan cepat sedangkan ketika masyarakat mengurus BPJS Kesehatan prosesnya cenderung lama dan panjang. Hal inilah yang membuat masyarakat lebih memilih perusahaan asuransi swasta ketimbang BPJS Kesehatan.

Kesimpulan

Dampak positif Teknologi informasi dalam pelayanan mempunyai peran yang sangat penting, terutama dalam memberikan kualitas atau mutu pelayanan kesehatan BPJS. Seiring dengan perkembangan teknologi dan informasi seakan telah membuat standar baru yang harus di penuhi. Hal tersebut membuat keperawatan di Indonesia menjadi tertantang untuk terus mengembangkan kualitas pelayanan keperawatan yang berbasis teknologi informasi.

TUGAS KELOMPOK 2
“ETHICAL ISSUES IN ELECTRONIC INFORMATION SYSTEM”



OLEH MTI 19 A REGULER 1:

- SAFTA HASTINI
- FIDO RIZKI
- FEBRIANSYAH
- SINGGIIH HANANTA PUTRA
- WINATA NUGRAHA

DOSEN:

M. IZMAN HERDIANSYAH, ST, MM, PhD.

PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER TEKNIK INFORMATIKA
UNIVERSITAS BINA DARMA PALEMBANG
TAHUN 2019

DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA STUDI KASUS BPJS, DAN PROBLEMA ETIKA YANG MUNGKIN MUNCUL

Jaminan kesehatan di Indonesia saat ini memang tak selalu diidentikkan dari BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan dan Ketenagakerjaan. BPJS saat ini memang sedang marak dibahas dan dibicarakan oleh masyarakat. Program penjamin kesehatan masyarakat yang berasal dari pemerintah ini memang dinilai memberikan alternatif atau solusi lain untuk masyarakat dari asuransi kesehatan.

Untuk mendapatkan pelayanan BPJS secara maksimal, berikut beberapa fakta tentang BPJS Kesehatan yang perlu diketahui:

- Tidak sebagaimana asuransi swasta yang umumnya memiliki batasan dan syarat beberapa jenis penyakit, BPJS Kesehatan dirancang untuk menanggung segala jenis penyakit. BPJS Kesehatan akan menanggung anggota BPJS dari seluruh jenjang usia dan semua tingkat keparahan penyakit yang diderita. Besaran premi yang dibayarkan bukan berdasarkan usia, riwayat kesehatan, atau tingkat penyakit yang diderita, melainkan berdasarkan fasilitas kesehatan yang dinikmati. Fasilitas ini terbagi menjadi kelas I sampai kelas III.
- BPJS Kesehatan menganut pola rujukan berjenjang, sehingga pasien tidak bisa bebas memeriksakan diri ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang diinginkan. Pertama, pasien harus berobat ke fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu puskesmas, klinik, atau dokter praktik perorangan yang bekerja sama dengan BPJS. Kemudian, jika fasilitas kesehatan tersebut tidak sanggup mengobati, maka akan dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi atau sekelas rumah sakit.
- Keterbatasan rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS, membuat pasien BPJS Kesehatan seringkali harus mengantre untuk mendapatkan pelayanan. Meskipun demikian, kini sudah semakin banyak dokter dan rumah sakit yang melayani peserta BPJS Kesehatan.
- Biaya pengobatan dan pemeriksaan laboratorium juga termasuk dalam layanan BPJS Kesehatan. Pasien tidak perlu membayar lagi untuk layanan tersebut, asalkan tetap sesuai dengan prosedur atau ketentuan BPJS kesehatan yang berlaku. BPJS tidak akan menanggung biaya pemeriksaan penunjang atas permintaan pasien sendiri tanpa indikasi atau tidak sesuai diagnosis penyakit yang diberikan dokter.
- Penarikan biaya terhadap pasien BPJS berlaku jika peserta meminta fasilitas lebih tinggi dari hak yang seharusnya diperoleh. Misalnya, ketika pasien meminta kelas perawatan

lebih tinggi dari hak yang dimilikinya. Untuk itu, pasien perlu memberitahukan hal tersebut kepada pihak BPJS Kesehatan dan petugas rumah sakit jika saat dirawat hendak menggunakan kelas yang lebih tinggi dari premi yang dibayar ke BPJS.

Selain fakta-fakta tentang pelayanan PPJS kesehatan tersebut diatas, terdapat dampak perkembangan teknologi informasi terhadap biaya pelayanan kesehatan PPJS. Yaitu:

Dampak positif:

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.
Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital, memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun.
Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.
2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.
Pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.
3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggam tangan.
Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggam tangan, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut. Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.
4. Perkembangan keilmuan/riset. Perkembangan teknologi informasi juga merambahi keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan

yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

Dampak negatif:

Biaya mahal. Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya. Dengan adanya fasilitas yang canggih dalam dunia kesehatan mengakibatkan biaya pelayanan kesehatan menjadi meningkat. Di Indonesia PPJS kesehatan mengalami defisit anggaran, sehingga pemerintah harus melakukan langkah-langkah untuk menutupi defisit tersebut.

PROBLEMATIKA YANG MUNCUL DARI KENAIKAN BIAYA LAYANAN KESEHATAN PPJS

Tahun 2019 ini ramai pemberitaan iuran kepesertaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang akan mengalami kenaikan cukup tinggi. Hal ini menimbulkan problematika di kalangan masyarakat. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 yang mengatur soal Jaminan Kesehatan yang ditandatangani oleh Presiden Joko Widodo pada Kamis (24/10/2019), kenaikan iuran tersebut akan berlaku mulai 1 Januari 2020. Pemerintah melalui Kementerian Keuangan mengusulkan iuran JKN untuk peserta mandiri kelas I dinaikkan 100% dari Rp 80 ribu menjadi Rp 160 ribu. Untuk kelas II sebesar 100% dari Rp 55 ribu menjadi Rp 110 ribu, dan kelas III sebesar 65% dari Rp 25.500 menjadi Rp 42 ribu. Alasan kenaikan tersebut bertujuan untuk mengatasi defisit anggaran BPJS Kesehatan yang terus melebar.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini, ditanggapi berbagai komentar dari masyarakat, ada yang pro ada juga yang kontra. Masyarakat yang pro berharap dengan kenaikan iuran PPJS kesehatan akan membuat pelayanan semakin baik, proses administrasi semakin cepat, defisit juga bisa diatasi. Sedangkan masyarakat yang kontra berpendapat bahwa kenaikan iuran tidak akan memberatkan masyarakat yang memiliki pekerjaan tetap, tetapi akan menjadi beban bagi pekerja informal. Dengan biaya yang sebelumnya saja banyak masyarakat yang menunggak iuran, apalagi jika dinaikkan. Diharapkan ada kebijakan mengenai pembayaran PPJS kesehatan agar masyarakat diberbagai kalangan pun bisa menggunakannya. Masyarakat mulai melakukan tindakan karena problematika kenaikan iuran PPJS kesehatan ini. Masyarakat mulai berpindah kelas untuk menyesuaikan kemampuan finansial mereka dari kelas satu menjadi kelas dua, dan juga ke kelas tiga.

Solusi yang ditawarkan pemerintah adalah mengimbau masyarakat agar dapat mengurangi perilaku konsumtif agar dapat menata keuangan yang baik. Setelah hal itu dilakukan, menurutnya masyarakat tetap bisa membayar iuran BPJS meski naik. Sedangkan

untuk yang dipastikan tidak mampu membayar, ia mengatakan masyarakat bisa melaporkan keluhannya ke Dinas Sosial. Kemudian dari pihak Dinas Sosial menurutnya akan melakukan verifikasi kelayakan kepada masyarakat yang tidak mampu membayar iuran agar mendapat bantuan. Nanti akan dilakukan verifikasi dan validasi oleh dinas sosial, ketika lolos, nanti akan dimasukan ke kategori yang butuh bantuan,

DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Kelompok 4

- 1. Ahkmad Ipandy**
- 2. Erin Efriansyah**
- 3. Fero Triando**
- 4. Tri Akhyari Romadhon**

PENYEBAB MENINGKATNYA BIAYA KESEHATAN

- Pola penyakit degeneratif
- Orientasi pada pembiayaan kuratif
- Pembayaran *out of pocket* secara individual
- *Service* yang ditentukan oleh provider
- Teknologi canggih
- Perkembangan spesialisasi ilmu kedokteran
- **Tingkat Inflasi**

Biaya kesehatan yang tinggi

```
graph TD; A[Biaya kesehatan yang tinggi] --> B[Kemampuan masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan]; B --> C[Tingkat / derajat kesehatan rendah]; C --> D[Di Indonesia tingkat kesehatan masih relatif rendah di Asia Tenggara];
```

Kemampuan masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan

Tingkat / derajat kesehatan rendah

Di Indonesia tingkat kesehatan masih relatif rendah di Asia Tenggara

PERBANDINGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Negara	MM R	GNP/ Kapita (US\$)	Biaya Kes per kap (US\$)	Urutan Biaya Kesehatan	Cakupan Asuransi
1. Malaysia	39	3.400	110	93	100%
2. Thailand	44	1.960	133	64	80%
3. Srilangka	60	820	25	138	-
4. Vietnam	160	370	17	182	-
5. Philipine	170	1.020	40	124	60%
6. Myanmar	230	220	100	136	-
7. Indonesia	390	580	18	154	16%

Faktor Yang Berhubungan Dengan Biaya Layanan Kesehatan :

- Jumlah tempat tidur
- Jenis penderita → klasifikasi diagnostik
- Tindakan & pemeriksaan penunjang
- Berat ringannya penyakit → jumlah operasi
- Upah kepada sumber daya rumah sakit
- Jumlah penderita rawat jalan
- Dan lain-lain

ANALISIS BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

PENGERTIAN BIAYA

- Biaya (Cost) adalah semua pengorbanan yang dikeluarkan untuk memproduksi atau memperoleh suatu komoditi.
- Biaya adalah nilai dari sejumlah input (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (output).
- Dalam bidang kesehatan produk yang dihasilkan adalah jasa pelayanan kesehatan,

Misal di rumah sakit produk outputnya adalah pelayanan rawat jalan, rawat inap, laboratorium, radiologi, kamar bedah dan lain-lain

KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

1. Mengetahui struktur biaya menurut jenis dan lokasi biaya ditempatkan, sbg bahan pertimbangan dalam pengendalian biaya yang dikeluarkan.
 - Unit yg mengeluarkan banyak biaya
2. Mengetahui biaya satuan
 - Besarnya Tarif Pelayanan Yg Diberikan
 - Tarif Rasional Atau Tidak
 - Profit, rugi atau BEP
 - Cost Recovery
3. Bahan pertimbangan dalam menyusun anggaran
4. Mendapatkan informasi tentang biaya total rumah sakit dan sumber pembiayaan serta komponennya.

LANJUTAN KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

5. Menilai performance keuangan rumah sakit secara keseluruhan, sekaligus sebagai bahan pertanggungjawaban
6. Menentukan tarif dari berbagai jenis pelayanan rumah sakit tergantung dari tujuan dan jenisnya
7. Peningkatan efesiensi
8. Secara mikro
Analisis biaya dapat dimanfaatkan sebagai bahan pertimbangan atau negosiasi dengan pembayaran pihak ketiga

ANALISIS SWOT

Strengthness

1. Memiliki sifat kepersertaan yang WAJIB untuk seluruh penduduk Indonesia. Hal ini akan membuat BPJS menjadi sebuah layanan kesehatan yang menjamin seluruh penduduk Indonesia untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Menggunakan prinsipnya gotong royong (yaitu semua golongan wajib ikut tergabung baik kaya-miskin, sehat-sakit, ataupun muda-tua) sehingga tidak terlalu membebankan suatu pihak untuk tergabung dalam program BPJS.
3. Diatur oleh undang-undang. Sehingga dalam pelaksanaannya, BPJS tidak mengejar profit.
4. BPJS menjamin premi yang murah untuk setiap paket pelayanan yang sama. Tidak seperti asuransi komersial yang akan menghitung premi sesuai risiko tiap peserta, yang mana jika risiko sakit semakin tinggi, maka premi di setting lebih mahal.
5. Manfaat jaminan menyeluruh mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.
6. Dengan adanya BPJS ini maka seluruh warga Indonesia berkesempatan besar untuk memproteksi kesehatan mereka dengan lebih baik.

