

Asuransi Kesehatan Dan Managed Care

MODUL BELAJAR MENGAJAR

HENNI DJUHAENI



**PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS PADJADJARAN
BANDUNG, 2007**

*Buah Hatiku :
Sofan – Ati
Irfan, Ihsan dan Ardi*

Sebuah Harapan

*Kutapakkan kaki
Di tengah kurva Lorenz dan koefisien GINI
Ketidakmerataan pendapatan, kemiskinan dan malnutrisi
Merenung Aku berintrospeksi
24 tahun Pegawai Negeri
Apa yang telah kuperbuat bagi negeri tercinta ini ?*

*Di era reformasi
Semua orang dituntut berfikir komprehensif
Hilangkan distorsi, yang membuat berjalan sendiri-sendiri
Namun.... Kumenyadari siapa diriku ini
Yang lemah dan tak memahami
Di balik semua itu Aku berjanji
Semua kesulitan akan kuhadapi*

*Beruntung aku, ada Pak Usman dan Bu Tati
Yang memberikan kesempatan dan mau mengerti
Bahwa Aku bukanlah seekor kutu yang akan membuat gatal para ahli
Aku hanyalah ingin
Menjadi seorang "knower" yang mencari relevansi
Antara kesehatan dan ekonomi
Dengan harapan dan do'a.... suatu saat nanti
Kan berguna bagi pengentasan kemiskinan di negeri ini.*

Bandung, Desember 2000

Semoga menjadi amal ibadah bagi Pak Usman dan Bu Tati
Serta menjadi dorongan bagiku dalam....
Melaksanakan kewajiban mencari ilmu.

Henni Djuhaeni
L3J00001

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke Hadlirat Illahi Rabbi, karena hanya dengan izin-Nya lah penulis dapat menyelesaikan modul belajar mengajar dengan topik Asuransi Kesehatan dan *Managed Care* ini.

Pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada :

- Para pimpinan Program Pascasarjana Universitas Padjadjaran yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti kuliah topik khusus Ekonomi Kesehatan
- Koordinator Program Bidang Ilmu Kesehatan Prof. Dr. Sri Hartini Karyadi, dr., SpPD-KE yang telah memberikan kesempatan dan selalu memberikan dorongan kepada penulis dalam mengikuti pembelajaran di Program Pascasarjana UNPAD
- Ketua Tim Promotor Prof. H.A. Himendra Wargahadibrata, dr., SpAn, KIC, kopromotor Prof. Dr. Usman Hardi, SE, MS sekaligus sebagai pembimbing topik khusus serta kopromotor Dr. Ieva B. Akbar, dr., MS, AF yang telah memberikan kesempatan, bimbingan serta dorongan untuk menyelesaikan modul ini
- dr. Sutedja, SKM dan dr. Hanny Prihatni, SKM serta WHO Indonesia yang telah memperkenalkan, memberikan kepercayaan serta dukungan untuk penyusunan modul belajar mengajar bagi Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran
- Prof. Dr. Tati Sutyasti Remi, SE, MS koordinator mata ajaran Ekonomi Kesehatan Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran beserta rekan-rekan sesama dosen yang telah memberikan kesempatan dan dorongan penyelesaian modul ini
- Para guru penulis khususnya Dr Hasbullah Thabrany, dr., MPH dan Dr.Mardiati Nadjib, drg, MPH dari Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia serta ananda Drs. Hudi K Wahyu, MKes yang selalu disibukan oleh penulis dalam memperoleh bahan-bahan kepustakaan

- Keluarga besar Surachno, SE secara khusus adinda Sharon Gondodiputro, dr., MARS yang selalu membantu dan mendukung dalam berbagai hal khususnya kepustakaan yang sulit didapat di Indonesia
- Rekan-rekan dan seluruh staf Balai Kesehatan dan Olah Raga Masyarakat Jawa Barat yang selalu mendorong dan penuh pengertian dikala penulis menyelesaikan modul ini
- Ayahanda dan Ibunda tercinta H.Abdulkadir dan Hj. Hasanah yang dengan segala keterbatasan pendidikan, namun selalu penuh do'a, cinta serta dorongan mencari dan mengamalkan ilmu bagi putra-putri maupun cucunya.
- Secara khusus dan penuh tawadlu, terima kasih ini penulis sampaikan kepada suami tercinta Supriadi Gandamihardja, dr., SpOG(K) serta anak-anakku yang selalu mamah banggakan Sofan, Ati, Irfan, Ihsan dan Ardi yang telah memberikan izin, perhatian, dorongan dengan penuh kesabaran, pengertian serta pengorbanan. Semoga Allah SWT tetap menjadikan kita keluarga yang sakinah, mawadah warahmah.

Tanggapan yang konstruktif sangat penulis harapkan, demi kesempurnaan modul, mudah-mudahan modul ini akan bermanfaat bagi siapa saja yang memerlukan.

Penulis,

Bandung, Mei 2007

Henni Djuhaeni

DAFTAR ISI

Halaman

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
SESI	
1 : Pengenalan	1
2 : Pembiayaan Kesehatan	6
3 : Perkembangan Asuransi Kesehatan	9
4 : Prinsip Dasar Asuransi Kesehatan	13
5 : Asuransi Kesehatan sebagai Sistem	20
6 : Jenis-jenis Asuransi Kesehatan	23
7 : Asuransi Kesehatan Konvensional dan <i>Managed Care</i>	28
8 : Permintaan dan Penawaran Asuransi Kesehatan	33
9 : Pasar dan Pemasaran Asuransi Kesehatan	40
10 : <i>Casemix</i> dan <i>Diagnostic Related Group</i>	43
11 : Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat	46
12 : Asuransi Kesehatan Sosial	49
13 : Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan	52

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Uraian Topik, Pokok Bahasan dan Pengajaran	4
Tabel 2. Perbedaan Asuransi Konvensional dan <i>Managed Care</i>	32

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Bagan Model Asuransi Kesehatan dan <i>Managed Care</i>	3
Gambar 2. Sistem Pelayanan Asuransi Kesehatan	22
Gambar 3. Asuransi Tripartied	23
Gambar 4. Asuransi Bipartied	24

DESKRIPSI MATA AJARAN

TUJUAN

Umum : Memahami konsep dasar asuransi kesehatan dan *managed care* serta aplikasinya sebagai salah satu cara pembiayaan kesehatan dan strategi untuk menyongsong Indonesia Sehat 2010.

Khusus :

1. Mengetahui dan memahami pembiayaan kesehatan dan perkembangan pembiayaan melalui asuransi.
2. Mengetahui dan memahami konsep dasar asuransi kesehatan dan *managed care* dengan dilandasi oleh ciri khas layanan kesehatan.
3. Mengetahui dan memahami jenis-jenis asuransi kesehatan di negara lain maupun di Indonesia.
4. Mengetahui dan memahami permintaan dan penawaran asuransi kesehatan.
5. Mengetahui dan memahami pasar dan pemasaran asuransi kesehatan.
6. Mengetahui dan memahami tentang *Diagnostic Related Group* (DRG) sebagai salah satu bagian dari penerapan asuransi kesehatan.
7. Mengetahui dan memahami JPKM dan asuransi sosial sebagai salah satu strategi mencapai Indonesia Sehat 2010, pelaksanaan dan kendala.
8. Mengetahui dan memahami bagaimana mengelola suatu badan asuransi.

STAF PENGAJAR

Koordinator dan Penanggungjawab: Dr. Henni Djuhaeni, dr., MARS

Pengajar : Sharon Gondodiputro, dr., MARS

PROSES BELAJAR MENGAJAR

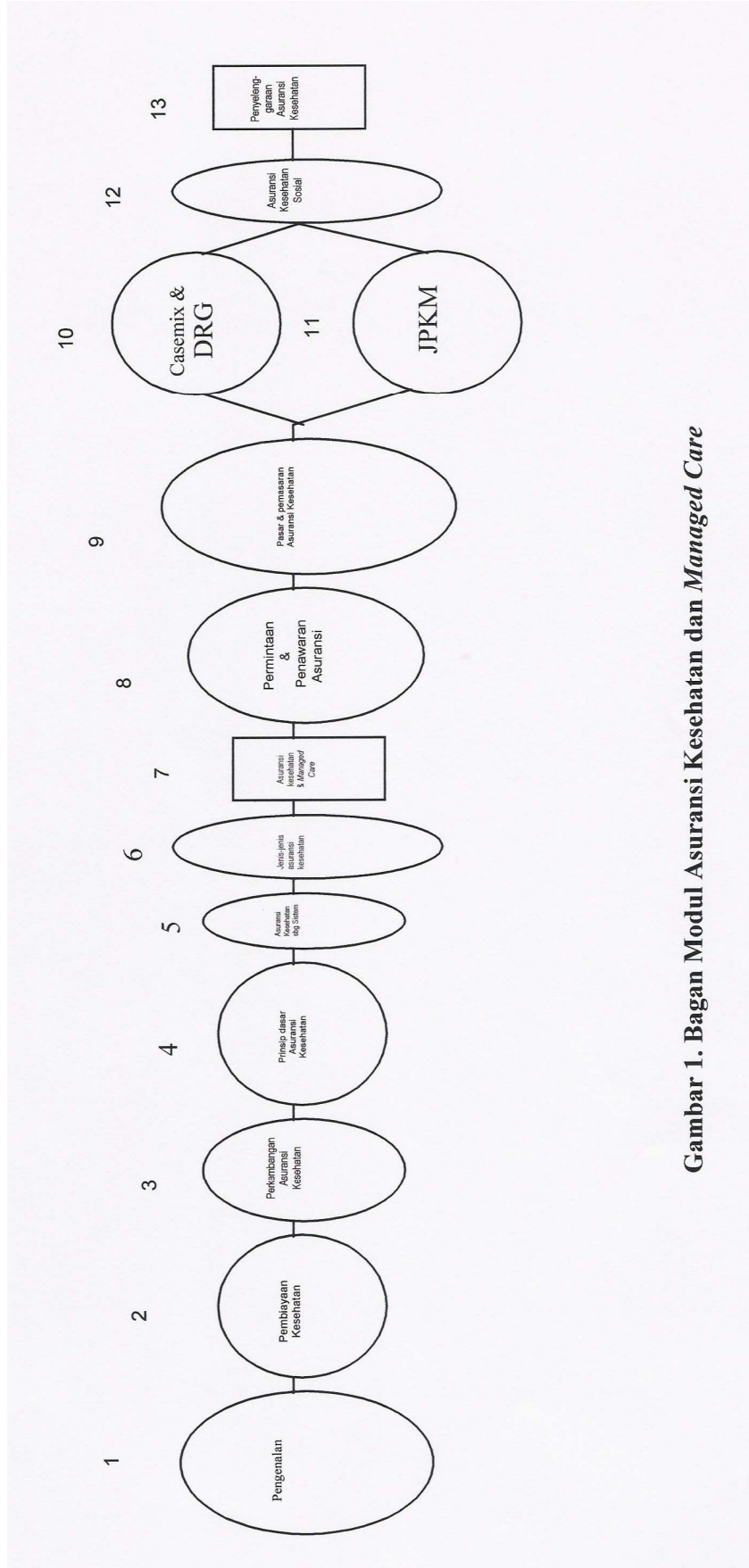
A. Jumlah SKS : 3 (tiga)

B. Waktu tatap muka : 16 x tatap muka yang terdiri dari 13 sesi materi dan diskusi, 1 x seminar penugasan serta 2 x ujian yaitu Ujian Tengah Semester (UTS) dan Ujian Akhir Semester (UAS)

C. Materi terdiri dari 13 sesi yang meliputi :

- 1 : Pengenalan
- 2 : Pembiayaan Kesehatan
- 3 : Perkembangan Asuransi Kesehatan
- 4 : Prinsip Dasar Asuransi Kesehatan
- 5 : Asuransi Kesehatan sebagai Sistem
- 6 : Jenis-jenis Asuransi Kesehatan
- 7 : Asuransi Kesehatan Konvensional dan *Managed Care*
- 8 : Permintaan dan Penawaran Asuransi Kesehatan
- 9 : Pasar dan Pemasaran Asuransi Kesehatan
- 10 : *Casemix* dan *Diagnostic Related Group*
- 11 : Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
- 12 : Asuransi Kesehatan Sosial
- 13 : Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan.

Secara rinci uraian topik, pokok bahasan serta metoda akan dibahas pada halaman berikut.



