**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1 Definisi Asuransi**

Kata asuransi berasal dari bahasa latin *Assecurare*, yang artinya meyakinkan orang lain. Sedangkan dalam bahasa inggris adalah *Assurance* dan Insurance. *Assurance* adalah menanggung sesuatu yang pasti terjadi dan *Insurance* yang artinya menanggung sesuatu yang belum tentu terjadi.

Definisi asuransi menurut Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD) Republik Indonesia pasal 246 menyebutkan bahwa asuransi atau pertanggungan adalah 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 terjadi karena suatu peristiwa yang tak tertentu.

Menurut Undang-Undang No.2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian menyebutkan bahwa asuransi adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih dengan mana pihak penangggung melibatkan 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 diderita tertanggung yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.

Dari beberapa pengertian yang telah disebutkan, maka dapat disimpulkan bahwa asuransi adalah mekanisme proteksi atau perlindungan diri dari kerugian keuangan dengan cara mengalihkan risiko kepada pihak lain. Dengan adanya asuransi, risiko perorangan dirubah menjadi risiko kelompok.

* 1. **Prinsip Asuransi**

Asuransi memiliki prinsip-prinsip dalam pelaksanaannya. Prinsip tersebut diantaranya:

1. *Uncertainty*

*Uncertainty* adalah peristiwa tidak pasti adalah peristiwa terhadap mana asuransi diadakan, tidak dapat dipastikan terjadi dan tidak diharapkan akan terjadi. Walaupun peristiwa itu sudah pasti terjadi, misalnya kematian, saat terjadi itu pun tidak dapat diketahui atau tidak dapat dipastikan. Jadi, sulitnya meramalkan terjadinya peristiwa itu.

Dalam hukum asuransi, peristiwa tidak pasti yang menjadi beban penanggung merupakan peristiwa penyebab timbulnya kerugian atau kematian atau cacat badan atas objek asuransi. Selama belum terjadi peristiwa penyebab timbulnya kerugian, selama itu pula bahaya yang mengancam objek asuransi disebut risiko. Apabila risiko itu benar tejadi, maka dapat berubah menjadi peristiwa yang tidak pasti yang menimbulkan kerugian. Dalam hal ini, risiko yang menjadi ancaman penanggung berubah menjadi kerugian yang wajib diganti oleh penanggung.

1. Kontrak

Kontrak atau perjanjian adalah suatu persetujuan yang mengikat secara hukum antara dua pihak atau lebih. Perjanjian itu meliputi suatu janji atau serangkaian janji untuk melakukan satu atau beberapa tindakan, dimana janji tersebut dibuat oleh hanya satu pihak pada kontrak, atau semua pihak yang terlibat.

Asuransi adalah salah satu bentuk perjanjian. Pada pasal 246 KUHD dan UU No. 2 tahun 1992 Bab-I, pasal 1, menyebutkan bahwa asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian …., dan perjanjian ini harus dibuat secara tertulis dalam suatu akte yang dinamakan polis (pasal 255 KUHD). Dalam hal perjanjian asuransi pihak-pihak yang saling mengikat diri tersebut adalah penanggung dan tertanggung. Setelah kedua belah pihak saling mengikatkan diri maka antara kedua belah pihak terjadi suatu perikatan.

Dalam kontrak asuransi disebutkan bahwa kontrak yang dilakukan antara penanggung (perusahaan asuransi) dengan pemegang polis. Pemegang polis adalah orang atau badan hukum yang mengadakan perjanjian tersebut. Sedangkan tertanggung adalah orang atas jiwanya diadakan pertanggungan, artinya secara individu tertanggung dapat menjadi sebagai pemegang polis. Adapun yang dimaksud penanggung adalah badan usaha perusahaan asuransi itu sendiri, jadi bukan dalam bentuk perorangan atau individu.

Pada pasal 255 KUHD menyebutkan bahwa “Suatu kontrak pertanggungan harus dibuat secara tertulis dalam suatu akta yang dinamakan polis”. Jadi polis asuransi adalah kontrak tertulis yang memuat fakta-fakta secara langsung mengenai pemilik polis, penerima polis, penerima manfaat asuransi, orang yang dipertanggungkan dan penanggung. Menurut ketentuan Pasal 256 KUHD, setiap polis kecuali mengenai asuransi jiwa, harus memuat syarat-syarat khusu berikut ini:

1. Hari dan tanggal pembuatan perjanjian asuransi
2. Nama tertanggung, untuk diri sendiri atau untuk pihak ketiga
3. Uraian yang jelas mengenai benda yang diasuransikan
4. Jumlah yang diasuransikan
5. Bahaya yang ditanggung oleh penanggung
6. Saat bahaya mulai berjalan dan berakhir yang menjadi tanggungan penanggung
7. Premi asuransi
8. Umumnya semua keadaan yang perlu diketahui oleh penanggung dan segala janji-janji khusus yang diadakan oleh para pihak.
9. Premi Asuransi

Premi adalah salah satu unsur penting dalam asuransi karena merupakan kewajiban utama yang wajib dipenuhi oleh tertanggung kepada penanggung. Dalam hukum asuransi, penanggung menerima pengalihan risiko dari tertanggung dan tertanggung membayar sejumlah premi sebagai imbalannya. Apabila premi tidak dibayar, asuransi dapat dibatalkan atau setidak-tidaknya asuransi tidak berjalan. Premi harus dibayar lebih dahulu oleh tertanggung karena tertanggunglah pihak yang berkepentingan.

Asuransi baru akan berjalan jika kewajiban tertanggung membayar premi telah dipenuhi. Dengan kata lain, risiko atas benda benda beralih kepada penanggung sejak premi dibayar oleh tertanggung. Oleh karena itu, dapat dipahami bahwa ada tidaknya asuransi ditentukan oleh pembayaran premi. Premi merupakan kunci perjanjian asuransi.

Penetapan tingkat premi asuransi harus didasarkan pada perhitungan analisis risiko. Dalam praktiknya, penetapan besarnya jumlah premi itu diperjanjikan oleh tertanggung dan penanggung secara layak dan dicantumkan dalam polis.

1. *The law of large numbers*

Populasi yang ikut dalam suatu perusahaan asuransi harus cukup besar. Jika suatu asuransi hanya diikuti oleh sepuluh orang, padahal risiko yang dipertanggungkan dapat bervariasi, maka premi dari peserta asuransi yang sepuluh orang ini tidak akan mampu menutupi kebutuhan dana apabila risiko yang diasuransikan terjadi. Semakin besar populasi, semakin tinggi tingkat akurasi prediksi biaya yang dibutuhkan untuk menjamin risiko, sehingga akan semakin kemampuan finansial sebuah perusahaan asuransi.

Hukum *the law of large number* menyebabkan semakin banyak usaha asuransi yang bergabung maka perusahaan asuransi tersebut semakin bersaing dan mampu mengendalikan biaya sehingga dapat dicapai pelayanan dengan tingkat efisiensi yang tinggi. Misalnya terdapat rata-rata bahwa dari setiap 100 peserta asuransi, terdapat satu peserta yang mengajukan klaim kecelakaan, maka premi dari 100 peserta itu harus bisa memberikan Uang Pertanggungan kepada minimal 1 klaim kecelakaan. Semakin besar peserta asuransi yang dihitung, maka akan semakin tepat prediksi kalim dan perhitungan preminya. Pengalaman dari suatu perusahaan asuransi sangat berperan dalam menghitung angka-angka tersebut.

Perusahaan asuransi juga harus dapat memperkirakan kemungkinan tingkat kerugian *(loss rate)* yang akan dialami oleh tertanggung. Jika perusahaan asuransi dapat memperkirakan tingkat kerugian tersebut maka besaran premi yang layak untuk dikenakan kepada setiap pemegang polis akan dapat ditentukan, sehingga perusahaan asuransi akan dapat memastikan cukupnya jumlah dana yang akan dicadangkan untuk membayarkan klaim atau jika risiko yang diperjanjikan terjadi. Adapun hal yang dapat membantu keakurasian prediksi terhadap probabilitas suatu kejadian adalah hukum bilangan besar *(the law of large numbers)*.

Menurut *the law of large numbers* menyatakan bahwa semakin banyak jumlah observasi yang dilakukan atas suatu peristiwa atau kejadian, maka semakin besar kemungkinan observasi tersebut menghasilkan estimasi probabilitas yang sesungguhnya bahwa kejadian tersebut akan terjadi.

Hukum bilangan besar diterapkan di perusahaan asuransi sebagai metode untuk memprediksi mengenai kemungkinan kerugian di hari depan. Perusahaan asuransi mengumpulkan informasi tertentu tentang sekelompok orang agar dapat mengenali atau mengidentifikasi pola kerugian yang dialami oleh orang-orang tersebut. Berdasarkan keterangan dan data tersebut, perusahaan asuransi dapat memprediksi jumlah kerugian yang akan timbul. Proses pengalihan risiko

Pada hakikatnya asuransi adalah suatu perjanjian antara nasabah asuransi (tertanggung) dengan perusahaan asuransi (penanggung) mengenai pengalihan risiko dari pihak tertanggung kepada pihak perusahaan asuransi. Risiko yang dialihkan meliputi kemungkinan kerugian material yang dapat dinilai dengan uang, sebagai akibat terjadinya suatu peristiwa yang mungkin atau belum pasti akan terjadi.

Pihak tertanggung mengadakan asuransi dengan tujuan mengalihkan risiko yang mengancam harta kekayaan atau jiwanya. Dengan membayar sejumlah premi kepada perusahaan asuransi (penanggung), sejak itulah risiko beralih kepada penanggung. Apabila sampai berakhirnya jangka waktu asuransi tidak terjadi peristiwa yang merugikan, penanggung memiliki untung dan menikmati premi yang telah diterimanya dari tertanggung.

1. Keadilan

Asuransi sosial bertujuan untuk menjamin akses semua orang yang memerlukan pelayan kesehatan tanpa mempedulikan status ekonomi atau usianya. Prinsip itulah yang disebut sebagai keadilan sosial. Asuransi sosial memiliki fungsi redistribusi hak dan kewajiban antara berbagai kelompok masyarakat: kaya-miskin, sehat-sakit, muda-tua, risiko rendah-risiko tinggi, sebagai wujud hakikat peradaban manusia.

Dalam asuransi sosial, premi umunya proporsional terhadap pendapatan/upah dan besarnya ditetapkan oleh peraturan. Karakteristik asuransi sosial yang mengatur paket jaminan/manfaat asuransi yang sama dan premi yang proporsional terhadap upah memfasilitasi terjadinya *equality egaliter* (keadilan yang merata. Secara singkat *equity egaliter* artinya *you get what you need*. Prinsip ini menjamin seseorang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya dan membayar kontribusi sesuai kemampuan ekonominya. Itulah sebabnya peserta diharuskan membayar berdasarkan presentase tertentu dari upahnya.