- Weakness

1. Pasal 14 ayat 2 UU SJSN menyebutkan bahwa “Penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu” namun sampai saat ini belum ada ketentuan yang mengatur kategori fakir miskin, miskin, dan hampir miskin. Aturan mengenai hal tersebut diperlukan karena setiap orang mempunyai persepsi berbeda terhadap kategori miskin tersebut, ditambah lagi sebagian besar orang Indonesia lebih suka bertingkah “memiskinkan” diri.
2. Semakin meningkatnya animo masyarakat yang ingin ikut tergabung dalam BPJS tidak diimbangi dengan ketersediaan SDM yang memadai di BPJS Kesehatan. Minimnya SDM akan membuat para pekerja kelimpungan ketika memberikan pelayanan kepada peserta BPJS yang menumpuk dengan antrian yang panjang sehingga berpengaruh pada kualitas hasil pekerjaan.
3. Kelemahan BPJS dari segi pelayanan kesehatan (menurut peserta):
 - Pasien dengan penyakit kronis hanya diberikan obat kurang dari 30 hari (hanya untuk 3-7 hari) sehingga pasien harus berulang kali ke RS
 - Terdapat beberapa RS yang masih mengenakan OOP bagi pasien
 - Peserta belum memahami hak dan kewajibannya
 - Rujukan berjenjang belum dapat berjalan secara optimal

4. Kelemahan dari segi faskes :

- Penggunaan aplikasi P-Care di Puskesmas belum berjalan secara optimal, kebanyakan puskesmas masih menggunakan SIMPUS
- E-Catalog belum tersedia, sehingga mempengaruhi pelayanan obat di RS
- Tarif INA CBG's belum memadai, khususnya bagi RS Swasta
- Penerapan iur biaya di klinik rawat jalan di RS Swasta

5. Kurangnya sosialisasi mengenai BPJS

6. Prinsip kegotongroyongan yang masih belum diterapkan sepenuhnya

7. Belum tersedianya data jumlah yang jelas tentang peserta yang mengikuti asuransi swasta

- *Opportunities*

1. Masyarakat Indonesia yang ingin memiliki jaminan kesehatan meningkat drastis. Hal ini dikarenakan adanya hukum ekonomi, dimana jika harga menurun, maka permintaan akan naik. Sama halnya dengan BPJS ini, karena harga pelayanan kesehatan menjadi terjangkau dan dijamin oleh pemerintah, maka permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan juga akan meningkat.
2. Untuk mencapai target terwujudnya seluruh masyarakat Indonesia yang terjamin oleh BPJS, dilakukan secara bertahap sejak tahun 2014 -2019. Kepesertaan BPJS dimulai dengan menggabungkan peserta Askes Sosial, Jamkesmas, Jamkesda, dan Jamsostek.
3. Program BPJS didukung oleh berbagai pihak, seperti AUSAID (badan utama Pemerintah Australia dalam perang global untuk memberantas kemiskinan) dan GIZ.(perusahaan Internasional milik pemerintah federal Jerman tujuannya mewujudkan pembangunan berkelanjutan)

- Threats

1. Belum semua instansi dan komponen yang terkait dengan pelaksanaan BPJS memiliki kesadaran penuh dan peduli terhadap pelaksanaan BPJS yang lebih baik.
2. Terdapat beberapa regulasi/kebijakan penting terkait pelaksanaan BPJS yang belum diterbitkan. Contohnya adalah regulasi tentang pemanfaatan kapitasi dan juknis/manlak/pedoman INA CBG's. Ketiadaan regulasi/kebijakan ini dapat menimbulkan dampak seperti ketidakseragaman pemahaman, sehingga implementasinya pun menjadi berbeda-beda. Selain itu, ketidakjelasan prosedur akibat belum adanya regulasi yang mengatur juga dapat memicu konflik antar pemangku kepentingan.
3. Risiko *adverse selection*, yaitu masyarakat menjadi peserta BPJS hanya karena ingin mendapatkan manfaat karena memiliki risiko tinggi terhadap penyakit. Risiko ini biasanya pada peserta mandiri (voluntary)
4. Pemahaman kebijakan/regulasi yang belum merata. Peserta BPJS terdiri atas penduduk dengan latar belakang pendidikan, pekerjaan, tingkat ekonomi, akses terhadap media dan teknologi, serta geografis yang berbeda-beda. Diversifikasi tersebut membuat pemahaman tentang regulasi yang berbeda-beda sehingga akan menimbulkan ekspektasi yang berbeda pula.

5. Sistem pembayaran INA CBG's belum dipahami oleh seluruh stakeholders
6. Perubahan pola pelayanan obat akibat perubahan sistem pembayaran, selain itu ketersediaan obat juga menjadi terkendala akibat E-catalog tidak diterbitkan bersamaan dengan formularium nasional dan beberapa RS tidak memiliki cukup dana operasional untuk menjamin ketersediaan obat sehingga menyebabkan terjadinya blocked account oleh distributor obat.
7. Peningkatan cakupan peserta BPJS tidak diimbangi dengan peningkatan jumlah faskes. Dampaknya, beban kerja faskes bertambah sehingga antrian pelayanan bertambah panjang. Selain itu distribusi nakes belum merata di seluruh Indonesia, terutama daerah rural
8. Kualitas faskes belum terstandardisasi.
9. Memicu terjadinya *morale hazard* (perubahan perilaku seseorang akibat telah merasa dijamin asuransi), sehingga dapat menyebabkan klaim BPJS yang tinggi.
10. Regulasi BPJS cenderung mencerminkan upaya kesehatan kuratif, karena sudah tercover asuransi, usaha penduduk Indonesia untuk melakukan upaya preventif menjadi minim.

Tahap-Tahap Analisis Biaya:

- 1. Menentukan bagian yang akan di analisis,**
- 2. Identifikasi semua biaya yang mungkin timbul,**
- 3. Analisis kegiatan pada unit / bagian yang secara logika biayanya timbul akibat peningkatan aktivitas di unit tersebut,**
- 4. Telusuri dan hitung semua biaya langsung yang terjadi**
- 5. Telusuri biaya tidak langsung dan hitung alokasi biaya tidak langsung untuk setiap unit / bagian**
- 6. Hitung unit cost per kegiatan dengan cara mengalokasikan total biaya (biaya langsung maupun biaya tidak langsung) ke setiap kegiatan yang ada**

PUSAT BIAYA

1. Pusat biaya produksi

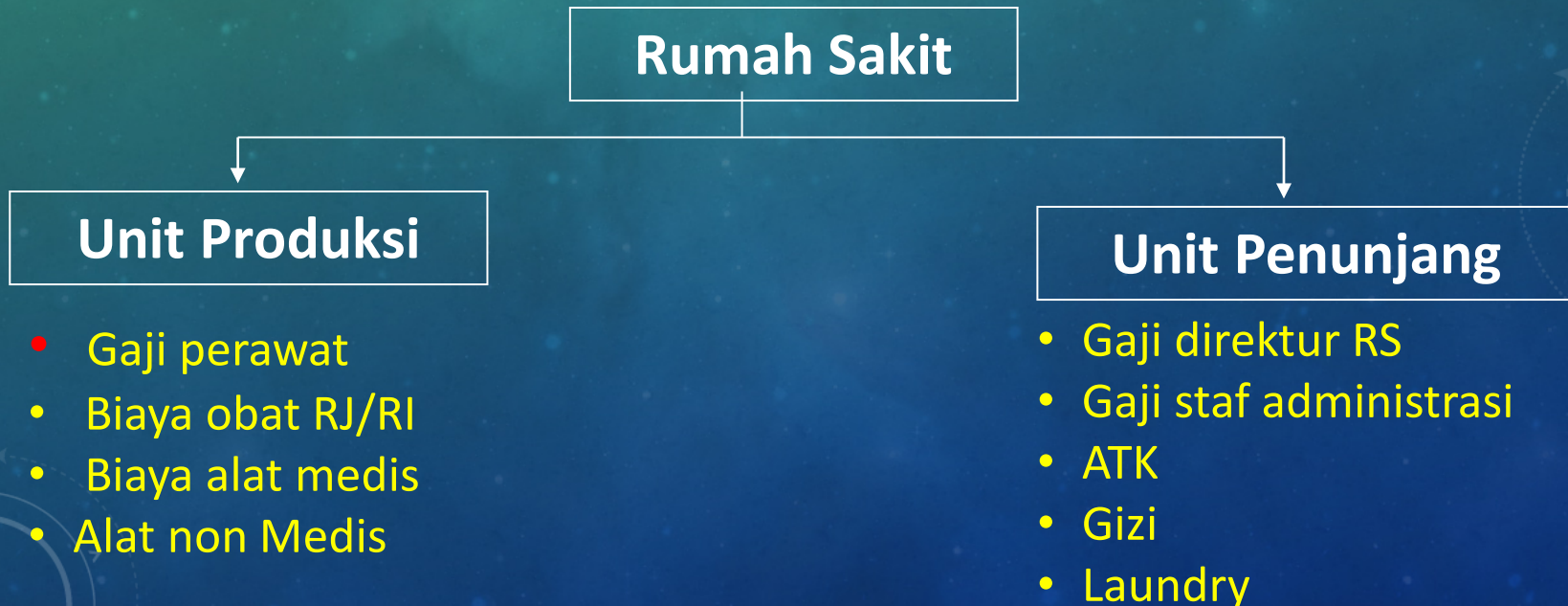
Unit yang secara langsung memberikan pelayanan kepada konsumen (menghasilkan pendapatan)

Ex: Rawat Inap, Rawat Jalan, Lab, dll

2. Pusat biaya penunjang

Unit yang tidak secara langsung memberikan pelayanan kepada konsumen (tidak menghasilkan pendapatan)

Co: Kantor, Laundry, Instalasi Gizi, dll



KOMPONEN BIAYA



PROBLEMA ETIKA

1. Banyak peserta menunggak iuran. Hanya bayar iuran ketika akan menggunakan layanan kesehatan BPJS
2. Tidak semua anggota keluarga membayar iuran. Hanya anggota keluarga yang akan berobat yang membayar.
3. Masih banyak masyarakat belum jadi peserta BPJS.



THANK YOU

TUGAS KELOMPOK 2
“ETHICAL ISSUES IN ELECTRONIC INFORMATION SYSTEM”



OLEH MTI 19 A REGULER 1:

- SAFTA HASTINI
- FIDO RIZKI
- FEBRIANSYAH
- SINGGIIH HANANTA PUTRA
- WINATA NUGRAHA

DOSEN:

M. IZMAN HERDIANSYAH, ST, MM, PhD.

PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER TEKNIK INFORMATIKA
UNIVERSITAS BINA DARMA PALEMBANG
TAHUN 2019

DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA STUDI KASUS BPJS, DAN PROBLEMA ETIKA YANG MUNGKIN MUNCUL

Jaminan kesehatan di Indonesia saat ini memang tak selalu diidentikkan dari BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan dan Ketenagakerjaan. BPJS saat ini memang sedang marak dibahas dan dibicarakan oleh masyarakat. Program penjamin kesehatan masyarakat yang berasal dari pemerintah ini memang dinilai memberikan alternatif atau solusi lain untuk masyarakat dari asuransi kesehatan.

Untuk mendapatkan pelayanan BPJS secara maksimal, berikut beberapa fakta tentang BPJS Kesehatan yang perlu diketahui:

- Tidak sebagaimana asuransi swasta yang umumnya memiliki batasan dan syarat beberapa jenis penyakit, BPJS Kesehatan dirancang untuk menanggung segala jenis penyakit. BPJS Kesehatan akan menanggung anggota BPJS dari seluruh jenjang usia dan semua tingkat keparahan penyakit yang diderita. Besaran premi yang dibayarkan bukan berdasarkan usia, riwayat kesehatan, atau tingkat penyakit yang diderita, melainkan berdasarkan fasilitas kesehatan yang dinikmati. Fasilitas ini terbagi menjadi kelas I sampai kelas III.
- BPJS Kesehatan menganut pola rujukan berjenjang, sehingga pasien tidak bisa bebas memeriksakan diri ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang diinginkan. Pertama, pasien harus berobat ke fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu puskesmas, klinik, atau dokter praktik perorangan yang bekerja sama dengan BPJS. Kemudian, jika fasilitas kesehatan tersebut tidak sanggup mengobati, maka akan dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi atau sekelas rumah sakit.
- Keterbatasan rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS, membuat pasien BPJS Kesehatan seringkali harus mengantre untuk mendapatkan pelayanan. Meskipun demikian, kini sudah semakin banyak dokter dan rumah sakit yang melayani peserta BPJS Kesehatan.
- Biaya pengobatan dan pemeriksaan laboratorium juga termasuk dalam layanan BPJS Kesehatan. Pasien tidak perlu membayar lagi untuk layanan tersebut, asalkan tetap sesuai dengan prosedur atau ketentuan BPJS kesehatan yang berlaku. BPJS tidak akan menanggung biaya pemeriksaan penunjang atas permintaan pasien sendiri tanpa indikasi atau tidak sesuai diagnosis penyakit yang diberikan dokter.
- Penarikan biaya terhadap pasien BPJS berlaku jika peserta meminta fasilitas lebih tinggi dari hak yang seharusnya diperoleh. Misalnya, ketika pasien meminta kelas perawatan

lebih tinggi dari hak yang dimilikinya. Untuk itu, pasien perlu memberitahukan hal tersebut kepada pihak BPJS Kesehatan dan petugas rumah sakit jika saat dirawat hendak menggunakan kelas yang lebih tinggi dari premi yang dibayar ke BPJS.

Selain fakta-fakta tentang pelayanan PPJS kesehatan tersebut diatas, terdapat dampak perkembangan teknologi informasi terhadap biaya pelayanan kesehatan PPJS. Yaitu:

Dampak positif:

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.
Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital, memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun.
Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.
2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.
Pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.
3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggam.
Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggam, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut. Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.
4. Perkembangan keilmuan/riset. Perkembangan teknologi informasi juga merambahi keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan

yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

Dampak negatif:

Biaya mahal. Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya. Dengan adanya fasilitas yang canggih dalam dunia kesehatan mengakibatkan biaya pelayanan kesehatan menjadi meningkat. Di Indonesia PPJS kesehatan mengalami defisit anggaran, sehingga pemerintah harus melakukan langkah-langkah untuk menutupi defisit tersebut.

PROBLEMATIKA YANG MUNCUL DARI KENAIKAN BIAYA LAYANAN KESEHATAN PPJS

Tahun 2019 ini ramai pemberitaan iuran kepesertaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang akan mengalami kenaikan cukup tinggi. Hal ini menimbulkan problematika di kalangan masyarakat. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 yang mengatur soal Jaminan Kesehatan yang ditandatangani oleh Presiden Joko Widodo pada Kamis (24/10/2019), kenaikan iuran tersebut akan berlaku mulai 1 Januari 2020. Pemerintah melalui Kementerian Keuangan mengusulkan iuran JKN untuk peserta mandiri kelas I dinaikkan 100% dari Rp 80 ribu menjadi Rp 160 ribu. Untuk kelas II sebesar 100% dari Rp 55 ribu menjadi Rp 110 ribu, dan kelas III sebesar 65% dari Rp 25.500 menjadi Rp 42 ribu. Alasan kenaikan tersebut bertujuan untuk mengatasi defisit anggaran BPJS Kesehatan yang terus melebar.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini, ditanggapi berbagai komentar dari masyarakat, ada yang pro ada juga yang kontra. Masyarakat yang pro berharap dengan kenaikan iuran PPJS kesehatan akan membuat pelayanan semakin baik, proses administrasi semakin cepat, defisit juga bisa diatasi. Sedangkan masyarakat yang kontra berpendapat bahwa kenaikan iuran tidak akan memberatkan masyarakat yang memiliki pekerjaan tetap, tetapi akan menjadi beban bagi pekerja informal. Dengan biaya yang sebelumnya saja banyak masyarakat yang menunggak iuran, apalagi jika dinaikkan. Diharapkan ada kebijakan mengenai pembayaran PPJS kesehatan agar masyarakat diberbagai kalangan pun bisa menggunakannya. Masyarakat mulai melakukan tindakan karena problematika kenaikan iuran PPJS kesehatan ini. Masyarakat mulai berpindah kelas untuk menyesuaikan kemampuan finansial mereka dari kelas satu menjadi kelas dua, dan juga ke kelas tiga.