Gambar 1. Bagan Modul Asuransi Kesehatan dan *Managed Care*

Tabel 1. Uraian Topik, Pokok Bahasan dan Pengajar

No. Sesi	Topik	Pokok Bahasan	Metode	Kode Pengajar
I	Pengenalan	- Deskripsi mata ajaran - Proses Belajar Mengajar	Kuliah dan diskusi	
II	Pembiayaan Kesehatan	- Pengertian - Jenis - Sumber Biaya - Hubungan dgn derajat kesehatan	Kuliah dan diskusi	
III	Perkembangan Asuransi Kesehatan	- Jerman - Inggris - Amerika Serikat - Canada - Asia - Indonesia	Kuliah dan diskusi	
IV	Prinsip dasar Asuransi kesehatan	- Latar Belakang - Prinsip dan elemen asuransi kesehatan	Kuliah dan diskusi	
V	Asuransi Kesehatan sebagai Sistem	- Sistem pelayanan asuransi kesehatan - Komponen masukan, komponen proses, komponen keluaran, komponen dampak dan faktor yang mempengaruhi	Kuliah dan diskusi	
VI	Jenis-jenis asuransi kesehatan	Ditinjau dari : Hubungan komponen asuransi, Jumlah peserta, Keikutsertaan anggota, Kepemilikan Bapel, Peranan Bapel asuransi, Jenis pelayanan. Jumlah ana, Cara pembayaran, Waktu pembayaran, Jenis aminan	Kuliah dan diskusi	
VII	Asuransi Kesehatan Konvensional dan <i>Managed Care</i>	Asuransi Kesehatan konvensional dan <i>Managed Care</i>	Kuliah dan diskusi	

VIII	Permintaan dan penawaran Asuransi Kesehatan	Pengertian, faktor yang mempengaruhi	Kuliah dan diskusi	
IX	Pasar dan pemasaran asuransi kesehatan	Pasar dan kegiatan pemasaran	Kuliah dan diskusi	
X	<i>Casemix dan Diagnostic Related Group (DRG)</i>	- Pengertian - Manfaat - Mekanisme	Kuliah dan diskusi	
XI	JPKM	Pengertian dan landasan Hukum, serta perkembangan JPKM	Kuliah dan diskusi	
XII	Asuransi Kesehatan Sosial	- Pengertian - Ciri Utama - Manfaat Asuransi - Prasyarat Asuransi Kesehatan Sosial di Indonesia	Kuliah dan diskusi	
XIII	Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan	Berbagai Sistem Penyelenggaraan Asuransi	Kuliah dan diskusi	

D. PENUGASAN

1. Maksud dan Tujuan

- Memberikan kesempatan kepada mahasiswa Pascasarjana Program Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Ekonomi Kesehatan untuk pengayaan kepustakaan dan perluasan wawasan terkini mengenai asuransi kesehatan baik pemerintah maupun swasta di lapangan dengan mengacu kepada materi yang diberikan di kelas.
- Membiasakan diri dalam presentasi dan menjawab pertanyaan secara tepat dan terarah.

2. Metoda

- Mahasiswa dibagi dalam kelompok.
- Masing-masing kelompok membahas topik yang berbeda.

- Keadaan di lapangan dibandingkan dengan dasar teori yang dipelajari.
- Digunakan pendekatan sistem dengan analisa SWOT.
- Masing-masing kelompok presentasi dan dilakukan diskusi.
- Hasil diskusi, saran dan masukan digunakan untuk perbaikan.
- Makalah yang telah diperbaiki dikumpulkan untuk diberi nilai.

3. Penilaian

- Penilaian makalah.
- Penilaian presentasi

Dilihat dari :

- o Ketepatan waktu presentasi
- o Cara
- o Kerjasama yang solid
- o Kesempatan yang sama bagi anggota kelompok
- o Konten
- o Diskusi

E. UJIAN TENGAH SEMESTER DAN UJIAN AKHIR

1. Maksud dan Tujuan

Mengevaluasi sejauhmana para mahasiswa Pascasarjana Program Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Ekonomi Kesehatan telah memahami dan mampu secara nalar menjelaskan materi maupun persoalan yang telah diberikan.

2. Materi

Materi yang diuji adalah materi yang diberikan sesuai pertemuan perkuliahan dengan pengayaan dari kepustakaan yang diberikan.

3. Metoda

- Bentuk soal : essay, penalaran dengan situasi terkini
- Jumlah soal : 3-5 soal

- Cara ujian : ujian tertulis di ruang kelas
- Waktu ujian : 2 jam (2 x 60 menit) = 120 menit

4. Penilaian

- Setiap soal dibobot sesuai dengan kriteria yang berlaku
- Nilai akhir adalah nilai setelah digabung dengan penugasan
- Nilai akhir dikonversi ke dalam huruf A, B, C, D dan E
- Nilai \geq B tidak perlu mengulang
- Nilai $<$ B diharuskan mengulang berupa ujian tertulis/lisan atau penugasan

Kata Kunci : *Provider, income, expence, GNP, GDP, out of pocket, asuransi.*

1. Pengertian

Yang dimaksud dengan biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan/atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Azrul A, 1996).

Dari pengertian di atas tampak ada dua sudut pandang ditinjau dari :

1. Penyelenggara pelayanan kesehatan (*provider*) yaitu besarnya dana untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang berupa dana investasi serta dana operasional.
2. Pemakai jasa pelayanan yaitu besarnya dana yang dikeluarkan untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan.

Adanya sektor pemerintah dan sektor swasta dalam penyelenggaraan kesehatan sangat mempengaruhi perhitungan total biaya kesehatan suatu negara. Total biaya dari sektor pemerintah tidak dihitung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemakai jasa (*income* pemerintah), tapi dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah (*expence*) untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Total biaya kesehatan adalah penjumlahan biaya dari sektor pemerintah dengan besarnya dana yang dikeluarkan pemakai jasa pelayanan untuk sektor swasta.

Dalam membicarakan pembiayaan kesehatan yang penting adalah bagaimana memanfaatkan biaya tersebut secara efektif dan efisien baik ditinjau dari aspek ekonomi maupun sosial dengan tujuan dapat dinikmati oleh seluruh

masyarakat yang membutuhkan. Dengan demikian suatu pembiayaan kesehatan dikatakan baik, bila jumlahnya mencukupi untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dengan penyebaran dana sesuai kebutuhan serta pemanfaatan yang diatur secara seksama, sehingga tidak terjadi peningkatan biaya yang berlebihan.

2. Jenis Biaya Kesehatan

Dilihat dari pembagian pelayanan kesehatan, biaya kesehatan dibedakan atas :

- a. Biaya pelayanan kedokteran yaitu biaya untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kedokteran, tujuan utamanya lebih ke arah pengobatan dan pemulihan dengan sumber dana dari sektor pemerintah maupun swasta.
- b. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat yaitu biaya untuk menyelenggarakan dan/atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat, tujuan utamanya lebih ke arah peningkatan kesehatan dan pencegahan dengan sumber dana terutama dari sektor pemerintah.

3. Sumber Biaya Kesehatan

Pelayanan kesehatan dibiayai dari berbagai sumber, yaitu :

- a. Pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah (propinsi dan kabupaten/kota) dengan dana berasal dari pajak (umum dan penjualan), *deficit financial* (pinjaman luar negeri) serta asuransi sosial.
- b. Swasta, dengan sumber dana dari perusahaan, asuransi kesehatan swasta, sumbangan sosial, pengeluaran rumah tangga serta *communan self help*.

4. Hubungan Pembiayaan dengan Derajat Kesehatan

Hubungan pembiayaan dengan derajat kesehatan tidak selalu berbanding lurus, sangat tergantung dari pembiayaan khususnya yang berkaitan erat dengan pengendalian biaya. Contohnya: Amerika Serikat yang pengeluaran untuk kesehatannya paling tinggi (13,7% GNP) pada tahun 1997 (WHO Report 2000), derajat kesehatannya yang dilihat dari indikator umur harapan hidup didapatkan

untuk laki-laki 73,8 tahun dan wanita 79,7 tahun. Keadaan ini lebih rendah daripada Jepang (umur harapan hidup laki-laki 77,6 tahun dan wanita 84,3 tahun) yang pengeluaran kesehatannya lebih kecil (7% GNP).

Hal ini menunjukkan pembiayaan kesehatan di Amerika kurang efisien, yang mungkin terjadi karena sistem pembiayaan kesehatannya sangat berorientasi pasar dengan pembayaran langsung oleh pasien (*out of pocket*) relatif tinggi yaitu kurang lebih 1/3 dari seluruh pengeluaran pelayanan kesehatan (Murti B, 2000). Keadaan ini terjadi juga di negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Yang paling terpengaruh oleh peningkatan biaya pelayanan kesehatan adalah aksesitas terhadap pelayanan kesehatan. Dengan pembiayaan langsung, bukan hanya masyarakat miskin, tetapi orang yang mengalami sakit pada saat tidak mempunyai uang pun tidak dapat akses terhadap pelayanan kesehatan. Salah satu cara pembiayaan yang merupakan pengendalian biaya, sehingga meningkatkan aksesitas terhadap pelayanan kesehatan adalah dengan asuransi.

Pertanyaan :

1. a
2. b
3. c

Kepustakaan

- Azrul A., 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Jakarta, hal. 123-42.
- Murti B., 2000, *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Yogyakarta, hal. 34-44.
- Sulastomo, 2000, *Manajemen Kesehatan*, Jakarta, hal. 9-15.

SESI 3

PERKEMBANGAN ASURANSI KESEHATAN

Kata Kunci : *Social Health Insurance, National Health Insurance, out of pocket, medicare, medicaid, Astek, Askes, JPKM.*

1. JERMAN

Sejarah asuransi sosial dimulai di Jerman dan dikembangkan pada pemerintahan Bismarck tahun 1883 dengan meluncurkan undang-undang yang mewajibkan para pekerja untuk mengikuti asuransi sakit. Kepesertaan wajib dengan pembiayaan melalui pajak penghasilan merupakan ciri program asuransi sosial Jerman sampai saat ini.

Ditinjau dari aspek model pelayanan dan pembiayaan kesehatan, asuransi di Jerman termasuk **asuransi sakit tradisional** yaitu menggunakan pendekatan pasar pada asuransi swasta, tetapi dengan subsidi negara. Biasanya premi berdasarkan prosentase, sehingga sangat tergantung dari penghasilan peserta, sehingga tampak jelas subsidi silang, yaitu yang muda menyumbang yang tua, keluarga kecil menyumbang keluarga besar, yang sehat menyumbang yang sakit, yang kaya menyumbang yang miskin, karena semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diberikan sama, tidak tergantung premi. Asuransi ini dikenal dengan nama *Social Health Insurance*.

2. INGGRIS

Sistem asuransi kesehatan sosial di Inggris dimulai tahun 1911 yang kemudian berkembang menjadi *British National Health Service* (NHS) pada tahun 1946. Ciri-ciri NHS adalah pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh pemerintah, dan termasuk kategori model pelayanan kesehatan nasional. Pendanaan bersifat sentralistik dengan prinsip ekuitas berdasarkan kebutuhan serta status kesehatan setempat, sedangkan pelayanan bersifat desentralistik dengan dokter umum

sebagai *gate keeper* yang bukan pegawai negeri, apabila diperlukan, pasien dirujuk ke dokter rumah sakit (RS) yang merupakan pegawai negeri.

Sistem pembayaran prospektif, dan untuk mengatasi permintaan yang berlebihan diberlakukan *co payment* misalnya: obat-obatan di luar rumah sakit serta *rationing* yang berkaitan dengan waktu, dan ini cukup efektif dalam menekan biaya kesehatan. Selain itu NHS mencurahkan sebagian besar biayanya untuk progra-program yang memberikan hasil balik yang tinggi, misalnya: pelayanan kesehatan ibu dan anak.

3. AMERIKA SERIKAT

Berbeda dengan di Eropa, 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 pertengahan 1960-an diperkenalkan *Medicare* dan *Medicaid*. *Medicare* merupakan suatu asuransi sosial bagi usia lanjut dan dijalankan oleh Pemerintah Federal, sedangkan *Medicaid* yang dijalankan oleh Pemerintah Federal dan Negara Bagian merupakan sistem asuransi bagi masyarakat miskin.

Ditinjau dari cakupan peserta asuransi, Amerika kurang berhasil karena masih 1/3 dari jumlah penduduk tidak terlindungi asuransi kesehatan. Selain itu kualitas pelayanan tampak berbeda antara sektor swasta dengan sektor pemerintah.

4. CANADA

Sistem yang dianut adalah asuransi kesehatan nasional yang juga disebut *medicare* yang berbeda dengan pengertian *medicare* di Amerika, yaitu asuransi berbasis pada pemerintahan provinsi serta bersifat universal, komprehensif, independen dan *portable* yaitu individu dapat mentransfer perlindungan dengan

mencari pelayanan ke propinsi lain, anggaran yang diberikan bersifat blok prospektif dengan dana yang berasal dari masyarakat. Sebagian besar dokternya berpraktek swasta dan dapat memasukkan pasien ke rumah sakit yang juga merupakan institusi swasta, sehingga intervensi pemerintah sangat kecil.

Cara pembiayaan ini dapat menekan biaya serendah mungkin, meningkatkan efisiensi teknis dan alokasi sumber daya serta meningkatkan pendelegasian wewenang untuk pengambilan keputusan.