Terdapat jenis *equity* lain, yaitu *equity liberter* yang menggambarkan pelayanan kesehatan yang didapat seseorang sesuai dengan jumlah premi yang dibayar. Disinilah terjai *you get what you pay for*. Peserta yang membeli paket platinum dapat pelayanan yang spesial yang sesuai dengan paketnya. Sementara yang membeli paket standar harus puas dengan pelayanan yang sesuai dengan harga premi yang dibayarnya.

1. Benefit asuransi

Dari segi pemberian atau pembayaran manfaat kita dapat membagi jaminan asuransi menjadi dua bagian besar, yaitu pemberian manfaat dalam bentuk uang/penggantian uang dan dalam pelayanan.

1. Jaminan uang

Tradisi asuransi, termasuk asuransi kesehatan, adalah memberikan penggantian uang. Dalam praktiknya, pemberian jaminan uang sering bermasalah karena mudahnya terjadi *moral hazard* dan kesulitan teknis menentukan kebutuhan yang sebenarnya. Penngelolaan asuransi kesehatan yang memberikan kesehatan dalam bentuk uang akan lebih rumit karena kebutuhan tidak selalu sesuai dengan uang jaminan, padahal kebutuhan pelayanan medis tidak dapat ditunda. Penggantian dengan kuitansi membuka peluang lebih besar *moral hazard*.

Di Indonesia asuransi yang memberikan jaminan dalam bentuk uang diberikan oleh perusahaan asuransi, baik yang langsung atau melalui kartu kredit. Asuransi kecelakaan jasa raharja dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) juga memberikan penggantian uang.

1. Jaminan pelayanan

Saat ini ada beberapa perusahaan asuransi yang memberikan jaminan berupa pelayanan. Misalnya asuransi mobil di Indonesia seringkali memberikan jaminan dalam bentuk pelayanan jika mobil yang diasuransikan rusak karena kecelakaan. Perusahaan asuransi biasanya mengirim mobil yang rusak ke bengkel tertentu. Prinsip yang sama dapat digunakan dalam pelayanan kesehatan. Pasien harus mendapat pengobatan atau perawatan di *provider* tertentu di rumah sakit atau klinik.

Dengan adanya jaminan pelayanan dapat mengurangi *moral hazard*. Karena, peserta digiring pada pelayanan yang biaya/tarifnya sudah disepakati atau diketahui sehingga lebih mudah memperkirakan biayanya. Selain itu dapat dilakukan pengendalian biaya dan *moral hazard*.

* 1. **Definisi Asuransi Kesehatan**

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian, asuransi diartikan sebagai perjanjian antara dua pihak atau lebih dimana pihak penanggung menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada pihak tertanggung karena suatu 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 pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.

Definisi lain asuransi diatur dalam Pasal 246 KUHD yaitu suatu perjanjian, dimana penanggung dengan menikmati suatu premi mengikat dirinya terhadap tertanggung untuk membebaskannya dari kerugian karena kehilangan, kerugian, atau ketiadaan keuntungan yang diharapkan, yang akan dapat dideritaolehnya karena suatu kejadian yang tidak pasti.

Asuransi kesehatan adalah asuransi yang mencakup biaya pengobatan individu pemakai jasa asuransi kesehatan sebagai pihak tertanggung. Dalam asuransi kesehatan, provider adalah instansi pelayanan kesehatan. Prinsip asuransi kesehatan adalah suatu mekanisme pengalihan risiko yaitu dari risiko perorangan menjadi risiko kelompok. Namun waktu terjadi dan besar bahaya yang akan terjadi tidak akan diketahui maka ada ketidakpastian (*uncertainty*) mengenai terjadinya dan besar risiko. Asuransi kesehatan menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan kepada peserta asuransi.

Dari definisi asuransi dan asuransi kesehatan, ada beberapa hal yang terdapat dalam asuransi kesehatan yaitu :

1. Premi

Yaitu transaksi dengan pengeluaran sejumlah uang dari pihak tertanggung (peserta asuransi) kepada pihak penanggung (perusahaan asuransi) guna pengalihan risiko ekonomi.

1. Biaya

Biaya yang dikeluarkan disamping premi yang telah dibayarkan kepada perusahaan asuransi karena penggunaan pelayanan kesehatan.

1. Risiko yang bersifat tidak pasti *(uncertainty)* dan mungkin jarang terjadi. Tetapi jika peristiwa tersebut benar benar terjadi, implikasi biaya pengobatan membebani ekonomi rumah tangga. Kejadian sakit yang mengakibatkan bencana ekonomi bagi pasien atau keluarganya biasa disebut *catastrophic illness* (Murti B. 2000).
	1. **Perbedaan Asuransi dan Asuransi Kesehatan**

Perbedaan yang jelas terdapat pada apa 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.

Sedangkan pada 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. Berikut tabel perbedaan asuransi dan asuransi kesehatan :

Tabel 2.1 Perbedaan Asuransi dan Asuransi Kesehatan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aspek** | **Asuransi** | **Asuransi Kesehatan** |
| Tujuan | Ganti rugi atas kerugian yang ditanggung pemegang polis | Jaminan ketersediaan pelayanan kesehatan |
| Pihak | Dua pihak, yaitu penanggung dan tertanggung | 3 pihak, yaitu :1. Peserta asuransi
2. Perusahaan asuransi
3. Instansi pelayanan kesehatan
 |
| Yang dipertanggungkan | Barang | Pelayanan kesehatan |

* 1. **Contoh Penerapan Asuransi Kesehatan**

Salah satu contoh penerapan Asuransi Kesehatan adalah PRU Hospital Care, penjelasannya adalah sebagai berikut:

**PRU Hospital Care**

Faktor kesehatan memainkan peran yang sangat penting dalam kehidupan manusia. Perkembangan teknologi dan pengetahuan di bidang kesehatan seiring dengan peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan. Sehingga, asuransi kesehatan sebagai sebuah layanan jasa mengalami perkembangan pesat, dengan tujuan untuk .......

PT Prudential Life Assurance (Prudential Indonesia) didirikan pada tahun 1995. Prudential Indonesia memberikan pelayanan asuransi di berbagai bidang, salah satu bidang pelayanan yang diberikan adalah asuransi kesehatan. PRU Hospital Care adalah produk asuransi kesehatan oleh perusahaan Prudential Indonesia yang secara khusus ditujukan untuk rawat inap Rumah Sakit atau terpaksa harus menjalani perawatan di ICU (Intensive Care Unit), Operasi bedah, maupun kecelakaan.

1. Keunggulan:
2. Persyaratan mudah
3. Dapat memilih sendiri manfaat yang diinginkan peserta sesuai kebutuhan
4. Perlindungan lengkap dan menyeluruh, serta berlaku di seluruh dunia
5. Diskon keluarga
6. Kemudahan pengajuan klaim
7. Proses pembayaran mudah, dapat dilakukan dengan tunai maupun kartu kredit
8. Bentuk produk antara lain:
9. Memberikan manfaat harian yang akan dibayarkan jika peserta dirawat inap di Rumah Sakit dan menjalani perawatan Intensive Care Unit (ICU).
10. Memberikan manfaat operasi pembedahan jika dirawat inap di Rumah Sakit dan harus menjalani operasi pembedahan.
11. Memberikan manfaat pada saat peserta harus mengalami perawatan Rumah Sakit akibat kecelakaan pada saat melakukan perjalanan ke luar negeri.

Tujuan dari asuransi kesehatan PRU Hospital Care ini adalah adanya jaminan ketersediaan layanan kesehatan bagi peserta, dengan membantu peserta mengatasi masalah pembiayaan Rumah Sakit yang mungkin memberatkan keuangan keluarga selama peserta menjalani perawatan inap. Pihak yang terlibat antara lain peserta asuransi kesehatan, institusi pemberi pelayanan kesehatan, perusahaan asuransi. Pengelolaan asuransi kesehatan ini merupakan tipe komersial indemnity, maksudnya adalah memberikan ganti rugi namun dikhususkan pada kerugian yang didapatkan karena sakit dengan kondisi seperti tersebut di atas. Siapapun dapat mengikuti asuransi ini asal bisa membayar dan klaim kerugian bisa dilakukan berdasarkan ketentuan yang sudah disepakati sebelumnya oleh pihak tertanggung dengan pihak asuransi kesehatan.

1. Aspek Asuransi:
2. Pengelola : PT Prudential Indonesia (non pemerintah)
3. Keanggotaan : bersifat sukarela
4. Tujuan perusahaan : profit
5. Premi : mendapatkan pelayanan sesuai besar premi yang dibayar
6. Paket pelayanan : dapat dipilih dan tidak dibatasi untuk menarik minat peserta.
7. Pengendalian biaya : tidak terlalu ketat, karena pemilihan pelayanan tergantung pada kesepakatan peserta dengan perusahaan asuransi kesehatan.

Pelaksanaan asuransi kesehatan PRU Hospital Care ini diawali dengan pendaftaran dan penandatanganan kontrak. Pada saat pendaftaran dilakukan proses pengisian data calon pemegang polis dan calon tertanggung utama, pilihan plan/tipe pembayaran, dan pernyataan kesehatan. Semua hal tersebut tercantum dalam formulir permohonan asuransi. Setelah terdaftar, selanjutnya melakukan pembayaran sesuai dengan kontrak awal (bulanan atau tahunan).

* 1. **Sistem Penyelenggaraan Asuransi**

Berdasarkan dari sifat dari penyelenggaraannya usahanya, usaha asuransi dapat dibagi menjadi dua kelompok. Dua kelompok tersebut adalah asuransi sosial dan asuransi komersial. Pembagian ini membentuk suatu sistem penyelenggaraan asuransi.

* + 1. **Asuransi Sosial**

Berdasarkan UU No. 2 Tahun 1992 tentang usaha perasuransian, dijelaskan bahwa program asuransi yang diselenggarakan secara wajib berdasarkan suatu undang-undang, dengan tujuan untuk memberikan perlindungan dasar bagi kesejahteraan masyarakat. Asuransi sosial adalah program asuransi yang diselenggarakan secara wajib berdasarkan suatu undang-undang, dengan tujuan untuk memberikan perlindungan dasar bagi kesejahteraan masyarakat. Program Asuransi Sosial hanya dapat diselenggarakan oleh Badan Usaha Milik Negara (BUMN).

Asuransi sosial merupakan asuransi yang pnyelenggaraannya bersifat sosial yang dikelola oleh pemerintah atau BUMN dimana asuransi ini bertujuan untuk memberikan perlindungan kepada penduduk atas dasar keadilan sosial dan memberikan suatu tingkat jaminan tertentu kepada penduduk yang mampu maupun tidak mampu menyediakan jaminan bagi dirinya sehingga sifat kepersertaannya wajib.

Karakteristik Asuransi Sosial, yaitu sebagai berikut:

1. Kepesertaan Wajib (ditentukan oleh penyelenggara/pemerintah).
2. Premi biasanya rendah karena tidak bersifat mencari keuntungan (nirlaba).
3. Paket pelayanan dibatasi, biasanya hanya untuk pelayanan kesehatan yang bersifat *live saving* (yang mengancam jiwa peserta).
4. Pengendalian ketat terhadap biaya (*cost containment*) oleh karena dana yang disiapkan oleh penyelenggara biasanya terbatas. Pengendalian biasanya dalam bentuk :
5. Mekanisme rujukan berjenjang, ada *gate keeper* yaitu : pasien tidak bisa langsung ke rumah sakit tetapi melalui puskesmas dan berdasarkan indikasi medis, pelayanan di RS dibatasi di kelas III.
6. Ada iur biaya : jika pasien memilih kelas yang lebih tinggi maka selisih antara kelas yang dipilih dengan kelas yang ditanggung dibayar sendiri oleh peserta (untuk Jamkesda hal ini diberlakukan oleh karena peserta Jamkesda bukan orang miskin sebagaimana Jamkesmas, sehingga iur biaya mutlak agar dana yang disiapkan oleh pemerintah daerah bisa mencukupi).
7. Klaim pelayanan diajukan oleh pemberi pelayanan berdasarkan bukti-bukti pelayanan yang telah diberikan kepada peserta melalui verifikasi oleh tim pengendali yang ditunjuk oleh penyelenggara (BPJS).

Adapun lingkup Asuransi Sosial adalah jaminan pertanggungan kecelakaan, jaminan pertanggungan hari tua dan pensiun, jaminan pelayanan kesehatan, jaminan pertanggungan kematian, jaminan pertanggungan pengangguran. Jenis Asuransi Sosial di Indonesia adalah sebagai berikut:

1. Asuransi Sosial Tenaga Kerja
2. Untuk pegawai negeri dikelola oleh PT Tabungan dan Asuransi Pegawai negeri.
3. Untuk pegawai perusahaan swasta dikelola oleh PT Jaminan Asuransi Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK). Dalam JAMSOSTEK terdapat beberapa program dimana risiko-risiko yang ada ditangani oleh masing-masing program. Program tersebut diantaranya:
4. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (Program JPK)

Program JPK memberikan perlindungan bagi tenaga kerja terhadap risiko mengidap gangguan kesehatan atau penyakit yang berakibat terganggunya kemampuan produktivitas kerja.

1. Jaminan Kecelakaan Kerja (Program JKK)

Program JKK memberikan perlindungan bagi tenaga kerja terhadap risiko mengalami kecelakaan kerja serta mengidap berbagai penyakit yang timbul akibat hubungan kerja.

1. Jaminan Kematian (Program JK)

Program JK memberikan perlindungan bagi tenaga kerja terhadap risiko meninggal dunia akibat sakit atau kecelakaan kerja.

1. Jaminan Hari Tua (Program JHT)

Program JHT memberikan perlindungan bagi tenaga kerja pada saat memasuki masa purna bhakti.

1. Jaminan Pensiun (Program Pensiun)

Program pensiun memberikan jaminan kesinambungan pembayaran penghasilan bagi tenaga kerja pada saat memasuki usia pensiun.

1. Asuransi Kecelakaan Diluar Hubungan Kerja (Asuransi AKDHK)

Asuransi AKDHK adalah jaminan yang memberi perlindungan bagi tenaga kerja yang mengalami kecelakaan kerja pada waktu diluar hubungan kerja.

1. Untuk anggota ABRI/TNI dikelola oleh Perum Asuransi Sosial ABRI.
2. Asuransi Kesehatan : Dikelola oleh PT Asuransi Kesehatan yang saat ini menjadi BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)
3. Asuransi Kecelakaan : Dikelola oleh PT Asuransi Jasa Raharja.
	* 1. **Asuransi Komersial**

Asuransi komersial adalah suatu perjanjian asuransi yang bersifat sukarela, diselenggarakan  atas  kehendak pribadi dengan maksud untuk melindungi dirinya dari kemungkinan terjadi kerugian karena suatu peristiwa yang tidak tertentu. Asuransi komersial penyelenggaraannya bersifat komersil dimana asuransi ini memberikan perlindungan kepada penduduk atas dasar *commerce* dengan ciri hubungan transaksi seperti hubungan transaksi dagang, atau dengan kata lain mereka yang mau membayarlah yang bisa mengikuti asuransi ini.

Asuransi komersial berbasis kepada kepersertaan sukarela dan biasanya dikelola oleh badan usaha swasta yang bertujuan untuk mencari keuntungan *(profitable business).* Pada asuransi komersial, pihak asuransi bertindak sebagai pedagang yang menawarkan paket asuransi kepada masyarakat sebagai calon pembeli. Jika paket yang ditawarkan sesuai dengan apa yang diperlukan masyarakat, maka paket tersebut akan dibeli dalam jumlah besar sehingga pihak pedagang akan memperoleh laba yang besar pula dan begitu sebaliknya.

Tujuan utama dari penyelenggaraan asuransi komersial ini adalah untuk memenuhi permintaan perorangan yang berbeda-beda. Prinsip asuransi komersial diantaranya :

1. Kepersertaan sukarela, biasanya hanya orang-orang yang mampu membayar premi.
2. Premi yang dibayarkan besar, karena adanya perhitungan untuk keuntungan perusahaan.
3. Paket pelayanan biasanya tidak dibatasi untuk menarik minat peserta untuk masuk.
4. Pengendalian biaya kurang ketat, oleh karena segala kemungkinan tentang pembiayaan telah diperhitungkan dengan premi yang dibayar oleh peserta. Kurang ketatnya pengendalian biaya dalam bentuk:
5. Tidak ada *gate keeper*, peserta bebas memilih tempat pelayanan yang dikehendakinya, kelas perawatan biasanya di kelas yang lebih tinggi.
6. Tidak ada iur biaya oleh karena tidak ada pembatasan kelas pelayanan.
7. Klaim biasanya diajukan oleh peserta dengan menunjukkan bukti atau kuitansi pembayaran (peserta membayar dulu biaya pelayanan kemudian dilakukan penggantian oleh penyelenggara sesuai biaya yang tertera dalam kuitansi).

Lingkup Asuransi Komersial adalah Jaminan asuransi kerugian dan Jaminan asuransi jiwa. Jenis Asuransi Komersial di Indonesia adalah :

1. Asuransi kesehatan komersial perorangan (private voluntary health insurance). Contoh: Lippo Life, BNI Life, Tugu Mandiri, Takaful, Metlife, ING, Aetna, Jiwasraya, Bringin dan lainnya.
2. Asuransi kesehatan komersial kelompok (regulated private health insurance). Contoh: produk Asuransi Kesehatan Sukarela oleh PT Allianz
	* 1. **Persamaan Asuransi Sosial dan Komersial**

Persamaan antara asuransi sosial dan asuransi komersial, adalah sebagai berikut:

1. Adanya unsur premi yang merupakan kewajiban tertanggung dan berkaitan erat dengan haknya untuk menerima pembayaran dari penanggung.
2. Penanggung mempunyai kewajiban untuk melakukan prestasi berupa pembayaran kepada tertanggung. Maksud dari prestasi penanggung tersebut supaya pihak tertanggung kembali kepada kedudukan semula seperti sebelum peristiwa kerugian terjadi.
3. Ada suatu peristiwa yang belum pasti terjadi dengan demikian, peristiwa yang di maksud merupakan bahaya atau risiko yang dapat menimbulkan kerugian kepada tertanggung
4. Adanya suatu kepentingan, yaitu kekayaan atau bagian kekayaan, termasuk hak-hak subyektif yang dapat terkena bahaya sehingga meninbulkan kerugian kepada tertanggung. Bertujuan mengalihkan atau membagi risiko.
5. Menimbulkan suatu perikatan bagi kedua belah pihak.
	* 1. **Perbedaan Asuransi Sosial dan Komersial**

Setelah berbagai sifat asuransi dibahas diatas, maka di bawah ini disajikan ringkasan berbagai aspek yang membedakan antara asuransi sosial dan komersial.

Tabel 2.2 Perbedaan Asuransi Sosial dan Komersial

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aspek** | **Asuransi Sosial** | **Asuransi Komersial** |
| **Kepersertaan** | Wajib | Sukarela |
| **Sifat gotong royong antar golongan** | Muda – TuaKaya – MiskinSehat – Sakit  | Sehat – Sakit  |
| **Seleksi Bias** | Tidak ada | *Adverse Selection* atau *favourable selection*, tergantung keahlian insurer |
| **Premi** | *Not risk related*, biaya proporsional terhadap upah | *Risk related* biasanya dalam jumlah harga tertentu |
| **Paket jaminan/*benefit*** | Sama untuk semua peserta | Bervariasi sesuai dengan premi yang dibayar |
| **Keadilan/*equity*** | Egaliter, *social* | Liberter, individual |
| **Respon pelayanan medis** | Pemenuhan kebutuhan medis (*medical needs*) | Pemenuhan permintaan medis (*medical demand*) |
| **Penyelenggara** | Pemerintah (BUMN) | Pemerintah dan Swasta |

*Sumber:* Thabrany, H dalam bukunya  *Asuransi Kesehatan di Indonesia,* Depok, 2001

Tabel diatas menunjukkan perbedaan asuransi sosial dan komersial berdasarkan aspek kepersetaan, sifat gotong royong antar golongan, seleksi bias, premi, paket jaminan, keadilan, dan respon pelayanan medis. Dapat disimpulkan bahwa perbedaan secara umum antara asuransi sosial dan asuransi kesehatan adalah asuransi komersial merespon *demand* (permintaan) masyarakat, sedangkan asuransi sosial merespon *need* (kebutuhan) masyarakat.

* 1. **Sistem Pengelolaan Asuransi**

Berdasarkan sistem pengelolaannya, asuransi dibagi menjadi dua cara. Cara pengelolaan pertama dengan berupa *managed care* dan yang kedua dengan cara *indemnity*. Berikut penjelasan dari keduanya*.*

* + 1. ***Indemnity***

Merupakan cara pengelolaan asuransi kesehatan dimana penanggung menyediakan kompensasi finansial dalam suatu upaya menenmpatkan tertanggung dalam posisi keuangan yang ia miliki sesaat sebelum terjadinya kerugian, atau dengan kata lain pihak asuransi kesehatan memberikan ganti rugi kepada pihak yang meingikuti asuransi ketika pihak tersebut sakit atau menggunakan pelayanan kesehatan. (Marcinko, 2006). Sehingga penanggung akan memberikan ganti rugi sesuai dengan kerigian yang benar-benar diderita tertanggung, tanpa ditambah atau dipengaruhi unsur-unsur mencari keuntungan atau profit.

Nilai kerugian = Nilai sesaat sebelum kerugian – Nilai sesaat setelah kerugian

* + 1. ***Managed Care***

*Managed care* dikenal sebagai ragam rancangan kesehatan yang mengintegrasikan fungsi penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan jasa kesehatan. Menurut A. Munif (2012) secara sederhana pengertian *managed care* adalah sistem pembiayaan (pengendalian biaya) dan penyelenggaraan jasa pelayanan yang layak (pengendalian mutu pelayanan) bagi peserta program. Prinsip yang mendasari adalah bertanggung jawab atas pengendalian dan intergrasi keseluruhan pelayanan yang dibutuhkan pasien. Tujuan mendasar adalah mengurangi biaya dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan.

Managed care yaitu suatu teknik yang mengintegrasikan pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali biaya dan kendali mutu yang bertujuan untuk mengurangi biaya pelayanan yang tidak perlu dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan (Mukti, 2009).

Pada dasarnya *managed care* belum mempunyai definisi yang satu dan universal karena konsepya yang masih terus berkembang. Namun demikian secara umum dapat didefinisikan bahwa *managed care* adalah suatu sistem yang mengelola biaya, kemudahan dalam mengakses pelayanan bagi pesertanya dimana pelayanan kesehatan terlaksana secara terintegrasi dengan sistem pembiayaan yang mempunyai 5 elemen sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pelayanan oleh provider tertentu (selected provider).
2. Ada kriteria khusus untuk penetapan provider.
3. Mempunyai program pengawasan mutu dan menajemen utilisasi.
4. Penekanan pada upaya promotif dan preventif.
5. Ada *financial incentive* bagi peserta yang melaksanakan pelayanan sesuai prosedur.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa secara garis besar pengertian *managed care* adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menyelaraskan kendali mutu dan kendali biaya kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.

1. **Ciri *Managed Care***

*Managed care* mempunyai ciri sebagai berikut:

1. Adanya kerjasama antara pemberi layanan jasa kesehatan (provider) dan lembaga penyelenggara asuransi.
2. Monitoring dan kontrol pelayanan yang diberikan.
3. Adanya pembatasan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) atau Provider.
4. Menciptakan layanan kesehatan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan.
5. Menekankan pada pemeliharaan peserta untuk mengurangi utilitas pelayanan.
6. Adanya program peningkatan mutu dan *Utilization Review* (UR).
7. Sistem *reimbursement* yang membuat sarana pelayanan kesehatan (dokter, puskesmas, rumahsakit dll) dapat mempertanggungjawabkan biaya dan kualitas layanan kesehatan.
8. **Bentuk *Managed Care***

Managed care terdiri dari 3 bentuk yaitu, *Health Maintenance Organization* (HMO), *Preferred Provider Organization* (PPO), dan *Point of Servie* (POS).

1. ***Health Maintenance Organization* (HMO)**

HMI merupakan suatu bentuk *managed care* yang mempunyai ciri sebagai berikut:

1. Pembayaran premi didasarkan pada perhitungan kapitasi.

 Kapitasi adalah pembayaran terhadap penyelenggara pelayanan kesehatan berdasarkan jumlah sasaran anggota, biasanya didasarkan atas konsep wilayah dan bukan berdasarkan jumlah pelayanan yang diberikan.

1. Terikat pada lokasi tertentu.
2. Pembayaran *out of pocket* sangat minimal.
3. Mempunyai dua bentuk HMO, yaitu HMO merupakan badan penyelenggara merangkap sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan sehingga control lebih baik dan mengurangi utilisasi yang berlebihan. Kedua, HMO mengontrol penyelenggara pelayanan kesehatan.
4. Pilihan provider/penyelenggara pelayanan kesehatan adalah terbatas, diperlukan waktu untuk menukar provider.
5. Ada pembagian risiko dengan provider/pemnyelenggara pelayanan kesehatan.
6. Kendali biaya dan pemanfaatan tinggi.
7. Ada kemungkinan mutu pelayanan rendah.

Beberapa tipe HMO adalah:

1. *Staff-model*, dimana dokter secara langsung menjadi pegawai HMO dan diberikan imbalan dengan system gaji.
2. *Group-model*, dimana HMO mengontrak dokter secara kelompok dan biasanya didasarkan atas kapitasi.
3. *Network-model*, dimana HMO mengontrak lebih dari satu grup dokter.
4. *Individual Practice Assosiation* (IPA), dimana HMO mengontrak sejumlah dokter dari beberapa jenis praktik dan biasanya didasarkan pada *fee for service*
5. ***Preferred Provider Organization* (PPO), dan *Point of Servie* (POS)**

 Merupakan bentuk *managed care* yang memberikan jaminan pilihan PPK yang lebih luas kepada konsumen yaitu provider yang termasuk dalam jaringan dan provider yang tidak termasuk dalam jaringan pelayanan sehingga harus dibayar penuh. Ciri-ciri dari PPO dan POS adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan bersifat komprehensif.
2. Kebebasan memilih PPK.
3. Isentif untuk menggunakan PPK murah.
4. Pembayaran PPK berdasarkan *fee for service* dengan potongan harga.
5. Pengeluaran *out of pocket* sedang.
6. Inflasi biaya relative masih tinggi.
7. Ada kendali utilitas dan mutu.
8. Tumbuh paling cepat.
9. **Mekanisme *Managed Care***

*Managed care* yang mengintegrasikan pembayaran dan penyediaan pelayanan kesehatan mempunyai pengaruh kuat terhadap pasar. Perkembangan sumber dan akses informasi menjadikan pengguna pelayanan kesehatan menuntut kontrol yang lebih besar atas biaya yang telah dikeluarkan, kualitas pelayanan yang lebih baik, tanggung jawab provider, dan dihubungkan dengan pajak serta administrasi yang efisien. Kini program *managed care* menantang pihak asuransi yang sebelumnya menjadi pemain tunggal di bisnis pelayanan kesehatan untuk merancang peranan-peranan baru. Mereka harus menciptakan sistem yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi konsumen dan mengawali hubungan-hubungan baru dengan provider, tanpa ada persekongkolan di antara keduanya. Berikut adalah jenis asuransi jika didasarkan pada hubungan dari tiga komponen.

**1. Bipartid**

Dalam hal ini Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) dapat merupakan milik atau dibawah kontrol perusahan asuransi, sehingga memungkinkan terjadinya permainan biaya dan mutu yang akan diberikan kepada pengguna pelayanan.

Lembaga Asuransi

PPK

Pelayanan kesehatan

Premi

Peserta

Gambar 2.1: Model Asuransi Bipartid

1. **Tripartid**

Sebuah model asuransi dimana ketiga komponen asuransi terpisah satu sama lain dan masing-masing berdiri sendiri. Dalam hal ini tidak ada persekongkolan atau perjanjian-perjanjian negatif antara lembaga asuransi dan PPK tidak akan terjadi.

PESERTA

PPK

Lembaga Asuransi

Pelayanan kesehatan

Pembayaran Klaim

Premi

Gambar 2.2. Model Asuransi Bipartid

 Dengan demikian asuransi sistem *managed care* termasuk dalam asuransi tripartid, karena PPK dan lembaga asuransi tidak dibawahi oleh satu manjemen, mereka berdiri sendiri tidak saling tergantung diantaranya. Berikut adalah perbedaan mendasar dari asuransi tradisional/konvensional dengan *managed care*:

Tabel 2.3 Perbedaan Asuransi Tradisional/Konvensional Dengan *Managed Care*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Tradisional** | ***Managed care*** |
| Tujuan  | Menghindari kerugian | Meningkatkan status kesehatan |
| Manfaat  | Terbatas  | Menyeluruh  |
| Provider  | Bebas  | Tertentu/*selected*  |
| Fungsi pelayanan dan pembiayaan | Terpisah  | Terintegrasi  |
| Risiko finansial | Ditanggung sendiri oleh perusahan asuransi | Ditanggung bersama dengan provider |
| Sistem pembayaran provider | FFS | Negosiasi, *prepayment* (kapitasi, budget, system) |
| Penentuan premi | *Experience rating:* risiko dihitung dengan memakai data biologis individu. Orang risiko tinggi akan membayar lebih mahal | *Community rating* yaitu risiko dihitung berdasarkan *data community* |
| *Financial incentive* untuk pengendalian biaya | -/sedikit | + |
| Pengendalian mutu  | Tidak terlibat | Terlibat  |

1. **Teknik-Teknik *Managed Care***

Untuk mencapai tujuan pada monitoring pelayanan kesehatan dan pembiayaan, *managed care* sering bergantung pada serangkaian teknik manajemen, atau yang lebih sering disebut sebagai teknik *managed care* (Conrad & Christianson, 2004). Beberapa teknik *managed care* yaitu *critical practice guidelines, formularies, profiling, utilization management,* dan *payment mechanisms.*

*Critical Practice Guidelines (CPGs)* atau Pedoman Praktik Klinis adalah serangkaian upaya untuk menstandarisasi pelayanan medis dan mengurangi variasi praktik. Variasi praktik bukan hanya meningkatkan hasil yang tidak pasti dan mengarah ke arah yang lebih buruk daripada hasil yang diinginkan pasien, tetapi juga meningkatkan total biaya untuk kondisi medis tertentu. Pada kondisi yang lain, standarisasi praktik klinis dan manajemen aktif ini mempunyai dampak yang positif terhadap hasil pasien (Ara, 2004) dan menghemat biaya pelayanan kesehatan (O’Brien, Jacobs & Pierce, 2000). *CPGs* memang tidak hanya untuk *managed care*. Tetapi *CPGs* memberikan pengelolaan biaya dan pandangan pemantauan praktik *managed care*, *managed care* bisa lebih aktif untuk mengimplementasikan *CPGs* (Conrad & Christianson, 2004; Shapiro, Tym, Gudmundson, Derse & Klein, 2000).

*Formularies* digunakan dalam rencana kesehatan untuk mempromosikan biaya efektif penggunaan obat. Pada tingkat tertentu, *formularies* dapat dilihat sebagai pedoman praktik untuk resep. Satu-satunya perbedaan adalah adanya insentif ekonomi yang kompleks yang dibuat dalam *formularies*. *Managed care* mempromosikan pencegahan dan rawat jalan, yang untuk tingkat tertentu, meningkatkan biaya pengobatan. Maka dari itu teknik *formularies* ada dalam konsep *managed care* untuk mengefektifkan biaya pengobatan.

*CPGs* dan *formularies* mengatur tentang pedoman praktik untuk dokter atau penyedia layanan kesehatan, sedangkan *profiling* adalah teknik lain yang digunakan dalam *managed care* untuk mengurangi praktik variasi. Di dalam proses *profiling*, dokter memberikan umpan balik terhadap hasil, nilai guna, sumber daya yang dibutuhkan, dibandingkan dengan kelompok sebaya mereka. Tiap tekanan dan aksi organisasi, dokter diharapkan mengubah perilaku mereka untuk mencapai hasil yang beragam dan kontrol biaya yang lebih baik.

*Manajemen utilization* atau manajemen pemanfaatan merupakan ciri inti dari *managed care*, meskipun tidak terbatas pada *managed care* saja. Ada beberapa kegiatan pengelolaan manajemen pemanfaatan. Tujuan umumnya adalah melaksanakan pemanfaatan layanan kesehatan yang tepat bagi pasien, yang sering diartikan sebagai penurunan utilisasi dan pengurangan biaya. Utilisasi yang paling umum adalah pertimbangan utilisasi, termasuk; pra-otorisasi (penguasaan) dan *concurrent review*, manajemen kasus dan *gatekeeping*. Konflik langsung yang terjadi antara dokter dan *managed care* adalah sering berlaku pada manajemen utilisasi ketika dokter dan perencana *managed care* tidak setuju pada kelayakan layanan tertentu. Dokter sering kritis terhadap manajemen utilisasi (Wickizer & Lessler, 2002) dan menunjukkan ketidakpuasan yang tinggi terhadap penggunaan teknik tersebut (Conrad & Christianson, 2004).

*Payment mechanisms* atau insentif keuangan melengkapi teknik *managed care* yang lain sesuai dengan pemenuhan kebijakan *managed care*, atau bertindak secara independen sebagai kategori dalam *managed care* untuk mencapai semua penahanan biaya dan peningkatan pelayanan. Payment mechanisms dapat dikategorikan dalam *prospective, retrospective* atau metode campuran (Robinson, 1999).

Pada referensi lain disebutkan bahwa teknik *managed care* dimaksudkan untuk meniadakan moral hazard dalam pelayanan kesehatan yang dapat mengakibatkan kerugian kesejahteraan masyarakat. Pengendalian biaya layanan kesehatan dengan cara *managed care* dilakukan dari dua sisi yaitu dari sisi PPK (Penyedia Pelayanan Kesehatan) atau disebut dengan *supply* dan dari sisi peserta (*demand*).

1. **Kendali Biaya dari Sisi PPK (Supply)**

Metode pembayaran fasilitas kesehatan. Menurut Liu & Mills (2007), metode pembayaran PPK yang ideal diharapkan mampu mendorong ke arah pengendalian biaya, jaminan mutu dan efisiensi internal. Selain itu disertai dengan tidak memberikan pelayanan yang berlebihan atau sebaliknya.

1. *Utilization Review* merupakan suatu metode untuk menjamin mutu pelayanan terkait dengan pengendalian/penghematan biaya. Pengendalian biaya utilization review dengan memeriksa apakah pelayanan kesehatan secara medis perlu diberikan dan apakah pemberian pelayanan kesehatan sudah tepat.
2. Standarisasi pelayanan, upaya pelayanan kesehatan untuk melakukan pengendalian biaya sekaligus kendali mutu dengan menerapkan suatu standarisasi pelayanan. Salah satu bentuk standarisasi pelayanan kesehatan adalah dalam bentuk formularium obat. Peningkatan biaya kesehatan bisa disebabkan karena pemakaian obat dikuar formularium yang telah disepakati (Adipratikto, 2004)
3. **Kendali Mutu**

Perusahaan asuransi, pembayar dan penanggung biaya layanan kesehatan memiliki persepsi yang berbeda tentang layanan kesehatan yang bermutu. Bagi suatu penjamin biaya, layanan kesehatan yang bermutu adalah layanan yang efisien dan dapat memberikan kepuasan kepada pasien. Sedangkan pengertian mutu secara luas dan komprehensif dari Cosby (1984), Donabedian (1980) dan Zeithaml e al (1990) adalah sejauh mana realisasi layanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kriteria dan standar professional medis terkini dan baik yang sekaligus telah memenuhi atau bahkan melebihi kebutuhan dan keinginan pelanggan dengan tingkat efisiensi yang optimal (Mukti, 2007).

* 1. **Hubungan Sistem Penyelenggraan dan Sistem Pengelolaan Asuransi**

Berdasarkan sistem penyelenggaraannya, asuransi dibagi menjadi asuransi sosial dan asuransi komersial, dengan definisi dan ciri-cirinya sudah dibahas dalam penjelasan sebelumnya. Sedangkan berdasarkan bentuk pengelolaannya, terdapat cara pengelolaan *indemnity* dan *managed care*. Secara garis besar dapat dilihat dalam gambar di bawah ini.

Cara Pengelolaan

Cara Penyelenggaraan

Asuransi Sosial

Asuransi Komersial

*Indemnity*

*Managed care*

Asuransi Sosial *Indemnity*

Contoh: Asuransi Jasa Raharja

Asuransi Sosial *Managed care*

Contoh: BPJS

Asuransi Komersil *Indemnity*

Contoh: Asuransi Prudential

Asuransi Sosial *Managed care*

Contoh: HMO, JPKM

Gambar 2.3 Matriks Hubungan Sistem Penyelenggaraan dan Sistem Pengelolaan Asuransi

Keterangan:

1. Asuransi Sosial *Indemnity*

Contoh Asuransi jenis Sosial *Indemnity* adalah Asuransi Jasa Raharja, dimana setiap orang yang memiliki dan menggunakan kendaraan wajib untuk ikut dan ketika mereka mengalami kecelakaan maka berhak mengajukan klaim ganti rugi atas kerugian yang mereka dapatkan baik itu kondisi luka parah, cacat permanen maupun kematian. Masyarakat yang menggunakan trasportasi umum membayar asuransi Jasa Marga ini melalui pembelian karcis maupun pembayaran angkot. Sedangkan untuk pemilik kendaraan pribadi mereka membayar bersamaan dengan pembayaran pajak dari kendaraan yang mereka miliki.

1. Asuransi Sosial *Managed care*

Contoh Asuransi jenis sosial *managed care* adalah BPJS. Penyelenggara BPJS adalah pemerintah dan seluruh penduduk Indonesia wajib menjadi peserta BPJS dan membayar premi secara rutin.

1. Asuransi Komersial *Indemnity*

Contoh asuransi jeniss komersial *indemnity* adalah asuransi Prudential. Asuransi tipe Komersil *Indemnity* bisa dikatakan sebagai asuransi yang menjual pemberian ganti rugi namun dikhususkan pada kerugian yang didapatkan karena sakit sehingga masyarakat merasa rugi sehingga membutuhkan ganti rugi. Siapa saja boleh mengikuti asuransi ini asalkan mereka bisa membayar dan klaim kerugian bisa dilakukan berdasarkan ketentuan yang sudah disepakati sebelumnya oleh pihak tertanggung dengan pihak asuransi kesehatan.

1. Asuransi Komersial *Managed care*

Asuransi kesehatan tipe Komersil *managed care* memperbolehkan siapa saja untuk ikut asalkan bisa membayar, namun ketika pihak tertanggung sakit maka yang mengurus segala kebutuhan pembiayaan kesehatan adalah pihak asuransi kesehatan. Contoh asuransi komersial *managed care* adalah JPKM (Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat) dan HMO (*Health Maintenance Organization*) di Amerika. JPKM merupakan model jaminan kesehatan pra bayar yang mutunya terjaga dan biayanya terkendali. JPKM dikelola oleh suatu badan penyelenggara (bapel) yang pelaksanaannya meliputi jaga mutu dan kendali biaya. Peserta akan memperoleh pelayanan kesehatan paripurna dan berjenjang dengan pelayanan tingkat pertama sebagai ujung tombak, yang memenuhi kebutuhan utama kesehatannya dengan mutu terjaga dan biaya terjangkau. Pemberi pelayanan kesehatan (PPK) adalah bagian dari jaringan pelayanan yang dikontrak dan dibayar pra-upaya/dimuka oleh Bapel, sehingga terdorong untuk memberikan pelayanan paripurna yang terjaga mutu dan terkendali biayanya.

* 1. **Mekanisme Pembayaran Provider**

Dalam pembayaran sistem asuransi terdapat beberapa jenis mekanisme pembayaran provider diantaranya yaitu :

**2.9.1 Sistem Pembayaran Retrospektif**

Sistem retrospektif membayar besaran biaya pelayanan kesehatan setelah pelayanan kesehatan selesai diberikan. Sistem ini merupakan sistem yang paling lazim dan banyak digunakan. Banyak yang menyebut sistem ini sebagai sebagai sistem *"Fee For Service".*

Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan.

Pada sistem ini, Penyedia pelayanan kesehatan akan menagih dengan rinci segala macam pelayanan, tindakan, obat-obatan, bahan habis pakai, ruangan dan lain sebagainya sesuai dengan apa yang diberikan dan atau diterima oleh konsumen yang dirawat. Total tagihan dari hal-hal tersebut lah yang biasa kita terima di akhir perawatan kesehatan, baik di klinik maupun di Rumah Sakit.

Kelemahan dari sistem pembayaran ini adalah dari segi pengendalian biaya. Baik kepada pasien yang bersangkutan ataupun Asuransi yang menjadi penanggungnya. Hal ini dikarenakan fasilitas kesehatan maupun dokter tidak punya insentif atau kepentingan untuk mengendalikan pembiayaan biaya kesehatan. justru dengan semakin banyak pelayanan yang diberikan, maka semakin banyak fee yang diterima.

Kesulitan terbesar bagi konsumen untuk dapat meminimalisir hal tersebut adalah pada keterbatasan pengetahuan ataupun pemahaman masyarakat awam atas hal-hal yang dilakukan / tindakan pemberi jasa kesehatan. Pasien hanya pasrah saja terhadap apa yang disampaikan atau dilakukan pemberi jasa kesehatan, sehingga tidak memahami apakah hal tersebut memang betul-betul perlu dilakukan.

* + 1. **Sistem Pembayaran Prospektif**

Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarannya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global* budge atau budget system, per diem, kapitasi dan *case based payment* atau diagnostic related group (DRG) . Jenis Pembayaran secara sistem Prospektif antara lain:

1. Global Budget atau Budget System

Pembayaran yang dilakukan berdasarkan anggaran/jumlah biaya yang tetap yang telah disepakati bersama. Dasar perhitungan biaya dapat melalui mekanisme penyusunan anggaran biaya secara riil diperlukan atau berdasar jumlah peserta (kapitasi).

1. *Per Diem* (Per hari rawat)

Metode pembayaran per diem merupakan metode pembayaran kepada provider yang didasarkan pada hasil negosisasi dan kesepakatan dimana jumlah pembayaran perawatan mengacu kepada jumlah hari rawat yang dilakukan, tanpa mengindahkan biaya yang digunakan oleh rumah sakit.

Misalnya: penanggung setuju membayar biaya rawat perhari sebesar Rp. 250.000 kepada RS Provider, tanpa mempertimbangkan berbagai ragam biaya yang digunakan oleh rumah sakit seperti biaya ruangan, obat, visite dokter, dll. Dengan demikian diharapkan rumah sakit dapat mengendalikan biaya perawatan dan memberikan pengobatan yang paling cost effective, pemeriksaan lab yang memang diperlukan, serta berbagai penghematan lainnya. Lebih spesifik lagi dapat dilakukan pembedaan besarnya tingkat pembayaran per diem berdasarkan penggolongan perawatan. misalnya perawatan operasi dan non operasi, dan lain sebagainya.

Metode lainnya adalah “*Sliding scale per diem*”, yaitu pembayaran per diem berdasarkan kuota jumlah hari rawat. Semakin banyak jumlah hari rawat, maka provider akan diberikan biaya per diem yang semakin rendah. Misalnya: Jika total hari rawat dalam setahun pada sebuah provider mencapai 5000 hari rawat, maka pembayaran per diem nya akan jadi lebih rendah (murah). Jika Jumlah hari rawat dapat ditekan menjadi misalnya 3000 hari rawat saja, dibayar dengan biaya per diem lebih tinggi. Jadi ada insentif bagi provider untuk meningkatkan efektifitas pelayanan dan bukannya sengaja memperbanyak jumlah hari perawatan.

1. *Capitation* (Kapitasi)

Pada Pola Kapitasi Penyedia jasa kesehatan (provider) diposisikan sebagai salah satu penanggung resiko, baik sebagian ataupun seluruhnya. Dengan hal ini maka diharapkan terjadi efisiensi dan efektifitas pembiayaan jasa pelayanan kesehatan.

Konsep sederhananya adalah Penyedia jasa pelayanan kesehatan diberikan dana fixed untuk melayani sejumlah peserta melalui basis per member per month (PMPM). Dengan demikian diharapkan pembiayaan dapat dikendalikan karena pihak provider juga mempunyai kepentingan dalam hal tersebut. Langkah Menghitung Kapitasi sebagai berikut (Thabrany, 2001):

1. Menetapkan jenis pelayanan yang akan dicakup dalam pelayanan kapitasi.
2. Menghitung angka utilisasi dalam satuan jumlah pengguna per 1000 populasi yang akan dibayar secara kapitasi.
3. Mendapatkan rata-rata biaya per jenis pelayanan untuk suatu wilayah.
4. Menghitung biaya per kapita per bulan untuk tiap jenis pelayanan.
5. Menjumlahkan biaya per kapita per bulan untuk seluruh pelayanan.

Dalam penggunaan kapitasi perlu juga diwaspadai tindakan-tindakan para penyedia jasa pelayanan kesehatan (provider) dalam menyikapi pola pembiayaan kapitasi tersebut dalam memperoleh margin atau laba yang diinginkannya. Reaksinya dapat berupa hal yang positif, maupun negatif misalnya:

* + 1. Hal positif
1. PPK memberikan pelayanan yang berkualitas tinggi, Diagnosis akurat, dan tepat tindakan agar peserta cepat sembuh dan tidak kembali berobat agar biaya lebih efektif.
2. PPK Memberikan pelayanan Preventif dan Promotif untuk meningkatkan kualitas kesehatan peserta. Dalam Jangka panjang hal ini akan menekan biaya pelayanan kesehatan.
3. Memberikan Pelayanan yang “Pas”. Tidak Over treatment ataupun under treatment.
	* 1. Hal negatif
4. Sering melakukan rujukan agar waktu pelayanan lebih cepat, dapat melayani banyak orang, dan meminimalkan biaya yang harus dikeluarkannya. Biasanya terjadi pada pola kapitasi parsial, misalnya hanya menjamin rawat jalan dasar saja, sementara untuk rawat jalan lanjutan ataupun rawat inap perlu dirujuk ke tempat lain.
5. Mempersingkat waktu layanan agar ada waktu lebih untuk melayani peserta non jaminan asuransi. Hal ini agar PPK dapat memperoleh income lebih dari pasien non peserta jaminan.
6. PPK sengaja memberikanan pelayan yang tidak baik agar peserta enggan datang ke PPK tersebut dan PPK tidak perlu mengeluarkan biaya lebih.
7. Cara mengevaluasi hal negatif PPK dapat berupa telaah utilisasi biaya, kepuasan pasien, dan lain sebagainya.

Menurut Permenkes RI No. 28 Tahun 2014, mekanisme pembayaran Kapitasi oleh BPJS Kesehatan didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP sesuai dengan data BPJS Kesehatan. Pembayaran kapitasi kepada FKTP dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan. Sebelum diundangkannya Peraturan Presiden (PERPRES) Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah dan Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, pembayaran Dana Kapitasi oleh BPJS ke FKTP Pemerintah Daerah langsung ke Dinas Kesehatan Kab/Kota yang selanjutnya disetor ke Kas Daerah (KASDA) atau langsung dari BPJS Kesehatan ke Kas Daerah sebagai penerimaan daerah.

Sejak diundangkannya Perpres 32/2014 dan Permenkes 19/2014 dana Kapitasi langsung dibayarkan oleh BPJS Kesehatan ke FKTP milik Pemerintah Daerah. Mekanisme pembayaran klaim non Kapitasi pelayanan JKN oleh BPJS Kesehatan di FKTP milik Pemerintah Daerah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Pembayaran klaim non kapitasi di FKTP milik Pemerintah Daerah meliputi:

1. Pelayanan ambulan.
2. Pelayanan obat program rujuk balik.
3. Pemeriksaan penunjang pelayanan program rujuk balik.
4. Pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio.
5. Rawat inap tingkat pertama.
6. Pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter.
7. Pelayanan KB berupa MOP/vasektomi.
8. *Case Based Payment* atau *Diagnostic Related Group* (DRG)

Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan *Casemix* (*case based payment) dan* sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem *casemix* saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang.

Sistem *casemix* pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia- Diagnosis Related Group*). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 pada 15 rumah sakit vertikal, dan pada 1 Januari 2009 diperluas pada seluruh rumah sakit yang bekerja sama untuk program Jamkesmas.

Secara sederhana, DRG diartikan sebagai cara pembayaran pelayanan kesehatan dengan berdasarkan biaya satuan per diagnosis. Jadi pada sistem ini, pembayaran jasa pelayanan kesehatan bukan dihitung dari jenis pelayanan medis maupun non medis, ataupun lama rawat inap yang diterima oleh pasien dalam upaya penyembuhan suatu penyakit. Konsep DRG ini tidak mudah sehingga hanya dilaksanakan untuk beberapa diagnose yang terbatas.

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. Sejak diimplementasikannya sistem *casemix* di Indonesia telah dihasilkan 3 kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG Tahun 2008, tarif INA-CBG Tahun 2013 dan tarif INA-CBG Tahun 2014. Tarif INA-CBG mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup/kelompok rawat jalan, menggunakan sistem koding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan grouper UNU (*UNU Grouper*). UNU-*Grouper* adalah *Grouper casemix* yang dikembangkan oleh *United Nations University* (UNU).

Tarif INA-CBGs yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per 1 Januari 2014 diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan, dengan beberapa prinsip sebagai berikut :

1. Pengelompokan Tarif 7 kluster rumah sakit, yaitu :
2. Tarif Rumah Sakit Kelas A.
3. Tarif Rumah Sakit Kelas B.
4. Tarif Rumah Sakit Kelas B Pendidikan.
5. Tarif Rumah Sakit Kelas C.
6. Tarif Rumah Sakit Kelas D.
7. Tarif Rumah Sakit Khusus Rujukan Nasional.
8. Tarif Rumah Sakit Umum Rujukan Nasional.

Pengelompokan tarif berdasarkan penyesuaian setelah melihat besaran *Hospital Base Rate* (HBR) sakit yang didapatkan dari perhitungan total biaya pengeluaran rumah sakit. Apabila dalam satu kelompok terdapat lebih dari satu rumah sakit, maka digunakan *Mean Base Rate*.

1. Regionalisasi

Tarif terbagi atas 5 Regional yang didasarkan pada Indeks Harga Konsumen (IHK) dan telah disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan/

1. Terdapat pembayaran tambahan (*Top Up*) dalam sistem INA-CBGs versi 4.0 untuk kasus – kasus tertentu yang masuk dalam special *casemix main group* (CMG), meliputi:
2. Special *Prosedure.*
3. Special *Drugs.*
4. Special *Investigation.*
5. Special *Prosthesis.*
6. Special *Groups Subacute* dan Kronis

*Top up* pada special CMG tidak diberikan untuk seluruh kasus atau kondisi, tetapi hanya diberikan pada kasus dan kondisi tertentu. Khususnya pada beberapa kasus atau kondisi dimana rasio antara tarif INA-CBGs yang sudah dibuat berbeda cukup besar dengan tarif RS. Penjelasan lebih rinci tentang *Top Up* dapat dilihat pada poin D.

1. Tidak ada perbedaan tarif antara rumah sakit umum dan khusus, disesuaikan dengan penetapan kelas yang dimiliki untuk semua pelayanan di rumah sakit berdasarkan surat keputusan penetapan kelas yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI.
2. Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis. Untuk Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas, maka tarif INA-CBGs yang digunakan setara dengan Tarif Rumah Sakit Kelas D sesuai regionalisasi masing-masing.

Penghitungan tarif INA CBGs berbasis pada data *costing* dan data koding rumah sakit. Data *costing* didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit sampel) representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah (HIV, TB, dan lainnya). Data koding diperoleh dari data koding rumah sakit PPK Jamkesmas. Untuk penyusunan tarif JKN digunakan data *costing* 137 rumah sakit pemerintah dan swasta serta 6 juta data koding (kasus).

Menurut Permenkes RI No. 28 Tahun 2014, mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan dengan menggunakan sistem INA CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada pengajuan klaim dari FKRTL baik untuk pelayanan rawat jalan maupun untuk pelayanan rawat inap. Klaim FKRTL dibayarkan oleh BPJS Kesehatan paling lambat 15 hari setelah berkas klaim diterima lengkap. Pengaturan lebih lanjut tentang sistem paket INA CBGs di atur lebih lanjut dalam Petunjuk Teknis INA CBGs. Sedangkan mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan dengan menggunakan sistem di luar paket INA CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada ketentuan Menteri Kesehatan.

1. Cost-Sharing

Konsep iuran biaya adalah suatu konsep pemberian imbalan jasa pada PPK, dimana sebagian biaya pelayanan kesehatan dibayar oleh pengguna jasa pelayanan kesehatan (*user’s fee*). Mekanisme pembayaran iuran peserta kepada BPJS Kesehatan disesuaikan dengan kepesertaan yang terdaftar di BPJS Kesehatan.

1. Iuran bagi peserta PBI dibayarkan oleh Pemerintah Pusat melalui Kementerian Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
2. Iuran bagi peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dibayarkan oleh Pemerintah Daerah dengan besaran iuran minimum sama dengan besar iuran untuk peserta PBI.
3. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja dengan ketentuan sebagai berikut:
4. Pemberi kerja memungut iuran dari pekerja dan membayar iuran yang menjadi tanggung jawab pemberi kerja kemudian iuran disetorkan ke BPJS Kesehatan.
5. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sebagai pemberi kerja menyetorkan iuran kepada BPJS Kesehatan melalui rekening kas negara dengan tata cara pengaturan penyetoran dari kas negara kepada BPJS Kesehatan sebagaimana diatur oleh Kementerian Keuangan.
6. Iuran bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dibayarkan oleh peserta sendiri kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan kelas perawatannya.
7. Iuran bagi penerima pensiun, veteran, dan perintis kemerdekaan dibayar oleh pemerintah kepada BPJS Kesehatan.

**2.9.3 Perbedaan Mekanisme Pembayaran Retrospektif dan Prospektif**

Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, perbedaan antara mekanisme pembayaran retrospektif dan prospektif terletak pada kelebihan dan kekurangan yang dimiliki keduanya.

Tabel 2.4 Kelebihan Dan Kekurangan Metode Pembayaran Retrospektif



Tabel 2.5 Kelebihan Dan Kekurangan Metode Pembayaran Retrospektif



**2.10 Implementasi Asuransi Kesehatan di Indonesia.**

Implementasi Asuransi Kesehatan di Indonesia adalah penerapan program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. SJSN berupaya untuk memberikan jaminan sosial kepada warga yang berada di wilayah Negara Indonesia. Setiap warga Negara Indonesia maupun warga asing yang bekerja di Indonesia minimal selama 6 bulan wajib terdaftar sebagai peserta SJSN.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional mengatur keseluruhan tentang SJSN. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 dibentuk berdasarkan pertimbangan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atau disebut juga asuransi kesehatan sosial 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. Dalam Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Peserta yang terakhir ini disebut sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI). Harapannya semua penduduk Indonesia sudah menjadi peserta JKN pada tahun 2019.

**2.10.1 Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)**

Adapun tujuan Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional

1. Menjamin accesability masyarakat ke faskes yang memadai
2. Mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan
3. Pooling risk – gotong royong, dengan iuran JKN (“out of pocket”)
4. Mendorong effisiensi pembiayaan pelayanan kesehatan
5. Mendorong standar mutu pelayanan kesehatan yang rasional

Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, antara lain Peraturan Pemerintah No.101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI), Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, dan Peta Jalan JKN (Roadmap Jaminan Kesehatan Nasional).

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 menetapkan Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014. 5 Program jaminan dalam JKN yaitu:

1. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan. Penyelenggara: BPJS Kesehatan

2. Jaminan Kecelakaan Kerja

3. Jaminan Kematian

4. Jaminan Tunjangan Hari Tua

5. Jaminan Pensiun. Penyelenggara: BPJS Ketenagakerjaan

**2.10.2 Prinsip-prinsip Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Adapun prinsip-prinsip jaminan kesehatan nasional ialah

1. Kepesertaan Bersifat Wajib bagi Seluruh Rakyat

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN.

1. Menerapkan Prinsip *Managed Care*

Suatu sistem dimana pelayanan kesehatan dan pembiayaannya (pelayanan kesehatan) diselenggarakan dan tersinkronisasi dalam kerangka kendali mutu dan biaya, sehingga menghasilkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan dengan biaya yang efisien. Fitur *Managed Care* yang diterapkan dalam JKN ialah :

1. Gatekeeper Concept (Primary Care)

Memfungsikan pelayanan primer sebagai “gate keeper”

1. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer: (gate keeper) pilih satu Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK)
2. Puskesmas
3. Klinik swasta
4. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lanjut
5. Rumah sakit umum daerah
6. Rumah sakit pusat
7. Rumah sakit BUMN
8. Rumah sakit swasta

 Peserta harus ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan PPK 1/primer dulu, bila berobat (kecuali darurat) dengan tujuan untuk memberikan pelayanan yang optimal, sehingga

rujukan sangat selektif.

1. Quality Assurances (Credentialing & Recredentialing)

Fasilitas kesehatan (Faskes) yang akan digunakan dalam pelaksanaan JKN adalah semua fasilitas kesehatan yang saat ini menjadi provider Jamkesmas, JPK Jamsostek, TNI, Polri dan Askes PNS, untuk itu akan dibuat kontrak/perjanjian kerja sama yang baru antara Faskes dan BPJS Kesehatan. Untuk memperluas akses pelayanan kesehatan kepada peserta JKN, akan dibuka kesempatan provider baru yang ingin bergabung dalam JKN dan telah disiapkan proses kredensialing dan selanjutnya dibuat Perjanjian Kerja Sama antara provider dengan BPJS Kesehatan.

Provider JKN melalui kesepakatan kontraktual (credentialing), antara lain memperhatikan:

1. Aspek legal/perijinan
2. Kelengkapan fasilitas pelayanan sesuai yang dibutuhkan
3. SDM yang memadai/sertifikasi (kuantitas dan kualitas)
4. Terakreditasi oleh badan akreditasi independen (mutu layanan yang jelas)
5. Profile dokter & pelayanan (kunjungan, rasionalitas pengobatan, lama tunggu, length of stay, dll)
6. Bersedia mengikuti sistem penjamin (managed care-cashless)
7. Aksesibility informasi pasien
8. Aksesibility bagi peserta, wilayah cakupan
9. Benefit Komprehensif (Benefit-UKP)

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas 2 jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif atau luas, masih ada manfaat yang tidak dijamin, meliputi:

* 1. Tidak sesuai prosedur.
	2. Pelayanan di luar fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS.
	3. Pelayanan bertujuan kosmetik.
	4. Pengobatan alternative
	5. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan
	6. Pelayanan kesehatan saat bencana
	7. Pasien bunuh diri/narkoba
1. Fokus pada Promotif dan Preventif

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

1. Penyuluhan kesehatan perorangan;
2. Imunisasi dasar;
3. Keluarga berencana; dan
4. Skrining kesehatan.

(Pasal 21 Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013)

1. Sistem Rujukan Berjenjang

Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis. Pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, dapat berobat ke fasilitas kesehatan primer seperti puskesmas, klinik, atau dokter keluarga yang tercantum pada kartu peserta BPJS Kesehatan Anda. Apabila memerlukan pelayanan lanjutan oleh dokter spesialis, maka pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua atau fasilitas kesehatan sekunder.

 Pelayanan kesehatan di tingkat ini hanya bisa diberikan jika mendapat rujukan dari fasilitas primer. Rujukan ini hanya diberikan jika pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik dan apabila fasilitas kesehatan primer tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan karena keterbatasan fasilitas, pelayanan, dan atau ketenagaan. Jika pasien masih belum dapat tertangani di fasilitas kesehatan sekunder, maka dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tersier simana mendapatkan penanganan dari dokter sub-spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub-spesialistik.

Namun ada pengecualian untuk pasien yang dalam keadaan gawat darurat bisa langsung dibawa ke rumah sakit tanpa harus ke pelayanan kesehatan primer.



Gambar 2.4 Model Sistem Pelayanan Kesehatan BPJS

1. Drugs Formularium

 Rencana Kebutuhan Obat (RKO) nasional untuk fasilitas kesehatan primer dan rujukan tahun 2014 telah disusun secara bottom-up sejak Agustus 2013. Mengenai ketersediaan obat, Instalasi Farmasi Kab/Kota dan Instalasi Farmasi RS telah menyusun rencana pengadaan untuk kebutuhan 1 tahun (tahun 2014) sejak bulan Oktober 2013. Pelayanan obat mengacu pada Formularium Nasional berdasarka SK Menkes No. 328/Menkes/SK/VIII/2013 tgl 19 September 2013.

1. Sistem Pembayaran yang Efektif

 Penyelenggaraan BPJS menganut prinsip Payment ke Provider atau *Prospective Payment* (Pasal 39 Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013) dengan menggunakan system kapitasi untuk fasilitas kesehatan pelayanan primer. Untuk provider rumah sakit dengan metode case base diagnosa group (INA-CBG yang penetapan tarifnya oleh Kemenkes (casemix center) dan penyesuaian tarif di tinjau ulang setiap 2 tahun sekali.

1. *Utilization Review* (Prospektif, Konkuren dan retrospektif)

*Utilization review* merupakan suatu metode untuk menjamin mutu pelayanan terkait penghematan biaya. Mekanisme pengendalian biaya utilization review dengan memeriksa apakah pelayanan secara medis perlu diberikan dan apakah pelayanan diberikan secara tepat. Utilization review memiliki keuntungan yang jelas dan telah dipraktekkan untuk mengevaluasi ketepatan penggunaan pelayanan kesehatan agar menghilangkan dan mengurangi hal-hal yang tidak perlu serta resiko potensial pasien.

Berdasarkan waktu pelaksanaannya UR dapat dikelompokkan menjadi Prospective Review, Consurrent Review dan Retrospektif. Prospective review merupakan UR yang digunakan untuk menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dilakukan sebelum pelayanan kesehatan diberikan, utamanya untuk penggunaan pelayanan di rumah sakit. Beberapa cara kajian jenis ini adalah case management, preadmission certification, outpatient presertification, referral authorization and second opinion. Concurrent review merupakan UR yang dilakukan ketika pelayanan diberikan kepada pasien. Tekniknya yang digunakan adalah menilai Length of stayed (LOS), Discharge planning dan continued stay Review. Retrospective review adalah UR yang dilakukan setelah pelayanan diberikan kepada pasien. Retrospective review umumnya dilakukan dengan claim review dan pattern review. Claim review merupakan kajian terhadap klaim:apakah klaim sesuai dengan paket manfaat yang disepakati atau apakah ada kekeliruan pada klaim. Pattern review melakukan kajian terhadap pola pemanfaatan pelayanan kesehatan sehingga diperoleh pola pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta dan PPK serta pembiayaan pada msing-masing unit Penyedia Pelayanan Kesehatan. Salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan dalam UR adalah kepuasan pasien.

1. Dewan Pertimbangan Medik (Medical Advisory Board)

DPM atau Dewan Pertimbangan Medik adalah tim ahli yang memberikan masukan bagi peningkatan mutu pelayanan secara efisien. DPM dibentuk oleh BPJS Kesehatan dan didukung oleh BPJS Kesehatan. DPM adalah lembaga independen yang terdiri dari para pakar dalam ilmu kedokteran yang memberikan saran dan pertimbangan medis terhadap kasus-kasus pelayanan kesehatan dalam bentuk second opinion, medical judgement, dan claim investigation. Second Opinion digunakan apabila pelaksanaan pembayaran klaim yang sepenuhnya tidak dapat dipenuhi. Tindakan ini meminta bantuan dari Dewan Pertimbangan Medik. Claim investigation digunakan apabila pelaksanaan pembayaran klaim yang lebih besar dari yang dipertanggungkan. Claim investigation adalah dilakukannya verifikasi ke PPK yang bersangkutan. Medical judgement untuk menilai apakah tindakan medis yang dilakukan seorang dokter sesuai dan tidak berlebihan.

1. “*Cashless*” bagi peserta saat menggunakan provider.

Cashless adalah salah satu metode klaim asuransi kesehatan dengan menunjukkan kertu keanggotaan, maka klien tidak perlu membayar DP dan biaya rumah sakit. Cashless merupakan proses dimana perusahaan asuransi mengalihkan pembayaran kalim rumah sakit kepada pihak ketiga. Artinya ada perusahaan lain ditengah-tengah, antara klien dan perusahaan asuransi (Tripartid)

Menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengembangkan system pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan, kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas. Kendali mutu dan biaya JKN difasilitasi oleh BPJS kesehatan. Aktivitas dalm kendali mutu dan biaya meliputi evaluasi mutu pelayanan kesehatan, audit medis, dan sosialisasi & pembinaan etika disiplin profesi.

Dalam Perpres No 12 Tahun 2013, pelayanan kesehatan kepada peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien serta efisiensi biaya. Penerapan sistem kendali mutu pelayanan jaminan kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu fasilitas kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar yang ditetapkan, serta pemantauan terhadap luaran kesehatan peserta. Ketentuan mengenai penerapan sistem kendali mutu pelayanan Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan BPJS.

* + 1. **Penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya (Managed Care) BPJS**

Proses penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya (Managed Care)oleh Badan Pelaksanaan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dilakukan melalui:

1. Pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan
2. Pemenuhan standar proses pelayanan kesehatan
3. Pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta

Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya, BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis.

Tim kendali mutu dan kendali biaya dapat melakukan:

1. sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
2. utilization review dan audit medis; dan/atau
3. pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.

Pada kasus tertentu, tim kendali mutu dan kendali biaya dapat meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan. Peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai kebutuhan.

**BAB 3**

**PENUTUP**

* 1. **Kesimpulan**

Asuransi dalam bidang kesehatan diperlukaan karena dua hal yaitu karena kesehatan bersifat *uncertainty* dan mengurangi adanya *supply injus demand*. Kesehatan bersifat *uncertainty* atau tidak pasti berdasarkan waktu kejadian, berat/ringannya kejadian, dan biaya yang diperlukan. Oleh karena itu, asuransi dalam kesehatan bersifat wajib. Alasan kedua karena mengurangi *supply injus demand* akibat dari *demand creation.* Hal ini karena provider dapat mempengaruhi pemberiayan pelayanan kepada pasien, maka perlu adanya asuransi kesehatan sebagai penyeimbang antara provider dengan pasien. Prinsip dasar asuransi kesehatan adalah suatu mekanisme pengalihan risiko yaitu dari risiko perorangan menjadi risiko kelompok. Prinsip asuransi kesehatan meliputi *uncertainty*, adanya kontrak, pengalihan dalam bentuk premi, *the law of large numbers*, keadilan, benefit asuransi

Berdasarkan sifat dari penyelenggaraan usaha, asuransi dapat dibagi menjadi dua kelompok yaitu asuransi sosial dan asuransi komersial. Asuransi sosial merupakan asuransi yang penyelenggaraannya bersifat sosial yang dikelola oleh pemerintah atau BUMN dimana asuransi ini bertujuan untuk memberikan perlindungan kepada penduduk atas dasar keadilan sosial dan memberikan suatu tingkat jaminan tertentu kepada penduduk yang mampu maupun tidak mampu menyediakan jaminan bagi dirinya. Sedangkan asuransi komersial berbasis kepada kepersertaan sukarela dan biasanya dikelola oleh badan usaha swasta yang bertujuan untuk mencari keuntungan *(profitable business).* Pada asuransi komersial, pihak asuransi bertindak sebagai pedagang yang menawarkan paket asuransi kepada masyarakat sebagai calon pembeli

Berdasarkan sistem pegelolaannya, asuransi dibagi menjadi dua yaitu *managed care* dan *indemnity. Managed care* adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menyelaraskan kendali mutu dan kendali biaya kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Mekanisme managed care ada dua yaitu trioartid dan bipartid. Teknik managed care dimaksudkan untuk meniadakan moral hazard dalam pelayanan kesehatan yang dapat mengakibatkan kerugian kesejahteraan masyarakat. Beberapa teknik *managed care* yaitu *critical practice guidelines, formularies, profiling, utilization management,* dan *payment mechanisms.*

Pengendalian biaya layanan kesehatan dengan cara *managed care* dilakukan dari dua sisi yaitu dari sisi PPK (Penyedia Pelayanan Kesehatan) atau disebut dengan *supply* yang terdiri atas metode pembayaran fasilitas kesehatan, *Utilization Review* dan standarisasi pelayanan juga dari sisi peserta (*demand*). Dalam pembayaran sistem asuransi terdapat 2 jenis mekanisme pembayaran provider yaitu **Sistem** Retrospektif dan *Prospective Payment System.* Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, perbedaan keduanya terletak pada kelebihan dan kekurangan yang dimiliki keduanya.

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial dan diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Sesuai dengan UU tersebut, SJSN bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. SJSN diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) perlu dibentuk Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) yang berfungsi untuk merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Terdapat sembilan prinsip penyelenggaraan BPJS yaitu Kegotong-royongan, Nirlaba, Keterbukaan, Kehati-hatian, Akuntabilitas, Portabilitas, Kepesertaan bersifat wajib, Dana amanat dan Hasil pengelolaan dana jaminan kesehatan dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

* 1. **Saran**

 Perlindungan dan jaminan kesehatan perlu diperhatikan dengan baik dan dilaksanakan dengan sebaik-baiknya oleh semua kalangan agar terdapat perlindungan bagi kelangsungan hidup dan kesejahteraan masyarakat. Pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional yang telah berjalan perlu dilakukan sosialisasi yang lebih mendalam dan menyeluruh. Pelaksanaan. Serta pengelolaan sistem jaminan yang baik dan benar agar tidak merugikan berbagai pihak yang terlibat.

**DAFTAR PUSTAKA**

Suzanti, Lizza. n.d. *Asuransi*. [http://file.upi.edu/Direktori/FPEB/PRODI.\_EKONOMI\_DAN\_ KOPERASI /197805122005012-LIZZA\_SUZANTI/Bahan\_Ajar\_LKBB/Asuransi.pdf](http://file.upi.edu/Direktori/FPEB/PRODI._EKONOMI_DAN_%20KOPERASI%20/197805122005012-LIZZA_SUZANTI/Bahan_Ajar_LKBB/Asuransi.pdf)

Thabrany, H. *Introduksi Asuransi Kesehatan*. <http://staff.ui.ac.id/system/files/users/hasbulah/material/babiiintroduksiasuransikesehatanedited.pdf> [Accessed 2 November 2014]

Suryono, Arief. 2008. <http://www.jurnal.hukum.uns.ac.id/index.php/Yustisia/article/viewFile/175/163>. [Accessed 2 November 2014] Yustisia Edisi Nomor 74 Mei-Agustus 2008

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> [Accessed 2 November, 2014]

Murti, Bhisma.2000. Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan. Yogyakarta:Kanisius.

Suryono, Arief, 2009, *Asuransi Kesehatan Berdasarkan Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992*, Jurnal Dinamika Hukum Vol. 9 No. 3, <http://fh.unsoed.ac.id/sites/default/files/fileku/dokumen/JDHvol92009/VOL9S2009%20ARIEF%20SURYONO.pdf> dilihat 27 Oktober 2014

Thabrany H, 2001, *Asuransi Kesehatan di Indonesia,* Depok, Universitas Indonesia

Thabrany, Hasbullah. 1996. *Introduksi Asuransi Kesehatan.* Jakarta: Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia

Fuad, Noor, Kasir Iskandar, dkk. 2010. *Dasar-dasar Asuransi Jiwa dan Asuransi Kesehatan*. Bidang Penelitian dan Pengembangan Asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia. https://www.scribd.com/doc/30880145/3/BAB%C2%A0III-KONTRAK%C2%A0ASURANSI

Undang-Undang Dasar Republik Indonesia. 1992. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian*.

Jamkesda Bone Bolango. 2009. *Sekilas Prinsip Pengelolaan Asuransi Sosial dan Komersial*. <http://jamkesdabonebolango.wordpress.com/2009/02/14/sekilas-prinsip-pengelolaan-asuransi-sosial-dan-komersial/>, diakses pada tanggal 27 Oktober 2014

Krisnawan.2010. *Menuju Sistem Pengelolaan Kesehatan yang Efektif dan Efisien Melalui “MANAGED CARE”.*Yogjakarta

Munif,A. 2012. *Pelayanan Kesehatan Terkendali (Managed care)*. <http://environmentalsanitation.wordpress.com/2012/10/09/pelayanan-kesehatan-terkendalimanaged-care/>, diakses 27 Oktober 2014

Afifi, Anggi. 2009. Faktor-Faktor *yang Berhubungan Dengan Kepemilikan Asuransi Kesehatan Komersial pada Mahasiswa S2 FKM UI*. Jakarta. <http://www.bapepam.go.id/perasuransian/regulasi\_asuransi/uu\_asuransi/UU\_No.2\_Th.1992\_Ttg Usaha\_Perasuransian.pdf> , diakses tanggal 27 Oktober 2014

Budi, A. 2013. *Asuransi Sosial.* < http://www.akademiasuransi.org/2013/03/asuransi-sosial\_7121.html>, diakses pada tanggal 27 Oktober 2014

Sinaga, A. 2011. *Asuransi Kendaraan Bermotor dan Asuransi Sosial.* < https://angelinasinaga.wordpress.com/tag/asuransi-sosial/>, diakses pada tanggal 27 Oktober 2014

Munif,A, 2012, Pelayanan Kesehatan Terkendali (Managed care), [Online] Avilable at <http://environmentalsanitation.wordpress.com/2012/10/09/pelayanan-kesehatan-terkendalimanaged-care/> [Accessed November, 2nd 2014].

Musjab, Imam. *The Principles & Prctice of Insurance*. [Online] Available at <http://ahliasuransi.com/wp-content/uploads/2014/08/2.-Prinsip-Prinsip-Asuransi> [Accessed November, 9th 2014]

Iskandar, dkk. 2008. Managed Care bagian A: Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan. Edisi Agustus 8. PAMJAKI (Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia). Jakarta.

Liao, Junlin. 2007. *Managed Care and Physician Work Effort. Tesis*. Doctor of Philosophy Degree in Health Management and Policy in the Graduate College of The University of Iowa. United States. (<http://books.google.co.id/books?id=bo5FU_EsqIEC&dq=managed+care+techniques&source=gbs_navlinks_s>) viewed at Nov, 02 2014

Maria Aden, Christina. 2012. Implementasi Kendali Biaya dan Kendali Mutu Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kutai Kartanegara di RSUD Parikesit Tenggarong. *Tesis*. Universitas Gajah Mada. Jogjakarta

Permenkes No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs)

Permenkes RI No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Progam Jaminan Kesehatan Nasional

Djuaeni, Henni. 2007. Modul Asuransi Kesehatan dan Managed Care. Diakses dari :<http://pustaka.unpad.ac.id/wpcontent/uploads/2009/09/asuransi_kesehatan_dan_managed_care.pdf> (Diakses tanggal 02 November 2014)

Christina, M (2012) Implementasi kendali biaya dan kendali mutu pelayanan kesehatan program jaminan kesehatan daerah Kutai Kartanegara di RSUD Parikesit Tenggarong. Tesis. Universitas Gadjah Mada

Idris, Fachmi. 2013. Kendali Mutu dan Keselamatan Pasien dalam Peraturan BPJS Kesehatan. [Online] http://www.ekahospital.com/uploads/Mutu-dan-Keselamatan-Pasien-dalam-Peraturan-BPJS-IHQN-2013.pdf diakses pada tanggal 08 November 2014.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

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

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

Permenkes RI No. 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. [Online] [www.depkes.go.id/resources/download/jkn/buku-pegangan-sosialisasi-jkn.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/jkn/buku-pegangan-sosialisasi-jkn.pdf) diakses pada tanggal 9 November 2014

BPJS Kesehatan. 2014. Iuran [Online] http://bpjs-kesehatan.go.id/index.php/pages/detail/2014/13 diakses tanggal 31 Oktober 2014