Solusi yang ditawarkan pemerintah adalah mengimbau masyarakat agar dapat mengurangi perilaku konsumtif agar dapat menata keuangan yang baik. Setelah hal itu dilakukan, menurutnya masyarakat tetap bisa membayar iuran BPJS meski naik. Sedangkan

untuk yang dipastikan tidak mampu membayar, ia mengatakan masyarakat bisa melaporkan keluhannya ke Dinas Sosial. Kemudian dari pihak Dinas Sosial menurutnya akan melakukan verifikasi kelayakan kepada masyarakat yang tidak mampu membayar iuran agar mendapat bantuan. Nanti akan dilakukan verifikasi dan validasi oleh dinas sosial, ketika lolos, nanti akan dimasukan ke kategori yang butuh bantuan,

Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia Studi : BPJS

Teknologi komputer misalnya, banyak mengubah alat-alat kedokteran. Semua informasi medis, termasuk yang dihasilkan dari sinar X, tes laboratorium, dan monitor detak jantung, dapat ditransmisikan ke dokter lain dalam format digital.

Teknologi transfer gambar juga menjadikan gambar radiologi, misal CT scan dan MRI, bisa segera dikirim ke diagram elektronik dan meja dokter. Pasien rawat intensif, yang selalu dimonitor perawat selama istirahat, juga dapat dimonitor oleh dokter melalui “menara kontrol” dari jarak jauh

Telemedicine (pengobatan jarak jauh), yaitu perawatan yang diberikan melalui telekomunikasi juga turut membantu dunia kedokteran. Sekarang Telemedicine telah di implementasikan oleh administrator penjara amerika, tempat di mana tahanan diberi jaminan perawatan medis karena jumlah tahanan semakin banyak maka biaya kesehatan pun perlu dikontrol.

Rekam medik elektronik dan perangkat komputerisasi lainnya membuat pasien serangan jantung bisa mendapatkan obat yang sesuai, dan kadar gula darah pasien diabetes pun bisa terukur. Setiap kali kita mengunjungi seorang dokter atau pergi kerumah sakit dan setiap kali kita mengisi formulir, informasi tentang kunjungan kita dan obat (resep) yang kita terima akan menjadi bagian dari satu atau lebih database tentang sejarah kesehatan pribadi kita. Di beberapa kantor praktik dokter, diagnosis dicatat pada kertas file folder sedangkan kantor praktik lainnya mencatatnya pada komputer. Di masa yang akan datang semua praktik Dokter sebaiknya menggunakan komputerisasi untuk memudahkan dalam mengakses database pasiennya.

Sebagai mahasiswa yang sangat berperan aktif dalam perkembangan dan teknologi informasi terhadap pelayanan kesehatan, kita juga harus mengetahui dampak positif dan negatif dari teknologi informasi yang berkembang antara lain:

Dampak Positif

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital,

memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun.

Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.

2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.

Menilik ke belakang, pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.

3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggam tangan

Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggam tangan, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut. Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.

4. Perkembangan keilmuan/riset

Perkembangan teknologi informasi juga merambah keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

5. Penurunan biaya/efisiensi

Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya.

Dampak Negatif

1. Resiko terjadinya penyakit baru.

Penggunaan alat-alat canggih menyimpan resiko yang mengancam kesehatan. Misalnya pada laboratorium diagnostik dengan tingkat radiasi yang tinggi. Bukan hanya alat yang canggih, bahkan komputer yang setiap hari digunakan juga memiliki efek radiasi.

2. Pemberitaan yang kurang tepat

Perkembangan TI membuat mudahnya transfer informasi, hingga tiba ke tangan masyarakat. Namun tidak menutup kemungkinan akan ada pemberitaan yang tidak tepat dan tidak bertanggung jawab, sehingga memberikan pengetahuan yang salah kepada masyarakat.

3. Kesalahan persepsi

Informasi banyak disampaikan melalui berbagai media. Setiap orang belum tentu memiliki pemahaman yang sama dengan yang dimaksudkan oleh pembuat informasi. Hal ini menyebabkan kesalahan persepsi, sehingga esensi penyampaian informasi tidak tercapai. Bisa jadi karena pemilihan tata bahasa atau cara penyampaian yang tidak tepat.

4. Biaya mahal

Sebagai konsekuensi dari penggunaan teknologi canggih, ada jumlah biaya yang harus dikeluarkan.

Dalam hal ini disinilah kita sebagai mahasiswa harus berperan lebih aktif lagi dalam proses kemajuan dan perkembangan teknologi. Kita dapat lebih peka, terutama kita sebagai petugas pelayanan kesehatan dimana masyarakat banyak membutuhkan kita. Kita bisa lebih aktif dalam mempelajari perkembangan teknologi dalam meminimalisir kesalahan dan dampak-dampak negatif yang di timbulkan teknologi informasi sekarang. Misalnya dengan kita memahami peran kita di tengah-tengah masyarakat kita bisa membangun kesehatan yang berkualitas dengan intelektual dan keterampilan kita. Seperti pada jurusan Rekam Medis yang mempelajari tentang “Teknologi Informasi Pada Pelayanan Kesehatan” mahasiswa dapat mempelajari tentang pelayanan kesehatan lebih dalam lagi. Seperti menggunakan keterampilan dalam mendesain formulir-formulir atau sistem komputerisasi yang diperlukan untuk melayani

pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, klinik, dll. Ini dapat mempermudah pekerjaan dalam melayani masyarakat yang dapat mengefisiensasikan waktu dan meningkatkan efektivitasnya. Disinilah mahasiswa dapat mengasah keterampilan dan ide-ide kreatif mereka yang bisa sangat berguna dalam pelayanan kesehatan baik sekarang atau pun masa depan. Dan dari hal-hal yang kecil yang bisa kita perbuat untuk memberi keuntungan pada masyarakat sebagai petugas pelayanan kesehatan maka bisa berdampak baik di kemudian harinya.

Inovasi lainnya adalah penambahan fitur baru pada Mobile Application. Pada bulan Mei 2017 nanti, BPJS Kesehatan akan meluncurkan tambahan fitur baru yang menampilkan tagihan history tiga bulan terakhir sebagai salah satu syarat jika peserta ingin pindah fasilitas kesehatan. Jika belum tiga bulan, maka ada warning. Seperti diketahui, saat ini aplikasi mobile BPJS hanya dapat diakses melalui Aplikasi Android di Google Play, dan akan dikembangkan lebih lanjut sehingga dapat diakses pada IOS serta penambahan fitur-fitur.

Kemudian untuk fitur pendaftaran, Wahyuddin Begenda menjelaskan bahwa saat ini masyarakat sudah bisa melakukan pendaftaran menjadi peserta secara online. Secara detail, setelah melakukan registrasi nanti akan keluar semacam virtual account dan dapat digunakan untuk membayar sesuai dengan norma kapitasi. Proses terakhirnya, peserta tersebut masih diharapkan untuk datang ke kantor BPJS untuk merekam finger print yang akan disimpan di kartu sebagai pengecekan keamanan kartu.

TUGAS KELOMPOK

“BPJS & Digital Devid”

Mata Kuliah : *Ethical Issues in Electronic Information*

Dosen Pengasuh : M. Izman Herdiansyah, M.M., Ph.D



Disusun oleh :

- 1. Anggari Ayu P**
- 2. Reni Septiyanti**
- 3. Gina Agiyani**
- 4. Yuniarti Denita Sari**
- 5. Zena Lusi**

Reguler B Angkatan 19 (Sembilan Belas)

Program Pascasarjana Magister Teknik Informatika

Universitas Bina Darma Palembang

2019

Lakukan analisis "Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul"

Jawab :

Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia, studi kasus BPJS.

Teknologi pada zaman sekarang ini sudah sangat pesat perkembangannya. Bukan hanya dalam mencari informasi, tetapi memudahkan kita dalam menyelesaikan pekerjaan yang pada zaman sekarang semuanya sudah sistem teknologi. Bukan hanya teknologi yang mengikuti perkembangan, tetapi juga kita sebagai pengguna. Dimana pada zaman sekarang ini yang semuanya sistem praktis maka kita juga harus memahami dan mempelajari bagaimana perkembangan teknologi tersebut.

Teknologi komputer misalnya, banyak mengubah alat-alat kedokteran. Semua informasi medis, termasuk yang dihasilkan dari sinar X, tes laboratorium, dan monitor detak jantung, dapat ditransmisikan ke dokter lain dalam format digital.

Teknologi transfer gambar juga menjadikan gambar radiologi, misal CT scan dan MRI, bisa segera dikirim ke diagram elektronik dan meja dokter. Pasien rawat intensif, yang selalu dimonitor perawat selama istirahat, juga dapat dimonitor oleh dokter melalui "menara kontrol" dari jarak jauh.

Telemedicine (pengobatan jarak jauh), yaitu perawatan yang diberikan melalui telekomunikasi juga turut membantu dunia kedokteran. Sekarang Telemedicine telah di implementasikan oleh administrator penjara amerika, tempat di mana tahanan diberi jaminan perawatan medis karena jumlah tahanan semakin banyak maka biaya kesehatan pun perlu dikontrol.

Rekam medik elektronik dan perangkat komputerisasi lainnya membuat pasien serangan jantung bisa mendapatkan obat yang sesuai, dan kadar gula darah pasien diabetes pun bisa terukur. Setiap kali kita mengunjungi seorang dokter atau pergi kerumah sakit dan setiap kali kita mengisi formulir, informasi tentang kunjungan kita dan obat (resep) yang kita terima akan menjadi bagian dari satu atau lebih database tentang sejarah kesehatan pribadi kita. Di beberapa kantor praktik dokter, diagnosis dicatat pada kertas file folder sedangkan kantor praktik lainnya mencatatnya pada komputer. Di masa yang akan datang semua praktik Dokter sebaiknya menggunakan komputerisasi untuk memudahkan dalam mengakses database pasiennya.

Sebagai mahasiswa yang sangat berperan aktif dalam perkembangan dan teknologi informasi terhadap pelayanan kesehatan, kita juga harus mengetahui dampak positif dan negatif dari teknologi informasi yang berkembang antara lain:

Dampak Positif

1. Sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Di berbagai tatanan pemberi pelayanan kesehatan kini telah memanfaatkan kemajuan TI, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau klinik. Perekaman data-data pasien secara digital, memudahkan pekerjaan di bagian rekam medis. Adanya jaringan yang tertata rapi, memudahkan akses terhadap data pasien dari bagian manapun.

Pada bagian diagnosis juga memberikan harapan cerah. Berbagai alat diagnostik ditemukan, sehingga lebih memudahkan untuk penentuan perawatan atau pengobatan. Dengan perkembangan teknologi informasi yang terus menerus, tidak menutup kemungkinan nantinya akan ditemukan cara mengobati penyakit yang sementara saat ini belum ditemukan obatnya, misalnya HIV AIDS.

2. Sumber informasi kesehatan yang lebih lengkap dan mudah.

Menilik ke belakang, pada mulanya informasi disampaikan melalui bahasa. Lalu terjadi peningkatan dengan menggunakan gambar sebagai media informasi. Kemudian ditambah suara, gambar gerak (video) pada media televisi. Kini ada internet sebagai media serba ada dan serba tahu. Informasi kesehatan dapat diperoleh dengan mudah, hanya dengan mengetik kata kunci yang diinginkan.

3. Pengawasan gaya hidup sehat dalam genggam

Teknologi mobile menjadi salah satu isu penting abad ini. Sebuah kemudahan dan kepraktisan yang sangat berpengaruh terhadap gaya hidup manusia. Asisten pribadi ada dalam genggam, berupa telepon seluler atau perangkat sejenis. Kini telah banyak aplikasi kesehatan yang bisa disematkan dalam perangkat tersebut. Misalnya cara perhitungan Body Mass Index (BMI) yang diperlukan bagi orang yang sedang melaksanakan diet.

4. Perkembangan keilmuan/riset

Perkembangan teknologi informasi juga merambahi keilmuan di bidang kesehatan. Banyak peneliti yang melakukan penelitian dan kemudian memuat hasil penelitiannya dalam bentuk jurnal di internet. Hal ini memudahkan bagi

peneliti di belahan dunia yang lain untuk mengetahui, atau mempelajari riset kesehatan yang dilakukan orang lain, sehingga ilmu yang berkaitan dengan kesehatan dapat berkembang.

5. Penurunan biaya/efisiensi

Kemudahan-kemudahan yang tercipta karena adanya perkembangan teknologi informasi, dapat berpengaruh pada efisiensi biaya.

Dampak Negatif

1. Resiko terjadinya penyakit baru.

Penggunaan alat-alat canggih menyimpan resiko yang mengancam kesehatan. Misalnya pada laboratorium diagnostik dengan tingkat radiasi yang tinggi. Bukan hanya alat yang canggih, bahkan komputer yang setiap hari digunakan juga memiliki efek radiasi.