5. ASIA

Dibandingkan dengan Indonesia, sistem pelayanan kesehatan di negara Asia, seperti Filipina, Thailand lebih maju. Di dalam perkembangannya mereka mengarah kepada asuransi sosial. Malaysia dan Singapura merupakan negara dengan income per kapita yang cukup tinggi serta jumlah penduduk kecil, yaitu jumlah penduduk Malaysia hanya 10% dari Indonesia, dan Singapura kurang lebih sama dengan penduduk kota Bandung (3,5 juta/tahun 2000) mempunyai sistem pelayanan kesehatan dan asuransi yang lebih mapan. Yang menarik adalah Bangladesh yang mempunyai penduduk sebagian besar beragama Islam, menggunakan dana zakat untuk asuransi kesehatan.

Bagaimana di Indonesia ?

Sebetulnya asuransi kesehatan di Indonesia bukanlah barang baru, asuransi kesehatan untuk pegawai negeri sipil merupakan lanjutan dari *Restitutie Regeling* 1934 dan pada tahun 1985 dimulainya asuransi untuk tenaga kerja (ASTEK) serta tahun 1987 dengan menggerakkan dana masyarakat melalui DUKM.

Pada tahun 1992 diterbitkan tiga buah undang-undang yang berkaitan dengan asuransi yaitu UU No. 2 Tentang Asuransi, UU No. 3 Tentang JAMSOSTEK (Jaminan Sosial Tenaga Kerja) serta UU No. 23 Tentang Kesehatan yang di dalamnya terkandung pasal 65-66 tentang JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat). JPKM mengikuti pola *managed care* di Amerika dengan pembayaran prepaid berdasarkan kapitasi dan pelayanan yang bersifat komprehensif meliputi **preventif**, **promotif**, **kuratif** dan **rehabilitatif**. Sementara ini baru puskesmas yang dicakup oleh pelayanan JPKM dengan dokter

puskesmas sebagai *gate keeper*, dan saat ini telah mulai dikembangkan dokter keluarga yang diharapkan menjadi *gate keeper* pada masa yang akan datang.

Dari pengalaman JPKM-JPSBK (Jaminan Pemeliharaan Sosial Bidang Kesehatan), kendala utama pelaksanaan JPKM antara lain adalah sumber daya manusia Badan Penyelenggara (BAPEL) baik kuantitas maupun kualitas, sedangkan ditinjau dari aspek permintaan masyarakat akan asuransi maupun faktor yang mempengaruhinya di Indonesia belum diketahui.

Pertanyaan :

1. a
2. b
3. c

Kepustakaan

- Azwar A., 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga. Jakarta., hal. 142-43.
- Departemen Kesehatan RI., 1996, *Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Pengertian dan Pelaksanaannya*, Jakarta.
- Jacobs Philips, 1997, *The Economics of Health and Medical Care. Fourth Edition*, An Asspen Publication, Marryland, Page. 25-27.
- Murti Bhisma, 2000, *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*. Penerbit Kanisius, Yogyakarta, hal 36-45.
- Sulastomo, 2000, *Manajemen Kesehatan*, PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Stierle F (GTZ), 1999. *Basic Principles of The German Health Care System. International Seminar Health Insurance Development and Further Development*, Berlin.
- Stierle F (GTZ), 2002, *Sejarah dan Prinsip-prinsip Sistem Asuransi Kesehatan Sosial Jerman. Intemational Seminar for Development Social Health Insurance System in Indonesia*, Yogyakarta.

Kata Kunci : *Premi, catastrophic illness, risk pooling, Law of Large Number*

I. Prinsip dan Elemen Asuransi Kesehatan

1.1 Definisi Asuransi Kesehatan

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 (Jacobs P, 1997).

Definisi di atas ada beberapa kata kunci yaitu :

- a. Ada **pembayaran**, yang dalam istilah ekonomi ada suatu transaksi dengan pengeluaran sejumlah uang yang disebut premi.
- b. Ada **biaya**, yang diharapkan harus dikeluarkan karena penggunaan pelayanan medik.
- c. Pelayanan medik tersebut didasarkan pada bencana yang mungkin terjadi yaitu sakit.
- d. Keadaan sakit merupakan sesuatu yang tidak pasti (*uncertainty*), tidak teratur dan mungkin jarang terjadi. Tetapi bila peristiwa tersebut benar-benar terjadi, implikasi biaya pengobatan dapat demikian besar dan membebani ekonomi rumah tangga. Kejadian sakit yang mengakibatkan bencana ekonomi bagi pasien atau keluarganya biasa disebut *catastrophic illness* (Murti B. 2000).

1.2 Manfaat Asuransi Kesehatan

Ada beberapa manfaat asuransi kesehatan selain mendekatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan antara lain :

- Asuransi merubah peristiwa tidak pasti menjadi pasti dan terencana
- Asuransi membantu mengurangi risiko perorangan ke risiko sekelompok orang dengan cara perangkuman risiko (*risk pooling*). Dengan demikian

terjadi subsidi silang; yang muda membantu yang tua, yang sehat membantu yang sakit, yang kaya membantu yang miskin.

1.3 Perangkuman Risiko

Perangkuman risiko merupakan inti dari asuransi dan terjadi ketika sejumlah individu yang berisiko sepakat menghimpun risiko untuk mengurangi beban yang harus ditanggung masing-masing individu.

Perangkuman risiko meningkatkan kemungkinan memperoleh keluaran yang bersifat "moderat" dan menjauhi keluaran-keluaran ekstrem, selain itu mengurangi biaya risiko yaitu kerugian finansial yang terkait dengan risiko peristiwa tersebut (Murti B, 2000). Hal ini terjadi karena sebagian besar peristiwa sakit merupakan peristiwa independen, sehingga berlaku hukum pengandaan probabilitas (*Multiplication Law of Probability*), apabila sakit merupakan peristiwa dependen, misalnya penyakit menular, maka hukum tersebut tidak berlaku. Selanjutnya Murti memberikan contoh, seseorang berhubungan dengan peristiwa sakit hanya mempunyai 2 (dua) kemungkinan yaitu sehat atau sakit.

Jika ada 2 orang A dan B, maka mempunyai 4 kemungkinan yaitu :

- A dan B sakit
- A dan B sehat
- A sakit B sehat
- A sehat B sakit.

Jadi jika ada n orang, dengan rumus turunan maka akan menjadi 2ⁿ kemungkinan.

1.4 Hukum Jumlah Besar

Asuransi membutuhkan peserta dalam jumlah yang besar, agar risiko dapat didistribusikan secara merata dan luas serta dikurangi secara efektif.

Prinsip ini merupakan konsekuensi hukum jumlah besar, makin banyak peserta, makin besar risiko yang dapat dikurangi.

Menurut para analis di Amerika Serikat, jumlah anggota 50.000 per *Health Maintenance Organization* (HMO), dipandang menguntungkan.

1.5 Peristiwa Independen

Seperti telah dijelaskan, peristiwa-peristiwa perangkuman risiko diasumsikan bersifat independen. Pada keadaan peristiwa dependen hukum penggandaan probabilitas tidak berlaku karena probabilitas orang-orang akan sakit pada waktu yang bersamaan pada peristiwa dependen lebih besar daripada peristiwa independen. Contohnya: TBC (dependen) lebih besar kemungkinannya daripada penyakit jantung (independen).

1.6 Perilaku Penghindar Risiko

Orang-orang berperilaku penghindar risiko, sangat diperlukan dalam keberhasilan transaksi asuransi, termasuk asuransi kesehatan. Hal ini terjadi karena dengan membeli asuransi seorang penghindar risiko tidak hanya memperoleh kepastian berkenaan dengan sakit, tetapi juga memperoleh kepuasan (utilitas) yang relatif lebih tinggi karena merasa terlindungi.

II. Pemeliharaan dan Pelayanan Kesehatan

Dalam membicarakan asuransi, 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 :

1. Sehat dan pelayanan kesehatan sebagai hak

Seperti kebutuhan dasar lainnya, maka hidup sehat merupakan elemen kebutuhan dasar yang selalu harus diupayakan untuk dipenuhi terlepas dari kemampuan seseorang untuk membayarnya.

2. *Uncertainty* (ketidakpastian)

Adanya ketidakpastian tentang kebutuhan pemeliharaan dan pelayanan kesehatan, mengenai waktu, tempat, besarnya biaya, urgensi pelayanan dan sebagainya.

3. *Asymmetric Information*

Asymmetric Information yaitu keadaan tidak seimbang antara pengetahuan pemberi pelayanan (*provider*) dengan pengguna jasa pelayanan (klien/pasien) karena pasien *ignorance*, *provider*-lah yang menentukan jenis dan volume

pelayanan yang perlu dikonsumsi oleh pasien. Keadaan ini akan memicu terjadinya *supply induced demand* yaitu pemberian pelayanan melebihi kebutuhan pasien sehingga terjadi peningkatan biaya kesehatan.

4. Externality

Externality yaitu pengguna maupun bukan pengguna jasa pemeliharaan dan pelayanan kesehatan langsung dapat menikmati hasilnya, pelayanan yang sifatnya pencegahan umumnya mempunyai eksternalitas yang besar sehingga digolongkan pada komoditi masyarakat atau *public goods*, contohnya: imunisasi.

5. Padat Karya

Banyak sekali jenis tenaga yang memberikan kontribusi dalam pelayanan kesehatan dan bekerja secara tim, contohnya : tenaga di rumah sakit (lebih dari 60 jenis).

6. Mix-outputs

Mix-outputs yaitu keluaran yang dihasilkan merupakan suatu paket pelayanan sebagai kerjasama tim yang sifatnya bervariasi antar individu dan sangat tergantung pada jenis penyakit.

7. Retriksi berkompetisi

Retriksi berkompetisi yaitu adanya pembatasan praktek berkompetisi sehingga mekanisme pasar tidak sempurna, misalnya : tidak ada pemberian barang atau banting harga dalam pelayanan kesehatan.

Ciri-ciri di atas 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.

III. Tindakan Penyimpangan

Walaupun ada informasi asimetrik pada pelayanan kesehatan tetapi konsumen asuransi lebih mengetahui tentang risiko jatuh sakit sehingga memungkinkan terjadinya tindakan penyimpangan, antara lain :

3.1 Adverse Selection

Adverse selection yaitu hanya peserta risiko tinggi yang membeli asuransi.

Hal ini dapat dihindari dengan cara :

- *Compulsory Health Insurance* (asuransi kesehatan wajib) seperti Askes untuk PNS
- Tidak wajib tetapi ada minimal keanggotaan
- *Open Enrollment* yaitu semua calon peserta harus mendaftar pada satu waktu tertentu, di luar waktu tersebut tidak dapat diterima.
- Pemeriksaan medis dan lebih menanggung keadaan sakit yang ditemukan.

3.2 Moral Hazard

Moral hazard yaitu perilaku peserta maupun *provider* sedemikian rupa sehingga menyebabkan konsumsi pelayanan kesehatannya lebih besar dari yang dibutuhkan sehingga biaya menjadi meningkat.

Untuk menghindari utilisasi yang berlebihan tersebut bagi peserta (konsumer) diterapkan *cost sharing*, dalam hal ini berupa kontribusi peserta asuransi yang harus dipenuhi bila memakai layanan kesehatan, antara lain :

- Deductible

Deductible yaitu jumlah biaya tertentu dalam suatu termin yang harus dikeluarkan oleh peserta sebelum Badan Penyelenggara Asuransi membayar kewajibannya.

- Coinsurance

Coinsurance yaitu persentase biaya yang harus dibayar oleh peserta dan sisanya dibayar oleh badan penyelenggara.

- Copayment

Copayment yaitu jumlah biaya tertentu yang harus dibayar oleh peserta, di atas jumlah tersebut baru diganti misalnya Rp. 100.000,00 baru diganti.

- Limit pertanggungan

Limit pertanggungan yaitu Bapel membayar sampai jumlah tertentu dan sisanya dibayar oleh peserta misalnya Askes dan Jamsostek.

Sedangkan untuk membatasi *provider*, digunakan sistem kapitasi yaitu intervensi pihak ketiga (Bapel) kepada Penyelenggara Pemeliharaan Kesehatan (*provider*/PPK) dengan jalan melimpahkan risiko finansial dalam menangani pelayanan kesehatan. Biaya dihitung per kapita dengan pembayaran di muka (*pre-paid*).

3.3 FRAUD

Menurut *Black's Law Dictionary* dalam Jaslis Ilyas, *Fraud* adalah kesengajaan melakukan kesalahan terhadap kebenaran untuk tujuan mendapatkan sesuatu yang bernilai di atas kerugian orang lain atau mendapatkannya dengan membelokkan hukum atau representasi suatu fakta, baik dengan kata maupun tindakan; kesalahan alegasi (mendakwa orang lain melakukan tindakan kriminal), menutupi sesuatu yang harus terbuka, menerima tindakan atau sesuatu yang sah dan merencanakan melakukan sesuatu yang salah kepada orang lain sehingga dia bertindak di atas hukum yang salah.

