

Asuransi Kesehatan

BUKU AJAR

Buku Ajar ini digunakan sebagai bagian dari Mata Kuliah Asuransi Kesehatan. Tujuan dari mata kuliah ini adalah mahasiswa akan belajar tentang kebijakan pembiayaan kesehatan dalam konteks ekonomi makro, mendapatkan keterampilan dalam advokasi pembiayaan di tingkat nasional dan regional, manajemen terkait asuransi kesehatan, dan bagaimana menggunakan statistik dalam sistem informasi untuk analisis data.



CV. FENIKS MUDA SEJAHTERA

MENCERAHKAN DAN MEMBERDAYAKAN

+62 812 2087 6346  phoenixpublishing.id

 admin@feniksmudasejahtera.my.id

ISBN 978-623-5950-59-4



9 786235 950594

Taswin, SKM., M.Kes.
Andinna Ananda Yusuff, S.E., M.M.
Eky Endriana Amiruddin, S.Pd., M.Kes.
Makhrajani Majid, SKM., M.Kes.
Tuti Herawati, SKM., M.M.
Dahmar, SKM., M.Kes.

Hamdan, SKM., MKM.
Fardhoni, S.T., M.M.
Fajar Nur Farida, S.E., M.P.H.
Susilo Wulan, S.E., MKM.
Amrun, SKM., M.Kes.
Laura Weryco Latupeirissa, SKM., M.M.

Asuransi Kesehatan

BUKU AJAR

BUKU AJAR ASURANSI KESEHATAN



BUKU AJAR ASURANSI KESEHATAN

Taswin, SKM., M.Kes.
Andinna Ananda Yusuff, S.E., M.M.
Eky Endriana Amiruddin, S.Pd., M.Kes.
Makhrajani Majid, SKM., M.Kes.
Tuti Herawati, SKM., M.M.
Dahmar, SKM., M.Kes.
Hamdan, SKM., MKM.
Fardhoni, S.T., M.M.
Fajar Nur Farida, S.E., M.P.H.
Susilo Wulan, S.E., MKM.
Amrun, SKM., M.Kes.
Loura Weryco Latupeirissa, SKM., M.M.



BUKU AJAR ASURANSI KESEHATAN

Oleh: Taswin, Andinna Ananda Yusuff, Eky Endriana Amiruddin
Makhrajani Majid, Tuti Herawati, Dahmar
Hamdan, Fardhoni, Fajar Nur Farida
Susilo Wulan, Amrun, Laura Weryco Latupeirissa

Copyright © 2022, Taswin, dkk

Diterbitkan pertama kali dalam bahasa Indonesia
Oleh Penerbit **CV. Feniks Muda Sejahtera**,
Anggota IKAPI

Desain Sampul: August Leonardo
Tata Letak: August Leonardo

Cetakan Pertama: Maret, 2022

Hak cipta dilindungi oleh Undang-undang.
Dilarang memperbanyak dan memperjual-belikan sebagian
atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit

Isi di luar tanggung jawab Percetakan

ISBN No. 978-623-5950-59-4

DAFTAR ISI

Bab I Konsep Dasar Asuransi	1
Bab II Prinsip Dasar Asuransi Kesehatan	14
Bab III Sejarah Asuransi Kesehatan	23
Bab IV Model/Jenis Asuransi Kesehatan	43
Bab V Model Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan	57
Bab VI Manajemen Kepesertaan Asuransi Kesehatan	83
Bab VII Manajemen Keuangan Asuransi Kesehatan	95
Bab VIII Sistem Jaminan Sosial Nasional	122
Bab IX Managed Care	129
Bab X Health Maintenance Organization	143
Bab XI Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	151
Bab XII Analisis Aktuarial	165
Tentang Para Penulis	173

KATA PENGANTAR

Pertama sekali puji dan syukur disampaikan kepada Tuhan yang Mahaesa, atas berkat rahmat dan hidayah-Nya, penyusunan buku ini dapat terselesaikan.

Buku Ajar ini digunakan sebagai bagian dari Mata Kuliah Asuransi Kesehatan. Tujuan dari mata kuliah ini adalah mahasiswa akan belajar tentang kebijakan pembiayaan kesehatan dalam konteks ekonomi makro, mendapatkan keterampilan dalam advokasi pembiayaan di tingkat nasional dan regional, manajemen terkait asuransi kesehatan, dan bagaimana menggunakan statistik dalam sistem informasi untuk analisis data.

Tentu Buku Ajar ini masih banyak kekurangan, karena itu kami berharap masukan dari masyarakat ilmiah di indonesia. Semoga Buku ini menambah khazanah keilmuan di nusantara.

Para Penulis

BAB I

KONSEP DASAR ASURANSI

Taswin, SKM.,M.Kes

A. Tujuan pembelajaran :

Tujuan pembelajaran yang ingin dicapai pada bab ini adalah sebagai berikut:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan definisi asuransi
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang risiko
3. Mahasiswa mampu memahami penggolongan asuransi
4. Mahasiswa mampu memahami prinsip asuransi
5. Mahasiswa mampu memahami unsur-unsur asuransi
6. Mahasiswa mampu membedakan asuransi dengan asuransi kesehatan

B. Materi

1. Definisi Asuransi

Terdapat banyak definisi asuransi (*insurance*). Pada sub Bab materi ini akan diuraikan secara detail beberapa teori tentang definisi asuransi menurut para ahli maupun menurut Undang-Undang. Dalam Azrul Azwar (2010) dikemukakan bahwa asuransi adalah suatu upaya untuk memberikan perlindungan terhadap kemungkinan-kemungkinan yang dapat mengakibatkan kerugian ekonomi (Breider dan Breadles, 1972)

Pengertian asuransi berdasarkan pandangan pengetahuan ekononmi banya dikemukakan. Menurut *The New Wabstr's Dictionary*, "*The practice by with an individual secures financial compensation for specified los or demaged*. Pada umumnya yang dimaksud dengan asuransi adalah suatu cara atau alat pemindahan risiko apabila pada waktu yang akan datang diderita kerugian-kerugian akibat risiko yang dihadapi, maka kerugian tersebut dapat dialihkan kepada pihak lain (Wijono, 1999).

Asuransi dapat diartikan sebagai upaya mengalihkan tanggung jawab risiko yang mungkin dihadapi kepada pihak lain dengan membayar premi. Walaupun tidak diharapkan dalam kehidupannya, manusia sering dihadapkan pada suatu risiko. Untuk itu, mereka saling berusaha mengurangi atau bahkan menghindari sama sekali risiko yang mungkin akan menyimpannya.

Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita

tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang tertanggungkan (UU No.2/1992 tentang asuransi).

Asuransi kesehatan merupakan suatu jenis produk daripada asuransi yang khususnya memberikan jaminan atas biaya layanan kesehatan oleh peserta asuransi pada saat peserta berkunjung ke sarana fasilitas kesehatan untuk memeriksakan diri atas keadaan sakit yang dideritanya ataupun mengalami suatu kecelakaan terhadap dirinya. Peayanan kesehatan yang diberikan oleh asuransi adalah baik perawatan pada unit rawat jalan maupun pada unit rawat inap baik di klinik, puskesmas maupun rumah sakit.

Asuransi adalah istilah yang digunakan untuk merujuk pada tindakan, sistem, atau bisnis dimana perlindungan finansial (atau ganti rugi secara finansial) untuk jiwa, properti, kesehatan dan lain sebagainya mendapatkan penggantian dari kejadian-kejadian yang tidak dapat diduga yang dapat terjadi seperti kematian, kehilangan, kerusakan atau sakit, di mana melibatkan pembayaran premi secara teratur dalam jangka waktu tertentu sebagai ganti polis yang menjamin perlindungan tersebut.

Menurut Ketentuan Pasal 246 KUHD, Asuransi atau Pertanggungangan adalah Perjanjian dengan mana penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi untuk memberikan penggantian kepadanya karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan yang mungkin dideritanya akibat dari suatu *evenemen* (peristiwa tidak pasti).

Pengertian Asuransi dalam UU No. 40 Tahun 2014 tentang perasuransian, Asuransi merupakan perjanjian diantara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dengan pemegang polis, yang menjadi dasar atau acuan bagi penerimaan premi oleh perusahaan asuransi dengan imbalan untuk :

- a. Menyediakan ganti rugi kepada pihak tertanggung dalam hal ini adalah peserta sebagai pemilik polis atas kerugian yang dialaminya baik kerusakan, biaya yang timbul dan kehilangan keuntungan maupun tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung / pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti tersebut; atau
- b. Memberikan pembayaran dengan acuan pada meninggalnya tertanggung atau pembayaran yang didasarkan pada hidup si tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana.

2. Risiko

Menurut Vaughan (1978) dalam Wijono (1999) mengemukakan beberapa definisi resiko sebagai berikut:

- a. *Risk is the chance of loss* (resiko adalah kans kerugian) *Chance of loss* berhubungan dengan suatu exposure (keterbukaan) terhadap kemungkinan kerugian.
- b. *Risk is the possibility of loss* (resiko adalah kemungkinan kerugian).
- c. *Risk is uncertainty* (resiko adalah ketidakpastian).
- d. *Risk is dispersion of actual from expected result* (Risiko adalah penyimpangan kenyataan dan hasil yang diharapkan).
- e. Risiko adalah besarnya kemungkinan (probabilitas) dari perbedaan outcome dan hasil yang diharapkan.

Istilah risiko berarti paparan terhadap musibah atau bencana yang dapat menyangkut berbagai macam aspek, ekonomi, statistic, sosial ekonomi. Pengertiannya bermacam-macam dan kadang-kadang kontradiksi. Dalam bisnis asuransi, penggunaan istilah risiko berarti tiap bencana yang dijaminakan, misalnya kebakaran adalah suatu risiko dimana sebagian besar perumahan dapat terkena dampaknya.

Berdasarkan beberapa definisi yang telah diuraikan sebelumnya. Maka risiko dapat dikorelasikan dengan peluang, munculnya suatu dampak kerugian yang tidak diduga sebelumnya dan terjadi secara tiba-tiba. Sifat risiko yang dapat muncul adalah sebagai berikut:

- a. Risiko Langsung
Dapat berupa kerusakan, kehilangan harta kekayaan yang bersangkutan atau menderita sakit dan kecelakaan yang terjadi secara langsung pada diri seseorang.
- b. Risiko Tidak langsung
Misalnya Banak atau pabrik ditutup, selain menderita kerugian langsung, karena usaha jadi macet atau terganggu.
- c. Risiko yang timbul akibat perbuatan pihak lain
Risiko terjadi karena pihak lain yang tidak bertanggung jawab atau lalai, atau debitur tidak membayar kembali kreditnya terjadi kerugian, seperti pemnbangunan pusat pertokoan, kontraktor tidak menyelesaikannya sehingga timbul kerugian.

Menurut Wijono (1999), Risiko menurut ilmu asuransi secara garis besar terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu sebagai berikut:

1) Risiko Dinamis

Risiko yang disebabkan karena adanya perubahan-perubahan dinamis keadaan ekonomi (pertumbuhan, harga, selera dan sebagainya) karena pengaruh lingkungan eksternal dan internal. Risiko dinamis terdiri atas 3 (tiga), yaitu sebagai berikut:

- a) Risiko Manajemen dapat berupa risiko pasar, risiko keuangan dan risiko produksi.
Risiko pasar berkaitan dengan adanya ketidakpastian apakah produk dapat dijual dan mendapat keuntungan atau kerugian.

Risiko keuangan menyangkut pengambilan keputusan, misalnya penanaman modal jangka Panjang, modal pinjaman, kemampuan bayar utang dan sebagainya.

Risiko produksi berhubungan dengan proses produksi termasuk masalah tenaga kerja, bahan-bahan material, mesin.

b) Risiko Politik

Risiko politik terjadi karena adanya perubahan kebijakan pemerintah di bidang politik ekonomi dan sebagainya termasuk industri perdagangan.

c) Risiko Inovasi

Risiko yang timbul karena adanya inovasi dan kreativitas produk baru.

2) Risiko Statis

Risiko yang dapat terjadi dalam situasi dan kondisi lingkungan (dalam arti luas IPOLEKSOSBUD-IPTEK/ Ideologi, politik, ekonomi, sosial budaya, ilmu pengetahuan dan teknologi) yang relatif stabil dan statis dan tidak banyak terjadi perubahan-perubahan. Risiko statis dapat digolongkan dari beberapa aspek, yaitu aspek risiko fundamental dan risiko khusus, risiko murni dan risiko spekulatif, risiko individu dan risiko kelompok.

a) Risiko Murni (*Pure Risk*)

Kemungkinan terjadinya risiko adalah murni risiko. Biasanya berupa bencana alam seperti banjir, kebakaran, badai topan, gempa bumi, tanah longsor, gunung meletus dan sebagainya. Dari aspek penderita risiko murni, dapat dibedakan menjadi 3 (tiga) risiko, yaitu risiko perorangan, risiko harta kekayaan, *liability risk*, dan risiko spekulatif.

b) Risiko Perorangan (*Personal Risk*)

Risiko yang diderita oleh seseorang secara pribadi seperti kecelakaan, menderita sakit atau korban tindak kekerasan dan lain-lain yang dapat menyebabkan obyek dari penutupan asuransi.

c) Risiko Harta Kekayaan (*Property Risk*)

Risiko terhadap harta kekayaan yang dimiliki, seperti toko terbakar, mobil rusak tabrakan, lukisan mahal tercuri, kapal tenggelam dan sebagainya.

d) *Liability Risk*

Risiko yang dihadapi oleh seseorang dalam tanggung jawabnya kepada pihak ketiga karena kelalaiannya secara hukum ia bertanggung jawab, yang dapat pula menjadi obyek asuransi.

e) Risiko Spekulatif

Risiko untung rugi seperti dalam perjudian dan perdagangan. Biasanya tidak diasuransikan.

Karakteristik yang paling mendasar dan fundamental dalam asuransi ialah mengalokasikan risiko secara individu menjadi risiko

kelompok. Begitupula dengan kerugian yang ditimbulkan dapat dibagi kepada para anggota kelompok. Pengalihan risiko dari individu atau seseorang kepada pengelola asuransi dilaksanakan berdasarkan kontrak atau kesepakatan yang telah dibuat antara individu peserta asuransi dengan perusahaan pengelola asuransi. Namun, tidak semua kerugian yang timbul ditanggung sepenuhnya oleh badan penyelenggara asuransi. Ada beberapa risiko yang secara umum ditanggung oleh badan penyelenggara asuransi yaitu sebagai berikut:

- 1) Risiko hilangnya kemampuan menghasilkan (*loss of learning*), baik perorangan maupun risiko usaha, seperti:
 - a) Risiko Perorangan
Meliputi kematian usia produktif dan sakit atau kecelakaan
 - b) Risiko Usaha
Meliputi hilangnya keuntungan dan gangguan usaha.
- 2) Risiko kerusakan harta kekayaan (*property damage risk*) atau kehilangan/kerugian harta benda (*loss of property*), meliputi risiko:
 - a) Kerugian
 - b) Pengiriman atau transportasi
 - c) Kerusakan BarangRisiko karena pihak lain:
 - a) Kredit macet
 - b) Hilangnya barang jaminan kredit
 - c) Risiko Tindakan profesi
 - d) Produksi

Asuransi merupakan sarana pengalihan risiko tetapi tidak mungkin semua risiko dapat dialihkan kepada perusahaan asuransi. Risiko-risiko yang dapat dialihkan kepada asuransi harus dapat memenuhi syarat sebagai berikut:

- 1) Waktu terjadinya tidak dapat ditentukan sebelumnya.
- 2) Tidak musathil terjadi, artinya secara akal sehat risiko tersebut mungkin dapat terjadi.
- 3) Dapat diukur dengan uang, artinya kerugian tersebut dapat dihitung dibuktikan secara wajar dengan nilai uang yang berlaku.
- 4) Risiko yang dapat menimbulkan kerugian pada umumnya homogen atau banyak persamaan (tidak kasuistik atau tidak khusus).
- 5) Kerugian yang mungkin timbul bersifat terbatas dan dapat diukur atau diperkirakan atau diperhitungkan secara matematis atau teori kemungkinan maupun metode statistic.
- 6) Kerugian tersebut tidak terencana (suatu kecelakaan yang tidak diduga atau tidak disengaja).
- 7) Kerugian tersebut tidak bersifat musibah massal atau bencana yang luas.

Berdasarkan teknik atau pendekatan asuransi, risiko yang asuransi tidak bersedia menanggung (Wijono, 1999) adalah sebagai berikut:

1) Risiko Politik

Risiko yang ada atau timbul karena disebabkan adanya kebijakan pemerintah dalam bidang industri perdagangan dan sejenis, seperti di bawah ini:

- a) Likuidasi perbankan
- b) Ekspor-impor
- c) Penyitaan
- d) Kebijaksanaan divisa
- e) Pengambilalihan dan sebagainya

2) Risiko Sosial

Risiko sosial ini terjadi karena disebabkan oleh beberapa faktor masyarakat seperti di bawah ini:

- a) Kerusakan massal
- b) Penjarahan
- c) Pemogokan

3. Penggolongan Asuransi

Menurut Wijono (1999), bahwa penggolongan asuransi yang ada dan praktik di Indonesia dapat dikelompokkan mejadi 2 (dua) kelompok, yaitu sebagai berikut:

a. Asuransi Jiwa

Asuransi jiwa dapat dikelompokkan menjadi 2 (dua), yaitu:

- 1) Asuransi Jiwa Wajib, misalnya:
 - a) Tabungan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN)
 - b) Asuransi Kesehatan (Askes), atau Jaminan Kesehatan Nasional, dan
 - c) Asuransi ABRI (Asabri) atau TNI/POLRI
- 2) Asuransi Jiwa Sukrarel (tidak wajib), misalnya:
 - a) Asuransi Jaminan Hari Tua, dan
 - b) Asuransi Beasiswa

b. Asuransi Kerugian

Asuransi kerugian pun dikelompokkan menjadi 2 (dua), yaitu:

- 1) Asuransi Wajib, misalnya:
 - a) Asuransi Jasa Raharja, dan
 - b) Asuransi Sosial Tenaga Kerja atau BPJS Ketenagakerjaan
- 2) Asuransi Sukarela (tidak wajib), misalnya:
 - a) Asuransi Kebakaran
 - b) Asuransi Rangka Kapal
 - c) Asuransi Rangka Kapal Laut
 - d) Asuransi Rangka Kapal Udara
 - e) Asuransi Pengangkutan
 - f) Asuransi Pengangkutan Laut
 - g) Asuransi Pengangkutan Darat

- h) Asuransi Pengangkutan Udara
- i) Asuransi Kendaraan Bermotor
- j) Asuransi Kecelakaan Diri

4. Prinsip Asuransi

Munurut Imam Musajab dalam *“The Principles and Practices of Insurance”* bahwa terdapat beberapa prinsip asuransi, yaitu sebagai berikut:

a. Kontrak

Kontrak asuransi adalah suatu kesepakatan atau perjanjian yang dibuat oleh peserta dengan badan penyelenggara asuransi dengan beberapa kesepakatan yang disepakati dalam perjanjian tersebut dengan memberikan kompensasi kepada peserta asuransi jika muncul suatu kejadian yang tidak terduga dan dapat merugikan peserta.

b. *Uncertainty*

Uncertainty adalah suatu keadaan atau kejadian yang timbul secara tidak terduga, tidak dapat diprediksi dan tidak diharapkan adanya kejadian tersebut terjadi.

c. Keadilan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pihak bertanggung dilaksanakan secara adil dan tidak memberikan diskriminasi terhadap peserta dengan prinsip keadilan vertikal. Prinsip keadilan vertikal menegaskan, kontribusi warga dalam pembiayaan kesehatan ditentukan berdasarkan kemampuan membayar (*ability to pay*), bukan berdasarkan kondisi kesehatan/ kesakitan seorang.

d. Konsep *The Law Of Large Numbers* (Konsep Bilangan Besar)

Asuransi harus memiliki peserta dengan jumlah yang tak terbatas, sehingga risiko kerugian yang timbul dapat ditanggung secara adil dan merata.

e. Pengelompokan Risiko

Risiko dapat dikelompokkan berdasarkan kerugian yang timbul dengan system mendistribusikan risiko atau membagi kemungkinan risiko kepada kelompok yang besar dengan metode mengganti biaya yang relatif sedikit untuk mengganti risiko yang tidak dapat diketahui secara pasti.

f. *Insurable interest* (Prinsip kepentingan).

Prinsip kepentingan menegaskan bahwa orang yang menutup asuransi harus mempunyai kepentingan (*interest*) atas harta benda yang dapat diasuransikan (*insurable*). Jadi pada hakekatnya yang diasuransikan bukanlah harta benda itu, tetapi kepentingan tertanggung atas harta benda tersebut. Selain itu, agar kepentingan itu dapat diasuransikan (*insurable interest*), kepentingan itu harus legal dan patut (*legal and equitable*). Untuk membuktikan legal atau

tidak, dibuktikan dengan surat-surat resmi (otentik) dari harta yang bersangkutan.

g. *Utmost good faith* (Prinsip Itikad baik)

Utmost good faith secara sederhana bisa diterjemahkan sebagai “niatan baik”. Dalam hal ini, hal yang dimaksud adalah dalam menetapkan kontrak atau persetujuan, sudah seharusnya dilakukan semata-mata berlandaskan dengan niatan baik. Dengan demikian, tidak dibenarkan jika kemudahan baik dari pihak tertanggung maupun penanggung menyembunyikan suatu fakta yang bisa mengakibatkan timbulnya kerugian bagi salah satu pihak diantara keduanya.

h. *Indemnity* (Prinsip Jaminan)

Dengan adanya insurable interest yang legal dan patut, maka sebagai konsekuensinya adalah jaminan (*indemnity*) dari pihak penanggung bahwa penanggung akan memberikan ganti rugi bila tertanggung benar-benar menderita kerugian atas insurable interest itu, yang disebabkan oleh peristiwa yang tidak diduga sebelumnya. Prinsip *indemnity* atau ganti rugi terdiri dari *subrogation* (subrogasi) dan *contribution* (kontribusi). Berikut ini penjelasan kedua hal tersebut.

1) *Surogation* (Subrogasi)

Subrogation atau subrogasi, pada prinsipnya, merupakan hak penanggung selaku pihak yang telah memberikan ganti rugi kepada pihak tertanggung, dimana dalam hal ini penanggung memiliki hak untuk menuntut pihak lain yang mengakibatkan kepentingan asuransinya mengalami suatu peristiwa yang tidak diinginkan sehingga mengakibatkan kerugian. Dengan adanya prinsip semacam ini, maka pada saat bersamaan, pihak tertanggung tidak memungkinkan untuk memperoleh biaya ganti rugi melebihi kerugian yang dialami atau dideritanya.

2) *Contribution* (Kontribusi)

Contribution merupakan suatu prinsip di mana penanggung berhak mengajak penanggung-penanggung lain yang memiliki kepentingan yang sama untuk ikut bersama membayar ganti rugi kepada seseorang tertanggung, meskipun jumlah tanggungan masing-masing penanggung belum tentu besarnya.

g. *Prinsip trustful* (Kepercayaan)

Pelaksanaan asuransi harus memperhatikan prinsip kepercayaan antara tertanggung dan penanggung. Jika tidak ada prinsip kepercayaan maka pengelolaan asuransi tidak bisa berjalan dengan maksimal khususnya dalam pengelolaan biaya.

h. *Proximate cause*

Proximate cause merupakan suatu sebab aktif, efisien, yang memicu terjadinya suatu peristiwa secara berantai tanpa adanya

intervensi oleh suatu kekuatan lain. Dalam konteks ini, tertanggung penting untuk memahami betul terkait dengan hubungan antara risiko yang merupakan bagian yang termuat atau dijamin oleh polis. Berpijak pada prinsip semacam ini, dalam suatu peristiwa yang tidak diinginkan apabila benar-benar terjadi maka yang akan ditelisik secara lebih mendalam dahulu adalah masalah dari rentetan peristiwa tersebut hingga pada akhir peristiwa itu.

5. Unsur-Unsur Asuransi

Unsur-unsur suatu asuransi adalah sebagai berikut:

a. Penanggung

Merupakan badan penyelenggara asuransi yang akan menyiapkan sejumlah dana pertanggungan kepada peserta apabila terjadi suatu risiko yang tidak diduga terhadap tertanggung dalam hal ini adalah peserta asuransi.

b. Tertanggung

Orang atau kelompok, atau keluarga yang telah menjadi peserta asuransi yang diberikan jaminan perlindungan oleh penanggung .

c. Uang Pertanggungan

Merupakan sejumlah dana yang disipakan oleh penanggung dan dibayarkan sesuai dengan nominal yang tercantum di dalam polis.

d. Polis

Merupakan surat perjanjian antara badan penyelenggara asuransi dengan peserta mengenai jenis asuransi yang ditanggung dan memuat tentang hak dan kewajiban kedua belah pihak (badan penyelenggara asuransi dan peserta).

e. Pemegang Polis

Orang atau Badan Hukum yang mengadakan perjanjian Asuransi dengan badan penyelenggara asuransi atas jiwa peserta sebagaimana yang termuat di dalam data polis.

f. Premi

Merupakan sejumlah dana yang harus dikeluarkan oleh peserta asuransi untuk dibayarkan kepada badan penyelenggara asuransi sesuai yang termuat di dalam perjanjian atau polis serta memiliki data jenis-jenis biaya-biaya dan dana investasi.

g. Adanya kerugian, kerusakan atau kehilangan.

h. Adanya peristiwa tertentu yang mungkin akan terjadi.

6. Perbedaan Asuransi dengan Asuransi Kesehatan

Menurut Jacobs P, 1997) menyatakan bawa definisi asuransi kesehatan, yaitu *Health Insurance: The payment for the excepted costs of a group resulting from medical utilization based on the excepted expense incurred by the group. The payment can be based on community or experience rating.*

Definisi lain menjelaskan dalam Muninjaya (2004) bahwa asuransi kesehatan adalah suatu mekanisme pengalihan resiko (sakit) dari resiko perorangan menjadi resiko kelompok. Dengan cara mengalihkan resiko individu menjadi resiko kelompok, beban ekonomi yang harus dipikul oleh masing-masing peserta asuransi akan lebih ringan tetapi mengandung kepastian karena memperoleh jaminan. Dari definisi di atas terdapat beberapa kata kunci yaitu:

a. Ada pembayaran

Merupakan sejumlah dana yang dikeluarkan oleh peserta yang dibayarkan kepada badan penyelenggara asuransi yang disebut dengan premi.

b. Ada biaya

Merupakan biaya pelayanan kesehatan yang dikeluarkan oleh badan penyelenggara kepada penyelenggara pelayanan kesehatan atas pelayanan yang diterima oleh peserta asuransi.

c. Pelayanan medik didasarkan pada bencana yang mungkin terjadi, yaitu sakit.

Keadaan sakit merupakan sesuatu yang tidak pasti (*uncertainty*), tidak teratur dan mungkin jarang terjadi. Tetapi jika peristiwa tersebut benar benar terjadi, implikasi biaya pengobatan besar dan membebani ekonomi rumah tangga. Kejadian sakit yang mengakibatkan bencana ekonomi bagi pasien atau keluarganya biasa disebut *catastrophic illness* (Murti B. 2000).

Tabel 1.
Perbedaan Asuransi dan Asuransi Kesehatan

Aspek	Asuransi	Asuransi Kesehatan
Tujuan	Ganti rugi atas kerugian yang ditanggung pemegang polis	Jaminan ketersediaan jaminan layanan kesehatan
Pihak	Dua pihak, yaitu: Penanggung dan Tertanggung	Tiga pihak, yaitu: Peserta asuransi, Pemberi pelayanan kesehatan, dan Perusahaan asuransi
Yang Ditanggung	Barang	Kesehatan

Sumber: Manajemen Kesehatan, Sulastomo, 2007

Perbedaan utama asuransi dengan asuransi kesehatan adalah pada barang atau jasa yang dijadikan penanggungan. Pada perusahaan asuransi umum menyediakan penggantian terhadap barang yang hilang, rusak, dicuri, atau sesuatu yang merugikan dirinya. Penggantian tersebut dilakukan dengan mengklaim kejadian merugikan yang dialami pihak tertanggung kepada perusahaan asuransi.

Asuransi kesehatan, perusahaan menjamin kesehatan peserta asuransi ketika mengalami sakit atau masalah kesehatan. Tidak hanya itu, untuk pemeliharaan kesehatan pun terjangkau oleh asuransi kesehatan dan dibiayai oleh perusahaan tersebut, namun tidak seluruh biaya pengobatan ditanggung oleh perusahaan asuransi kesehatan karena sebagian biaya obat tetap dikenakan kepada peserta asuransi kesehatan.

C. Rangkuman

1. Asuransi dapat diartikan sebagai upaya mengalihkan tanggung jawab risiko yang mungkin dihadapi kepada pihak lain dengan membayar premi.
2. Asuransi adalah suatu upaya untuk memberikan perlindungan terhadap kemungkinan-kemungkinan yang dapat mengakibatkan kerugian ekonomi (Breider dan Breadles, 1972)
3. Menurut Vaughan (1978) dalam Wijono (1999) mengemukakan beberapa definisi resiko, yaitu *Risk is the chance of loss* (resiko adalah kans kerugian) *Chance of loss* berhubungan dengan suatu exposure (keterbukaan) terhadap kemungkinan kerugian, *Risk is the possibility of loss* (resiko adalah kemungkinan kerugian), *Risk is uncertainty* (resiko adalah ketidakpastian), *Risk is dispersion of actual from expected result* (Resiko adalah penyimpangan kenyataan dan hasil yang diharapkan, dan Risiko adalah besarnya kemungkinan (probabilitas) dari perbedaan outcome dan hasil yang diharapkan.
4. Berdasarkan beberapa definisi resiko, maka dihubungkan dengan kemungkinan terjadinya akibat buruk (kerugian) yang tidak diinginkan, atau tidak terduga dengan sifat risiko dapat terjadi risiko langsung, risiko tidak langsung, risiko yang timbul akibat perbuatan pihak lain dan risiko terjadi karena pihak lain yang tidak bertanggung jawab atau lalai, atau debitur tidak membayar kembali kreditnya terjadi kerugian, seperti pembangunan pusat pertokoan, kontraktor tidak menyelesaikannya sehingga timbul kerugian.
5. Penggolongan asuransi secara garis besar dapat dibagi menjadi 2 (dua) kelompok, yaitu asuransi jiwa (asuransi jiwa wajib dan asuransi jiwa sukarela) dan asuransi kerugian (asuransi wajib dan asuransi sukarela).
6. Prinsip-prinsip asuransi adalah adanya kontrak, *uncertainty*, keadilan, Konsep *The Law Of Large Numbers* (Konsep Bilangan Besar), pengelompokan risiko, *Insurable interest* (Prinsip kepentingan),

Utmost good faith (Prinsip Itikad baik), *Indemnity* (prinsip jaminan), *Prinsip trustful* (Kepercayaan), dan *Proximate cause*.

7. Unsur-unsur suatu asuransi adalah penanggung, tertanggung, uang pertanggungan, polis, pemegang polis, premi, adanya kerugian, kerusakan atau kehilangan dan adanya peristiwa tertentu yang mungkin akan terjadi.
8. Perbedaan utama asuransi dengan asuransi kesehatan adalah pada barang atau jasa yang dijadikan penanggungan. Pada perusahaan asuransi umum menyediakan penggantian terhadap barang yang hilang, rusak, dicuri, atau sesuatu yang merugikan dirinya dan pada asuransi kesehatan, perusahaan menjamin kesehatan peserta asuransi ketika mengalami sakit atau masalah kesehatan.

D. Tugas

Jawablah pertanyaan berikut dengan benar!

1. Tuliskan beberapa definisi asuransi menurut para ahli!
2. Tuliskan definisi risiko menurut Vaughan (1978)!
3. Uraikan secara singkat jenis-jenis risiko yang ditanggung oleh asuransi dan yang tidak ditanggung oleh asuransi!
4. Jelaskan Prinsip *indemnity* atau ganti rugi terdiri dari *subrogation* (subrogasi) dan *contribution* (kontribusi)!
5. Tuliskan dan uraikan secara singkat unsur-unsur asuransi!
6. Tuliskan perbedaan asuransi dengan asuransi kesehatan!

E. Referensi

- A.A. Gede Muninjaya, 2004. Manajemen Kesehatan, Cetakan I, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Azrul, Azwar, 2010. Pengantar Adminidtrasi Kesehatan, Edisi Keempat, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Djoko, Wijono, 1999. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Volume 1. Penerbit Airlangga University Press, Surabaya.
- Djuhaeni, Henni.2007. *Asuransi Kesehatan dan Managed Care*. Available at http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2009/09/asuransi_kesehatan_dan_managed_care.pdf (diakses tanggal 15 Februari 2022, pukul 16.45 wita).
- Imam MUSJAB, SE, AAIK, QIP ,*The Principles & Practices of Insurance*, <http://ahliasuransi.com/wp-content/uploads/2014/08/2.-Prinsip-Prinsip-Asuransi.pdf> (diakses tanggal 15, Februari 2022, pukul 17.05 wita)
- Murti, Bhisma.2000. Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan, Penerbit Kanisius, Yogyakarta.
- Philip Jacobs Ph.D, 1997, *The Economics of Health and Health Care, An Pen Publication, Rechville, Maryland USA*.
- Sulastomo, 2007. Manajemen Kesehatan, Edisi Ketiga, Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

Undang-undang No. 2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian
Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Nasional
Undang-undang No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Nasional.

F. Glosarium

G. Indeks

Insurance, 1,7,9
Pure Risk, 4
Personal Risk, 4
Property Risk, 4
Liability Risk, 4
Uncertainty, 3, 7

Insurable interest, 7, 8, 11
Utmost good faith, 8, 12
Indemnity, 8, 12
Contribution, 8, 12
Prinsip trustful, 8, 12
Proximate cause, 8

BAB II

PRINSIP DASAR ASURANSI KESEHATAN

Andinna Ananda Yusuff, S.E., M.M

A. Tujuan Pembelajaran

Tujuan Pembelajaran dalam bab ini adalah sebagai berikut:

1. Mampu memahami konsep prinsip dasar asuransi kesehatan
2. Mampu menjelaskan Jenis-Jenis Asuransi Kesehatan
3. Mampu menerangkan faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan asuransi kesehatan
4. Mampu menerapkan konsep asuransi kesehatan dalam pemeliharaan dan pelayanan kesehatan

B. Materi

1. Asuransi Kesehatan

Didalam kehidupan yang selalu dinamis ini tentunya akan selalu mengandung risiko, salah satu risiko yang dihadapi setiap manusia adalah adanya kemungkinan sakit. Risiko yang dimaksud disini adalah yang dapat menimbulkan kerugian pada seseorang seperti misalnya kondisi sakit, kondisi ini akan melibatkan ketidakpastian, yang didalamnya terdapat kejadian yang dapat dikategorikan jarang terjadi, akan tetapi apabila peristiwa tersebut benar-benar terjadi, maka segala implikasi dari biaya pengobatan dapat menjadi sedemikian besar bahkan membebani kondisi ekonomi suatu rumah tangga. *Catastrophic illness* merupakan kejadian sakit yang mengakibatkan bencana ekonomi bagi pasien atau keluarga (Murti B. 2000)

Salah satu cara untuk mengatasi risiko sakit ini adalah dengan cara asuransi kesehatan, Asuransi kesehatan merupakan asuransi yang memiliki obyek jiwa. Tujuan asuransi kesehatan adalah memeralihkan risiko biaya sakit dari tertanggung kepada penanggung. Sehingga kewajiban penanggung adalah memberikan biaya atau pelayanan perawatan kesehatan kepada tertanggung apabila sakit.

Kata asuransi berasal dari bahasa Inggris *insurance*, dengan akar kata *in-sure* yang berarti “memastikan”. Dalam konteks asuransi kesehatan, pengertian asuransi adalah memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya. Ada pihak yang menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau perawatannya. Pihak yang menjamin ini dalam bahasa Inggris disebut *insurer* atau dalam UU Asuransi disebut *asuradur*. Asuransi

merupakan jawaban atas sifat ketidak-pastian (uncertain) dari kejadian sakit dan kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk memastikan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dibiayai secara memadai, maka seseorang atau kelompok kecil orang melakukan transfer risiko kepada pihak lain yang disebut insurer/asuradur, ataupun badan penyelenggara jaminan (Thabrany H,1999).

Pengertian dari asuransi adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti atau untuk memberikan pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya (Pasal 1(1) UU no.2 /1992). Risiko dalam asuransi merupakan

ketidakpastian mengenai kerugian. Sehingga risiko dalam asuransi mengandung dua konsep, yaitu ketidakpastian dan kerugian. Titik berat pengertian risiko pada asuransi ialah pada ketidakpastian dan bukan pada kerugian. (Hartono,S.R, 1990)

Didalam asuransi kesehatan terdapat pembayaran, yang dalam istilah ekonomi ada suatu transaksi dengan pengeluaran sejumlah uang yang disebut premi. Juga terdapat biaya harus dikeluarkan karena penggunaan pelayanan medik dan juga pelayanan medik tersebut didasarkan pada bencana yang mungkin terjadi yaitu sakit. Definisi mengenai asuransi kesehatan yang mencakup hal tersebut diatas terangkum dalam definisi asuransi kesehatan sebagai berikut (Jacobs P, 1997):

The payment for the excepted costs of a group resulting from medical utilization based on the excepted expense incurred by the group. The payment can be based on community or experience rating

Pembayaran biaya-biaya yang dikecualikan yang berasal dari biaya pelayanan medis yang dikeluarkan oleh suatu komunitas. Pembayaran tersebut dapat didasarkan pada Tingkat kemampuan atau kebutuhan suatu komunitas tersebut.

Dalam memahami hal tersebut diatas maka dapat kita tinjau pada beberapa manfaat asuransi kesehatan yaitu :

- Asuransi dapat mendekatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan
- Asuransi dapat merubah peristiwa tidak pasti menjadi pasti dan terencana yang diakibatkan karena risiko ketidakpastian pada kejadian sakit.
- Asuransi membantu mengurangi risiko perorangan kepada risiko sekelompok melalui orang dengan cara *risk pooling* atau perangkuman risiko. Dengan demikian dapat terjadi subsidi silang; yang muda membantu yang tua, yang sehat membantu yang sakit, yang kaya membantu yang miskin.

2. Jenis Asuransi

Berbicara mengenai jenis asuransi, maka kita perlu mengkategorikannya kedalam skema sebagai berikut :



PESERTA

ASURADUR

Terdapat dua elemen utama terselenggaranya asuransi yaitu ada pembayaran premi atau iuran dan penerimaan benefit atau manfaat. Kedua elemen itulah yang mengikat kedua pihak, peserta dan asuradur. Pada hakikatnya dalam asuransi, secara umum, para pihak memiliki hak dan kewajiban sebagaimana layaknya sebuah kontrak. Tertanggung merupakan orang yang mempunyai kewajiban membayar premi. Dalam program Jamsostek, Askes dan JPKM, yang semuanya nanti akan diatur dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, tertanggung disebut peserta dengan ketentuan tanpa membedakan siapa yang membayar iuran. Di dalam asuransi kesehatan konvensional yang dijual oleh perusahaan asuransi, manfaatnya ditetapkan atau dibatasi dengan nilai jumlah uang tertentu dan pesertanya disebut pemegang polis dan anggota keluarga yang dijamin disebut tertanggung. Dalam asuransi kesehatan yang dikelola oleh *managed care* tertanggung disebut anggota atau member. Pemegang polis atau peserta berkewajiban membayar premi sedangkan tertanggung tidak selalu merupakan orang yang harus membayar premi. Asuradur adalah orang atau badan yang telah

menerima premi dan karenanya mempunyai kewajiban membayar atau menanggung risiko yang diasuransikan dengan membayarkan manfaat bila risiko terjadi (Thabrany H,1999).

Apabila dilihat dari benefit yang didapat, maka jenis asuransi kesehatan dan keterangannya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 2

No	Jenis Asuransi Kesehatan	Keterangan
1	Asuransi Kesehatan Rawat Inap	Asuransi kesehatan yang membiayai perawatan dan mengharuskan pasien untuk tinggal (opname) di rumah sakit
2	Asuransi Kesehatan Rawat Jalan	Asuransi kesehatan yang membiayai perawatan pasien, berupa pelayanan medis seperti pengamatan, diagnose, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lain yang tidak mengharuskan pasien tinggal di rumah sakit
3	Asuransi Kesehatan Wajib	Asuransi kesehatan yang dilakukan secara wajib dan mengikuti aturan tertentu, seperti seorang karyawan yang harus membeli polis asuransi sesuai peraturan perusahaan tempat dia bekerja
4	Asuransi Kesehatan Sukarela	Asuransi kesehatan yang dilakukan secara bebas. Artinya sesuai dengan keinginan dan kebutuhan dari individu tersebut tanpa terikat sesuatu aturan perusahaan
5	Asuransi Kesehatan Kelompok	Asuransi kesehatan yang memberikan perlindungan kepada kelompok tertentu (anggota keluarga atau anggota perusahaan) dengan syarat dan ketentuan polis.
6	Asuransi Kesehatan Murni	Asuransi kesehatan yang hanya memberi perlindungan kesehatan saja, bukan investasi. Premi yang dibayarkan akan disimpan dan digunakan saat pemegang polis mengajukan klaim
7	Asuransi Kesehatan Unit Link	Asuransi kesehatan yang mempunyai dua manfaat sekaligus, yakni proteksi kesehatan dan investasi

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Permintaan Asuransi Kesehatan

Pengeluaran biaya kesehatan tidak pasti secara waktu dan biaya. Pengeluaran biaya kesehatan dapat berupa pengeluaran langsung maupun tidak langsung akibat tidak dapat bekerjanya seseorang. Asuransi kesehatan membantu untuk mengurangi risiko biaya kesehatan yang tidak pasti ini. Asuransi dapat diartikan sebagai berikut:

- Pertukaran dari kehilangan besar yang tidak pasti dengan kehilangan kecil yang pasti, yaitu membayar premi asuransi
- Pertukaran uang sekarang untuk uang yang digunakan untuk membayar ketidakpastian pada terjadinya peristiwa.

Faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan asuransi kesehatan yaitu:

a. Harga asuransi kesehatan

Menghindari risiko biaya akibat sakit dapat dilimpahkan ke penanggung asuransi, dengan cara membayar premi. Besarnya premi berhubungan dengan tingkat utility kepuasan. Bila kepuasan yang sebenarnya melebihi dari kepuasan yang diperkirakan maka konsumen akan membeli asuransi tersebut, dan sebaliknya (Santerre, RE, 2004)

b. Tingkat kekayaan atau penghasilan

Pendapatan yang rendah akan menurunkan tingkat permintaan terhadap asuransi, bahwa semakin kaya dan semakin sehat individu akan mengkonsumsi lebih banyak asuransi privat. Semakin tinggi tingkat penghasilan seseorang maka akan semakin menginginkan jaminan asuransi yang lebih luas. (Fabri, D, 2011)

c. Kemungkinan sakit

Setiap individu dihadapi oleh dua kemungkinan pada lingkungan yang sama yaitu kemungkinan untuk sakit dan kemungkinan untuk tetap sehat atau tidak mendatangkan biaya kesehatan.

d. Biaya perawatan kesehatan pada saat sakit.

Ketika individu sakit maka individu tersebut akan menghadapi biaya kesehatan, pengeluaran ini diasumsikan untuk mengembalikan secara penuh kerugian akibat sakit. Semakin besar kemungkinan kehilangan, maka akan semakin besar premi yang bersedia dibayarkan.

e. Tingkatan individu menghindari risiko (risk averse)

Individu yang berani mengambil risiko memiliki keinginan memiliki asuransi yang lebih rendah daripada individu yang tidak berani menghadapi risiko.

4. Penerapan Asuransi Kesehatan dalam Pemeliharaan dan Pelayanan Kesehatan

Berbicara mengenai konsep asuransi kesehatan tentunya tidak terlepas dari pemeliharaan dan pelayanan kesehatan yang termasuk ke dalam kelompok pelayanan jasa karena sebagian besar produknya berupa jasa pelayanan. Ada beberapa ciri khusus yang perlu dipertimbangkan dalam pemeliharaan dan pelayanan kesehatan antara lain:

Ciri khusus tersebut antara lain:

- a. Kejadian penyakit tidak terduga.
Tidak mungkin untuk memprediksi penyakit apa yang akan menimpa kita dimasa yang akan datang, oleh karena itu adalah tidak mungkin mengetahui secara pasti pelayanan kesehatan apa yang kita butuhkan dimasa yang akan datang. Ketidakpastian (*uncertainty*) ini berarti adalah seseorang akan menghadapi suatu risiko (*risk*) akan sakit dan oleh karena itu ada juga risiko untuk mengeluarkan biaya pengobatan untuk mengobati penyakit tersebut.
- b. *Consumer Ignorance*.
Konsumen sangat bergantung kepada penyedia pelayanan kesehatan. Pada umumnya konsumen tidak banyak mengetahui tentang jenis penyakit, jenis pemeriksaan dan jenis pengobatan yang dibutuhkannya. Dalam hal ini penyedia pelayanan kesehatanlah yang menentukan jenis dan volume pelayanan kesehatan yang perlu dikonsumsi oleh konsumen dalam hal ini pasien yang berobat ke pelayanan Kesehatan, Ketika berobat pasien tidak dapat memilih pengobatan mana yang mau dilakukan atau tidak karena sudah ditentukan dalam kesatuan paket pengobatan oleh pelayanan Kesehatan.
- c. Sehat dan pelayanan kesehatan sebagai hak.
Makan, pakaian, tempat tinggal dan hidup sehat adalah elemen kebutuhan dasar manusia yang harus senantiasa diusahakan untuk dipenuhi, terlepas dari kemampuan seseorang untuk membayarnya. Hal ini menyebabkan distribusi pelayanan kesehatan sering sekali dilakukan atas dasar kebutuhan (need) dan bukan atas dasar kemampuan membayar (demand).
- d. Eksternalitas.
Terdapat efek eksternal dalam penggunaan pelayanan kesehatan. Eksternalitas adalah dampak positif atau negatif yang dialami orang lain sebagai akibat perbuatan seseorang. Sebagai contoh eksternalitas positif yaitu program imunisasi dari penyakit menular akan memberikan manfaat kepada masyarakat banyak. Oleh karena itu imunisasi tersebut

dikatakan mempunyai social marginal benefit yang jauh lebih besar dari private marginal benefit bagi individu tersebut. Oleh karena itu pemerintah harus dapat menjamin bahwa program imunisasi harus benar-benar dapat terlaksana. Sebaliknya eksternalitas negatif seperti rokok, orang yang merokok ditempat umum memiliki eksternalitas negatif terhadap orang lain sebagai perokok pasif. Pelayanan kesehatan yang tergolong pencegahan akan mempunyai eksternalitas yang besar, sehingga dapat digolongkan sebagai “komoditi masyarakat”, atau public goods. Oleh karena itu program ini sebaiknya mendapat subsidi atau bahkan disediakan oleh pemerintah secara gratis. Sedangkan untuk pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif akan mempunyai eksternalitas yang rendah dan disering disebut dengan private good, hendaknya dibayar atau dibiayai sendiri oleh penggunanya atau pihak swasta.

e. Motif Non-Profit

Secara ideal memperoleh keuntungan yang maksimal (profit maximization) bukanlah tujuan utama dalam pelayanan kesehatan. Pendapat yang dianut adalah “Orang tidak layak memperoleh keuntungan dari penyakit orang lain”. Hal ini sekaligus menjadikan keunikan ekonomi pada bidang Kesehatan, adanya batasan dalam pengambilan keuntungan atau profit yang dikarenakan alasan kemanusiaan.

f. Padat Karya.