2. Pemberitaan yang kurang tepat

Perkembangan TI membuat mudahnya transfer informasi, hingga tiba ke tangan masyarakat. Namun tidak menutup kemungkinan akan ada pemberitaan yang tidak tepat dan tidak bertanggung jawab, sehingga memberikan pengetahuan yang salah kepada masyarakat.

3. Kesalahan persepsi

Informasi banyak disampaikan melalui berbagai media. Setiap orang belum tentu memiliki pemahaman yang sama dengan yang dimaksudkan oleh pembuat informasi. Hal ini menyebabkan kesalahan persepsi, sehingga esensi penyampaian informasi tidak tercapai. Bisa jadi karena pemilihan tata bahasa atau cara penyampaian yang tidak tepat.

4. Biaya mahal

Sebagai konsekuensi dari penggunaan teknologi canggih, ada jumlah biaya yang harus dikeluarkan.

Dalam hal ini disinilah kita sebagai mahasiswa harus berperan lebih aktif lagi dalam proses kemajuan dan perkembangan teknologi. Kita dapat lebih peka, terutama kita sebagai petugas pelayanan kesehatan dimana masyarakat banyak membutuhkan kita. Kita bisa lebih aktif dalam mempelajari perkembangan teknologi dalam meminimalisir kesalahan dan dampak-dampak negatif yang di timbulkan teknologi informasi sekarang. Misalnya dengan kita memahami peran kita di tengah-tengah masyarakat kita bisa membangun kesehatan yang berkualitas dengan intelektual dan keterampilan kita. Seperti

pada jurusan Rekam Medis yang mempelajari tentang “Teknologi Informasi Pada Pelayanan Kesehatan” mahasiswa dapat mempelajari tentang pelayanan kesehatan lebih dalam lagi. Seperti menggunakan keterampilan dalam mendesain formulir-formulir atau sistem komputerisasi yang diperlukan untuk melayani pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, klinik, dll. Ini dapat mempermudah pekerjaan dalam melayani masyarakat yang dapat mengefisiensikan waktu dan meningkatkan efektivitasnya. Disinilah mahasiswa dapat mengasah keterampilan dan ide-ide kreatif mereka yang bisa sangat berguna dalam pelayanan kesehatan baik sekarang atau pun masa depan. Dan dari hal-hal yang kecil yang bisa kita perbuat untuk memberi keuntungan pada masyarakat sebagai petugas pelayanan kesehatan maka bisa berdampak baik di kemudian harinya.

Dampak kenaikan iuran BPJS

Choesni menilai bahwa penyesuaian iuran tersebut akan memberikan dampak yang beragam, baik bagi BPJS Kesehatan, keberlangsungan program JKN, maupun bagi masyarakat selaku peserta.

1. Peningkatan jumlah peserta non aktif, khususnya di segmen mandiri atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBU) dan Bukan Pekerja (BP). Berdasarkan data BPJS Kesehatan, saat ini terdapat sekitar 46% peserta yang tidak aktif. Dia pun menyampaikan bahwa dampak lain yang dapat muncul adalah calon peserta enggan mendaftarkan diri ke BPJS Kesehatan. Hal tersebut menurutnya perlu diantisipasi meskipun berdasarkan regulasi seluruh masyarakat Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan.
2. Selain itu, dampak lain dari penyesuaian iuran adalah kualitas pelayanan kepada peserta akan meningkat. Hal tersebut sejalan dengan dampak lainnya yakni pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan akan terjamin, seiring membaiknya arus kas BPJS Kesehatan.
3. "Dampak lainnya adalah keberlanjutan program JKN. Dengan penyesuaian iuran, ditargetkan akumulasi surplus sebesar Rp4,4 triliun pada akhir 2021, dengan catatan pemerintah mengatasi seluruh defisit per akhir 2019," ujar Choesni.

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan dan Isu Perbaikan Layanan

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini tentu menimbulkan polemik di tengah masyarakat. Respons masyarakat rata-rata keberatan dengan kenaikan yang akan dimulai pada 1 Januari 2020 mendatang ini. Publik menyandingkan kualitas pelayanan yang dinilai masih banyak masalah dengan rencana kenaikan iuran hingga 100 persen tersebut.

Pilihan menaikkan iuran BPJS Kesehatan ini memang pilihan sulit yang ditempuh pemerintah. Meski sejumlah hal sebenarnya dapat ditempuh oleh pengelola BPJS Kesehatan serta pemerintah sebelum mengambil keputusan menaikkan besaran iuran BPJS Kesehatan. Bila pun iuran naik, jumlahnya dapat ditekan agar tak tembus hingga 100 persen besaran kenaikannya.

Sejumlah hal yang bisa dilakukan tak lain melakukan koreksi total di internal pengelolaan BPJS Kesehatan. Temuan BPK yang mengkonfirmasi tentang potensi kecurangan (*fraud*) yang dilakukan pihak rumah sakit semestinya menjadi catatan serius pihak BPJS Kesehatan. Apalagi, KPK dan Kementerian Kesehatan telah membentuk Satuan Tugas Anti-*Fraud*.

Untuk mengatasi masalah tersebut, semestinya BPJS Kesehatan meninjau paket Indonesia Case Base Groups (INA CBGs) dan kapitasi yang berbasis kinerja. Tidak sekadar itu, Kementerian Kesehatan juga dapat membuat *Standard Operasional Procedure* (SOP) yang memuat penerimaan hingga pemulangan pasien (*clinical pathway*). Dalam catatan kami, masalah tersebut masih sedikit dicantumkan dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK)

Langkah perbaikan lainnya, para *stakeholder* agar segera merealisasikan pembentukan sistem yang kukuh sebagaimana hasil kesepakatan pemahaman (*memorandum of understanding*) antara KPK, Kemenkes, dan BPJS Kesehatan. Rencana penerbitan tiga regulasi yakni pedoman pencegahan *fraud*, deteksi dini *fraud*, serta penanganan *fraud* semestinya dapat segera direalisasikan. Namun sayangnya hingga Perpres No 75 tahun 2019 terbit, regulasi yang mendorong perbaikan di internal BPJS itu tak kunjung terbit.

Cara lainnya yang semestinya juga dilakukan pemerintah dan *stakeholder* sebelum memutuskan kenaikan iuran BPJS Kesehatan dengan melakukan sejumlah langkah nyata. Setidaknya, berbagai upaya tersebut dimaksudkan untuk menekan besaran kenaikan yang memang dirasa memberatkan masyarakat.

Ikhtiar yang dapat ditempuh di antaranya pemerintah pusat melakukan kolaborasi dengan program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang dimiliki pemerintah daerah agar kenaikan itu dapat dicegah atau setidaknya besaran kenaikannya tidak mencapai 100 persen sebagaimana tercantum dalam Perpres 75 Tahun 2019.

Sayangnya, pola kolaborasi tersebut tak bisa ditempuh. Karena pemerintah dalam hal ini Kementerian Dalam Negeri melalui Permendagri No 33 Tahun 2019 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun 2020 menerapkan program *Universal Health Coverage* (UHC), yakni pengintegrasian program jaminan kesehatan antara pusat dan daerah. Dengan kata lain, Pemda tak lagi diperkenankan mengelola jaminan kesehatan yang memiliki manfaat yang sama dengan jaminan kesehatan tingkat nasional.

Ikhtiar lainnya yang juga dapat ditempuh pemerintah dengan meningkatkan kepesertaan BPJS Kesehatan dengan melakukan penyisiran terhadap perusahaan-perusahaan atau pemberi kerja yang belum memberi fasilitas BPJS Kesehatan kepada karyawannya. Langkah ini diyakini akan meningkatkan kepesertaan masyarakat dan tentunya memberi dampak pendisiplinan dalam pembayaran iuran.

Problema etika terhadap pelayanan bpjs

1. Persoalan BPJS Kesehatan sudah muncul sejak proses aktivasi kartu. BPJS menerapkan aturan bahwa kartu pengguna BPJS baru bisa aktif sepekan setelah pendaftaran diterima. "Padahal sakit menimpa tanpa terduga dan tak mungkin bisa ditunda," ujar Harli di Jakarta, Ahad, 9 Agustus 2015.
2. Rujukan lembaga jasa kesehatan yang ditunjuk BPJS Kesehatan juga disebut terbatas dan tidak fleksibel. Peserta BPJS hanya boleh memilih satu fasilitas kesehatan untuk memperoleh rujukan dan tak bisa ke faskes lain meski sama-sama bekerja sama dengan BPJS. Keterbatasan itu, menyulitkan orang yang sering bepergian dan bekerja di tempat jauh.
3. Rumitnya alur pelayanan BPJS Kesehatan karena menerapkan alur pelayanan berjenjang. Sebelum ke rumah sakit, peserta wajib terlebih dulu ke faskes tingkat pertama, yaitu puskesmas.
4. Banyak peserta BPJS mengeluhkan pembayaran biaya pengobatan yang tak ditanggung sepenuhnya oleh BPJS. sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS seharusnya menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasar asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia.

DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Tugas kelompok

- 
1. Dendi irawan
 2. Defry andani
 3. Hendri

PENYEBAB MENINGKATNYA BIAYA KESEHATAN

- Pola penyakit degeneratif
- Orientasi pada pembiayaan kuratif
- Pembayaran *out of pocket* secara individual
- *Service* yang ditentukan oleh provider
- Teknologi canggih
- Perkembangan spesialisasi ilmu kedokteran
- **Tingkat Inflasi**



Biaya kesehatan yang tinggi



Kemampuan masyarakat
memanfaatkan pelayanan kesehatan



Tingkat / derajat kesehatan rendah



Di Indonesia tingkat kesehatan masih
relatif rendah di Asia Tenggara



PERBANDINGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Negara	MM R	GNP/ Kapita (US\$)	Biaya Kes per kap (US\$)	Urutan Biaya Kesehatan	Cakupan Asuransi
1. Malaysia	39	3.400	110	93	100%
2. Thailand	44	1.960	133	64	80%
3. Srilangka	60	820	25	138	-
4. Vietnam	160	370	17	182	-
5. Philipine	170	1.020	40	124	60%
6. Myanmar	230	220	100	136	-
7. Indonesia	390	580	18	154	16%

Faktor Yang Berhubungan Dengan Biaya Layanan Kesehatan :

- Jumlah tempat tidur
- Jenis penderita → klasifikasi diagnostik
- Tindakan & pemeriksaan penunjang
- Berat ringannya penyakit → jumlah operasi
- Upah kepada sumber daya rumah sakit
- Jumlah penderita rawat jalan
- Dan lain-lain



ANALISIS BIAYA PELAYANAN KESEHATAN



- ## DEFINISI BIAYA
- Biaya (Cost) adalah semua pengorbanan yang dikeluarkan untuk memproduksi atau memperoleh suatu komoditi.
 - Biaya adalah nilai dari sejumlah input (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (output).
 - Dalam bidang kesehatan produk yang dihasilkan adalah jasa pelayanan kesehatan,

Misal di rumah sakit produk outputnya adalah pelayanan rawat jalan, rawat inap, laboratorium, radiologi, kamar bedah dan lain-lain



KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

- 1. Mengetahui struktur biaya menurut jenis dan lokasi biaya ditempatkan, sbg bahan pertimbangan dalam pengendalian biaya yang dikeluarkan.**
 - Unit yg mengeluarkan banyak biaya**
- 2. Mengetahui biaya satuan**
 - Besarnya Tarif Pelayanan Yg Diberikan**
 - Tarif Rasional Atau Tidak**
 - Profit, rugi atau BEP**
 - Cost Recovery**
- 3. Bahan pertimbangan dalam menyusun anggaran**
- 4. Mendapatkan informasi tentang biaya total rumah sakit dan sumber pembiayaan serta komponennya.**



LANJUTAN KEGUNAAN ANALISIS BIAYA

- 5. Menilai performance keuangan rumah sakit secara keseluruhan, sekaligus sebagai bahan pertanggungjawaban**
- 6. Menentukan tarif dari berbagai jenis pelayanan rumah sakit tergantung dari tujuan dan jenisnya**
- 7. Peningkatan efesiensi**
- 8. Secara mikro**
Analisis biaya dapat dimanfaatkan sebagai bahan pertimbangan atau negosiasi dengan pembayaran pihak ketiga



ANALISIS SWOT

Strengthness

1. Memiliki sifat kepersertaan yang WAJIB untuk seluruh penduduk Indonesia. Hal ini akan membuat BPJS menjadi sebuah layanan kesehatan yang menjamin seluruh penduduk Indonesia untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
 2. Menggunakan prinsipnya gotong royong (yaitu semua golongan wajib ikut tergabung baik kaya-miskin, sehat-sakit, ataupun muda-tua) sehingga tidak terlalu membebankan suatu pihak untuk tergabung dalam program BPJS.
 3. Diatur oleh undang-undang. Sehingga dalam pelaksanaannya, BPJS tidak mengejar profit.
 4. BPJS menjamin premi yang murah untuk setiap paket pelayanan yang sama. Tidak seperti asuransi komersial yang akan menghitung premi sesuai risiko tiap peserta, yang mana jika risiko sakit semakin tinggi, maka premi di setting lebih mahal.
 5. Manfaat jaminan menyeluruh mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.
 6. Dengan adanya BPJS ini maka seluruh warga Indonesia berkesempatan besar untuk memproteksi kesehatan mereka dengan lebih baik.
- 