Secara ringkas *Fraud* adalah perencanaan perbuatan yang diketahui salah untuk membuat orang lain percaya dan memberikan sesuatu yang bernilai dan dibenarkan oleh hukum. *Fraud* adalah tindakan curang sehingga menimbulkan biaya yang tidak diperlukan untuk pelayanan kesehatan.

Pertanyaan :

1. a
2. b
3. c

Kepustakaan

- Ilyas Yoslis, 2000, *Fraud : Biaya Terselubung Pelayanan Kesehatan*, hal. 1-4.
- Jacobs Philips, 1997, *The Economics of Health and Medical Care Fourth Edition*, An Asspen Publication, Marryland, page. 12-15.
- Murti Bhisma, 2000, *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta, hal. 21-24.

- Sulastomo, 2000, *Manajemen Kesehatan*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, hal. 190-194.
- Thabrany Hasbullah, 1998, *Pembayaran Kapitasi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, hal. 1-16.
- WHO, *World Health Report 2000, Health System Improving Performance*, Switzerland.

Kata Kunci : Sistem, komponen masukan, komponen proses, komponen keluaran, komponen dampak dan faktor yang mempengaruhi

I. Pengertian

Yang dimaksud dengan sistem adalah kumpulan/unit/komponen yang saling berkaitan erat satu sama lain, sulit untuk dipisahkan dalam upaya mencapai satu tujuan (Thaurany H, 1989).

II. Sistem Pelayanan Asuransi Kesehatan

Dengan pendekatan sistem, secara sederhana pelayanan asuransi terdiri dari komponen masukan, proses, keluaran dan dampak serta dipengaruhi oleh beberapa faktor.

2.1 Komponen Masukan

Komponen masukan terdiri dari :

- Peserta atau masyarakat baik perorangan ataupun keluarga
- Perusahaan asuransi yang disebut badan penyelenggara asuransi (BAPEL)
- Pemberi pelayanan kesehatan (pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan), dengan adanya perubahan paradigma ke arah paradigma sehat, maka PPK dirubah pengertiannya menjadi penyelenggara pemeliharaan kesehatan
- Pemerintah dapat berperan sebagai masukan tetapi juga sebagai faktor yang mempengaruhi, misalnya membuat peraturan dan/atau kebijakan.

2.2 Komponen Proses

Proses tergambarkan dalam studi kelayakan dan rencana usaha Bapel, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi di semua komponen asuransi yang didasarkan pada data yang akurat.

2.3 Komponen Keluaran

Keluaran dapat berupa pembayaran sebagian atau keseluruhan paket-paket pelayanan kesehatan sesuai dengan transaksi premi yang telah disetujui. Dengan adanya perubahan ke arah paradigma sehat, maka asuransi diharapkan tidak hanya berperan pada pelayanan *kuratif* tetapi juga *pramotif*, *prefentif* dan *rehabilitatif*.

2.4 Komponen Dampak

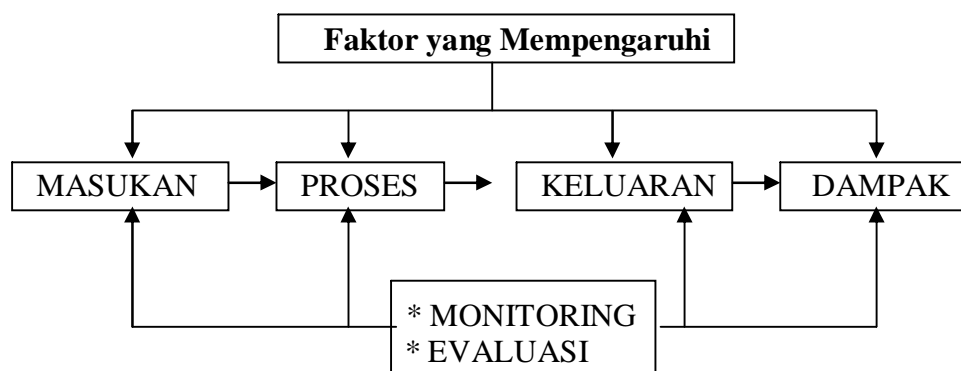
Dampak utama yang paling diharapkan adalah akses masyarakat terhadap penyelenggara kesehatan, dan pada akhirnya akan meningkatkan status/derajat kesehatan masyarakat yang ditandai : *pertama*, mampu hidup lebih lama dengan indikator umur harapan hidup; *kedua*, menikmati hidup sehat dengan indikator angka kesakitan; *ketiga*, mempunyai kesempatan meningkatkan pengetahuan dengan indikator angka melek huruf dan tingkat pendidikan serta *keempat*, hidup sejahtera dengan indikator pendapatan per kapita.

2.5 Faktor yang Mempengaruhi

Beberapa faktor yang mempengaruhi antara lain :

- Pemerintah yang berperan sebagai regulator dan pembuat kebijakan
- Permintaan (*demand*) masyarakat
- Sosio-ekonomi dan budaya masyarakat.

Untuk lebih jelasnya keseluruhan sistem digambarkan seperti pada bagan di halaman berikut.



Gambar 2. Sistem Pelayanan Asuransi Kesehatan

Pertanyaan :

1. a
2. b
3. c

Kepustakaan

- Departemen Kesehatan RI, 2001, *Profil Perkembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Tahun 2000*, Jakarta.
- Jacobs Philips, 1997, *The Economics of Health and Medical Care Fourth Edition*, An Aspen Publication, Marryland, page. 19-32.
- Murti Bhisma, 2000, *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta, hal. 26-30.
- Santerre and Neun, 2000, *Health Economics : Theories, Insights and Industry Studies*, United States of America.
- Thaurany H, 1989, *Administrasi Rumah Sakit*.

**SESI
6**

JENIS-JENIS ASURANSI KESEHATAN

Kata Kunci : *Komponen asuransi, tripartied, bipartied, compulsory, voluntary, reimbursement, prepayment, cost sharing, deductible, coinsurance, moral hazard, managed care.*

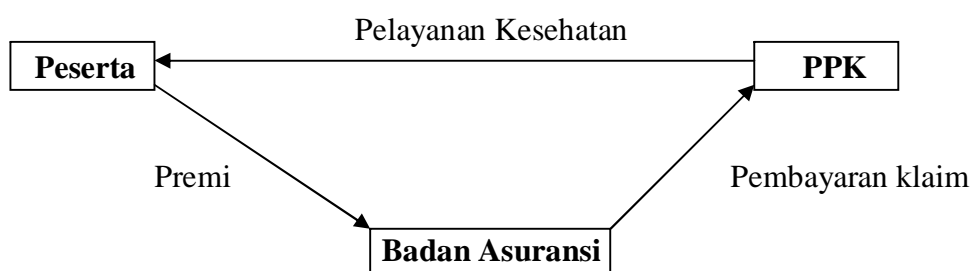
Keberhasilan penyelenggaraan asuransi kesehatan di suatu negara sangat tergantung pada situasi dan kondisi serta jenis asuransi yang dijalankan, baik satu jenis ataupun gabungan serta modifikasi berbagai jenis asuransi yang ada.

Azwar A (1996) membagi jenis asuransi berdasarkan ciri-ciri khusus yang dimiliki, sedangkan Thabrany H (1998) membagi atas berbagai model berdasarkan hubungan ketiga komponen asuransi yaitu peserta, penyelenggara pelayanan kesehatan serta badan/perusahaan asuransi.

Berdasarkan pendapat tersebut, secara garis besar ada beberapa jenis asuransi :

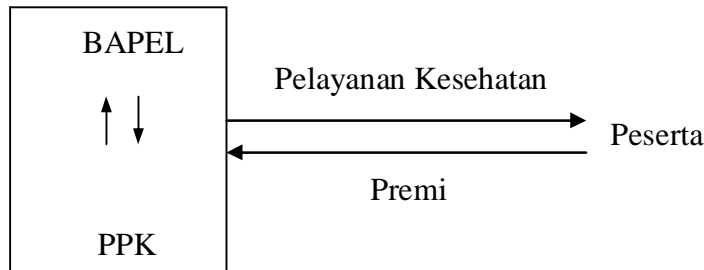
1. Ditinjau dari hubungan ketiga komponen asuransi

- a. Asuransi tripartied; apabila ketiga komponen asuransi terpisah satu sama lain dan masing-masing berdiri sendiri.



Gambar 3. Asuransi Tripartied

- b. Asuransi bipartied; PPK dapat merupakan milik atau dikontrol oleh perusahaan asuransi.



Gambar 4. Asuransi Bipartied

2. Ditinjau dari jumlah peserta

Ditinjau dari jumlah peserta, asuransi kesehatan dibedakan atas

- a. Asuransi kesehatan individu jika pesertanya perorangan.
- b. Asuransi kesehatan keluarga jika pesertanya satu keluarga.
- c. Asuransi kesehatan kelompok jika pesertanya satu kelompok.

3. Ditinjau dari keikutsertaan anggota

Ditinjau dari keikutsertaan anggota, asuransi kesehatan dibedakan atas :

- a. Asuransi kesehatan wajib (*Compulsory Health Insurance*)
Yaitu asuransi kesehatan yang wajib diikuti oleh suatu kelompok tertentu misalnya dalam suatu perusahaan atau suatu daerah bahkan suatu negara.
- b. Asuransi kesehatan sukarela (*Voluntary Health Insurance*)
Yaitu asuransi kesehatan yang keikutsertaannya tidak wajib tetapi diserahkan kepada kemauan dan kemampuan masing-masing.

4. Ditinjau dari kepemilikan badan penyelenggara

Ditinjau dari kepemilikan badan penyelenggara, asuransi kesehatan dibagi atas:

- a. Asuransi kesehatan pemerintah (*Government Health Insurance*) yaitu asuransi kesehatan milik pemerintah atau pengelolaan dana dilakukan oleh pemerintah. Keuntungan yang diperoleh khususnya bagi masyarakat kurang mampu karena mendapat subsidi dari pemerintah. Di lain pihak, biasanya mutu pelayanan kurang sempurna sehingga masyarakat merasa tidak puas.

- b. Asuransi kesehatan swasta (*Private Health Insurance*) yaitu asuransi kesehatan milik swasta atau pengelolaan dana dilakukan oleh suatu badan swasta. Keuntungan yang diperoleh biasanya mutu pelayanan relatif lebih baik, sedangkan kerugiannya sulit dilakukan pengamatan terhadap penyelenggaranya.

5. Ditinjau dari peranan badan penyelenggara asuransi

Ditinjau dari peranan badan penyelenggara asuransi, asuransi kesehatan dibagi atas :

- a. Hanya bertindak sebagai pengelola dana

Bentuk ini berkaitan dengan model tripartied, merupakan bentuk klasik dari asuransi kesehatan. Bentuk ini akan merugikan atau menguntungkan tergantung dari kombinasi dengan sistem pembayaran yang dijalankan. Jika dikombinasikan dengan *reimbursement*, akan merugikan. Sebaliknya jika dikombinasikan dengan *prepayment* akan menguntungkan.

- b. Badan penyelenggara asuransi juga bertindak sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan.

Jenis ini sesuai dengan bentuk bipartied, keuntungan yang diperoleh adalah pengamatan terhadap biaya kesehatan dapat ditingkatkan sehingga terjadi penghematan. Kerugiannya pelayanan kesehatan yang diberikan tergantung dari badan penyelenggara bukan kebutuhan masyarakat.

6. Ditinjau dari jenis pelayanan yang ditanggung

Ditinjau dari jenis pelayanan yang ditanggung, asuransi kesehatan dapat dibedakan atas :

- a. Menanggung seluruh jenis pelayanan kesehatan, baik pengobatan (*kurative*), pemulihan (*rehabilitative*), peningkatan (*promotive*) maupun pencegahan (*preventive*). Dengan demikian pelayanan yang diberikan bersifat menyeluruh (*comprehensive*) dengan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan peserta sehingga peserta jarang sakit dan secara timbal balik akan menguntungkan badan penyelenggara asuransi.

- b. Menanggung sebagian pelayanan kesehatan, biasanya yang membutuhkan biaya besar misalnya perawatan di rumah sakit atau pelayanan kesehatan yang biayanya kecil misalnya pelayanan kesehatan di puskesmas.

7. Ditinjau dari jumlah dana yang ditanggung

Ditinjau dari jumlah dana yang ditanggung, asuransi kesehatan dibagi atas :

- a. Seluruh biaya kesehatan yang diperlukan ditanggung oleh badan penyelenggara. Keadaan ini dapat mendorong pemanfaatan yang berlebihan oleh peserta terutama bila keadaan peserta kurang.
- b. Hanya sebagian biaya kesehatan yang ditanggung oleh badan penyelenggara.

Dengan cara ini dapat mengurangi pemanfaatan yang berlebihan atau *moral hazard* ditinjau dari pihak peserta karena peserta asuransi harus memberikan kontribusi yang telah ditetapkan bila memakai layanan kesehatan (*cost sharing*).