Adanya kecenderungan atau trend tenaga kesehatan spesialis ke super spesialis menyebabkan komponen tenaga dalam pelayanan kesehatan semakin besar. Komponen tenaga tersebut bisa mencapai 40-60% dari keseluruhan biaya

g. Mixed Outputs.

Yang dikonsumsi pasien adalah satu paket pelayanan, yaitu sejumlah pemeriksaan diagnosis, perawatan, terapi dan nasihat kesehatan. Paket tersebut bervariasi antara individu dan sangat tergantung kepada jenis penyakit. Sejumlah pelayanan kesehatan itu sendiri dapat berupa pemeriksaan, diagnosis, perawatan, terapi, nasehat kesehatan menunjukkan keragaman antar individu tergantung dengan jenis penyakitnya.

h. Upaya kesehatan sebagai konsumsi dan investasi.

Dalam jangka pendek, upaya kesehatan terlihat sebagai sektor yang sangat konsumtif, tidak memberikan Return on Investment (ROI) secara jelas. Oleh sebab itu sering sekali sektor kesehatan ada pada urutan bawah dalam skala prioritas pembangunan terutama kalau titik berat

pembangunan adalah pembangunan ekonomi. Akan tetapi orientasi pembangunan pada akhirnya adalah pembangunan manusia, maka pembangunan sektor kesehatan sesungguhnya adalah suatu investasi paling tidak untuk jangka panjang.

i. Restriksi berkompetisi.

Terdapat pembatasan praktek berkompetisi. Hal ini menyebabkan mekanisme pasar dalam pelayanan kesehatan tidak bisa sempurna seperti mekanisme pasar untuk komoditi lain. Dalam mekanisme pasar, wujud kompetisi adalah kegiatan pemasaran (promosi, iklan dan sebagainya). Sedangkan dalam sektor kesehatan tidak pernah terdengar adanya promosi discount atau bonus atau banting harga dalam pelayanan kesehatan.

Ciri-ciri tersebut perlu dipertimbangkan dalam penentuan premi peserta asuransi, pencapaian tarif pelayanan, penentuan aksesitas terhadap sarana pelayanan kesehatan, maupun penentuan jasa pelayanan bagi dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya.

C. Rangkuman

1. Asuransi kesehatan merupakan asuransi yang memiliki obyek jiwa. pengertian asuransi adalah memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya. Ada pihak yang menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau perawatannya.
2. Tujuan asuransi kesehatan adalah memeralihkan risiko biaya sakit dari tertanggung kepada penanggung. Sehingga kewajiban penanggung adalah memberikan biaya atau pelayanan perawatan kesehatan kepada tertanggung apabila sakit.
3. Secara umum asuransi kesehatan untuk mentransfer uang dari yang sehat ke yang sakit.
4. Dalam ciri khusus ekonomi kesehatan dapat menyebabkan asumsi-asumsi tertentu dalam ilmu ekonomi tidak seluruhnya dapat berlaku apabila diaplikasikan untuk sektor kesehatan.
5. Ciri-ciri khusus tersebut perlu dipertimbangkan dalam penentuan premi peserta asuransi, pencapaian tarif pelayanan, penentuan aksesitas terhadap sarana pelayanan kesehatan, maupun penentuan jasa pelayanan bagi dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya.

D. Contoh Soal

1. Jelaskan pengertian dari asuransi kesehatan?
2. Jelaskan mengenai konsep Catastrophic illness?

3. Sebutkan jenis asuransi kesehatan dan jelaskan!
4. Apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan asuransi kesehatan? Jelaskan!
5. Didalam menentukan pemeliharaan dan pelayanan kesehatan yang mencakup premi peserta pencapaian tarif pelayanan hingga aksesitas terhadap sarana pelayanan kesehatan, maupun penentuan jasa pelayanan bagi dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya perlu mempertimbangkan ciri khusus sektor kesehatan, sebutkan dan jelaskan

E. Referensi

Fabrizi D, Monfardini C (2011) *Discussion Paper Series : Opt Out or Top Up? Voluntary Healthcare Insurance and the Public vs. Private Substitution*. Bonn: IZA.

Hartono, Sri Redjeki 1990, *Reasuransi Kebutuhan Yang Tidak Dapat Dikesampingkan Oleh Penanggung Guna Memenuhi Kewajiban Terhadap Tertanggung*, Tinjauan Yuridis, Semarang: Universitas Diponegoro

Jacobs Philips, 1997, *The Economics of Health and Medical Care Fourth Edition*, An Asspen Publication, Marryland.

Murti, Bhisma (2000). *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta.

Santerre RE, Neun SP (2004) *The Demand for Medical Insurance: Traditional and Managed Care Coverage*

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian

Thabrany, Hasbullah (1999). *Introduksi Asuransi Kesehatan*. Jakarta. Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.

F. Indeks

Askes, 16	Asuradur, 14, 15, 16
Catastrophic illness, 14, 21	Eksternalitas, 19, 20
Insurer, 14, 15	JPKM, 16
Managed Care, 16	Risk Pooling, 16
ROI, 20	RJTP, 22

BAB III

SEJARAH ASURANSI DI INDONESIA

Eky Endriana Amiruddin, S.Pd., M.Kes

A. Tujuan pembelajaran :

Mampu memahami untuk mengetahui dan memahami sejarah asuransi kesehatan di Negara Negara di Dunia

B. Materi

1. SEJARAH ASURANSI KESEHATAN

Asuransi adalah pertanggunggaan atau perjanjian antara dua belah pihak. Sejarah asuransi dimulai sejak 1.000 tahun SM masyarakat kuno telah mengenal prinsip-prinsip dasar asuransi dimulai melalui perdagangan antara pedagang Babilonia (Irak) dan Tiongkok.

Dengan kata lain “Segala yang dikorbankan untuk manfaat bersama harus dipikul (kontribusi) secara bersama-sama”. Hukum kuno tersebut menjadi dasar dari prinsip asuransi, bukan hanya asuransi kesehatan, tetapi semua asuransi “a common contribution for the common good” (HIAA, 1994).

Jenis asuransi yang mereka gunakan pada saat itu dikhususkan pada barang dagangan mereka. Jaminan yang diberikan adalah perlindungan risiko barang hilang di tengah laut atau dirampok. Sejalan dengan sistem perdagangan di Babilonia yang semakin berkembang pada sebelum masehi ini telah terekam pada suatu dokumen tepatnya pada masa pemerintahan raja Hammurabi, yang bernama Kode Hammurabi pada tahun 1750 SM. Dokumen tersebut menjelaskan metode penjaminan asuransi untuk pertama kali terhadap barang dagangan mereka. Pada saat itu aturan yang diterapkan bukanlah sistem asuransi seperti yang kita kenal, akan tetapi terlebih pada pengampunan terhadap seseorang yang memiliki pinjaman.

Hammurabi code adalah prasasti hukum kuno Babilonia yang disusun oleh raja Hammurabi. Prasasti ini berukuran 2,25 meter dengan tulisan terukir dalam bahasa Akkadia berisi 282 peraturan mengenai berbagai ketentuan semisal undang-undang perdagangan, perbudakan, penuduhan, ganti rugi kerusakan, pencurian dan hubungan keluarga.



Gambar 1. kode Hammurabi

Penggunaan asuransi juga bisa ditemukan pada zaman pertengahan 1400-1800 dalam periode sejarah Eropa hingga zaman revolusi industri dimana asuransi sudah menyebar ke Amerika dengan pesat. Asuransi sudah digunakan oleh para serikat buruh yang saat itu hidup dengan kondisi yang tidak layak dimana hanya kaum pemodal atau pengusaha yang memiliki kekuasaan. Keadaan masyarakat yang berada di tengah hukum rimba, masyarakat buruh ternyata sudah memiliki koloni-koloni dengan kesamaan misi untuk melindungi antara satu dengan lainnya. Hal ini kemudian membuat mereka membentuk ‘Perlindungan Kelompok’. Dalam perlindungan kelompok tersebut setiap anggota memiliki kewajiban untuk melindungi anggota yang lainnya. Seperti” jika ada seorang anggota yang diberhentikan dari tempatnya bekerja, maka anggota yang lain akan membantu untuk membantu kebutuhannya.

Juga pun ketika ada anggota buruh memiliki utang yang sehingga tidak mampu membayar, maka anggota yang lain juga ikut membantu dalam menuntaskan utang tersebut, sampai seseorang memulihkan kondisinya. Dalam istilah asuransi sekarang maka kita bisa memaknai peristiwa tersebut sebagai bagian dari prinsip asuransi yaitu adanya distribusi risiko yang ditanggung secara bersama-sama.

Asuransi kesehatan berkembang ketika dimulai dengan solidaritas bersama yang sifatnya mengumpulkan dana dengan jumlah yang kecil seperti dana sehat, dana sakit, dan sebagainya. Dana yang terkumpul umumnya tidak memadai untuk berkembang karena sifatnya yang sukarela dan besaran premi/iuran tidak dihitung secara memadai. Oleh karena itu dalam menyelesaikan kegagalan sistem asuransi kecil tersebut dan bersifat lokal yaitu pengelolaan secara komersial dengan tingkat profesional yang tinggi dan pengelolaan secara asuransi sosial yang bersifat wajib diikuti oleh semua orang dalam suatu golongan.

Asuransi sosial berkembang pesat di Eropa, dimulai di Jerman, dan menyebar luas ke seluruh dunia. Sementara sistem asuransi kesehatan komersial lebih berkembang di Amerika Serikat karena Amerika membatasi tumbuhnya asuransi sosial untuk kecelakaan kerja dan asuransi kesehatan bagi orangtua. Perkembangan asuransi komersial didukung dengan adanya asuransi sosial.

2. Sejarah Asuransi Kesehatan Jerman

Republik Federal Jerman adalah sebuah negara di Eropa Tengah. Negara dengan sejarah panjang ini di sebelah barat berbatasan dengan negara-negara Belanda, Belgia, Luxemburg, dan Perancis. Di sebelah selatan berbatasan langsung dengan Swiss dan Austria. Di sebelah timur berbatasan dengan Ceko dan Polandia, dan di sebelah utara berbatasan dengan negara Denmark. Negara ini pernah memiliki wilayah yang jauh lebih luas dan pernah pula terpecah karena politik sejak berakhirnya Perang Dunia II hingga tahun 1991. Pada tahun itu juga bagian timur negara Jerman dikuasai oleh rezim komunis dan bernama Republik Demokratik Jerman (Jerman Timur, atau *Deutsche Demokratische Republik* disingkat DDR).

Sistem asuransi sosial di Jerman dimulai pada masa pemerintahan Kaisar Wilhelm I. Kanselir Otto von Bismarck, Kaisar Wilhelm I menerbitkan “Imperial Decree” 17 November 1881, menandakan peluncuran sistem asuransi pertama yaitu, *system of accident and illness insurance for workers*. Adanya sistem asuransi sosial yang dikelola oleh negara maka negara mengambil tanggung jawab untuk peningkatan kehidupan warganya sebagai manifestasi negara kesejahteraan (*welfare state*). Cikal bakal sistem jaminan sosial (SJS) atau disana dikenal sebagai Kesejahteraan Sosial (*social welfare*) dan jaminan sosial (*social security*) ketika Bismarck Kaisar Wilhelm I memperkenalkan jaminan kesehatan, jaminan pemutusan hubungan kerja, dan jaminan hari tua bagi para pekerja agar mereka terjamin kesejahteraannya sehingga produktivitas mereka meningkat. Model SJS kemudian berkembang ke negara lain.

Pada zaman lalu, jumlah badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial (*sickness funds*), yang seluruhnya bersifat nirlaba, berjumlah sekitar lima ribuan. Di sisi lain, karena dorongan efisiensi dan portabilitas, banyak *sickness funds* yang merger sehingga kini jumlahnya sudah menyusut menjadi 270 saja. Penyusutan jumlah badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial di Jerman ini menunjukkan bahwa usaha dengan modal kecil tidak mampu bertahan (*sustainable*) dan tekanan ekonomi serta tuntutan portabilitas mengharuskan merger. Kini asuransi kesehatan sosial

terbesar dipegang oleh badan yang bernama AOK yang mengelola hampir 70% peserta asuransi kesehatan sosial di Jerman. Semua penduduk dengan penghasilan di bawah EUR 3.375 per bulan wajib membayar kontribusi untuk asuransi kesehatan yang kini mencapai 14% dari upah sebulan. Penduduk yang berpenghasilan diatas EUR 3.375, boleh tidak menjadi peserta sickness funds, namun mereka tidak dapat ikut (opt out) dengan membeli asuransi kesehatan komersial, mereka tidak diperkenankan lagi ikut asuransi sosial. Akibatnya, hanya 10% saja penduduk Jerman yang membeli asuransi kesehatan komersial. Jerman tidak memiliki satu lembaga asuransi kesehatan yang secara khusus dirancang untuk menjamin seluruh penduduk secara nasional karena sejarah perkembangan negara yang sejak awal terpecah-pecah dalam negara bagian (lander). Disisi lain, Jerman telah menjamin seluruh penduduknya dengan biaya separuh dari yang dikeluarkan Negara Amerika karena sistemnya dikuasai asuransi kesehatan sosial. Hanya karena jumlah badan penyelenggara asuransi sosial yang banyak dan paket jaminan yang sangat liberal, maka sistem asuransi kesehatan Jerman hanya sedikit efisien dibandingkan dengan sistem asuransi kesehatan Amerika yang didominasi oleh usaha asuransi kesehatan komersial.

Penetapan ini adalah keputusan politik penguasa waktu itu, dan bukan tindakan yang secara langsung dilakukan untuk mencapai kesejahteraan masyarakat. Di masa itu, Jerman telah memulai proses industrialisasi. Masyarakat kelas pekerja tumbuh berkembang secara terus menerus, mereka bekerja dalam sistem kapitalis dengan kondisi kerja yang amat menyedihkan, yaitu bekerja selama 16 jam/hari, 6 hari/minggu, dengan upah yang sangat sedikit sedikit sama sekali. Untuk memperbaiki kondisi itu, pekerja mengorganisir diri mereka sendiri. Mereka mendirikan serikat buruh serta partai sosial-demokratik dan partai komunis. Penguasa feodal melihat hal ini sebagai ancaman. Kemudian, penguasa menetapkan sistem jaminan sosial, yang memberikan manfaat untuk pekerja. Hal ini dilakukan pertama-tama untuk melonggarkan tegangan politik, dan bukan tindakan solidaritas atau karitatif. Jaminan sosial pada awalnya ditetapkan untuk menenangkan pekerja dan untuk menstabilkan kekuasaan elit penguasa.

Sistem jaminan sosial di Jerman tertuang dalam UU Prosedur Administrasi Negara Jerman (Verwaltungsverfahrensgesetz). Secara rinci Sistem Jaminan Sosial tertuang dalam Undang-undang Jaminan Sosial Jerman (Pasal 97 sampai dengan Pasal 100). Menurut Undang-undang ini, sebagai negara sosial, “bantuan merupakan hak warga negara dan negara bertanggung jawab akan hal itu. Pembayar iuran adalah negara dan tidak tergantung pada pemerintah yang berkuasa”.

Volume bantuan sosial setiap tahun sudah dipatok dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Jerman. Pemerintah bertugas mengisi kas negara dan pemerintah juga tidak bisa berkilah bahwa tidak ada dana iuran sosial tersebut.

3. Sejarah Asuransi Kesehatan di Inggris

Berdasarkan sejarahnya, program NHS mulai dibangun pasca Perang Dunia II pada 1948. Setelah Perang Dunia II, Inggris mengalami kebangkrutan di bidang ekonomi yang berimplikasi pada masalah kesehatan warga Inggris, terutama warga yang berasal dari kelas pekerja. Banyak masyarakat yang meninggal akibat TBC setiap tahun dan anak-anak yang tumbuh sampai umur 12 tahun mengalami masalah gigi rusak serta tulang dan jantung yang lemah. Permasalahan ini terjadi akibat ketidakmampuan masyarakat untuk membayar jasa pelayanan kesehatan, selain itu faktor lain yang mempengaruhi adalah sedikitnya jumlah dokter yang bertugas di daerah yang kumuh dan terpencil. Perbandingan jumlah dokter yang bertugas di daerah kumuh dan elit sangat tinggi yakni di daerah kumuh jumlah dokter 1 orang melayani 18.000 penduduk sementara di daerah elit 1 dokter melayani 250 penduduk. Faktor lain yang menyebabkan sedikitnya jumlah dokter yang bertugas di daerah kumuh yaitu sedikitnya uang yang diterima dokter.

Pada tahun 1945, Partai Buruh berhasil menenagkan aspirasi masyarakat yang menginginkan adanya perubahan dan partai ini memenangkan pemilu pada saat itu. Pemerintahan Partai Buruh melakukan nasionalisasi atas industri tambang, fasilitas listrik, kereta api dan transportasi jarak jauh. Pada Januari 1948, Menteri Kesehatan Aneurin Bevan menyatakan, mulai 5 Juli 1948, akan tersedia jaminan kesehatan gratis berbasis pajak untuk penduduk Inggris. (Muhamad Zaki Husseien, 2008)

Inggris merupakan negara pertama yang memperkenalkan AKN Istilah Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) atau National Health Insurance (NHI) yang kini semakin banyak digunakan di dunia di tahun 1911. Terdapat berbagai kendala pada saat awal NHS mulai digagas seperti penolakan dari kalangan medis dan infrastruktur kesehatan yang tidak memadai pasca Perang Dunia II. Namun demikian, NHS tetap diterapkan dan pada tanggal 5 Juli 1948 NHS resmi diterapkan di Inggris.

Pada tahun 2013, Bidang kesehatan dan layanan sosial memperkenalkan perubahan radikal yang mengatur NHS di Inggris. Perubahan legislatif ini muncul pada tanggal 1 April 2013 yang mencakup perubahan pengawasan klinikal, peningkatan pasien yang tergabung dalam NHS, fokus pembaruan pada pentingnya kesehatan

masyarakat, dan memperbolehkan adanya kompetisi di kalangan penyedia layanan kesehatan untuk memberikan layanan yang terbaik bagi pasien. (NHS England, 2010) Cakupan kepesertaan dengan NHS adalah universal yaitu seluruh penduduk (universal coverage) karena kepesertaan tidak dikaitkan dengan iuran oleh masing-masing peserta. Banyak negara lain di Eropa yang juga memiliki cakupan universal menggunakan sistem NHS yang mengikuti pola Inggris. NHS memberikan secara gratis hampir semua jenis pelayanan kesehatan, seperti pemeriksaan kehamilan, perawatan gawat darurat, dan lain-lain. Pengecualiannya, yang memerlukan pembayaran hanya sedikit, seperti obat yang diresepkan (prescriptions), pengobatan gigi dan mata.

4. Sejarah Asuransi Kesehatan di Amerika Serikat

Pada waktu munculnya perang Dunia II, munculnya gerakan Buruh dan federal Tax code. Federal tax code yaitu dokumen pemerintah federal biasanya berjumlah ribuan halaman, yang merinci aturan yang harus diikuti oleh individu dan para pelaku bisnis dalam memberikan persentase pendapatan mereka ke pemerintah Federal atau Negara bagian. Tax code digunakan sebagai sumber oleh pengacara pajak yang bertanggungjawab untuk menafsirkannya untuk umum.

Di Negara Amerika Serikat, asuransi kesehatan mengalami perkembangan yang cukup lama dan panjang. . Dimulai dari tahun 1798, saat diadakan kongres untuk mendirikan US Marine Hospital Service, dimana para pelaut yang akan mendapat pelayanan kesehatan, dipotong upahnya setiap bulan. Hingga akhirnya berdiri sebuah organisasi pada tahun 1847 yaitu asuransi kesehatan pertama di Massachusetts-Boston, semenjak saat itu banyak berdiri organisasi lainnya di berbagai tempat di Amerika Serikat.

Perusahaan asuransi pertama berdiri pada 1732 di Carolina Selatan dan menawarkan perlindungan kebakaran. Pada tahun 1800-an, perusahaan asuransi kebakaran berevolusi memasukkan asuransi jiwa dan beberapa pertanggungan lainnya. Sistem pelayanan kesehatan diasumsikan berorientasi pasar, dan kurang lebih sepertiga dari pembiayaan kesehatan adalah langsung dibayar oleh pasien (out of pocket). Sumber dana sisanya berasal dari organisasi asuransi swasta yang profit, organisasi asuransi not for profit seperti Blue Cross dan Blue Shield serta Health Maintenance Organization (HMO). HMO merupakan praktek kelompok pelayanan kesehatan yang dibayar di muka (pre-paid) berdasarkan kapitasi dan pelayanan kesehatan yang diberikan bersifat komprehensif. Pada sistem pembiayaan kesehatan tersebut, pemerintah federal dan negara

bagian memberikan skema asuransi kesehatan bagi warga miskin (Medicaid) dan usia lanjut, veteran, dan berpenyakit kronis (Medicare).

Medicare diperkenalkan pada tahun 1965 untuk menyediakan cakupan pelayanan untuk warga yang lebih tua. Amerika Serikat dapat dikatakan mempunyai asuransi kesehatan nasional rawat inap untuk penduduk diatas 65 tahun saja (lansia) yang disebut Medicare part A. Karena asuransi kesehatan nasional di Amerika Serikat hanya berlaku bagi penduduk lansia, tidak semua penduduk Amerika yang berjumlah sekitar 280 juta jiwa memiliki asuransi kesehatan.

Di tahun 1970an, terdapat 15 usulan RUU (Bill) Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) yang semuanya kandas akibat banyaknya interes bisnis dan politik sehingga kepentingan publik tidak terlindungi dengan baik. Di kala itu, 23% penduduk AS tidak memiliki asuransi kesehatan. Dalam masa hampir 40 tahun, sejak Medicare diluncurkan, Amerika Serikat tidak mampu meningkatkan perluasan penduduk yang dicakup asuransi. Berbagai reformasi sistem asuransi kesehatan yang dilakukan Amerika, misalnya dengan Undang-Undang Portabilitas Asuransi dan berbagai Undang-Undang lain yang bertujuan untuk memperluas cakupan asuransi secara parsial, tanpa AKN, tidak mampu mencapai cakupan universal.

Sesungguhnya di AS telah diusulkan puluhan model pendanaan dan penyelenggaraan yang dapat digolongkan menjadi tiga model yaitu (1) kombinasi kontribusi wajib (payroll taxes) dan anggaran pemerintah seperti model Inggris, (2) perluasan program Medicare dengan kontribusi wajib kepada seluruh penduduk seperti model umum di negara maju lain, dan (3) bantuan premi dari pemerintah untuk penduduk miskin dan tidak mampu. Upaya terakhir untuk mewujudkan AKN di Amerika dilakukan oleh Presiden Bill Clinton di tahun 1993, yang juga gagal karena kekuatan perusahaan asuransi, yang takut kehilangan pasar dan memiliki dana lebih besar, lebih mampu mempengaruhi rakyat Amerika dan anggota Kongres untuk menolak usulan Clinton. Kegagalan AS dalam mengembangkan AKN, yang lebih mementingkan kepentingan pebisnis asuransi, merupakan pelajaran yang harus dicermati untuk dapat dihindari.

Namun kontribusi pemerintah jauh dari memadai bagi warga Amerika Serikat umumnya. Akibatnya, menurut United States Census Bureau, pada 2008 terdapat 46,3 juta orang di Amerika Serikat (15.4% dari populasi) tidak tercover asuransi. Untuk mengatasi hal tersebut, terjadi reformasi kesehatan Amerika Serikat dengan disahkannya "The Patient Protection and Affordable Care Act" yang diusulkan Barack Obama dan Partai Demokrat. Reformasi kesehatan di AS tersebut tetap memberi kesempatan kepada asuransi kesehatan swasta dan pemberi pelayanan kesehatan swasta untuk

beroperasi, tetapi dengan regulasi lebih ketat dan dengan subsidi yang lebih besar dari pemerintah agar warga miskin mampu membeli asuransi (Bhisma, 2010).

5. Sejarah Asuransi Kesehatan di Kanada

Sistem jaminan kesehatan di Kanada disebut juga Medicare. Sebelum tahun 1940an, penduduk Kanada mendapatkan pelayanan kesehatan dengan cara membayar dari kantong sendiri (out of pocket) sesuai dengan kemampuannya masing-masing. Penduduk yang mampu bisa membeli asuransi kesehatan komersial, tetapi sebagian besar penduduk tidak mampu membelinya. Hal itu menimbulkan banyak masalah akses dan kemanusiaan akibat penduduk tidak mampu membayar pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Medicare menggunakan prinsip dasar yang menjamin akses universal, portabel, paket jaminan yang sama bagi semua penduduk dan dilaksanakan otonom di tiap propinsi. Kini seluruh penduduk Kanada dapat menikmati pelayanan kesehatan komprehensif tanpa harus memikirkan berapa besar biaya yang harus mereka keluarkan dari kantong sendiri bahkan untuk penyakit berat sekalipun walaupun pelayanan rawat jalan pada praktek dokter, baik yang praktek mandiri maupun kelompok, masih harus dibayar sendiri oleh penduduk. Usaha menyediakan jaminan kesehatan kepada semua penduduk dimulai tahun 1947 ketika propinsi Saskatchewan memulai penyelenggaraan asuransi kesehatan wajib/sosial, yang sering juga disebut asuransi kesehatan publik, untuk pelayanan rumah sakit saja.

Sepuluh tahun kemudian, pemerintah federal tertarik untuk memperluas sistem jaminan yang diberikan oleh propinsi Saskatchewan. Pada tahun 1956, pemerintah federal merangsang provinsi lain untuk menyelenggarakan jaminan perawatan rumah sakit dengan memberikan kontribusi sebesar 50% dari dana yang dibutuhkan provinsi. Pada tahun 1961 seluruh provinsi dan dua daerah teritorial telah menyetujui untuk memberikan paling tidak jaminan rawat inap. Sampai dengan tahun tersebut, pelayanan rawat jalan pada praktek dokter, baik yang praktek mandiri maupun kelompok, masih harus dibayar sendiri oleh penduduk.

Propinsi Saskatchewan melihat hal tersebut sebagai beban penduduk yang harus dipikul bersama, sehingga pemerintah propinsi memulai perluasan manfaat asuransi kesehatan publik dengan menanggung pelayanan rawat jalan dokter di luar rumah sakit. Pemerintah federal Kanada melihat manfaat asuransi kesehatan komprehensif bagi penduduk dan pertumbuhan ekonomi di propinsi itu. Melihat itu, pemerintah Federal pada tahun 1968, memutuskan

untuk merangsang propinsi lain menerapkan asuransi kesehatan komprehensif. Empat tahun kemudian yaitu tahun 1972 seluruh propinsi telah menyediakan jaminan kesehatan komprehensif. Pada tahun itulah tujuan Asuransi Kesehatan Nasional Kanada tercapai.

Pendanaan program Medicare tersebut selama 20 tahun (sejak 1956) ditanggung bersama oleh pemerintah propinsi dan pemerintah federal, masing-masing sama besar. Pada tahun 1977 pendanaan tidak lagi menggunakan sistem proporsional biaya yang dibutuhkan, melainkan pemberian block grant per kapita dari pemerintah federal kepada pemerintah provinsi. Bentuk block grant itu memberikan keleluasaan kepada pemerintah propinsi menggunakan tersebut untuk membiayai program kesehatan lain, seperti tambahan paket obat bagi lansia dan perawatan gigi bagi anak-anak. Tahun 1979, sebuah telaah sistem kesehatan Kanada menunjukkan bahwa sistem kesehatan di Kanada merupakan salah satu yang terbaik di dunia. Pada telaah yang sama ditemukan pula bahwa banyak dokter yang menarik biaya konsultasi tambahan langsung kepada pasien disamping yang telah dibayar oleh pemerintah propinsi. Fakta itu mengancam akses penduduk karena ada beban tambahan untuk membiayai biaya pelayanan kesehatannya. Dalam undang-undang Kesehatan Kanada tahun 1984, pemerintah federal menjatuhkan denda kepada pemerintah provinsi sebesar jumlah biaya yang ditarik oleh dokter di propinsi itu yang dikurangkan dari pendanaan pusat, jika provinsi mengizinkan dokter menarik biaya tambahan dari penduduk yang ditengarai akan memberatkan penduduk dan merusak sistem nasional. Kebijakan ini ditujukan agar seluruh penduduk Kanada terbebas dari beban biaya besar.

6. Sejarah Asuransi Kesehatan Asia Tenggara

➤ Thailand

Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan Nasional di Thailand diusulkan sejak tahun 1996. Thailand telah mencapai Universal coverage untuk perawatan kesehatan pada tahun 2002 (Syarifah, 2014). Thailand merupakan salah satu negara yang sudah mencapai sistem pelayanan kesehatan dengan universal health coverage. Sistem pembiayaan kesehatan di Thailand memiliki evolusi sejarah yang cukup panjang selama hampir setengah dekade sampai Thailand mencapai universal health coverage, dimulai dari biaya yang dikeluarkan sendiri (out of pocket) dan secara bertahap dari sistem pembiayaan out of pocket ke sistem pembiayaan di muka. Berbagai sistem pembiayaan diperkenalkan dan diujikan.

Dalam pengimplementasiannya terdapat perbedaan dalam hal kontribusi, subsidi publik, manfaat, dan kualitas pelayanan. Namun, setelah Kebijakan Universal Health Coverage benar-benar diperkenalkan pada bulan April 2002, perlindungan kesehatan sosial dibagi menjadi 3 kelompok yaitu, skema bagi karyawan publik, skema bagi karyawan swasta dan skema untuk sektor informal. Saat ini 7 % dari populasi dijamin kesehatannya dengan Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), 15% dari populasi dijamin kesehatannya melalui Social Security Scheme (SSS), dan sisanya 76% dari populasi dijamin kesehatannya melalui Universal Coverage Scheme (UCS) (Health Resource Survey, 2012). Asuransi kesehatan di Thailand terdiri atas sistem jaminan kesehatan pegawai negeri yang paket jaminannya amat liberal dan menjamin tidak saja anggota keluarga pegawai, tetapi juga mencakup orang tua dan mertua pegawai. Seluruh pegawai swasta mendapat jaminan kesehatan komprehensif melalui Badan Jaminan Sosial yang dikelola oleh Depnakernya Thailand. Sedangkan pekerja informal memperoleh jaminan melalui National Health Security Office, sebuah lembaga independen yang mengelola sistem 30 Baht. Dengan sistem 30 Baht, seluruh penduduk di luar pegawai swasta dan pegawai negeri berhak mendapat pelayanan kesehatan komprehensif dengan hanya membayar 30 Baht (kurang lebih Rp 6.000) sekali berobat atau dirawat, termasuk perawatan intensif dan pembedahan.

Dalam survey yang dilakukan pemerintah terkait kepuasan penerima manfaat dan provider. Universal Health Coverage (UHC) dalam periode 2003-2012, diketahui bahwa kepuasan penerima manfaat UHC semakin meningkat. Sedikit berbeda dengan tingkat kepuasan provider yang cukup fluktuatif karena jasa mereka dihargai sebatas plafon pemerintah.

➤ Filipina

Sistem perawatan kesehatan Filipina telah berkembang pesat dengan melewati tantangan. Status kesehatan telah meningkat secara dramatis selama 40 tahun terakhir. Kematian bayi menurun, prevalensi penyakit menular menurun dan harapan hidup meningkat menjadi lebih dari 70 tahun. Namun terjadi ketidakadilan dalam akses perawatan kesehatan. Pada tahun 1995, Filipina mengeluarkan Undang-Undang Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) yang menggabungkan penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri dan pegawai swasta yang

sebelumnya dikelola terpisah menjadi satu badan AKN. Departemen Kesehatan Filipina mengawasi rumah sakit perusahaan pemerintah, rumah sakit khusus dan daerah, sedangkan departemen pertahanan nasional menjalankan rumah sakit militer. Perusahaan asuransi (Philhealth) bertujuan memberikan perlindungan resiko keuangan bagi rakyat Filipina. Ekspansi pesat keanggotaannya dalam 5 tahun terakhir adalah dianggap sebagai perkembangan positif dalam program health universal coverage. Filipina memiliki agen asuransi kesehatan nasional sejak tahun 1995 yaitu Philhealth yang secara bertahap terus meningkatkan cakupan populasi.

Namun pada kenyataannya, akibat kedalaman jangkauan yang terbatas, pembayaran pelayanan kesehatan berasal dari out of pocket. Oleh karena itu, di bulan Juli 2010 terjadi upaya reformasi agar Filipina dapat mencapai universal coverage. Fokus pada peningkatan jumlah keluarga miskin yang terdaftar dalam Philhealth. Philhealth sekarang memiliki empat kategori pendaftar yaitu sektor formal, prasejahtera, pensiunan dan program membayar individu (IPP) bagi mereka yang tidak memenuhi syarat untuk tiga kategori lainnya. Philhealth dibiayai terutama melalui pendapatan pemerintah secara umum, dengan kontribusi dibagi antara pemerintah pusat dan daerah. Kontribusi Anggota dituntut dari pekerja sektor formal dan orang-orang dalam program membayar individu, kontribusi dari pensiunan dan prasejahtera sepenuhnya disubsidi oleh pemerintah.

➤ **Singapura**

Asuransi kesehatan social awalnya diperkenalkan pada tahun 1969 di Filipina pada tahun dengan program bernama Philippine medical care act yang terdiri dari dua bagian yaitu program untuk pekerja sector formal dan program untuk sector informal dan masyarakat miskin. Program ini dikelola oleh Philippines medical care commission dimana program ini cukup berhasil dalam mendaftarkan pekerja sector formal namun kurang berhasil dalam mendaftarkan pekerja sector informal dan masyarakat miskin. Namun manfaatnya hanya sebatas pada perawatan dirumah sakit saja. (UHC Forward,2013)

Pemerintah di Singapura dan sektor swasta menyediakan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan umum biasanya digunakan oleh warga yang berpenghasilan rendah. Pelayanan kesehatan umum juga membantu menetapkan standar bagi pelayanan swasta. Program pelayanan kesehatan pemerintah di Singapura mencakup program-program Medisave, Medishield, Eldersshield dan Medifund. Pada tahun 1990 program Medishield diadakan sebagai asuransi kesehatan yang praktis dan terjangkau, yang direncanakan untuk membayar tagihan rumah sakit yang mahal. Biaya seperti tagihan kesehatan anak, pengobatan dan prosedur operasi dan kemoterapi di tanggung oleh Medishield.

Warga dan penduduk tetap di Singapura yang berumur dibawah 75 tahun juga dapat mendaftar program ini. Tetapi pada waktu biaya pelayanan kesehatan yang meningkat mendesak pemerintah dan pemegang kebijakan untuk membayar persentase yang meningkat pada tagihan rumah sakit mereka. Dalam rangka untuk membebaskan beban ini, Medishield diterapkan hanya untuk tagihan musibah atau kecelakaan. *Ministry of Health* (MOH) menentukan beberapa perubahan penting pada kebijakan yang ada.

Menurut Alberto G et al (2011) untuk meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan, berbagai reformasi telah dilembagakan selama 30 tahun terakhir, Yaitu :

- a. Adopsi pelayanan kesehatan primer (PHC) pada tahun 1979
- b. integrasi masyarakat kesehatan dan rumah sakit pada tahun 1983
- c. diberlakukannya Generics of Act 1988
- d. berlakunya Undang-Undang Asuransi Kesehatan Nasional Tahun 1995

Menurut Maria Elena (2011) pada tahun 1999, DOH meluncurkan health sector reform Agenda (HSRA) sebagai kerangka kerja dan strategi utama untuk memperluas penggunaan asuransi kesehatan social, meningkatkan kerjasama dengan rumah sakit, memperkuat system kesehatan daerah, meningkatkan kebijakan kesehatan dan manajemen obat, dan meningkatkan pelayanan kesehatan umum.

Sebelum reformasi besar ini, semua fasilitas kesehatan di negara itu dikelola oleh Departemen Kesehatan Nasional (Departemen Kesehatan) dan sistem kesehatan yang dioperasikan seperti British National Health Service. Sebagai hasil dari desentralisasi, LGU menjadi bertanggung jawab untuk membiayai dan mengelola

fasilitas kesehatan. Namun dengan adanya desentralisasi ini terjadi perbedaan fasilitas pada unit pemerintah daerah yang berbeda juga. Desentralisasi ini telah memberikan kontribusi terhadap fragmentasi dalam struktur pelayanan kesehatan.

Menurut UHC Forward 2013 The Philippine Health corporation, atau Philhealth, diciptakan pada tahun 1995 dengan tujuan menempatkan penekanan baru pada pencapaian cakupan universal. Pada tahun 2000 dan 2005, upaya reformasi tambahan digariskan untuk membuat desentralisasi dan reformasi asuransi kesehatan kerja lebih efektif, termasuk subsidi pemerintah diperluas untuk pendaftaran orang miskin, penciptaan unit-unit/perencanaan pelayanan kesehatan local untuk mengurangi fragmentasi.

➤ **Indonesia**

Sejarah Asuransi Kesehatan Indonesia

Perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia berjalan sangat lambat dibandingkan dengan perkembangan asuransi kesehatan di beberapa negara tetangga di ASEAN. Penelitian yang seksama tentang faktor yang mempengaruhi perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia tidak cukup tersedia. Secara teoritis beberapa faktor penting dapat dikemukakan sebagai penyebab lambatnya pertumbuhan asuransi kesehatan di Indonesia, diantaranya deman (demand) dan pendapatan penduduk yang rendah, terbatasnya jumlah perusahaan asuransi, dan buruknya kualitas fasilitas pelayanan kesehatan serta tidak adanya kepastian hukum di Indonesia. Penduduk Indonesia pada umumnya merupakan risk taker untuk kesehatan dan kematian. Sakit dan mati dalam kehidupan masyarakat Indonesia yang religius merupakan takdir Tuhan dan karenanya banyak anggapan yang tumbuh di kalangan masyarakat Indonesia bahwa membeli asuransi berkaitan sama dengan menentang takdir. Hal ini menyebabkan rendahnya kesadaran penduduk untuk membeli atau mempunyai asuransi kesehatan. Selanjutnya, keadaan ekonomi penduduk Indonesia yang sejak merdeka sampai saat ini masih mempunyai pendapatan per kapita sekitar \$ 1.000 AS per tahun, sehingga tidak memungkinkan penduduk Indonesia menyisihkan dana untuk membeli asuransi kesehatan maupun jiwa. Rendahnya deman dan daya beli tersebut mengakibatkan tidak banyak perusahaan asuransi yang menawarkan produk asuransi kesehatan. Selain itu, fasilitas kesehatan sebagai faktor yang sangat penting untuk mendukung terlaksananya

asuransi kesehatan juga tidak berkembang secara baik dan distribusinya merata. Sedangkan dari sisi regulasi, Pemerintah Indonesia relatif lambat memperkenalkan konsep asuransi kepada masyarakat melalui kemudahan perijinan dan kapastian hukum dalam berbisnis asuransi atau mengembangkan asuransi kesehatan sosial bagi masyarakat luas.

Sesungguhnya, Pemerintah Indonesia sudah mulai mencoba memperkenalkan prinsip asuransi sejak tahun 1947, dua tahun setelah Indonesia merdeka. Seperti juga yang berkembang di negara maju, asuransi kesehatan berkembang dimulai dengan asuransi sosial dalam bidang kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Pada waktu itu Pemerintah mewajibkan semua perusahaan untuk mengasuransikan karyawannya terhadap kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Namun demikian, karena situasi keamanan dalam negeri pasca kemerdekaan yang masih belum stabil akibat adanya berbagai pembontakan dan upaya Belanda untuk kembali merebut Indonesia, maka upaya tersebut belum memungkinkan untuk terlaksana dengan baik. Setelah kestabilan politik relatif tercapai, di tahun 1960 pemerintah mencoba memperkenalkan lagi konsep asuransi kesehatan melalui undang-undang Pokok Kesehatan tahun 1960 yang meminta Pemerintah mengembangkan 'dana sakit' dengan tujuan untuk menyediakan akses pelayanan kesehatan untuk seluruh rakyat. Akan tetapi karena berbagai kondisi sosial ekonomi seperti disampaikan dimuka belum kondusif, maka perintah undang-undang tersebut sama sekali tidak bisa dilaksanakan. Pada tahun 1967, Menteri Tenaga Kerja (Menaker) mengeluarkan Surat Keputusan untuk mendirikan Dana mirip dengan konsep Health Maintenance Organization (HMO) atau Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang berkembang kemudian guna mewujudkan amanat undang-undang kesehatan tahun 1960 tersebut. Menteri menetapkan iurannya sebesar 6% upah yang ditanggung majikan sebesar 5% dan karyawan 1%.⁴⁶ Sayangnya SK Menaker tersebut tidak mewajibkan, karena memang SK Menteri tidak cukup kuat untuk mewajibkan, pengusaha untuk membayar iuran tersebut. Akibatnya SK tersebut tidak berfungsi dan skema asuransi kesehatan tersebut tidak pernah terwujud.

Sampai tahun 1968, tidak ada perkembangan yang berarti dalam bidang asuransi kesehatan di Indonesia. Beberapa perusahaan besar dan Pemerintah memang telah memberikan

jaminan kesehatan secara tradisional (self-insured) dengan cara mengganti biaya kesehatan yang telah dikeluarkan oleh karyawan. Upaya pengembangan asuransi kesehatan sosial yang lebih sistematis mulai diwujudkan di tahun 1968 ketika Menteri Tenaga Kerja (Menaker), Awaludin Djamin, mengupayakan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri. Upaya menyediakan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri dan keluarganya ini merupakan skema asuransi kesehatan sosial pertama di Indonesia. Asuransi kesehatan sosial adalah asuransi kesehatan yang mempunyai ciri wajib diikuti oleh sekelompok penduduk (misalnya pegawai negeri), manfaat atau paket pelayanan kesehatan yang dijamin ditetapkan oleh peraturan dan sama untuk semua peserta, dan iuran/preminya ditetapkan dengan prosentase upah atau gaji. Pada awalnya asuransi kesehatan pegawai negeri, yang kini lebih dikenal dengan Askes, mewajibkan iuran sebesar 5% dari upah, namun pada perkembangan selanjutnya, iuran diturunkan menjadi 2% yang harus dibayar oleh pegawai negeri, sementara pemerintah sebagai majikan tidak membayar iuran. Baru pada tahun 2004, Pemerintah memulai mengiur sebesar 0,5% dari gaji yang secara bertahap akan dinaikkan menjadi 2%, sehingga total iuran asuransi kesehatan bagi pegawai negeri menjadi 4% Program asuransi kesehatan pegawai negeri ini awalnya dikelola oleh suatu badan di Departemen Kesehatan yang dikenal dengan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK). Badan tersebut sebagaimana badan lain yang berada di dalam birokrasi tidak memiliki fleksibilitas cukup untuk merespons tuntutan peserta dan fasilitas kesehatan. Administrasi keuangan di Departemen umumnya lambat dan birokratis sehingga tidak mendorong manajemen yang baik dan memuaskan pengandil (stake holder). Oleh karenanya Askes kemudian dikelola secara korporat dengan mengkonversi BPDPK menjadi Perusahaan Umum (Perum) yang dikenal dengan Perum Husada Bakti (PHB) di tahun 1984. Perubahan menjadi PHB membuat pengelolaan Askes, yang pada waktu itu dikenal juga dengan istilah Kartu Kuning, dapat dikelola secara lebih fleksibel. Istilah Kartu Kuning dikenal sejak program dikelola oleh BPDPK karena kartu peserta berwarna kuning.

C. Rangkuman

Penggunaan asuransi juga bisa ditemukan pada zaman pertengahan 1400-1800 dalam periode sejarah Eropa hingga zaman revolusi industri dimana asuransi sudah menyebar ke Amerika dengan pesat. Asuransi sudah digunakan oleh para serikat buruh yang saat itu hidup dengan kondisi yang tidak layak dimana hanya kaum pemodal atau pengusaha yang memiliki kekuasaan. Keadaan masyarakat yang berada di tengah hokum rimba, masyarakat buruh ternyata sudah memiliki koloni-koloni dengan kesamaan misi untuk melindungi antara satu dengan lainnya. Hal ini kemudian membuat mereka membentuk 'Perlindungan Kelompok'. Dalam perlindungan kelompok tersebut setiap anggota memiliki kewajiban untuk melindungi anggota yang lainnya. Seperti" jika ada seorang anggota yang diberhentikan dari tempatnya bekerja, maka anggota yang lain akan membantu untuk membantu kebutuhannya.

Asuransi kesehatan berkembang ketika dimulai dengan solidaritas bersama yang sifatnya mengumpul dana dengan jumlah yang kecil seperti dana sehat, dana sakit, dan sebagainya. Dana yang terkumpul umumnya tidak memadai untuk berkembang karena sifatnya yang sukarela dan besaran premi/iuran tidak dihitung secara memadai. Oleh karena itu dalam menyelesaikan kegagalan sistem asuransi kecil tersebut dan bersifat lokal yaitu pengelolaan secara komersial dengan tingkat profesional yang tinggi dan pengelolaan secara asuransi sosial yang bersifat wajib diikuti oleh semua orang dalam suatu golongan.

Pada zaman lalu di Jerman, jumlah badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial (sickness funds), yang seluruhnya bersifat nirlaba, berjumlah sekitar lima ribuan. Di sisi lain, karena dorongan efisiensi dan portabilitas, banyak sickness funds yang merger sehingga kini jumlahnya sudah menyusut menjadi 270 saja. Penyusutan jumlah badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial di Jerman ini menunjukkan bahwa usaha dengan modal kecil tidak mampu bertahan (sustainable) dan tekanan ekonomi serta tuntutan portabilitas mengharuskan merger.

Inggris merupakan negara pertama yang memperkenalkan AKN Istilah Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) atau National Health Insurance (NHI) yang kini semakin banyak digunakan di dunia di tahun 1911. Terdapat berbagai kendala pada saat awal NHS mulai digagas seperti penolakan dari kalangan medis dan infrastruktur kesehatan yang tidak memadai pasca Perang Dunia II. Namun demikian, NHS tetap diterapkan dan pada tanggal 5 Juli 1948 NHS resmi diterapkan di Inggris.

Pada tahun 2013, Bidang kesehatan dan layanan sosial memperkenalkan perubahan radikal yang mengatur NHS di Inggris. Perubahan legislatif ini muncul pada tanggal 1 April 2013 yang mencakup perubahan pengawasan klinikal, peningkatan pasien yang tergabung dalam NHS, fokus pembaruan pada pentingnya kesehatan masyarakat, dan

memperbolehkan adanya kompetisi di kalangan penyedia layanan kesehatan untuk memberikan layanan yang terbaik bagi pasien. (NHS England, 2010)

Di Negara Amerika Serikat, asuransi kesehatan mengalami perkembangan yang cukup lama dan panjang. Dimulai dari tahun 1798, saat diadakan kongres untuk mendirikan US Marine Hospital Service, dimana para pelaut yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan, dipotong upahnya setiap bulan. Hingga akhirnya berdiri sebuah organisasi pada tahun 1847 yaitu asuransi kesehatan pertama di Massachusetts-Boston, semenjak saat itu banyak berdiri organisasi lainnya di berbagai tempat di Amerika Serikat.

Sistem jaminan kesehatan di Kanada disebut juga Medicare. Sebelum tahun 1940an, penduduk Kanada mendapatkan pelayanan kesehatan dengan cara membayar dari kantong sendiri (out of pocket) sesuai dengan kemampuannya masing-masing. Penduduk yang mampu bisa membeli asuransi kesehatan komersial, tetapi sebagian besar penduduk tidak mampu membelinya.

Thailand merupakan salah satu negara yang sudah mencapai sistem pelayanan kesehatan dengan universal health coverage. Sistem pembiayaan kesehatan di Thailand memiliki evolusi sejarah yang cukup panjang selama hampir setengah dekade sampai Thailand mencapai universal health coverage, dimulai dari biaya yang dikeluarkan sendiri (out of pocket) dan secara bertahap dari sistem pembiayaan out of pocket ke sistem pembiayaan di muka. Berbagai sistem pembiayaan diperkenalkan dan diujikan.