- Weakness

1. Pasal 14 ayat 2 UU SJSN menyebutkan bahwa “Penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu” namun sampai saat ini belum ada ketentuan yang mengatur kategori fakir miskin, miskin, dan hampir miskin. Aturan mengenai hal tersebut diperlukan karena setiap orang mempunyai persepsi berbeda terhadap kategori miskin tersebut, ditambah lagi sebagian besar orang Indonesia lebih suka bertingkah “memiskinkan” diri.
2. Semakin meningkatnya animo masyarakat yang ingin ikut tergabung dalam BPJS tidak diimbangi dengan ketersediaan SDM yang memadai di BPJS Kesehatan. Minimnya SDM akan membuat para pekerja kelimpungan ketika memberikan pelayanan kepada peserta BPJS yang menumpuk dengan antrian yang panjang sehingga berpengaruh pada kualitas hasil pekerjaan.
3. Kelemahan BPJS dari segi pelayanan kesehatan (menurut peserta):
 - Pasien dengan penyakit kronis hanya diberikan obat kurang dari 30 hari (hanya untuk 3-7 hari) sehingga pasien harus berulang kali ke RS
 - Terdapat beberapa RS yang masih mengenakan OOP bagi pasien
 - Peserta belum memahami hak dan kewajibannya
 - Rujukan berjenjang belum dapat berjalan secara optimal



4. Kelemahan dari segi faskes :

- Penggunaan aplikasi P-Care di Puskesmas belum berjalan secara optimal, kebanyakan puskesmas masih menggunakan SIMPUS
- E-Catalog belum tersedia, sehingga mempengaruhi pelayanan obat di RS
- Tarif INA CBG's belum memadai, khususnya bagi RS Swasta
- Penerapan iur biaya di klinik rawat jalan di RS Swasta

5. Kurangnya sosialisasi mengenai BPJS

6. Prinsip kegotongroyongan yang masih belum diterapkan sepenuhnya

7. Belum tersedianya data jumlah yang jelas tentang peserta yang mengikuti asuransi swasta



○ *Opportunities*

1. Masyarakat Indonesia yang ingin memiliki jaminan kesehatan meningkat drastis. Hal ini dikarenakan adanya hukum ekonomi, dimana jika harga menurun, maka permintaan akan naik. Sama halnya dengan BPJS ini, karena harga pelayanan kesehatan menjadi terjangkau dan dijamin oleh pemerintah, maka permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan juga akan meningkat.
2. Untuk mencapai target terwujudnya seluruh masyarakat Indonesia yang terjamin oleh BPJS, dilakukan secara bertahap sejak tahun 2014 -2019. Kepesertaan BPJS dimulai dengan menggabungkan peserta Askes Sosial, Jamkesmas, Jamkesda, dan Jamsostek.
3. Program BPJS didukung oleh berbagai pihak, seperti AUSAID (badan utama Pemerintah Australia dalam perang global untuk memberantas kemiskinan) dan GIZ.(perusahaan Internasional milik pemerintah federal Jerman tujuannya mewujudkan pembangunan berkelanjutan)



- Threats

1. Belum semua instansi dan komponen yang terkait dengan pelaksanaan BPJS memiliki kesadaran penuh dan peduli terhadap pelaksanaan BPJS yang lebih baik.
2. Terdapat beberapa regulasi/kebijakan penting terkait pelaksanaan BPJS yang belum diterbitkan. Contohnya adalah regulasi tentang pemanfaatan kapitasi dan juknis/manlak/pedoman INA CBG's. Ketiadaan regulasi/kebijakan ini dapat menimbulkan dampak seperti ketidakseragaman pemahaman, sehingga implementasinya pun menjadi berbeda-beda. Selain itu, ketidakjelasan prosedur akibat belum adanya regulasi yang mengatur juga dapat memicu konflik antar pemangku kepentingan.
3. Risiko *adverse selection*, yaitu masyarakat menjadi peserta BPJS hanya karena ingin mendapatkan manfaat karena memiliki risiko tinggi terhadap penyakit. Risiko ini biasanya pada peserta mandiri (voluntary)
4. Pemahaman kebijakan/regulasi yang belum merata. Peserta BPJS terdiri atas penduduk dengan latar belakang pendidikan, pekerjaan, tingkat ekonomi, akses terhadap media dan teknologi, serta geografis yang berbeda-beda. Diversifikasi tersebut membuat pemahaman tentang regulasi yang berbeda-beda sehingga akan menimbulkan ekspektasi yang berbeda pula.



5. Sistem pembayaran INA CBG's belum dipahami oleh seluruh stakeholders
6. Perubahan pola pelayanan obat akibat perubahan sistem pembayaran, selain itu ketersediaan obat juga menjadi terkendala akibat E-catalog tidak diterbitkan bersamaan dengan formularium nasional dan beberapa RS tidak memiliki cukup dana operasional untuk menjamin ketersediaan obat sehingga menyebabkan terjadinya blocked account oleh distributor obat.
7. Peningkatan cakupan peserta BPJS tidak diimbangi dengan peningkatan jumlah faskes. Dampaknya, beban kerja faskes bertambah sehingga antrian pelayanan bertambah panjang. Selain itu distribusi nakes belum merata di seluruh Indonesia, terutama daerah rural
8. Kualitas faskes belum terstandardisasi.
9. Memicu terjadinya *morale hazard* (perubahan perilaku seseorang akibat telah merasa dijamin asuransi), sehingga dapat menyebabkan klaim BPJS yang tinggi.
10. Regulasi BPJS cenderung mencerminkan upaya kesehatan kuratif, karena sudah tercover asuransi, usaha penduduk Indonesia untuk melakukan upaya preventif menjadi minim.



Tahap-Tahap Analisis Biaya:

- 1. Menentukan bagian yang akan di analisis,**
- 2. Identifikasi semua biaya yang mungkin timbul,**
- 3. Analisis kegiatan pada unit /bagian yang secara logika biayanya timbul akibat peningkatan aktivitas di unit tersebut,**
- 4. Telusuri dan hitung semua biaya langsung yang terjadi**
- 5. Telusuri biaya tidak langsung dan hitung alokasi biaya tidak langsung untuk setiap unit / bagian**
- 6. Hitung unit cost per kegiatan dengan cara mengalokasikan total biaya (biaya langsung maupun biaya tidak langsung) ke setiap kegiatan yang ada**



PUSAT BIAYA

1. Pusat biaya produksi

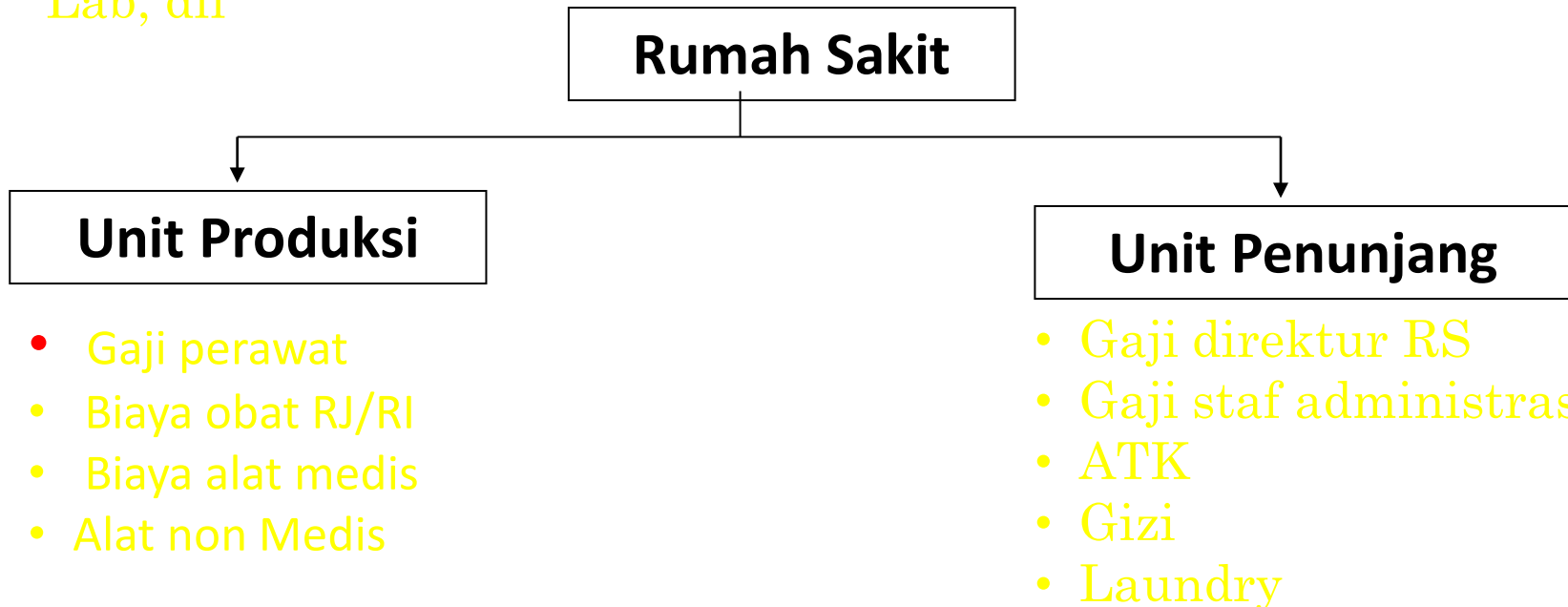
Unit yang secara langsung memberikan pelayanan kepada konsumen (menghasilkan pendapatan)

Ex: Rawat Inap, Rawat Jalan, Lab, dll

2. Pusat biaya penunjang

Unit yang tidak secara langsung memberikan pelayanan kepada konsumen (tidak menghasilkan pendapatan)

Co: Kantor, Laundry, Instalasi Gizi, dll



KOMPONEN BIAYA



PROBLEMA ETIKA

1. Banyak peserta menunggak iuran. Hanya bayar iuran ketika akan menggunakan layanan kesehatan BPJS
2. Tidak semua anggota keluarga membayar iuran. Hanya anggota keluarga yang akan berobat yang membayar.
3. Masih banyak masyarakat belum jadi peserta BPJS.



THANK YOU



Nama : Indri Endang Lestari

Nim : 182420046

Kelas : MTI 19AR2

Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia (BPJS)

Jawab :

Kehadiran globalisasi membawa pengaruh bagi kehidupan suatu bangsa. Pengaruh globalisasi dirasakan di berbagai bidang kehidupan seperti kehidupan politik, ideologi, ekonomi, sosial budaya, pertahanan keamanan, kesehatan dan lain-lain. Sebagai sebuah proses, globalisasi berlangsung melalui dua dimensi, dalam interaksi antar bangsa, yaitu dimensi ruang dan dimensi waktu. Dimensi ruang yang dapat diartikan jarak semakin dekat atau dipersempit sedangkan waktu makin dipersingkat dalam interaksi dan komunikasi pada skala dunia. Hal ini tentunya tidak terlepas dari dukungan pesatnya laju perkembangan teknologi yang semakin canggih khususnya teknologi informasi dan komunikasi (TIK). Teknologi informasi dan komunikasi (TIK) adalah pendukung utama bagi terselenggaranya globalisasi. Dengan dukungan teknologi informasi dan komunikasi, informasi dalam bentuk apapun dan untuk berbagai kepentingan, dapat disebarluaskan dengan mudah sehingga dapat dengan cepat mempengaruhi cara pandang dan gaya hidup hingga budaya suatu bangsa. Kecepatan arus informasi yang dengan cepat membanjiri kita seolah-olah tidak memberikan kesempatan kepada kita untuk menyerapnya dengan filter mental dan sikap kritis. Makin canggih dukungan teknologi tersebut, makin besar pula arus informasi dapat dialirkan dengan jangkauan dan dampak global. Oleh karena itu selama ini dikenal asas “kebebasan arus informasi” berupa proses dua arah yang cukup berimbang yang dapat saling memberikan pengaruh satu sama lain.

Seiring dengan kemajuan teknologi yang mengglobal telah terpengaruh dalam segala aspek kehidupan baik di bidang pemerintahan, keuangan dan perbankan, sosial budaya, industri, kesehatan, dan bahkan di dunia pendidikan. Kemajuan teknologi adalah sesuatu yang tidak bisa kita hindari dalam kehidupan ini, karena kemajuan teknologi akan berjalan sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan. Setiap inovasi diciptakan untuk memberikan manfaat positif bagi kehidupan manusia. Memberikan banyak kemudahan, serta sebagai cara baru dalam melakukan

aktifitas manusia. Khusus dalam bidang teknologi informasi sudah menikmati banyak manfaat yang dibawa oleh inovasi-inovasi yang telah dihasilkan dalam dekade terakhir ini. Namun demikian, walaupun pada awalnya diciptakan untuk menghasilkan manfaat positif, di sisi lain juga memungkinkan digunakan untuk hal negatif.

Salah satu kemajuan teknologi informasi merambah pada bidang kesehatan seperti kedokteran. Kemajuan dalam bidang kesehatan ini sangat berkembang dengan begitu pesat, sehingga banyak temuan-temuan yang didapatkan dengan bantuan Teknologi Informasi baik dalam bidang pengorganisasian rumah sakit, pengobatan, maupun penelitian pengembangan dari ilmu kesehatan itu sendiri. Pelayanan kesehatan berbasis teknologi informasi tengah mendapat banyak perhatian dunia. Terutama disebabkan oleh janji dan peluang bahwa teknologi mampu meningkatkan kualitas kehidupan manusia. Dan perkembangan teknologi ini juga menyentuh aspek layanan di bidang kesehatan seperti BPJS, dengan teknologi informasi, layanan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan bisa menjangkau masyarakat luas, terutama yang tinggal di daerah-daerah terpencil. Bisa dibayangkan, orang-orang yang berdomisili di wilayah yang jauh bisa tetap mengakses layanan BPJS Kesehatan, seperti pendaftaran peserta, pembayaran premi, hingga pengajuan klaim. Dengan demikian, biarpun "dipisahkan" jarak, masyarakat tetap dapat merasakan kehadiran negara, terutama dalam hal layanan kesehatan. BPJS Kesehatan juga mengembangkan elektronik data badan usaha (e-Dabu) untuk pendaftaran peserta kategori Pekerja Penerima Upah (PPU) yang sangat memudahkan pemberi kerja untuk mendaftarkan serta meng-update data peserta. Pembayaran iuran kini dapat dilakukan melalui berbagai cara, seperti autodebit, e-commerce, dan ritel. Dengan kemajuan teknologi yang dimanfaatkan di bidang BPJS ini maka secara otomatis iuran untuk keanggotaan BPJS juga semakin meningkat.