8. Ditinjau dari cara pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan

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

- a. Pembayaran berdasarkan jumlah kunjungan peserta yang memanfaatkan pelayanan kesehatan (*reimbursement*). Dengan demikian jumlah peserta berbanding lurus dengan jumlah uang yang diterima oleh penyelenggara pelayanan kesehatan.
- b. Pembayaran berdasarkan kapitasi yaitu berdasarkan jumlah anggota/ penduduk yang dilayani, berdasarkan konsep wilayah.

9. Ditinjau dari waktu pembayaran terhadap PPK

Ditinjau dari waktu pembayaran terhadap PPK, asuransi kesehatan terbagi atas:

- a. Pembayaran setelah pelayanan kesehatan selesai diselenggarakan (*Retrospective Payment*), biasanya dihitung berdasarkan *service by service* atau *patient by patient*.
- b. Pembayaran di muka (*pre payment*) yaitu diberikan sebelum pelayanan diselenggarakan, biasanya perhitungan berdasarkan kapitasi dengan pelayanan komprehensif dengan tujuan penghematan dan mengurangi *moral hazard* dari penyelenggara pelayanan kesehatan.

10. Ditinjau dari jenis jaminan

Ditinjau dari jenis jaminan, asuransi kesehatan dibagi atas :

- a. Jaminan dengan uang, yaitu asuransi yang membayar dengan mengganti biaya pelayanan yang diberikan.
- b. Jaminan yang diberikan tidak berupa uang (*Managed Care*), contohnya : JPKM, Askes.

Pertanyaan :

1. a
2. b
3. c

Kepustakaan

- Azwar A., 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Jakarta, hal. 145-47.
- Azwar A dalam Thabrany H., 1998, *Pembayaran Kapitasi*, Jakarta, hal. 71-76.
- Departemen Kesehatan RI., 1996 *Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Pengertian dan Pelaksanaannya*, Jakarta.
- Murti Bhisma., 2000, *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta, hal. 26-33.

Kata Kunci : Askes tradisional, *community rating*, *experience rating*, *managed care*, *fee for service*, *out of pocket*, *cost containment*, *risk sharing*

I. Asuransi Kesehatan Konvensional

1. Pengertian

Asuransi kesehatan konvensional atau yang biasa juga dikenal sebagai asuransi kesehatan tradisional adalah salah satu bentuk produksi asuransi kesehatan dengan pembayaran premi berdasarkan *community rating* yaitu cara perhitungan premi sehingga semua anggota di dalam kelompok membayar premi yang sama berdasarkan karakteristik risiko kelompok, misalnya usia atau masalah kesehatan.

2. Ciri-ciri asuransi kesehatan konvensional

Asuransi kesehatan konvensional mempunyai ciri sebagai berikut :

- a. Peserta dapat memilih penyelenggara pelayanan kesehatan yang diinginkan.
- b. Tidak terikat lokasi, karena tidak ada konsep wilayah.
- c. Kepuasan peserta tinggi, karena sesuai dengan pilihannya walaupun mungkin terjadi kepuasan semu karena sifatnya sangat subjektif.
- d. Mutu pelayanan yang diberikan menjadi risiko peserta.
- e. Cakupan risiko tidak komprehensif.
- f. Sasaran adalah masyarakat menengah ke atas.
- g. *Moral hazard* baik bagi peserta maupun penyelenggara pelayanan kesehatan tinggi karena konsumsi dari pemberi pelayanan (*supply*) melebihi kebutuhannya.
- h. Dengan demikian biaya relatif mahal karena tidak ada pengawasan terhadap *provider* maupun konsumen.
- i. Akibatnya inflasi biaya tinggi.

- j. Administrasi klaim lebih sulit karena berbagai ragam formulir, aturan, prosedur dari masing-masing penyelenggara pelayanan kesehatan.
- k. Konsumen yang tidak mempunyai pengetahuan yang cukup (*ignorance*) menjadi tidak terlindungi.

II. *Managed Care*

1. Pengertian

Managed Care adalah suatu sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang disusun berdasarkan jumlah anggota yang terdaftar dengan kontrol mulai dari perencanaan pelayanan serta meliputi ketentuan :

- a. Ada kontrak dengan penyelenggara pelayanan kesehatan untuk pelayanan yang komprehensif.
- b. Penekanan agar peserta tetap sehat sehingga utilitasi berkurang.
- c. Unit layanan harus memenuhi standar yang telah ditetapkan.
- d. Ada program peningkatan mutu layanan.

2. Ciri-ciri *Managed Care*

Ada beberapa ciri *Managed Care* yaitu :

- a. Kontrol utilisasi yang ketat sesuai mekanisme kontrak.
- b. Monitoring dan kontrol pelayanan yang diberikan.
- c. Memakai dokter umum dan tenaga medik lainnya untuk mengelola pasien.
- d. Menciptakan layanan kesehatan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan.
- e. Ada program perbaikan kualitas.
- f. Sistem *reimburse* yang membuat sarana pelayanan kesehatan (dokter, puskesmas, rumah sakit dll) dapat mempertanggungjawabkan biaya dan kualitas layanan kesehatan.

3. Faktor utama dalam *managed care* antara lain :

- a. Mengelola pembiayaan dan pemberian jasa pelayanan kesehatan.
- b. Menggunakan teknik kendali biaya.
- c. Membagi risiko keuangan antara *provider* dan badan asuransi.

4. Ada 3 bentuk *Managed Care* :
 - a. HMO (*Health Maintenance Organization*)
 - b. PPO (*Preferred Provider Organization*)
 - c. POS (*Point of Service*)

HMO

HMO adalah satu 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. Dulu (HMO tradisional) dibayar *reimburse* berdasarkan *fee for service*.
2. Terikat pada lokasi tertentu.
3. Pembayaran *out of pocket* sangat minimal.
4. Ada dua bentuk HMO; *pertama*, HMO merupakan badan penyelenggara merangkap sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan sehingga kontrol lebih baik dan mengurangi utilisasi yang berlebihan. *Kedua*, HMO mengontrol penyelenggara pelayanan kesehatan.
5. Pilihan PPK terbatas, perlu waktu untuk menukar PPK.
6. Ada pembagian risiko dengan PPK.
7. Kendali biaya dan pemanfaatan tinggi.
8. Ada kemungkinan mutu pelayanan rendah.

Ada beberapa tipe HMOs, yaitu :

- a. *Staff-model* yaitu dokter secara langsung menjadi pegawai HMO dan diberikan imbalan dengan sistem gaji.
- b. *Group-model* yaitu HMO mengontrak dokter secara kelompok dan biasanya didasarkan atas kapitasi.
- c. *Network-model* yaitu HMO mengontrak lebih dari satu grup dokter.
- d. *Individual Practice Assosiation* (IPA) yaitu HMO mengontrak sejumlah dokter dari beberapa jenis praktek dan biasanya didasarkan pada *fee for service*.

PPO dan POS

Merupakan bentuk *managed care* yang memberikan 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-cirinya sebagai berikut :

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

III. Perbedaan Asuransi Konvensional dan *Managed Care*

Secara garis besar perbedaan asuransi konvensional dengan *managed care* tampak seperti matriks di bawah ini.

Tabel 2. Perbedaan Asuransi Konvensional dan *Managed Care*

Konvensional	<i>Managed Care</i>
1. Tujuan : menghindari kerugian	i. meningkatkan status kesehatan
2. Cara penentuan premi dengan <i>experience rating</i> yaitu risiko dihitung dengan memakai data biologis individu. Orang risiko tinggi akan membayar lebih mahal	ii. menggunakan <i>community rating</i> yaitu risiko dihitung berdasarkan <i>data community</i>
3. tidak ada <i>cost containment</i>	iii. ada <i>cost containment</i>
4. tidak ada manajemen utilisasi	iv. ada manajemen utilisasi
5. <i>risk transfer</i>	v. risk sharing
6. risiko terpilih	vi. komprehensif.

Pertanyaan :

1. a
2. b
3. c

Kepustakaan :

- Jacobs Philips., 1997, *The Economics of Health and Medical Care Fourth Edition*, An Asspen Publication, Marryland, hal. 22-31.
- Murti Bhisma., 2000, *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta, hal. 45-52.
- Program Studi Kajian Administasi Rumah Sakit Program Pascasarjana Universitas Indonesia, 1998/1999, *Ekonomi Layanan Kesehatan*, Jakarta.

SESI 8

PERMINTAAN DAN PENAWARAN TERHADAP ASURANSI KESEHATAN

Kata Kunci : Komoditi jasa, *need, demand, ceteris paribus*, penawaran, fungsi risiko dan kehilangan, selera badan penyelenggara & objectives, *Insurer revenues/premium, insurer cost, losses from medical care*

I. PERMINTAAN TERHADAP ASURANSI KESEHATAN

1.1 Pengertian

Pengertian permintaan/*demand* terhadap asuransi kesehatan tidak terlepas dari pengertian permintaan dalam Ilmu Ekonomi yaitu jumlah komoditi berupa barang atau jasa yang mau dan mampu dikonsumsi oleh konsumen dalam periode waktu tertentu.

Pada umumnya dalam perencanaan kesehatan lebih banyak digunakan *need* (kebutuhan) sebagai dasar dibandingkan dengan *demand*.

Need (kebutuhan) adalah jumlah pelayanan kesehatan yang diyakini oleh para ahli kesehatan/kedokteran harus dimiliki oleh seseorang untuk tetap atau menjadi kondisi sehat mungkin (optimal).

Namun demikian analisa permintaan tetap dibutuhkan karena dengan hanya berdasarkan *need* (kebutuhan), kemungkinan terjadi berbagai kesalahan, misalnya jika kebutuhan lebih besar dari kebutuhan riil, maka terjadi *underutilisasi* akibatnya tidak efisien. Sebaliknya jika kebutuhan riil lebih besar, maka permintaan berlebihan, waktu tunggu menjadi lebih panjang, fasilitas kurang (*shortage*) akibatnya Biaya tinggi.

Bradshaw dalam Tjiptoheriyanto P dan Soesetyo B mengatakan bahwa ada empat definisi dari *need* yang lazim digunakan dalam penelitian dan praktisi *social policy* yaitu :

- a. ***Normative need*** terjadi manakala masyarakat memiliki standar pelayanan kesehatan sesuai dengan standar para ahli.

- b. *Felt need* terjadi manakala masyarakat menghendaki pelayanan kesehatan berkaitan dengan persepsi perorangan.
- c. *Expressed need* adalah *need* yang dirasakan kemudian dikonversikan ke dalam permintaan walaupun tidak selalu harus seperti definisi permintaan menurut para ekonom yang menyangkut *willingness* dan *ability to pay*.
- d. *Comparative need* terjadi manakala suatu kelompok masyarakat dengan status kesehatan tertentu mendapatkan pelayanan kesehatan, di lain pihak dilakukan kelompok lain dengan status kesehatan yang sama tidak mendapatkan pelayanan kesehatan.

Dari studi di luar negeri, pengendalian biaya kesehatan ternyata dapat melalui intervensi pemberian pelayanan kesehatan dan pembiayaan melalui badan asuransi kesehatan (Sulastomo, 2000). Seperti telah dibicarakan pada sesi sebelumnya bahwa konsep dasar asuransi adalah berlaku hukum jumlah besar, makin besar jumlah peserta makin besar risiko yang dapat dieduksi. Jumlah peserta sangat tergantung dari **permintaan** akan asuransi kesehatan, semakin besar permintaan, maka peserta asuransi akan bertambah (Murti B, 2000).

Dengan demikian walaupun asuransi kesehatan merupakan salah satu komoditi jasa sektor kesehatan, analisa yang digunakan lebih ke arah permintaan/*demand* yang menggambarkan kemauan dan kemampuan konsumen dalam hal ini peserta asuransi untuk membeli asuransi kesehatan.

1.2 Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Permintaan Asuransi Kesehatan

Feldstein (1976) berpendapat bahwa secara ringkas teori permintaan terhadap asuransi kesehatan dapat digambarkan dalam dua area yaitu faktor-faktor yang berpengaruh terhadap permintaan asuransi kesehatan serta kesejahteraan yang dicapai karena seseorang membeli asuransi kesehatan untuk seluruh jenis penyakit. Selanjutnya menurut Feldstein ada beberapa faktor yang berpengaruh terhadap permintaan asuransi antara lain : harga dan pendapatan, selera individu tentang keengganan menerima risiko dan besarnya kemungkinan kehilangan kekayaan akibat kejadian sakit.

Jacobs P (1997) mengemukakan bahwa dasar teori permintaan terhadap asuransi digambarkan secara sistematis dan pasti bagaimana variabel selera konsumen, tingkat kekayaan, harga asuransi, kemungkinan kejadian sakit, kehilangan karena pengeluaran pembiayaan pada saat sakit serta pemanfaatan maksimal mempengaruhi keputusan seseorang untuk membeli asuransi.