Pada tahun 1995, Filipina mengeluarkan Undang Undang Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) yang menggabungkan penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri dan pegawai swasta yang sebelumnya dikelola terpisah menjadi satu badan AKN. Departemen Kesehatan Filipina mengawasi rumah sakit perusahaan pemerintah, rumah sakit khusus dan daerah, sedangkan departemen pertahanan nasional menjalankan rumah sakit militer.

Program pelayanan kesehatan pemerintah di Singapura mencakup program-program Medisave, Medishield, Eldersshield dan Medifund. Pada tahun 1990 program Medishield diadakan sebagai asuransi kesehatan yang praktis dan terjangkau, yang direncanakan untuk membayar tagihan rumah sakit yang mahal. Biaya seperti tagihan kesehatan anak, pengobatan dan prosedur operasi dan kemoterapi di tanggung oleh Medishield.

Perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia berjalan sangat lambat dibandingkan dengan perkembangan asuransi kesehatan di beberapa negara tetangga di ASEAN. Penelitian yang seksama tentang fakta yang mempengaruhi perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia tidak cukup tersedia. Secara teoritis beberapa faktor penting dapat dikemukakan sebagai penyebab lambatnya pertumbuhan asuransi kesehatan di Indonesia, diantaranya deman (demand) dan pendapatan penduduk yang rendah, terbatasnya jumlah perusahaan asuransi, dan buruknya kualitas fasilitas

pelayanan kesehatan serta tidak adanya kepastian hukum di Indonesia. Penduduk Indonesia pada umumnya merupakan risk taker untuk kesehatan dan kematian.

D. Tugas

1. Jelaskan sejarah dimulainya asuransi kesehatan di Dunia
2. Jelaskan sejarah Asuransi kesehatan di
 - a. Amerika Serikat
 - b. Kanada
 - c. Jerman
3. Bagaimana Sistem Asuransi Kesehatan di Inggris di Mulai
4. Mengapa Asuransi kesehatan di Indonesia sangat dibandingkan dengan perkembangan asuransi kesehatan di beberapa negara tetangga di ASEAN
5. Jelaskan sistem pembayaran *out of pocket* pada Asuransi

F. Referensi

EkaPutri. A. *National health insurance program in decentralized government in archipelago Country: Lesson from the Philippine. Makalah Studi. Asian Scholarship Foundation, 2003.*

<http://sepatanpaper.blogspot.com/2009/04/sistem-jaminan-sosial-di-jerman.html> tgl 10 00.44

Gopffart dan Henke, *The German Central Health Fund - Recent Development in Health Care Financing in Germany, Health Policy, 2012*

HIAA. *Group life and health insurance. Part A. HIAA, Washington DC, 1994*

Murti, Bhisma. 2010. *Strategi untuk Mencapai Cakupan Universal Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UNS. Disampaikan pada Temu Ilmiah Reuni Akbar FKUNS, di Surakarta, 27 November, 2010*

Novales MA dan Alcantara MO. *National health insurance program in Philippines. Makalah disampaikan pada Summit Jakarta*

NHS England. 2015. *About the National Health service (NHS). Diakses melalui <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx> . Pada tanggal : 1 Desember 2021*

Thabrany, H. *Kegagalan Pasar. Op Cit*

Thabrany, H. Sejarah Askes

Keintz RM. National Health Insurance and Income Distribution. D.C. Health and Company, Lexington, USA, 1976
15 Rubin, HW. Dictionary of insurance terms. 4th Ed. Barron's Educational Series, Inc. Hauppauge, NY, USA 2000

Keintz RM. National Health Insurance and Income Distribution. D.C. Health and Company, Lexington, USA, 1976
15 Rubin, HW. Dictionary of insurance terms. 4th Ed. Barron's Educational Series, Inc. Hauppauge, NY, USA 2000

Siamwalla A. Implementing universal health insurance. Dalam pramualratana P dan Wibulpopprasert S. Health insurance systems in Thailand. HSRI, Nonthaburi, Muangtai, 2002

SSO. Social health insurance scheme in Thailand. SSO, Bangkok 2002

Tangchareonsathien V, Teokul, W dan Chanwongpaisal L. Thailand health financing system. Makalah disajikan pada Lokakarya social health insurance, Bangkok, 7-9 Juli 2003

Tuohy CH. The costs of constraint and prospects for health care reform in Canada. Health affairs: 21(3): 32-46, 2002

WHO/SEARO. Social health insurance: Report of a regional consultation. WHO, New Delhi, 2003

WHO/SEARO. Social HI. Op Cit

F. Glosarium

A

AOK Allegemaine Ostkrankenkasse adalah salah satu perusahaan asuransi besar di Jerman

ASEAN Association of Southeast Asian Nations atau biasa disebut dengan **ASEAN**, adalah sebuah organisasi geo politik dan ekonomi yang menyatukan **negara-negara** di Asia Tenggara.

C

CSMBS Civil Servant Medical Benefit Scheme merupakan suatu program jaminan bagi pekerja di sektor publik (pegawai pemerintah dan tanggungannya) yang dibiayai oleh anggaran belanja negara tanpa ada iuran sama sekali dari pekerja.

E

EUR (tanda: €; kode: EUR) adalah mata uang resmi dari 19 dari 27

negara anggota Uni Eropa. Kelompok negara ini dikenal sebagai zona euro atau area euro, Euro adalah mata uang terbesar kedua yang paling banyak diperdagangkan di pasar valuta asing setelah dolar Amerika Serikat.

H

HMO Health Maintenance Organization adalah kelompok asuransi medis yang menyediakan layanan kesehatan dengan biaya tahunan tetap. Ini adalah organisasi yang menyediakan atau mengatur perawatan yang dikelola untuk asuransi kesehatan, rencana perawatan kesehatan yang didanai sendiri, individu, dan entitas lain, bertindak sebagai penghubung dengan penyedia layanan kesehatan (rumah sakit, dokter, dll.)

N

NHS National Health Service Inggris adalah salah satu layanan kesehatan terbaik di dunia yang menawarkan perawatan yang aman dan modern.

NHI National Health Insurance merupakan asuransi kesehatan wajib adalah system asuransi kesehatan yang menjamin penduduk nasional terhadap biaya perawatan kesehatan. Dapat dikelola oleh pihak swasta, public, atau kombinasi keduanya.

R

RUU Rancangan undang-undang adalah undang-undang yang diusulkan untuk dipertimbangkan oleh lembaga legislatif. RUU tidak menjadi undang-undang sampai disahkan oleh legislatif

S

SJS Sistem Jaminan Sosial suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial

T

TBC Tuberkulosis (**TBC**) atau TB adalah penyakit menular akibat infeksi bakteri.

U

UCS Universal Coverage Scheme

UHC Universal Health Coverage

BAB IV

MODEL/JENIS ASURANSI KESEHATAN

Makhrayani Majid, SKM, M.Kes

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mampu memahami definisi asuransi kesehatan
2. Mampu memahami polis asuransi kesehatan
3. Mampu memahami tujuan asuransi
4. Mampu memahami asuransi kesehatan sosial sebagai model pembiayaan kesehatan menuju jaminan semesta (universal coverage)
5. Mampu memahami jenis-jenis asuransi kesehatan

B. Materi

1. Definisi Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan merupakan sebuah produk finansial berbentuk perlindungan atau proteksi kesehatan, bagi pemegang polis atau peserta asuransi. Asuransi kesehatan juga akan memberikan perlindungan, tidak hanya dari segi kesehatan, tapi juga finansial alias ekonomi yang berhubungan dengan risiko kesehatan. Risiko yang dihadapi bagi setiap manusia tidak sama, namun pada dasarnya risiko tersebut dapat mengancam jiwa atau harta benda. Salah satu risiko jiwa yang dihadapi setiap manusia adalah adanya kemungkinan sakit. Dalam beberapa konsep asuransi sangat memudahkan bagi kehidupan masyarakat yang mungkin tidak mau menerima atau menanggung risiko yang tinggi apabila mengalami sebuah kecelakaan. Apabila risiko tersebut betul terjadi, maka pihak tertanggung akan menerima ganti rugi sebesar nilai yang diperjanjikan antara penanggung dan tertanggung. Proses perlindungan ini sangat dibutuhkan dalam dunia bisnis. Asuransi kesehatan adalah asuransi yang memberikan jaminan kepada tertanggung untuk mengganti setiap biaya pengobatan. Biaya tersebut meliputi, biaya medis, operasi atau pembedahan, obat-obatan, hingga biaya perawatan gigi. Perusahaan asuransi pada dasarnya akan menanggung biaya pengobatan atau perawatan tertanggung asalkan sesuai ketentuan polis.

Asuransi kesehatan adalah jenis asuransi yang menanggung atau meng-cover biaya pengobatan, keperluan, maupun tindakan medis dan perawatan kesehatan lainnya. Pihak asuransi akan mengganti biaya yang dikeluarkan oleh tertanggung setiap kali tertanggung sakit atau mendapatkan perawatan sebagaimana yang tercantum dalam polis asuransi. Asuransi kesehatan terbaik akan memberikan manfaat yang luas tanpa ribet untuk anda selaku nasabah

2. Polis asuransi kesehatan

Polis asuransi adalah kontrak perjanjian kerja sama secara tertulis antara perusahaan asuransi dengan nasabah pemegang polis. Biasanya di dalam polis asuransi kesehatan memuat beberapa hal, seperti risiko penyakit yang ditanggung, besaran uang pertanggungan, manfaat asuransi kesehatan yang diberikan, hak dan kewajiban perusahaan asuransi, pengecualian proteksi, sampai surat klaim. Untuk mendapat perlindungan dari perusahaan asuransi, pemegang polis wajib membayar sejumlah premi asuransi kesehatan yang telah disepakati. Semakin mahal biaya premi asuransi kesehatan, semakin lengkap dan luas jangkauan manfaat asuransi yang diterima.

3. Tujuan asuransi

Tujuan asuransi kesehatan adalah memeralihkan risiko sakit dari tertanggung kepada penanggung. Sehingga kewajiban penanggung adalah memberikan pelayanan (biaya) perawatan kesehatan kepada tertanggung apabila sakit. Di mana sistem asuransi kesehatan bertujuan untuk melindungi masyarakat dari kesulitan (ekonomi) dalam pembiayaan pelayanan kesehatan. Munculnya upaya memberi perlindungan dalam bentuk asuransi ini, disebabkan dalam dinamika kehidupan manusia, memungkinkan banyaknya peluang terjadinya peristiwa yang menimbulkan risiko. Dengan semakin berkembangnya kehidupan, sehingga masyarakat semakin menyadari peningnya keberadaan suatu lembaga yang menanggung kemungkinan terjadinya risiko yang disebabkan oleh bermacam-macam bahaya yang mengancam keselamatan, kesehatan, harta kekayaan ataupun jiwa manusia. Kebutuhan akan jasa usaha perasuransian untuk memberikan perlindungan kepada manusia, terutama dalam hubungannya dengan aktivitasnya baik terhadap manusianya termasuk kesehatannya maupun salah satu kebutuhan manusia.

4. Asuransi kesehatan sosial sebagai model pembiayaan kesehatan menuju jaminan semesta (universal coverage)

UUD 1945 menegaskan “setiap warga negara berhak untuk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan dan negara bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan kesehatan bagi seluruh warga negaranya”. Dalam Pasal 19 ayat (1) UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, disebutkan “jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas”. Melalui asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib kepesertaannya, dapat menghimpun

sumber dana dari masyarakat sebagai modal pembiayaan kesehatan, mengurangi sistem pembayaran langsung (*out of pocket*) dan dapat meningkatkan sistem pra upaya (*pre paid system*) sehingga cakupan jaminan kesehatan semesta (*universal coverage*) dapat diwujudkan

5. Jenis asuransi kesehatan

a. Asuransi Jiwa

Asuransi jenis ini diperuntukkan untuk menanggung orang dari kerugian finansial tidak terduga yang disebabkan oleh risiko kematian atau risiko hidup terlalu lama. Sejumlah uang ini akan diterima oleh ahli waris kita. Dengan manfaat ini, keluarga tercinta dapat melanjutkan hidup dan mengejar mimpi meski kita sudah tak dapat lagi bersama mereka. Ada jenis-jenis asuransi jiwa yang harus diketahui oleh masyarakat. Khusus di Indonesia, terdapat empat jenis asuransi jiwa yang bisa dibeli sesuai dengan kebutuhan. Di antaranya adalah asuransi jiwa berjangka (*term life*), asuransi jiwa seumur hidup (*whole life*), asuransi jiwa unit link, dan asuransi jiwa dwiguna.

Jenis asuransi jiwa beserta fungsinya

1) Asuransi jiwa berjangka (*term life*)

Asuransi jiwa berjangka merupakan perlindungan jiwa dalam waktu tertentu yang sudah disepakati oleh peserta dan perusahaan asuransi. Umumnya, premi asuransi jenis ini dibayar di muka dan berkala setiap tahunnya. Asuransi jiwa jenis ini punya risiko, seperti apabila polis tidak aktif (*lapse*) maka manfaat akan berhenti dan premi akan hangus. Asuransi jenis ini yang sering dijumpai yaitu asuransi jiwa kredit yang memberi perlindungan asuransi jiwa selama masa kredit. Apabila peserta meninggal dunia, pihak asuransi akan melunasi sisa pinjaman kepada debitur.

2) Asuransi jiwa seumur hidup (*whole life*)

Umumnya asuransi jiwa seumur hidup memberikan perlindungan sampai tertanggung berusia 99-100 tahun atau dengan kata lain seumur hidup. Tarif premi yang harus dibayarkan bersifat tetap dan tidak mengalami peningkatan. Seumpama polis tidak aktif sampai tertanggung meninggal dunia, peserta asuransi masih memperoleh nilai tunai yang telah dijanjikan dengan dikurangi biaya-biaya penutupan polis serta pembayaran premi yang tertunggak pada produk asuransi jiwa *whole*.

3) Asuransi jiwa dwiguna (*endowment*)

Asuransi jiwa ini memberikan manfaat ganda berupa proteksi jiwa sekaligus tabungan. Dengan menggunakan asuransi jiwa dwiguna ini, peserta akan mendapat perlindungan asuransi

yang pasti selama tertanggung hidup sampai tanggal jatuh tempo atau meninggal sebelum tanggal tersebut. Berbeda dengan asuransi jiwa seumur hidup, jenis ini bisa membentuk nilai tunai lebih cepat.

4) Asuransi jiwa unit link

Selain pengembalian uang pertanggungan, pemegang polis asuransi jiwa link juga akan menerima tambahan berupa hasil investasi.

b. Asuransi Kesehatan

1) Pengertian Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan di Indonesia merupakan hal yang relatif baru bagi kebanyakan penduduk Indonesia karena istilah asuransi/jaminan kesehatan belum menjadi perbendaharaan kata umum. Pemahaman tentang asuransi kesehatan masih sangat beragam sehingga tidak heran, misalnya dimasa lampau banyak orang yang menyatakan bahwa jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM). Domain asuransi kesehatan mencakup berbagai program atau produk asuransi yaitu uang atau pemberian pelayanan kesehatan, yang disebabkan oleh penyakit, kecelakaan kerja, kecelakaan diri selain kecelakaan kerja, pengganti penghasilan yang hilang akibat menderita penyakit atau mengalami kecelakaan. Tampak bahwa objek asuransi kesehatan sangat luas. Asuransi kesehatan merupakan produk asuransi yang menangani masalah kesehatan tertanggung karena suatu penyakit serta menanggung biaya proses perawatan. Asuransi jenis ini memiliki manfaat yang lengkap, dari rawat jalan, rawat inap, hingga penyakit kritis.

Asuransi kesehatan adalah salah satu bentuk asuransi yang dirancang untuk meringankan beban keuangan karena perubahan dari kesehatan Basuki (1993). Sementara menurut Wikipedia Indonesia (2005), asuransi kesehatan adalah sebuah jenis produk asuransi yang menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggota asuransi tersebut jika mereka sakit atau mengalami kecelakaan. Sedangkan menurut thabrany dan mayanda dalam buku sistem kesehatan nasional (2010), asuransi kesehatan adalah suatu instrument sosial untuk menjamin seseorang dapat memenuhi kebutuhan pemeliharaan kesehatan tanpa mempertimbangkan keadaan ekonomi orang tersebut saat kebutuhan pelayanan kesehatan muncul. Jadi, berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa asuransi kesehatan merupakan suatu alat yang dapat membantu masyarakat agar tetap dapat

melakukan pemeliharaan kesehatan tanpa harus terbebani dengan masalah ekonomi dan keuangan.

2) Bentuk Pokok Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan secara klasik dapat terbagi menjadi tiga pihak yang saling mempengaruhi dan berhubungan. Ketiga pihak yang dimaksud adalah sebagai berikut:

a) Peserta

Peserta adalah mereka yang terdaftar sebagai anggota, membayar iuran sejumlah premi dan dapatkan dengan mekanisme atau aturan-aturan tertentu dikarenakan tanggung biaya kesehatan.

b) Badan asuransi

Badan asuransi yang bertanggung jawab mengumpulkan dan mengelola iuran serta pembayaran biaya kesehatan yang dibutuhkan peserta.

c) Penyediaan pelayanan

Penyediaan pelayanan adalah yang bertanggung jawab menyediakan pelayanan kesehatan bagi peserta dan untuk mendapatkan imbalan jasa dari badan asuransi.

3) Jenis asuransi kesehatan

Menurut Wika Adisasmito dalam Sistem Kesehatan Nasional (2010), asuransi kesehatan dibagi menjadi dua kategori yaitu:

a) Asuransi santunan cacat

Asuransi ini bertujuan untuk menggantikan sebagian dari kerugian keuangan ketika orang yang diasuransikan tidak dapat bekerja karena sakit atau cacat.

b) Asuransi biaya keperawatan

Asuransi ini bertujuan untuk membayar biaya perawatan medis akibat karena sakit atau kecelakaan.

Asuransi kesehatan banyak jenisnya dan tergantung pada ciri-ciri khusus yang dimiliki, maka asuransi kesehatan dapat dibedakan atas beberapa macam sebagai berikut (Azrul, 1996).

a) Ditinjau dari pengelolaan dana

Berdasarkan tinjauan dari pengelolaan dana, asuransi kesehatan dapat dibedakan menjadi:

1) Asuransi kesehatan pemerintah

Pemerintah ikut serta dalam pembiayaan kesehatan akan didapat keuntungan. Misalnya biaya kesehatan dapat diawasi, pelayanan kesehatan dapat distandarasi. Disamping itu, kekurangan dari asuransi kesehatan pemerintah yaitu berkaitan dengan mutu pelayanan kesehatan kurang sempurna.

2) Asuransi kesehatan swasta

Swasta diberikan kepercayaan untuk pengelolaan dana pembiayaan kesehatan keuntungan dari asuransi yang diselenggarakan oleh swasta yaitu mutu pelayanan relatif lebih baik, sedangkan kekurangannya adalah sulit mengawasi biaya kesehatan yang akhirnya dapat memberatkan pemakai jasa layanan kesehatan.

- b) Ditinjau dari keikutsertaan anggota, terbagi atas:
 - 1) Asuransi kesehatan wajib
Dikatakan sebagai asuransi kesehatan wajib yaitu apabila keikutsertaan peserta wajib. Pada umumnya asuransi kesehatan wajib berlaku jika asuransi kesehatan tersebut dikelola oleh pemerintah.
 - 2) Asuransi kesehatan sukarela
Asuransi kesehatan sukarela adalah keikutsertaan peserta tidak wajib. Bentuk ini jika asuransi dikelola oleh swasta.
- c) Ditinjau dari jenis pelayanan yang ditanggung, terbagi atas:
 - 1) Menanggung seluruh jenis pelayanan kesehatan pada sistem asuransi kesehatan jenis pelayanan yang ditanggung. Pengelola dana juga bertindak sebagai penyedia pelayanan.
 - 2) Menanggung sebagian pelayanan kesehatan pada sistem ini, yang ditanggung hanya sebagian pelayanan kesehatan saja. Contohnya pelayanan kesehatan yang membutuhkan biaya besar.
- d) Ditinjau dari jumlah dana yang ditanggung, terbagi atas:
 - 1) Menanggung seluruh biaya kesehatan yang diperlukan. Pada sistem ini biaya kesehatan ditanggung oleh asuransi kesehatan
 - 2) Menanggung pelayanan kesehatan dengan biaya yang tinggi.
Untuk mengatasi penggunaan yang berlebihan, asuransi kesehatan hanya menanggung pelayanan kesehatan yang membutuhkan biaya besar.
- e) Ditinjau dari jumlah peserta yang ditanggung terbagi atas:
 - 1) Peserta adalah perseorangan
 - 2) Peserta adalah suatu keluarga
 - 3) Peserta adalah suatu kelompok
- f) Ditinjau dari peranan badan asuransi, terdiri dari:
 - 1) Bertindak sebagai pengelola dana

Bentuk dari asuransi ini adalah bentuk klasik dari pembiayaan kesehatan yang apabila dikombinasikan dengan sistem pembiayaan kesehatan ke sarana kesehatan secara reimbursement, dapat mendorong tingginya pembiayaan kesehatan.

2) Bertindak sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan

Pada bentuk ini akan diperoleh beberapa keuntungan, yaitu dapat diawasinya biaya kesehatan, tetapi juga dapat mendatangkan kerugian yaitu kurang sesuainya pelayanan kesehatan dengan kebutuhan masyarakat.

g) Ditinjau dari cara pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan, terbagi atas:

1) Pembayaran berdasarkan jumlah kunjungan peserta
Pembayaran dilakukan berdasarkan kunjungan peserta yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Semakin banyak jumlah kunjungan, maka semakin besar uang yang diterima oleh penyedia pelayanan kesehatan.

2) Pembayaran dilakukan dimuka
Pembayaran dilakukan dimuka apabila pelayanan kesehatan selesai diselenggarakan.

4) Manfaat asuransi kesehatan

Dalam administrasi kesehatan (Azrul 1996), dapat disimpulkan bahwa manfaat dari asuransi kesehatan adalah sebagai berikut:

1) Membesarkan peserta dari kesulitan menyediakan dana tunai

2) Biaya kesehatan dan mutu pelayanan dapat diawasi

3) Tersedianya data kesehatan.

c. Asuransi Pendidikan

Masa depan anak adalah hal yang paling berharga bagi setiap orangtua. Sudah menjadi kewajiban kita sebagai orangtua untuk memberi bekal paling berharga bagi masa depan anak, yaitu pendidikan. Biaya pendidikan pun semakin meningkat tiap tahun, sebaiknya disiapkan sejak dini. Salah satu solusinya dapat melalui asuransi pendidikan. Selain dapat menyiapkan dana untuk pendidikan anak, kita pun dapat terlindungi.

asuransi pendidikan adalah jenis asuransi yang memberikan jaminan perlindungan dan investasi untuk anak sebagai pihak terjamin dan akan menjadi ahli waris pemegang polis. Jadi pengertian asuransi pendidikan adalah modal dari orang tua yang

diinvestasikan untuk kebutuhan pendidikan anak. Setiap orang tua tentu ingin memberikan pendidikan yang terbaik bagi anaknya. Namun hal tersebut tidak mudah. Di mana biaya pendidikan cenderung naik setiap tahunnya. Karena itu, perlu ada proteksi dan perencanaan. Salah satu caranya adalah menggunakan manfaat asuransi pendidikan anak. Asuransi jenis pendidikan menciptakan rasa aman di tengah gejolak finansial yang tidak menentu. Jika tidak mendapatkan pendidikan yang layak, kelak anak Anda akan kesulitan untuk bersaing dengan industri 4.0 dan seterusnya.

Manfaat asuransi pendidikan anak

Ada banyak manfaat asuransi pendidikan anak yang diperoleh. Untuk lebih lengkapnya, yuk simak penjelasannya berikut ini:

1) Menjamin Dana Pendidikan Anak di Masa Depan

Seperti pada tujuan utama dari asuransi pendidikan adalah menjamin segala pengeluaran untuk pendidikan anak. Biasanya biaya pendidikan anak akan tercover oleh pihak asuransi hingga jenjang perguruan tinggi. Akan tetapi, biaya yang dikeluarkan oleh pihak asuransi tergantung dari jenis biaya premi yang dibayarkan secara rutin.

Dengan adanya asuransi ini tentu Anda sebagai orang tua tidak perlu khawatir mengenai biaya dan tanggungan pendidikan anak di masa mendatang.

Manfaat lainnya, Anda tidak akan merasa kelimpungan saat anak sudah memasuki masa sekolah. Apalagi setiap tahun biaya pendidikan dan kebutuhan anak semakin meningkat. Dengan demikian kondisi finansial keluarga akan teratur.

2) Sekaligus Memperoleh Asuransi Jiwa

Biasanya instrumen asuransi untuk pendidikan sepaket dengan asuransi jiwa untuk pemegang polis. Ketika terdapat kejadian di luar dugaan seperti kematian dari pemegang polis, maka ahli waris akan mendapatkan uang pertanggungan juga.

Tentu hal ini merupakan suatu keuntungan dua kali lipat untuk pendaftar asuransi ini. Selain itu, dua paket asuransi ini membuat pembayaran asuransi atau premi lebih murah dibandingkan mendaftar salah satu jenis asuransi.

3) Merupakan Investasi Masa Depan

Mengikuti asuransi berpeluang untuk mendapatkan keuntungan tambahan dari hasil investasi asuransi tersebut.

Biaya dari premi yang dibayarkan secara rutin akan dikelola oleh pihak asuransi dalam bentuk investasi di pasar modal.

Apabila hasil investasi menguntungkan dan maksimal, Anda sebagai pemegang polis akan memperoleh laba tambahan.

Tentu hal tersebut memiliki syarat dan ketentuan yang berlaku ya. Tetapi besaran dana tidak dapat diprediksi sebab jenis investasinya tergolong beresiko. Untuk itu asuransi jenis ini lebih diminati karena bisa sekaligus berinvestasi.

c) **Asuransi Jaminan Hari Tua**

Menikmati hidup di masa pensiun setelah puluhan tahun bekerja adalah impian setiap orang. Menghabiskan waktu bersama cucu dan keluarga dan melakukan hobi yang tak sempat dikerjakan selama masa produktif akan menjadi agenda yang sangat menyenangkan untuk dijalani di masa pensiun. Namun, itu semua tentu butuh biaya. Asuransi menyediakan solusinya. Anda akan mendapat proteksi dan ketika masa pensiun tiba, Anda akan menerima sejumlah uang untuk menjalani masa pensiun.

Program Jaminan Hari Tua disingkat Program JHT adalah program jangka panjang yang diberikan secara berkala sekaligus sebelum Peserta memasuki masa pensiun, bisa diterimakan kepada janda/duda, anak atau ahli waris Peserta yang sah apabila Peserta meninggal dunia.

Program Jaminan Hari Tua memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib:
 - a) Prinsip asuransi sosial didasarkan pada mekanisme asuransi dengan pembayaran iuran antara pekerja dan Pemberi Kerja.
 - b) Prinsip tabungan wajib didasarkan pada pertimbangan bahwa manfaat JHT berasal dari akumulasi iuran dan hasil pengembangan.
2. Tujuan penyelenggaraan adalah untuk menjamin agar Peserta menerima uang tunai apabila memasuki masa pensiun, mengalami cacat total tetap, atau meninggal dunia.
3. Kepesertaan perorangan.
4. Manfaat berupa uang tunai dibayarkan sekaligus saat Peserta memasuki usia pensiun, meninggal dunia atau mengalami cacat total tetap.

Peserta JHT adalah seorang yang telah membayar iuran, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia yang telah membayar iuran. Peserta program JHT terdiri atas:

- a. Peserta Penerima Upah yang bekerja pada Pemberi Kerja selain penyelenggara negara; dan
- b. Peserta bukan penerima upah.

d) Asuransi Perjalanan

Fungsi asuransi perjalanan tak jauh beda dengan fungsi asuransi biasa, yaitu sebagai salah satu bentuk proteksi kepada nasabah dengan jangka waktu pendek, selama pembeli premi melakukan perjalanan hingga kembali pulang. Salah satu yang paling favorit adalah asuransi perjalanan selama ibadah haji.

Jenis Asuransi Perjalanan

Jenis asuransi perjalanan sendiri dibagi 4 jenis yakni berdasarkan tempat tujuan, jangka waktu, jumlah tertanggung dan tujuan perjalanan:

1) Berdasar tempat tujuan

Asuransi perjalanan jenis ini menawarkan dua produk perlindungan yakni asuransi perjalanan domestik dan internasional. Untuk internasional, bahkan seringnya terbagi lagi untuk kawasan Eropa, Asia Pasifik, Timur Tengah dan Amerika.

Pembagian tempat tujuan ini akan mempengaruhi jumlah premi yang mesti dibayar. Semakin aman kawasan yang dituju biasanya premi semakin ringan, sebaliknya jika tempat tujuan Anda rawan konflik biasanya premi ditetapkan cukup tinggi.

Selain itu negara dengan biaya kesehatan yang mahal juga akan mempengaruhi jumlah premi. Amerika Serikat misalnya, dikenal dengan perawatan medisnya yang mahal sehingga premi asuransi perjalanan yang ditetapkan ke Negeri Paman Sam ini cukup tinggi.

2) Berdasar jangka waktu

Tidak seperti asuransi jenis lain yang ditawarkan secara berjangka dan *whole time* alias seumur hidup, asuransi perjalanan ini perlindungannya lebih singkat. Setidaknya ada dua perlindungan yang ditawarkan yakni *annual travel insurance* dan *single trip insurance*.

Untuk jenis *annual* ini perlindungannya bisa mencapai 1 tahun namun untuk *single trip insurance* biasanya perlindungan untuk sekali perjalanan saja, maksimal umumnya adalah 90 hari. Jadi jika Anda termasuk kategori yang sering bepergian baik di dalam maupun luar negeri tidak ada salahnya memilih *annual travel insurance*.

3) Berdasar jumlah tertanggung

Selain kategori tempat tujuan dan jangka waktu, asuransi perjalanan juga bisa dipilih berdasarkan jumlah tertanggung yang akan bepergian dan membutuhkan perlindungan asuransi. Ada dua jenis yang ditawarkan dalam kategori ini yakni *individual travel insurance* dan *group travel insurance*.

Untuk group travel insurance ini biasanya diajukan oleh travel agent atau perusahaan yang ingin memberangkatkan seluruh karyawannya ke tempat tujuan yang sama. Harga premi untuk group travel insurance ini biasanya juga lebih murah.

4) Berdasar tujuan perjalanan

Sementara untuk asuransi perjalanan berdasarkan tujuan biasanya terbagi tiga yakni bisnis, liburan atau wisata religi. Perlindungan yang diberikan antara ketiganya jelas berbeda karena tempat yang dituju dan lama perjalanan juga tidak sama. Perjalanan bisnis misalnya, biasanya menawarkan tambahan perlindungan untuk barang berharga seperti gadget dan laptop.

Manfaat Asuransi Perjalanan

Sama halnya dengan asuransi jenis lain, asuransi perjalanan juga menawarkan perlindungan yang spesifik untuk Anda yang sering bepergian. Sejumlah manfaat yang ditawarkan sebuah asuransi perjalanan biasanya meliputi:

a) Menanggung biaya perawatan medis

Asuransi akan menanggung biaya perawatan medis para tertanggung selama mereka melakukan perjalanan di negara tujuan. Travel insurance akan menanggung biaya perawatan medis akibat kecelakaan, terserang penyakit, atau harus melakukan konsultasi dengan dokter. Seluruh biaya perawatan dari rawat inap hingga rawat jalan menjadi tanggungan perusahaan asuransi.

b) Kompensasi keterlambatan atau pembatalan perjalanan

Keterlambatan hingga pembatalan keberangkatan sering terjadi, terutama ketika kondisi cuaca sedang buruk. Asuransi perjalanan dapat mengurangi kerugian Anda atas batalnya penerbangan, dengan memberikan kompensasi atau ganti rugi berupa penginapan atau penjadwalan keberangkatan ulang.

Santunan atas kematian

Manfaat ini ditujukan bagi keluarga tertanggung. Asuransi akan memberikan santunan jika pemegang polis meninggal dunia selama perjalanan. Asuransi berupa Uang Pertanggungan akan diserahkan kepada ahli waris yang berhak menerima santunan atau sumbangan kematian. Santunan ini diharapkan dapat mengurangi beban finansial

- keluarga yang tinggalkan. Besar santunan berbeda-beda sesuai dengan pilihan premi jenis yang diambil.
- 5) Kerusakan bagasi dan kehilangan barang pribadi
Perusahaan asuransi bakal menanggung kerusakan terkait kasus bagasi, sehingga Anda tak perlu khawatir kehilangan isi didalamnya yang penting. Selain itu kehilangan dokumen penting seperti paspor dan identitas diri lain juga menjadi tanggung jawab pihak asuransi.
Selain itu untuk perjalanan bisnis biasanya pelindung tambahan berupa resiko kehilangan barang berharga seperti gadget dan laptop menjadi tanggungan perusahaan asuransi.
 - 6) Perlindungan rumah yang ditinggalkan
Bentuk perlindungan juga diberikan untuk harta benda atau properti yang Anda tinggalkan selama perjalanan. Kebakaran, bencana alam dan perampokan menjadi salah satu tanggungan perusahaan asuransi. Sehingga Anda dapat bepergian dengan perasaan aman dan nyaman, karena barang berharga yang ditinggalkan sudah diberi perlindungan.
 - 7) Biaya pemulangan jenazah
Kematian bisa datang kapan saja, termasuk ketika sedang berlibur. Kehadiran asuransi akan membantu pemegang polis melakukan pemulangan jenazah saat tidak ada teman maupun kerabat yang mendampingi ketika masa perjalanan. Seluruh biaya perawatan hingga pemulangan jenazah akan menjadi tanggungan perusahaan asuransi.
 - 8) Biaya kunjungan keluarga
Pihak asuransi akan menanggung biaya perjalanan keluarga tertanggung jika terpaksa harus menemani pemegang polis menjalani perawatan di rumah sakit. Sehingga Anda tak perlu bingung ketika harus menjalani rawat inap ketika sedang berada di luar negeri karena perusahaan asuransi akan menghadirkan orang terdekat ke sisi Anda.

C. Rangkuman

Asuransi kesehatan merupakan merupakan suatu produk atau layanan yang memberikan jaminan perlindungan kepada pihak tertanggung. Asuransi dibuat atas kesepakatan kedua belah pihak yaitu pihak penanggung (perusahaan asuransi) dan pihak tertanggung (konsumen). Mengenai ketentuan yang menjadi cakupan dari pertanggungan serta manfaat yang diberikan tertuang dalam suatu dokumen perjanjian yang disebut sebagai polis. Selanjutnya, terkait segala ketentuan mengenai dasar hukum, tata cara pelaksanaan, dan perlindungan konsumen dalam perusahaan asuransi diatur melalui peraturan perundang-undangan. Dalam memilih produk asuransi terutama jenis asuransi kesehatan, diperlukan

pemahaman dari kedua belah pihak terutama konsumen terkait objek pertanggunggaan. Pihak tertanggung sering kali kurang memperhatikan secara detail ketentuan-ketentuan yang menjadi objek pertanggunggaan, di sisi lain pihak penanggung baik melalui tenaga pemasar maupun agen atau Pialang asuransi juga kurang menjelaskan secara detail kepada pihak tertanggung.

D. Tugas

1. Sebutkan dan jelaskan cara memilih produk asuransi yang tepat ?
2. Jelaskan perbedaan asuransi jiwa dan kesehatan?
3. Sebutkan apa saja yang dicover oleh perusahaan asuransi?
4. Apakah polis asuransi bisa dibatalkan?
5. Jelaskan manfaat asuransi?
6. Sebutkan siapa saja yang perlu memiliki asuransi kesehatan?
7. Jelaskan keunggulan dari asuransi kesehatan?
8. Jelaskan bagaimana cara memilih asuransi jiwa yang tepat?
9. Apakah nilai pertanggunggaan asuransi kesehatan dibatasi?
10. Apakah dana premi asuransi bisa sewaktu-waktu diambil?

E. Referensi

- Boy S. Sabarguna. 2012. Asuransi Kesehatan Perspektif Rumah Sakit. Universitas Indonesia. Jakarta.
- Hasbullah Thabrany. 2015. Jaminan Kesehatan Nasional. PT RajaGrafindo Persada. Jakarta.
- Mulyadi Nitisusastro. 2013. Asuransi dan Usaha Parasuransian di Indonesia. Alfabeta. Bandung.
- R. Permata Hastuti A, F. Milla Fitri. 2016. Asuransi Konvensional, Syari'ah dan BPJS. Params Publishing. Yogyakarta.
- Wiku Adisasmito, 2012. Sistem Kesehatan. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta
- Wiku Adisasmito, 2014. Sistem Kesehatan Edisi Kedua. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta.

F. Glosarium

- Universal Coverage* : Program yang memastikan masyarakat memiliki akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa harus menghadapi kesulitan finansial.
- out of pocket* : Uang yang kita korbakan dari dompet kita untuk mendapatkan suatu manfaat
- pre paid system* : Cara pembayaran yang pemilik kartu terlebih dahulu mendeposit sejumlah uang untuk nantinya digunakan sebagai alat pembayaran
- term life* : Kontrak **asuransi** Jiwa berjangka yang uang pertanggunggaannya dibayarkan pada saat terjadi

	kematian bertanggung dalam masa perlindungan yang masih berlaku
<i>whole life</i>	: Asuransi yang memberikan perlindungan jiwa bagi pemegang polis selama masa hidup yang persyaratannya adalah melakukan pembayaran premi asuransi secara rutin untuk menjaga polis asuransi tetap aktif
<i>lapse</i>	: Penghentian penanggungan asuransi sebagai akibat tidak dibayarnya premi dan biaya-biaya polis yang sudah jatuh tempo atau nilai tunai yang dimiliki sudah tidak mencukupi untuk membayar premi dan biaya-biaya lagi
<i>Endowment</i>	: nama lain dari asuransi jiwa dwiguna. Asuransi jenis ini sesuai dengan namanya memiliki dua manfaat.

G. Indeks

UUD	: Undang-Undang Dasar
JPKM	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
JHT	: Jaminan Hari Tua

BAB V

PENYELENGGARAAN ASURANSI KESEHATAN

Tuti Herawati, SKM, MM

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mampu memahami sistem penyelenggaraan asuransi kesehatan
2. Mampu memahami klaim asuransi kesehatan
3. Mampu memahami fitur aplikasi asuransi kesehatan

B. Materi

1. Sistem Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan

Sistem pembayaran pelayanan kesehatan merupakan sistem yang mengatur tentang proses/tata cara membayar layanan kesehatan. Sistem pembayaran pelayanan kesehatan telah diatur secara tegas di Peraturan Presiden tentang Jaminan kesehatan pasal 39 yaitu menggunakan mekanisme kapitasi untuk pelayanan kesehatan tingkat pertama dan mekanisme INA-CBGs untuk pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Penggantian biaya pada pelayanan kesehatan dari perusahaan asuransi atau penanggung jawab pembiayaan pasien merupakan aliran dana konstan yang dapat diandalkan dan menjaga kelangsungan kegiatan operasional fasilitas pelayanan kesehatan.

Penggantian biaya hanya terjadi jika klaim diajukan segera dan pihak pembayar menyetujui klaim tersebut. Keterlambatan pembayaran klaim dapat menyebabkan fasilitas kesehatan untuk mencari sumber pendapatan sementara, seperti pinjaman bank yang disebut kredit revolving, sampai klaim diganti. Persyaratan pengajuan klaim yang lengkap menjadi syarat mutlak agar pihak pembayar dapat menyetujui dan membayarkan klaim yang ditagihkan.

2. Klaim Asuransi Kesehatan

Secara umum ada 3 sistem pembayaran klaim asuransi kesehatan, yaitu:

a. Klaim Asuransi Kesehatan dengan Sistem Reimbursement.

Reimbursement adalah penggantian biaya (klaim). Sistem reimbursement mengharuskan pemegang polis asuransi kesehatan menanggung biaya medis dari uang pribadi terlebih dahulu dan kemudian biaya tersebut ditagihkan ke perusahaan asuransi kesehatan dengan melampirkan kuitansi pembayaran yang diterima dari pihak rumah sakit.

Gambar 3. Formulir Reimbursement (Klaim)

Contoh kasus seorang pasien yang selesai berobat ke dokter umum, minta dibuatkan kuitansi yang akan dipakai untuk reimbursement yang bermakna mengganti uang yang sudah dikeluarkan seseorang untuk suatu pembayaran sesuai dengan perjanjian dengan instansi penjamin.

b. Klaim Asuransi Kesehatan dengan Sistem Cashless (gesek kartu)



Gambar 4. Mesin Gesek Kartu

Sistem klaim ini paling banyak digunakan saat ini. Saat nasabah asuransi sakit, ia hanya perlu menunjukkan kartu peserta asuransi (biasanya berbentuk seperti kartu ATM) ke rumah sakit provider untuk membayar biaya rumah sakit sesuai dengan plafon yang ditetapkan. Banyak kemudahan yang diberikan. Salah satunya tanpa perlu persiapan dana lebih dahulu saat sakit, Anda sudah bisa langsung berobat. Proses klaimnya adalah saat Anda menunjukkan kartu anggota asuransi kepada pihak rumah sakit. Semua pembiayaan pengobatan di rumah sakit atau klinik menjadi tanggungan perusahaan asuransi yang nantinya akan ditagih pihak rumah sakit. Pengurusan tagihan klaim dilakukan rumah sakit ke perusahaan asuransi yang bersangkutan. Sistem cashless memberikan kemudahan proses klaim tanpa perlu uang muka. Hal ini cocok bagi Anda yang merantau atau bekerja jauh dari keluarga atau yang tidak siap dengan dana darurat/cadangan. Namun, kekurangannya adalah tidak semua rumah sakit bekerja sama dengan

asuransi yang Anda ikuti. Hal ini cukup merepotkan mana kala Anda tinggal di lokasi yang jauh dari rumah sakit provider asuransi tersebut.

c. Klaim Asuransi Kesehatan dengan Sistem Santunan



Gambar 5. Klaim Santunan

Sistem klaim asuransi kesehatan berikutnya adalah model santunan. Tidak peduli Anda berobat di rumah sakit mana, sakitnya apa, dan habis biaya berapa banyak jika menggunakan sistem santunan ini, perusahaan asuransi akan memberikan santunan harian selama Anda dirawat di rumah sakit. Besarnya santunan biasanya telah disepakati dalam polis antara Anda dan perusahaan asuransi.

Proses klaim untuk mendapatkan santunan membutuhkan sejumlah dokumen yang harus Anda lampirkan, seperti formulir klaim asuransi, kuitansi pengobatan, diagnosis sakit, dan sejumlah dokumen lainnya

3. Reimbursement Asuransi Kesehatan Swasta

a. Definisi Asuransi

Asuransi yang akan kita bahas adalah asuransi kesehatan, asuransi kesehatan merupakan asuransi jiwa yang obyeknya jiwa. Tujuan asuransi kesehatan adalah pemeralihkan risiko sakit dari tertanggung kepada penanggung. Sehingga kewajiban penanggung adalah memberikan pelayanan (biaya) perawatan kesehatan kepada tertanggung apabila sakit. Adapun sistem asuransi kesehatan bertujuan untuk melindungi masyarakat dalam kesulitan ekonomi dalam pembiayaan pelayanan kesehatan. Untuk itu perlu kita jelaskan pengertian asuransi dari berbagai sumber, yaitu:

Menurut Undang-Undang

1) **Pasal 1 butir 1 Undang-undang Nomor 2 Tahun 1992**

Pasal 1 butir 1 Undang-undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian merumuskan bahwa asuransi merupakan :

“Perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri pada Tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada Tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum pihak ketiga yang mungkin akan diderita Tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.”

2) **Pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD)**

Sedangkan dalam pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD) pengertian asuransi adalah :

“Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang Tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk penggantian kepadanya karena suatu kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tidak tentu.”

3) **Menurut Para ahli**

a) **Prof. Wiryono Prodjodikoro, S.H.**

Prof. Wiryono Prodjodikoro, S.H. berpendapat bahwa Asuransi merupakan suatu persetujuan oleh pihak yang menjamin berjanji kepada pihak yang dijamin, untuk menerima sejumlah uang sebagai pengganti kerugian yang mungkin diderita oleh yang dijamin, karena akibat dari suatu peristiwa yang belum jelas.

b) **Prof. Mehr Dan Cammack**

Prof. Mehr Dan Cammack menyatakan bahwa Asuransi adalah suatu alat untuk mengurangi risiko keuangan, dengan cara pengumpulan unit-unit exposure dalam jumlah yang memadai, untuk membuat agar kerugian individu dapat diperkirakan. Kemudian kerugian yang dapat diramalkan itu dipikul merata oleh mereka yang tergabung.

Pengertian Asuransi bila ditinjau dari segi hukum adalah: "Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara 2 (dua) pihak atau lebih dimana pihak tertanggung mengikat diri kepada penanggung, dengan menerima premi-premi Asuransi untuk memberi penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang di harapkan atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan

diderita tertanggung karena suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberi pembayaran atas meninggal atau hidupnya seseorang yang di pertanggungkan."

Asuransi kesehatan merupakan satu jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan nasabah asuransi tersebut apabila mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan. Jenis perawatan yang ditawarkan perusahaan-perusahaan asuransi, yaitu rawat jalan dan rawat inap seperti biaya dokter, lab, obat dll. Besar biaya yang ditanggung biasanya ditentukan oleh limit maksimum untuk masing-masing komponen per kunjungan/per tahun dan frekuensi maksimum kunjungan dalam satu tahun. Pembatasan juga diberlakukan dengan mewajibkan rujukan dokter umum sebelum ke dokter spesialis, atau pertanggungangan hanya diberikan bila pelayanan kesehatan dilakukan oleh penyedia layanan yang terdaftar. Asuransi rawat jalan hanya merupakan manfaat tambahan dari asuransi rawat inap.

4. Jenis-jenis Asuransi Kesehatan

Jenis asuransi menurut Muhammad Idris, 2010 dapat dilihat dari pengelola dana, dari keikutsertaan anggota, dari jumlah dana yang ditanggung, dari jumlah peserta yang ditanggung dan dari cara penggantian perusahaan.

a. Dilihat dari Pengelola Dana

1) Pemerintah

Pengelola asuransi dilakukan oleh pemerintah sehingga pemberian keuntungan biaya kesehatan lebih mudah diawasi. Misalnya saat ini seluruh warga Indonesia baik yang mampu maupun yang tidak mampu ikut dalam JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) yang penyelenggaraannya dilakukan oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial).

2) Swasta

Pengelola dana (premi) dilakukan oleh swasta, kekurangannya sulit mengawasi biaya kesehatan. Asuransi kesehatan swasta atau *privatehealthcare*, adalah asuransi yang disediakan oleh institusi swasta non-pemerintah. Anda tentu sudah akrab mendengar nama seperti Axa Mandiri, Sinarmas, Allianz, Manulife, Prudential, Cigna, dan lain sebagainya (Gambar.5). Perusahaan-perusahaan asuransi swasta yang banyak menyediakan produk asuransi kesehatan swasta dan bekerja sama dengan rumah sakit sebagai provider pelayanan kesehatan.