Adapun problema etika yang mungkin muncul adalah :

Sudah menjadi rahasia umum bahwa pemerintah banyak berita yang menyebutkan jika pemerintah menunggak BPJS kepada rumah sakit, sehingga hal ini berdampak bahwa banyak pasien yang terlantar untuk diobati sakitnya, karena masalah tunggakan pembayaran tersebut, sehingga yang dirugikan adalah pasiennya.

Judul Tugas	BPJS & Digital Devide
MK	Ethical Issues in Electronic Information System
Mahasiswa	M. Riski Qisthiano (182420040)
Tanggal	05-01-2020

1. Dampak Teknologi Informasi terhadap biaya layanan kesehatan di Indonesia • Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan • Mencegah kesalahan medis • Mengurangi biaya perawatan kesehatan • Meningkatkan efisiensi administrasi • Menurunkan dokumen • Memperluas akses jangkauan perawatan	
2. studi kasus BPJS, dan problema etika yang mungkin muncul • Kemajuan teknologi informasi dibidang kesehatan memang dapat memberikan banyak manfaat,terutama dalam pemerataan akses dan informasi terhadap kesehatan, namun ada pula dampak buruk yang dapat ditimbulkan dari hal ini. Contohnya adalah berkembangnya teknologi tentang penyedia informasi kesehatan atau alat diagnosa kesehatan yang dapat digunakan sendiri mampu membawa kekhawatiran terhadap eksistensi profesi dokter dan tenaga kesehatan lainnya di tengah-tengah masyarakat. Bagaimanapun, teknologi tetaplah sebuah alat untuk kehidupan	

**DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA
LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA
STUDI KASUS BPJS**



Oleh:

Kelompok I:

- 1. Muhammad Irvai**
- 2. M. Apriliansyah**
- 3. Pamuji Muhammad Jakak**
- 4. Anshori**

Dosen Pengampu: M. Izman Herdiansyah, M.M., Ph.D.

PROGRAM STUDI MAGISTER TEKNIK INFORMATIKA

UNIVERSITAS BINA DARMA

TAHUN AKADEMIK 2019/2020

DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA STUDI KASUS BPJS

Penyajian data pada sistem informasi kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan kemajuan teknologi yang ada. Oleh karena itu, dibutuhkan suatu TI kesehatan yang memiliki jejaringan yang komprehensif untuk dapat digunakan oleh seluruh elemen yang terkait dengan pemberi jasa pelayanan kesehatan, salah satunya terhadap **biaya layanan kesehatan** di Indonesia.

Beberapa peneliti menyarankan bahwa adopsi TI di sistem informasi kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan jasa yang diberikan kepada penerima kesehatan maka biaya kesehatan pun perlu dikontrol.

Teknologi Informasi Kesehatan/ *Health Information Technology* (HIT) didefinisikan sebagai penerapan pengolahan informasi yang melibatkan baik *hardware* dan *software* komputer yang berhubungan dengan penyimpanan, pencarian, berbagi, dan penggunaan informasi kesehatan, data, dan pengetahuan untuk komunikasi dan pengambilan keputusan (Brailer, 2004 dalam Liu 2009).

Menurut Department of Health and Human Services, 2007 dalam Liu (2009), manfaat penggunaan HIT adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan
2. Mencegah kesalahan medis

3. Mengurangi biaya perawatan kesehatan
4. Meningkatkan efisiensi administrasi
5. Menurunkan dokumen
6. Memperluas akses jangkauan perawatan

Dalam penerapannya dibutuhkan persiapan secara financial, sumber daya manusia, infra struktur yang matang. Teknologi tidak hanya memberikan manfaat untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, namun dampak negatif dari teknologi sistem informasi kesehatan juga perlu diantisipasi. Berbagai rancangan mengenai teknologi sistem informasi kesehatan di Indonesia telah dikemukakan oleh para ahli. Salah satu contoh penerapan teknologi informasi di Indonesia yaitu BPJS Kesehatan.

Dalam rangka implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS), BPJS Kesehatan terus melakukan inovasi dalam ranah digital. Hal itu memang penting dilakukan. Pasalnya, dengan teknologi informasi, layanan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan bisa menjangkau masyarakat luas, terutama yang tinggal di daerah-daerah terpencil.

Bisa dibayangkan, orang-orang yang berdomisili di wilayah yang jauh bisa tetap mengakses layanan BPJS Kesehatan, seperti pendaftaran peserta, pembayaran premi, hingga pengajuan klaim. Dengan demikian, biarpun "dipisahkan" jarak, masyarakat tetap dapat merasakan kehadiran negara, terutama dalam hal layanan kesehatan. Kehadiran teknologi informasi dinilai telah membantu BPJS Kesehatan dalam menjalankan operasionalnya serta menghemat sumber daya yang dibutuhkan.

BPJS Kesehatan mengembangkan aplikasi *Mobile JKN*. *Mobile JKN* disiapkan menjadi *one stop service* untuk memperoleh informasi, mendaftarkan diri, membayar iuran, mengetahui informasi kepesertaan, informasi kesehatan (tele consulting) dan ke depannya akan dikembangkan sistem antrian pelayanan kesehatan.

Dengan misi melindungi seluruh Rakyat Indonesia sesuai program *Universal Health Coverage* (UHC), BPJS Kesehatan memberi beragam jenis kemudahan agar semua lapisan masyarakat dapat bergabung menjadi peserta JKN-KIS. Di sisi kemudahan pendaftaran, misalnya, telah dikembangkan banyak kanal pendaftaran khususnya berbasis teknologi informasi, yaitu pendaftaran secara daring, melalui *Mobile JKN*, atau BPJS Kesehatan Care Center 1500400.

BPJS Kesehatan juga mengembangkan elektronik data badan usaha (e-Dabu) untuk pendaftaran peserta kategori Pekerja Penerima Upah (PPU) yang sangat memudahkan pemberi kerja untuk mendaftarkan serta meng-update data peserta.

Pembayaran iuran kini dapat dilakukan melalui berbagai cara, seperti *autodebit*, *e-commerce*, dan ritel. Saat ini sebanyak 686.735 kanal pembayaran iuran dapat dipilih dan dimanfaatkan peserta JKN-KIS. Dari sisi pelayanan kesehatan, pemanfaatan teknologi sudah digunakan untuk penggunaan aplikasi *Health Facilities Information System* (HFIS), Rujukan Online, Klaim Digital (Vedika), pemanfaatan finger print di fasilitas kesehatan serta Deteksi Potensi Fraud melalui Analisa Data Klaim (Defrada).

Pengembangan ini diimplementasikan agar pelayanan kesehatan yang diterima oleh peserta dapat berjalan efektif tanpa mengesampingkan mutu dan kualitas. Dari sisi kemudahan menyampaikan keluhan, BPJS Kesehatan mengembangkan aplikasi Sistem Informasi Penanganan Pengaduan (SIPP) yang terintegrasi baik di fasilitas kesehatan, kantor cabang BPJS Kesehatan, Mobile JKN, BPJS Kesehatan Care Center 1500400, Website dan LAPOR!

Problematika

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan masih jauh dari kata sempurna, padahal sistem ini sudah berjalan 5 tahun. Berbagai masalah muncul dan pada akhirnya membuat defisit BPJS Kesehatan. Pada 2018, misalnya, defisit BPJS Kesehatan mencapai Rp 19,4 triliun.

Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan (BPKP) sudah menyelesaikan audit sistem JKN. Ada beberapa akar masalah yang membuat BPJS Kesehatan defisit.

Berikut **akar-akar permasalahan** yang terjadi di BPJS Kesehatan yakni:

a. Rumah sakit nakal

Berdasarkan audit, BPKP menemukan banyak rumah sakit rujukan yang melakukan pembohongan data. Hal ini terkait dengan kategori rumah sakit sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Pertama (FKRTL) BPJS Kesehatan. Saat ini rumah sakit FKRTL memiliki kategori mulai dari A hingga D. Setiap kategori memiliki biaya per unit pasien yang berbeda. Biaya paling

tinggi ialah kategori A dan paling rendah D. Untuk mendapatkan penggantian dari BPJS Kesehatan, banyak rumah sakit yang menaikkan kategori.

b. Layanan lebih banyak dari peserta

Audit BPKP juga mengungkap bahwa terjadi penggunaan layanan sebanyak 233,9 juta layanan, padahal total peserta JKN hanya 223,3 juta orang. Rincian penggunaan layanan meliputi 147,4 juta layanan di puskesmas atau klinik, 76,8 juta layanan rawat jalan di rumah sakit, dan 9,7 juta layanan rawat inap.

c. Perusahaan main-main

Akar masalah defisit BPJS Kesehatan lainnya ialah ditemukannya upaya perusahaan mengakali iuran BPJS Kesehatan. Saat ini perusahaan yang sudah mendaftar sebagai peserta berkewajiban membayarkan 4 persen dari 5 persen dari gaji pokok karyawan untuk iuran BPJS Kesehatan.

Agar bayar iuran yang lebih kecil, perusahaan melaporkan jumlah karyawan lebih kecil dari jumlah sebenarnya kepada BPJS Kesehatan. Selain itu, ada juga perusahaan yang sudah terdaftar di BPJS Kesehatan tetapi melaporkan gaji karyawan lebih kecil dari yang dibayarkan. Tujuannya sama, yakni untuk mengurangi beban perusahaan di dalam membayarkan kewajiban, baik dari sisi badan usaha maupun pegawai.

d. Peserta aktif rendah

Audit BPKP juga menemukan bahwa tingkat kepesertaan aktif dari pekerja bukan penerima upah masih rendah, yaitu 53,7 persen. BPJS berjanji angka itu ke 60 persen.

e. Data tidak valid

Akar masalah selanjutnya ialah validitas dan integritas data BPJS Kesehatan. Hal ini disebabkan perpindahan sistem Akses, Jamkesda, dan Jamkesmas ke BPJS Kesehatan. BPKP menemukan ada peserta yang harusnya tidak masuk sistem BPJS Kesehatan justru masuk ke dalam sistem. Selain itu, ditemukan juga peserta yang tidak memiliki NIK, bahkan nama ganda.

f. Manajemen klaim

Akar masalah lain ialah berhubungan dengan sistem di BPJS Kesehatan sendiri. BPKP menemukan ada yang klaim ganda peserta, bahkan ada klaim dari peserta yang sudah meninggal. Audit BPKP dilakukan di 25.528 fasilitas kesehatan yang masuk dalam sistem JKN. BPKP melihat jumlah akses kepesertaan dan klaim yang peserta sampaikan kepada BPJS.

**DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA
LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA
STUDI KASUS BPJS**



Oleh:

Kelompok I:

- 1. Muhammad Irvai**
- 2. M. Apriliansyah**
- 3. Pamuji Muhammad Jakak**
- 4. Anshori**

Dosen Pengampu: M. Izman Herdiansyah, M.M., Ph.D.

PROGRAM STUDI MAGISTER TEKNIK INFORMATIKA

UNIVERSITAS BINA DARMA

TAHUN AKADEMIK 2019/2020

DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA STUDI KASUS BPJS

Penyajian data pada sistem informasi kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan kemajuan teknologi yang ada. Oleh karena itu, dibutuhkan suatu TI kesehatan yang memiliki jejaringan yang komprehensif untuk dapat digunakan oleh seluruh elemen yang terkait dengan pemberi jasa pelayanan kesehatan, salah satunya terhadap **biaya layanan kesehatan** di Indonesia.

Beberapa peneliti menyarankan bahwa adopsi TI di sistem informasi kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan jasa yang diberikan kepada penerima kesehatan maka biaya kesehatan pun perlu dikontrol.

Teknologi Informasi Kesehatan/ *Health Information Technology* (HIT) didefinisikan sebagai penerapan pengolahan informasi yang melibatkan baik *hardware* dan *software* komputer yang berhubungan dengan penyimpanan, pencarian, berbagi, dan penggunaan informasi kesehatan, data, dan pengetahuan untuk komunikasi dan pengambilan keputusan (Brailer, 2004 dalam Liu 2009).

Menurut Department of Health and Human Services, 2007 dalam Liu (2009), manfaat penggunaan HIT adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan
2. Mencegah kesalahan medis

3. Mengurangi biaya perawatan kesehatan
4. Meningkatkan efisiensi administrasi
5. Menurunkan dokumen
6. Memperluas akses jangkauan perawatan

Dalam penerapannya dibutuhkan persiapan secara financial, sumber daya manusia, infra struktur yang matang. Teknologi tidak hanya memberikan manfaat untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, namun dampak negatif dari teknologi sistem informasi kesehatan juga perlu diantisipasi. Berbagai rancangan mengenai teknologi sistem informasi kesehatan di Indonesia telah dikemukakan oleh para ahli. Salah satu contoh penerapan teknologi informasi di Indonesia yaitu BPJS Kesehatan.

Dalam rangka implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS), BPJS Kesehatan terus melakukan inovasi dalam ranah digital. Hal itu memang penting dilakukan. Pasalnya, dengan teknologi informasi, layanan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan bisa menjangkau masyarakat luas, terutama yang tinggal di daerah-daerah terpencil.

Bisa dibayangkan, orang-orang yang berdomisili di wilayah yang jauh bisa tetap mengakses layanan BPJS Kesehatan, seperti pendaftaran peserta, pembayaran premi, hingga pengajuan klaim. Dengan demikian, biarpun "dipisahkan" jarak, masyarakat tetap dapat merasakan kehadiran negara, terutama dalam hal layanan kesehatan. Kehadiran teknologi informasi dinilai telah membantu BPJS Kesehatan dalam menjalankan operasionalnya serta menghemat sumber daya yang dibutuhkan.

BPJS Kesehatan mengembangkan aplikasi *Mobile JKN*. *Mobile JKN* disiapkan menjadi *one stop service* untuk memperoleh informasi, mendaftarkan diri, membayar iuran, mengetahui informasi kepesertaan, informasi kesehatan (tele consulting) dan ke depannya akan dikembangkan sistem antrian pelayanan kesehatan.

Dengan misi melindungi seluruh Rakyat Indonesia sesuai program *Universal Health Coverage* (UHC), BPJS Kesehatan memberi beragam jenis kemudahan agar semua lapisan masyarakat dapat bergabung menjadi peserta JKN-KIS. Di sisi kemudahan pendaftaran, misalnya, telah dikembangkan banyak kanal pendaftaran khususnya berbasis teknologi informasi, yaitu pendaftaran secara daring, melalui *Mobile JKN*, atau BPJS Kesehatan Care Center 1500400.

BPJS Kesehatan juga mengembangkan elektronik data badan usaha (e-Dabu) untuk pendaftaran peserta kategori Pekerja Penerima Upah (PPU) yang sangat memudahkan pemberi kerja untuk mendaftarkan serta meng-update data peserta.

Pembayaran iuran kini dapat dilakukan melalui berbagai cara, seperti *autodebit*, *e-commerce*, dan ritel. Saat ini sebanyak 686.735 kanal pembayaran iuran dapat dipilih dan dimanfaatkan peserta JKN-KIS. Dari sisi pelayanan kesehatan, pemanfaatan teknologi sudah digunakan untuk penggunaan aplikasi *Health Facilities Information System* (HFIS), Rujukan Online, Klaim Digital (Vedika), pemanfaatan finger print di fasilitas kesehatan serta Deteksi Potensi Fraud melalui Analisa Data Klaim (Defrada).

Pengembangan ini diimplementasikan agar pelayanan kesehatan yang diterima oleh peserta dapat berjalan efektif tanpa mengesampingkan mutu dan kualitas. Dari sisi kemudahan menyampaikan keluhan, BPJS Kesehatan mengembangkan aplikasi Sistem Informasi Penanganan Pengaduan (SIPP) yang terintegrasi baik di fasilitas kesehatan, kantor cabang BPJS Kesehatan, Mobile JKN, BPJS Kesehatan Care Center 1500400, Website dan LAPOR!

Problematika

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan masih jauh dari kata sempurna, padahal sistem ini sudah berjalan 5 tahun. Berbagai masalah muncul dan pada akhirnya membuat defisit BPJS Kesehatan. Pada 2018, misalnya, defisit BPJS Kesehatan mencapai Rp 19,4 triliun.

Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan (BPKP) sudah menyelesaikan audit sistem JKN. Ada beberapa akar masalah yang membuat BPJS Kesehatan defisit.

Berikut **akar-akar permasalahan** yang terjadi di BPJS Kesehatan yakni:

a. Rumah sakit nakal

Berdasarkan audit, BPKP menemukan banyak rumah sakit rujukan yang melakukan pembohongan data. Hal ini terkait dengan kategori rumah sakit sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Pertama (FKRTL) BPJS Kesehatan. Saat ini rumah sakit FKRTL memiliki kategori mulai dari A hingga D. Setiap kategori memiliki biaya per unit pasien yang berbeda. Biaya paling

tinggi ialah kategori A dan paling rendah D. Untuk mendapatkan penggantian dari BPJS Kesehatan, banyak rumah sakit yang menaikkan kategori.

b. Layanan lebih banyak dari peserta

Audit BPKP juga mengungkap bahwa terjadi penggunaan layanan sebanyak 233,9 juta layanan, padahal total peserta JKN hanya 223,3 juta orang. Rincian penggunaan layanan meliputi 147,4 juta layanan di puskesmas atau klinik, 76,8 juta layanan rawat jalan di rumah sakit, dan 9,7 juta layanan rawat inap.

c. Perusahaan main-main

Akar masalah defisit BPJS Kesehatan lainnya ialah ditemukannya upaya perusahaan mengakali iuran BPJS Kesehatan. Saat ini perusahaan yang sudah mendaftar sebagai peserta berkewajiban membayarkan 4 persen dari 5 persen dari gaji pokok karyawan untuk iuran BPJS Kesehatan.

Agar bayar iuran yang lebih kecil, perusahaan melaporkan jumlah karyawan lebih kecil dari jumlah sebenarnya kepada BPJS Kesehatan. Selain itu, ada juga perusahaan yang sudah terdaftar di BPJS Kesehatan tetapi melaporkan gaji karyawan lebih kecil dari yang dibayarkan. Tujuannya sama, yakni untuk mengurangi beban perusahaan di dalam membayarkan kewajiban, baik dari sisi badan usaha maupun pegawai.

d. Peserta aktif rendah

Audit BPKP juga menemukan bahwa tingkat kepesertaan aktif dari pekerja bukan penerima upah masih rendah, yaitu 53,7 persen. BPJS berjanji angka itu ke 60 persen.

e. Data tidak valid

Akar masalah selanjutnya ialah validitas dan integritas data BPJS Kesehatan. Hal ini disebabkan perpindahan sistem Akses, Jamkesda, dan Jamkesmas ke BPJS Kesehatan. BPKP menemukan ada peserta yang harusnya tidak masuk sistem BPJS Kesehatan justru masuk ke dalam sistem. Selain itu, ditemukan juga peserta yang tidak memiliki NIK, bahkan nama ganda.

f. Manajemen klaim

Akar masalah lain ialah berhubungan dengan sistem di BPJS Kesehatan sendiri. BPKP menemukan ada yang klaim ganda peserta, bahkan ada klaim dari peserta yang sudah meninggal. Audit BPKP dilakukan di 25.528 fasilitas kesehatan yang masuk dalam sistem JKN. BPKP melihat jumlah akses kepesertaan dan klaim yang peserta sampaikan kepada BPJS.

Nama : Nurhachita
Nim : 182420065
Kelas : MTI 19A
Tugas : [BPJS & Digital Devide](#)

BPJS merupakan program pemerintah dalam bidang kesehatan yang merupakan singkatan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dimaksudkan untuk memudahkan masyarakat dalam memperoleh fasilitas kesehatan. BPJS tidak beda dengan Asuransi Kesehatan, karena BPJS merupakan perubahan dari Asuransi Kesehatan yang semula dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero) per tanggal 1 Januari 2014, adapun perubahan tersebut didasarkan pada Undang-undang no 24 tahun 2011 tentang BPJS. Selain bisa dibayarkan melalui loket, untuk memberikan kemudahan bagi masyarakat, maka pembayaran iuran BPJS pun bisa dilakukan secara online.

Ada beberapa tempat yang bisa Anda pilih untuk melakukan pembayaran iuran BPJS Kesehatan, yaitu:

- a. Kantor BPJS
- b. Kantor Pos
- c. Bank BRI, Mandiri, BTN, dan BNI beserta internet bankingnya
- d. ATM BRI, ATM Mandiri, ATM BTN, ATM BNI
- e. Alfamart, Indomaret, Circle K dan Seven Eleven
- f. Dompotku (uang elektronik dari Indosat)
- g. Loket pembayaran melalui PPOB atau Payment Point Online Bank dengan biaya administrasi Rp 2.500,-

Bagi Anda yang sudah terdaftar menjadi anggota BPJS Kesehatan maka disarankan untuk melakukan pembayaran secara tepat waktu paling lambat setiap tanggal 10 setiap bulannya. Karena jika melewati tanggal tersebut akan dikenakan denda sebesar 2 persen dari jumlah iuran. Adapun nominal yang harus dibayarkan tentunya disesuaikan dengan kelas yang dipilih, yaitu untuk Kelas I sebesar Rp 80 ribu, Kelas II sebesar Rp 51 ribu dan Kelas III sebesar Rp 30 ribu.

Keuntungan Bayar Iuran BPJS Online :

Jika dibandingkan dengan membayar iuran BPJS Kesehatan melalui loket, berikut ini adalah keuntungan jika membayar iuran BPJS secara online:

- a. Lebih praktis, karena pembayaran bisa dilakukan di mana saja selama ATM tersebut masuk dalam jaringan kerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- b. Lebih mudah, karena bisa mengajukan permohonan autodebit pada rekening bank Anda sehingga terhindar dari kemungkinan lupa membayar tepat waktu karena secara otomatis saldo akan terpotong untuk pembayaran iuran BPJS Kesehatan setiap bulannya.

Namun demikian, pembayaran iuran BPJS online jika dibandingkan dengan loket juga memiliki kelemahan diantaranya:

- a. Ketika jaringan sedang dalam perbaikan atau offline sehingga tidak bisa melakukan transaksi.
- b. pembayaran iuran melalui ATM Anda perlu memasukkan kode, Kemudian kode bank tersebut ditambah dengan nomor yang tertera dari belakang pada Kartu BPJS Kesehatan Anda, cukup mudah bukan.

Selain pembayaran dapat dilakukan secara online pendaftaran dan pengecekan tagihan iuran pun dapat dilakukan secara online

Cara mudah cek tagihan iuran BPJS Kesehatan

Untuk mengetahui tagihan iuran BPJS Anda maka pihak BPJS telah menyediakan layanan SMS Gateway yang bisa diakses melalui jaringan seluler 08777-5500-400. Pada dasarnya layanan ini bertujuan untuk memberikan kemudahan kepada para customer BPJS Kesehatan dalam memperoleh informasi terkait fasilitas kesehatan maupun data peserta. Adapun untuk melakukan cek terhadap tagihan BPJS Kesehatan Anda hanya perlu mengirim SMS dengan format sebagai berikut:

Sebagai contoh: TAGIHAN 0001260979207 kirim ke 08777-5500-400

Nilai iuran BPJS Kesehatan yang berlaku hingga saat ini merujuk pada pembaruan per 1 April 2016 dan telah tercantum dalam Peraturan Presiden Nomor 10 Tahun 2016. Besaran iuran ini tergantung pada kelas perawatan yang dipilih oleh peserta.

BPJS Kelas 1. Besaran iuran bulanan untuk peserta dengan Faskes Kelas 1 adalah Rp80.000 per orang. BPJS Kesehatan akan menanggung segala biaya perawatan inap peserta dengan fasilitas kamar Kelas 1 di rumah sakit rujukannya.

BPJS Kelas 2. Besaran iuran bulanan untuk peserta dengan Faskes Kelas 2 adalah Rp51.000 per orang. BPJS Kesehatan akan menanggung segala biaya perawatan inap peserta dengan fasilitas kamar Kelas 2 di rumah sakit rujukannya.

BPJS Kelas 3. Merupakan kelas dengan iuran bulanan paling terjangkau dari BPJS Kesehatan. Iuran per peserta bernilai Rp25.500. BPJS Kesehatan akan menanggung segala biaya perawatan inap peserta dengan fasilitas kamar Kelas 3 di rumah sakit rujukannya.

Dalam hal menerima pelayanan kesehatan, peserta Kelas 2 dan 3 diperbolehkan untuk mengajukan naik kelas ruang rawat inap ke kelas di atasnya. Namun, peserta harus membayar sendiri selisih biaya yang muncul dari kenaikan kelas tersebut.

Kelas 1	Kelas 2	Kelas 3
---------	---------	---------

Kelas 1	Kelas 2	Kelas 3
Rp 81,000	Rp 51,000	Rp 25,500

Problem Etika Yang Mungkin Muncul:

1. Klaim biaya yang tidak di respon
2. Pelayanan pada pengobatan kurang dilayanni
3. Pemaksaan pembuatan BPJS harus terdaftar semua dalam satu (1) KK (Kartu Keluarga)

**DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA
LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA
STUDI KASUS BPJS**



Oleh:

Kelompok I:

- 1. Muhammad Irvai**
- 2. M. Apriliansyah**
- 3. Pamuji Muhammad Jakak**
- 4. Anshori**

Dosen Pengampu: M. Izman Herdiansyah, M.M., Ph.D.

PROGRAM STUDI MAGISTER TEKNIK INFORMATIKA

UNIVERSITAS BINA DARMA

TAHUN AKADEMIK 2019/2020

DAMPAK TEKNOLOGI INFORMASI TERHADAP BIAYA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA STUDI KASUS BPJS

Penyajian data pada sistem informasi kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan kemajuan teknologi yang ada. Oleh karena itu, dibutuhkan suatu TI kesehatan yang memiliki jejaringan yang komprehensif untuk dapat digunakan oleh seluruh elemen yang terkait dengan pemberi jasa pelayanan kesehatan, salah satunya terhadap **biaya layanan kesehatan** di Indonesia.

Beberapa peneliti menyarankan bahwa adopsi TI di sistem informasi kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan jasa yang diberikan kepada penerima kesehatan maka biaya kesehatan pun perlu dikontrol.

Teknologi Informasi Kesehatan/ *Health Information Technology* (HIT) didefinisikan sebagai penerapan pengolahan informasi yang melibatkan baik *hardware* dan *software* komputer yang berhubungan dengan penyimpanan, pencarian, berbagi, dan penggunaan informasi kesehatan, data, dan pengetahuan untuk komunikasi dan pengambilan keputusan (Brailer, 2004 dalam Liu 2009).

Menurut Department of Health and Human Services, 2007 dalam Liu (2009), manfaat penggunaan HIT adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan
2. Mencegah kesalahan medis

3. Mengurangi biaya perawatan kesehatan
4. Meningkatkan efisiensi administrasi
5. Menurunkan dokumen
6. Memperluas akses jangkauan perawatan

Dalam penerapannya dibutuhkan persiapan secara financial, sumber daya manusia, infra struktur yang matang. Teknologi tidak hanya memberikan manfaat untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, namun dampak negatif dari teknologi sistem informasi kesehatan juga perlu diantisipasi. Berbagai rancangan mengenai teknologi sistem informasi kesehatan di Indonesia telah dikemukakan oleh para ahli. Salah satu contoh penerapan teknologi informasi di Indonesia yaitu BPJS Kesehatan.

Dalam rangka implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS), BPJS Kesehatan terus melakukan inovasi dalam ranah digital. Hal itu memang penting dilakukan. Pasalnya, dengan teknologi informasi, layanan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan bisa menjangkau masyarakat luas, terutama yang tinggal di daerah-daerah terpencil.

Bisa dibayangkan, orang-orang yang berdomisili di wilayah yang jauh bisa tetap mengakses layanan BPJS Kesehatan, seperti pendaftaran peserta, pembayaran premi, hingga pengajuan klaim. Dengan demikian, biarpun "dipisahkan" jarak, masyarakat tetap dapat merasakan kehadiran negara, terutama dalam hal layanan kesehatan. Kehadiran teknologi informasi dinilai telah membantu BPJS Kesehatan dalam menjalankan operasionalnya serta menghemat sumber daya yang dibutuhkan.

BPJS Kesehatan mengembangkan aplikasi *Mobile JKN*. *Mobile JKN* disiapkan menjadi *one stop service* untuk memperoleh informasi, mendaftarkan diri, membayar iuran, mengetahui informasi kepesertaan, informasi kesehatan (tele consulting) dan ke depannya akan dikembangkan sistem antrian pelayanan kesehatan.

Dengan misi melindungi seluruh Rakyat Indonesia sesuai program *Universal Health Coverage* (UHC), BPJS Kesehatan memberi beragam jenis kemudahan agar semua lapisan masyarakat dapat bergabung menjadi peserta JKN-KIS. Di sisi kemudahan pendaftaran, misalnya, telah dikembangkan banyak kanal pendaftaran khususnya berbasis teknologi informasi, yaitu pendaftaran secara daring, melalui *Mobile JKN*, atau BPJS Kesehatan Care Center 1500400.

BPJS Kesehatan juga mengembangkan elektronik data badan usaha (e-Dabu) untuk pendaftaran peserta kategori Pekerja Penerima Upah (PPU) yang sangat memudahkan pemberi kerja untuk mendaftarkan serta meng-update data peserta.

Pembayaran iuran kini dapat dilakukan melalui berbagai cara, seperti *autodebit*, *e-commerce*, dan ritel. Saat ini sebanyak 686.735 kanal pembayaran iuran dapat dipilih dan dimanfaatkan peserta JKN-KIS. Dari sisi pelayanan kesehatan, pemanfaatan teknologi sudah digunakan untuk penggunaan aplikasi *Health Facilities Information System* (HFIS), Rujukan Online, Klaim Digital (Vedika), pemanfaatan finger print di fasilitas kesehatan serta Deteksi Potensi Fraud melalui Analisa Data Klaim (Defrada).

Pengembangan ini diimplementasikan agar pelayanan kesehatan yang diterima oleh peserta dapat berjalan efektif tanpa mengesampingkan mutu dan kualitas. Dari sisi kemudahan menyampaikan keluhan, BPJS Kesehatan mengembangkan aplikasi Sistem Informasi Penanganan Pengaduan (SIPP) yang terintegrasi baik di fasilitas kesehatan, kantor cabang BPJS Kesehatan, Mobile JKN, BPJS Kesehatan Care Center 1500400, Website dan LAPOR!

Problematika

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan masih jauh dari kata sempurna, padahal sistem ini sudah berjalan 5 tahun. Berbagai masalah muncul dan pada akhirnya membuat defisit BPJS Kesehatan. Pada 2018, misalnya, defisit BPJS Kesehatan mencapai Rp 19,4 triliun.

Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan (BPKP) sudah menyelesaikan audit sistem JKN. Ada beberapa akar masalah yang membuat BPJS Kesehatan defisit.

Berikut **akar-akar permasalahan** yang terjadi di BPJS Kesehatan yakni:

a. Rumah sakit nakal

Berdasarkan audit, BPKP menemukan banyak rumah sakit rujukan yang melakukan pembohongan data. Hal ini terkait dengan kategori rumah sakit sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Pertama (FKRTL) BPJS Kesehatan. Saat ini rumah sakit FKRTL memiliki kategori mulai dari A hingga D. Setiap kategori memiliki biaya per unit pasien yang berbeda. Biaya paling

tinggi ialah kategori A dan paling rendah D. Untuk mendapatkan penggantian dari BPJS Kesehatan, banyak rumah sakit yang menaikkan kategori.

b. Layanan lebih banyak dari peserta

Audit BPKP juga mengungkap bahwa terjadi penggunaan layanan sebanyak 233,9 juta layanan, padahal total peserta JKN hanya 223,3 juta orang. Rincian penggunaan layanan meliputi 147,4 juta layanan di puskesmas atau klinik, 76,8 juta layanan rawat jalan di rumah sakit, dan 9,7 juta layanan rawat inap.

c. Perusahaan main-main

Akar masalah defisit BPJS Kesehatan lainnya ialah ditemukannya upaya perusahaan mengakali iuran BPJS Kesehatan. Saat ini perusahaan yang sudah mendaftar sebagai peserta berkewajiban membayarkan 4 persen dari 5 persen dari gaji pokok karyawan untuk iuran BPJS Kesehatan.

Agar bayar iuran yang lebih kecil, perusahaan melaporkan jumlah karyawan lebih kecil dari jumlah sebenarnya kepada BPJS Kesehatan. Selain itu, ada juga perusahaan yang sudah terdaftar di BPJS Kesehatan tetapi melaporkan gaji karyawan lebih kecil dari yang dibayarkan. Tujuannya sama, yakni untuk mengurangi beban perusahaan di dalam membayarkan kewajiban, baik dari sisi badan usaha maupun pegawai.

d. Peserta aktif rendah

Audit BPKP juga menemukan bahwa tingkat kepesertaan aktif dari pekerja bukan penerima upah masih rendah, yaitu 53,7 persen. BPJS berjanji angka itu ke 60 persen.

e. Data tidak valid

Akar masalah selanjutnya ialah validitas dan integritas data BPJS Kesehatan. Hal ini disebabkan perpindahan sistem Akses, Jamkesda, dan Jamkesmas ke BPJS Kesehatan. BPKP menemukan ada peserta yang harusnya tidak masuk sistem BPJS Kesehatan justru masuk ke dalam sistem. Selain itu, ditemukan juga peserta yang tidak memiliki NIK, bahkan nama ganda.

f. Manajemen klaim

Akar masalah lain ialah berhubungan dengan sistem di BPJS Kesehatan sendiri. BPKP menemukan ada yang klaim ganda peserta, bahkan ada klaim dari peserta yang sudah meninggal. Audit BPKP dilakukan di 25.528 fasilitas kesehatan yang masuk dalam sistem JKN. BPKP melihat jumlah akses kepesertaan dan klaim yang peserta sampaikan kepada BPJS.

BPJS & DIGITAL DEVIDE



KELOMPOK III:

- 1. DITA RAHMAWATI**
- 2. ILSA PALINGGA NINDITAMA**
- 3. MUHAMMAD DIAH MAULIDIN**
- 4. NURHACHITA**
- 5. RAHMA FITRIYANI**

KELAS : REGULER A R1
MATA KULIAH : ETHICAL ISSUES IN ELECTRONIC INFORMATION SYSTEMS

PROGRAM STUDI MAGISTER TEKNIK INFORMATIKA S2

UNIVERSITAS BINA DARMA

TAHUN AKADEMIK 2019/2020

DAMPAK TI BIAYA LAYANAN BPJS DI INDONESIA

Keputusan pemerintah menaikkan iuran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Kesehatan bisa berdampak negatif bagi perusahaan. Kenaikan iuran ini bisa mendorong peserta untuk menurunkan kelas layanan. Selain itu, tunggakan iuran bakal meningkat dan lebih masif. Apalagi, peserta mandiri yang belum membayar iuran sekitar 46% saat ini.

Langkah selanjutnya yakni mendorong agar semua perusahaan menjadi anggota BPJS Kesehatan melakukan audit. Hal ini mengidentifikasi perusahaan yang memanipulasi jumlah karyawannya dalam kepesertaan BPJS Kesehatan. Sebab, berdasarkan informasi yang ia terima, perusahaan yang belum mendaftarkan karyawannya sebagai anggota BPJS Kesehatan lebih banyak ketimbang yang sudah menjadi anggota.

Sesuai dengan ketentuan undang-undang, perusahaan wajib mengikuti program BPJS. Sejak tanggal 1 Juli 2015, setiap perusahaan wajib mendaftarkan karyawan atau pegawainya untuk mengikuti program BPJS Ketenagakerjaan, seperti program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan hari tua, program jaminan kematian, dan program jaminan pensiun.

Berbeda halnya dengan asuransi kesehatan, perusahaan yang terbukti tidak mengikuti program BPJS Ketenagakerjaan akan dikenakan sanksi mulai dari administrasi, rekomendasi pencabutan izin usaha hingga sanksi pidana maksimal 8 tahun atau denda maksimal Rp 1 miliar. Untuk mengenal lebih jauh tentang BPJS Ketenagakerjaan sampai dengan proses pembayaran iuran, bisa mengetahuinya lewat ulasan berikut ini.

Salah satu program BPJS Ketenagakerjaan yang banyak ditunggu para pekerja adalah program jaminan pensiun. Program ini bertujuan untuk memberikan jaminan hidup yang layak bagi peserta BPJS Ketenagakerjaan setelah pensiun di dunia kerja. Selain itu, bagi pekerja yang bergerak di bidang konstruksi, ada program jasa konstruksi, yaitu layanan jasa konsultasi perencanaan pekerjaan konstruksi, layanan jasa pelaksanaan pekerjaan konstruksi, dan layanan konsultasi pengawasan pekerjaan konstruksi yang menarik untuk diikuti.

Setelah perusahaan mendaftarkan karyawannya sebagai peserta BPJS Ketenagakerjaan, proses penting lainnya adalah melakukan pembayaran iuran bulanan.

Cara yang paling mudah dan disarankan adalah menggunakan *Electronic Payment System (E-Payment System)*.

Demi mempermudah pembayaran iuran yang dilakukan perusahaan pada BPJS, Electronic Payment System (EPS) diperkenalkan sebagai sistem pembayaran baru dari BPJS. Sistem EPS ini menggantikan sistem Virtual Account (VA) yang lebih dulu digunakan perusahaan untuk melakukan pembayaran iuran BPJS. Penggantian sistem pembayaran dari VA menjadi EPS dilakukan dalam rangka memenuhi amanat dari UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS yang mengharuskan pihaknya sebagai lembaga pengelola dana jaminan sosial ketenagakerjaan untuk melakukan pemisahan aset BPJS dengan Dana Jaminan Sosial.

Dengan sistem Electronic Payment System (EPS), BPJS berusaha untuk mewujudkan sistem jaminan sosial yang transparan dan bisa dipertanggungjawabkan dengan baik kepada peserta BPJS Ketenagakerjaan. Selain itu, pembayaran iuran lebih mudah dilakukan karena sudah terpisah dan tergantung dari program apa yang dibayarkan. Jika sebelumnya menggunakan VA, perusahaan dan BPJS masih harus melakukan koordinasi saat proses pemisahan iuran Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Kematian (JK), dan Jaminan Hari Tua (JHT). Lewat EPS, iuran yang dibayarkan sudah sesuai dengan programnya dan dilakukan self assessment oleh perusahaannya sendiri. Dengan begitu, risiko kesalahan penghitungan dan transaksi yang mungkin terjadi bakal kecil kemungkinannya.

MASALAH ETIKA DALAM PENGGUNAAN EPS PEMBAYARAN BPJS

Salah satu permasalahan dalam penggunaan pembayaran elektronik dari BPJS yaitu risiko penggunaan data yang tersimpan dalam database BPJS. Risiko keamanan tersebut salah satunya yaitu:

1. Kemungkinan terkena serangan hacker

Melihat semakin berkembangnya teknologi, saat ini penjahat juga ikut beralih menyerang sistem digital. Jika tidak menggunakan sistem keamanan yang baik, risiko terjadinya data breach juga dapat terjadi di bisnis. Oleh karena itu sistem pembayaran yang aman harus selalu prioritaskan. Jika menggunakan sistem

payment gateway, pastikan mereka menyediakan sistem fraud detection untuk mencegah terjadinya kecurangan atau penipuan.

2. Kurangnya privasi

Semua informasi transaksi seperti data penerima, jumlah dana, serta waktu pembayaran akan tersimpan di database sistem pembayaran yang digunakan. Hal ini menyebabkan kurangnya privasi pada sistem e-payment.

3. Membutuhkan akses internet

Pengguna membutuhkan koneksi internet untuk melakukan pembayaran online. Tanpa koneksi internet, pengguna tidak bisa menggunakan sistem e-payment ini.

Masalah selanjutnya yaitu masalah etika penggunaan EPS *Electronic Payment System (E Payment System)* baik itu pengguna usia produktif, usia lansia (lanjut usia) dan anak-anak. Pengguna usia produktif dapat menggunakan EPS melalui sistem pembayaran yang dapat digunakan oleh pengguna tersebut, seperti pembayaran melalui bank, ATM, Internet Banking, dan lain-lain. Sedangkan pengguna usia lansia dan anak-anak, menggunakan EPS melalui teller Bank dan pembayaran dari minimarket seperti Indomaret dan Alfamart.

Semua pengguna baik usia produktif, usia lansia dan anak-anak dapat menggunakan EPS tersebut karena BPJS menyediakan alternatif pembayaran yang dapat menjangkau seluruh penggunaan dari seluruh usia. Dengan kemudahan tersebut dapat meminimalisir risiko atau masalah etika yang terjadi. Semua usia dapat memanfaatkan teknologi yang disediakan oleh BPJS dalam hal pembayaran.