Dijelaskan lebih lanjut sebagai berikut :

- Selera konsumen berhubungan erat dengan konsep pemanfaatan (utilitas)
Adanya perubahan pemanfaatan yang berkaitan dengan perubahan tingkat kekayaan akan mempengaruhi fungsi selera yang ditentukan oleh pengurangan pemanfaatan marginal (*marginal utility*).
- Tingkat kekayaan berhubungan erat dengan tingkat pemanfaatan; pendapatan yang rendah akan menurunkan permintaan terhadap asuransi.
- Pengeluaran biaya pada waktu sakit, yang terdiri dari dua komponen yaitu : biaya satuan pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan dan jumlah penggunaannya.
- Kemungkinan sakit. Peluang seseorang untuk menderita sakit akan mempengaruhi tingkat kekayaannya.
- Harga asuransi berhubungan dengan pemanfaatan.
- Perilaku masyarakat yang menginginkan memanfaatkan haknya secara maksimal.

Santerre dan Neun (2000) mengemukakan empat faktor individu yang mempengaruhi jumlah permintaan terhadap asuransi kesehatan yaitu :

- Harga asuransi. Secara spesifik apabila harga asuransi kesehatan menurun, pemanfaatan relatif meningkat sesuai dengan yang diharapkan dan jumlah permintaan terhadap asuransi kesehatan meningkat, apabila yang lain tidak berubah (*ceteris paribus*).
- Peluang kejadian sakit secara subjektif, merupakan satu alasan mengapa banyak orang mengambil pelayanan pilihan dibanding pelayanan rutin, misalnya : pemeriksaan fisik secara periodik dan pemeriksaan gigi.
- Besarnya kehilangan relatif dari pendapatan akibat pengeluaran waktu sakit.

- Kemauan untuk membeli asuransi kesehatan meningkat seiring dengan besarnya kemungkinan kehilangan relatif dari pendapatan. Potensi untuk kehilangan pendapatan dalam jumlah yang besar merupakan alasan banyak orang memilih pelayanan rumah sakit.
- Derajat keengganan menerima risiko. Yang dimaksud penghindar risiko dalam hal ini adalah seseorang dalam keadaan *gambling* dengan kemungkinan kehilangan kekayaan karena pengeluaran waktu dia sakit dengan keuntungan tidak kehilangan kekayaan adalah 50-50. Hasil tersebut berdasarkan penilaian sendiri yang biasanya dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti status kesehatan, umur dan cara hidup.

II. PENAWARAN TERHADAP ASURANSI KESEHATAN

2.1 Pengertian

Sama halnya dengan permintaan maka pengertian penawaran asuransi kesehatan pun tidak terlepas dari pengertian penawaran atau *supply* secara ekonomi yaitu jenis komoditi yang mau dan mampu ditawarkan oleh *supplier* dalam periode waktu tertentu.

Dalam hal asuransi kesehatan, *supplier* adalah badan penyelenggara sedangkan komoditi adalah jenis asuransi yang ditawarkan.

2.2 Faktor yang Mempengaruhi

Dalam menentukan produksi jasa asuransi yang akan ditawarkan, badan penyelenggara harus memperhitungkan beberapa faktor yang akan mempengaruhi. Jacob P, 1997 menyebutkan bahwa basil produksi dari Badan Penyelenggara asuransi adalah asumsi risiko yang ditimbulkan oleh konsumen atau peserta asuransi, termasuk besarnya biaya pengeluaran medis yang secara nyata harus diperhitungkan.

2.2.1 Fungsi risiko dan kehilangan

Badan penyelenggara dapat memperkirakan besarnya risiko kehilangan yang diakibatkan oleh pengeluaran medis peserta asuransi berdasarkan pengalaman waktu sebelumnya. Secara statistik, fungsi risiko ini dapat dijelaskan

dengan menggunakan rumus :

$$\frac{\sum (x-\mu)^2}{N}$$

Σ = tanda untuk penjumlahan

X = individu yang diobservasi

μ = Rata-rata kehilangan

N = Jumlah individu.

Hasil akan lebih akurat apabila diperhitungkan standar deviasi dengan rumus :

$$\sqrt{\left(\frac{\sum (x-\mu)^2}{N}\right)}$$

Untuk tujuan asuransi, standar deviasi ini sangat penting digunakan dalam menganalisa risiko kehilangan dari suatu kelompok peserta. Apabila ada penambahan peserta (peningkatan N) dengan pengalaman risiko yang sama maka SD akan menurun. Hal ini berarti risiko dari seorang peserta asuransi yang diukur dengan risiko kehilangan individu akan lebih besar dari risiko kehilangan kelompok dan hasilnya akan menjadi lebih kecil dengan meningkatnya kelompok peserta. Dan ini berkaitan erat dengan prinsip dasar asuransi yaitu Hukum Jumlah Besar.

Dalam pencapaian tujuan asuransi, perhitungan ini digunakan untuk menganalisa *loss experience* dari kelompok peserta dengan N adalah kelompok peserta.

2.2.2 Selera dan tujuan dari Badan Penyelenggara

Sebagai badan yang bergerak dalam *business*, termasuk juga asuransi, badan penyelenggara bertujuan mendapatkan keuntungan untuk semua pihak (*share holder*) dengan pemanfaatan maksimal. Jacob P (1997) berpendapat bahwa besarnya keengganan menanggung risiko dan peningkatan kekayaan akan mengurangi *marginal utility*.

Kekayaan badan penyelenggara sangat bergantung dari pendapatan yang dihimpun dari peserta serta biaya peserta dan pengeluaran lainnya. Badan

penyelenggara harus mempunyai modal yang cukup untuk menanggulangi risiko yang ditimbulkan (*contingency reserve*). Dalam JPKM modal ini berupa 25% yang harus dihimpun oleh Bapel atas nama menteri kesehatan.

2.2.3 Pendapatan Badan Penyelenggara (*Insurer revenues/premium*)

Pendapatan Badan Penyelenggara didapat dari peserta asuransi yang dihitung berdasarkan *experience rating*, yaitu risiko kehilangan dari individu atau *group* atau *community rating* yang dihitung dari risiko kehilangan rata-rata populasi dari setiap individu dengan membayar jumlah yang sama.

2.2.4 Biaya Badan Penyelenggara (*Insurer cost*)

Perhitungan biaya yang diharapkan berasal dari dua komponen yaitu kemungkinan risiko kehilangan dana serta biaya administrasi, termasuk biaya manajemen (*management fee*).

2.2.5 Pengeluaran untuk penyelenggara pelayanan (*Provider*)

Pengeluaran untuk penyelenggara pelayanan (*provider*) atau *losses from medical care* dapat dihitung dari harga (tarif) dan jumlah pelayanan medik yang digunakan/diterima peserta asuransi, dan keduanya berhubungan erat dengan status kesehatan peserta. Yang perlu menjadi pertimbangan adalah *moral hazard* dari penyelenggara pelayanan maupun peserta. Model *managed care* agaknya memenuhi kriteria untuk mengurangi *moral hazard* tersebut.

Pertanyaan :

1. a
2. b
3. c

Kepustakaan

- Feldstein P., 1979, *Health Care Economics*, United States of America, pg. 107-26, 141-43.

- Jacobs Philips, 1997, *The Economics of Health and Medical Care Fourth Edition*, An Aspen Publication, Marryland.
- Santerre and Neun., *Health Economics : Theories, Insights and Industry Studies*, United States of America, pg. 122-31.
- Tjiptoheriyanto dan Soesetyo, 1994, *Ekonomi Kesehatan*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta, hal. 72-73.

PASAR DAN PEMASARAN ASURANSI KESEHATAN

Kata Kunci : *Relationship, Marketing mix, premium setting, pertukaran (exchange), target market*

1. Pengertian

Pasar adalah semua pelanggan potensial yang memiliki kebutuhan dan keinginan tertentu yang sama dan mampu melaksanakan pertukaran untuk memuaskan kebutuhan dan keinginan tersebut. (Kotler P, 1997)

Dengan demikian terjadi interaksi antara *demanders* dengan *suppliers*, demikian pula pada asuransi kesehatan terjadi suatu *relationship* antara *buyers* dan *suppliers*. Pemasaran merupakan suatu proses sosial dan manajerial yang memungkinkan individu atau kelompok mendapatkan kebutuhan mereka dengan jalan menciptakan, menawarkan serta menukarkan produk yang bernilai dengan produk lain. Seperti halnya pada komoditi lain, maka untuk asuransi kesehatan juga berlaku *marketing mix* atau bauran pemasaran, yaitu gabungan dari variabel pemasaran yang digunakan oleh suatu institusi untuk mencapai tujuan pemasaran. Bauran pemasaran klasik terdiri dari 4P yaitu *product, price, place, promotion*.

Sabarguna B (2001) menyebutkan ada 10 P pada bauran pemasaran jasa pelayanan kesehatan yang berlaku juga untuk jasa asuransi kesehatan, yaitu :

P1 : *Product/service* yaitu jenis pelayanan yang disediakan

P2 : *Place* yaitu tempat atau lokasi pelayanan

P3 : *Price* atau harga, untuk asuransi kesehatan berupa premi (*premium setting*) baik individu ataupun kelompok (*community rating*).

P4 : *Promotion* yaitu informasi yang menarik minat dan mendorong penggunaan yang tepat.

P5 : *Professional* yaitu *insurers health provider* mampu memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar.

P6 : *People* yaitu pelanggan internal terutama untuk model bipartied.

P7 : *Public* yaitu peserta atau masyarakat.

P8 : *Power* yaitu kekuatan pemilik, bagaimana pemilik dapat memperlihatkan citranya sehingga dipercaya oleh masyarakat.

P9 : *Pressure*/tekanan yaitu seberapa besar tanggung jawab pemilik.

P10 : *Performance* atau keuangan dari *stake holder* yaitu badan penyelenggara asuransi ataupun penyelenggara pelayanan kesehatan.

2. Kegiatan Pemasaran

Kegiatan terdiri dari kegiatan manajerial yaitu menganalisa, merencanakan, implementasi dan mengontrol program-program yang disusun untuk *target markets* dengan tujuan pencapaian tujuan organisasi.

Dalam organisasi modern, organisasi harus mengetahui dengan cermat dan jelas tentang pasar, sumber daya yang efisien yang dapat diubah menjadi produk, *service*, ide dan sebagainya agar organisasi tetap *survive* dan sukses dalam berbagai kondisi khususnya dalam menghadapi persaingan nasional ataupun global. Langkah kegiatan meliputi :

- a. Proses manajerial
- b. Memformulasi program secara sistematis berdasarkan skala prioritas
- c. Membuat pertukaran secara *volunteer*
- d. Menseleksi target market berdasarkan *needs* dan *desires* dan bukan *seller is personal tastes*.
- e. Membantu organisasi untuk tetap *survive*
- f. Menggunakan alat/variabel yang disebut *marketing mix*.

Pertanyaan :

1. a
2. b
3. c

Kepustakaan

- Bryson J.M., 1988, *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations*, Jossey-Bass Publishers, San Fransisco.

- Kotler P, Ferrell O.C, and Lamb C., 1987, *Strategic Marketing fo Nonprofit Organizations Cases and Readings*, Third Edition, Prentice Hall. Inc, New Jersey. Pg. 54-56, 120-34.
- Sabarguna B.S., 2001, *Sistem Informasi Pemasaran Rumah Sakit Berbasis Rekam Medis*, Disertasi, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
- Wright P, Kroll M.J, and Parnell J., 1996, *Strategic Management Concepts and Cases*, Third edition, Prentice Hall. Inc, New Jersey. Pg. 286-300.

CASEMIX DAN DIAGNOSTIC RELATED GROUP (DRG)

Kata Kunci : *Casemix, DRG, Comorbidity, ICD, Multiproduct, outlier*

1. Pengertian

Penetapan kerjasama antara penyelenggara pelayanan kesehatan (PPK) khususnya rumah sakit dengan pihak ketiga yaitu Badan Penyelenggara (Bapel) Asuransi memerlukan alat ukur dengan persepsi yang sama antara PPK dan Bapel yang dapat dijadikan standar dalam rangka meningkatkan mutu layanan kepada peserta dan kendali biaya. Rumah sakit merupakan organisasi yang kompleks. Dikatakan demikian karena *outputnya* sangat heterogen atau *multiproduct* dengan perbedaan yang sangat besar antar masing-masing produk misalnya pelayanan laboratorium, gawat darurat, pelayanan intensif maupun operatif. Selain itu pelayanan juga berbeda bagi masing-masing kasus. Keadaan ini cukup menyulitkan dalam perhitungan besaran pembayaran baik secara langsung dari pasien yang dilayani (*out of pocket*) maupun dari Badan Penyelenggara Asuransi. *Casemix* dan *Diagnostic Related Groups* (DRGs) merupakan salah satu solusi untuk pemecahan masalah ini.

Menurut Jacobs P, 1997, *casemix* adalah suatu indeks atau alat ukur rata-rata penggunaan sumber daya untuk kelompok khusus yang sejenis. Besaran yang dihasilkan memperlihatkan perkiraan sumber daya yang digunakan untuk masing-masing kasus.