Gambar 5. Contoh Asuransi Kesehatan swasta yang dilayani di rumah sakit

- b. Dilihat dari keikutsertaan anggota
 - 1) Wajib

Individu diwajibkan untuk membeli polis asuransi kesehatan. Para karyawan dalam sebuah perusahaan harus mengikuti aturan perusahaan untuk membeli polis asuransi kesehatan, biaya premi akan diambil dari gaji setiap bulan.
 - 2) Sukarela

Setiap orang memiliki kebebasan untuk memilih membeli atau tidak membeli asuransi kesehatan tersebut
- c. Dilihat dari jumlah dana yang ditanggung
 - 1) Seluruh biaya kesehatan di anggung

Perusahaan asuransi akan menanggung semua biaya perawatan nasabah tersebut mulai dari rawat jalan, rawat inap, melahirkan atau perawatan untuk mata.
 - 2) Biaya kesehatan yang ditanggung hanya yang tinggi saja

Perusahaan asuransi kesehatan hanya akan memberikan ganti rugi jika biaya perawatan yang dikeluarkan nasabah dalam jumlah besar. Biaya kecil tidak menjadi tanggungan biaya perusahaan melainkan nasabah sendiri.
- d. Dilihat dari yang ditanggung
 - 1) Personal

Perusahaan asuransi akan memberikan perlindungan kesehatan untuk personal dengan syarat orang tersebut merupakan warganegara indonesia

2) Kelompok

Pengertian dari kelompok dapat dari perusahaan, yaitu perusahaan akan meminta data dari karyawannya atau dari keluarga akan meminta jumlah keluarga yang ditanggung asuransinya.

e. Dilihat dari cara penggantian

1) *Cashless*

Adalah cara penggantian ganti rugi dengan langsung member kartu anggota asuransi pada rumah sakit rekanan perusahaan asuransi tersebut.

2) *Reimbursement*

Adalah cara pengajuan ganti rugi dengan cara nasabah membayar seluruh biaya perawatan dirumah sakit terlebih dahulu, setelah dirawat pasien mengurus ke asuransi, melengkapi dokumen yang diperlukan dan mengajukan ke perusahaan asuransi untuk meminta ganti rugi pembayaran rumah sakit.

5. **Prosedur Klaim Asuransi**

Sakit merupakan kondisi manusiawi yang bisa dialami siapa saja, waktunya tidak bisa diprediksi, perlu menyiapkan solusi atas risiko ini. Lebih penting lagi untuk diketahui bahwa biaya kesehatan sering seolah “tidak terbatas” alias mahal sehingga proteksi dalam bentuk asuransi kesehatan lebih tepat dibandingkan sekadar dana cadangan.

Jumlah produk asuransi kesehatan sangatlah beragam dan memiliki premi, cara klaim serta sistem pembayaran yang berbeda-beda. Sistem pembayaran klaim asuransi, sudah dijelaskan di pendahuluan Bab ini, ada sistem reimbursement, sistem *cashless* (gesek kartu) dan sistem santunan. Pemegang polis harus memahami sistem pembayaran yang digunakan oleh asuransinya, begitu juga rumah sakit sebagai provider atau penyedia layanan kesehatan harus memahami MoU (*Memorandum of Understanding*) berkaitan dengan pelayanan asuransi tersebut, dalam hal ini yang sangat perlu mamahami aturan kerja sama adalah bagian pendaftaran yang merupakan satu kegiatan yang ada di Unit Rekam Medis. Bagian Pendaftaran sebagai pintu gerbang utama harus memahami aturan asuransi yang bekerjasama dengan rumah sakit, manfaat layanan kesehatan yang bisa didapat pasien sampai persyaratan administrasi pasien yang perlu dilengkapi untuk klaim asuransi. Selain bagian pendaftaran, pemberi pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat,

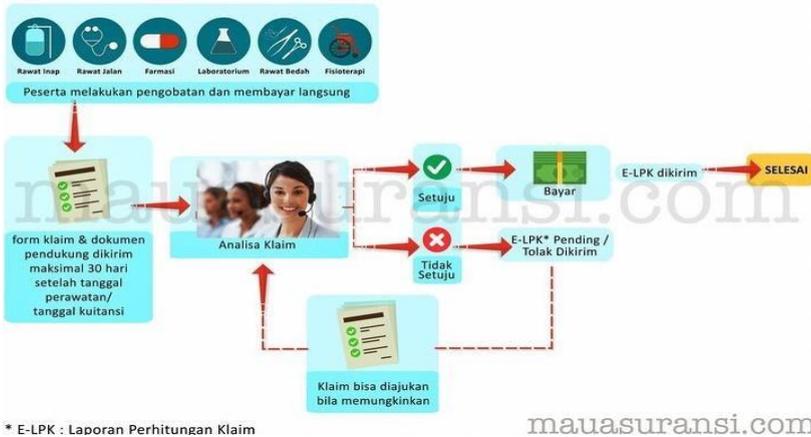
fisioterapis, apoteker, tenaga kesehatannya juga harus memahami kelengkapan dokumen klaim yang diperlukan.

Alur proses klaim provider/rumah sakit dimulai saat peserta asuransi kesehatan melakukan registrasi, petugas registrasi/pendaftaran rumah sakit akan melakukan verifikasi antara lain data data peserta dengan identitas/kartu asuransi, masa berlaku kartu asuransi, manfaat yang tertera dalam kartu asuransi atau MoU dengan provider/rumah sakit, kemudian bila tidak divalid peserta akan membayar tunai/ cash, bila valid maka petugas memproses registrasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan pasien, selanjutnya peserta asuransi akan diberikan perawatan, setelah selesai perawatan peserta asuransi akan memproses pulang rawat ke petugas rumah sakit/ billing, petugas akan mengecek *excess*/kelebihan biaya perawatan bila ada *excess* akan dibayar langsung, bila tidak *excess* dijamin asuransi, kemudian peserta asuransi pulang dari perawatan rumah sakit (gambar. 6).



Gambar 6 Flow proses klaim provider

Flow Proses Klaim Reimbursement



Gambar 7. Flow proses klaim reimbursement

Proses Klaim Reimbursement, peserta asuransi maupun provider/rumah sakit perlu melengkapi dokumen berikut :

a. Lengkapi Formulir Pengajuan Klaim

Isi formulir dengan lengkap pengajuan klaim yang sesuai pada klaim apa yang hendak diajukan (rawat jalan atau rawat inap/ pembedahan). Semua detail yang berkaitan pada pemegang polis, misalnya: nomor ID atau nomor paspor, nomor polis atau nomor anggota, nama pemegang polis, dan lain sebagainya, harus diisi dengan lengkap. Untuk asuransi yang bekerja sama dengan provider/ rumah sakit, formulir klaim diisi saat pasien melakukan registrasi, setiap asuransi kesehatan punya formulir pengajuan klaim, beberapa contoh formulir klaim dapat dilihat pada gambar 1.

Yang perlu diperhatikan dalam formulir selain data identitas peserta tersebut :

- Data informasi medis yang ditulis oleh dokter yang memeriksa baik dokter umum maupun dokter spesialis, berupa keluhan, diagnose, terapi/ obat-obat yang diberikan, pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan, dan tindakan lanjut perawatan pasien.
- Nama, tanda tangan dokter yang memeriksa serta stempel rumah sakit

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN & GIGI (Provider)
OUTPATIENT & DENTAL FORM

Mohon isi formulir dibawah ini dengan lengkap dan jelas

Please fill this form completely.

I. Identitas Pasien (diisi oleh pasien/peserta)

Patients' Identity

Nama Pasien : Patient Name	No Medical Record Medical Record No
No Peserta : Card No	Nama Perusahaan : Company / Insurance
Tanggal Lahir : Date of Birth (dd/mm/yyyy)	Status Pasien : Patient
	<input type="checkbox"/> Karyawan Employee
	<input type="checkbox"/> Istri/Suami Spouse
	<input type="checkbox"/> Anak Child

II. Kosultasi dokter

Nama Klinik / RS : Name of Clinic/ Hospital	Tanggal Pengobatan : Admission Date (dd/mm/yyyy)
Nama Dokter : Doctor's Name	

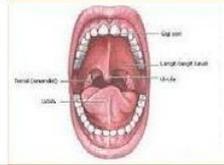
III. Hasil Pemeriksaan Rawat Jalan (diisi oleh dokter pemeriksa)

Doctor's Consultation (to be completed by treating doctor)

Keluhan I Chief Complaint :
Diagnosa Utama I Primary Diagnosis :
Diagnosa Tambahan I Secondary Diagnose :
Terapi I Therapy :
Anjuran I Recommendation :

IV. Hasil Pemeriksaan Gigi (diisi oleh dokter pemeriksa)

Dentist's Consultation (to be completed by treating doctor)

Diagnosa : Diagnosis Tindakan : Treatment Jenis Tindakan : <ul style="list-style-type: none"> o Konsultasi I Consultation o Pembersihan karang I Scalling o Tambal Analgam I Filling o Cabut Gigi I Extracide o Perawatan akar gigi I Root Canal o Rontgen Gigi I X Ray 		Gigi Perawatan (Gig Itang) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Atas Kanan</th> <th>Atas Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>18</td><td>17</td></tr> <tr><td>16</td><td>15</td></tr> <tr><td>14</td><td>13</td></tr> <tr><td>12</td><td>11</td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td></tr> <tr><td>23</td><td>24</td></tr> <tr><td>25</td><td>26</td></tr> <tr><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>48</td><td>47</td></tr> <tr><td>46</td><td>45</td></tr> <tr><td>44</td><td>43</td></tr> <tr><td>42</td><td>41</td></tr> <tr><td>31</td><td>32</td></tr> <tr><td>33</td><td>34</td></tr> <tr><td>35</td><td>36</td></tr> <tr><td>37</td><td>38</td></tr> </tbody> </table>	Atas Kanan	Atas Kiri	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		Atas Kanan	Atas Kiri																																	
18	17																																			
16	15																																			
14	13																																			
12	11																																			
21	22																																			
23	24																																			
25	26																																			
27	28																																			
48	47																																			
46	45																																			
44	43																																			
42	41																																			
31	32																																			
33	34																																			
35	36																																			
37	38																																			
Gigi dicabut (Gig Susu) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Atas Kanan</th> <th>Atas Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>55</td><td>54</td></tr> <tr><td>53</td><td>52</td></tr> <tr><td>51</td><td>50</td></tr> <tr><td>52</td><td>51</td></tr> <tr><td>54</td><td>53</td></tr> <tr><td>56</td><td>55</td></tr> <tr><td>57</td><td>56</td></tr> <tr><td>58</td><td>57</td></tr> </tbody> </table>	Atas Kanan	Atas Kiri	55	54	53	52	51	50	52	51	54	53	56	55	57	56	58	57	<p>*Lingkari gigi yang diperiksa</p>																	
Atas Kanan	Atas Kiri																																			
55	54																																			
53	52																																			
51	50																																			
52	51																																			
54	53																																			
56	55																																			
57	56																																			
58	57																																			

V. Pasien ini mendapatkan surat istirahat sakit : Ya/ Yes Tidak/ No **Jika ya, berapa hari:**

This Patient is entitled to medical leave. If Yes, No of days

VI. Pernyataan Pemberi Kuasa

Dengan ini saya memberikan kuasa penuh kepada setiap dokter RS , klinik , puskesmas, perusahaan asuransi atau organisasi lainnya yang telah memeriksa, melakukan tindakan/ operasi atau merawat saya karena sebab apapun, untuk memberikan keterangan lengkap termasuk riwayat medis saya sebelumnya kepada perusahaan Asuransi / PT.Admedika . Dalam hal ini saya akan mengganti kepada perusahaan / Asuransi untuk biaya excess & pengecualian yang tidak dipertanggungjawabkan dalam polis. Saya menyatakan semua yang tertulis ini benar dan dibuat tanpa paksaan dari pihak manapun, copy pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya

I hereby authorize any physician of hospital, clinic, public health services, insurance company or other organization who has treated me to my medical record and information including my past medical history to insurance company / PT Admedika. I will pay the excess in accordance to my medical benefit plan and exclusions as written in my policy. I declare the above statement is written truthfully without force from any one. A copy of this statement should be as valid and legal as the original

Tanda tangan pasien (atau orang tua jika usia < 17 tahun)
Patient/ Guardian

Tanda Tangan Dokter yang Merawat
Treating Doctor

Gambar 8. Contoh Klaim Asuransi Rawat Jalan

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP

(Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung)

Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap, dan jelas.

Yang bertandatangan di bawah ini :

Data Pemegang Polis & Tertanggung	
Nama Pemegang Polis	_____
Nama Tertanggung	_____
No. Polis	_____
Nomor Telepon / Handphone	_____ Nomor KTP / Identitas lain : _____

Menerangkan bahwa:

Data Pasien Nama Pasien : _____ Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita Nama panggilan / nama lain / alias : _____ Tempat, Tanggal lahir : Usia _____ ; _____ Tahun Nomor KTP / Identitas lain : _____	
Telah dirawat inap pada : Periode Perawatan _____ Nama & alamat Rumah Sakit _____ Dokter yang merawat _____ No. Kartu Pasien _____	Dan (tg/bis/thn) _____ s/d (tg/bis/thn) _____ _____ _____
Jika rawat inap karena Penyakit Keluhan & gejala yang menyebabkan masuk rumah sakit _____ Sejak kapan keluhan & gejala tersebut pertama kali muncul _____ Nama / Diagnosa penyakit _____	Tanggal / bulan / tahun : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> atau sejak _____
Jika rawat inap karena Kecelakaan Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan _____ Keadaan luka secara terperinci _____ Kronologis terjadinya kecelakaan* _____	_____, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal / bulan / tahun _____
Jika rawat inap karena penyebab lain Apakah penyebab rawat inap disebabkan oleh pengaruh alkohol/ narkotika/ obat-obatan/ lainnya ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Mohon jelaskan* : _____
Apakah anda memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, Kencing manis, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, HIV, atau penyakit lainnya ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Jika Ya, Penyakit : _____ Didenta sejak : _____
Nama Dokter/ Rumah Sakit/ Puskesmas/ Laboratorium/ Balai Pengobatan apapun yang pernah anda kunjungi untuk konsultasi penyakit lainnya ?	_____
Polis lain yang dimiliki oleh Tertanggung	Nama Perusahaan Asuransi : _____ Nama Program Asuransi : _____ No. Polis : _____
Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke : Nama : _____ No. Rekening : _____ Mata Uang : <input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> US\$ Bank : _____ Cabang : _____	

*Gunsakan lembar tambahan jika diperlukan

Halaman 1 / 2

Gambar 9. Contoh Klaim Asuransi Rawat Inap

- b. Sediakan dokumen asli, rekam medis (catatan medis) dan tagihan

Sesuai dengan klaim yang diajukan, jika klaim tersebut berhubungan dengan rawat jalan, rawat inap atau perawatan medis, sertakan seluruh dokumen asli bersama dengan tagihan atau kuitansi, catatan medis asli atau fotokopi, serta dokumendokumen pendukung yang lain:

- nama dan harga obat-obatan yang diberikan selama perawatan,
 - perincian nama / jenis dan harga alat-alat medis yang dipakai selama perawatan,
 - perincian nama/jenis dan harga pemeriksaan laboratorium, X-ray, dan lain-lain pemeriksaan yang dilakukan selama perawatan,
 - perincian jenis dan biaya lain-lain yang terdapat dalam kuitansi sehingga jumlah keseluruhannya sesuai dengan jumlah biaya yang tercantum dalam kuitansi yang diserahkan kepada perusahaan asuransi kesehatan (asli/fotokopi legalisir),
 - hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, X-ray, CT scan, USG, dan lain-lain pemeriksaan) yang dilakukan oleh nasabah selama perawatan.
- c. Sertakan seluruh dokumen yang diminta bersamaan formulir pengajuan klaim
- Saat formulir pengajuan klaim telah diisi lengkap dan segala dokumen yang dibutuhkan sudah lengkap, berikan pada perusahaan asuransi melalui email atau pos

6. Reimbursement Asuransi Kesehatan Pemerintah

a. Pengertian BPJS

BPJS kesehatan (badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan) merupakan BADAN HUKUM PUBLIK yang bertanggung jawab langsung kepada presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan JAMINAN KESEHATAN NASIONAL bagi seluruh rakyat INDONESIA, terutama untuk PEGAWAI NEGERI SIPIL, penerima 67ouble67 PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan badan usaha lainnya ataupun rakyat biasa. Pada awal implementasi BPJS kesehatan sempat membuat permasalahan dan kebingungan tersendiri di lapangan khususnya terkait dengan karyawan perusahaan yang saat ini sudah terbiasa mendapatkan layanan asuransi swasta namun tetap harus mendaftar sebagai peserta BPJS

Kesehatan karena sifat jaminan double ini sudah wajib bagi semua warga. Bagi perusahaan, aturan wajib ini membuat pihak perusahaan mendapatkan beban ganda harus MEMBAYAR POLIS BPJS Kesehatan dan juga polis asuransi swasta yang saat ini sudah ada. Permasalahan lain, klaim BPJS Kesehatan ternyata bertingkat mulai dari pengobatan di faskes (fasilitas kesehatan) tingkat pertama dan seterusnya (klaim berjenjang). Bagi yang terbiasa dengan asuransi swasta tentu ini akan sangat merepotkan, misalnya saja saat peserta asuransi sakit jantung maka dia terbiasa langsung berobat ke dokter spesialis jantung, namun jika menggunakan BPJS Kesehatan maka dia harus berobat lebih dahulu ke dokter layanan primer baru melakukan rujukan berjenjang. Bila pasien mempunyai asuransi selain BPJS Kesehatan, banyak masyarakat dan rumah sakit yang bingung aturan klaim: apakah boleh klaim menggunakan asuransi komersil dan sekaligus klaim BPJS Kesehatan? Apakah nasabah bisa mendapatkan keuntungan (berupa uang tunai) dari klaim tersebut? Dan lain sebagainya. Beberapa kendala seperti ini menjadi bahan diskusi antara asuransi swasta dan BPJS Kesehatan yang menghasilkan solusi dengan dibuatnya skema kerjasama manfaat, atau istilahnya adalah **CoB (Coordination of Benefit)**.

Proses klaim juga semakin mudah, artinya jika peserta program BPJS Kesehatan punya CoB dengan asuransi swasta maka saat dia sakit bisa berobat di rumah sakit yang dia pilih dengan memilih rujukan dari rumah sakit yang kerja sama dengan asuransi swasta tersebut. Selama ini kendala peserta BPJS Kesehatan adalah saat klaim harus melalui mekanisme rujukan berjenjang dari faskes tingkat 1 dan seterusnya. Dengan makin banyaknya asuransi yang bermitra dengan BPJS Kesehatan dalam bentuk CoB maka akan memudahkan nasabah memilih layanan kesehatan yang dia inginkan sesuai dengan rujukan sakit yang dia dapatkan.

b. Aturan Dan Kepesertaan BPJS

1) Aturan Pelayanan BPJS

Pelayanan Kesehatan peserta BPJS yang tercantum dalam Permenkes No.71 Tahun 2013, Peraturan BPJS Kesehatan No.1 Tahun 2014 (gambar 2.9) adalah sebagai berikut.

- a) Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan kesehatan perorangan, meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan obat, bahan medis habis pakai sesuai dengan indikasi medis yang diperlukan.
- b) Pelayanan kesehatan dilaksanakan berjenjang sesuai kebutuhan medis mulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan meliputi

pelayanan pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap, persalinan sampai anak ketiga di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun tingkat lanjutan, ambulans untuk pasien rujukan.

- c) Pelayanan gawat darurat dapat diperoleh sesuai dengan kriteria kegawatdaruratan di setiap fasilitas kesehatan.
- d) Penjaminan bayi baru lahir untuk PBI otomatis dijamin BPJS, untuk peserta pekerja penerima upah sampai anak ke 3 dijamin BPJS, selain itu bayi baru lahir dijamin hingga hari ke7, kemudian harus segera didaftarkan sebagai peserta bila tidak hari ke8 tidak dijamin BPJS.
- e) Skrining kesehatan dapat diberikan secara perorangan maupun kolektif, untuk penyakit diabetes mellitus type 2 (Non Insulin Diabetes Dependent Mellitus), hipertensi, kanker leher rahim, kanker payudara, penyakit lain yang ditetapkan oleh menteri.
- f) Bila dalam suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan maka BPJS kesehatan memberikan kompensasi berupa penggantian uang, pengiriman tenaga kesehatan, penyediaan fasilitas kesehatan tertentu.

2) Kepesertaan BPJS

Peserta BPJS Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi:

- a) Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (**PBI**): fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b) Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (**Non PBI**), terdiri dari :



Gambar 10 Kartu Identitas Peserta BPJS Kesehatan

3) Prosedur Klaim BPJS kesehatan

Prosedur klaim BPJS Kesehatan melalui beberapa tahapan, yaitu :

- Surat rujukan dari Faskes Tingkat 1 sesuai yang tertera pada kartu identitas peserta
- SEP (Surat Eligibilitas Peserta)
- Surat keterangan medis
- Bukti biaya kesehatan
- Resep alat kesehatan (bila ada)
- Hasil pemeriksaan penunjang (bila ada)
- Berkas klaim individual pasien

4) Penggunaan Fitur Aplikasi BPJS

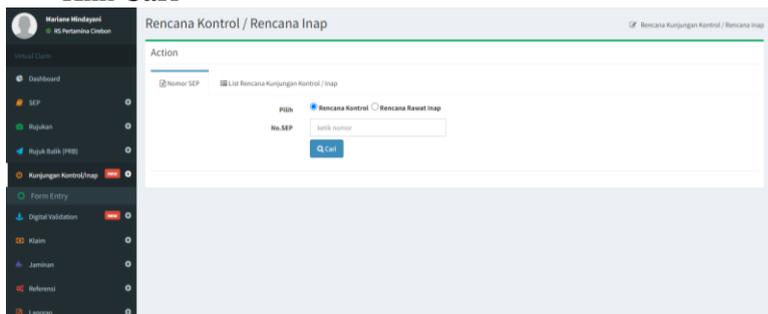
1. Surat Kontrol

A. Pembuatan Surat Kontrol

Surat Kontrol dibuat berdasarkan nomor SEP dari kunjungan pertama dan hanya bisa ke poli yang sama dengan kunjungan pertama

Berikut langkah-langkah pembuatan surat kontrol:

- ◆ Pilih menu **Kunjungan Kontrol**, kemudian pilih tab **Nomor SEP** dan istilah dengan **SEP kunjungan pertama**.
Klik Cari



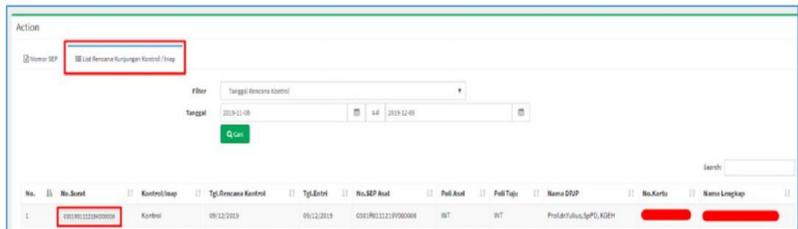
- ◆ Pilih tanggal rencana kontrol dan pelayanan **rawat jalan**. Kemudian pilih DPJP tujuan dengan klik tombol 
- ◆ Klik nama poli, akan muncul nama dokter kemudian pilih salah satu dokter



B. Edit Surat Kontrol

Langkah-langkah mengedit surat kontrol yaitu sebagai berikut:

- 1) **Rencana Kunjungan Kontrol/Inap**, kemudian pilih jenis filter dan rentang tanggal. Rentang tanggal hanya bisa dipilih paling lama selama satu bulan. **Klik Cari**



- 2) Klik **No Surat Kontrol** yang dimaksud, kemudian akan muncul tampilan seperti berikut
- 3) Untuk melakukan perubahan isi surat. Klik **Edit**. Setelah melakukan pemilihan tanggal dan dokter tujuan seperti saat pembuatan surat kontrol, klik **Simpan**. Jika berhasil akan muncul notifikasi seperti berikut:

C. Hapus Surat Kontrol

Langkah-langkah menghapus surat kontrol yaitu sebagai berikut:

- 1) Pilih menu List Rencana Kunjungan Kontrol /Inap kemudian pilih jenis filter dan rentang tanggal. Rentang tanggal hanya bisa diilih paling lama selama satu bulan. **Klik Cari**

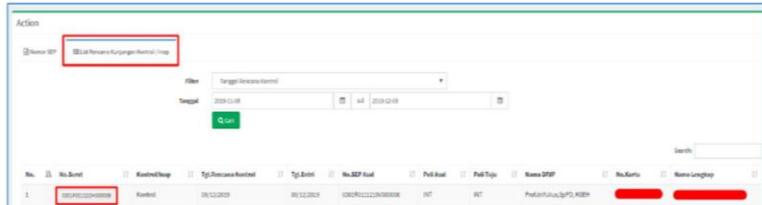


- 2) Untuk menghapus, klik **Hapus**. Kemudian klik **OK**
Catatan: Jika nomor surat kontrol sudah dibuatkan SEP, maka saat hapus akan muncul notifikasi sebagai berikut

D. Cetak Surat Kontrol

Langkah-langkah mencetak surat kontrol yaitu sebagai berikut:

- 1) Pilih menu **List Rencana Kunjungan Kontrol/Inap** kemudian pilih jenis filter dan rentang tanggal. Rentang tanggal hanya bisa dipilih paling lama selama satu bulan. Klik **Cari**



- 2) Klik No Surat Kontrol yang dimaksud, kemudian akan muncul tampilan

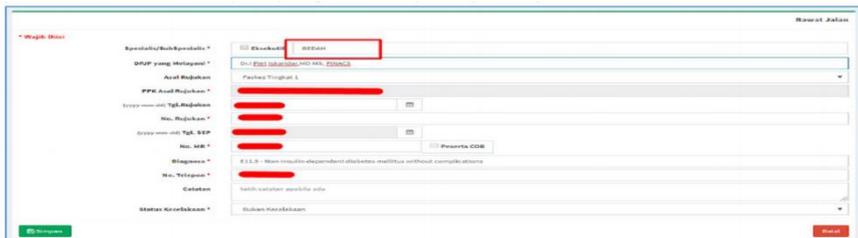
- 3) Klik **Cetak**, maka akan muncul cetakan Surat Kontrol

2. Pembuatan SEP Kunjungan Kontrol dan Rujukan Internal

Terdapat 6 macam kondisi di kunjungan kedua dan seharusnya dalam SEP pada penyempurnaan aplikasi VClaim 1.17.0, yaitu:

a) Poli yang sama dengan poli rujukan awal di hari yang sama

- Membuat rujukan internal dengan memasukkan nomor rujukan online pada halaman pembuatan SEP. Pilih poli yang sama seperti poli rujukan awal



- Klik simpan, kemudian akan muncul beberapa notifikasi dan pertanyaan sbb:

Klik OK

Pilih **Ya** jika **procedure berkelanjutan**, **Tidak** jika **procedure tidak berkelanjutan**

- Setelah memilih nama procedure, klik OK

b) Poli yang berbeda dengan poli rujukan awal di hari yang sama

- Membuat rujukan internal dengan memasukkan nomor rujukan online pada halaman pembuatan SEP, pilih poli yang berbeda dengan poli rujukan awal

- Klik Simpan, kemudian akan muncul beberapa notifikasi dan pertanyaan sebagai berikut:
- Klik OK
- Pilih salah satu alasan diatas, kemudian klik **OK**, maka akan terbit SE

e) Histori Rujukan Internal

Adapun cara melihat histori rujukan internal adalah sebagai berikut:

- Cari SEP yang ingin dilihat historinya

- Klik Histori Rujukan Internal. Jika terdapat rujukan internal maka akan muncul daftar rujukan internal yang sudah diberikan

f) Cetak SEP Rujukan Internal

Adapun cara mencetak SEP rujukan internal adalah sebagai berikut:

- Pada histori rujukan internal klik tombol warna hijau
- SEP rujukan internal akan muncul

No. SEP	: 0301RD110120V000042	Peserta	: PNS DAERAH
Tgl. SEP	: 2020-01-27	COB	: -
No. Kartu	: [REDACTED]	Jns. Rawat	: R. Jalan
Nama Peserta	: [REDACTED]	Jns. Kunjungan	: - Kunjungan rujukan internal
Tgl. Lahir	: [REDACTED] Perempuan		
No. Telepon	: [REDACTED]		
Subspesialis	: HEMODIALISA	Poli. Perujuk	: BEDAH
Dokter	: Prof. Dr. Yulius SpPD, KGEH	Rta. Rawat	: -
Fasilitas Perujuk	: Klinik Sehat Gajah Mada	Penjamin	
Diagnosa Awal	: E11.9 - Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications		
Catatan	: [REDACTED]		

*Mencetak surat SEP ini akan menghasilkan surat rujukan internal untuk pasien (jika diperlukan).
 *SEP bukan surat yang valid pembayaran jasa.

Pasien/Keluarga Pasien

g) Hapus Rujukan Internal

Adapun cara menghapus rujukan internal adalah sebagai berikut:

- Pada histori rujukan internal klik tombol warna merah

No.SEP	No.Rujukan Internal	Tanggal	Tujuan	Nama DPJP	Diagnosa	Action
0301R0110120V000042	0301R0110120N000014	2020-01-27	HDL	Prof.dr.Yulius,SpPD, KGEH	E11.9	
0301R0110120V000042	0301R0110120N000016	2020-01-27	BED	Dr.Ari Oktavenra,SpB	E11.9	
0301R0110120V000042	0301R0110120N000017	2020-01-27	BED	Dr.Ari Oktavenra,SpB	E11.9	

- Klik OK, maka rujukan internal akan terhapus

3. Surat Perintah Rawat Inap (SPRI)

a) Pembuatan SPRI

Pada VClaim versi sebelumnya pembuatan SEP Rawat Inap menggunakan nomor SPRI manual yang dibuat oleh FKRTL, namun untuk VClaim versi 1.17.0 ini user wajib membuat SPRI. Adapun langkah-langkah pembuatannya adalah sebagai berikut:

- Pilih menu Kunjungan Kontrol, kemudian pilih tab Nomor SEP dan isikan dengan SE Rawat Jalan/UGD. Klik Cari.

Rencana Kontrol / Inap

Action

- Nomor SEP
- List Rencana Kunjungan Kontrol / Inap

No.SEP:

- Pilih tanggal rencana rawat inap dan pelayanan rawat inap. Kemudian pilih DPJP tujuan dengan klik tombol warna hijau.
- Klik nama poli, akan muncul nama dokter kemudian pilih salah satu dokter
- Catatan: Pemilihan DPJP untuk rawat inap tidak mengurangi kuota poli yang dipilih.
- Klik Simpan untuk menyimpan maka nomor SPRI akan terbentuk


SURAT RENCANA INAP
 RS YOS SUDARSO

No. 0301R0110120K000020

Mohon Pemeriksaan dan Penanganan Lebih Lanjut :
 No. Kartu : ██████████
 Nama Peserta : ██████████ (Laki-Laki)
 Tgl. Lahir : ██████████
 Diagnosa : B50 - Plasmodium falciparum malaria
 Rencana Inap : 29 Januari 2020
 Demikian atas bantuannya, diucapkan banyak terima kasih.

Mengetahui DPJP,

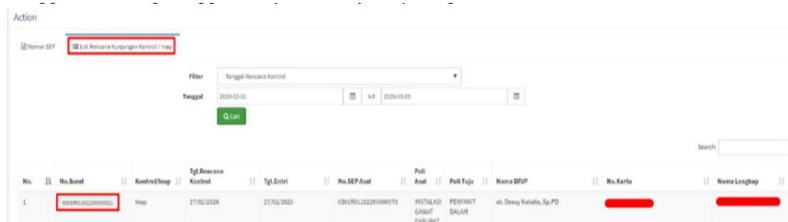
dr. Deasy Natalia, Sp.PD

Tgl Kirim: 20-01-2020 | Tgl Cetak: 20-01-2020 10:44 AM

b) Edit SPRI

Langkah-langkah mengedit SPRI yaitu sebagai berikut:

- Pilih menu List Rencana Kunjungan Kontrol/Inap kemudian ilih jenis filter dan rentang tanggal. Rentang tanggal hanya bisa dipilih paling lama selama satu bulan. Klik Cari



No.	No. Surat	Rasio/Sheep	Tgl Rencana Kontrol	Tgl Edit	No. SEP Asal	Pali Asal	Pali Tujuan	Nama DPJP	No. Kartu	Nama Lokasi
1	00000000000000000000	Inap	27/01/2020	27/01/2020	0301R0110120K000020	INTERNAL GIGANT SARUNG	INTERNAL GIGANT SARUNG	dr. Deasy Natalia, Sp.PD	██████████	██████████

- Klik No SPRI yang dimaksud, kemudian akan muncul tampilan seperti berikut
- Untuk melakukan perubahan isi surat, klik Edit. Setelah melakukan pemilihan tanggal dan dokter tujuan seperti saat pembuatan SPRI, klik Simpan. Jika berhasil akan muncul notifikasi seperti berikut:
- Nama DPJP sudah berubah sesuai yang dipilih

c) Hapus SPRI

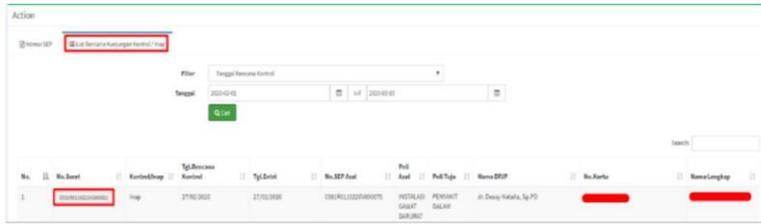
Langkah-langkah menghapus SPRI yaitu sebagai berikut:

- Pilih menu List Rencana Kunjungan Kontrol/Inap kemudian pilih jenis filter dan rentang tanggal. Rentang tanggal hanya bisa dipilih paling lama selama satu bulan. Klik Cari
- Untuk menghapus, klik Hapus. Kemudian klik OK
- Catatan: Jika nomor SPRI sudah dibuatkan SEP, maka saat hapus akan muncul notifikasi sebagai berikut:

d) Cetak SPRI

Langkah-langkah mencetak SPRI yaitu sebagai berikut:

- Pilih menu List Rencana Kunjungan KOnترول/Inap kemudian pilih jenis filter dan rentang tanggal. Rentang tanggal hanya bisa dipilih paling lama selama satu bulan. Klik Cari



➤ Klik No SPRI yang dimaksud, kemudian akan muncul tampilan seperti berikut:

➤ Klik Cetak, maka akan muncul cetakan SPRI

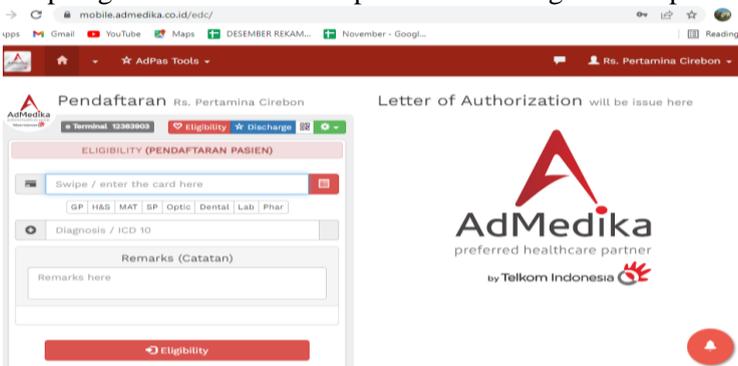
3. Penggunaan Fitur Aplikasi Asuransi Swasta

Berikut merupakan langkah-langkah melakukan prosedur berobat pasien asuransi:

- Petugas melakukan penggesekan kartu peserta seperti gambar dibawah yang akan berobat sesuai dengan poli klinik yang di tuju
- Kemudian setelah penggesekan kartu akan muncul struk sesuai dengan limit peserta asuransi yang berobat tersebut sbb:



- Login ke aplikasi asuransi, lalu login sesuai dengan Id User petugas dan melakukan inputan sesuai dengan nama pasiennya



C. Rangkuman

Definisi asuransi terdapat dalam Undang –undang dan juga para ahli banyak yang mendefinisikan tentang asuransi. Dari definisi tersebut memiliki sudut pandang yang sama, Asuransi adalah suatu alat untuk mengurangi risiko yang melekat pada perekonomian, dengan cara menggabungkan sejumlah unit-unit yang terkena risiko yang sama atau hampir sama, dalam jumlah yang cukup besar, agar probabilitas kerugiannya dapat diramalkan dan bila kerugian yang diramalkan terjadi akan dibagi secara proposional oleh semua pihak dalam gabungan itu. Jenis-jenis asuransi dapat dilihat dari berbagai sisi, yaitu dilihat dari pengelola dana, dari keikutsertaan anggota, dari jumlah dana yang ditanggung, dari jumlah peserta yang ditanggung dan dari cara penggantian perusahaan. Objek asuransi dapat berupa benda dan jasa, jiwa dan raga, kesehatan manusia maupun tanggung jawab hukum, semua kepentingan lainnya yang dapat hilang, rusak, rugi dan atau berkurang nilainya. Dalam proses pengajuan klaim asuransi perlu diperhatikan prosedur klaim asuransi antara lain persyaratan dokumen yang diperlukan klaim, manfaat yang diambil pemegang polis yang tertera pada kartu asuransinya. Peran petugas rekam medis yang bertugas di pendaftaran perlu keterampilan khusus dalam melayani pasien yang menggunakan asuransi kesehatan swasta selain ini, begitu juga dengan pemberi layanan kesehatan satu di antaranya dokter.

Jaminan kesehatan merupakan satu diantara jaminan sosial yang diamanatkan dalam Undang-undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Jaminan Kesehatan Nasional penyelenggaraannya dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Peserta BPJS Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, selain itu fakir miskin dan orang yang tidak mampu juga mendapat jaminan kesehatan yang disebut PBI (Penerima Bantuan Iuran). Saat ini untuk pasien yang mempunyai asuransi lain selain BPJS Kesehatan, sudah ada koordinasi manfaat antara BPJS Kesehatan dengan asuransi swasta lainnya yang disebut dengan CoB (*Coordination Of Benefit*)

Dalam Prosedur klaim BPJS Kesehatan, rumah sakit menyiapkan berkas klaim dan txt, di sini peran PMIK (Perekam Medis dan Informasi Kesehatan) dalam aspek keuangan, yaitu sebagai bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada fasilitas Pelayanan kesehatan. Catatan tersebut dapat sebagai bukti pembiayaan kepada pasien atau fasilitas pelayanan kesehatan. Disamping itu dari BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi terhadap penagihan biaya kesehatan pasien.

D. Tugas

Setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan mampu untuk:

1. Menjelaskan pengertian Reimbursement,
2. Membedakan antara reimbursement asuransi kesehatan swasta dan BPJS,
3. Mengidentifikasi hal pokok terkait dengan reimbursement,
4. Menjelaskan prosedur reimbursement
5. Menggunakan aplikasi dalam reimbursement
6. Jelaskan definisi asuransi?
7. Jelaskan definisi asuransi kesehatan?
8. Bagaimana prosedur klaim asuransi bagi rumah sakit?
9. Sebutkan pengertian BPJS?
10. Bagaimana aturan pelayanan BPJS Kesehatan?
11. Sebutkan pengecualian layanan yang ada di BPJS Kesehatan?
12. Bagaimana prosedur klaim BPJS?

E Referensi

Casemix Center, Petunjuk Teknis E Klaim INA CBGs 5.2, Jakarta , 2017

Naga, Mayang Anggraini. (2013).*Buku Kerja Praktik Pengkodean Klinis Berdasarkan Rules dan Konvensi ICD-10*, WHO.

Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Indawati, Dewi, Pramono, Maryati. (2018). *Buku Manajemen Informasi Kesehatan V, Sistem Klaim Dan Asuransi pelayanan Kesehatan*

Petunjuk Teknis Aplikasi VCalim versi 1.17.0, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Aplikasi VClaim Surat Kontrol dan Rujukan Internal, 2022.

F. Glosarium

Reimbursement : istilah dalam perusahaan asuransi tidak dapat menanggung secara langsung segala biaya yang diperlukan oleh peserta asuransi disebabkan oleh lintas wilayah atau negara, rumah sakit atau klinik tidak bekerja sama dengan perusahaan asuransi tersebut. Maka peserta asuransi diharuskan membayar dengan biaya sendiri lalu dengan mekanisme tertentu dapat di minta pergantian biaya kepada perusahaan tersebut.

- Periode pembayaran : cara bayar, frekuensi pembayaran, jangka waktu pembayaran. Perusahaan asuransi memberikan pilihan pada peserta asuransi apakah membayar bulanan, per tiga bulan, per enam bulan, atau per tahun.
- Manfaat tambahan : sering disebut sebagai Riders. Ini merupakan manfaat tambahan diluar manfaat dasar, seperti manfaat kecelakaan, rawat inap rumah sakit dan sebagainya. Tiap perusahaan asuransi memiliki istilah dan kriteria masing-masing dan bersifat opsional atau pilihan.
- Nilai Pertanggungan : sering disebut sebagai uang pertanggungan, merujuk pada suatu besaran biaya yang telah disepakati bersama. Besarnya tergantung pada besarnya premi atau iuran peserta asuransi. Semakin besar iuran maka semakin besar puka nominal yang tertera. Sebagai contoh nilai pertanggungan penyakit kritis sebesar 500 juta dan lain sebagainya.
- Penyakit bawaan : suatu kondisi kelainan atau cacat bawaan sejak lahir. Akibat virus, genetik, pola makan Ibu, dan sebagainya. Menyebabkan ketidaksempurnaan fungsi dari organ tubuh. Istilah lain adalah *preexisting condition*.
- SPAJ : Surat Pengajuan Asuransi Jiwa. Suatu form berisi data calon peserta
- Usia masuk : usia pada saat peserta asuransi diterima secara resmi pada suatu perusahaan asuransi.
- Usia pertanggungan : menunjuk pada sampai usia berapakah manfaat dasar maupun manfaat tambahan berlaku pada sebuah kontrak asuransi.

- Nilai tunai : menunjuk pada nilai atau hasil dari investasi atau tabungan di kurun waktu tertentu. Karena ini investasi maka tidak ada jaminan menghasilkan nilai tertentu.
- Pemegang polis : individu yang berkuasa penuh atas segala dana yang terkandung dalam suatu kontral asuransi jiwa terhadap seseorang individu. Pada anak di bawah umur maka pemegang polis adalah orang tua, pada dewasa pemegang polis hasur ada hubungan darah, atau peserta asuransi itu sendiri. Khusus pada level badan usaha, pemegang polis adalah badan usaha itu sendiri dengan melampirkan surat hubungan keterikatan kerja.
- Lapsed : merupakan kondisi ketika polis atau kontrak asusransi sedang

G. Indeks

BAB VI

MANAJEMEN PESERTA ASURANSI KESEHATAN

Dahmar, SKM., M.Kes

A. Tujuan pembelajaran :

Tujuan pembelajaran yang diharapkan pada bab ini, yaitu:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan definisi asuransi kesehatan dan peserta.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan siapa peserta dan anggota keluarga.
3. Mahasiswa mampu menjelaskan hak dan kewajiban peserta.
4. Mahasiswa mampu memahami pembiayaan asuransi kesehatan.
5. Mahasiswa mampu mengidentifikasi fasilitas kesehatan yang melayani peserta asuransi kesehatan.
6. Mahasiswa mampu menjelaskan pelayanan kesehatan yang ditanggung dan tidak ditanggung.

B. Materi

1. Definisi Asuransi Kesehatan dan Peserta

a. Definisi Asuransi Kesehatan

Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang tertanggungkan (UU No.2 tahun 1992 tentang asuransi).

Asuransi kesehatan adalah suatu mekanisme pengalihan resiko (sakit) dari resiko perorangan menjadi resiko kelompok. Dengan cara mengalihkan resiko individu menjadi resiko kelompok, beban ekonomi yang harus dipikul oleh masing-masing peserta asuransi akan lebih ringan tetapi mengandung kepastian karena memperoleh jaminan (Muninjaya, 2004).

Asuransi kesehatan adalah sebuah jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan pada anggota asuransi tersebut jika mereka jatuh sakit atau mengalami kecelakaan. Secara garis besar ada dua jenis perawatan yang ditawarkan perusahaan-perusahaan asuransi yaitu rawat inap (in-patient) dan rawat jalan (*out-patient treatment*).

Asuransi kesehatan adalah asuransi yang memberikan penggantian biaya kesehatan. Terdapat 3 biaya kesehatan antara lain:

- 1) Pemeliharaan kesehatan
- 2) Perawatan
- 3) Pengobatan

Asuransi kesehatan tidak mengganti biaya pemeliharaan kesehatan, asuransi kesehatan hanya mengganti biaya perawat dan biaya pengobatan. Asuransi kesehatan merupakan cara mengatasi risiko dan ketidakpastian peristiwa sakit serta implikasi biaya-biaya yang diakibatkannya. Asuransi kesehatan mengubah peristiwa tak pasti dan sulit diramalkan menjadi peristiwa yang pasti dan terencana. Asuransi membantu mengurangi risiko perorangan ke risiko sekelompok orang dengan cara perangkuman risiko (risk pooling). Untuk mengubah peristiwa yang tidak dapat diprediksi, anggota membayar sejumlah uang yang relative kecil namun teratur (disebut premi) kepada lembaga asuransi. Program asuransi kesehatan social bagi pegawai negeri sipil (PNS) merupakan usaha penugasan pemerintah kepada BPJS Kesehatan dan dalam usaha perasuransiaan dikenal sebagai *Government Captive Health Insurance*, bukan merupakan bentuk monopoli (Murti, B 2000)

b. Definisi Peserta Asuransi Kesehatan

Peserta adalah mereka yang telah menyatakan kesediaan untuk mengikuti program asuransi, mendaftarkan diri dan membayar iuran kepada badan asuransi dan karena itu mempunyai hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dari sarana kesehatan yang ditunjuk sesuai dengan ketentuan-ketentuan yang telah disepakati (Azrul Azwar, 2010).

Dalam perkembangan Asuransi Kesehatan menjadi Jaminan Kesehatan Nasional dan dikelola oleh BPJS Kesehatan ada beberapa pengertian tentang kepesertaan, yaitu sebagai berikut:

a. Peserta

Adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran.

b. Pekerja

Adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.

c. Pemberi Kerja

Adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.

2. Peserta dan Anggota Keluarga

Peserta Asuransi Kesehatan atau Jaminan Kesehatan tersebut meliputi: Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut:

- a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
- b. Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
 - 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
 - a) Pegawai Negeri Sipil;
 - b) Anggota TNI;
 - c) Anggota Polri;
 - d) Pejabat Negara;
 - e) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
 - f) Pegawai Swasta; dan
 - g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.
 - 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
 - a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan
 - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
 - c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 - 3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:
 - a) Investor;
 - b) Pemberi Kerja;
 - c) Penerima Pensiun;
 - d) Veteran;
 - e) Perintis Kemerdekaan; dan
 - f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar Iuran.
 - 4) Penerima pensiun terdiri atas:
 - a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pension
 - c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - d) Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan
 - e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.
 - 5) Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:
 - a) Istri atau suami yang sah dari Peserta; dan

- b) Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria:
- Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan
 - belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (duapuluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
 - Sedangkan Peserta bukan PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.
- 6) WNI di Luar Negeri
Jaminan kesehatan bagi pekerja WNI yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri

3. Hak dan Kewajiban Peserta

- a. Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan:
- 1) Identitas Peserta, dan
 - 2) Manfaat pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- b. Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk:
- 1) Membayar iuran, dan
 - 2) Melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas Peserta pada saat pindah domisili dan atau pindah kerja.

4. Pembiayaan Asuransi Kesehatan (Jaminan Kesehatan Nasional/JKN)

a. Iuran

Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (pasal 16, Perpres No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan).

b. Pembayar Iuran

- 1) Bagi Peserta PBI, iuran dibayar oleh Pemerintah.
- 2) Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah, iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja.
- 3) Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja iuran dibayar oleh Peserta yang bersangkutan.
- 4) Besarnya Iuran Jaminan Kesehatan Nasional ditetapkan melalui Peraturan Presiden dan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak.

c. Pembayaran Iuran

Setiap Peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI). Setiap Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Keterlambatan pembayaran iuran JKN dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) perbulan dari total iuran yang tertunggak dan dibayar oleh Pemberi Kerja.

Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar iuran JKN pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Pembayaran iuran JKN dapat dilakukan diawal.

BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran JKN sesuai dengan Gaji atau Upah Peserta. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada Pemberi Kerja dan/atau Peserta paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya iuran. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran diperhitungkan dengan pembayaran Iuran bulan berikutnya. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pembayaran iuran diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

5. Fasilitas Kesehatan yang Melayani Peserta Asuransi Kesehatan

a. Puskesmas dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama lainnya.

Puskesmas merupakan suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografi dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas.

Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah puskesmas rata-rata 30.000. penduduk. Untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yaitu Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling. Pelayanan kesehatan yang diberikan di Puskesmas adalah pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan

pengobatan (kuratif), upaya pencegahan (preventif), peningkatan kesehatan (promotif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang ditujukan kepada semua penduduk dan tidak dibedakan jenis kelamin dan golongan umur, sejak pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia Fungsi puskesmas:

- 1) Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.
- 2) Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.
- 3) Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

b. Rumah Sakit Pemerintah.

Rumah sakit umum pemerintah adalah rumah sakit umum milik pemerintah, baik pusat maupun daerah, Departemen Pertahanan dan Keamanan, maupun Badan Usaha Milik Negara. Rumah sakit umum pemerintah dapat dibedakan berdasarkan unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan menjadi empat kelas yaitu rumah sakit umum Kelas A, B, C, dan D.

c. Rumah Sakit TNI/POLRI/Swasta.

Rumah sakit swasta merupakan unit pelaksana teknis yang mempunyai peran penting dalam upaya kesehatan masyarakat untuk peningkatan, pencegahan, perawatan, pemulihan, dan penyuluhan. Rumah sakit swasta dimiliki dan diselenggarakan oleh swasta yang sudah disahkan menjadi badan hukum lain yang bersifat sosial. Mekanisme kerjanya menjadi tanggung jawab pemilik, sedangkan struktur organisasinya menyerupai rumah sakit umum. Rumah Sakit Umum Swasta, terdiri atas:

- 1) Rumah Sakit Umum Swasta Pratama, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas D.
- 2) Rumah Sakit Umum Swasta Madya, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum dan spesialisik dalam 4 cabang, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas C.
- 3) Rumah Sakit Umum Swasta Utama, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, spesialisik dan subspecialistik, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas B.

d. Apotek.

Menurut Keputusan Menkes RI No.1332/Menkes/SK/X/2002 Apotek merupakan suatu tempat tertentu untuk melakukan pekerjaan kefarmasian dan penyaluran obat kepada masyarakat. Definisi apotek menurut PP 51 Tahun 2009. Apotek merupakan suatu tempat atau

terminal distribusi obat perbekalan farmasi yang dikelola oleh apoteker sesuai standar dan etika kefarmasian.

e. Optikal.

Optikal adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan pemeriksaan mata dasar, pemeriksaan refraksi serta pelayanan kaca mata koreksi dan/atau lensa kontak. Setiap optikal yang menyelenggarakan pelayanan konsultasi, diagnostik, terapi penglihatan, rehabilitasi penglihatan, pelatihan, pelatihan penglihatan serta pelayanan estetika di bidang refraksi, kacamata atau lensa kontak harus memperoleh izin penyelenggaraan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.

Izin penyelenggaraan hanya dapat diberikan setelah memenuhi persyaratan yang meliputi sarana dan peralatan. Izin penyelenggaraan berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diperbaharui selama memenuhi persyaratan.

Penyelenggaraan optikal dalam menyelenggarakan kegiatannya dilarang:

- 1) Mempekerjakan tenaga refraksionis optisien yang tidak memiliki Surat Izin Kerja (SIK)
- 2) Mengiklankan kacamata dan lensa kontak untuk koreksi anomali refraksi
- 3) Menggunakan optikal untuk kegiatan usaha lainnya.

Setiap penyelenggaraan optikal harus memiliki sekurang-kurangnya 1 (satu) orang refraksionis optisien yang bekerja penuh sebagai penanggung jawab.

6. Pelayanan Kesehatan Peserta Asuransi Kesehatan / Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan pelaksanaan pemeliharaan kesehatan dalam rangka mencapai derajat kesehatan baik individu maupun masyarakat secara optimal. Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan ini terdapat hubungan antara pasien, tenaga kesehatan dan sarana kesehatan. Hubungan yang timbul antara pasien, tenaga kesehatan, dan sarana kesehatan diatur dalam kaidah-kaidah tentang kesehatan baik hukum maupun non hukum (antara lain: moral termasuk etika, kesopanan, kesucilaan, ketertiban). Hubungan hukum yang terjadi adalah hubungan antar subyek-subyek hukum yang diatur dalam kaidah-kaidah hukum dan memenuhi hubungan yang mengatur tentang hak dan kewajiban para pihak .

Pelayanan kesehatan menurut Lavey dan Loomba adalah setiap upaya baik yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan, mencegah penyakit, mengobati penyakit dan memulihkan kesehatan yang ditujukan terhadap perseorangan, kelompok dan masyarakat. Pelayanan kesehatan

dapat juga dikatakan sebagai upaya pelayanan kesehatan yang melembaga berdasarkan fungsi sosial di bidang pelayanan kesehatan bagi individu dan keluarga. Fungsi sosial disini berarti lebih mengutamakan pada unsur kemanusiaan dan tidak mengambil keuntungan secara komersial.

Dalam Sistem Kesehatan Nasional kita, penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar dapat berupa Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) primer yaitu mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar yang ditujukan kepada perorangan. Penyelenggara UKP primer adalah pemerintah, masyarakat dan swasta yang diwujudkan melalui berbagai bentuk pelayanan profesional dan dapat dilaksanakan di rumah, tempat kerja maupun fasilitas kesehatan perorangan primer baik Puskesmas dan jaringannya serta fasilitas kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat maupun swasta.

Secara umum pelayanan kesehatan dapat dibedakan atas pelayanan kedokteran (*medical service*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*). Kedua jenis pelayanan ini mempunyai karakteristik yang berbeda tentunya. Pelayanan kedokteran lebih ditujukan pada upaya-upaya pengobatan (kuratif) penyakit dan pemulihan (rehabilitatif) kesehatan dengan sasaran utamanya adalah perorangan/individu yang datang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tersebut. Pelayanan kesehatan masyarakat umumnya diselenggarakan secara bersama-sama dalam suatu organisasi bahkan harus mengikutsertakan potensi masyarakat dengan sasaran utamanya adalah masyarakat secara keseluruhan. Upaya kesehatan yang ditujukan lebih pada penekanan upaya-upaya promosi (*promotif*) dan pencegahan (*preventif*). Upaya-upaya kesehatan tersebut harus bersifat menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, berjenjang, profesional dan bermutu serta tidak bertentangan dengan kaidah ilmiah, norma sosial budaya, moral dan etika profesi.

Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh Asuransi Kesehatan atau Jaminan Kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup:
 - 1) Administrasi pelayanan
 - 2) Pelayanan promotif dan preventif
 - 3) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
 - 4) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
 - 5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - 6) Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis
 - 7) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama dan
 - 8) Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi.

- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:
- 1) Rawat jalan yang meliputi:
 - a) Administrasi pelayanan
 - b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialis oleh dokter spesialis dan subspecialis
 - c) Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis
 - d) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - e) Pelayanan alat kesehatan implant
 - f) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
 - g) Rehabilitasi medis
 - h) Pelayanan darah
 - i) Pelayanan kedokteran forensic
 - j) Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan
 - 2) Rawat inap yang meliputi:
 - a) Perawatan inap non intensif
 - b) Perawatan inap di ruang intensif.
 - c) Pelayanan kesehatan lain ditetapkan oleh Menteri.
- c. Dalam hal pelayanan kesehatan lain yang telah ditanggung dalam program pemerintah, maka tidak termasuk dalam pelayanan kesehatan yang dijamin.
- d. Jika diperlukan, peserta juga berhak mendapatkan pelayanan berupa alat bantu kesehatan yang jenis dan plafon harganya ditetapkan oleh Menteri.
- e. Kelas perawatan berapa yang ditanggung ketika harus rawat inap:
- 1) Di ruang perawatan kelas III bagi:
 - a) Peserta PBI Jaminan Kesehatan
 - b) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
 - 2) Di ruang Perawatan kelas II bagi:
 - a) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya.
 - b) Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya.
 - c) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya.

- d) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya.
 - e) Peserta Pekerja Penerima Upah bulanan sampai dengan 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya.
 - f) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.
- 3) Di ruang perawatan kelas I bagi:
- a) Pejabat Negara dan anggota keluarganya.
 - b) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil Golongan III dan Golongan IV beserta anggota keluarganya
 - c) Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil Golongan III dan Golongan IV beserta anggota keluarganya.
 - d) Anggota POLRI dan penerima pensiun Anggota POLRI yang setara Pegawai Negeri Sipil Golongan III dan Golongan IV beserta anggota keluarganya.
 - e) Pegawai pemerintah non pegawai negeri yang setara Pegawai Negeri Sipil Golongan III dan Golongan IV dan anggota keluarganya.
 - f) Veteran dan perintis kemerdekaan beserta anggota keluarganya.
 - g) Peserta pekerja penerima upah bulanan lebih dari 2 (dua) kali PTKP dengan status kawin dengan 2 (dua) anak dan anggota keluarganya.
 - h) Peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.
- f. Pelayanan Kesehatan yang Tidak Ditanggung BPJS Kesehatan
- 1) Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku.
 - 2) Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali untuk kasus gawat darurat.
 - 3) Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja.
 - 4) Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri.
 - 5) Pelayanan kesehatan untuk tujuan kosmetik dan/atau estetik.
 - 6) Pelayanan untuk mengatasi infertilitas (Memperoleh Keturunan).
 - 7) Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi).

- 8) Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol.
- 9) Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri.
- 10) Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupuntur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*Health Technology Assessment/HTA*).
- 11) Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen).
- 12) Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu.
- 13) Perbekalan kesehatan rumah tangga.
- 14) Pelayanan kesehatan yang sudah dijamin dalam program kecelakaan lalu lintas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 15) Pelayanan kesehatan akibat bencana, kejadian luar biasa/wabah.
- 16) Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

C. Rangkuman

1. Asuransi kesehatan adalah suatu mekanisme pengalihan resiko (sakit) dari resiko perorangan menjadi resiko kelompok. Dengan cara mengalihkan resiko individu menjadi resiko kelompok, beban ekonomi yang harus dipikul oleh masing-masing peserta asuransi akan lebih ringan tetapi mengandung kepastian karena memperoleh jaminan.
2. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran.
3. Peserta Asuransi Kesehatan/ Jaminan Kesehatan terdiri atas 2 (dua), yaitu Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu dan Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
4. Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan Identitas Peserta, dan Manfaat pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
5. Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk: Membayar iuran, dan melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas Peserta pada saat pindah domisili dan atau pindah kerja.
6. Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (pasal 16, Perpres No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan).
7. Fasilitas kesehatan yang melayani peserta adalah Puskesmas atau fasilitas kesehatan tingkat pertama lainnya (dokter keluarga), Rumah

Sakit Pemerintah maupun rumah sakit swasta, Rumah Sakit TNI/POLRI, Apotek dan Optikal.

D. Tugas

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan benar !

1. Jelaskan definisi asuransi kesehatan !
2. Jelaskan definisi peserta dan siapa yang termasuk sebagai peserta dalam asuransi kesehatan ?
3. Tuliskan hak dan kewajiban peserta asuransi kesehatan !
4. Tuliskan jenis-jenis fasilitas kesehatan yang melayani peserta asuransi kesehatan!
5. Uraikan secara singkat pelayanan kesehatan yang ditanggung dan tidak ditanggung oleh Asuransi Kesehatan/Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan!

E. Referensi

- A.A. Gede Muninjaya, 2004. Manajemen Kesehatan, Cetakan I, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Azrul, Azwar, 2010. Pengantar Adminidtrasi Kesehatan, Edisi Keempat, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Kemendes RI, 2018. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dan Sistem Jaminan Sosial Nasional, Jakarta
- Keputusan Menkes RI No.1332/Menkes/SK/X/2002 tentang Ketentuan dan Tata Cara Pemberian Izin Apotik
- Murti, Bhisma.2000. Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan, Penerbit Kanisius, Yogyakarta.
- Peraturan Presiden RI No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
- Peraturan Presiden RI No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
- PT. Askes, 2004. Buku Pedoman bagi Peserta Ausransi Kesehatan Sosial. Jakarta.
- Undang-Undang No. 2 Tahun 1992, tentang Asuransi
- Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Nasional

G. Glosarium

H. Indeks

BAB VII
MANAJEMEN KEUANGAN ASURANSI KESEHATAN
Hamdan, SKM., MKM

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu memahami Iuran asuransi kesehatan, iuran sehat, iuran wajib untuk pengobatan, premi asuransi, faktor besar keilnya premi asuransi, asuransi kelompok
2. Mahasiswa mampu memahami keterkaitan tentang premi dan kerjasama anantara dua pihak diantaranya suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan yang mungkin akan di deritanya karena suatu peristiwa yang tak tertentu

B. Materi

1. Manajemen Keuangan

a. Pengertian Manajemen Keuangan

Manajemen keuangan merupakan salah satu alat yang digunakan oleh manajemen untuk mengatur aktivitas keuangan, mulai dari kegiatan perencanaan anggaran perusahaan, analisis keuangan, pengendalian kegiatan keuangan , dan pengambilan keputusan dari beberapa alternatif yang dihadapi.

Manajemen keuangan dalam banyak hal berkaitan dengan pembuatan keputusan. Keputusan yang dibuat berkaitan dengan keuangan yaitu berapa besar asset yang dibutuhkan oleh suatu usaha, bagaimana sebaiknya komposisi dari masing-masing asset tersebut, serta dari mana sumber pembiayaan atas investasi tersebut.

Manajemen Keuangan berhubungan dengan tugas sebagai manajer keuangan dalam suatu perusahaan bisnis. Manajer keuangan secara aktif mengelola urusan keuangan dari berbagai jenis usaha, yang berkaitan dengan keuangan atau non keuangan, pribadi atau publik, besar atau kecil, profit atau non profit. Kegiatan manajer keuangan seperti : anggaran, perencanaan keuangan, manajemen kas, administrasi kredit, analisa investasi dan usaha memperoleh dana.

b. Aktivitas Manajemen Keuangan

Dalam perusahaan atau bisnis, manajemen keuangan memiliki tiga aktivitas utama yang dilakukan oleh manajer keuangan yaitu :

- 1) Aktivitas penggunaan dana, yaitu aktivitas untuk menginvestasikan dana pada berbagai aktiva.

- 2) Aktivitas perolehan dana, yaitu aktivitas untuk mendapatkan sumber dana, baik dari sumber dana internal maupun sumber dana eksternal perusahaan.
- 3) Aktivitas pengelolaan aktiva, yaitu setelah dana diperoleh dan dialokasikan dalam bentuk aktiva, dana harus dikelola seefisien mungkin.

c. Tujuan Manajemen Keuangan

Manajemen keuangan tentu memiliki tujuan, berikut ini empat tujuan manajemen keuangan :

- 1) Memaksimumkan kesejahteraan pemegang saham
- 2) Memaksimumkan keuntungan
- 3) Memaksimumkan pemberian imbalan kepada manajemen
- 4) Memenuhi tanggung jawab sosial dan sebagainya.

d. Fungsi Manajemen Keuangan

Fungsi manajemen keuangan secara garis besar digambarkan dengan memperhatikan peran dalam organisasi, hubungannya dengan ekonomi dan akuntansi, aktivitas utama dari manajer keuangan dan peran manajer keuangan dalam manajemen kualitas total. Berikut ini fungsi manajemen keuangan :

- 1) *Planning*
Planing adalah perencanaan keuangan meliputi mengatur uang kas, menghitung rugi laba, merencanakan arus kas.
- 2) *Budgeting*
Budgeting adalah kegiatan mengalokasikan dana untuk semua keperluan perusahaan.
- 3) *Controlling*
Controlling adalah pengontrolan atau evaluasi terhadap keuangan yang sedang berjalan.
- 4) *Auditing*
Auditing adalah pemeriksaan keuangan perusahaan sesuai kaidah akuntansi.
- 5) *Reporting*
Reporting adalah kegiatan menginformasi keadaan keuangan perusahaan.

Ukuran dan pentingnya fungsi manajemen keuangan tergantung dari besarnya perusahaan. Pada perusahaan kecil, fungsi keuangan umumnya dilakukan oleh departemen akuntansi. Setelah perusahaan berkembang, fungsi keuangan lambat laun menjadi suatu departemen terpisah yang dihubungkan langsung kepada Presiden Direktur perusahaan melalui direktur divisi keuangan.

e. Ruang Lingkup Manajemen Keuangan

Manajemen keuangan memiliki ruang lingkungnya sendiri, diantaranya sebagai berikut :

- 1) Pasar Finansial
- 2) Time value of Money
- 3) Konsep Penilaian Sekitas
- 4) Alat-alat analisis Keuangan
- 5) Pengelolaan Modal Kerja
- 6) Investasi
- 7) Pendanaan dan Kebijakan Dependen
- 8) Pendapatan Jangka menengah dan jangka panjang
- 9) Restruksiturisasi, reorganisasi dan Likuidasi
- 10)Keuangan internasional

f. Prinsip Manajemen Keuangan

Prinsip tentu sangat di perlukan pada manajemen keuangan sebagai sebuah pedoman untuk bertindak, berikut ini prinsip dari manajemen keuangan :

- 1) Akuntabilitas
- 2) Konsistensi
- 3) Kelangsungan hidup
- 4) Transparasi
- 5) Standar akuntabilitas
- 6) Integritas
- 7) Pengelolaan

2. Struktur Organisasi Perusahaan

Perusahaan merupakan suatu organisasi yang didirikan dengan membangun visi dan misi guna mencapai tujuan yang telah dibuat. Pada sebuah perusahaan dibutuhkan susunan yang berisi pembagian tugas dan peran perorangan berdasarkan jabatannya di perusahaan atau disebut juga dengan struktur organisasi perusahaan. Berikut ini beberapa struktur organisasi pada perusahaan :

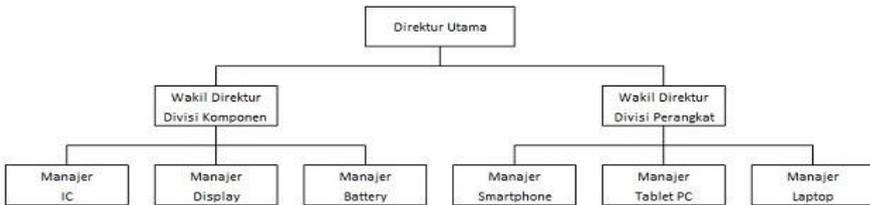
a. Struktur organisasi Fungsional

Contoh Bentuk Struktur Organisasi Fungsional



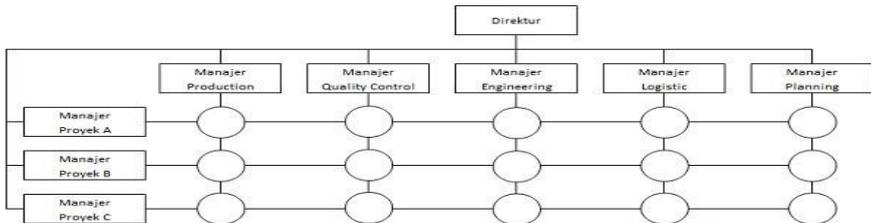
b. Struktur Organisasi Devisianal

Contoh Bentuk Struktur Organisasi Divisional



c. Struktur Organisasi Matriks

Contoh Bentuk Struktur Organisasi Matriks



d. Bagian Utama Perseroan Terbatas

Laba perusahaan biasanya diukur menurut Pendapatan Per Saham (PPS), yaitu hasil yang diperoleh pada suatu periode untuk setiap saham biasa yang beredar. Dua hal penting untuk memaksimalkan harga perlembar saham, yaitu :

- 1) Nilai Tambah Ekonomi : Positif dan Negatif
- 2) Fokus pada kelompok yang berkepentingan seperti : karyawan, pelanggan, pemasok, kreditur, pemilik dan pihak lainnya yang memiliki mata rantai ekonomi langsung terhadap perusahaan.

Selain itu adapun bagian utama dari perseroan terbatas berdasarkan struktur organisasi, sebagai berikut :

- 1) Pemegang saham adalah pemilik dari perusahaan yang memberikan modal mereka dalam bentuk saham preference dan saham biasa. Mereka mempunyai hak suara untuk memilih anggota dewan komisaris dan menetapkan anggaran dasar perusahaan.
- 2) Dewan komisaris adalah kelompok yang dipilih oleh pemegang saham perusahaan dan memiliki kekuasaan tertinggi dalam mengarahkan aktifitas perusahaan serta membuat kebijaksanaan umum.
- 3) Presiden Direktur / Direktur Utama adalah pemimpin perusahaan yang bertanggung jawab untuk mengelola operasi perusahaan sehari-hari dan melaksanakan kebijaksanaan yang dibuat oleh Dewan Komisaris.

e. Manajer Keuangan

1. Pengertian Manajer Keuangan

Manajer Keuangan merupakan seseorang yang mempunyai hak dalam mengambil suatu keputusan yang sangat penting dalam suatu bidang investasi dan pembelanjaan perusahaan. Manajer keuangan juga bertanggung jawab dalam bidang keuangan pada suatu perusahaan.

Aktivitas seorang Manajer Keuangan berhubungan dengan analisa keuangan dan perencanaan, keputusan investasi, dan keputusan pembiayaan investasi yang diambil untuk mencapai tujuan pemegang saham.

2. Tugas Manajer Keuangan

Manajer keuangan memiliki tugas pada suatu perusahaan, berikut ini beberapa tugas manajer keuangan :

- 1) Bekerja sama dengan manajer lainnya untuk merencanakan serta meramalkan beberapa aspek dalam perusahaan termasuk perencanaan umum keuangan perusahaan.
- 2) Menjalankan dan mengoperasikan roda kehidupan perusahaan se-efisien dan se-efektif mungkin dengan menjalin kerja sama dengan manajer lainnya.
- 3) Mengambil keputusan penting dalam investasi dan berbagai pembiayaan serta semua hal yang terkait dengan keputusan tersebut.
- 4) Menghubungkan perusahaan dengan pasar keuangan, di mana perusahaan dapat memperoleh dana dan surat berharga perusahaan dapat diperdagangkan.

3. Tanggung Jawab Manajer Keuangan

Selain memiliki tugas pada suatu perusahaan manajer keuangan juga memiliki tanggung jawab, berikut ini tanggung jawab manajer keuangan :

- 1) Mengkoordinasikan dan mengontrol perencanaan, pelaporan, serta pembayaran kewajiban pajak perusahaan
- 2) Merencanakan dan mengkoordinasikan penyusunan anggaran perusahaan, serta mengontrol penggunaan anggaran.
- 3) Mengelola fungsi akuntansi dalam memproses data dan informasi keuangan
- 4) Merencanakan dan mengkoordinasikan pengembangan sistem serta prosedur keuangan dan akuntansi.
- 5) Merencanakan dan mengkonsolidasikan perpajakan seluruh perusahaan
- 6) Merencanakan, mengkoordinasi, dan mengontrol arus kas perusahaan (cash flow), terutama pengelolaan piutang dan utang.

f. Pasar Finansial

1. Pengertian Pasar Finansial

Pasar finansial adalah pasar yang mempertemukan antara permintaan dan penawaran akan aktiva finansial (financial assets) atau yang sering juga disebut sebagai sekuritas. Pasar finansial terbentuk bertujuan untuk mengalokasikan tabungan-tabungan secara efisien kepada pemakai atau pihak yang memerlukan tabungan tersebut di dalam suatu perekonomian.

2. Fungsi Pasar Keuangan (Finansial)

Fungsi pasar keuangan adalah mempertemukan pihak yang memerlukan tabungan tersebut adalah pihak yang melakukan investasi pada aktiva riil yang lebih besar dari tabungan yang mereka bisa lakukan.

3. Pengertian Lembaga Keuangan

Lembaga keuangan adalah lembaga perantara yang beroperasi di pasar finansial. Keberadaan lembaga-lembaga keuangan tersebut bertujuan agar proses alokasi tabungan ke pihak-pihak yang memerlukan untuk investasi bisa lebih efisien. Lembaga keuangan tentu memiliki fungsi, diantaranya sebagai berikut :

- 1) Memberikan kesempatan bagi para penabung untuk menabung kelebihan penghasilan mereka dan memperoleh imbalan.
- 2) Memindahkan risiko dari penabung ke perantara keuangan, dan atau ke pemakai dana

4. Lembaga Keuangan di Indonesia

- 1) Sistem Moneter
 - a. Otoritas Moneter
 - b. Bank Sentral
 - c. Bank Pencipta Uang Giral
 - d. Bank Umum
- 2) Di Luar Sistem Moneter
 - a. Bank bukan pencipta uang giral (BPR)
- 3) Lembaga Pembiayaan
- 4) Perusahaan asuransi
- 5) Dana pensiun
- 6) Lembaga di bidang pasar modal

g. Hubungan Keuangan Dengan Ekonomi

Manajemen keuangan merupakan bagian dari ilmu ekonomi terapan. Ilmu ekonomi terapan adalah bagian ilmu ekonomi yang menggunakan kesimpulan-kesimpulan yang diperoleh dari teori ekonomi untuk menjelaskan masalah-masalah yang dikumpulkan dalam ekonomi deskriptif. Dengan kata lain, ilmu ekonomi terapan merupakan penerapan teori-teori ekonomi yang dalam praktek kehidupan

masyarakat secara nyata, seperti penerapan ekonomi dalam manajemen keuangan.

Manajemen keuangan adalah keseluruhan kegiatan yang berkaitan dengan perputaran uang, baik keuangan pribadi, keuangan kelompok, maupun keuangan perusahaan. Adapun fungsi dari manajemen keuangan yaitu :

- 1) Perencanaan anggaran.
- 2) Fungsi Pengontrolan.
- 3) Pemeriksaan anggaran.
- 4) Pelaporan anggaran.

Jadi seperti ilmu ekonomi, manajemen keuangan adalah bagian dari ilmu ekonomi yang berfungsi untuk mengatur, merencanakan, mengontrol, memeriksa dan melakukan pelaporan atas uang yang telah digunakan untuk sebuah kepentingan tertentu dan dengan tujuan tertentu pula. Manajemen keuangan ini sangat penting dan merupakan ilmu dasar dalam pengelolaan keuangan, karena dalam ilmu ekonomi semua sumber daya yang ada (termasuk uang) harus dikelola dengan baik dan bijak agar tidak terjadi kelangkaan. dan manusia yang memiliki keinginan tidak terbatas harus pintar mengelola sumber daya yang ada agar tidak terjadi kelangkaan.

Dasar-dasar ekonomi utama yang digunakan dalam Manajemen Keuangan adalah analisa marjinal, yaitu dasar-dasar keputusan keuangan akan dibuat dan dilakukan hanya bila penambahan manfaat lebih besar dari penambahan biaya.

Manajer Keuangan harus memahami masalah ekonomi dan berjaga-jaga terhadap konsekuensi dari berbagai tingkat perubahan aktivitas dan kebijakan ekonomi. Teori ekonomi sebagai pedoman untuk efisiensi operasi perusahaan, contoh : analisa penawaran dan permintaan, strategi memaksimalkan laba dan teori harga.

h. Hubungan Keuangan dengan Akuntansi

Manajemen keuangan dan akuntansi merupakan komponen-komponen yang digunakan pada setiap perusahaan, hal ini dikarenakan akuntansi berguna untuk mendapatkan informasi keuangan sebuah perusahaan dalam satu periode tertentu, sedangkan manajemen keuangan lebih mengacu pada cara mengatur keuangan dalam sebuah perusahaan sehingga dapat mengambil keputusan.

Manajemen keuangan dapat diartikan sebagai seni dalam mengelola keuangan, Ada 3 komponen yang terkait dengan keuangan secara umum antara lain yaitu :

- 1) Uang dan pasar modal
- 2) Investasi
- 3) Manajemen keuangan

Manajer keuangan akan bertugas mencari sumber modal di pasar modal, hal ini dapat dilakukan dengan cara menjual saham atau obligasi perusahaan sehingga dana yang didapat dari hasil penjualan saham dan obligasi tersebut dapat digunakan untuk berinvestasi, dan dana yang digunakan untuk investasi tersebut harus menggunakan manajemen keuangan yang baik sehingga investasi tersebut menghasilkan keuntungan.

1. Laporan Keuangan Perusahaan

Laporan keuangan perusahaan diberikan kepada Direktur Keuangan, yang dilakukan oleh Treasurer (fokus eksternal) dan Controller (fokus internal). Treasurer menangani aktivitas pengelolaan dana seperti :

- (1) Mengelola Kas
- (2) Mencari Dana
- (3) Mengelola Kredit
- (4) Membayar Deviden
- (5) Mengansuransikan
- (6) Mengelola Dana Pensiun

Berikut ini tugas Controller (fokus internal) dalam menangani aktivitas akuntansi seperti:

- 1) Menyiapkan Laporan Keuangan
- 2) Melakukan Internal Audit
- 3) Membuat Daftar upah/gaji
- 4) Melakukan pembukuan
- 5) Menyiapkan anggaran
- 6) Menghitung Pajak

2. Pengambilan Keputusan

a. Akuntan

Mengumpulkan dan menyajikan data keuangan dan berperan dalam memberikan perkembangan yang konsisten dan kemudahan menginterpretasikan data tentang operasi perusahaan yang lalu, saat ini dan yang akan datang.

Fungsi utama akuntan adalah menghasilkan dan menyediakan data untuk mengukur keadaan perusahaan, menetapkan posisi keuangan, dan membayar pajak. Pendekatan yang biasanya digunakan oleh akuntan yaitu:

- 1) Metode Akrua, mengakui pendapatan pada saat penjualan dan mengakui pengeluaran pada waktu pengeluaran terjadi
- 2) Metode Kas, mengakui pendapatan dan biaya hanya berdasarkan aliran kas masuk dan keluar yang nyata terjadi

b. Manajer Keuangan

Mengevaluasi laporan akuntan, mengembangkan data tambahan dan membuat keputusan yang didasarkan atas

perkiraan dari pengembalian dan resiko. Data tersebut digunakan setelah ada penyesuaian dan analisa, sebagai input yang penting dalam proses pengambilan keputusan.

3. Analisa Aliran Kas Perusahaan

Laporan aliran kas merupakan ringkasan aliran kas untuk suatu periode tertentu, dapat digunakan untuk mengetahui sejarah aliran kas perusahaan serta penggolongan sumber dan penggunaan kas atau dana. Aliran kas perusahaan, dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1) Aliran kas dari aktivitas operasi

Aaliran kas yang berhubungan langsung dengan produksi dan penjualan produk atau jasa perusahaan. Contoh: Pembayaran tunai atau kredit atas pembelian bahan baku, pembayaran gaji atau upah yang harus dibayar, pembayaran biaya-biaya eksploitasi, pembayaran biaya operasi (termasuk penyusutan dan biaya bunga, dan lain-lain.

2) Aliran kas dari aktivitas investasi

Berhubungan dengan pembelian dan penjualan aktiva tetap maupun investasi pada bisnis lain, dimana pembelian mengakibatkan kas keluar dan transaksi penjualan menghasilkan aliran kas masuk. Contoh: Pembayaran kas atas pembelian dan penjualan aktiva tetap, dan lain-lain.

3) Aliran kas dari aktivitas pendanaan

Dihasilkan dari pinjaman dan ekuitas. Contoh: Penerimaan kas/pembayaran atas hutang jangka panjang dan pendek, penerimaan kas atas penjualan saham, pengeluaran kas atas pembelian kembali saham, dan lain-lain.

4. Sumber dan Penggunaan Dana

a. Sumber Dana

- 1) Laba bersih sesudah pajak
- 2) Penyusutan dan pembebanan non-kas lainnya bertambah
- 3) Aktiva berkurang
- 4) Hutang bertambah
- 5) Penjualan saham

b. Penggunaan Dana

- 1) Rugi
- 2) Penyusutan dan pembebanan non-kas lainnya berkurang
- 3) Aktiva bertambah
- 4) Hutang berkurang
- 5) Pembelian kembali saham
- 6) Pembayaran deviden

i. Manajemen Keuangan Asuransi Kesehatan

1. Pengertian Manajemen Keuangan Asuransi Kesehatan

Secara garis besar, manajemen keuangan adalah proses kegiatan merencanakan, mengatur, mengarahkan, dan mengendalikan kegiatan keuangan, seperti pengadaan dan pemanfaatan dana perusahaan. Seluruh kegiatan tersebut diterapkan sesuai dengan prinsip-prinsip manajemen umum untuk sumber daya keuangan perusahaan.

Kegiatan atau aktivitas perusahaan diawasi oleh manajemen keuangan. Sebab, mereka bertugas untuk mengelola pendanaan modal kerja, menggunakannya, mengalokasikan, dan mengelola aset tersebut untuk mencapai tujuan utama perusahaan. Boleh dikatakan manajemen keuangan adalah kendaraan penting untuk perusahaan mencapai tujuan finansialnya.

Tidak hanya fokus pada keuangan perusahaan, manajemen keuangan juga sumber daya manusia (SDM) perusahaan yang menjalankan keuangan. Selain itu, fungsi manajemen keuangan adalah untuk memastikan bahwa semuanya berjalan dengan lancar dan sesuai dengan standar operasional prosedur. Manajemen keuangan adalah suatu kegiatan perencanaan, penganggaran, pemeriksaan, pengelolaan, pengendalian, pencarian, penyimpanan dana dan pelaksanaan seluruh kegiatan oleh organisasi atau instansi pelayanan kesehatan.

Manajemen keuangan kesehatan merupakan manajemen terhadap fungsi-fungsi keuangan kesehatan, fungsi – fungsi keuangan tersebut meliputi bagaimana memperoleh dana (*raising of fund*) dan bagaimana menggunakan dana tersebut (*allocation of fund*).

Manajemen keuangan organisasi pelayan kesehatan ini sangat erat kaitannya dengan perencanaan, penganggaran, dan pelaksanaan seluruh kegiatan dalam sebuah organisasi pelayanan kesehatan. Tujuan manajemen keuangan yang efisiensi membutuhkan keberadaan beberapa tujuan atau sasaran, karena penilaian untuk apakah suatu keputusan keuangan efisiensi atau tidak harus berdasarkan pada beberapa standar tertentu. Fungsi manajemen keuangan kesehatan yaitu sebagai keputusan investasi, sebagai keputusan pendanaan, sebagai keputusan pengelolaan aktiva.

2. Tujuan Manajemen Keuangan Asuransi Kesehatan

Menurut Horne dan Wachowicz (2005) tujuan manajemen keuangan yang efisiensi membutuhkan keberadaan beberapa tujuan atau sasaran, karena penilaian untuk apakah suatu keputusan keuangan efisiensi atau tidak harus berdasarkan pada beberapa

standar tertentu. Tujuan manajemen keuangan adalah memaksimalkan nilai perusahaan (memaksimumkan kemakmuran pemegang saham) yang diukur dari harga saham perusahaan

Menurut Martono dan Harjito (2008) ada 3 fungsi utama dalam manajemen keuangan, antara lain sebagai berikut :

- a) Keputusan Investasi
- b) Keputusan Pendanaan
- c) Keputusan Pengelolaan Aktiva

3. Prinsip Manajemen Keuangan Kesehatan

- 1) **Transparansi**
Transparan berarti adanya keterbukaan. Transparan di bidang manajemen berarti adanya keterbukaan dalam mengelola suatu kegiatan.
- 2) **Akuntabilitas**
Akuntabilitas adalah kondisi seseorang yang dinilai oleh orang lain karena kualitas performanya dalam menyelesaikan tugas untuk mencapaitujuan yang menjadi tanggungjawabnya.
- 3) **Efektifitas**
Efektif seringkali diartikan sebagai pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Manajemen keuangan dikatakan memenuhi prinsip efektivitas kalau kegiatan yang dilakukan dapat mengatur keuangan untuk membiayai aktivitas dalam rangka mencapai tujuan lembaga yang bersangkutan dan kualitatif outcomes nya sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.
- 4) **Efisiensi**
Efisiensi adalah perbandingan yang terbaik antara masukan (input) dan keluaran (out put) atau antara daya dan hasil. Perbandingan dilihat dari 2 hal:
 - a) Dilihat dari segi penggunaan waktu, tenaga, dan biaya
 - b) Dilihat dari segi hasil

4. Batasan Biaya Kesehatan

Dari batasan ini segera terlihat bahwa biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut yaitu (Lubis, 2009) :

- 1) **Penyedia Pelayanan Kesehatan**
Biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan (health provider) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan.
- 2) **Pemakai Jasa Pelayanan**
Biaya kesehatan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Pengertian biaya kesehatan tidaklah sama antara penyedia pelayanan kesehatan (health

provider) dengan pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*).

5. Sumber Biaya Kesehatan

Secara umum sumber biaya kesehatan dapat dibedakan sebagai berikut (Lubis, 2009):

- 1) Bersumber dari anggaran pemerintah
- 2) Bersumber dari anggaran masyarakat
- 3) Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri
- 4) Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat

6. Macam-macam Biaya Kesehatan

- 1) Biaya pelayanan kedokteran
Yakni yang tujuan utamanya untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita.
- 2) Biaya pelayanan kesehatan masyarakat
Yakni yang tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mencegah penyakit.

7. Masalah Pokok Pembiayaan Kesehatan

Adapun berbagai masalah tersebut jika ditinjau dari sudut pembiayaan kesehatan secara sederhana dapat disimpulkan sebagai berikut (Ali Imran, 2013) :

- 1) Kurangnya dana yang tersedia
Dana yang disediakan tidak memadai. Rendahnya alokasi anggaran berkaitan dengan masih kurangnya kesadaran pengambil keputusan akan pentingnya arti kesehatan.
- 2) Penyebaran dana yang tidak sesuai
Karena kebanyakan justru beredar di daerah perkotaan. Padahal jika ditinjau dari penyebaran penduduk, terutama di negara yang sedang berkembang, kebanyakan penduduk bertempat tinggal di daerah pedesaan.
- 3) Pemanfaatan dana yang tidak tepat
Bahwa di banyak negara ternyata biaya pelayanan kedokterannya jauh lebih tinggi dari pada pelayanan kesehatan masyarakat.
- 4) Pengelolaan dana yang belum sempurna
Penyebab utamanya berkaitan dengan pengetahuan, keterampilan yang masih terbatas, juga sikap mental para pengelola.
- 5) Biaya kesehatan yang makin meningkat
 - a) Tingkat inflasi.
 - b) Tingkat permintaan.
 - c) Kemajuan ilmu dan teknologi.
 - d) Perubahan pola penyakit

e) Perubahan pola pelayanan kesehatan

8. Materi manajemen keuangan asuransi kesehatan

- 1) Fungsi Manajemen Keuangan dan Analysis Keuangan
- 2) Manajemen Modal Kerja
- 3) Perencanaan Laba dan Penganggaran
- 4) Pendanaan Jangka Panjang dan Instrument Keuangan Lainnya
- 5) Kasus

j. Link Jurnal Mengenai Keuangan Asuransi

1. Link-1

<https://jurnal.unmer.ac.id/index.php/jkdp/article/view/148/pd>

2. Link ke-2

<https://ejournal.unikama.ac.id/index.php/JEKO/article/view/3055/>

C. Rangkuman

Manajemen keuangan adalah proses kegiatan merencanakan, mengatur, mengarahkan, dan mengendalikan kegiatan keuangan, seperti pengadaan dan pemanfaatan dana perusahaan bertujuan untuk Memaksimumkan kesejahteraan pemegang saham, Memaksimumkan keuntungan, Memaksimumkan pemberian imbalan kepada manajemen, Memenuhi tanggung jawab sosial dan sebagainya. Memeiliki fungsi sebagai; mempertemukan pihak yang memerlukan tabungan tersebut adalah pihak yang melakukan investasi pada aktiva riil yang lebih besar dari tabungan yang mereka bisa lakukan.

D. Contoh Soal Manajemen Keuangan Asuransi

A. Pilihlah jawaban yang paling tepat di antara A, B, C, D atau E yang sesuai dengan pertanyaan dengan cara memberi tanda (X).

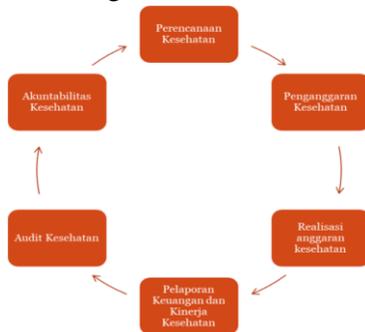
1. Suatu kegiatan perencanaan, penganggaran, pemeriksaan, pengelolaan, pengendalian, pencarian, penyimpanan dana dan pelaksanaan seluruh kegiatan oleh organisasi atau instansi pelayanan kesehatan merupakan pengertian dari...
 - a. Manajemen Pendidikan
 - b. Manajemen Keuangan
 - c. Manajemen Kesehatan
 - d. Manajemen Perusahaan
 - e. Manajemen Perencanaan
2. Tujuan manajemen keuangan yang efisiensi membutuhkan keberadaan beberapa tujuan atau sasaran, karena penilaian untuk apakah suatu keputusan keuangan efisiensi atau tidak harus berdasarkan pada beberapa standar tertentu, hal tersebut

merupakan pendapat dari...

- a. Marck dan Jacob (1995)
 - b. Dennis dan Andre (2007)
 - c. Horne dan Wachowicz (2005)
 - d. Zack dan Petter (2001)
 - e. Richard (2004)
3. Di bawah ini merupakan prinsip manajemen keuangan, kecuali...
- a. Transparansi
 - b. Akuntabilitas
 - c. Efektifitas
 - d. Flexsibel
 - e. Efisiensi
4. Sumber biaya kesehatan dapat dibedakan sebagai berikut, kecuali...
- a. Bersumber dari anggaran pemerintah
 - b. Bersumber dari anggaran perorangan
 - c. Bersumber dari anggaran masyarakat
 - d. Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri
 - e. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat
5. Dana yang disediakan tidak memadai. Rendahnya alokasi anggaran berkaitan dengan masih kurangnya kesadaran pengambil keputusan akan pentingnya arti kesehatan merupakan pengertian dari...
- a. Pemanfaatan dana yang tidak tepat
 - b. Penyebaran dana yang tidak sesuai
 - c. Tingkat Inflasi
 - d. Tingkat Permintaan
 - e. Kurangnya dana yang tersedia
6. Terdapat beberapa masalah pokok pembiayaan kesehatan yang dikemukakan oleh AliImran tahun 2013 sebagai berikut, kecuali...
- a. Kurangnya dana yang tersedia
 - b. Penyebaran dana yang tidak sesuai
 - c. Biaya kesehatan yang semakin rendah
 - d. Pemanfaatan dana yang tidak tepat
 - e. Pengelolaan dana yang belum sempurna
7. Yang bukan merupakan prinsip manajemen yaitu...
- a. Planing
 - b. Money
 - c. Organizing
 - d. Actuating
 - e. Controlling
8. Kegiatan Manajemen keuangan yaitu memperoleh dan menetapkan sumber-sumber pendanaan, pemanfaatan dana, pelaporan, pemeriksaan dan pertanggungjawaban pernyataan berikut merupakan pendapat dari...

- a. Philph, 1980; Jhanson 1990
 - b. Luis, 1985; Iern 1991
 - c. Petter, 1992; Iern 1991
 - d. Lipham, 1985; Keith, 1991
 - e. Martin 1990; Keith, 1991
9. Keuangan adalah bentuk aplikasi ekonomi yang mencakup, Kecuali...
- a. Analisis keuangan
 - b. Keputusan investasi
 - c. Keputusan keuangan
 - d. Keputusan pembelian
 - e. Manajemen sumber-sumber keuangan/ dana
10. Laporan Realisasi Anggaran, Neraca, Laporan Arus Kas dan Catatan atas Laporan Keuangan, merupakan komponen keuangan SAP menurut..
- a. PP No 24 tahun 2005
 - b. PP No 38 tahun 2007
 - c. PP No 42 tahun 2006
 - d. PP No 21 tahun 2008
 - e. PP No 35 Tahun 2004
11. Dibawah ini yang bukan merupakan komponen laporan keuangan kesehatan...
- a. Neraca
 - b. Laporan arus kas
 - c. Laporan rugi laba
 - d. Laporan perubahan modal
 - e. Laporan perencanaan
12. a) Sebagai alat penaksir,
b) Sebagai alat otoritas pengeluaran dana, dan
c) Sebagai alat efisiensi
Pernyataan diatas merupakan manfaat dari...
- a. Keuangan
 - b. Perencanaan
 - c. Penjualan
 - d. Manajemen
 - e. Anggaran
13. Dibawah ini merupakan fungsi manajemen keuangan, kecuali...
- a. Penganggaran keuangan
 - b. Perencanaan keuangan
 - c. Penyampaian keuangan
 - d. Pengelolaan keuangan
 - e. Penyimpanan keuangan
14. Melakukan audit internal atas keuangan perusahaan yang ada agar tidak terjadi penyimpangan merupakan pengertian salah satu fungsi manajemen keuangan, yaitu...
- a. Penganggaran keuangan
 - b. Perencanaan keuangan
 - c. Penyampaian keuangan
 - d. Pemeriksaan keuangan
 - e. Penyimpanan keuangan
15. 1. Mendapatkan Dana Perusahaan / Kebijakan Pendanaan

2. Menggunakan Dana Perusahaan / Kebijakan Investasi
 3. Membagi Keuntungan (laba) Perusahaan / Kebijakan Dividen
- Pernyataan di atas merupakan...
- a. Tugas pokok manajemen keuangan
 - b. Fungsi manajemen keuangan
 - c. Tujuan manajemen keuangan
 - d. Paradigma manajemen keuangan
 - e. Manfaat manajemen keuangan
16. Gambaran kondisi keuangan atas suatu bisnis pada poin tertentu adalah...
- a. Rugi laba
 - b. Kewajiban
 - c. Ekuitas pemilik
 - d. Arus kas
 - e. Neraca
17. Lihatlah gambar di bawah ini.



- Gambar di atas merupakan siklus...
- a. Siklus manajemen keuangan pelayanan kesehatan
 - b. Siklus manajemen pendidikan
 - c. Siklus manajemen keuangan pelayanan masyarakat
 - d. Siklus manajemen akuntansi
 - e. Siklus manajemen eksekutif
18. Membuat rencana pemasukan dan pengeluaran serta kegiatan-kegiatan lainnya untuk periode tertentu. Merupakan pengertian dari...
- a. Penganggaran keuangan
 - b. Perencanaan keuangan
 - c. Penyampaian keuangan
 - d. Pemeriksaan keuangan
 - e. Penyimpanan keuangan
19. Informasi keuangan yang disajikan dan disiapkan oleh manajemen dari suatu organisasi kesehatan kepada pihak – pihak internal merupakan dari...
- a. Laporan keuangan kesehatan
 - b. Laporan keuangan pedesaan
 - c. Laporan keuangan kementerian

- d. Laporan keuangan masyarakat
 - e. Laporan keuangan pendidikan
20. 1) Memberikan informasi yang berguna kepada pengguna dalam pengambilan keputusan.
 2) Memberikan informasi yang berguna bagi manajemen.
 3) Melihat kemampuan perusahaan mendatangkan aliran kas (cash flow)
 Pernyataan diatas merupakan...
- a. Tujuan dan ruang lingkup laporan keuangan kesehatan
 - b. Tujuan laporan keuangan kesehatan
 - c. Pengguna laporan keuangan kesehatan
 - d. Acuan penyusunan laporan keuangan kesehatan
 - e. Komponen laporan keuangan kesehatan
21. Dalam penggunaan laporan keuangan kesehatan karyawan masuk kedalam pihak...
- a. Pihak investor
 - b. Pihak kreditor
 - c. Pihak supplier
 - d. Pihak internal
 - e. Pihak eksternal
22. Suatu kewajiban yang harus dibayar kepada pihak lain dalam jangka waktu tertentu adalah...
- a. Harta
 - b. Utang
 - c. Pendapatan
 - d. Modal
 - e. Pendapatan
23. Peristiwa ekonomi yang secara langsung mengubah kondisi keuangan suatu entitas atau secara langsung mengubah kondisi keuangan suatu entitas atau secara langsung mempengaruhi hasil operasinya merupakan pengertian...
- a. Transaksi dagang
 - b. Transaksi langsung
 - c. Transaksi tidak langsung
 - d. Transaksi keuangan
 - e. Transaksi hasil
24. Terdapat beberapa lingkup manajemen keuangan di bawah ini, kecuali...
- a. Laporan keuangan, arus kas dan pajak
 - b. Analisis laporan keuangan
 - c. Manajemen kas & pembayaran
 - d. Laporan penerimaan
 - e. Manajemen Piutang
25. Aktivitas bisnis & laporan keuangan yang menyusun business plan & budgeting adalah...
- a. Aktivitas Pendanaan
 - b. Aktivitas Investasi
 - d. Aktivitas Operasi
 - e. Aktivitas Pendataan

- c. Aktivitas Perencanaan
- 26. 1) Pendapatan Operasional
 - 2) Pendapatan non-operasional
 - 3) Biaya Operasional
 - 4) Biaya non-operasional
 Pernyataan diatas merupakan laporan...
 - a. Laporan laba rugi
 - b. Laporan neraca
 - c. Laporan arus kas
 - d. Laporan pendapatan
 - e. Laporan pemasukan
- 27. Analisis rasio keuangan dilakukan dengan menggunakan berbagai rasio keuangan yang bisa dikelompokkan dalam beberapa rasio, kecuali...
 - a. Rasio likuiditas
 - b. Rasio hasil
 - c. Rasio manajemen aset
 - d. Rasio hutang
 - e. Rasio nilai pasar
- 28. Rasio yang dipergunakan untuk melihat sejauh manakah kemampuan perusahaan untuk memenuhi kewajiban jangka pendek dengan menggunakan aset-aset lancar merupakan rasio...
 - a. Rasio likuiditas
 - b. Rasio hasil
 - c. Rasio manajemen aset
 - d. Rasio hutang
 - e. Rasio nilai pasar
- 29. Anggaran yang berisi perencanaan aliran kas masuk dan kas keluar , baik kas operasional maupun aliran investasi untuk periode waktu tertentu adalah anggaran...
 - a. Anggaran labar rugi
 - b. Anggaran cash flow (Cash budgeting)
 - c. Anggaran neraca
 - d. Anggaran rutin
 - e. Anggaran non-rutin
- 30. Anggaran pendapatan ranap, igd, poli, farmasi, laboratorium dan gizi merupakan anggaran...
 - a. Anggaran labar rugi
 - b. Anggaram cash flow (Cash budgeting)
 - c. Anggaran neraca
 - d. Anggaran rutin
 - e. Anggaran non-rutin

B. Isilah Essay di bawah ini dengan tepat dan benar.

1. Menurut (Lubis, 2009) biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut, sebutkan dan jelaskan batasan biaya kesehatan tersebut!
2. Sebutkan dan jelaskan tahap-tahap manajemen keuangan!
3. Sebutkan dan jelaskan fungsi manajemen keuangan!

4. Sebutkan acuan penyusunan laporan keuangan kesehatan!
5. Sebutkan dan jelaskan jenis-jenis anggaran!

E. Daftar Pustaka

1. Ali Imran, La Ode. 2013. *Ekonomi kesehatan*. Kendari: Universitas Halu Oleo Press.
2. Harjito, A. dan Martono. 2008. *Manajemen Keuangan*. Edisi 1. Yogyakarta: Ekonisia.
3. Horne V. James dan John M Wachowicz. 2005. *Prinsip-prinsip Manajemen Keuangan (Fundamental of Financial Management)*. Edisi 12. Diterjemahkan oleh Dewi Fitriyani. Jakarta: Salemba Empat.
4. Lubis AA. 2009. *Ekonomi kesehatan*. Medan: USU Press
5. Weston, JF et al., *Manajemen Keuangan*. edisi 9., Jilid 1, 1995 Bina Rupa Aksara, Jakarta.
6. Ross, Westerfield, Jaffe, *Corporate Finance*, 6th ed., 2002 atau edisi terbaru (WRJ).
7. Jones, C.P., *Investments: Analysis and Management*, 8th ed., 2002, John Wiley & Sons, Inc., New York. (J)
8. www.bapepam.go.id
9. www.jsx.co.id
10. UU No.8 tahun 1995 tentang Pasar Modal
11. PP No. 45 tahun 1995 tentang Penyelenggaraan Kegiatan di Pasar Modal
12. PP No.46 tahun 1995 tentang Pemeriksaan di Bidang Pasar Modal

F. Glosarium

NO	ISTILAH	DEFINISI
1	<i>Agen</i>	Karyawan perusahaan asuransi yang bertugas untuk memasarkan produk atau melayani calon nasabah mulai dari menyampaikan ketentuan polis sampai dengan isi perjanjian polis setelah menjadi pemegang polis.
2	<i>Aktuaria</i>	Ilmu dalam asuransi yang menerapkan metode matematika, keuangan, dan statistik untuk memperkirakan atau memperhitungkan risiko.
3	<i>Ahli Waris</i>	Nama orang yang tercantum dalam polis asuransi sebagai pihak yang menerima santunan apabila terjadi kematian pada Tertanggung.
4	<i>Ajudikasi</i>	Tahapan penyelesaian sengketa untuk mengambil keputusan apakah klaim yang

		disampaikan pemegang polis harus diterima atau ditolak perusahaan asuransi.
5	<i>Anuitas</i>	Pembayaran yang dilakukan perusahaan asuransi secara berkala selama waktu tertentu.
6	<i>Assignment</i>	Istilah yang digunakan untuk menyebut pengalihan dalam asuransi.
7	<i>Assignor</i>	Pihak yang melakukan <i>assignment</i> hak dan manfaat asuransi dari pemegang polis kepada orang lain.
8	<i>Automatic Premium Loan (APL)</i>	Ketentuan pengambilan otomatis nilai tunai dari polis apabila nasabah belum membayar premi sampai masa tenggang berakhir.
9	<i>Bancassurance</i>	Produk asuransi yang ditawarkan dan dijual melalui bank dan yang menjadi sasaran adalah nasabah bank.
10	<i>Batas Potong</i>	Biaya yang harus dikeluarkan pemegang polis untuk menutupi kekurangan biaya yang dibayarkan perusahaan asuransi kepada rumah sakit.
11	<i>Biaya Akuisisi</i>	Biaya yang dikeluarkan saat penerbitan polis.
12	<i>Biaya Top-Up</i>	Biaya yang dikeluarkan saat membayar premi berkala dan premi tunggal.
13	<i>Cash Value</i>	Total uang yang diberikan perusahaan asuransi kepada pemegang polis (nilai tunai).
14	<i>Contestable Period</i>	Waktu yang diberikan kepada penanggung untuk membatalkan polis.
15	<i>Cuti Premi</i>	Fitur dalam asuransi yang boleh digunakan nasabah apabila ingin berhenti membayar premi untuk sementara waktu.
16	<i>Dana Investasi</i>	Besarnya dana yang didapatkan dari hasil pembayaran premi yang sudah dikurangi biaya akuisisi dan beberapa biaya lain.
17	<i>Endowment Plan</i>	Program asuransi dengan dua manfaat: proteksi dan tabungan.
18	<i>Explanation Of Benefits (EOB)</i>	Surat dari perusahaan asuransi sebagai tanda penerimaan klaim yang diberikan kepada pemegang polis.
19	<i>Field Underwriting</i>	Seleksi awal yang dilakukan perusahaan asuransi.
20	<i>Flat Rate</i>	Biaya premi setiap bulan yang ditentukan perusahaan asuransi yang nominalnya sama untuk setiap periode pembayaran selama masa kontrak.

21	<i>Free-Look Period</i>	Pemegang polis mendapatkan waktu 14 hari untuk memutuskan kerja sama/membatalkan polis karena tidak setuju dengan syarat-syarat dan ketentuan dalam polis.
22	<i>Grace Period</i>	Istilah yang digunakan untuk menyebutkan masa tenggang yang diberikan kepada pemegang polis selama 30 hari sejak jatuh tempo tanggal pembayaran.
23	<i>Harga Unit</i>	Hasil yang didapatkan dari portofolio investasi yang didapatkan dari hasil nilai aset ditambah keuntungan yang didapat dari hasil investasi.
24	<i>Ilustrasi Polis</i>	Proyeksi dari manfaat asuransi yang diterima pemegang polis.
25	<i>Investment-linked Plan</i>	Istilah yang merujuk pada asuransi unit link yang menawarkan manfaat proteksi dan investasi.
26	<i>Jaminan Perlindungan</i>	Salah satu jaminan yang diberikan perusahaan asuransi sehingga pemegang polis bisa membeli produk asuransi tambahan dengan tanpa perlu proses seleksi.
27	<i>Jaminan/Pernyataan Jaminan</i>	Pernyataan yang dikeluarkan calon nasabah mengenai kondisi dari orang atau benda yang diasuransikan.
28	<i>Joint life annuity</i>	Pembayaran yang dilakukan akan berhenti apabila pihak tertanggung meninggal dunia.
29	<i>Key Employee (Key Person)</i>	Tenaga ahli yang dimiliki perusahaan asuransi dengan segala kemampuan yang menunjang keberhasilan perusahaan asuransi.
30	<i>Klaim</i>	Tuntutan yang diberikan pihak pemegang polis asuransi untuk mendapatkan hak dengan semestinya agar pihak asuransi membayarkan kondisi sesuai prosedur yang ada.
31	<i>Klaim Akhir Kontrak</i>	Tuntutan hak pemegang polis karena kontrak sudah berakhir dengan perusahaan asuransi.
32	<i>Klaim Tertunda</i>	Klaim yang dilakukan pemegang polis dan belum bisa dibayarkan perusahaan asuransi karena sebab tertentu.
33	<i>Klausul</i>	Pasal-pasal yang terdapat dalam perjanjian polis yang harus dipatuhi pemegang polis dan perusahaan asuransi.
34	<i>Lapse</i>	Premi yang tidak dibayarkan hingga melampaui masa tenggang bisa membuat polis batal (masa efektif polis berhenti).

35	<i>Life Insurance Company</i>	Perusahaan asuransi yang memiliki produk asuransi untuk menerima pelimpahan risiko menyangkut kehidupan (nilai ekonomi dan tertanggung).
36	<i>Loan of Policy</i>	Apabila pihak pemegang polis meminta pinjaman kepada perusahaan asuransi dalam jumlah tertentu dan disetujui dengan jaminan nilai tunai polis.
37	<i>Late Remittance Offer</i>	Penawaran akhir dari perusahaan asuransi yang digunakan untuk memulihkan polis nasabah yang batal.
38	<i>Law of The Large Numbers</i>	Perhitungan melalui data statistik melalui konsep hukum bilangan besar yang dapat menggambarkan seberapa besar persentase segala kemungkinan yang mungkin terjadi pada pemegang polis.
39	<i>Main Reserve</i>	Cadangan premi yang dimiliki pemegang polis akan dihitung pada pertengahan tahun.
40	<i>Mail Kit</i>	Brosur penjualan yang digunakan untuk mengirimkan berbagai informasi terkait program asuransi yang dikirim melalui pos kepada calon nasabah agar memudahkan dalam mengambil keputusan untuk ikut program asuransi.
41	<i>Masa Tenggang</i>	Batas akhir yang diberikan perusahaan asuransi kepada pihak pemegang polis untuk membayar premi yang sudah disepakati.
42	<i>Masa Tunggu</i>	Masa tidak adanya pembayaran premi karena sebab tertentu.
43	<i>Minor</i>	Pemegang polis yang masih berusia di bawah 21 tahun.
44	<i>Mortalitas</i>	Waktu perkiraan kematian yang tidak pasti atau juga bisa digunakan untuk menyebut frekuensi kematian.
45	<i>Nilai Aktiva Bersih (NAB)</i>	Nilai dasar investasi pada polis Unit Link.
46	<i>Nilai Investasi</i>	Nilai total unit yang terbentuk dalam suatu periode.
47	<i>Occupational Risk/Hazard</i>	Risiko dari pekerjaan pemegang polis.
48	<i>Payor</i>	Istilah yang digunakan untuk pemegang polis sebagai pihak yang membayar premi.
49	<i>Pemegang Polis</i>	Orang yang terikat dengan perjanjian yang

		dibuat dengan perusahaan asuransi dan bertanggung jawab atas segala kewajibannya terhadap perusahaan asuransi.
50	<i>Polis</i>	Perjanjian yang dilakukan pihak pemegang polis dengan perusahaan asuransi.
51	<i>Polis Asuransi</i>	Kesepakatan antara pemegang polis dan perusahaan asuransi untuk melakukan kewajiban seperti yang sudah disetujui kedua belah pihak.
52	<i>Premi</i>	Nominal pembayaran yang disetujui oleh pemegang polis dan perusahaan asuransi. Pembayaran premi akan dilaksanakan sesuai dengan perjanjian, bisa bulanan, tahunan atau sesuai kesepakatan.
53	<i>Premium Notice</i>	Surat pemberitahuan dari Penanggung kepada Pemegang Polis bahwa sejumlah premi akan segera jatuh tempo.
54	<i>Quarterly Premium</i>	Pembayaran premi yang dilakukan setiap tiga bulan sekali.
55	<i>Regular Premium Policy</i>	Polis yang menghendaki pembayaran premi secara berkala, seperti bulanan, setiap enam bulan atau tahunan.
56	<i>Reinsurance</i>	Usaha yang dilakukan perusahaan asuransi untuk memproteksi dirinya dengan melimpahkan risiko asuransi ke perusahaan asuransi lain.
57	<i>Rider (Manfaat Tambahan)</i>	Produk tambahan dari asuransi untuk menambah pertanggungan dari manfaat utama atau tambahan proteksi asuransi dengan biaya yang lebih murah
58	<i>Risiko</i>	Berbagai kemungkinan buruk yang dapat menimpa seseorang.
59	<i>Risk Based Capital (RBC)</i>	Rasio untuk mengukur kesehatan dan keamanan finansial perusahaan asuransi berdasarkan kemampuan modal mereka untuk menutup seluruh kerugian yang ada.
60	<i>Secondary Benefits</i>	Manfaat lain yang didapatkan di luar dari manfaat pokok.
61	<i>Single Premium Policy</i>	Polis dengan premi sekali bayar atau polis yang hanya menghendaki sekali pembayaran premi yang dilakukan di muka.
62	<i>Sum Assured</i>	Jumlah Uang Pertanggungan atau Jumlah uang jaminan yang dipertanggungkan kepada

		pemegang polis.
63	<i>Surrender</i>	Penjualan polis kepada pihak Penanggung sebesar Nilai Tunai yang telah terbentuk pada saat penjualan polis dilakukan.
64	<i>Tertanggung</i>	orang yang jiwa / kesehatannya ditanggung sesuai dengan perjanjian atau kontrak asuransi.
65	<i>Uang Pertanggungan</i>	Jumlah uang yang harus dibayarkan perusahaan asuransi kalau terjadi klaim dari pemegang polis atas risiko yang dijamin dalam program asuransi.
66	<i>Underwriter</i>	Seseorang yang memiliki keahlian dalam menilai atau meninjau berbagai resiko pemegang polis sehingga menentukan calon nasabah berhak menerima asuransi atau tidak.
67	<i>Underwriting (Penjaminan)</i>	Proses penaksiran/penilaian dan penggolongan derajat risiko yang terkait pada calon Tertanggung, serta pembuatan keputusan untuk menerima atau menolak risiko tersebut.

G. Indeks

1. Jenis Asuransi pertanian berbasis Indeks

Asuransi pertanian berbasis indeks	
Jenis asuransi	Penjelasan
Asuransi berbasis indeks hasil panen (<i>area yield index insurance</i>)	Dalam asuransi ini ganti rugi didasarkan pada indeks hasil rata-rata dari suatu daerah seperti kabupaten atau kecamatan. Ganti rugi dibayarkan jika hasil rata-rata realisasi untuk wilayah kurang (biasanya 50-90% rata-rata hasil panen) dari indeks rata-rata yang ditetapkan. Jenis asuransi indeks membutuhkan data historis hasil panen di daerah untuk mendapatkan rata-rata hasil panen normal dan berapa rata-rata yang dapat diasuransikan.
Asuransi indeks cuaca (<i>weather index insurance</i>)	Dalam asuransi ini ganti rugi didasarkan pada realisasi nilai parameter cuaca tertentu diukur selama periode tertentu di sebuah stasiun cuaca tertentu. Asuransi dapat disusun untuk melindungi terhadap

	realisasi indeks yang terlalu tinggi atau rendah sehingga menyebabkan kerugian hasil panen. Ganti rugi dibayarkan setiap kali nilai realisasi indeks melebihi atau kurang dari indeks yang ditetapkan dengan ambang batas yang ditentukan. Ganti rugi dihitung berdasarkan jumlah kesepakatan pertanggungan per unit indeks (misalnya rupiah/ milimeter cuaca hujan)
<i>Normalized difference vegetation index satellite insurance</i>	Indeks dibangun menggunakan citra satelit dari waktu ke waktu. Pembayaran klaim didasarkan pada perbedaan indeks vegetasi berdasarkan citra satelit.

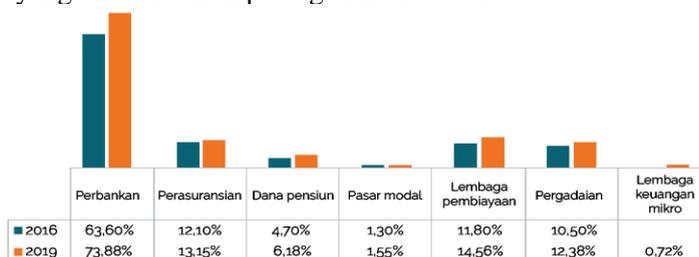
Sumber: Mahul dan Stutley (2010)

2. Literasi dan inklusi

Untuk melihat bagaimana kondisi literasi dan inklusi keuangan pada masyarakat Indonesia, Otoritas Jasa Keuangan menyelenggarakan survei nasional mengenai indeks literasi dan inklusi keuangan di Indonesia pada tahun 2019. Hasil survei nasional tersebut menunjukkan bahwa secara keseluruhan terjadi peningkatan baik dari segi literasi maupun inklusi keuangan dari tahun 2016 ke 2019. Indeks literasi keuangan di Indonesia meningkat 8,33% dari tahun 2016 menjadi 38,03% pada tahun 2019, sementara tingkat inklusi meningkat 8,39% dari tahun 2016 menjadi 76,19% pada tahun 2019.

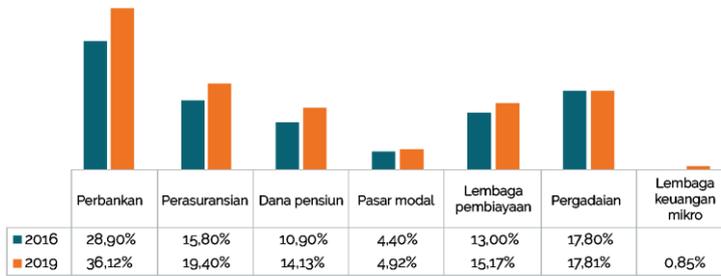
Dalam Strategi Nasional Literasi Keuangan 2019 yang dipublikasikan oleh Otoritas Jasa

Keuangan, terdapat pemaparan hasil survei lebih lanjut dengan melihat bagaimana keadaan literasi dan inklusi setiap sektor jasa keuangan di Indonesia yang diilustrasikan pada grafik di bawah.



Grafik 1 Indeks Inklusi Keuangan di Indonesia (2016 & 2019)

Sumber: Otoritas Jasa Keuangan (2019)



Grafik 2. Indeks Literasi Keuangan di Indonesia (2016 & 2019)
 Sumber: Otoritas Jasa Keuangan (2019)

Berdasarkan pemaparan data tersebut, terdapat temuan bahwa dalam Industri Keuangan Non-Bank (IKNB) sektor perasuransian memiliki indeks literasi dan inklusi terbaik dibandingkan sektor lainnya. Salah satu temuan menarik terkait survei literasi dan inklusi keuangan yang dilakukan oleh OJK pada tahun sebelumnya, yaitu pada tahun 2016, terjadi penurunan indeks literasi di sektor perasuransian sebesar 2,08% dari tahun 2013 ke tahun 2016, penurunan tersebut diyakini karena perluasan wilayah survei hingga ke pelosok daerah dan adanya persepsi masyarakat bahwa produk asuransi merupakan produk yang digunakan oleh orang-orang yang telah memahami risiko serta mitigasi risiko tersebut. Dalam perkembangannya, pada survei nasional literasi dan inklusi keuangan tahun 2019 yang dilakukan oleh OJK, terjadi peningkatan baik dari indeks literasi maupun inklusi pada sektor perasuransian. Berdasarkan pemaparan pada grafik di atas, terjadi peningkatan sebesar 3,60% pada indeks literasi dan 1,05% pada indeks inklusi di tahun 2019 pada sektor perasuransian. Dapat ditarik kesimpulan bahwa upaya untuk melakukan edukasi produk asuransi terhadap masyarakat harus dilanjutkan, guna meningkatkan tingkat penetrasi asuransi di Indonesia.

Secara umum, pengelompokan asuransi di Indonesia berdasarkan tujuannya dibagi dua yaitu asuransi komersial dan asuransi sosial. Asuransi komersial merupakan asuransi yang bertujuan untuk mencari keuntungan, sedangkan asuransi sosial tujuan utamanya bukan mencari keuntungan. Berdasarkan jenisnya, asuransi dibedakan menjadi dua kelompok yaitu asuransi jiwa dan asuransi umum. Asuransi jiwa merupakan asuransi yang objek pertanggungjawabannya adalah jiwa dari pihak tertanggung, sedangkan asuransi umum adalah asuransi yang objek pertanggungjawabannya berupa aset atau barang maupun jiwa atau orang.

Layanan asuransi kesehatan termasuk salah satu produk yang dinilai penting dan bermanfaat bagi masyarakat. Secara umum, asuransi kesehatan adalah asuransi yang dapat memberikan jaminan kesehatan atas rawat inap,

rawat jalan, pengobatan untuk gigi, penggantian kaca mata, dan melahirkan sesuai dengan batasan yang dijamin dalam polis.

Pemerintah Indonesia memasukkan penanggungungan biaya medis pada program jaminan sosial, yang sejak tahun 2014 beroperasi dengan nama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Selain dari yang disediakan pemerintah, produk asuransi kesehatan komersial juga tersedia di Indonesia guna melengkapi kebutuhan konsumen. Berdasarkan POJK Nomor 69/POJK.05/2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah, perusahaan asuransi umum, baik konvensional maupun syariah, dapat menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan. Melalui lini usaha asuransi kesehatan, perusahaan asuransi dapat menyediakan sistem penanggungungan biaya medis kepada konsumen.

BAB VIII

SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL

Fardhoni, S.T., M.M.

A. Tujuan Pembelajaran

Tujuan Pembelajaran dalam bab ini adalah sebagai berikut :

1. Mampu memahami Konsep Sistem Jaminan Sosial Nasional
2. Mampu menjelaskan Prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional
3. Mampu menerangkan Program Sistem Jaminan Sosial Nasional
4. Mampu menerapkan Program Sistem Jaminan Sosial Nasional di dalam praktek kehidupan bernegara

B. Materi

1. Konsep Sistem Jaminan Sosial Nasional

Berbagai risiko dan ketidakpastian selalu meliputi perjalanan hidup kita, hal tersebut menyebabkan pentingnya suatu jaminan yang dapat menanggung risiko apabila terjadi hal-hal yang mengakibatkan berkurang bahkan hilangnya pendapatan anda karena menderita sakit, mengalami kecelakaan kerja, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun. Program jaminan sosial yang telah terselenggara di Indonesia dalam beberapa dekade ini meliputi Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (Taspen) untuk Pegawai Negeri Sipil (PNS); Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI) untuk Prajurit TNI, Anggota Polri, dan PNS di Kementerian Pertahanan/TNI/Polri beserta keluarganya; Asuransi Kesehatan (Askes) bagi PNS/Penerima Pensiun/Perintis Kemerdekaan/ Veteran dan anggota keluarganya; dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) untuk tenaga kerja swasta. Namun program jaminan sosial tersebut baru mencakup sebagian kecil masyarakat. Sebagian besar rakyat belum memperoleh perlindungan yang memadai. Disamping itu, pelaksanaan pelbagai program jaminan sosial tersebut belum mampu memberikan perlindungan yang adil dan memadai kepada para peserta sesuai dengan manfaat program yang menjadi hak peserta.

Pemikiran mendasar yang melandasi penyusunan SJSN bagi penyelenggaraan jaminan sosial untuk seluruh warga negara adalah:

- Penyelenggaraan SJSN berlandaskan kepada hak asasi manusia dan hak konstitusional setiap orang; sebagaimana tercantum dalam UUD Negara RI Tahun 1945 Pasal 28H ayat (3) menetapkan, “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.”
- Penyelenggaraan SJSN adalah wujud tanggung jawab negara dalam pembangunan perekonomian nasional dan kesejahteraan sosial; sebagaimana tercantum dalam UUD Negara RI Tahun 1945 Pasal 34

ayat (2) menetapkan, “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.”

- Program jaminan sosial ditujukan untuk memungkinkan setiap orang mampu mengembangkan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat; sebagaimana dalam UUD Negara RI Tahun 1945 Pasal 28 H ayat (3), “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.” (UUD RI 1945)

Berdasarkan pemikiran mendasar diatas disusunlah SJSN yang mampu menyelaraskan penyelenggaraan bentuk jaminan sosial yang dilaksanakan oleh beberapa penyelenggara agar dapat menjangkau lingkup yang lebih luas bagi kepesertaan serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap peserta.

Social security is a system under which a government pays money regularly to certain groups of people

Jaminan sosial adalah sistem di mana pemerintah mengeluarkan pembayaran secara teratur kepada kelompok orang tertentu

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). SJSN diselenggarakan berdasarkan 3 (tiga) asas, yakni asas kemanusiaan, asas manfaat dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Asas kemanusiaan berkaitan dengan penghargaan terhadap martabat manusia. Asas manfaat merupakan asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efektif dan efisien. Asas keadilan merupakan asas yang bersifat ideal. Ketiga asas tersebut dimaksudkan untuk menjamin kelangsungan program dan hak peserta. (DJSN, 2021)

Sistem Jaminan Sosial Nasional juga merupakan sebuah sistem jaminan sosial yang ditetapkan di Indonesia dalam Undang-Undang nomor 40 tahun 2004. Jaminan sosial ini adalah salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh negara Republik Indonesia guna menjamin warganegaranya untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, sebagaimana dalam deklarasi PBB tentang HAM tahun 1948 dan konvensi ILO No.102 tahun 1952. (JAMSOSINDONESIA, 2019)

SJSN merupakan program Negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. SJSN bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami

kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut, atau pensiun. (DJSN, 2021):

2. Prinsip-Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) memiliki dasar 9 (sembilan) prinsip yang dapat dilihat pada tabel berikut ini :

TABEL 1

No	PRINSIP SJSN	Keterangan
1	Kegotong-royongan	Prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau penghasilannya
2	Nirlaba	Prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta
3	Keterbukaan	Prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar dan jelas bagi setiap peserta
4	Kehati-hatian	Prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman dan tertib
5	Akuntabilitas	Prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
6	Portabilitas	Prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia
7	Kepesertaan bersifat wajib	Prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.
8	Dana amanat	Iuran dan pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial
9	Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial (DJS) dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta	Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial (DJS) dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta; bahwa hasil dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

3. Program Sistem Jaminan Sosial Nasional

Jenis Program di dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional menurut Undang-undang no. 40 Tahun 2004 adalah :

- a. Jaminan Kesehatan adalah suatu program Pemerintah dan masyarakat/rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera.
- b. Jaminan Kecelakaan Kerja adalah suatu program pemerintah dan pemberi kerja dengan tujuan memberikan kepastian jaminan pelayanan dan santunan apabila tenaga kerja mengalami kecelakaan saat menuju, menunaikan dan selesai menunaikan tugas pekerjaan dan berbagai penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan.
- c. Jaminan Hari Tua adalah program jangka panjang yang diberikan secara sekaligus sebelum peserta memasuki masa pensiun, bisa diterimakan kepada janda/duda, anak atau ahli waris peserta yang sah apabila peserta meninggal dunia.
- d. Jaminan Pensiun adalah pembayaran berkala jangka panjang sebagai substitusi dari penurunan/hilangnya penghasilan karena peserta mencapai usia tua (pensiun), mengalami cacat total permanen, atau meninggal dunia.
- e. Jaminan Kematian Definisi Jaminan Kematian (JK) tidak dijelaskan secara tegas baik dalam UU SJSN maupun dalam naskah akademik. Di dalam Naskah Akademik UU SJSN hanya dijelaskan santunan kematian, dengan definisi Santunan Kematian adalah program jangka pendek sebagai pelengkap program jaminan hari tua, dibiayai dari iuran dan hasil pengelolaan dana santunan kematian, dan manfaat diberikan kepada keluarga atau ahli waris yang sah pada saat peserta meninggal dunia. (Naskah Akademik UU SJSN).

4. Penerapan Program Sistem Jaminan Sosial Nasional

Penerapan Program sistem jaminan Sosial nasional meliputi :

- a. Jaminan Kesehatan (JKN) adalah program jaminan sosial yang 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. Penerapan program JKN didalamnya harus memenuhi:
 1. Prinsip asuransi sosial meliputi :
 - kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah
 - kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif

- iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan
 - bersifat nirlaba.
2. Sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak berkaitan dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya.
- b. Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pelayanan kesehatan dan santunan uang tunai apabila seorang pekerja mengalami kecelakaan kerja atau menderita penyakit akibat kerja. Penerapan program JKK didalamnya memenuhi :
- c. Prinsip asuransi sosial yang meliputi :
- kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah
 - kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif
 - iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan
 - bersifat nirlaba.
- d. Prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak berkaitan dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya.
- e. Jaminan Hari Tua (JHT) adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib dengan tujuan untuk menjamin agar peserta menerima uang tunai apabila memasuki masa pensiun, mengalami cacat total tetap, atau meninggal dunia. Didalamnya mencakup penerapan JHT yang memenuhi :
- f. Prinsip asuransi sosial meliputi :
- kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah
 - kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif
 - iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan
 - bersifat nirlaba.
 - Prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak berkaitan dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya.
 - Prinsip tabungan wajib dalam JHT didasarkan pada pertimbangan bahwa manfaat JHT berasal dari akumulasi iuran dan hasil pengembangannya.

- g. Jaminan Pensiun (JP) adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib dan manfaat pasti dengan tujuan untuk mempertahankan derajat kehidupan yang layak pada saat peserta kehilangan atau berkurang penghasilannya karena memasuki usia pensiun atau mengalami cacat total tetap. Didalamnya mencakup penerapan JP yang memenuhi :
1. Prinsip asuransi sosial meliputi :
 - kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah
 - kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif
 - iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan
 - bersifat nirlaba.
 2. Prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak berkaitan dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya.
 3. Prinsip tabungan wajib dalam JHT didasarkan pada pertimbangan bahwa manfaat JHT berasal dari akumulasi iuran dan hasil pengembangannya. Manfaat pasti adalah terdapat batas minimum dan maksimum manfaat yang akan diterima peserta.
- h. Jaminan Kematian (JKm) adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dengan tujuan untuk memberikan santunan kematian yang dibayarkan kepada ahli waris peserta yang meninggal dunia. Didalamnya mencakup penerapan JKm yang memenuhi :
- (2) Prinsip asuransi sosial meliputi :
 - kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah
 - kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif
 - iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan
 - bersifat nirlaba.
 - (3) Prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak berkaitan dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya.

C. Rangkuman

1. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

2. SJSN diselenggarakan berdasarkan 3 (tiga) asas, yakni asas kemanusiaan, asas manfaat dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
3. SJSN merupakan program Negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya
4. Program SJSN meliputi Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kematian.
5. Prinsip asuransi sosial meliputi kegotong-royongan , kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif, iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan, bersifat nirlaba.

D. Tugas

1. Jelaskan pengertian dari SJSN?
2. Sebutkan Undang undang yang melandasi penyusunan SJSN bagi penyelenggaraan jaminan sosial untuk seluruh warga negara ?
3. Sebutkan jelaskan prinsip SJSN!

E. Referensi

DJSN.go.id-Sistem Jaminan Sosial Nasional
JAMSOSINDONESIA.com - Transformasi Sistem Jaminan Sosial Nasional
Undang Undang Dasar Negara RI Tahun 1945 Pasal 28 H ayat (3)
Undang Undang Dasar Negara RI Tahun 1945 Pasal 34 ayat (2)
Undang Undang Dasar Negara RI Tahun 1945 Pasal 28H ayat (3)
Undang Undang RI Nomor 40 Tahun 2004

F. Indeks

BPJS, 123, 127
JP, 127
JPKM, 128
JKM, 127
JKm, 127
Nirlaba, 126, 127, 128
SJSN, 122, 123, 124, 125

BAB IX

MANAGED CARE

Fajar Nur Farida, S.E., M.P.H.

Dalam beberapa kurun waktu, layanan kesehatan mengalami perkembangan yang sangat pesat. Hal ini sesuai dengan kebutuhan masyarakat akan layanan kesehatan tersebut. Disisi lain, masyarakat semakin pintar memilih layanan kesehatan serta pembiayaannya sesuai dengan kebutuhan masing-masing. Untuk itu managed care merupakan sistem yang tepat untuk mengatasi hal tersebut

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah membaca Bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami definisi Managed Care
2. Menjelaskan tentang sejarah managed care
3. Memahami serta menjelaskan sistem managed care di Indonesia
4. Memahami dan menjelaskan ciri Managed Care
5. Memahami dan menjelaskan bentuk managed care
6. Memahami dan menjelaskan kendali mutu
7. Memahami dan menjelaskan kendali biaya
8. Memahami serta memberikan contoh pelaksanaan managed care

B. Materi

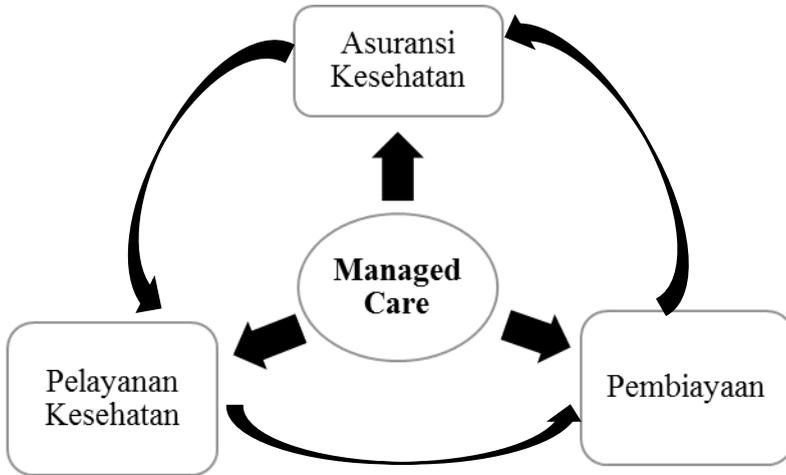
1. Apa Itu Managed Care?

Managed Care adalah sebuah sistem pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan antara penyedia layanan kesehatan dengan pembiayaan kesehatan. Tujuannya untuk mengelola biaya, kemudahan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi peserta serta menjaga mutu layanan kesehatan.

2. Ciri Umum Managed Care

Sebagian besar, sistem managed care memiliki ciri sebagai berikut:

- a. Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang komprehensif (menyeluruh).
- b. Memantau dan menganalisa pola-pola praktek dokter
- c. Terdapat dokter pelayanan primer untuk melayani peserta mendapatkan layanan kesehatan.
- d. Adanya program kendali mutu dan kendali biaya.
- e. Adanya program peningkatan mutu layanan kesehatan.
- f. Sistem pembayaran yang mendorong para penyedia layanan kesehatan untuk bekerja secara akuntabel dalam pembiayaan maupun kualitas pelayanan.



Gambar 1. Skema Managed Care

Pada sistem managed care, terdapat keterkaitan antara asuransi kesehatan, pelayanan kesehatan serta pembiayaan. Peserta asuransi membayar premi kepada penyelenggara asuransi untuk mendapat manfaat layanan kesehatan secara menyeluruh sesuai kebutuhan. Penyelenggara asuransi membuat perjanjian atau kontrak kepada penyedia layanan kesehatan (klinik, puskesmas maupun rumah sakit). Penyedia layanan kesehatan menerima pembayaran dari penyelenggara asuransi dengan beberapa metode yaitu *fee for service*, *reimbursement*, kapitasi, *Case Based Groups (CBG's)*.

Tabel 1. Perbedaan Asuransi Tradisional dan Managed Care

Asuransi Tradisional	Managed Care
Tidak ada batasan memilih penyedia layanan kesehatan	Penyedia layanan kesehatan sudah ditentukan
Paket manfaat yang didapatkan terbatas	Paket manfaat menyeluruh
Fungsi pelayanan dan pembiayaan terpisah	Fungsi pelayanan dan pembiayaan terintegrasi
Membayar penyedia layanan kesehatan dengan <i>fee for service</i>	Membayar penyedia layanan kesehatan berdasarkan tarif negosiasi

Risiko finansial ditanggung oleh penyelenggara asuransi	Risiko finansial ditanggung bersama dengan penyedia layanan kesehatan
Tidak ada keterlibatan kendali mutu dan biaya	Ikut serta aktif dalam kendali mutu dan biaya

Perbedaan mendasar antara asuransi tradisional dengan managed care diantaranya para peserta bebas memilih dimana akan memperoleh layanan kesehatan sedangkan managed care sudah menentukan jaringan layanan kesehatan, baik primer maupun layanan kesehatan lanjutan. Paket manfaat dalam managed care lebih menyeluruh tanpa batasan. Pembiayaan kesehatan dijamin seluruhnya sesuai dengan ketentuan. Misalnya peserta dengan kasus penyakit kanker, seluruh biaya baik obat maupun tindakan akan dijamin sesuai dengan kelas. Apabila naik kelas perawatan yang tidak sesuai dengan polis maka akan ada iur biaya tambahan.

Risiko finansial pada asuransi tradisional ditanggung sendiri oleh penyelenggara asuransi. Semakin sering peserta memanfaatkan layanan kesehatan maka semakin banyak biaya yang dikeluarkan oleh penyelenggara asuransi kepada penyedia layanan kesehatan. Namun dalam managed care, pembagian risiko finansial diberlakukan. Penyelenggara asuransi membayar sesuai dengan kontrak yang berlaku meskipun peserta sering menggunakan layanan kesehatan. Dengan begitu, penyedia layanan kesehatan akan memberikan layanan kesehatan dengan biaya yang efisien.

Untuk memastikan pelayanan yang didapatkan oleh peserta tersebut bermutu, sesuai kebutuhan medis dengan biaya yang efisien, maka diterapkan kendali mutu dan biaya. Dalam managed care, semua pihak terlibat baik penyelenggara asuransi, penyedia layanan dan peserta.

3. Sejarah Managed Care

Sekitar tahun 1930-an di Amerika Serikat, Managed Care mulai dikembangkan pada praktek kelompok (*prepaid group practice*) sebagai suatu cara meningkatkan akses pada pelayanan kesehatan yang bermutu serta alat untuk menyediakan pelayanan preventif. Awalnya, managed care berasal dari konsep asuransi ganti rugi tradisional (*fee for service*) berdasarkan pembayaran di muka untuk pelayanan medis. Lambat laun, konsep asuransi ganti rugi tradisional mengalami beberapa persoalan operasional seperti mahal biaya pelayanan kesehatan, orang-orang yang membutuhkan perlindungan kesehatan tidak mendapat jaminan.

Beberapa masalah tersebut karena kurangnya koordinasi dan integrasi dalam penanganan penyakit kronis (katastropik), tidak ada insentif bagi penyedia layanan kesehatan, berkembangnya teknologi medis serta farmasi yang baru dan mahal namun manfaat yang didapatkan tidak signifikan. Faktor lain yang mempengaruhi pelayanan kesehatan tersebut diantaranya

yaitu kecurangan dan penyalahgunaan, tidak meratanya tenaga kesehatan di beberapa daerah, praktek kedokteran defensif serta hambatan peraturan dalam pengendalian biaya.

Setelah perang dunia ke II, pada tahun 1938 seorang industrialis Henry J. Kaiser meminta dokter ahli bedah dr. Sydney Garfield untuk memulai suatu praktek kelompok yang melayani para pekerja galangan kapal miliknya. Selain itu, dr. Sydney Garfield juga mengorganisir rumah sakit dan klinik untuk memberikan pelayanan menyeluruh secara prabayar. Sistem asuransi ini akhirnya dibuka bagi masyarakat umum yang dikenal dengan Kaiser Permanente Medical Care Program dan merupakan *Health Maintenance Organization (HMO)*.

Pada tahun 1973, Undang-undang HMO disahkan oleh pemerintah Amerika Serikat. Pendanaan sistem ini berasal dari dana hibah nonprofitt. Pertumbuhan kepesertaan *HMO* meningkat sekitar 25% hingga 30% setiap tahunnya. Hal ini megakibatkan peningkatan kebutuhan pendanaan sehingga sejumlah paket mandiri dan paket yang disponsori oleh penyedia layanan kesehatan berubah menjadi berorientasi pada laba.

Beberapa asuransi melihat keberhasilan *HMO* sebagai perwujudan managed care, kemudian mulai menggunakan sistem tersebut. Managed care mampu mengendalikan biaya layanan kesehatan dan pasien sebagai peserta juga terlayani dengan baik. Sistem asuransi tradisional perlahan ditinggalkan, hingga mayoritas penduduk Amerika Serikat saat itu mulai menggunakan sistem managed care dalam layanan kesehatan. Managed care akhirnya berkembang pada pelayanan yang menyeluruh serta merubah industri asuransi.

4. Managed Care Di Indonesia

Konsep managed care di Indonesia diperkenalkan pertama kali pada tahun 1992 dengan adanya Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Dalam undang-undang tentang kesehatan Nomor 23 Tahun 1992 disebutkan bahwa JPKM adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya.

JPKM diatur dengan memadukan pelayanan kesehatan dan pembiayaan untuk mewujudkan kendali mutu dan kendali biaya. Pada JPKM terdapat peran aktif antara pemberi layanan kesehatan, badan penyelenggara serta peserta. Pemeliharaan kesehatan masyarakat yang paripurna memiliki arti pemeliharaan kesehatan menyeluruh meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang berkesinambungan.

Pembiayaan "Pra-Upaya" JPKM digunakan untuk memenuhi kebutuhan pemeliharaan kesehatan peserta dengan biaya yang lebih efektif. Sistemnya, peserta membayar sejumlah iuran secara teratur dimuka kepada

badan penyelenggara JPKM, kemudian penyelenggara menerapkan pembayaran pra-upaya ke penyedia layanan kesehatan.

Tahun 2010, JPKM sempat digunakan oleh Pemerintah sebagai salah satu pilar Strategi Nasional Menuju Indonesia Sehat 2010. Selanjutnya, pemerintah berupaya mengembangkan bentuk skema jaminan pemeliharaan kesehatan seperti;

- a. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-Gakin)
- b. Jaminan Kesehatan berbasis sukarela (asuransi komersial)
- c. Jaminan kesehatan sektor informal (dana sehat, dana sosial masyarakat)
- d. Jaminan Kesehatan Nasional yang merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bagi seluruh warga negara Indonesia dan bersifat wajib.

Bagi pekerja swasta, Pemerintah telah menetapkan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) melalui PT Jamsostek. JPK merupakan Program Jamsostek yang memberikan perlindungan dasar untuk memenuhi kebutuhan minimal bagi tenaga kerja dan keluarganya, dengan memberikan kepastian berlangsungnya arus penerimaan penghasilan keluarga sebagai pengganti sebagian atau seluruhnya penghasilan yang hilang akibat risiko sosial.

Pelayanan diberikan melalui jaringan penyedia layanan kesehatan (rumah sakit) yang tersebar di seluruh Indonesia. Dengan mengusung sistem managed care, penyelenggaraan dilakukan secara berjenjang, terstruktur, berkesinambungan serta menyeluruh meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang aktif maupun sudah purna tugas (pensiunan) beserta keluarganya diselenggarakan oleh PT Asuransi Kesehatan Indonesia (PT ASKES). Pelayanan kesehatan diberikan secara menyeluruh dan berjenjang sesuai sistem managed care. Dimulai dari puskesmas hingga ke rumah sakit baik rawat jalan maupun rawat inap serta pelayanan penunjang.

Untuk pendanaan diperoleh dari potongan gaji PNS sebesar 2% dan pemerintah selaku pemberi kerja. Pembayaran kepada penyedia layanan kesehatan dilakukan dengan sistem anggaran, paket dan kapitasi yang dikelola oleh PT ASKES. Kelas perawatan yang diperoleh bagi peserta sesuai dengan golongan pegawai negeri. Misalnya PNS golongan III maka berhak mendapat kelas I untuk perawatan kesehatan rawat inap.

Pengintegrasian konsep pelayanan kesehatan (healthcare delivery concept) dan konsep pembiayaan kesehatan (financing of healthcare concept) menjadi satu sistem untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, dengan biaya yang optimal, sehingga dapat meningkatkan produktivitas pesertanya. Pengintegrasian konsep pelayanan kesehatan (healthcare delivery concept) dan konsep pembiayaan kesehatan (financing of

healthcare concept) menjadi satu sistem untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, dengan biaya yang optimal, sehingga dapat meningkatkan produktivitas pesertanya.

Era baru perluasan managed care di Indonesia ditandai dengan penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tanggal 1 Januari 2014. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Tujuan penerapan SJSN adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Sebagaimana amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional maka dibentuk Badan penyelenggara Jaminan Sosial melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Dengan Undang-Undang ini dibentuk 2 (dua) BPJS yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan merupakan peralihan dari PT Jamsostek yang melayani perlindungan kesehatan bagi tenaga kerja sedangkan PT ASKES bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan.

5. Bentuk Managed Care

Beberapa bentuk managed care yaitu:

a. HMO (Health Maintenance Organization)

HMO adalah organisasi managed care yang paling canggih dalam mengendalikan biaya utilisasi dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Cirinya:

- 1) Paket program jaminan kesehatan bersifat komprehensif dengan premi tetap.
- 2) Provider terbatas pada jaringan dokter dan rumah sakit yang tergabung dalam HMO.
- 3) Peserta tidak perlu membayar atau hanya membayar sedikit bila menggunakan provider yang tergabung dalam jaringan HMO.
- 4) Dokter pelayanan primer berperan sebagai *gate keeper* atau sebagai pengendali rujukan ke dokter spesialis atau rawat inap.

Ada empat model HMO diantaranya:

a. HMO Staf

HMO staf memiliki klinik sendiri, para dokter merupakan staf klinik tersebut dan mendapat gaji, mendapat insentif sesuai dengan kinerja. Pelayanan diberikan hanya pada peserta.

b. HMO model group

HMO melakukan kontrak dengan dokter namun dokter bukanlah staf HMO. Kelompok dokter dibayar dengan kapitasi ataupun sesuai kontrak kemudian para dokter yang tergabung dalam HMO dibayar sesuai sistem yang telah diterapkan.

c. Individual /Independen Practice Association (IPA)

HMO mengontrak dokter secara individu atau kelompok. IPA merupakan badan hukum yang mengadakan kontrak dengan dokter namun dokter yang tergabung dalam IPA tetap bisa menjalankan praktek di klinik mereka sendiri. Jadi, peserta HMO datang ke klinik milik dokter yang telah dikontrak oleh IPA. Pembayaran HMO ke IPA dilakukan dengan cara kapitasi.

d. HMO model jaringan atau model campuran Network or mix model HMO

HMO model ini merupakan kombinasi antara HMO staf, kelompok maupun IPA. Sejumlah praktek kelompok dokter atau IPA dikontrak untuk melayani peserta HMO. Keuntungan model ini adalah banyaknya penyedia layanan kesehatan. Pembiayaan menggunakan sistem kapitasi.

b. Preferred Provider Organization (PPO)

PPO merupakan organisasi managed care dimana terdiri dari sekelompok rumah sakit, dokter dan penyedia layanan kesehatan yang mengadakan kontrak dengan penyelenggara asuransi maupun pihak ketiga untuk melayani peserta. Pada PPO, diberlakukan pemeriksaan berjenjang karena menerapkan system gate keeper. Dengan cara ini maka pengendalian biaya dilakukan.

c. Exclusive Provider Organization (EPO)

EPO merupakan EPO yang lebih terkendali. Peserta mendapat pelayanan yang bermutu tinggi karena seleksi dalam jaringan EPO sangat ketat. Hanya penyedia layanan kesehatan yang memenuhi kriteria kredensial saja yang ada dalam jaringan EPO. Pembayaran dari penyelenggara asuransi menggunakan system *reimbursemenet*. Apabila pasien dirujuk, maka akan dilakukan ke penyedia layanan kesehatan lain yang masuk dalam jaringan EPO.

d. Point of Service (POS)

POS merupakan model managed care dimana mengkombinasikan ciri-ciri HMO dan PPO. Peserta sebagai pasien diberi kebebasan untuk memilih pelayanan kesehatan, baik yang sudah bekerjasama dengan managed care maupun sesuai dengan kebutuhan peserta dengan membayar selisih biaya pelayanan.

6. Kendali Biaya Pada Managed Care

Salah satu ciri managed care yaitu adanya kendali mutu serta kendali biaya. Untuk mengantisipasi terjadinya dampak negatif pada program asuransi, maka diperlukan upaya pengendalian biaya. Pada program asuransi yang mengadopsi managed care, upaya pengendalian biaya dapat dilakukan dari sisi demand (peserta asuransi) atau sisi supply (penyedia layanan kesehatan) bahkan kedua-duanya.

Ada beberapa teknik pengendalian biaya dalam managed care diantaranya adalah:

a. Sisi Demand

Adanya pembayaran premi tetap yang dilakukan oleh peserta kepada penyelenggara asuransi. Dengan adanya premi maka pengendalian biaya kesehatan dari peserta dapat dilakukan sehingga tidak ada *over budget*.

b. Sisi Supply

Pembayaran yang dilakukan oleh penyelenggara asuransi dengan penyedia layanan kesehatan diantaranya:

1) *Reimbursement*

Terdapat dua kategori reimbursement:

a) Pembayaran dokter primer dalam panel tertutup

Dokter pelayanan primer merupakan gate keeper dalam sistem managed care dimana mengelola pelayanan kesehatan sebagai pengendalian biaya serta utilitas pelayanan. Tugas dari dokter pelayanan primer yaitu memberikan pelayanan dasar kepada peserta, memberikan pelayanan rujukan bila dibutuhkan oleh peserta serta melaksanakan pelayanan tindak lanjut. Adapun teknik reimbursement-nya sebagai berikut:

a. Gaji

Besar kecilnya gaji pada dokter pelayanan primer dipengaruhi oleh mutu, utilisasi dan target profit. Sebagian besar HMO model staf membayar dengan berbasis pada gaji. Sistem gaji akan meningkatkan kinerja para dokter karena akan terkait langsung dengan kondisi keuangan managed care.

b. Kapitasi

Dokter pelayanan primer dibayar oleh penyelenggara asuransi dengan sejumlah uang yang nilainya tetap setiap bulan. Perhitungannya berdasarkan jumlah peserta dalam satu bulan.

c. Pool Rujukan

Dokter pelayanan primer dibayar sejumlah uang tertentu untuk rujukan ke rumah sakit atau layanan kesehatan lain.

Pada akhir tahun, dokter tersebut dapat menikmati sisa pool yang tidak dibayarkan jika target pemanfaatan terpenuhi.

d. *Carve-Outs*

Adanya pelayanan tertentu pada pelayanan primer yang tidak dibayar dengan kapitasi, biasanya dibayar dengan *fee for service*. Tujuan carve out untuk menjamin peserta tetap memperoleh layanan kesehatan *promotive* dan *preventif*.

e. *Fee for Service*

Fee for service pada managed care dibangun melalui *negotiated fee* dan *global fee*.

Negotiated fee maksudnya adalah tarif yang telah disepakati bersama antara penyedia layanan kesehatan dan penyelenggara asuransi. Sedangkan *global fee* adalah seperangkat *negotiated fee* yang mencakup keseluruhan (satu tarif satu episode).

b) Pembayaran dokter Pelayanan Spesialis

Resource Based Relative Value Spesialis (RBRVS) digunakan untuk reimbursement dokter spesialis. Penyelenggara asuransi membayar secara tepat jumlah biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Metode ini seperti *fee for service* namun sudah termasuk perhitungan insentif.

2) Kompensasi

a) *Fee for Service*

Pembayaran yang dilakukan sesuai dengan pelayanan yang diberikan. Metode ini sangat lemah dalam pengendalian biaya karena mendorong penyedia layanan kesehatan memberikan pelayanan yang lebih banyak. Jika dilakukan pembayaran dengan *fee for service* maka penyelenggara asuransi akan menahan sebagian pembayaran dan akan dibayarkan keseluruhan jika kinerjanya baik.

b) Kapitasi

Kapitasi dibayarkan sesuai dengan jumlah peserta dalam satu bulan. Jika pelayanan yang dilakukan lebih efisien maka insentif dari kapitasi dapat diterima.

c) *Case Rate*

Case rate adalah tarif tetap dari hasil negosiasi untuk tindakan pelayanan yang lebih spesifik. Pada situasi yang butuh pelayanan intensif maka *case rate* dapat disesuaikan.

d) *Per Diem*

Pembayaran berdasarkan tarif tetap pelayanan kesehatan per hari. Tarif per diem sangat bervariasi tergantung pelayanan intensif yang diberikan. Tarif ini biasanya untuk rawat inap di rumah sakit.

e) *Diagnosis Related Group (DRG)*

Pembayaran dengan *DRG*, tarifnya sama pada satu diagnosis dalam satu episode. Jika peserta didiagnosis suatu penyakit, maka penyelenggara asuransi akan membayar sesuai dengan jenis penyakit tersebut hingga sembuh.

f) *Daftar Tarif*

Daftar komprehensif pembayaran untuk pelayanan khusus. Tarif ini merupakan batas tertinggi pembayar untuk membayar layanan kesehatan. Secara periodik, tarif akan disesuaikan.

g) *Case Based Group (CBG's)*

Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (Indonesia Diagnosis Related Group) menjadi INA-CBG (Indonesia Case Based Group) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (United Nation University) Grouper. Dengan demikian, sejak bulan Oktober 2010 sampai Desember 2013, pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Lanjutan dalam Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) menggunakan INA-CBG.

Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik.

3) *Melalui Kontrak Penyedia Layanan Kesehatan*

Saat memilih penyedia layanan kesehatan, perlu dilakukan seleksi untuk mengendalikan biaya agar tercipta biaya yang efektif dan efisien. Sebelum dilakukan kontrak dengan penyedia layanan kesehatan, perlu dilakukan adanya kredensialing.

Kredensialing yaitu proses kegiatan peninjauan dan penyimpanan data-data fasilitas layanan kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan profesinya. Adanya kredensialing ini nantinya akan menjadi proses evaluasi apakah layanan kesehatan tersebut layak untuk diikat dalam Kerjasama atau tidak. Hal-hal yang dibutuhkan dalam kredensialing diantaranya:

a. *Kredensialing bagi klinik utama:*

Surat ijin operasional, surat ijin praktik tenaga kesehatan, NPWP badan, perjanjian Kerjasama dengan laboratorium, radiologi dan jenjang lain yang diperlukan serta surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan kontrak.

b. Kredensialing bagi rumah sakit

Surat ijin operasional, surat penetapan kelas rumah sakit, surat ijin praktek tenaga kesehatan, NPWP badan, sertifikat akreditasi serta surat pernyataan kesediaan mematuhi kontrak.

7. Kendali Mutu Pada Managed Care

Kendali mutu pada managed care sangat penting untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu. Bagi penyedia layanan kesehatan, kendali mutu juga penting untuk mempertahankan kontrak dokter. Persepsi berbeda tentang layanan kesehatan yang bermutu menurut penyelenggara asuransi yaitu adanya efisiensi biaya namun memberikan kepuasan bagi peserta.

Metode pengendalian mutu diantaranya:

a. Kendali keuangan untuk kendali mutu

1) *Privileges* rumah sakit

Dokter dapat memberikan pelayanan rawat inap kepada peserta di rumah sakit, tanpa privilege maka dokter tidak dapat mengobati pasien di rumah sakit bahkan tidak mendapat penggantian biaya atas pelayanan.

2) *Partial Payment With hold*

Penyelenggara asuransi akan menahan sebagian pembayaran kepada penyedia layanan kesehatan dengan tujuan untuk menilai efisiensi praktek dan juga pola utilisasi pelayanan. Apabila penyedia layanan kesehatan telah melaksanakan praktek yang efisien serta bermutu maka pembayaran yang ditahan akan dibayarkan pada akhir tahun.

3) Penolakan Pembayaran

Jika pelayanan yang diberikan oleh penyedia layanan kesehatan tidak sesuai dengan standar benefit maka pihak penyelenggara asuransi dapat membatalkan pembayaran.

4) *Clinical Assesment and Utilization*

Proses penilaian utilisasi yaitu memeriksa mutu pelayanan berikut juga dengan biayanya komponen-komponen spesifik yang dinilai meliputi:

1. Pra Admisi rumah sakit

Adanya skrining yang dilakukan untuk mengetahui pelayanan yang termasuk bedah atau kedaruratan.

2. Pra sertifikasi rumah sakit

Skrining untuk rujukan medis maupun pasien rawat jalan.

3. *Review Retrospektif*

Skrining untuk menentukan pola-pola utilisasi pelayanan yang berkaitan dengan diagnosis.

4. *Peer Review* dan audit kasus maupun audit medis
Pemeriksaan utilisasi retrospektif, rekaman kasus maupun catatan medis.
 5. Review rekam medis
Review dengan tujuan untuk menghindarkan hasil klinik yang buruk.
 6. Penilaian konruen utilisasi
Selama perawatan di rumah sakit dilakukan penilaian konruen utilisasi pelayanan.
- b. Proses Kredensialisasi
- Proses Kredensialisasi fokus pada mutu pelayanan kesehatan. Seluruh penilaian yang ada dalam kredensialisasi akan dikembangkan untuk peningkatan mutu dalam jaringan managed care. Selain itu, proses kredensialisasi juga sebagai alat konfirmasi standar mutu dari organisasi akreditasi. Dengan demikian maka penyelenggara asuransi akan terhindar dari penyedia layanan kesehatan yang tidak bermutu atau tidak memenuhi standar. Tahapan proses kredensialisasi yaitu kredensialisasi awal dari penyedia layanan kesehatan, kredensialisasi ulang yang dilakukan selama dua tahun.
- c. Protokol Terapi
- Protokol terapi dikembangkan oleh bidang-bidang klinik medis dengan pendekatan diagnostik. Misalnya membuat pedoman praktek kedokteran, *Clinical Pathway*. Tujuannya untuk mencapai efektivitas biaya serta meningkatkan mutu pelayanan. Misalnya dengan adanya Pemberian vitamin K pada bayi baru saja lahir.
- d. *Quality Assurance Review*
- Kajian jaminan mutu berfokus pada proses pemecahan masalah untuk pelayanan kesehatan yang lebih efektif namun tetap mempertahankan jaminan mutu.
- Tahapan dalam kajian jaminan mutu meliputi penentuan prioritas dimana harus memilih indikator mutu yang tepat misalnya efektifitas biaya. Langkah selanjutnya adalah penilaian awal yang berpusat pada identifikasi masalah. Setelah mengidentifikasi masalah maka akan dilakukan proses pemecahan masalah dengan memilih alternative tindakan yang sesuai kelayakan biaya dan kepraktisannya. Pelaksanaan dan evaluasi menjadi langkah terakhir.

C. Rangkuman

Pengembangan konsep managed care yang mengintegrasikan pembiayaan dengan penyelenggaraan pelayanan merupakan satu cara perubahan dalam sistem pelayanan kesehatan. Managed care muncul akibat dari adanya tantangan dan masalah dalam penyelenggaraan dan pendanaan

pelayanan kesehatan yang ada di Amerika Serikat. Beberapa asuransi melihat keberhasilan *HMO* sebagai perwujudan *managed care*, kemudian mulai menggunakan sistem tersebut. *Managed care* mampu mengendalikan biaya layanan kesehatan dan pasien sebagai peserta juga terlayani dengan baik.

Managed Care terus berkembang, saat ini ada berbagai tipe yaitu *HMO*, *PPO* dan *POS*. Salah satu ciri *managed care* yaitu adanya kendali mutu serta kendali biaya. Ciri tersebut mempengaruhi keberhasilan sebuah sistem *managed care*.

Upaya pengendalian biaya dapat dilakukan dari sisi *supply* (penyedia layanan kesehatan) maupun sisi *demand* (peserta asuransi), bahkan keduanya. Pembayaran kepada penyedia layanan kesehatan dapat melalui *reimbursement*, *kapitasi*, *gaji*, *fee for service* dan kompensasi.

Kendali mutu pada *managed care* sangat penting untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu. Apabila pelayanan kesehatan menjamin mutunya, maka kepercayaan pihak penyelenggara asuransi akan meningkat sehingga memperpanjang kontrak. Sedangkan bagi peserta, akan menciptakan kepuasan sebagai pengguna layanan kesehatan. Bentuk kendali mutu diawali dari Kendali keuangan untuk kendali mutu, Proses kredensialisasi, Protokol Terapi dan *Quality Assurance Review*.

D. Tugas

1. Jelaskan, apa pengaruh *managed care* terhadap perkembangan asuransi di Indonesia?
2. Sebutkan contoh penyelenggaraan asuransi di Indonesia yang menggunakan sistem *managed care* disertai penjelasan cara pembayaran dan teknik kendali mutu serta biaya.

E. Referensi

- Pamjaki. (2014). *Managed Care Bagian A (Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan)*. Jakarta. Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan
- Pamjaki. (2014). *Managed Care Bagian B (Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan)*. Jakarta. Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan
- Sulastomo. (2000). *Pembiayaan kesehatan: dari asuransi ke "managed-care concept"*. Indonesia: Asuransi Kesehatan Indonesia.
- Kongstvedt, P. (2009). *Managed Care: What It Is and How It Works*. Amerika Serikat: Jones & Bartlett Learning.
- Menteri Kesehatan. (2014). *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 27 TAHUN 2014 TENTANG PETUNJUK TEKNIS SISTEM INDONESIA CASE BASE GROUPS (INA-CBGs)*. Jakarta

F. Glosarium

Komprehensif	: Menyeluruh
Fee for service	: Pembayaran sesuai dengan kontrak
Reimbursement	: Penggantian biaya
Kapitasi	: Pembayaran berdasarkan jumlah peserta
Ina CBG's	: Indonesia Case Base Group's Pembayaran berdasarkan kode diagnosis
Kronis	: Penyakit yang berkelanjutan
Mandatory	: Wajib
Premi	: Iur yang dibayarkan oleh peserta asuransi
Gate keeper	: Kunci dalam pengendalian biaya
Demand	: Permintaan (Sisi Peserta)
Supply	: Pemberi (Sisi Penyedia layanan kesehatan)
Over Budget	: Biaya yang berlebihan
RBRVS	: <i>Resource Based Relative Value Spesialis (RBRVS)</i> / Pembayaran dokter spesialis
Kredensialing	: Proses kegiatan peninjauan dan penyimpanan data- data fasilitas layanan kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan profesinya
Utilisasi	: Pemanfaatan
Review Retrospektif	: Skrining untuk menentukan pola-pola utilisasi pelayanan yang berkaitan dengan diagnosis.
Peer Review	: Pemeriksaan utilisasi retrospektif, rekaman kasus maupun catatan medis
Quality Assurance Review	: Kajian Jaminan Mutu
HMO	: Health Maintenance Organization
PPO	: Preferred Provider Organization
EPO	: Exclusive Provider Organization
POS	: Point of Service

BAB X **HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION**

Susilo Wulan, SE.,MKM

A. Tujuan Pembelajaran :

Setelah mempelajari bab ini diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan konsep HMO
2. Menjelaskan pentingnya HMO
3. Memahami masalah-masalah dalam perkembangan HMO
4. Menjelaskan bentuk-bentuk HMO

B. Materi

Managed Care merupakan sistem yang menggabungkan antara pelayanan kesehatan, pembiayaan dan upaya-upaya untuk memindahkan risiko sehingga tercapai efisiensi d

alam pemberian layanan kesehatan. *Managed Care is a complex health and behaviour health care services delivery system* (Veeder & Wilkins, 2000). Kompleksitas *managed care* dalam pelayanan kesehatan adalah terciptanya efisiensi dan efektivitas serta dapat memperbaiki perilaku provider dengan memusatkan perhatian pada pasien sebagai pusat pelayanan.

Terdapat tiga tingkat integrasi antara *payer* dan *provider* (Morris, Devlin, & Parkin, 2007), yaitu:

- a. *Payer* dan *provider* merupakan entitas yang terpisah
- b. Kontrak yang selektif
- c. Integrasi vertical.

Managed care organizations (MCOs) muncul di asuransi sektor swasta di Amerika Serikat sebagai upaya pengendalian biaya layanan kesehatan yang rumit dari model asuransi kesehatan tradisional. Kata kunci dari *managed care* adalah adanya integrasi antara *payer* dan *provider*. Biasanya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh MCO adalah dengan tarif tetap per bulan, premi jauh lebih rendah dibandingkan dengan pelayanan kesehatan melalui pembayaran umum (*out-of pocket*) ataupun *indemnity*. Sebagai kompensasi atas premi yang rendah, peserta memiliki keterbatasan memilih provider, yang mana MCO memiliki negosiasi tarif *reimburs* yang rendah.

Pada *managed care*, organisasi melakukan kontrak dengan pemberi pelayanan kesehatan. Terdapat kesepakatan bahwa *provider* menyediakan pelayanan tertentu kepada peserta dengan tariff tertentu dan mematuhi persyaratan administrasi terkait manajemen pelayanan medis dan pembayaran klaim. Selain itu, *provider* juga ikut menanggung risiko financial untuk biaya dan jumlah pelayanan tertnetu yang diberikan kepada pasien. *Provider* memiliki insentif untuk mengendalikan biaya, mempromosikan pelayanan preventif dan memelihara kepuasan perserta. Tujuannya agar *provider*

mengurangi pelayanan yang tidak perlu secara medis dan mengendalikan biaya sambil tetap mempertahankan atau meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan tingkat kepuasan peserta .

Refleksi integrasi antara *payer* dan *provider* tercermin dalam 3 jenis MCO, yaitu: *Health Maintenance Organizations* (HMO), *Preferred Provider Organizations* (PPO), *Point of Service Plans* (POS).

1. Health Maintenance Organization (Hmo)

Merupakan bentuk *managed care* yang menanggung dan memberikan pelayanan kesehatan secara komprehensif kepada pasien yang terdaftar dalam program *managed care*. Karakteristik HMO:

- a. Pelayanan kesehatan komprehensif (*promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif*) kepada pasien yang terdaftar. Syarat menjadi peserta HMO adalah wajib menjalani *medical check up* tahunan dan penilaian risiko tahunan (Green & Rowell, 2017)
- b. *Reimburst* dijamin oleh HMO selama peserta melakukan utilisasi di provider jejaring HMO. Untuk kasus *emergency* dan rujukan medis khusus maka peserta menanggung terlebih dahulu baru diganti oleh HMO
- c. Fasilitas kesehatan primer sebagai *gate keeper* dan pembayaran menggunakan skema *co-payment*.

Perbedaan sistem *managed care* dengan asuransi kesehatan tradisional, yaitu:

- a. Peran *Primary Healthcare* sebagai *Gatekeeper*
Pasien dilayani di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang telah ditunjuk. Peran FKTP bertanggungjawab atas pengawasan dan koordinasi pelayanan kesehatan, menyetujui dan memberikan surat rujukan kepada fasilitas kesehatan tingkat rujukan lanjut (FKRTL)
- b. Adanya kendali mutu dan kendali biaya
Pengawasan terhadap mutu kualitas melalui pengukuran kualitas layanan sesuai dengan standar mutu layanan kesehatan yang dilakukan oleh lembaga berwenang, survey kepuasan pasien, data keluhan pasien, dan penilaian dari lembaga independen. Termasuk penerapan manajemen utilisasi

2. Bentuk-Bentuk HMO

a. Close Panel HMO

Yaitu bentuk *managed care* dengan pelayanan kesehatan disediakan oleh organisasi HMO baik klinik sendiri, klinik satelit atau oleh dokter yang secara khusus bagian dari HMO. Biaya premi bulanan untuk semua pelayanan (*charging one monthly premium for all services*) menggunakan kapitasi. Mekanisme *prepaid* HMO mendatangkan manfaat keuangan bagi provier dengan

menjagap pasien agar tetap sehat. Sementara pembayaran *fee for service* pada skema asuransi tradisional memberikan insentif kepada Rumah Sakit maupun dokter dengan pemberian layanan/pengobatan yang lebih banyak kepada pasien yang sakit (Getzen, 2013).

Hanya peserta HMO yang membayar premi/iuran bulanan yang dapat menggunakan fasilitas pelayanan, Dokter hanya mengobati peserta HMO dan bekerja atas dasar gaji (*salary*), Rumah Sakit maupun Klinik merupakan milik HMO. Semua obat dan Bahan Habis Pakai di beli oleh HMO. Sebagai entitas tunggal (*single entity*) HMO adalah kombinasi yang kompleks antara fungsi penyediaan pelayanan kesehatan (*provider*) dan pembayar (*payer*) untuk pelayanan kesehatan.

Tantangan untuk *closed* HMO adalah menjaga premi agar tetap rendah dan kepuasan tetap tinggi. Aspek manajemen dan operational menjadi lebih mudah dan murah karena semua HMO, dokternya, perawat, teknisi dan administrator bekerja hanya untuk HMO. Mereka tidak pernah mencoba ataupun mengakomodasi aturan dan prosedur dari perusahaan asuransi lainnya, begitu juga dengan pasiennya.

Karakteristik *closed panel* HMO adalah:

- (1) Jumlah provider yang melakukan kontrak lebih sedikit
- (2) Peserta tidak memiliki pilihan banyak dalam menentukan dokter layanan primer,
- (3) Peserta hanya dapat dirujuk kedokter spesialis jaringan HMO.

Closed Panel HMO terdiri dari Group Model HMO dan Staff Model HMO. Staff model merupakan model yang benar-benar model HMO. Staff model HMO mempunyai karakteristik payer memiliki fasilitas kesehatan sendiri dengan mempekerjakan dokter dan tenaga kesehatan lainnya dengan sistem gaji. HMO model ini biasanya membutuhkan modal yang besar namun menawarkan paket manfaat yang lengkap bagi peserta. Sedangkan Group Model HMO, para dokter dan tenaga kesehatan lainnya bukan pegawai HMO, namun dipekerjakan oleh kelompok tersebut. Asuradur melakukan kontrak dengan kelompok multi spesialis untuk memberikan pelayanan kepada peserta program. Model ii membutuhkan modal yang lebih sedikit dibandingkan dengan staff model HMO namun memiliki keterbatasan provider dari segi wilayah dan jumlahnya.

b. Opened Panel HMO

Yaitu bentuk *managed care* dengan pelayanan kesehatan disediakan oleh individu-individu yang bukan merupakan bagian

dari atau sebagai karyawan dari HMO. Popularitas *closed* HMO, mendorong dokter dan Rumah Sakit merespond dengan memberikan pelayanan/pengobatan yang lebih kompetitif melalui kontrak dengan entitas lain yang lebih unggul yang disebut *opened* HMO. Pekerja maupun pemberi kerja dalam perusahaan local dapat menawarkan rencana kesehatan yang komprehensif dengan biaya tetap per bulan (*fixed price per month*). Dokter maupun Rumah Sakit yang digunakan di kontrak untuk menciptakan jejaring dan sepanjang pasien memanfaatkan pelayanan dalam jejaring tersebut, maka tidak ada biaya tambahan.

Terdiri dari *Direct contract model* HMO, *Individual Practice Association (IPA)* dan *Network Model* HMO. Karakteristik IPA adalah asuradur mengadakan kontrak dengan dokter yang praktik pribadi baik secara individual maupun kelompok yang terorganisir. Dokter IPA memandang pasien HMO sebagai bagian dari praktiknya. Dengan melakukan kontrak melalui IPA, HMO dapat mengurani beban negosiasi dan pemasaran dengan sejumlah dokter, modal yang dibutuhkan relatif kecil namun jika dibandingkan dengan staff model HMO, model ini lebih sulit mengendalikan pola praktik pelayanan dokter. Sementara *Network Model* HMO asuradur mengadakan kontrak dengan sejumlah IPA atau praktik kelompok untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi pesertanya. Model ini menawarkan partisipasi paling luas di HMO serta sulit mengendalikan pola praktik pelayanan dokter.

3. Preferred Provider Organization (Ppo)

Bentuk *managed care* yang ditandai dengan adanya gabungan kelompok dokter dan rumah sakit yang melakukan kontrak kerjasama dengan perusahaan asuransi, perusahaan dan organisasi pelayanan kesehatan lainnya untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasiendengan harga yang ekonomis tertentu secara *fee for services*.

Karakteristik PPO (Kongstvdet, 2020) adalah sebagai berikut:

- a. Peserta ditanggung oleh kontrak PPO akan membayar *cost sharing* lebih murah jika berobat ke jejaring RS atau dokter PPO dibandingkan jika berobat di luar jejaring.
- b. Pasien tidak perlu mendapatkan rujukan dari FKTP jika berobat ke dokter spesialis jaringan PPO, hal ini dikarenakan ada perjanjian untuk mengendalikan biaya pelayanan
- c. Kontrak dengan provider dilakukan melalui *non selective PPO* dan *selective PPO*.
 - *Non selective PPO*, tidak ada criteria kontrak antara MCO dengan provider. Hal ini terjadi pada wilayah dengan jumlah provider yang berminat kontrak PPO lebih sedikit

dibandingkan dengan total provider yang ada di wilayah tersebut.

- *Selective PPO*, terdapat criteria selektif dalam kontrak yang diberlakukan bagi *provider* yang ingin bergabung dalam jaringan. Kriteria tersebut meliputi, *location based network need, credentials* dan analisis pola pelayanan.
- d. Optimalisasi rujukan dan *case management* melalui *Utilization Review*.
 - e. Sanksi akan diberikan kepada provider atas tindakan medis yang tidak sesuai dengan aturan PPO.
 - f. Peserta yang melakukan utilisasi diluar jaringan PPO, nilai pertanggung jawaban akan dikurangi 20% terhadap biaya yang ada.
 - g. Biaya pelayanan kesehatan PPO lebih murah dibandingkan asuransi kesehatan tradisional tetapi lebih tinggi dibandingkan HMO.

Kerugian dari PPO adalah kurang dapat mengontrol perilaku provider. PPO kurang berupaya keras melakukan penilaian pemanfaatan pelayanan dan juga kurang tegas terhadap persoalan biaya, khususnya jika tidak ada dokter keluarga atau tipe lain dari menanggung risiko bersama.

4. Point Of Service Plans (Pos)

Bentuk managed care yang member kebebasan kepada pasien untuk memilih pelayanan kesehatan yang akan dikunjunginya, bias kepada layanan kesehatan yang bekerjasama dengan *managed care*, atau pelayanan kesehatan yang ditentukan sendiri oleh pasien. Pembayaran kepada pelayanan kesehatan yang tidak bekerjasama dengan *managed care* akan lebih mahal dibandingkan yang bekerjasama.

POS mengkombinasikan ciri-ciri HMO dengan PPO. Program ini menyediakan pelayanan kesehatan yang komprehensif seperti HMO dan peserta dapat menggunakan pelayanan kesehatan yang sudah ada dalam jaringan atau yang di luar jaringan dengan membayar selisih biaya pelayanan yang tidak termasuk program. POS lebih menarik bagi perusahaan dan pembeli jasa asuransi kesehatan lainnya karena fleksibilitasnya. Aspek negatif POS adalah kurangnya kontrol yang tersedia bagi asuradur untuk penggunaan pemberi layanan kesehatan di luar jaringan.

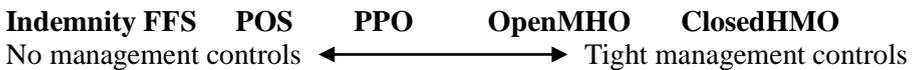
Skema POS terdiri dari *cost sharing POS Plan* dan *Triple Option Plan*. *Cost sharing* rendah jika peserta memanfaatkan pelayanan di jaringan HMO sedangkan jika tidak memanfaatkan pelayanan di jaringan HMO maka *cost sharing* tinggi. Sedangkan pada *triple option plan* memberikan pilihan pemeriksaan kesehatan kepada pasien lebih banyak dibandingkan model *managed care* lainnya (*cafeteria plan/flexible benefit plan*) (Green A. M., 2011).

Menurut (Kongstvdet, 2020) skema ini dihentikan atau tidak digunakan lagi karena:

- a. Biaya pelayanan yang lebih tinggi dibanding HMO. Tingginya biaya pelayanan karena tidak ada mekanisme gatekeeping pasien yang berobat ke dokter spesialis yang berasal dari faskes di luar jaringan POS.
- b. Kompleksitas pelayanan POS menimbulkan biaya administrasi yang tinggi.

5. Jenjang Kontrak Managed Care

Kontrak dalam *managed care* sangat bervariasi, dari bagian yang paling rendah manajemen sampai yang dikelola sangat ketat. Sebagai ilustrasi kontrak *managed care* dapat dilihat dalam gambar 1.

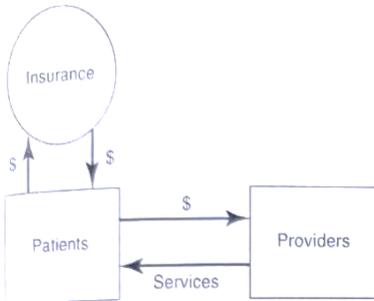


Gambar 1. Rentang Kontrak dalam Managed Care

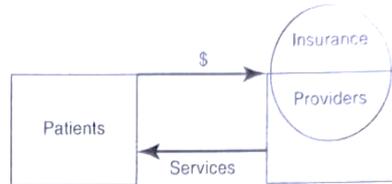
Salah satu yang paling ekstrem adalah **pembayaran *fee for service* pada asuransi ganti rugi (*indemnity*)**. Perusahaan asuransi mengambil alih semua risiko keuangan tetapi manajemen medis. Pada kasus layanan rawat inap, pembedahan, obat terkadang dokter memutuskan memberikan pelayanan yang dibayar oleh pihak asuransi tanpa tawar menawar soal harga. Hal ini tidak ada sharing risiko. Kerugian/keuntungan dari selisih antara premi dan biaya medis akan ditanggung oleh perusahaan asuransi, hal ini tidak akan berdampak bagi dokter maupun RS. Salah satu pengendalian berasal dari pasien untuk membayar beberapa *deductibles*, *coinsurance* atau kelebihan dari maksimum pembayaran.

Di satu sisi, pada ***Closed HMO*** yang merupakan organisasi tunggal yang mengkombinasikan fungsi penyedia sekaligus pembeli/pembayar. Untuk peserta yang terdaftar, membangun RS, mempekerjakan dokter, perawat dan terapis dengan system gaji, pembelian obat, bhp dan lain-lain dan terdapat pengendalian untuk aspek keuangan. Sehingga jika terjadi perbedaan antara premi dengan biaya medis, maka kerugian/keuntungan di dibagi antara grup dokter (*sharing risk*).

6. Aliran Dana Pada Managed Care

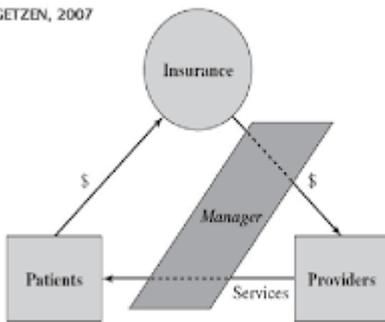


Asuransi tradisional (bipartit)



Closed HMO

GETZEN, 2007



The flow of funds with managed care.

Managed care (tripartit)

- Asuransi bipartit, yaitu pola hubungan dua arah antara peserta dengan penyelenggara asuransi kesehatan sebagai penanggung risiko.
- Closed HMO, hubungan dua arah namun sebagai entitas tunggal (*single entity*) mempunyai peran yang kombinasi yang kompleks sebagai *provider* dan sekaligus *payer*.
- Asuransi tripartit, apabila ketiga komponen asuransi (peserta, provider dan payer) terpisah satu sama lain dan masing-masing berdiri sendiri.

C. Rangkuman

Managed care merupakan upaya pengendalian biaya dan mutu yang dilakukan perusahaan asuransi atau organisasi pembiayaan kesehatan dengan mengintegrasikan antara pembiayaan dan pelayanan kesehatan dengan tetap mempertimbangkan *risk sharing*. Terdapat 3 Jenis MCO yaitu: *Health Maintenance Organizations* (HMO), *Preferred Provider Organizations* (PPO), *Point of Service Plans* (POS).

D. Tugas

1. Jelaskan pemahaman saudara tentang integrasi antara payer dan provider
2. Jelaskan karakteristik HMO
3. Jelaskan perbedaan antara managed care dengan asuransi kesehatan tradisional
4. Jelaskan perbedaan antar Close Panel HMO dan Opened Panel HMO
5. Jelaskan mekanisme cost sharing pada PPO
6. Sebutkan perbedaan non selective PPO dan selective PPO
7. Sebut dan jelaskan teknik utilization review yang dilakukan PPO
8. Dalam skema POS ada mekanisme triple option plan. Coba saudara jelaskan

E. Referensi

- Getzen, T. E. (2013). *Health Economics and Financing Fifth Edition*. United States: John Wiley & Sons.
- Green, A. M. (2011). *Understanding Health Insurance A Guide to Billing and Reimbursement*. Delmar.
- Green, M. A., & Rowell, J. C. (2017). *Understanding Health Insurance A Guide to Billing and Reimbursement 13 edition*. Boston: Cengage Learning.
- Kongstvedt, R. P. (2020). *Health Insurance and Managed Care What They are and How They Work*. John and Bartlett.
- Morris, S., Devlin, N., & Parkin, D. (2007). *Economic Analysis in Health Care*. England: John Wiley & Son, Ltd.
- Veeder, N. W., & Wilkins, W. P. (2000). *Managed Care Services Policy, Programs, and Research*. Oxford: Oxford University Press.

BAB XI

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)

Amrun, SKM., M.Kes

A. Tujuan Pembelajaran

Dengan mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan akan mampu:

1. Memahami pengertian dan tujuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
2. Memahami prinsip-prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
3. Memahami unsur dan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
4. Memahami manfaat dari program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
5. Memahami Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
6. Memahami Faktor Yang Mempengaruhi Keikutsertaan Setiap Warga Terhadap Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

B. Materi

1. Pendahuluan

Pada falsafah dan dasar negara terutama sila ke-5 telah mengakui bahwa hak asasi manusia yaitu termasuk hak asasi warga atas kesehatan. Hal ini kemudian termaktub dalam UUD 1945 pasal 28H dan pasal 34 dan diatur dalam UU No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan. Dalam UU No. 36 tersebut ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atau sumber daya dibidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau.

Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) tahun 1948 tentang hak asasi manusia, pada pasal 25 ayat 1 menyatakan bahwa setiap orang berhak atas derajat yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta layanan sosial yang diperlukan dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut, dan keadaan lainya yang mengakibatkan kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaanya. Dari deklarasi PBB tersebut beberapa negara berinisiatif untuk mengembangkan jaminan sosial, salah satunya adalah jaminan kesehatan bagi semua penduduk (*Universal Health Coverage*).

Pemerintah memiliki kewajiban untuk menjalankan UUD 1945 dalam memenuhi hak-hak warga akan pelayanan kesehatan yang adil, merata, terjangkau, bermutu dengan mengedepankan nilai-nilai pancasila didalamnya sehingga diselenggarakanlah beberapa program yang telah dirintis yaitu seperti jaminan sosial dibidang kesehatan yaitu melalui PT. Askes (Persero) dan PT. Jamsostek (Persero) yang melayani antara lain Pegawai Negeri Sipil, pensiunan pegawai negeri, Veteran dan pegawai swasta. Sedangkan bagi masyarakat miskin atau yang tidak mampu pemerintah menyediakan atau

memberikan jaminan melalui skema jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

Permasalahan kesejahteraan sosial yang berkembang menunjukkan bahwa ada hak warga negara untuk mendapatkan kebutuhan dasar kesehatan belum terpenuhi secara maksimal secara layak karena belum mendapatkan pelayanan sosial dari negara. Kondisi ini mengakibatkan masih ada warga negara yang mengalami hambatan pelaksanaan fungsi sosial sehingga tidak dapat menjalani kehidupan yang layak. Upaya mengatasi persoalan tersebut, melalui Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pemerintah telah mendorong penyelenggaraan jaminan sosial secara menyeluruh dengan tujuan memastikan setiap warga terakomodir hak-haknya dalam kehidupan sehari-hari.

Sistem jaminan ini sebagai proteksi sosial yang mengarah pada pencapaian tujuan kesejahteraan sosial bagi seluruh warga negara. Penyelenggaraan Undang-Undang ini mengamankan bahwa jaminan sosial bersifat wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Kemenkes, 2013). Penyelenggaraan jaminan sosial oleh BPJS Kesehatan mengarah pada pencapaian yaitu merawat yang sakit, menjaga orang tetap sehat dan melindungi keluarga dari kebangkrutan finansial akibat tagihan medis. (Edi Suharto, 2013).

Selain Undang-Undang No. 40 tahun 2004 yang mengamankan sistem jaminan sosial bagi seluruh masyarakat Indonesia, ada juga Undang-Undang No. 24 tahun 2011 juga menetapkan jaminan sosial nasional akan diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri atas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional akan diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang pelaksanaannya telah dilakukan sejak tanggal 1 Januari 2014. Secara operasional pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden yaitu No. 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan serta peta jalan JKN (*roadman* jaminan kesehatan nasional)

Dengan penguatan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) melalui BPJS Kesehatan, setiap warga negara dapat terpenuhi hak-hak dasar kesehatannya dengan baik sehingga diharapkan dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomi serta terhindar dari penyakit menular dan tidak menular. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjadi harapan bagi setiap masyarakat dalam memenuhi haknya terhadap kesehatan sehingga perlu didorong dalam penyelenggaraannya dengan memastikan setiap warga menjadi peserta dengan segala kewajiban yang melekat didalamnya berupa iuran yang harus dibayarnya atau dibayar oleh pemerintah.

2. Pengertian dan tujuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Program ini dilaksanakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib yang tujuannya adalah melindungi atau menjamin kesehatan warga negara Indonesia dalam sistem asuransi (Kemenkes, 2013). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah melakukan pembayaran premi (iuran) atau iuranya dibayar oleh pemerintah melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Menurut Permenkes No. 28 tahun 2018 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dari sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iuran yang dibayar oleh pemerintah.

3. Prinsip-Prinsip Jaminan kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu sebagai berikut:

a. Prinsip kegotongroyongan

Prinsip gotong royong merupakan salah satu ciri dari budaya bangsa yang tertanam sejak dahulu kala serta melekat dalam kehidupan sehari-hari hingga saat ini. Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu masyarakat yang sakit atau beresiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk tanpa pandang bulu. Dengan demikian prinsip gotong royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

b. Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanah oleh BPJS adalah nirlaba bukan untuk mencari laba, sebaliknya tujuannya adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat sehingga hasil pengembangannya akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

c. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektifitas

Prinsip-prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

Prinsip ini diselenggarakan dengan tata kelola yang baik, transparan serta penggunaan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan peserta.

d. Prinsip portabilitas

Prinsip ini dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia

e. Prinsip kepesertaan 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 penyelenggara program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya SJSN dapat mencakup seluruh rakyat.

f. Prinsip dana amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan

g. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

4. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas dua jenis yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS kesehatan.

Manfaat jaminan kesehatan nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

- a. Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat
- b. Imunisasi dasar meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), difteri pertusis tetanus dan hepatitis – B (DPT-HB), polio dan campak
- c. Keluarga berencana meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh pemerintah dan atau pemerintah daerah

- d. Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang tujuannya untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Menurut Hasbullah Thabrany (2014), manfaat JKN adalah manfaat dasar atau standar yang bertujuan pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan setiap penduduk. Manfaat tambahan (top up/suplemen) memenuhi *demand* (permintaan atau selera) penduduk. Program JKN menjamin paket layanan dasar yang diterjemahkan lebih rinci dalam Peraturan Presiden (Perpres) No. 12 tahun 2013 dan kemudian diperbaiki dengan Perpres No. 111 tahun 2013.

Walaupun pelaksanaannya bahwa manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, namun masih ada manfaat yang tidak dijamin oleh JKN yaitu :

- a. Tidak sesuai prosedur
- b. Pelayanan di luar fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS
- c. Pelayanan bertujuan kosmetik
- d. General chekcup, pengobatan alternatif
- e. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi
- f. Pelayanan kesehatan pada saat bencana
- g. Pasien bunuh diri/ penyakit yang timbul karena akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri/Narkoba

Setiap peserta berhak untuk memanfaatkan layanan jaminan kesehatan yang telah tersedia. Mengenai hal tersebut telah diatur tentang hak dan kewajiban peserta JKN yaitu setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS kesehatan berhak mendapatkan identitas peserta dan manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, menyampaikan pengaduan kepada fasilitas kesehatan dan atau BPJS Kesehatan yang bekerjasama, mendapatkan informasi pelayanan kesehatan. Selain itu, setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan juga mempunyai kewajiban untuk membayar iuran dan melaporkan data kepesertaanya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili dan atau pindah kerja (Depkes, 2014).

5. Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

Unsur-unsur penyelenggaraan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi :

- a. Regulator yang meliputi berbagai kementerian/lembaga terkait antara lain kementerian koordinator kesejahteraan rakyat, kementerian kesehatan, kementerian keuangan, kementerian sosial, kementerian tenaga kerja dan transmigrasi, kementerian dalam negeri dan dewan jaminan sosial nasional (DJSN)
- b. Peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Peserta program ini adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia yang telah membayar iuran

c. Pemberi pelayanan kesehatan

Pemberi pelayanan kesehatan adalah seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (fasilitas kesehatan tingkat pertama) dan rujukan (fasilitas kesejatan rujukan tingkat pertama) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

d. Badan penyelenggara

Badan penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana telah diatur oleh Undang-Undang No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

1) Kepesertaan

Dalam kepesertaan JKN terdapat istilah yang harus dipahami yaitu sebagai berikut :

- Peserta, adalah setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia yang telah membayar iuran
- Pekerja, adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain
- Pemberi kerja, adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum atau badan lainnya yang mempekerjakan orang lain/tenaga kerja atau yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah atau imbalan dalam bentuk lainnya.

Didalam Jaminan kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, terdapat dua jenis peserta yaitu peserta penerima bantuan iuran (PBI) kesehatan dan bukan PBI kesehatan dengan rincian sebagai berikut:

- a) Peserta PBI jaminan kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu
- b) Peserta bukan PBI yang terdiri atas :
 - 1) Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya yaitu PNS, TNI, POLRI, Pejabat negara, pegawai pemerintah non pegawai negeri, pegawai swasta
 - 2) Pekerja bukan penerima upah dan anggotanya yaitu
 - 1) pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri,
 - 2) pekerja yang tidak termasuk angka 1) yang bukan penerima upah
 - 3) pekerja sebagaimana dimaksud angka 1 dan 2, termasuk warga asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 bulan
 - 3) bukan pekerja dan anggota keluarganya yang terdiri dari investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan dan bukan pekerja lainnya yang mampu membayar iuran

- 4) penerima pensiun terdiri atas :
 - 1) PNS yang berhenti dengan hak pensiun
 - 2) Anggota TNI dan Polri yang berhenti dengan hak pensiun
 - 3) Pejabat negara yang berhenti dengan hak pensiun
 - 4) Penerima pensiun selain poin 1, 2 dan 3
 - 5) Janda, duda atau anak yatim dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada poin 1 sampai dengan poin 4 yang mendapat hak pensiun.

Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi :

- a) Istri atau suami yang sah dari peserta
- b) Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari peserta, dengan kriteria :
 - 1) Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri
 - 2) Belum berusia 21 tahun atau belum berusia 25 tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

Sedangkan peserta bukan PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.

Prosedur kepesertaan JKN dilakukan dengan sebagai berikut :

- a) Pemerintah mendaftarkan PBI JKN sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan
- b) Pemberi kerja mendaftarkan pekerjajanya atau pekerja dapat mendaftarkan diri sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan
- c) Bukan pekerja dan peserta lainnya wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan.

Masa berlaku kepesertaan :

- a) Kepesertaan JKN berlaku selama yang bersangkutan membayar iuran sesuai dengan kelompok peserta
- b) Status kepesertaan akan hilang bila peserta tidak membayar iuran atau meninggal dunia
- c) Ketentuan lainnya dapat diakses pada peraturan BPJS.

2) Pembiayaan

Iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan. Hal ini tertuang pada pasal 16, Perpres Nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan. Dalam pembiayaan jaminan kesehatan, pembayaran iuran dapat dikelompokkan sebagai berikut :

- Bagi peserta PBI, iuran dibayar oleh pemerintah
- Bagi peserta pekerja penerima upah, iurannya dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja

- Bagi peserta bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja, iuranya dibayar oleh peserta yang bersangkutan
- Besarnya iuran Jaminan Kesehatan Nasional ditetapkan melalui Perpres dan dapat ditinjau secara berkala yang disesuaikan dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak.

Mekanisme dalam pembayaran iuran dijelaskan bahwa setiap peserta iuran wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan presentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau sejumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI). Pemberi kerja wajib memungut iuran kepada pekerjanya, hal ini berarti menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada penyelenggara yaitu BPJS kesehatan secara berkala yang penetapan tanggalnya yaitu setiap tanggal 10 setiap bulanya.

Kalau kemudian bertepatan dengan tanggal merah atau hari libur maka pembayaran dilakukan pada hari berikutnya. Apabila ada keterlambatan dalam pembayaran iuran JKN dikenakan denda administratif sebesar 2% perbulan dari total iuran yang tertunggak dan dibayar oleh pemberi kerja. Sedangkan bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja, wajib membayar iuran pada setiap bulanya sampai tanggal 10 setiap bulanya dan dapat dilakukan pembayaran sebelum tanggal 10 tersebut. Bila terjadi kelebihan atau kekurangan dalam pembayaran iuran tersebut maka diperhitungkan dengan pembayaran iuran bulan berikutnya.

Ketentuan pembayaran iuran tersebut pada prinsipnya dapat saja ditambah apabila peserta atau klien ingin naik jenjang perawatan yang lebih tinggi. Dalam JKN, peserta dapat meminta manfaat tambahan berupa manfaat yang bersifat non medis berupa akomodasi, misalnya peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya sebelumnya, maka dapat dinaikan dari hak sebelumnya tersebut dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS kesehatan dan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan. Hal ini disebut sebagai iuran biaya. Akan tetapi hal tersebut tidak berlaku bagi peserta PBI.

3) Pelayanan

a) Jenis pelayanan

Pelayanan yang dapat diterima oleh peserta JKN dapat dikelompokkan menjadi dua kelompok besar yaitu pelayanan kesehatan (manfaat medis) dan pelayanan akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Untuk ambulans hanya

diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan ketentuan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

b) Prosedur pelayanan

Dalam proses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, maka peserta pertama-tama harus mendapatkan pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Apabila peserta ingin memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka proses rujukan menjadi syarat yang tidak boleh dilewatkan, akan tetapi bila kondisi dalam keadaan kegawatdaruratan medis maka pada umumnya rujukan tidak diperlukan.

c) Kompensasi pelayanan

Bila suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah peserta, BPJS kesehatan wajib memberikan kompensasi yang dapat berupa penggantian uang tunai, pengiriman tenaga kesehatan atau penyediaan fasilitas kesehatan tertentu. Penggantian uang tunai hanya digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi

d) Penyelenggara pelayanan kesehatan

Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS kesehatan baik fasilitas kesehatan milik pemerintah, pemerintah daerah dan swasta yang memenuhi persyaratan melalui proses *kredensialing* dan *rekredensialing*.

6. Faktor Yang Mempengaruhi Keikutsertaan Masyarakat dalam JKN

Pada prinsipnya setiap warga negara Indonesia wajib mengikuti program Sistem Jaminan Sosial Nasional kesehatan karena nilai kebermanfaatannya yang sangat baik untuk pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan. Kebutuhan dasar kesehatan merupakan kebutuhan yang sangat penting namun kenyataan masih banyak masyarakat yang tidak terakomodir haknya karena berbagai faktor. Faktor tersebut dapat bersumber dari dalam diri setiap warga serta faktor eksternal yang ikut memberi dampak kepada kepesertaan JKN

Untuk diketahui, Sistem Jaminan Nasional ini kepesertaannya wajib sebagaimana yang termuat dalam UU SJSN Nomor 40 Tahun 2004 Pasal 18, diperkuat Perpres 82 Tahun 2018, disebutkan bahwa setiap penduduk wajib menjadi peserta JKN-KIS. Setiap orang mempunyai hak untuk kesehatan dan jaminan kesehatan. Hal ini kemudian bertujuan demi mencapai cakupan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage* (UHC) dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2024 disebutkan 98 persen masyarakat sudah harus menjadi peserta JKN-KIS

Berdasarkan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional yang dicatat oleh BPJS Kesehatan per November 2021, BPJS Kesehatan mencatat jumlah peserta JKN-KIS telah mencapai 229,51 juta jiwa dan dengan proyeksi dapat mencapai 235,68 juta pada akhir 2021 dengan tingkat cakupan sebesar 86,02 persen (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2021). Jumlah ini masih belum memenuhi target yang diinginkan, akan tetapi dalam setiap tahunnya mengalami kenaikan jumlah peserta JKN-KIS. Hal ini tentu di dorong karena adanya regulasi-regulasi kebijakan yang dibuat sehingga dapat mendorong masyarakat ikut serta dalam program JKN tersebut. Semoga pada tahun 2024 dapat mencapai target yang telah ditetapkan bersama.

Berbagai faktor kajian yang telah dilakukan tentang kepesertaan JKN hingga saat ini. Faktor tersebut yang dianggap memiliki korelasi keikutsertaan setiap warga dalam program tersebut. Tentu dengan mengetahui faktor penyebab diharapkan ada regulasi-regulasi kebijakan atau muatan lain sehingga cakupan kepesertaan JKN-KIS dapat terpenuhi.

Banyak faktor yang ikut mempengaruhi kepesertaan JKN hingga saat ini masih dirasakan. Menurut teori Model Social Behavioral oleh Gelberg, Andersen, Leake (2000), faktor yang dapat mempengaruhi kepesertaan asuransi kesehatan diantaranya sebagai berikut:

a. Faktor *prediposing*

Karakteristik ini dapat digambarkan bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini dikarenakan adanya ciri-ciri individu tersebut seperti demografi, struktur sosial (tingkat pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga, kesukuan atau ras). Jenis pekerjaan dan usia berpengaruh terhadap *drop-out* kepesertaan. Struktur sosial tersebut mempengaruhi keinginan mendaftar skema asuransi kesehatan. Pada faktor ini, pemberian edukasi masyarakat tentang manfaat, tujuan, skema tentang JKN harus giat dilakukan untuk mempengaruhi keputusan-keputusan dalam diri setiap individu sehingga mereka ikut serta dalam program JKN

b. Faktor *enabling*

Pada faktor ini, mencerminkan bahwa meskipun mempunyai *predisposing* untuk menggunakan pelayanan kesehatan, pengguna tidak akan bertindak untuk menggunakannya kecuali bila pengguna mampu menggunakannya. Faktor ini dipengaruhi oleh kemampuan konsumen untuk membayar. Faktor ini bila dikelompokkan maka terdiri dari sumber daya keluarga, (pendapatan, pengetahuan, sikap), sumber daya manusia (akses pada layanan kesehatan, dukungan sosial). Pada masyarakat yang kurang mampu atau pekerjaannya kurang menentu tidak mengikuti program JKN karena pendapatannya yang kurang apabila mendaftarkan seluruh anggota keluarga. Selain itu faktor tempat tinggal yang jauh dari

akses pelayanan kesehatan misalnya harus ke kota membuat mereka tidak mengikuti kepesertaan JKN.

c. Faktor *need*

Pada faktor ini memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud didalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan. Dengan kata lain bahwa kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Keputusan untuk menggunakan skema asuransi lebih ditentukan oleh persepsi, pendidikan dan faktor budaya dari populasi sasaran dari pada faktor yang berhubungan dengan kesehatan dan perawatan kesehatan. Selain itu motivasi juga menjadi bagian dari faktor ini. Disisi lain, dijelaskan pula bahwa penilaian klinik juga memberi pengaruh pada faktor ini. Penilaian klinik merupakan penilaian keadaan sakit didasarkan oleh penilaian petugas atau penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya yang tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosi penyakit oleh dokter.

d. Faktor skema

Faktor skema menjelaskan nilai dasar dan ketentuan dari program JKN seperti :

1) Manfaat : keinginan untuk mengikuti program JKN berhubungan dengan pilihan paket manfaat yang akan ditawarkan kepada pekerja pada sektor informal. Paket fitur asuransi kesehatan khususnya paket manfaatnya akan mempengaruhi harapan orang akan penggunaan asuransi kesehatan

2) Premi : keterjangkauan premi, terkait dengan *ability to pay* berpengaruh terhadap kepuasan dalam mengikuti skema asuransi kesehatan

3) Mekanisme pendaftaran dan administrasi : tidak seperti pekerja formal yang secara otomatis membayar iuran jaminan sosial mereka, pekerja informal perlu secara proaktif melakukan pembayaran iuran dan terus menerus membayar dari waktu ke waktu. Apalagi masyarakat mandiri yang berada pada daerah pelosok atau pedesaan yang aksesnya sangat sulit maka tentu memberi dampak dalam proses pendaftarannya.

Konsep skema ini merupakan kunci penting, pembuat kebijakan perlu mengenali potensi dan hambatan dari keinginan calon peserta dalam membuat desain dan intervensi untuk meningkatkan kepesertaan. (Jehu Apaih et al. 2012)

Selain hal tersebut, berbagai masalah yang terjadi di beberapa daerah terkait dengan keikutsertaan masyarakat dalam program JKN seperti a) kurangnya sosialisasi kepada masyarakat tentang skema pembiayaan, tujuan dan manfaat ikut sebagai peserta JKN sehingga masyarakat kurang termotivasi dan kurang memanfaatkannya, b) terdapatnya beberapa kasus

yaitu diskriminatif dalam pemberian pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pengguna kartu BPJS kesehatan, c) belum kuatnya sanksi hukum terhadap masyarakat yang tidak mengikuti program Jaminan Kesehatan Nasional padahal kepesertaan bersifat wajib, d) tidak tertibnya pembayaran iuran peserta mandiri, e) kecenderungan akan menjadi peserta ketika mengalami musibah, f) faktor status pekerjaan, pendapatan, g) kuatnya budaya tentang pengobatan tradisional, h) akses layanan penyelenggara jaminan sosial yang susah bagi daerah yang berada pada pelosok pedesaan atau kepulauan.

7. Strategi meningkatkan kepesertaan JKN

Dalam upaya mendukung kepesertaan JKN, maka berbagai strategi yang telah diprogramkan yaitu peningkatan program pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional pada tahun 2020-2024:

- a. Penguatan pembiayaan JKN-KIS pada tingkat sekretariat jenderal-eselon I (IKP) dengan indikator tercapainya sasaran adalah jumlah penduduk yang menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebanyak 112,9 juta
- b. Melakukan koordinasi pemutakhiran data PBI setiap bulan bersama dengan kementerian sosial dan BPJS Kesehatan
- c. Melakukan penelahaan perhitungan tarif pelayanan kesehatan, baik di FKTP maupun FKRTL
- d. Melakukan kajian pengembangan jaminan kesehatan
- e. Melakukan advokasi dan sosialisasi pembiayaan kesehatan
- f. Melakukan monitoring dan evaluasi program JKN

Selain itu startegi lain yang dijalankan yaitu :

- a. Meningkatkan cakupan kepesertaan melalui kartu Indonesia sehat
- b. Peningkatan jumlah fasilitas kesehatan yang menjadi penyedia layanan sesuai standar sehingga masyarakat mudah mengakses dan termotivasi menjadi peserta JKN
- c. Penyempurnaan sistem pembayaran untuk penguatan pelayanan kesehatan dasar dengan pemanfaatan teknologi digital
- d. Pengembangan pembiayaan pelayanan kesehatan kerjasama pemerintah dan swasta

C. Rangkuman

Dari materi tersebut, maka dapat dirangkum sebagai berikut :

1. Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagaimana diatur dalam Undang-Undang RI No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
2. Jaminan Kesehatan Nasional merupakan program jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah melakukan

- pembayaran premi (iuran) atau iuranya dibayar oleh pemerintah melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan
3. Dasar penyelenggaraan JKN yaitu UUD 1945 pasal 28H dan pasal 34, Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), UU No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, Undang-Undang No. 24 tahun 2011, Peraturan Presiden yaitu No. 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI), Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan serta peta jalan JKN (roadman jaminan kesehatan nasional), Permenkes No. 28 tahun 2018 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
 4. Prinsip-Prinsip Jaminan kesehatan Nasional terdiri dari prinsip kegotongroyongan, Prinsip nirlaba, Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektifitas, Prinsip portabilitas, Prinsip kepesertaan wajib, Prinsip dana amanat, Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial
 5. Unsur penyelenggaraan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi Regulator yang meliputi berbagai kementerian/lembaga, Peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Pemberi pelayanan kesehatan dan Badan penyelenggara
 6. Kepesertaan JKN terdiri dari dua jenis peserta yaitu peserta penerima bantuan iuran (PBI) kesehatan dan bukan PBI
 7. Pembayaran iuran dapat dikelompokkan sebagai berikut bagi peserta PBI iuran dibayar oleh pemerintah, Bagi peserta pekerja penerima upah iuranya dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja, Bagi peserta bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja, iuranya dibayar oleh peserta yang bersangkutan
 8. Faktor yang dapat mempengaruhi keikutsertaan masyarakat dalam program JKN dapat berupa faktor *prediposing*, faktor *enabling*, faktor *need* dan faktor skema

D. Tugas

1. Jelaskan pengertian dan manfaat dari Jaminan Kesehatan Nasional
2. jelaskan kelompok dalam kepesertaan dalam JKN
3. Jelaskan 4 dari 7 prinsip penyelenggaraan JKN
4. Jelaskan faktor yang mempengaruhi keikutsertaan masyarakat dalam JKN
5. Jelaskan strategi yang dapat dilakukan dalam rangka mendukung jumlah kepesertaan JKN

E. Daftar Pustaka

BPJS Kesehatan, 2014. *Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan

- Edi Suharto, 2013. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia, Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*, Bandung: Penerbit Alfa Beta
- Hasbullah Thabrany, 2014. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.
- Kemenkes RI, 2020. *Rencana Aksi Kegiatan (RAK) Tahun 2020-2024*. Jakarta: Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.
- Kemenkes RI, 2014. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.
- Kemenkes RI . 2013. *Buku Pengangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- Peraturan Presiden RI Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.
- Undang-Undang RI No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang-Undang RI No 24 tahun 2011 tentang BPJS (Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial).
- Undang-Undang RI 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

BAB XII
ANALISIS AKTUARIAL
Laura Weryco Latupeirissa, SKM., MM

A. Tujuan pembelajaran :

1. Mampu memahami pengertian aktuarial
2. Mampu memahami prosedur aktuarial
3. Mampu memahami pengertian aktuaris
4. Mampu memahami pengertian premi
5. Mampu memahami prinsip-prinsip menentukan tarif premi
6. Mampu memahami faktor-faktor yang mempengaruhi premi
7. Mampu memahami perhitungan premi

B. Materi

1. Pengertian Analisis Aktuarial

Aktuarial yaitu perpaduan antara ilmu peluang, matematika, statistika, keuangan, dan pemrograman komputer yang mempelajari mengenai pengelolaan risiko keuangan di masa yang akan datang. Secara definitif, risiko atau risk adalah suatu kondisi ketidakpastian yang berkaitan dengan kejadian yang merugikan. Aktuarial bertujuan untuk menganalisa dampak dan situasi finansial saat ini, dalam kaitannya dengan ketidakpastian di masa yang akan datang (Geroge E. Rejda dkk, 2016 dalam Heryana, 2021).

Analisis aktuarial dalam asuransi kesehatan adalah analisis yang dilakukan untuk menetapkan dan menghitung besarnya iuran (Premi) yang ditarik dari peserta, besarnya biaya yang harus dibayarkan oleh Badan Asuransi kepada sarana kesehatan serta mengukur dan mengatur risiko serta ketidakpastian. seorang ahli yang ahli dalam menganalisis aktuarial disebut dengan aktuaris

Seorang Aktuaris umumnya bekerja di industri keuangan, seperti perusahaan asuransi jiwa, perusahaan asuransi umum, perusahaan asuransi kesehatan, dana pensiun, konsultan aktuarial dan investasi. Banyak pula Aktuaris yang telah merambah di bidang-bidang lain yang terkait dengan pengelolaan risiko yang memerlukan kemampuan analisa dan logika yang kuat (Persatuan Aktuaris Indonesia, n.d.). Khusus dalam asuransi jiwa yang termasuk didalamnya asuransi kesehatan, seorang aktuarial akan mempelajari data-data statistik penting data kelahiran, kematian, pernikahan, penyakit, pekerjaan, pension, dan kecelakaan (George E. Rejda, 2008 dalam Heryana, 2021).

2. Sejarah Aktuarial dan Profesi Aktuaris

Pada awalnya ilmu aktuarial menggunakan model deterministik dalam mengkonstruksi tabel-tabel yang diperlukan dan menentukan premi. perubahan

revolusioner selama 30 tahun terakhir membuat ilmu ini menghilang seiring disebabkan perkembangan komputer dengan kecepatan tinggi dan keterpaduan model-model stochastic actuarial serta teori keuangan yang modern.

Sejarah Profesi Aktuaris, Profesi aktuaris berasal dari pertengahan abad kedelapan belas di Inggris. Revolusi Industri telah mengakibatkan pertumbuhan di banyak bidang usaha yang pada umumnya sampai sekarang masih dilaksanakan, termasuk sejumlah besar bentuk asuransi yang dirancang untuk memperkecil tingkat risiko. Kebutuhan akan aktuaris semakin banyak diperlukan untuk mengidentifikasi risiko serta menghitung kerugian keuangan yang timbul.

Pada pertengahan abad ke sembilanbelas, terbentuk Institute Aktuaris di London serta Fakultas Aktuaris di Edinburgh. Di Indonesia, profesi aktuaris dibawah Persatuan Aktuaris Indonesia yang secara resmi mulai didirikan dan diakui oleh pemerintah pada tahun 1962. Pada awal berdirinya organisasi ini beranggotakan 25 orang, 18 diantaranya hingga saat ini masih aktif pada profesi ini. Sebagian besar dari mereka adalah para top eksekutif di industri asuransi dan konsultan aktuaris (Persatuan Aktuaris Indonesia, n.d.).

3. Prosedur Aktuarial

- a. Uraikan pelayanan kesehatan yang akan diselenggarakan dalam beberapa tingkatan :
 - 1) Rawat Jalan Tingkat Pertama
 - 2) Rawat Jalan Tingkat Kedua
 - 3) Rawat Inap
- b. Menentukan pelayanan kesehatan yang ditanggung untuk masing-masing tingkat pelayanan
- c. Menghitung biaya untuk satu kali pemanfaatan dari masing-masing tingkat pelayanan kesehatan
- d. Menghitung jumlah peserta yang diperkirakan akan diajak serta dalam program asuransi
- e. Menghitung angka kunjungan dari seluruh peserta dalam jangka waktu tertentu,
misal 1 bulan → angka penyakit dan angka kunjungan
- f. Menghitung seluruh biaya untuk setiap peserta untuk satu jangka waktu tertentu

Hasil analisis actuarial tersebut hanya berlaku pada calon peserta dalam keadaan rata-rata

4. Pengertian Premi

Premi adalah sejumlah uang yang dibayarkan oleh pemegang polis kepada perusahaan asuransi dengan jumlah yang telah ditetapkan oleh perusahaan asuransi dan disetujui oleh pemegang polis untuk memperoleh

manfaat berdasarkan perjanjian Asuransi yang dilindungi perundang-undangan yang mendasari program asuransi wajib (UU No.40, 2014).

Premi adalah pembayaran dana dari tertanggung (pemegang polis) kepada penanggung (perusahaan asuransi), sebagai imbalan jasa atas pengalihan risiko terhadap penanggung (Marsidah, 2020).

5. Prinsip-Prinsip Menentukan Tarif Premi

Menurut Januraga, 2006 untuk menentukan tarif premi yang menjamin keberlangsungan pelayanan atau penggantian kerugian, lembaga asuransi harus memperhatikan prinsip-prinsip berikut:

- a. Kecukupan (adequacy) artinya tarif premi cukup untuk menutupi manfaat serta biaya-biaya akuisisi, administrasi, dan pajak. Dengan perkataan lain rate premi harus melebihi perkiraan biaya klaim (expected claim cost) agar menguntungkan asuradur (penanggung).
- b. Kewajaran (reasonableness) artinya tarif premi harus sesuai atau seimbang dengan manfaat yang dijanjikan, artinya bagian tertentu dari tarif premi dikembalikan kepada pemegang polis dalam bentuk kompensasi pembayaran benefits. Jika porsi dari premi terlalu banyak digunakan untuk biaya dan keuntungan, maka premi tidak lagi masuk akal.
- c. Keadilan (equity) artinya harus ada keadilan dalam penetapan besaran premi, dan tidak ada diskriminasi. Tertanggung yang memiliki tingkat risiko besar harus membayar premi lebih besar. Dalam asuransi sosial hal ini tidak terlalu perlu dilakukan karena besarnya pooling, sehingga distribusi risiko dan subsidi antar anggota berlangsung lebih baik.
- d. Fleksibel, artinya tarif premi harus bisa disesuaikan dengan keadaan.
- e. Persaingan (competitiveness) artinya tarif premi harus mampu bersaing di pasaran untuk merebut pasar, khususnya bagi asuransi kesehatan komersial.

6. Faktor Yang Mempengaruhi Premi

- a. Ruang lingkup manfaat asuransi yang spesifik mempunyai dampak yang dramatis terhadap utilisasi pelayanan kesehatan. Diberlakukannya deductible, coinsurance, dan copayment akan mempengaruhi tingkat klaim sehingga berpengaruh pada besaran premi.
- b. Distribusi umur dan jenis kelamin, Telaah utilisasi di banyak perusahaan asuransi menunjukkan bahwa terdapat perbedaan besaran klaim pada kelompok umur dan jenis kelamin. Umur di atas 50 tahun cenderung sakit-sakitan, sedangkan kelompok wanita cenderung lebih sering memanfaatkan pelayanan.
- c. Tingkat pendapatan dan pekerjaan, Biaya klaim untuk kesehatan gigi cenderung lebih tinggi pada orang yang berpendapatan tinggi. Orang

dengan pekerjaan yang beresiko tinggi merupakan faktor kunci di dalam asuransi longterm disability.

- d. Lokasi geografi, Tarif untuk pelayanan kesehatan biasanya sangat bervariasi tergantung letak daerahnya. Variasi di dalam klaim ditentukan oleh perbedaan tingkat biaya hidup, ketersediaan PPK, dan perilaku umum masyarakat tertanggung.
- e. Tingkat partisipasi kelompok, Pada asuransi sosial hal ini tidak menjadi masalah karena pesertanya diwajibkan untuk ikut asuransi. Tingkat partisipasi yang rendah memicu terjadinya antiseleksi.
- f. Underwriting yang berbeda pada saat penentuan penerimaan peserta akan mempengaruhi besaran premi. Hal ini juga tidak terlalu berpengaruh pada asuransi sosial.
- g. Lama waktu pembayaran premi, Pada umumnya premi diberlakukan selama satu tahun, jika diberlakukan untuk beberapa tahun maka premi tersebut biasanya lebih mahal dari premi yang berlaku untuk masa asuransi satu tahun.
- h. Ability to pay (ATP) atau kemampuan membayar dan willingness to pay (WTP) atau kemauan membayar masyarakat calon peserta akan mempengaruhi besaran premi. Harga premi yang terlalu mahal dengan ATP dan WTP yang kurang baik akan mempersulit upaya pemasaran. Pada asuransi sosial dimana tarif premi ditentukan dengan campur tangan pemerintah dan memungkinkan ditetapkannya sumber pembiayaan yang juga berasal dari subsidi pengukuran ATP dan WTP menjadi cukup penting.
- i. Kebijakan pemerintah, khususnya dalam penyelenggaraan asuransi sosial. Dalam UU SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional) pasal 13, 14, dan 17 disebutkan bahwa seluruh penduduk Indonesia diwajibkan menjadi peserta jaminan sosial dan membayar premi berdasarkan proporsi pendapatannya, kecuali untuk fakir miskin yang preminya wajib disubsidi oleh pemerintah.

7. Cara Menghitung Premi

Misalkan akan dibentuk “Dana Sehat”

Cakupan peserta	= 400 KK
Biaya pengobatan yang tercover	= Biaya Pengobatan di Pos Obat Desa (POD) = Biaya Pengobatan di Puskesmas = Biaya Pengobatan Rujukan di Rumah Sakit = Biaya Persalinan

Biaya pengobatan =

- a. Perkiraan Jumlah KK → 400 KK dengan 1 orang istri dan 3 anak → maka jumlah peserta yang ditanggung 5 orang x 400 = 2000 Jiwa
- b. Angka Morbiditas misalkan 14% per bulan
Jumlah peserta yang sakit = 14% x 2000 jiwa = 280 jiwa / Bulan
- c. Perkiraan angka rujukan sakit dari POD ke puskesmas = 50% per bulan
Perkiraan angka rujukan sakit dari puskesmas ke rumah sakit untuk perawatan = 2% per bulan
Jumlah rujukan POD ke puskesmas 50% x 280 kasus = 140 Kasus / Bulan
Jumlah rujukan Puskesmas ke Rumah Sakit = 2% x 140 Kasus = 3 Kasus / Bulan
- d. Perkiraan biaya
Biaya pengobatan sederhana di keluarkan POD = Rp.2500,- / Orang
Biaya pengobatan ke puskesmas = Rp.4500,- / Orang
Biaya Perawatan ke Rumah Sakit = Rp.20.000,- / Hari dengan rata-rata lama hari rawat 8 hari
- e. Jumlah yang dikeluarkan peserta untuk berobat dalam 1 tahun
Biaya berobat ke POD = 280 Kasus x Rp. 2000,- x 12 Bulan = Rp.6.720.000,-
Biaya berobat ke Puskesmas = 140 Kasus x Rp.4500,- x 12 Bulan = Rp.7.560.000,-
Biaya berobat ke Rumah Sakit = 3 Kasus x 8 Hari x Rp.20.000,- x 12 Bulan = Rp.5.760.000,-
Jumlah total biaya pengobatan = Rp.20.040.000,-
Perkiraan iuran pengobatan per KK / Tahun = Rp.20.040.000,- : 400 KK = Rp.50.100,-
Perkiraan iuran pengobatan per KK / Bulan = Rp.50.100,- : 12 Bulan = Rp.4.175,-
- f. Jumlah yang dikeluarkan peserta untuk biaya persalinan :
Angka persalinan misalkan 3 % / Tahun
Jumlah peserta yang diperkirakan akan melahirkan = 3% x 2000 Jiwa = 60 Orang / Tahun
Perkiraan persalinan yang ditolong bidan desa = 50 % (30 Orang per persalinan Rp.200.000,-)
Perkiraan persalinan ditolong di Puskesmas = 50% (30 Orang per persalinan Rp.300.000,-)

Jumlah biaya persalinan pertahun =
 30 Kasus x Rp.200.000,- = Rp.6.000.000,-
 30 Kasus x Rp.300.000,- = Rp.9.000.000,-
 Jumlah total = Rp.15.000.000,-
 Perkiraan jumlah iuran persalinan per KK / tahun =
 Rp.15.000.000,- : 400 = Rp.37.500,-
**Iuran persalinan per KK / Bulan = Rp.37.500,- : 12 Bulan =
 Rp.3125,-**

**g. Jumlah Premi dana sehat untuk pengobatan dan persalinan per KK / Bulan
 Rp.4.175,- + Rp.3125,- = Rp.7.300,-**

C. Rangkuman

Analisis aktuarial dalam asuransi kesehatan adalah analisis yang untuk mengetahui besarnya premi untuk menganalisis sehingga tidak terjadi kerugian di waktu yang akan datang. Profesi yang menganalisis aktuarial di sebut dengan aktuaris. Prosedur analisis akuarial uraikan pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkatannya, menentukan pelayanan kesehatan yang akan ditanggung untuk masing-masing tingkat pelayanan, menghitung biaya untuk satu kali pemanfaatan dari masing-masing tingkat pelayanan kesehatan, menghitung jumlah peserta yang diperkirakan akan diajak serta dalam program asuransi, menghitung angka kunjungan dari seluruh peserta dalam jangka waktu tertentu, menghitung seluruh biaya untuk setiap peserta untuk satu jangka waktu tertentu.

Premi adalah iuran yang dibayarkan oleh pemegang polis kepada asuransi sehingga mendapatkan manyaatnya sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku. Faktor yang mempengaruhi premi ruang lingkup manfaat, Distribusi umur dan jenis kelamin, Tingkat pendapatan dan pekerjaan, Lokasi geografi, Tingkat partisipasi kelompok, Underwriting yang berbeda pada saat penentuan penerimaan peserta, Lama waktu pembayaran premi, Ability to pay (ATP) atau kemampuan membayar dan willingness to pay (WTP) atau kemauan membayar masyarakat calon peserta, dan kebijakan pemerintah khususnya dalam penyelenggaraan asuransi social.

C. Tugas

1. Jelaskan apa yang dimaksud analisis aktuarial?
2. Seseorang yang menganalisis aktuarial disebut?
3. Jelaskan apa yang dimaksud dengan premi?
4. Sebutkan minimal 3 faktor-faktor yang mempengaruhi premi?
5. Hitunglah besaran premi jika diketahui terdapat 375 KK, Angka Angka Morbiditas misalkan 12% per bulan, angka rujukan POD ke puskesmas 45% per bulan, angka rujukan puskes ke rs 4% per bulan, dan angka

persalinan 5 % per tahun. Biaya pengobatan sederhana di keluarkan POD = Rp.2500,- / Orang, Biaya pengobatan ke puskesmas = Rp.4500,- / Orang, dan Biaya Perawatan ke Rumah Sakit = Rp.20.000,- / Hari dengan rata-rata lama hari rawat 7 hari. Berapa premi per KK / bulan?

E. Referensi

- Heryana, A. 2021. Asuransi Kesehatan dan Managed Care. Diakses Pada Tanggal 15 Febuari 2022 Melalui https://www.researchgate.net/profile/Ade-Heryana/publication/349789706_Asuransi_Kesehatan_Managed_Care_Buku_Ajar/links/6041ae19299bf1e078570264/Asuransi-Kesehatan-Managed-Care-Buku-Ajar.pdf
- Januraga, P. 2006. Analisis Besaran Biaya Per Kapita Dan Premi Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) Berdasarkan Biaya Klaim Dan Utilisasi Pelayanan. Diakses Pada Tanggal 20 Desember 2019. http://eprints.undip.ac.id/18661/1/Pande_Putu_Januraga.pdf
- Marsidah. 2020. Premi Restorno dalam Perjanjian Asuransi. Diakses Pada Tanggal 15 Febuari 2022 Melalui <https://jurnal.unpal.ac.id>
- Suryawati, C. 2008. Pengantar asuransi kesehatan. Diakses Pada Tanggal 20 Desember 2019 http://eprints.undip.ac.id/6018/1/asuransi_kesehatan_-_chriswardani.pdf.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2014 Tentang Perasuransian. Diakses Pada Tanggal 20 Desember 2019. https://www.ojk.go.id/Files/201506/1_UU402014_Perasuransian_1433758676.pdf

F. Glosarium

Aktuarial	Ilmu peluang, matematika, statistika, keuangan, dan pemrograman komputer yang mempelajari mengenai pengelolaan risiko keuangan di masa yang akan datang.
Aktuaris	Profesi menganalisis aktuarial dan manajemen resiko ke pengelolaan risiko keuangan
Angka Morbiditas	Angka kesakitan
Asuransi	Pertanggung (perjanjian antara dua pihak, pihak yang satu berkewajiban membayar iuran dan pihak yang lain berkewajiban memberikan jaminan

	sepenuhnya kepada pembayar iuran apabila terjadi sesuatu yang menimpa pihak pertama
Letak geografis	Posisi keberadaan sebuah wilayah berdasarkan letak dan bentuknya di muka bumi
Polis	Kontrak tertulis antara maskapai asuransi dan pihak yang dijamin yang memuat persyaratan dan ketentuan perjanjian
Premi	Jumlah uang yang harus dibayarkan pada waktu tertentu kepada asuransi
Profesi	Bidang pekerjaan yang dilandasi pendidikan keahlian
Underwriting	Proses mengidentifikasi dan menyeleksi risiko yang dimiliki oleh calon nasabah asuransi.

G. Indeks

Ability to pay, 168, 170	Expected claim cost, 167
Adequacy, 167	Polis, 165, 166, 167, 168, 170
Aktuaria, 165, 166	Premi, 165, 166, 167, 168, 170
Aktuarial, 165, 166, 170	Reasonableness, 172
Aktuaris, 165, 166	Underwriting, 168, 170, 172
Asuransi, 165, 166, 167, 168, 170	Willingness to pay, 168, 170
Competitiveness, 167	
Equity, 167	

TENTANG PARA PENULIS



Taswin, SKM., M.Kes, Lahir di Parepare (Sulawesi Selatan), 14 Juni 1984 merupakan Dosen Tetap Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dayanu Ikhsanuddin (FKM Unidayan) Baubau. Beliau menempuh Pendidikan SD, SMP, dan SMA di Kabupaten Barru (Sulawesi Selatan) tahun 1990 s.d 2002. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Tamalatea Makassar tahun 2007. Tahun 2009 penulis menyelesaikan studi pada Program Pascasarjana (S2) Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Adapun bidang keilmuan penulis adalah Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat serta pada publikasi jurnal nasional terakreditasi. Penulis pernah menjabat sebagai Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat (Periode 2011 – 2015 dan Periode 2015 – 2019), dan Ketua Unit Penjaminan Mutu (UPM) tahun 2019 – 2021. Saat ini penulis sebagai Wakil Dekan Bidang Akademik, Kerjasama, Sistem Informasi, Kemahasiswaan, dan Alumni tahun 2021 – 2023. Saat ini, Penulis juga aktif sebagai Reviewer pada *Kampuri Jurnal Kesehatan Masyarakat FKM Unidayan* dan *Jurnal Kebidanan MALAKBI-Media Ilmiah Kebidanan Politeknik Kesehatan (Poltekkes) Kemenkes Mamuju*. Penulis juga aktif pada Ormas, sebagai Ketua Departemen Kesehatan dan Olahraga Dewan Pengurus Daerah (DPD) Wahdah Islamiyah Baubau sejak tahun 2015 – 2022.



Andinna Ananda Yusuff, S.E., M.M Lahir di kota Cirebon pada tanggal 27 oktober 1984 dan menyelesaikan Pendidikan dasar di kota Cirebon hingga menempuh pendidikan pesantren di PPMI As-Salaam Solo Jawa Tengah selanjutnya melanjutkan pendidikan formal strata 1 di Fakultas Ekonomi Universitas Padjadjaran Bandung hingga lulus di tahun 2007 dengan predikat *Cum Laude* dan menyangang gelar mahasiswi lulusan terbaik saat itu. Dunia Kerjapun telah terbuka lebar dengan langsung diterimanya bekerja di Deutsche Bank Jakarta. *Passion* yang kuat akan dunia pendidikan agar dapat memiliki andil dalam membangun dunia pendidikan terutama Pendidikan Kesehatan membuat saya

kembali ke kota Cirebon di tahun 2012 hingga sekarang. Menjadi dosen tetap program studi Kesehatan masyarakat setelah menyelesaikan program Magister Manajemen dengan konsentrasi kesehatan dan menjabat sebagai wakil ketua II di STIKes Mahardika Cirebon hingga saat ini. Saat ini saya juga sedang menempuh program Pendidikan Pascasarjana Doktor Ilmu Manajemen Universitas Pasundan Bandung. Juga aktif dalam kepengurusan organisasi Paguyuban Pasundan kota Cirebon sebagai wakil bendahara 2020-2025. Apabila ingin berbagi inspirasi dan ilmu bersama silahkan menghubungi alamat email andinna.ay@stikesmahardika.ac.id



Eky Endriana Amiruddin, Lahir di Kaledupa, Wakatobi Sulawesi Tenggara surganya Dunia Bawah Laut pada tanggal 21 Agustus 1987 adalah Dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dayanu Ikhsanuddin Sejak Tahun 2014.

Anak dari Pasangan Ir. Amiruddin dan Suidiana S.Pi merupakan anak Sulung dari 3 Bersaudara yang lulus Magister dari Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2013. Hobi membaca Buku Karangan Alfred Hitchcock dan Eichiro Oda. Menikah dengan Advokat La Ode Abdul Faris SH dan di karuniai 3 orang Anak.

Buku ini merupakan Buku Pertama dari Penulis. Semoga Bermanfaat



Makhrajani Majid, SKM, M.Kes, lahir di Kota Parepare pada tanggal 10 November 1986. Lulus S1 ditahun 2008 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Parepare (FKM UMPAR), lulus S2 ditahun 2013 pada Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan di Universitas Indonesia Timur. Saat ini terdaftar sebagai Dosen Tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Parepare. Saat ini penulis juga aktif

dalam melakukan riset dan publikasi ilmiah, baik dalam bentuk jurnal nasional maupun internasional, prosiding maupun buku referensi, selain itu penulis telah mendapatkan 4 hak Cipta. Penulis tercatat beberapa kali menerima dana Hibah Penelitian dan Pengabdian dari DRPM RistekDikti. Tuti Herawati S.KM, M.M lahir di Kuningan 04 Februari 1979 merupakan anak ke dua dari dua bersaudara. Penulis menyelesaikan pendidikan S - 1 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon dan

lulus pada tahun 2011. Penulis menyelesaikan S-2 di Universitas Jenderal Soedirman Program Studi Manajemen Konsentrasi Manajemen Rumah Sakit dan lulus pada tahun 2015. Penulis meniti karier di Rumah Sakit Pertamina Cirebon sejak tahun 2002 sampai dengan sekarang. Namun disamping bekerja di salah satu rumah sakit swasta di Cirebon tersebut kiprah penulis sebagai dosen juga dijalani dan bergabung pada tahun 2018 sebagai dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mahardika Cirebon.



Dahmar, S.K.M., M.Kes, Lahir di Soppeng - Sulsel, 05 Mei 1984 adalah Dosen Tetap di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dayanu Ikhsanuddin (Unidayan) Baubau sejak tahun 2015. Menyelesaikan S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Pancasakti Makassar dan Magister Kesehatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Tamalatea Makassar. Tahun 2015 - 2016, penulis menjabat sebagai Kasubag Tata Usaha dan Humas

Unidayan. Tahun 2016 - 2017, penulis menjabat sebagai Kabag Umum Unidayan. Dan tahun 2017 - 2019 penulis menjabat sebagai Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Sistem Informasi Fakultas Kesehatan Masyarakat Unidayan. Beliau selain aktif sebagai akademisi juga sebagai praktisi. Penulis sempat berkarier di beberapa perusahaan sebelum berprofesi sebagai dosen di Unidayan. Saat ini beliau juga sementara menjabat sebagai Branch Manager di Maxima Laboratorium Klinik Cabang Baubau. Awal bulan Februari 2022 ini, penulis berkolaborasi dengan beberapa akademisi lintas perguruan tinggi di Indonesia menulis buku ajar yang berjudul Ekonomi Kesehatan. Selain itu, beliau juga aktif menulis artikel tentang kesehatan di beberapa media.



Hamdan, SKM., MKM anak ke-4 dari lima bersaudara, anak dari bapak Alwi Tahir dan Hamsia (ALM), saya Lahir di Plampang 4 Maret 1989, Agama Islam, Alamat: Karya Mulya RT 01/RW 007 Desa Plampang Kecamatan Plampang Kabupaten Sumbawa Povinsi NTB Pendidikan Dasar diselesaikan di SDN3 Plampang tahun 2002, kemudian MTs Nurul Jannah Plampang Tahun 2005 dan MA Nurul Jannah Plampang Tahun 2008. Setelah lulus MA Nurul Jannah Plampang saya lanjut mengambil S1

Kesehatan Masyarakat (SKM) di STIKES Ngudi Waluyo Ungaran-Semarang Tahun 2013. Dimasa kuliah saya aktif dalam berbagai organisasi baik organisasi yang berkaitan dengan kampus maupun organisasi di luar kampus diantaranya. Ditahun 2008 menjadi anggota Unit Kegiatan Kerohanian Islam (UKKI) di bidang divisi dakwah kampus setelah memasuki tahun 2009

saya menjadi coordinator dakwah sampai tahun 2010, selain itu saya juga menjabat sebagai ketua umum persatuan mahasiswa kesehatan masyarakat (HIMA KM) Ngudi Waluyo Ungaran tahun 2009-2011, dan ditahun yang sama saya mulai mengikuti olahraga teowondo dan panduan suara di kampus, serta saya juga aktif di organisasi di luar kampus seperti: Ikatan Senat Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia (ISMKMI) tahun 2010-2012 serta saya mengikuti organisasi ISMA NTB sebuah peguyuban Mahasiswa NTB semarang dan saya sebagai pendiri organisasi ISAMABA- Semarang, tahun 2010-2012 dan menjadi salah satu pendiri EHERA-Nusantara dimana sebuah peguyuban untuk menyatukan atau mengumpulkan mahasiswa Indonesia yang ada di semarang, di tahun 2013. saya juga aktif di Bulan Sabit Merah Indonesia (BSMI) 2010-2012. Dan saya pernah menjabat sebagai penasehat UKKI selama tahun 2011-2012 dan menjadi penasehat HIMA-KM tahun 2012-2013. Selain itu juga saya pernah magang di BKPM (Balai Kesehatan Paru Masyarakat) atau BP4 di tahun 2013 dan pernah menjadi Tim Enumerator yang diadakan oleh BAPPEDA Kab. Semarang. Dan setelah saya lulus saya menjadi dosen di sumbawa pada tahun 2014-2016 sambil saya menjadi dosen saya sempat kerja di PT SUN LIFE FINANCIAL INDONESIA Perusahaan Asuransi dari tahun 2014-2016 awal. dan ditahun 2016 pernah menjadi pembina Putra Putri Maritim Indonesia yang diadakan oleh APMI ditahun 2014 saya pernah menjadi panitia pemilihan Presiden RI dan Legislatif lainnya. Kemudian saya sempat menjadi enumerator di sumbawa yang diadakan oleh Kementrian Pendidikan untuk mengumpulkan kembali dan mendata ulang kartu Indonesia Pintar (KIS) tahun 2016. Kemudian di Awal tahun 2017 mendapat kesempatan untuk melanjutkan pendidikan di sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 21. Setelah lulus S2 saya mencoba melamar kerja di STIKes Kuningan Jawa Barat. Dan saat ini saya sudah menjadi dosen Tetap di STIKes Kuningan Jawa Barat tahun 2019-sekarang. Dan pada tahun 2020 saya berkesempatan dan diberi amanah oleh Allah untuk menikahi istri dari padang bernama; Nia Musniati, SKM., MKM (dosen UHAMKA) dan subhanallah pada tahun berikutnya saya di amanahi buah hati tepat pada taggal 13 juli 2021 anak saya lahir yang bernama Ahmad Kamil Al-Fatih. Selain itu juga saya sudah memiliki rumah didekat lokasi bekerja PERUMAHAN QUANTA 2 Blok B2 No. 25 RT. 24 Desa Bayuning Kecamatan Kadugede Kabupaten Kuningan.

Bisa hubungi saya di:

WA: 085337139657

Facebook: Hamdan Alwi Tahir

IG : @Hamdan Alwi Tahir

Youtube: Hamdan Alwi Tahir

Telegram_@hamdan_AITa

Email: hamdan.kesmas@gmail.com/hamdan@stikku.ac.id

Blog:Hamdan Agent perubahan/hamdansmartberperstasi



Fajar Nur Farida, S.E, M.P.H lahir di Semarang, 20 Mei 1985. Seorang Aparatur Sipil Negara dan menjabat sebagai Administrator Kesehatan di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang. Menempuh pendidikan D III di Akademi Manajemen Administrasi Yogyakarta dengan konsentrasi Administrasi Manajemen Rumah Sakit, kemudian melanjutkan studi S1 di STIE Isti Ekatana Upaweda Yogyakarta dengan jurusan Manajemen Rumah Sakit. Pada tahun 2013 mendapat Tugas Belajar untuk melanjutkan studi Pasca Sarjana di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Mengambil konsentrasi pada Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Memiliki hobi fotografi, memasak, menulis, dan saat ini menjadi kontributor artikel kesehatan di majalah Suara Gemilang dan Beritamagelang.id milik Pemerintah Kabupaten Magelang. Harapannya setiap generasi muda dapat berkontribusi terhadap pendidikan dan kemajuan bangsa.

Korespondensi dengan Fajar melalui Instagram: @fajar.nf atau email: fajarnurfarida@gmail.com



Tuti Herawati S.KM, M.M lahir di Kuningan 04 Februari 1979 merupakan anak ke dua dari dua bersaudara. Penulis menyelesaikan pendidikan S - 1 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon dan lulus pada tahun 2011. Penulis menyelesaikan S-2 di Universitas Jenderal Soedirman Program Studi Manajemen Konsentrasi Manajemen Rumah Sakit dan lulus pada tahun 2015.

Penulis meniti karier di Rumah Sakit Pertamina Cirebon sejak tahun 2002 sampai dengan sekarang. Namun disamping bekerja di salah satu rumah sakit swasta di Cirebon tersebut kiprah penulis sebagai dosen juga dijalani dan bergabung pada tahun 2018 sebagai dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mahardika Cirebon.



Amrun, SKM., M.Kes., Lahir di Lande-Sulawesi Tenggara pada tanggal 24 September 1985 adalah dosen tetap di STIKES IST Buton. Menyelesaikan pendidikan S1 di STIK Tamalatea Makassar pada tahun 2009 dan menyelesaikan pendidikan Pasca sarjana di FKM Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2016. Bidang keilmuan penulis adalah Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK). Dalam aktifitas mengajar, penulis mengampuh matakuliah Pengantar AKK. Organisasi dan Manajemen Kesehatan,

Pengantar ilmu kesehatan Masyarakat, Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan serta matakuliah institusional yaitu Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah, dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Pesisir. Aktifitas lain selain mengajar, juga aktif dalam kegiatan kemahasiswaan sebagai pembina pada organisasi kemahasiswaan lingkup Perguruan Tinggi. Selain itu, saat ini dipercaya sebagai ketua tim Penilai Angka Kredit (PAK) bagi dosen yang mengusulkan kenaikan jabatan fungsional dosen



Laura Weryco Latupeirissa, SKM., MM. dilahirkan di Cirebon. Pendidikan terakhir beliau lulusan program studi Magister Manajemen di STIE (Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi) Cirebon dengan bidang konsentrasi Manajemen Rumah Sakit. Beliau merupakan pengajar di perguruan tinggi Cirebon dan aktif dalam berwirausaha di bidang kesehatan dan non kesehatan. Pada bidang kesehatan beliau merupakan salah satu pendiri klinik pratama di kabupaten Cirebon. Latar belakang pendidikan dan pekerjaan yang

membuat beliau tertarik menulis buku ini.



Fardhoni, S.T., M.M sebagai seorang yang pernah menggeluti profesi Atlet di tingkat nasional pada cabang olahraga sepatu roda, menjadikan saya seseorang yang selalu fokus dalam mencapai tujuan dan berorientasi pada target. Lahir di Kota Bandung pada tanggal 26 November 1974 dan tumbuh besar hingga berkuliah di Kota Bandung, menjadikan saya sangat mengenal dan mencintai seluk beluk Kota kelahiran saya. Diawali dari pendidikan

dasar di SD Sabang Bandung hingga berkuliah di Fakultas Teknik Metalurgi di Universitas Jendral Achmad Yani Bandung hingga akhirnya berhasil meraih gelar sarjana pada tahun 1997. Serangkaian prestasi berhasil diraih sejak awal tahun 1984 hingga tahun 2002, yaitu prestasi pada cabang

olahraga sepatu roda dari prestasi di tingkat antar klub hingga prestasi di tingkat nasional menjadikan saya lebih menggeluti profesi sebagai atlet profesional. Selanjutnya menjadi karyawan swasta di Olympic Bogor, dan menjadi manajer di Cahaya Buana Pasific sampai dengan tahun 2012. Pada tahun 2013 bergabung bersama Sekolah Tinggi Kesehatan Mahardika Cirebon hingga sekarang, selanjutnya menjadi dosen tetap program studi Kesehatan masyarakat setelah menyelesaikan program Magister Manajemen dengan konsentrasi Rumah Sakit dan menjabat sebagai kepala UPT di STIKes Mahardika Cirebon. Saat ini saya juga sedang memulai program Pendidikan Pascasarjana Doktor Ilmu Sosial Universitas Pasundan Bandung. Juga aktif dalam kepengurusan organisasi Paguyuban Pasundan kota Cirebon sebagai ketua bidang Pemuda & Olah Raga 2020-2025. Apabila ingin berbagi inspirasi dan ilmu bersama, dapat dihubungi pada alamat email donifardhoni@gmail.com



Susilo Wulan, SE, MKM. Lahir di Rembang, 28 Mei 1984. Telah menyelesaikan studi S1 di FE Universitas Muhammadiyah Bengkulu tahun 2007. Lulus Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia tahun 2016. Saat ini Mengajar di STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu mengampu mata kuliah Ekonomi Kesehatan, Pembiayaan dan Penganggaran Kesehatan, Manajemen Keuangan, Manajemen Logistik. Aktif menulis di beberapa artikel di berbagai jurnal bereputasi serta aktif terlibat dalam riset kolaborasi terkait dengan health economics, financing maupun health policy.