Secara operasional *casemix* tidak dapat dipisahkan dari *Diagnostic Related Groups* (DRGs) yaitu suatu sistem yang mengklasifikasikan pasien-pasien rawat inap rumah sakit ke dalam kelompok-kelompok (grup) yang menggunakan sejumlah sumber daya yang relatif sama berdasarkan karakteristik seperti diagnosa, prosedur, umur, komplikasi ataupun penyakit yang menyertai (*comorbidity*).

Fetter dalam Jacobs P, 1997 menyatakan perencanaan pembayaran *prospective DRGs* adalah suatu standar untuk semua pelayanan rawat inap yang didasarkan pada diagnosa dan satu periode tertentu.

2. Manfaat

Ditinjau dari beberapa aspek, *casemix* mempunyai manfaat antara lain :

- Dari aspek perencanaan, *casemix* dapat menyediakan informasi yang akurat tentang biaya kesehatan yang dibutuhkan per penyakit.
- Dari aspek pembiayaan, *casemix* dapat digunakan sebagai dasar persamaan persepsi dan alat ukur untuk penetapan kerjasama dengan Bapel.
- Dari aspek pemeliharaan, *casemix* dapat digunakan sebagai alat ukur dari output rumah sakit dan menjadi dasar dari negosiasi biaya dengan pasien ataupun Bapel.
- Dari mutu pelayanan kesehatan, *casemix* membantu meningkatkan mutu melalui penyediaan informasi bagi para tenaga medis dan tenaga kesehatan lain tentang jenis perawatan, rata-rata lama hari rawat serta biaya pelayanan kesehatan.

Sedangkan DRGs memberikan informasi tentang klasifikasi kasus-kasus dengan diagnosa yang sejenis disertai standar-standar pelayanan yang digunakan sehingga memudahkan dalam perhitungan biaya yang tercermin pada *casemix* (unit *cost* per jenis penyakit). Hornbrook, 1982 dalam Jacobs P berpendapat bahwa sistem DRG merupakan satu model dari banyak kemungkinan cara untuk mengklasifikasikan pasien menurut unsur-unsur yang ada.

3. Mekanisme Penentuan DRGs

Berdasarkan karakteristik pasien yang sebagian besar sama, maka dapat dikembangkan kecenderungan penggunaan sumber daya individu menjadi kecenderungan kelompok dengan menghitung *Length of Stay (LOS)* dan *unit cost*. Penentuan diagnosa didasarkan pada *Internasional Classification of Diseases (ICD)* yang dikembangkan di Amerika mengacu kepada *World Health*

Organization System. Rumah sakit-rumah sakit di Indonesia, saat ini sudah menggunakan ICD X.

Secara operasional pelaksanaan DRG dan *casemix* di rumah sakit antara lain meliputi : masing-masing kasus diseleksi berdasarkan apakah memerlukan tindakan operasi atau tidak, umur, adakah komplikasi/tidak. Setelah kriteria diseleksi maka untuk masing-masing kasus yang menggunakan jumlah sumber daya yang sama dapat dibayar dengan harga yang sama sehingga didapat suatu standar.

Namun demikian, tidak menutup kemungkinan rumah sakit harus membayar kelebihan biaya seperti pada kasus-kasus *outlier* dan *direct medical education*. *Outlier* adalah suatu kasus dengan biaya ataupun *Length of Stay* yang cukup tinggi melebihi batas atau standar yang ditentukan. Pada akhirnya DRGs bukanlah merupakan suatu cara yang mudah dalam perhitungan *casemix*. Dari beberapa penelitian memperlihatkan bahwa banyak grup dengan kasus maupun penggunaan sumber daya yang sangat bervariasi. (Horn dan Sharkey, 1983).

Pertanyaan :

1. a
2. b
3. c

Kepustakaan

- Health Insurance Association of America (HIAA), 1995., *Managed Care Integrating The Delivery and Financing of Health Care*, Hal. 61-62.
- Jacobs P, 1997., *The Economics of Health and Medical Care* 4th edition, Marryland, hal. 157-62, 384.
- Ronnie, Rivany, 1998/1999., *DRG dan Casemix, Reformasi Mikro Ekonomi di Industri Layanan Kesehatan. Kajian Administrasi Rumah Sakit*, Program Pascasarjana Universitas Indonesia, Sesi 9.

JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT

Kata Kunci : Jaminan, cara penyelenggaraan, azas usaha bersama dan kekeluargaan, pemeliharaan kesehatan paripurna, praupaya, Sistem Asuransi Nasional

1. Pengertian dan Landasan Hukum

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat untuk selanjutnya disebut JPKM merupakan peran serta masyarakat dalam pembiayaan pemeliharaan kesehatan.

Dalam Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan pasal 1 no 15 disebutkan bahwa "**Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat 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 pra upaya**"

Selanjutnya dalam Pasal 66 ayat (1) Undang-Undang No. 23 tahun 1992 dinyatakan bahwa "Pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan, yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra upaya, berazaskan usaha bersama dan kekeluargaan.

Dari pengertian tersebut, beberapa kata kunci adalah sebagai berikut :

- a. Jaminan, artinya harus mampu menjamin terselenggaranya pemeliharaan kesehatan paripurna dan berkesinambungan dengan mutu sesuai standar yang berlaku, efisien serta efektif bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat peserta.
- b. Cara penyelenggaraan
JPKM merupakan cara penyelenggaraan upaya pemeliharaan kesehatan yang terpadu dengan pembiayaannya dan diharapkan terjadi penyelenggaraan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang terkendali.

c. Azas Usaha bersama dan kekeluargaan

JPKM merupakan usaha bersama yang menghendaki peran aktif dari seluruh komponen JPKM, yaitu Badan Penyelenggara (Bapel), peserta dan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) dengan Badan Pembina (BAPIM) sebagai regulator.

d. Pemeliharaan kesehatan yang paripurna

Pemeliharaan kesehatan yang paripurna diartikan upaya pemeliharaan secara menyeluruh meliputi kegiatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif, terpadu dan berkesinambungan.

e. Pembiayaan secara pra upaya

Pemberi pelayanan kesehatan yang kemudian diubah menjadi penyelenggara pelayanan kesehatan (PPK) dibayar di muka dengan biaya yang telah disepakati bersama.

Yang perlu diingat **fokus utama JPKM** adalah **peningkatan derajat kesehatan** melalui upaya promotif dan preventif, bukan semata-mata menghimpun dana sehingga **tidak perlu** pembatasan kepesertaan maupun pemeriksaan kesehatan sebagai syarat untuk menjadi peserta.

2. Perkembangan JPKM

Upaya peran serta masyarakat telah dikembangkan sejak 1970 melalui suatu wadah yang disebut Dana Upaya Kesehatan Masyarakat atau Dana Sehat dan pada tahun 1988 dilakukan uji coba pelaksanaan JPKM di Bali.

JPKM berkembang lambat dan sporadis. Tahun 1998 melalui peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat dalam proyek Jaring Pengaman Sosial dilaksanakan pengembangan JPKM yang dikenal dengan nama JPKM-JPSBK. Namun dalam perkembangannya kurang menggembirakan. Contohnya untuk Jawa Barat dari 43 JPKM-JPSBK yang diharapkan dapat berkembang menjadi JPKM mandiri hanya 5 yang masih eksis dan hanya satu yang berhasil, yaitu JPKM Surya Sumirat di bawah naungan Yayasan Santo Borromeous. Di tengah-tengah era otonomi daerah dan desentralisasi, Undang-Undang JPKM masih terus diproses dan diharapkan suatu saat nanti Indonesia akan mempunyai suatu sistem

asuransi kesehatan nasional di samping asuransi kesehatan yang telah berjalan selama ini seperti ASKES untuk pegawai negeri sipil dan Jamsostek untuk para tenaga kerja lain.

Masuknya badan asuransi asing yang sudah dimulai saat ini perlu diwaspadai apabila kita tidak ingin kehilangan pangsa pasar yang cukup besar (210 juta penduduk Indonesia).

Pertanyaan :

1. a
2. b
3. c

Kepustakaan

- Departemen Kesehatan RI., 1996, *Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Pengertian dan Pelaksanaan*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI., 2000 *Pembinaan, Pengembangan dan Pendorongan JPKM, Acuan Bagi Pembina*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI., 2001 *Profil perkembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat tahun 2000*. Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat, Jakarta.

Kata Kunci : *Social security*, asuransi kesehatan sosial, *compulsory*, solidaritas, otonomi dan desentralisasi, pengembangan sumber daya

1. Pengertian

Asuransi Kesehatan sosial merupakan bagian dari perlindungan sosial (*social security*) yang bertujuan untuk melindungi masyarakat terhadap risiko risiko biaya layanan kesehatan yang mahal sehingga setiap orang dapat menggunakan haknya yaitu akses terhadap pelayanan kesehatan.

Stierle F (2002) dari GTZ Jerman mengemukakan bahwa asuransi kesehatan sosial merupakan suatu sistem yang mencakup risiko keuangan seperti kehilangan pendapatan atau kebutuhan perawatan medis yang dikelompokkan dalam suatu kelompok yang seluas mungkin dengan biaya yang ditanggung bersama-sama.

2. Ciri-ciri Utama Sistem Asuransi Kesehatan Sosial

Ciri utama sistem asuransi kesehatan sosial adalah :

a. Kerangka kerja resmi ditetapkan sebagai kebijakan nasional berupa keanggotaan wajib (*compulsory*), kontribusi, peraturan dan kontrol masyarakat, dan bukan orientasi pada keuntungan.

b. Prinsip solidaritas

Pengertian di Eropa mencakup :

- Program etis
- Setiap orang sebaiknya memiliki akses untuk cakupan keuntungan yang sama dan kualitas kesehatan yang sama
- Tidak ada keluarga yang terbebani secara keuangan pada waktu sakit.
- Secara implisit :
 - yang lebih kaya membiayai yang miskin

- yang muda membiayai yang tua
 - yang sehat membiayai yang sakit
 - keluarga kecil membiayai keluarga besar.
- Solidaritas memiliki pengaruh terhadap masyarakat dan merupakan langkah pertama untuk kestabilan ekonomi, pencegahan dan pengurangan kemiskinan/ketidakmampuan; masyarakat yang **adil** dan sederajat dalam mencapai ketahanan dan persatuan.
- c. Mengarah pada dana asuransi kesehatan sosial otonom (desentralisasi)
- d. Badan penyelenggara baik swasta ataupun pemerintah yang telah terakreditasi
- e. Ada hubungan kontrak badan penyelenggara dengan para peserta.

3. Manfaat Asuransi Kesehatan Sosial

Manfaat asuransi kesehatan sosial antara lain :

- Pembiayaan tidak ditentukan secara politik, dan alokasi dana diciptakan transparan
- Memberikan otonomi keuangan dan kesempatan berkompetisi serta membagi peran antara peserta dan Badan Penyelenggara.

4. Prasyarat Asuransi Kesehatan Sosial

Prasyarat asuransi kesehatan sosial meliputi :

- Pelayanan berkualitas, penerimaan konsep asuransi oleh semua pihak
- Lebih mudah diperkenalkan dalam sektor pekerjaan formal
- Kapasitas pemerintah sebagai pengatur, pengamat dan pemberi dana, terutama bagi masyarakat miskin
- Desentralisasi dan pengawasan demokratis.

5. Asuransi Kesehatan Sosial di Indonesia

Sulastomo (2002) maupun Thabrany H (2002) berpendapat bahwa asuransi kesehatan sosial sangat dibutuhkan di Indonesia mengingat kesehatan adalah hak sedangkan situasi saat ini tidak semua masyarakat dapat akses terhadap

pelayanan kesehatan yang penyebabnya antara lain ketiadaan biaya.

Pengembangan asuransi kesehatan sosial perlu ditunjang dengan peningkatan sumber daya dari keempat komponen asuransi yaitu :

- Peserta; peningkatan premi
- Badan penyelenggara; peningkatan manajemen
- PPK; peningkatan kualitas dan manajemen
- Badan pembina; peningkatan pengawasan.

Proses pembuatan undang-undang yang berkaitan dengan asuransi di luar Askes dan Jamsostek serta JPKM sebagai cikal bakal pelaksanaan asuransi kesehatan sosial agaknya akan mendukung pelaksanaan asuransi kesehatan nasional pada masa yang akan datang. Adanya kelas perawatan di rumah sakit dan pemberian jaminan sesuai golongan khususnya bagi pegawai negeri sipil menjadi suatu kendala sekaligus tantangan yang perlu dicarikan solusinya dalam rangka keadilan bagi semua orang serta terciptanya solidaritas.

Pertanyaan :

1. a
2. b
3. c

Kepustakaan

- Stierle F., 2002, *Social Health Insurance, Concept- Advatage - Prerequisites*, GTZ, Germany.
- Sulastomo, 2002, *Asuransi Kesehatan Sosid, Sebuah Pilihan*, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Sulastomo., 2002, *Asuransi Kesehatan Sosial di Indonesia Suatu Prespektif Baru*, Jakarta.
- Thabrany.H, 2002, *Social Health Insurance Implementation in Indonesia*, Center for Health Economic Studies University of Indonesia, Jakarta.

Kata Kunci : Sistem Kapitasi, Sistem Paket, Sistem anggaran, manajemen Bapel, Analisis aktuarial, *underwriting*, *collecting premium*, reasuransi, *insolvency coverage*, investasi, manajemen kepesertaan

Ada perubahan mendasar sebagai upaya penyempurnaan penyelenggaraan asuransi dan penyelesaian masalah asuransi kesehatan bentuk tradisional yaitu biaya tinggi, antara lain dengan :

1. Mengganti sistem *reimbursement* menjadi *prepayment* yaitu perhitungan biaya dilakukan sebelum pelayanan diberikan

Ada beberapa cara :

a. Sistem kapitasi

Yang dimaksud dengan sistem kapitasi adalah suatu sistem pembayaran dengan sejumlah uang yang merupakan pertanggungjawaban pelayanan kesehatan yang diterima secara tetap dan periodik sesuai dengan jumlah atau cakupan pasien. Pengelompokkan biasanya berdasarkan karakteristik pasien seperti umur dan jenis kelamin. (Jacob. P, 1997) Sedangkan Azwar A (1996) menyebutkan sistem kapitasi adalah sistem pembayaran di muka yang dilakukan oleh badan penyelenggara kepada sarana pelayanan kesehatan berdasarkan kesepakatan harga untuk setiap peserta yang dipertanggungungkan.

Biasanya sistem kapitasi ini berkaitan erat dengan konsep wilayah.

b. Sistem paket

Yang dimaksud dengan sistem paket yaitu sistem pembayaran di muka, berdasarkan paket pelayanan kesehatan yang dipertanggungungkan tanpa melihat jenis penyakit yang diderita oleh pasien dan atas kesepakatan harga antara badan penyelenggara dengan penyelenggara pelayanan kesehatan.

c. Sistem anggaran

Yang dimaksud dengan sistem anggaran yaitu sistem pembayaran di muka dengan besaran uang sesuai dengan yang diajukan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan.

Dalam hal ini, keberhasilan penyelenggaraan asuransi kesehatan sangat tergantung dari kemampuan perencanaan penyelenggara pelayanan kesehatan serta kejelian dari perhitungan sendiri (*owner estimate*) dari badan penyelenggara sehingga kedua belah pihak sama-sama diuntungkan.

Keuntungan sistem pembayaran di muka antara lain mencegah meningkatnya biaya kesehatan serta mendorong pelayanan pencegahan. Sehingga pemanfaatan sarana pelayanan berkurang dan diperoleh sisa dana yang merupakan keuntungan bagi penyelenggara pelayanan kesehatan. Di lain pihak sisa dana ini dapat menjadi masalah, karena tidak mau merugi maka mutu pelayanan dikurangi.

2. Menerapkan beberapa ketentuan pembatas

Azwar A (1996) menyebutkan antara lain dengan :

- Hanya menanggung pelayanan kesehatan biaya tinggi (*large loss principle*) misal rawat inap dan pembedahan.
- Hanya menanggung sebagian biaya dan sebagian lagi ditanggung peserta (*Cost Sharing*)

3. Memadukan badan asuransi dengan penyelenggara pelayanan kesehatan (PPK)

Bentuk ini merupakan keterpaduan penyelenggara pelayanan kesehatan dengan penyelenggara pelayanan kesehatan sehingga terjadi efisiensi dan penghematan (*cost containment*) yang mencegah meningkatnya biaya. Ditinjau dari pihak peserta, ada kerugian karena adanya keterbatasan pilihan pelayanan kesehatan. Hal ini dapat dikurangi apabila mutu pelayanan ditingkatkan sehingga kebutuhan dan kepuasan konsumen/peserta terpenuhi dengan optimal.

Untuk keberhasilan penyelenggaraan asuransi kesehatan, pemikiran kita tidak terlepas dari ketiga elemen asuransi yaitu badan penyelenggara, peserta dan penyelenggara pelayanan kesehatan yang didukung secara kuat oleh komitmen pemerintah sebagai regulator.

1. Peran pemerintah

Langkah utama dari para penyelenggara asuransi adalah advokasi dan sosialisasi terhadap pemegang kebijakan dalam hal ini pemerintah. Sehingga didapat dukungan dan komitmen yang kuat dari pemerintah sebagai *regulator* maupun dukungan *financial* khususnya bagi masyarakat yang tidak mampu membayar premi.

Dukungan ini harus diperlihatkan dan dijalankan secara nyata sehingga menguntungkan semua pihak (*stake holder*). Sebagai contoh, di Indonesia sudah ada peraturan subsidi bagi kesehatan pegawai negeri sipil, tetapi selama ini belum dijalankan sehingga dana yang ada hanya berasal dari pemotongan 2% gaji pokok PNS, belum mendapat subsidi secara langsung dari pemerintah.

2. Manajemen Badan Penyelenggara Asuransi (BAPEL)

Pada intinya manajemen badan penyelenggara asuransi meliputi manajemen keuangan serta manajemen kepesertaan selain manajemen sumber daya manusia dan sumber daya lainnya.

2.1 Manajemen keuangan

Menurut Azwar A (1996) manajemen keuangan Bapel adalah upaya yang dilakukan oleh badan asuransi dalam bidang keuangan sehingga dana yang terkumpul dapat membiayai seluruh program yang diselenggarakan.

Ruang lingkup manajemen keuangan Bapel adalah :

a. **Analisis aktuarial** yaitu suatu analisis untuk menetapkan dan menghitung besarnya premi serta besarnya pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan. Perhitungan yang dilakukan melalui berbagai langkah sebagai berikut :

- Menguraikan pelayanan kesehatan yang akan ditanggung; apakah rawat jalan oleh dokter umum atau spesialis atau rawat inap

- Menentukan jenis pelayanan kesehatan yang ditanggung; konsultasi dokter umum/spesialis, tindakan, penunjang medis, perawatan dan pengobatan
- Menetapkan sarana pelayanan kesehatan yang tergabung dalam sistem rujukan
- Menghitung *unit cost*
- Menghitung angka pemanfaatan rata-rata pada periode tertentu misalnya satu bulan dengan menggunakan angka penyakit (*morbidity rate*) serta angka kunjungan (*utilization rate*) pada berbagai tingkat pelayanan
- Menghitung biaya amok tiap peserta
- Biaya rata-rata perjenis pelayanan x angka kunjungan per peserta = besarnya biaya kapitasi
- Menghitung besarnya iuran yaitu biaya kapitasi ditambah biaya manajemen dan keuntungan.

b. Under Writing

Under writing adalah suatu penilaian terhadap calon peserta untuk menetapkan apakah calon peserta tidak akan menimbulkan kerugian finansial.

Ada beberapa teknik yaitu :

- *Community rating* adalah suatu metoda perhitungan premi asuransi yang membagi seluruh biaya secara rata sehingga semua anggota di dalam grup membayar premi dalam jumlah yang sama. Pengelompokan dapat berdasarkan hubungan risiko dengan karakteristik peserta, misalnya: usia atau masalah kesehatan. (Jacob P, 1997)
- *Experience rating* yaitu suatu metoda perhitungan premi berdasarkan pengalaman menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk suatu kelompok pada tahun yang lalu. Prinsip yang digunakan adalah menutup kerugian (*cost recovery system*). Pada akhir tahun dapat dilakukan perhitungan sehingga keuntungan maupun kerugian ditanggung oleh badan asuransi (*prospective experience rating*)
- *Risk rating* yaitu suatu metode perhitungan premi berdasarkan perbedaan ciri peserta (*community rating by class*) ditambah dengan perbedaan jenis

pelayanan kesehatan yang akan digunakan. Biasanya digunakan pada asuransi kesehatan swasta.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perhitungan *underwriting* antara lain risiko jatuh sakit dari peserta. Risiko ini dipengaruhi oleh golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, pola hidup, riwayat kesehatan serta riwayat kesehatan keluarga.

c. *Collecting premium*

Collecting premium yaitu mengumpulkan iuran dari peserta dapat perorangan atau kelompok secara periodik sesuai kesepakatan, dilengkapi dengan *reporting* dan *recording* yang baik serta sanksi bagi yang tidak memenuhi kewajibannya.

d. *Pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan*

Besarannya sesuai dengan kesepakatan antara badan penyelenggara dengan penyelenggara pelayanan kesehatan.

e. *Accountability*

Yang dimaksud *accountability* adalah pertanggungjawaban badan asuransi yang ditilik berdasarkan pada masalah keuangan yaitu pengelolaan dana yang diterima dari peserta. Untuk itu diperlukan sistem informasi yang baik sehingga dapat memberikan informasi keuangan pada satu saat atau periode tertentu. Laporan keuangan yang dihasilkan dapat berupa neraca, laporan laba rugi ataupun laporan sumber dan penggunaan dana.

f. *Reasuransi*

Reasuransi yaitu upaya mengasuransikan program asuransi kepada badan asuransi lain dengan maksud untuk mengalihkan sebagian risiko yang dihadapi sehingga bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan, dana akan tetap tersedia.

g. *Insolvency coverage*

Yang dimaksud dengan *insolvency coverage* adalah upaya mengasuransikan program asuransi kepada badan asuransi lain untuk berjaga-jaga (*safety act*) terhadap kemungkinan bangkrutnya badan asuransi.

h. Investasi

Yang dimaksud investasi secara luas adalah penempatan fisik atas sumber daya manusia untuk mencapai kondisi dalam rangka peningkatan produksi.

Investasi dalam asuransi adalah suatu kegiatan dari badan penyelenggara berupa penempatan sejumlah uang atau modal yang dimiliki kedalam salah satu bentuk pemilikan dengan tujuan mendapatkan hasil yang menguntungkan (Azrul A, 1996). Azrul mengatakan bahwa investasi selalu memiliki risiko. Besarnya risiko berbanding lurus dengan besarnya investasi sehingga perlu mempertimbangkan beberapa hal sebelum melakukan investasi, antara lain :

- Keamanan (*security*)
- Kelancaran (*liquidity*)
- Tingkat keuntungan (*Rentability*)
- Kelayakan ekonomi (*economic feasible*)
- Lakukan investasi yang menguntungkan sesuai dengan rencana dan kemampuan dana yang dimiliki serta dilengkapi administrasi yang baik.

2.2 Manajemen Kepesertaan

Tujuannya adalah meningkatkan jumlah peserta dan mempertahankan kepesertaan. Ada beberapa macam bentuk kepesertaan, yaitu :

- Bentuk perorangan
- Bentuk keluarga
- Bentuk kelompok, bentuk ini mempermudah perhitungan iuran serta risiko finansial yang mungkin terjadi.

Kegiatan yang dilakukan :

- a. Pemasaran untuk meningkatkan jumlah peserta dimulai dari penelitian kebutuhan konsumen (*target group*), kriteria konsumen terutama pendapatan, kemudian menyusun program asuransi sesuai *target group* dan menetapkan

- besarnya iuran. Selanjutnya mengatur penyelenggara pelayanan kesehatan serta melakukan promosi dan tidak terlepas dari monitoring dan evaluasi.
- b. Mempertahankan kepesertaan dengan cara : menampung dan menjawab pertanyaan calon peserta serta membantu pemahaman dengan memberikan penjelasan yang lengkap kemudian mencatat dan memberikan kartu tanda peserta (*enrolle identification card*), jika ada keluhan ditampung dan diselesaikan.
 - c. Menyusun persyaratan kepesertaan (*eligibility requirement*) dan dijelaskan kepada calon peserta sehingga paham dan dapat membuat suatu pilihan atas pertimbangan diri sendiri.
 - d. Membuat isi perjanjian (*element of contract*) yang memuat antara lain : kondisi perjanjian, yang berhak mendapat pelayanan, jenis pelayanan kesehatan termasuk pelayanan gawat darurat yang dapat dimanfaatkan serta perubahan jenis pelayanan kesehatan, bantuan pelayanan jika sedang tidak di tempat, pembayaran iuran, pengajuan keluhan, pembatasan atau perpanjangan kepesertaan, masa tenggang (jika ada), pembatasan dan pengecualian serta ketentuan hukum dan perundangan.
 - e. Komunikasi dengan peserta baik langsung maupun tidak langsung.
 - f. Pemutusan kontrak, terjadi pada keadaan :
 - Bapel bangkrut
 - Peserta tidak memenuhi kewajiban
 - Peserta tidak puas dengan pelayanan
 - Peserta pindah domisili
 - Peserta bercerai atau mati.

Pertanyaan :

1. a
2. b
3. c

Kepustakaan

- Azrul A., 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara, Jakarta.

- Murti Bhisma., 2000, *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Kanisius, Yogyakarta.
- Thabrany H, Hidayat.B, Editor, 1998, *Pembayaran Kapitasi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta.