



Asuransi Kesehatan: Konsep & Penerapan Edisi Ke-2



Haerawati Idris

**ASURANSI KESEHATAN: KONSEP & PENERAPAN
EDISI KE-2**

HAERAWATI IDRIS

UPT. Penerbit dan Percetakan
Universitas Sriwijaya 2022
Kampus Unsri Palembang
Jalan Srijaya Negara, Bukit Besar Palembang 30139
Telp. 0711-360969
email : unsri.press@yahoo.com, penerbitunsri@gmail.com
website : www.unsri.unsripress.ac.id

Anggota APPTI No. 005.140.1.6.2021
Anggota IKAPI No. 001/SMS/96

203 halaman : 16 x 24 cm

Hak cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Hak Terbit Pada Unsri Press

ISBN : 978-623-399-102-5

KATA PENGANTAR

Tidak ada satupun manusia yang dapat menghindari sakit. Penyakit dapat muncul dan menyerang siapapun. Ketika kondisi ini terjadi, suatu penyakit dapat menjadi beban besar dan menuntut biaya pengobatan yang mahal. Asuransi kesehatan merupakan suatu program dengan mengumpulkan risiko yang disertai dengan ketidakpastian penyakit dan jumlah biaya yang dikeluarkan. Buku ini mencoba membahas konsep dasar asuransi dan penerapannya dalam bidang kesehatan. Buku terkait asuransi kesehatan sudah cukup banyak beredar. Keberadaan buku ini dapat memperkaya buku buku sebelumnya dengan menampilkan contoh dan penerapannya dalam penelitian.

Buku Asuransi Kesehatan: Konsep dan Penerapan edisi ke-2 dapat digunakan oleh akademisi seperti mahasiswa, pengajar dan penyelenggaran asuransi kesehatan serta masyarakat umum lainnya yang ingin menambah pengetahuan mengenai asuransi kesehatan. Selain itu, literatur ini diharapkan mampu menambah wawasan mahasiswa untuk penyelesaian tugas akhir baik itu skripsi, tesis maupun disertasi. Harapannya bahwa buku ini mampu memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Palembang, 15 Januari 2023

Penulis,

Haerawati Idris

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
BAB II ASURANSI KESEHATAN DAN RESIKO	2
2.1. Capaian pembelajaran	2
2.2. Asuransi	
2.2.1. Definisi Asuransi & Asuransi Kesehatan	3
2.2.2. Manfaat Asuransi Kesehatan	4
2.2.3. Prinsip dan Kekhasan Asuransi	5
2.2.4. Kontrak Asuransi	7
2.2.5. Jenis-jenis Asuransi	9
2.3. Risiko	
2.3.1. Pengertian Risiko	13
2.3.2. Manajemen Risiko	14
2.3.3. Kaitan antara Asuransi dan Risiko	16
RINGKASAN	18
LATIHAN SOAL	19
DAFTAR PUSTAKA	19
BAB III ASURANSI KESEHATAN DI INDONESIA	20
3.1. Capaian pembelajaran	
3.2. Sejarah Asuransi Kesehatan Sosial di Indonesia	20
3.3. Asuransi Sosial di Indonesia	21
3.3.1. Pengertian Asuransi Sosial	21
3.3.2. Perkembangan Asuransi Sosial di Indonesia	23
3.4. Asuransi Kesehatan Oleh PT. Askes	26
3.4.1. Pengertian Asuransi kesehatan oleh PT. ASKES	27

3.4.2. Sejarah singkat PT. Askes (persero)	27
3.4.3. Program asuransi kesehatan PT. Askes (Persero)	29
3.5. Jaminan Kesehatan Nasional	30
3.5.1. Sejarah Jaminan Kesehatan Nasional	33
3.6. Asuransi Kesehatan Komersial	34
3.6.1. Sejarah Asuransi Komersial di Indonesia	35
RINGKASAN	36
LATIHAN SOAL	36
DAFTAR PUSTAKA	36
BAB IV PERKEMBANGAN ASURANSI KESEHATAN	38
4.1. Capaian Pembelajaran	38
4.2. Sejarah Asuransi	39
4.3. Asuransi Kesehatan di Berbagai Negara	40
4.3.1. National Health Insurance (NHI) di Taiwan	40
4.3.2. Struktur Organisasi	40
4.3.3. Cakupan Kepesertaan NHI	41
4.3.4. Sumber-sumber Finansial	42
4.3.5. Premi	43
4.3.6. Ruang Lingkup Cakupan	45
4.3.7. Sistem Pembiayaan Global Budget	45
4.3.8. Sistem Jaminan Kesehatan di Norwegia	46
4.3.9. Perencanaan, Regulasi dan Manajemen	46
4.3.10. Pembiayaan kesehatan di Norwegia	48
4.3.11. National Insurance Scheme (NIS)	48
4.3.12. Perawatan Kesehatan	49
4.3.13. Asuransi Kesehatan Publik di Jepang	49
4.3.14. Sistem Asuransi Kesehatan di Jepang	51
4.3.15. Cakupan Manfaat	52
4.3.16. Mekanisme Aturan Pembayaran	53

4.3.17. Medicare di Kanada	53
4.3.18. Sistem Jaminan Kesehatan di Inggris	55
4.3.19. The Health Care Social Security System (HCSSS) di Kolombia	58
4.3.20. Sistem Jaminan Kesehatan di Chili	60
RINGKASAN	61
LATIHAN SOAL	61
DAFTAR PUSTAKA	61
BAB V ASURANSI KESEHATAN KONVENSIONAL DAN MANAGED CARE	64
5.1. Capaian pembelajaran	64
5.2. Asuransi Kesehatan Konvensional	65
5.2.1. Pengertian Asuransi Kesehatan Konvensional	65
5.2.2. Ciri-ciri Asuransi Kesehatan Konvensional	65
5.3. Managed Care	66
5.3.1. Pengertian Managed Care	66
5.3.2. Ciri Managed Care	67
5.3.3. Bentuk-bentuk Managed Care	67
5.3.4. Kelebihan dan Kekurangan Managed Care	70
5.3.5. Teknik-teknik Managed Care	72
4.3. Asuransi Kesehatan Tradisional dan Managed Care	77
5.4. Telaah Utilisasi	78
RINGKASAN	80
LATIHAN SOAL	80
DAFTAR PUSTAKA	80
BAB VI METODE PEMBAYARAN KE PENYEDIA LAYANAN KESEHATAN	82
6.1. Capaian pembelajaran	82
6.2. Metode pembayaran	83
6.2.1. Metode Pembayaran Retrospektif	83
6.2.1.1. Fee For Service	84
6.2.2. Metode Pembayaran Prospektif	85

6.2.2.1.	Sistem INA-CBGs	87
6.2.2.2.	Sejarah INA-CBGs	87
6.2.3.2.	Struktur Kode INA-CBGs	87
6.2.3.3.	Koding INA-CBGs	93
6.2.4.	Kapitasi	95
6.2.5.	Pengertian Kapitasi	95
6.2.6.	Penentuan Angka Kapitasi	96
6.2.3.	Pembayaran dengan Anggaran Global (Global Budget)	97
6.2.4.	Pembayaran per diem	97
	RINGKASAN	97
	LATIHAN SOAL	98
	DAFTAR PUSTAKA	98
	BAB VII KECURANGAN ASURANSI KESEHATAN	99
7.1.	Capaian Pembelajaran	99
7.2.	Kondisi Kecurangan Asuransi Kesehatan di Indonesia	100
7.3.	Definisi Fraud	101
7.4.	Penyebab Fraud dalam Asuransi Kesehatan	102
7.5.	Jenis Fraud	103
7.6.	Pencegahan fraud	107
7.7.	Pencegahan Fraud di Era Jaminan Kesehatan Nasional	109
	RINGKASAN	112
	LATIHAN SOAL	113
	DAFTAR PUSTAKA	113
	BAB VIII MORAL HAZARD	115
8.1.	Capaian Pembelajaran	115
8.2.	Definisi Moral Hazard	116
8.3.	Bentuk-bentuk moral hazard pada peserta asuransi	117
8.4.	Faktor yang mempengaruhi moral hazard	117
8.5.	Moral hazard pada provider kesehatan	123

RINGKASAN	124
LATIHAN SOAL	124
DAFTAR PUSTAKA	125
BAB IX PEMBIAYAAN KESEHATAN	127
9.1. Capaian Pembelajaran	127
9.2. Pengertian	128
9.3. Jenis Biaya Kesehatan	129
9.4. Sumber Biaya Kesehatan	130
9.5. Syarat Pokok Pembiayaan Kesehatan	131
9.6. Permasalahan Pembiayaan Kesehatan	134
9.7. Hubungan Pembiayaan dengan Derajat Kesehatan	137
RINGKASAN	137
LATIHAN SOAL	138
DAFTAR PUSTAKA	138
BAB X JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PEKERJA	139
10.1. Capaian Pembelajaran	
10.2. Pengertian Pekerja Sektor Informal	
10.3. Status Kerja Sektor Informal	140
10.4. Kepemilikan Asuransi pada Pekerja Sektor Informal	142
10.5. Studi Kasus 1	143
10.6. Studi Kasus 2	159
RINGKASAN	174
LATIHAN SOAL	174
DAFTAR PUSTAKA	174
INDEKS	177
LAMPIRAN	182
GLOSARIUM	200
BIBLIOGRAFI PENULIS	202

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Perkembangan Organisasi PT. Askes	28
Tabel 2. Klasifikasi peserta jaminan dan organisasi pendaftar jaminan dalam sistem NHI	41
Tabel 3. Formula premi NHI	43
Tabel 4. Rasio kontribusi premi NHI	44
Tabel 5. Pembagian fungsi dan wewenang di Norwegia	47
Tabel 6. Sejarah asuransi kesehatan di Jepang	50
Tabel 7. Outline sistem asuransi kesehatan di Jepang	52
Tabel 8. Perbedaan asuransi konvensional dengan managed care	77
Tabel 9. Kelebihan dan kekurangan metode pembayaran retrospektif	83
Tabel 10. Kelebihan dan kekurangan metode pembayaran prospektif	85
Tabel 11. Casemix Main Groups (CMG)	87
Tabel 12. Group tipe kasus dalam INA-CBGs	88
Tabel 13. Contoh kode INA-CBGs	89
Tabel 14. Daftar regionalisasi tariff INA-CBGs	90

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Asuransi Tripatried	10
Gambar 2. Asuransi Bipatried	10
Gambar 3. Struktur NHS di Inggris	57
Gambar 4. Struktur Kode INA-CBGs	87
Gambar 5. Model Moral Hazard oleh Dunnham L. Cobb	118
Gambar 6. Teori Moral Hazard Andersen	122

BAB 1

PENDAHULUAN

Tak ada satupun manusia yang bisa menghindari sakit. Penyakit dapat muncul dan menyerang. Ketika kondisi ini terjadi, suatu penyakit dapat memikulkan beban yang besar dan menuntut biaya pengobatan yang mahal. Asuransi kesehatan merupakan suatu program dengan mengumpulkan risiko yang disertai dengan ketidakpastian penyakit dan jumlah biaya yang dikeluarkan. Buku ini mencoba membahas konsep dasar asuransi dan penerapannya dalam bidang kesehatan. Buku terkait asuransi kesehatan sudah cukup banyak beredar. Keberadaan buku ini memperkaya buku buku sebelumnya dengan menampilkan contoh dan penerapannya dalam penelitian.

Buku ini terdiri dari sepuluh bab yang terdiri dari Bab 1 membahas pendahuluan, bab 2 terkait pengantar asuransi kesehatan dan risiko, Bab 3 mengenai asuransi kesehatan di Indonesia Bab terkait 4 perkembangan asuransi kesehatan, Bab 5 mengenai asuransi kesehatan konvensional dan managed care, Bab 6 membahas metode pembayaran ke penyedia layanan kesehatan, Bab 7 terkait kecurangan asuransi kesehatan, Bab 8 mengenai moral hazard, Bab 9 membahas pembiayaan kesehatan, Bab 10 mengkaji aplikasi jaminan kesehatan nasional pada pekerja sektor informal.

Selain berisi materi, buku ini dilengkapi dengan contoh dan aplikasi, di akhir tiap materi tersedia soal yang berisi pertanyaan mengenai konten materi. Hal ini nantinya membantu mahasiswa maupun pembaca mengevaluasi pemahaman yang telah diterima setelah membaca materi. Selain itu ada sumber referensi di setiap chapter yang bisa dicari oleh pembaca untuk memahami sumber bacaan tambahan.

Buku ini dapat digunakan oleh akademisi seperti mahasiswa, pengajar dan penyelenggaran asuransi kesehatan serta masyarakat umum lainnya yang ingin menambah pengetahuan asuransi kesehatan. Selain itu, literatur ini diharapkan mampu menambah wawasan mahasiswa untuk penyelesaian tugas akhir baik itu skripsi, tesis maupun disertasi. Harapannya bahwa buku ini mampu memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

BAB II ASURANSI KESEHATAN DAN RISIKO

2.1. Capaian pembelajaran

Capaian Pembelajaran Pertemuan Memahami konsep dasar asuransi kesehatan dan konsep risiko
Kemampuan Akhir Capaian Pembelajaran Setelah mengikuti perkuliahan maka: 1. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar asuransi kesehatan 2. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep risiko
Bahan Kajian/ Materi Pembelajaran 1. Definisi asuransi dan asuransi kesehatan 2. Manfaat dan prinsip asuransi kesehatan 3. Definisi risiko dan manajemen risiko
Metode Pembelajaran E-Learning dan tatap muka dengan protokol kesehatan
Pengalaman Belajar Tugas Individu: mahasiswa dapat menjelaskan konsep dasar asuransi kesehatan dan konsep risiko
Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: 1. Absensi Online/Offline 2. Keterampilan/ unjuk kerja: makalah/tugas
Waktu/ Dosen Pengajar 2x 50 menit x 2 pertemuan

2.2. ASURANSI

2.2.1. Definisi Asuransi & Asuransi Kesehatan

a. Undang-undang No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian¹

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

b. Prodjudikoro²

Asuransi adalah suatu perjanjian dimana pihak yang menjamin berjanji kepada pihak yang dijamin, untuk menerima sejumlah uang premi sebagai pengganti kerugian yang mungkin akan diderita oleh yang dijamin, karena akibat dari suatu peristiwa yang belum jelas.

c. Jacobs³

Health insurance: the payment for the excepted cost of group resulting from medical utilization based on the excepted expense incurred by the group. The payment can be based on the community experience rating.

d. Thabrany⁴

Asuransi kesehatan ialah memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya tanpa mempertimbangkan keadaan ekonominya.

Asuransi sebenarnya berasal dari bahasa Inggris, yakni "*insurance*" dengan akar kata *in-sure* yang berarti "memastikan". Dalam perbendaharaan kata bangsa Indonesia tidak dikenal istilah asuransi, akan tetapi istilah "jaminan" atau "tanggungan". Berdasarkan definisi-definisi yang telah diutarakan di atas maka terdapat beberapa kata kunci yang berkaitan dengan asuransi, antara lain:

- 1) Ada perjanjian atau polis yang melibatkan dua pihak yakni pihak asurandur atau penanggung dan pihak tertanggung untuk menanggung kerugian yang akan diderita oleh pihak tertanggung
- 2) Ada iuran atau sejumlah uang yang harus dibayarkan oleh pihak tertanggung. Dalam asuransi, iuran tersebut disebut premi

- 3) Ada risiko atau kejadian yang tidak diharapkan dan oleh pihak tertanggung yang menjadi alasan bergabungnya ia kedalam skema asuransi

Berdasarkan kata kunci tersebut, dapat disimpulkan bahwa asuransi adalah bentuk transfer risiko atau kejadian tidak diharapkan dari pihak tertanggung kepada asurandur yang buktikan dengan adanya polis asuransi dan pembayaran premi. Dalam konteks kesehatan, maka asuransi ialah bentuk transfer risiko yang berkaitan dengan kesehatan pihak tertanggung kepada pihak asurandur yang dibuktikan dengan adanya perjanjian diantara kedua belah pihak dan adanya pembayaran premi.

Asuransi kesehatan menggabungkan risiko individu pada keseluruhan suatu populasi dan berfungsi untuk mengurangi ketidakpastian jumlah dimana suatu individu mengeluarkan biaya untuk perawatan medis setiap waktu (misalnya satu tahun). Untuk suatu individu, penyakit dapat muncul kapan saja. Ketika kondisi ini terjadi, suatu penyakit dapat menimbulkan beban yang besar dan biaya pengobatan yang mahal. Asuransi kesehatan merupakan suatu program dengan mengumpulkan risiko yang disertai dengan ketidakpastian penyakit medis dan pengeluaran biaya medis. Sebagai ganti bagi sejumlah uang yang disebut premi, penjamin akan membayarkan sejumlah pengeluaran medis yang dibutuhkan guna pelayanan kesehatan. Premi harus dibayarkan secara teratur agar kebijakan tetap berlaku dan aktif. Umumnya masyarakat cenderung tidak ingin mengambil risiko, mereka ingin membayar premi untuk menghindari peluang harus membayar dengan jumlah yang besar ketika terjadi penyakit.⁸

2.2.2. Manfaat Asuransi Kesehatan

Ada beberapa manfaat yang akan didapatkan saat seseorang bergabung kedalam suatu skema asuransi, antara lain:

- a. Asuransi kesehatan mendekatkan masyarakat akses masyarakat ke pelayanan kesehatan

Skema asuransi kesehatan biasanya menawarkan *benefit* atau manfaat berupa kepastian pengobatan kepada pihak yang tertanggung ataupun penggantian biaya kesehatan yang dikeluarkan oleh pihak tertanggung. *Benefit* atau manfaat tersebut akan mendorong atau mendekatkan pihak tertanggung dengan pelayanan kesehatan.

- b. Asuransi merubah peristiwa tidak pasti menjadi pasti dan terencana

Terdapat sebuah istilah yang berkembang di masyarakat “setiap orang pasti akan sakit” dan “setiap orang pasti akan mati”. Istilah tersebut menjelaskan bahwa kejadian sakit dan kematian merupakan hal yang akan dialami oleh setiap orang, akan tetapi tidak ada orang yang mengetahui kapan kejadian tersebut akan terjadi. Asuransi merupakan jawaban dari

ketidakpastian tersebut, asuransi dapat menjadi solusi atau rencana yang dapat digunakan oleh masyarakat untuk memastikan bahwa ia akan mendapat perlindungan yang lumrahnya dalam bentuk kepastian pelayanan kesehatan dan penggantian kerugian ekonomi saat kejadian sakit dan kematian tersebut terjadi.

c. Asuransi membantu mengurangi risiko perorangan menjadi risiko kelompok

Asuransi adalah salah satu bentuk gotong royong, hal ini dikarenakan asuransi merangkum risiko atau *risk pooling* yang dimiliki perorangan menjadi risiko sekelompok orang. Perangkuman risiko tersebut menyebabkan terjadinya subsidi silang dalam kelompok tersebut, yang sehat membantu yang sakit, yang tua membantu yang muda, yang kaya membantu yang miskin ataupun sebaliknya.

2.2.3. Prinsip dan Kekhasan Asuransi

Terdapat beberapa prinsip dalam asuransi, prinsip-prinsip tersebut antara lain adalah:

a. *Uncertainty of loss*

Prinsip *uncertainty of loss* atau ketidakpastian kerugian berkaitan dengan waktu dan besar kerugian yang akan dialami oleh pihak tertanggung. Pihak tertanggung yang bergabung kedalam skema asuransi belum mengetahui bentuk dan besar kerugian yang akan dialaminya di masa yang akan datang, sehingga ia memilih asuransi sebagai bentuk proteksi atau perlindungan dari risiko tersebut. Seseorang yang bergabung kedalam asuransi kesehatan tertentu setelah mengetahui jenis kerugian yang mungkin akan menimpa dirinya merupakan suatu bentuk pelanggaran dalam prinsip asuransi.

b. *Measurability of loss*

Prinsip *Measurability of loss* atau kerugian yang dapat diukur adalah besarnya kerugian yang ditimbulkan dari risiko atau kejadian yang tidak diinginkan tersebut haruslah dapat diperhitungkan secara akurat. Dalam asuransi kesehatan, kejadian sakit yang dialami oleh seseorang yang harus dapat diperjelas atau diterangkan dengan lokasi penyakit, waktu kejadian, jenis penyakit, tempat dan jenis perawatan serta besar biaya yang diperlukan hal ini berkaitan dengan penggantian kerugian yang akan diberikan oleh pihak penganggung kepada pihak tertanggung sebagaimana yang tertuang dalam perjanjian atau polis yang telah disepakati. Sedangkan untuk hal yang tidak dapat diukur, misalnya rasa sakit yang dialami oleh tertanggung, pihak asurandur tidak dapat memberikan kompensasi dikarenakan rasa sakit bersifat sangat subyektif.

c. *A large number of insureds (law of the large number)*

Law of the large number atau hukum bilangan besar berkaitan dengan kemampuan finansial sebuah perusahaan asuransi. Semakin besar atau semakin banyak masyarakat yang bergabung dalam skema asuransi tersebut maka akan semakin tinggi tingkat akurasi prediksi biaya yang dibutuhkan untuk menjamin risiko dan akan semakin tinggi tingkat efisiensi pelayanan yang didapatkan.

Asuransi membutuhkan peserta dalam jumlah yang besar agar nantinya risiko dapat didistribusikan secara luas dan merata. Prinsip ini memberikan konsekuensi makin banyak peserta, makin besar risiko yang dapat dikurangi. Asuransi kesehatan sosial yang memiliki syarat kepersertaan wajib selalu memenuhi prinsip hukum bilangan besar ini.

d. *Significant size of potential loss*

Prinsip *significant size of potential loss* atau potensi kerugian cukup besar berkaitan dengan besarnya kerugian yang mungkin ditimbulkan saat risiko atau kejadian tidak diinginkan tersebut terjadi dialami oleh pihak tertanggung.

e. *An equitable method of sharing the risk*

Prinsip ini berkaitan dengan pembagian risiko secara adil. Untuk risiko yang memiliki potensi terjadi lebih besar biasanya akan memiliki biaya premi yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan risiko yang potensi kejadiannya lebih sedikit.

Selain prinsip-prinsip di atas, penyelenggaraan asuransi juga memiliki kekhasan tersendiri, terutama asuransi kesehatan. Berikut adalah kekhasan yang dimiliki dalam asuransi kesehatan:

a. Asimetri informasi

Asimetri informasi berkaitan dengan ketidak seimbangan informasi yang dimiliki oleh penyedia pelayanan kesehatan dan pasien atau pengguna jasa pelayanan. Ketidak seimbangan informasi diantara kedua belah pihak tersebut dapat memicu timbulnya *supply induced demand* atau pemberian pelayanan yang melebihi dari apa yang sebenarnya dibutuhkan oleh pasien sehingga mendorong tingginya biaya pelayanan yang harus dibayarkan.

b. *Moral hazard*

Moral hazard merupakan *hazard* yang ditimbulkan oleh tindakan yang kurang hati-hati sehingga menimbulkan kerugian. *Moral hazard* dalam kesehatan berkaitan dengan perilaku peserta maupun penyedia pelayanan kesehatan yang menyebabkan biaya pelayanan kesehatan menjadi meningkat sedemikian rupa dikarenakan konsumsi pelayanan kesehatan lebih besar dari yang sebenarnya dibutuhkan.

c. *Cost sharing*

Cost sharing diberlakukan untuk menghindari penggunaan pelayanan kesehatan yang berlebihan bagi peserta (konsumen). Pada kondisi ini peserta perlu memberikan kontribusi bila menggunakan pelayanan kesehatan, yakni:⁹

- 1) *Deductible* merupakan sejumlah biaya dalam suatu termin yang harus dikeluarkan oleh peserta sebelum badan penyelenggara asuransi membayar kewajibannya
- 2) *Coinsurance* merupakan persentase biaya yang harus dibayar oleh peserta dan sisanya dibayar oleh badan penyelenggara
- 3) *Copayment* merupakan sejumlah biaya tertentu yang harus dibayar peserta, di atas jumlah tersebut baru akan diganti
- 4) Limit pertanggungan merupakan badan penyelenggara membayar biaya hingga jumlah tertentu dan sisanya dibayar oleh peserta

d. *Adverse selection*

Adverse selection adalah keadaan dimana hanya peserta memiliki risiko tinggi yang membeli atau mendaftar sebagai peserta asuransi. Cara yang dapat digunakan untuk menghindari terjadinya *adverse selection* dalam suatu skema asuransi ialah dengan mewajibkan kepesertaan bagi setiap orang, membuat persyaratan minimal kepesertaan, pelaksanaan *open enrollment* yang hanya menerima calon peserta dalam satu waktu tertentu serta melaksanakan pemeriksaan medis bagi calon peserta asuransi.

e. *Cream skimming*

Cream skimming merupakan strategi yang diterapkan oleh perusahaan asuransi dimana hanya calon peserta yang memiliki risiko rendahlah yang dapat bergabung dalam skema asuransi tersebut.

2.2.4. Kontrak Asuransi

Terdapat kontrak yang mengatur hubungan antara peserta asuransi dengan badan penyelenggara asuransi, kontrak tersebut dapat memuat besaran premi yang harus dibayarkan serta paket manfaat yang dapatkan oleh peserta asuransi tersebut. Peserta wajib membayar premi, dan berhak mendapatkan manfaat asuransi, sedangkan asuradur berhak menerima pembayaran premi dan wajib membayarkan manfaat dalam bentuk uang langsung kepada peserta atau membayarkan manfaat tersebut kepada pihak ketiga yang memberikan pelayanan kepada peserta. Namun demikian, kontrak asuransi memiliki ciri khas yang tidak dimiliki oleh hubungan kontraktual lainnya. Karena kekhasan kontrak asuransi inilah, maka

pengelolaan atau bisnis asuransi diatur sangat ketat atau dilaksanakan langsung oleh pemerintah. Ciri khas kontrak asuransi tersebut adalah sebagai berikut:

a. Bersifat kondisional

Dikarenakan sifat dari kejadian sakit yang tidak pasti. Maka dalam kontrak asuransi, kewajiban asuradur baru akan terjadi jika kondisi yang telah ditentukan (misalnya sakit atau kehilangan harta benda) terjadi pada diri tertanggung. Jadi, apabila kondisi yang ditentukan tidak pernah terjadi, maka peserta asuransi tersebut tidak pernah memberikan ganti rugi kepada peserta asuransi tersebut dan peserta tersebut tidak dapat menuntut pengembalian uang premi yang telah ia bayarkan selama kurun waktu tersebut. Hal tersebut berbeda dengan kontrak tabungan hari tua (yang disebut Dana Pensiun Lembaga Keuangan—DPLK) di bank, penabung atau ahli warisnya berhak mendapatkan kembali uang yang disimpannya secara rutin tiap bulan pada suatu waktu tertentu atau setelah penabung meninggal dunia.

b. Bersifat unilateral

Kontrak yang bersifat unilateral artinya hanya satu pihak dalam perjanjian tersebut yang dapat dituntut apabila ia tidak melakukan kewajibannya. Dalam kontrak asuransi, pihak yang dapat dituntut karena tidak memenuhi kewajibannya hanyalah pihak asuradur. Sedangkan jika tertanggung tidak memenuhi kewajibannya, tidak membayar premi misalnya, ia tidak dapat dituntut, akan tetapi haknya otomatis hilang atau kontrak otomatis terputus (yang dalam istilah asuransi komersial disebut *lapse*). Kontrak unilateral ini merupakan padanan (*offset*) dari sifat kondisional yaitu asurandur tidak selalu wajib membayarkan manfaat.

c. Bersifat Aleatory

Dalam asuransi tidak terdapat keseimbangan nilai tukar antara pihak pertama dan pihak kedua. Dalam kontrak asuransi memberikan nilai manfaat jauh lebih besar dibandingkan kewajiban premi yang harus dibayarkan oleh peserta. Peserta yang baru bergabung kedalam skema asuransi, kemudian mengalami sakit maka pihak asuransi berkewajiban untuk memberikan ganti rugi kepada peserta asuransi tersebut dengan cara membayar biaya pelayanan kesehatan. Meskipun jumlah premi yang dibayarkan oleh peserta tersebut belum mencapai jumlah biaya pelayanan kesehatan yang telah ditanggung oleh badan asuransi dan jika peserta tersebut berhenti dari skema asuransi tersebut, maka ia tidak mempunyai kewajiban membayar premi lagi, sebaliknya peserta tersebut juga tidak mempunyai hak mendapatkan manfaat lagi dan juga tidak akan dituntut untuk melunasi

selisih biaya pelayanan kesehatan tersebut. Hal sebaliknya juga dapat terjadi, peserta yang tidak mengalami sakit atau kondisi yang telah ditentukan dalam kontrak tidak dapat menuntut pengembalian iuran premi yang telah ia bayarkan.

d. Bersifat adhesi

Salah satu ciri dalam pelayanan kesehatan adalah ketidakseimbangan informasi atau pengetahuan yang dimiliki oleh peserta asuransi, badan penyelenggara asuransi serta penyedia pelayanan kesehatan. Badan asuransi tahu lebih banyak tentang probabilitas terjadinya sakit dan biaya-biaya pengobatan yang diperlukan untuk mengobati sakit tersebut, sedangkan pihak peserta tidak mengetahuinya dengan baik. Akibatnya, sulit bagi peserta untuk menilai apakah premi yang dibebankan kepada mereka itu murah, wajar, atau terlalu mahal. Dengan kata lain, peserta berada pada posisi yang lemah (*ignorance*). Itulah sebabnya, dalam industri asuransi dimanapun di dunia, pemerintah selalu mengatur dan mengawasi secara ketat berbagai aspek penyelenggaraan asuransi baik dalam hal paket jaminan dan ketentuan polis menyangkut isi, bahasa, dan bahkan ukuran huruf dalam polis, dan berbagai persyaratan asuradur yang menjamin peserta akan menerima haknya, jika obyek asuransi terjadi.

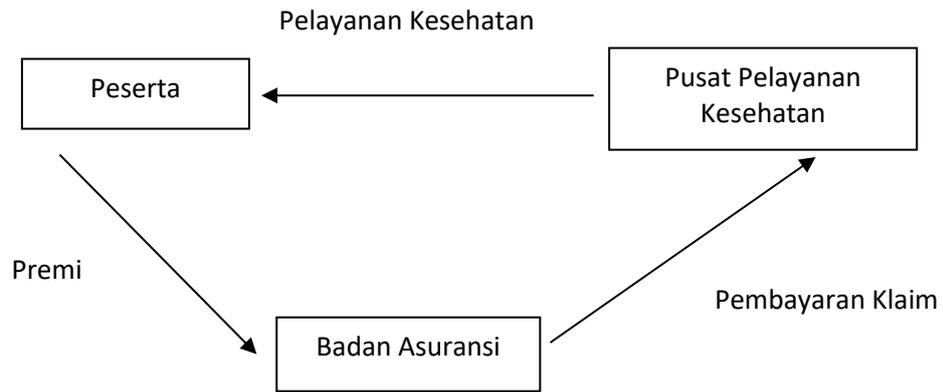
2.2.5. Jenis-jenis Asuransi

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:^{5,6}

a. Ditinjau dari hubungan ketiga komponen asuransi

1) Asuransi tripartied

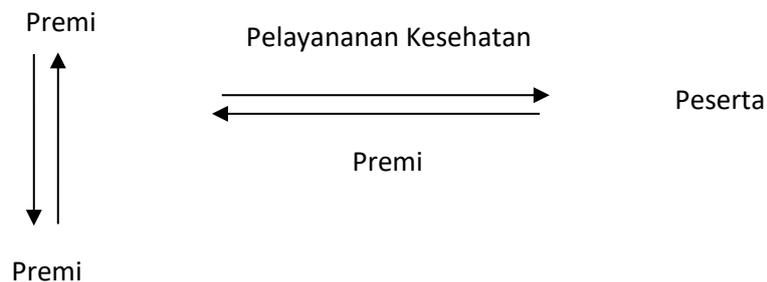
Asuransi tripartied adalah penyelenggaraan asuransi yang melibatkan tiga pihak, yaitu peserta asuransi sebagai tertanggung, badan asuransi sebagai penanggung dan penyedia pelayanan kesehatan sebagai penyedia pelayanan kesehatan. Hubungan ketiga pihak yang terlibat dalam asuransi tripartied dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 1. Asuransi Tripartied

2) Asuransi bipartied;

Asuransi bipartied adalah penyelenggaraan asuransi yang melibatkan dua pihak dimana Penyedia Pelayanan Kesehatan bertindak sebagai pemberi pelayanan kepada peserta asuransi serta bertindak sebagai badan yang menyelenggarakan asuransi. Hubungan pihak-pihak yang terlibat dalam asuransi bipartied dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 2. Asuransi Bipartied

b. Ditinjau dari jumlah peserta yang tergabung

Jika ditinjau dari jumlah peserta yang tergabung kedalam skema asuransi, maka asuransi kesehatan dibedakan menjadi:

- 1) Asuransi kesehatan untuk perorangan (*individual health insurance*)
- 2) Asuransi kesehatan untuk satu keluarga (*family health insurance*)
- 3) Asuransi kesehatan untuk satu kelompok (*group health insurance*)

c. Ditinjau dari keikutsertaan anggota

Jika ditinjau dari keikutsertaan anggota, maka asuransi kesehatan dibedakan menjadi:

- 1) Asuransi kesehatan wajib (*Compulsory Health Insurance*)

Asuransi kesehatan wajib atau *compulsory health insurance* merupakan asuransi yang memiliki sifat yang mengikat untuk diikuti oleh seseorang atau kelompok tertentu.

Kewajiban untuk mengikuti asuransi dapat dikarenakan oleh aturan yang ada, misalnya aturan yang berlaku dalam suatu perusahaan ataupun suatu negara.

2) Asuransi kesehatan sukarela (*Voluntary Health Insurance*)

Asuransi kesehatan sukarela atau *voluntary health insurance* merupakan asuransi yang kepesertaannya tidak mengikat untuk diikuti. Jenis kepesertaan ini didasarkan pada kemauan dan kemampuan yang dimiliki oleh setiap orang.

d. Ditinjau dari kepemilikan badan penyelenggara

Jika ditinjau dari kepemilikan badan penyelenggara, maka asuransi kesehatan dapat dibedakan menjadi:

1) Asuransi kesehatan pemerintah (*Government Health Insurance*)

Asuransi kesehatan pemerintah atau *government health insurance* adalah asuransi yang mana penyelenggaraannya atau pengelolaannya dilakukan oleh pemerintah. Selain itu dalam asuransi kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah ini terdapat subsidi untuk masyarakat yang kurang mampu.

2) Asuransi kesehatan swasta (*Private Health Insurance*)

Asuransi kesehatan swasta atau *private health insurance* merupakan asuransi kesehatan yang penyelenggaraannya atau pengelolaannya dilakukan oleh pihak swasta. Asuransi kesehatan jenis ini biasanya menghasilkan mutu pelayanan yang relatif lebih baik bila dibandingkan dengan asuransi kesehatan pemerintah.

e. Ditinjau dari *benefit* yang ditanggung

Jika ditinjau dari *benefit* atau manfaat yang ditanggung oleh pihak asurandur, maka asuransi kesehatan dapat dibedakan menjadi:

1) Keseluruhan jenis pelayanan kesehatan.

Asuransi jenis ini menawarkan *benefit* atau manfaat yang kompleks dimana semua jenis pelayanan kesehatan, baik pengobatan (*curative*), pemulihan (*rehabilitative*), peningkatan (*promotive*) maupun pencegahan (*preventive*) ditanggung seluruhnya oleh pihak asurandur. Dengan demikian pelayanan yang diberikan bersifat menyeluruh (*comprehensive*) dengan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan peserta sehingga peserta jarang sakit dan secara timbale balik akan menguntungkan badan penyelenggara asuransi.

2) Hanya sebagian pelayanan kesehatan

Asuransi jenis ini hanya menawarkan *benefit* atau manfaat untuk jenis pelayanan tertentu saja. Asuransi ini biasanya hanya mencakup pelayanan yang membutuhkan

biaya besar misalnya perawatan di rumah sakit atau pelayanan kesehatan yang biayanya kecil misalnya pelayanan kesehatan di puskesmas.

f. Ditinjau dari jumlah dana yang ditanggung

Jika ditinjau dari jumlah dana yang ditanggung oleh pihak asurandur, asuransi kesehatan dibagi atas:

1) Penanggungungan keseluruhan biaya kesehatan yang diperlukan

Pihak asurandur menanggung seluruh biaya kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan yang diperlukan oleh peserta asuransi. Pemberlakuan sistem ini dapat mendorong munculnya *moral hazard* atau pemanfaatan pelayanan secara berlebihan oleh peserta asuransi.

2) Penanggungungan sebagian biaya kesehatan yang diperlukan

Pada sistem ini, pihak asurandur hanya menanggung sebagian biaya kesehatan saja. Sebagian besar sistem ini berlaku untuk pelayanan kesehatan yang membutuhkan biaya besar saja (*large loss principle*). Pemberlakuan sistem ini dapat mengurangi pemanfaatan pelayanan secara berlebihan atau *moral hazard* oleh peserta asuransi.

g. Ditinjau dari cara pembayaran kepada Penyelenggara Pelayanan Kesehatan

Jika ditinjau dari cara pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan, maka asuransi kesehatan dapat dibedakan menjadi:

1) *Reimbursement*

Reimbursement merupakan cara pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan yang didasarkan pada jumlah kunjungan peserta yang memanfaatkan pelayanan kesehatan (*reimbursement*). Cara ini menyebabkan jumlah uang yang diterima oleh penyelenggara pelayanan kesehatan akan berbanding lurus dengan jumlah peserta yang memanfaatkan pelayanan kesehatan.

2) Kapitasi

Kapitasi merupakan cara pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan yang didasarkan pada jumlah peserta yang dilayani dalam wilayah tertentu.

h. Ditinjau dari waktu pembayaran terhadap Penyelenggara Pelayanan Kesehatan

Jika ditinjau dari waktu pembayaran terhadap PPK, maka asuransi kesehatan terbagi menjadi:

1) *Retrospective Payment*

Retrospective payment adalah keadaan dimana pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan dilakukan setelah pelayanan kesehatan didapatkan oleh peserta.

Pembayaran ini biasanya dihitung berdasarkan biasanya dihitung berdasarkan *service by service* atau *patient by patient*.

2) *Pre payment*

Pre payment merupakan keadaan dimana pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan dilakukan di awal atau sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Pembayaran ini biasanya dihitung secara komprehensif dengan tujuan untuk mengurangi *moral hazard* dari sisi penyelenggara pelayanan kesehatan.

i. Ditinjau dari jenis jaminan

Jika ditinjau dari jenis jaminan yang ditawarkan oleh pihak asurandur, maka asuransi kesehatan dapat dibedakan menjadi:

1) Jaminan dengan uang

Jenis jaminan yang ditawarkan oleh pihak asurandur ialah berupa uang. Pihak asurandur dalam hal ini membayar atau mengganti biaya pelayanan yang telah dikeluarkan oleh peserta asuransi.

2) Jaminan yang diberikan tidak berupa uang

Jenis jaminan yang ditawarkan oleh pihak asurandur dapat berupa kepastian pelayanan kesehatan yang akan didapatkan oleh peserta asuransi. Salah satu contoh penyelenggaraan asuransi jenis ini adalah pada asuransi kesehatan yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan.

2.3. RISIKO

2.3.1. Pengertian Risiko

Istilah resiko mungkin lebih akrab di telinga orang Indonesia, cukup jarang ditemukan orang menggunakan padanan kata risiko dalam kalimat yang mereka ucapkan. Sebenarnya, dalam asuransi istilah resiko dan risiko memiliki perbedaan makna. Resiko lebih mengarah kepada hal-hal yang sifatnya spekulatif. Sedangkan istilah risiko dapat digunakan untuk kejadian-kejadian. Sedangkan istilah risiko dapat digunakan untuk kejadian-kejadian yang sifatnya bukan spekulatif. Jenis istilah yang akan dibahas adalah risiko yang berasal dari bahasa Inggris *risk* yang memiliki konotasi negatif dan mengarah pada kerugian. Akan tetapi, bahasa Arab juga memiliki padanan kata yang hampir sama dengan *risk* yaitu *rizk* yang berarti rezeki dan mengarah kepada keuntungan.

Risk ataupun *rizk* memiliki kesamaan yaitu ketidakpastian (*uncertain*) kapan akan terjadinya, meskipun istilah *rizk* lebih diharapkan untuk terjadi dibandingkan dengan *risk*.

Adanya ketidakpastian kapan dan seberapa besar risiko yang akan timbulkan terjadi, maka asuransi memiliki konsep untuk mengelola ketidakpastian itu menjadi suatu bentuk kepastian dalam wujud yang lain. Ketidakpastian dapat dibagi menjadi:⁴

- a. Ketidakpastian ekonomi, yakni kejadian yang timbul sebagai akibat dari perubahan sikap konsumen, misalnya perubahan minat konsumen atau terjadinya perubahan pada harga, teknologi, atau penemuan baru
- b. Ketidakpastian yang disebabkan oleh alam, misalnya kebakaran, badai, topan, banjir dan lain-lain
- c. Ketidakpastian yang disebabkan oleh perilaku manusia, misalnya peperangan, pencurian, perampokan dan pembunuhan

Diantara ketidakpastian di atas, ketidakpastian yang disebabkan oleh alam dan manusia dapat dipertanggungjawabkan. Sedangkan ketidakpastian yang disebabkan oleh ekonomi tidak bisa diasuransikan karena bersifat spekulatif dan sulit untuk diukur tingkat keparahannya.

Kejadian sakit merupakan salah bentuk risiko yang memiliki ketidakpastian baik waktu maupun jenis masalah kesehatan yang akan diderita. Asuransi menawarkan cara pengelolaan risiko sakit tersebut melalui penggantian atau penanggungan biaya pelayanan yang diperlukan oleh peserta asuransi tersebut saat ia jatuh sakit. Adanya penggantian atau penanggungan biaya yang ditawarkan oleh pihak asuransi memang tidak membuat risiko jatuh sakit menjadi hilang, akan tetapi hal tersebut dapat mengubah dampak yang ditimbulkan dari kejadian sakit tersebut.

Risiko dapat diategorikan menjadi dua yakni:⁴

- a. *Speculative risks*, yakni risiko yang bersifat spekulatif yang bisa mendatangkan rugi atau laba. Misalnya seorang pedagang bisa mendapatkan untung atau rugi dalam bisnisnya
- b. *Pure risks*, yakni risiko yang selalu menyebabkan kerugian. Perusahaan asuransi beroperasi dalam pure risks seperti kematian, kesakitan, kapal tenggelam, kebakaran.

2.3.2. Manajemen Risiko

Terdapat beberapa yang dapat diterapkan untuk menghadapi risiko yang dapat terjadi dalam semua aspek kehidupan. Vaughan dan Rejda dalam Thabarany (2007) menjelaskan lebih lanjut tentang teknik-teknik tersebut sebagai berikut:⁵

- a. Menghindari risiko (*Risk avoidance*)

Teknik manajemen risiko ini adalah dengan tidak melakukan kontak dengan hal-hal yang dapat menyebabkan risiko tersebut menjadi kenyataan atau dengan kata lain

menghindari faktor risiko dari kejadian tersebut. Salah satu cara untuk menghindari penyakit jantung dengan tidak melakukan kontak dengan hal-hal yang dapat menyebabkan munculnya penyakit tersebut, antara lain dengan tidak melakukan kontak atau menghindari kegiatan merokok dan makan makanan yang banyak mengandung lemak jahat atau kolesterol. Contoh lainnya adalah menghindari berpergian dengan pesawat terbang apabila tidak ingin mengalami kecelakaan pesawat terbang.

Teknik manajemen ini lebih mudah untuk diterapkan pada risiko-risiko yang kasat mata atau berhubungan dengan keselamatan secara langsung. Tidak banyak orang yang menerapkan teknik ini pada risiko jangka panjang atau yang berhubungan dengan kesehatan. Orang cenderung menghindari mendaki gunung terjal tanpa alat pengaman, hal ini dikarenakan risiko jatuh ke jurang yang dapat langsung dilihat oleh mata. Akan tetapi, orang-orang cenderung mengabaikan risiko penyakit jantung yang disebabkan oleh kebiasaan merokok, karena risiko tersebut muncul pada jangka waktu yang lama yaitu 20 – 30 tahun kedepan sehingga kebiasaan merokok tersebut dianggap berisiko rendah atau tidak berisiko sama sekali.

b. Mengurangi risiko (*Risk reduction*)

Manajemen risiko ini adalah tahap selanjutnya dari teknik manajemen risiko, dimana pada teknik ini jika kontak dengan faktor risiko tidak dapat dihindarkan maka dapat dilakukan pengurangan risiko. Salah satu contoh penerapan teknik ini adalah pada penggunaan helm yang dilakukan oleh pengendara sepeda motor, hal ini perlu dilakukan karena tidak ada seorang pun yang dapat terhindar dari kecelakaan lalu lintas. Penggunaan helm tersebut dapat mengurangi dampak atau tingkat keparahan risiko (*severity of risk*) yang disebabkan oleh kecelakaan tersebut yaitu mengurangi risiko kematian dan gegar otak yang memerlukan biaya perawatan yang sangat besar. Selain itu, pembuatan dan penggunaan jembatan penyeberangan yang dapat mengurangi risiko tertabrak. Adapula pemberian imunisasi untuk penderita penyakit hepatitis yang bertujuan untuk mengurangi risiko penyakit tersebut berkembang menjadi kanker hati.

c. Memindahkan risiko (*Risk transfer*)

Teknik manajemen risiko ini adalah dengan melimpahkan risiko baik sebagian atau seluruhnya kepada pihak lain dengan membayar sejumlah uang atau premi, baik dalam jumlah nominal ataupun dalam jumlah relatif berupa persentase dari gaji atau harga pembelian (transaksi). Pihak lain yang dapat menampung risiko tersebut dapat berupa perusahaan asuransi, badan penyelenggara jaminan sosial, pemerintah atau badan jenis

badan lainnya. Teknik pemindahan risiko ini hanya dapat diterapkan pada risiko finansial, hal ini dikarenakan ada risiko lain yang tidak dapat dipindahkan seperti rasa sakit dan rasa kehilangan yang dirasakan oleh penderita.

d. Mengambil risiko (*Risk taker*)

Teknik manajemen risiko ini dilakukan saat ketiga teknik manajemen risiko diatas tidak dapat dilakukan, akibatnya risiko tersebut hanya bisa diterima dan dianggap sebagai sebuah takdir. Teknik manajemen ini sebenarnya diterapkan oleh seseorang yang tidak peduli dengan risiko yang dihadapinya sehingga ia hanya memberima suatu risiko apa adanya. Jika semua orang bersikap sebagai pengambil risiko, maka skema asuransi tidak akan pernah ada.

2.3.3. Kaitan antara Asuransi dan Risiko

Telah dijelaskan sebelumnya bahwa asuransi merupakan salah satu cara mengelola risiko yang memiliki sifat tidak pasti (*uncertainty*) menjadi sesuatu yang pasti melalui wujud yang lain, yang mana dalam asuransi kesehatan kepastian tersebut dapat berupa penggantian atau penanggungungan biaya pelayanan yang diperlukan oleh peserta asuransi tersebut saat ia jatuh sakit. Akan tetapi tidak semua risiko dapat diasuransikan, ada persyaratan risiko untuk dapat diasuransikan (*insurable risks*) yang salah satunya adalah ukuran risiko, risiko yang terlalu kecil seperti terkena flu atau kehilangan sebuah pena tidaklah dapat diasuransikan. Berikut ini adalah syarat sebuah risiko untuk dapat diasuransikan:

a. Risiko tersebut haruslah bersifat murni (*pure*)

Risiko yang bersifat murni ialah risiko yang muncul secara spontan, tidak dibuat-buat, tidak disengaja, dicari-cari atau bahkan tidak dapat dihindari dalam jangka pendek. Risiko tersebut bukan merupakan akibat perbuatan sengaja. Sebagai contoh ialah seorang pedagang yang memiliki risiko untuk rugi, akan tetapi risiko rugi tersebut sebenarnya dapat dihindari dengan membuat manajemen yang baik, berberlanja dengan hati-hati ataupun sebagainya. Rugi akibat suatu usaha dangang merupakan risiko yang spekulatif sehingga tidak dapat diasuransikan. Oleh karena itu, tidak ada asuransi yang menawarkan pertanggungungan kalau suatu perusahaan merugi. Risiko yang muncul karena tindakan kesengajaan juga tidak dapat diasuransikan, misalnya bertujuan untuk mendapatkan santunan. Contohnya ialah seseorang yang sengaja dibunuh oleh ahli warisnya untuk mendapatkan santunan dari asuransi jiwa yang diikutinya, maka kematian yang disebabkan oleh tindakan kesengajaan maka tidak dapat diasuransikan. Risiko yang muncul akibat

sengaja menyakiti diri sendiri sehingga memerlukan perawatan di rumah sakit, maka ia tidak berhak untuk mendapat jaminan atas perawatan, hal ini dikarenakan risiko sakitnya bukanlah risiko murni. Contoh kejadian yang memiliki risiko murni adalah risiko penyakit kanker. kanker merupakan jenis penyakit yang memerlukan biaya pengobatan yang besar serta waktu yang lama, sehingga tidak ada yang mengharapkan mengalami penyakit ini, oleh karenanya penyakit kanker merupakan risiko murni yang dapat diasuransikan dan dijamin biaya perawatannya.

b. Risiko bersifat definitif

Risiko yang bersifat definitif adalah risiko yang dapat ditentukan atau dirincikan secara jelas dan pasti serta dapat dibuktikan kejadiannya. Risiko sakit dan kematian dapat dibuktikan dengan surat keterangan dari dokter. Kecelakaan lalu lintas yang dibuktikan dengan surat keterangan polisi serta risiko kebakaran yang dibuktikan dengan berita acara dan bukti lain seperti foto kejadian.

c. Risiko bersifat statis

Risiko yang memiliki pengertian statis ialah risiko yang secara konstan dan tidak dipengaruhi oleh perubahan politik dan ekonomi suatu negara. Risiko terjadinya kanker dan serangan jantung pada seseorang akan bersifat relatif lebih statis bila dibandingkan dengan risiko bisnis yang sangat dipengaruhi oleh stabilitas politik dan ekonomi.

d. Risiko berdampak finansial

Risiko sebenarnya dapat menjadi risiko dengan dampak finansial dan non finansial. Risiko yang dapat diasuransikan ialah risiko yang memiliki dampak finansial, hal ini karena kerugian finansial merupakan hal yang dapat diperhitungkan. Pemindahan risiko yang dilakukan ialah dengan membayar sejumlah uang atau premi kepada perusahaan asuransi dan akan diberikan penggantian secara finansial bila risiko berubah menjadi kejadian. Penggantian biaya perawatan merupakan salah satu cara penggantian dampak finansial. Dampak lain yang ada adalah dampak non finansial yang dapat berupa rasa sakit dan perasaan kehilangan yang dialami oleh penderita, akan tetapi tidak dapat dilakukan pemindahan risiko untuk dampak tersebut, selain itu rasa sakit dan kehilangan merupakan sesuatu yang sifatnya subjektif dan tidak dapat diperhitungkan.

e. Risiko *measurable* atau *quantifiable*

Syarat suatu risiko untuk diasuransikan adalah kerugian finansial yang ditimbulkan dari risiko tersebut haruslah dapat diperhitungkan secara akurat. Lokasi terjadinya penyakit, waktu kejadian, jenis penyakit, tempat perawatan, jenis perawatan yang diperlukan serta

besar biaya yang diperlukan haruslah dapat dijelaskan secara akurat. Hal tersebut diperlukan untuk kepentingan penggantian kerugian atau biaya perawatan sebagaimana yang tertera dalam perjanjian asuransi atau polis asuransi. Khusus untuk asuransi jiwa, besar kerugian finansial yang ditawarkan untuk dilakukan penggantian biasanya merujuk pada kesepakatan dalam polis asuransi. Penentuan jumlah tersebut disebut *quantifiable* (dapat ditetapkan jumlahnya) yang dijadikan dasar perhitungan premi yang harus dibayarkan oleh pemegang polis.

f. Ukuran risiko harus besar (*large*).

Tingkat risiko atau *severity* yang dihasilkan dari terjadinya risiko tersebut haruslah cukup besar. Kehilangan pena atau hanya terkena flu belum dapat digolongkan pada risiko dengan tingkat tinggi sehingga tidak terlalu mendesak untuk disediakan produk asuransi untuk hal tersebut. Asuransi biasanya menawarkan *benefit* atau manfaat yang komprehensif untuk pesertanya, hal ini merupakan kombinasi penurunan risiko (*risk reduction*) dengan transfer risiko. Selain itu, asuransi yang hanya menanggung risiko yang kecil tidaklah memenuhi syarat asuransi dan tidak memiliki sustainabilitas (kesinambungan) jangka panjang.

RINGKASAN

Risk ataupun *risk* memiliki kesamaan yaitu ketidakpastian (*uncertain*) kapan akan terjadinya. Istilah *risk* lebih diharapkan untuk terjadi dibandingkan dengan *risk*. Adanya ketidakpastian kapan dan seberapa besar risiko yang akan timbulkan terjadi, maka asuransi memiliki konsep untuk mengelola ketidakpastian itu menjadi suatu bentuk kepastian dalam wujud yang lain. Asuransi berasal dari bahasa Inggris, yakni "*insurance*" dengan akar kata *in-sure* yang berarti "memastikan". Dalam perbendaharaan kata bahasa Indonesia tidak dikenal istilah asuransi, akan tetapi istilah "jaminan" atau "tanggung". Asuransi kesehatan menggabungkan risiko individu pada keseluruhan suatu populasi dan berfungsi untuk mengurangi ketidakpastian jumlah dimana suatu individu mengeluarkan biaya untuk perawatan medis setiap waktu. Adapun manfaat asuransi kesehatan meliputi: 1). Asuransi kesehatan mendekatkan masyarakat akses masyarakat ke pelayanan kesehatan, 2). Asuransi merubah peristiwa tidak pasti menjadi pasti dan terencana. 3). Asuransi membantu mengurangi risiko perorangan menjadi risiko kelompok.

LATIHAN SOAL

1. Apa yang anda pahami mengenai perbedaan asuransi dan asuransi kesehatan?
2. Sebutkan jenis-jenis asuransi kesehatan
3. Jelaskan manfaat dari asuransi kesehatan!
4. Apakah kaitan antara risiko dan asuransi kesehatan?
5. Bagaimana upaya manajemen risiko?

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian
2. Wirjono Prodjodikoro. 1982. *Hukum Asuransi Indonesia*. Jakarta: Intermasa.
3. Jacobs Philips. 1997. *The Economics of Health and Medical Care Fourth Edition*. Marryland: An Asspen Publication.
4. Salim, A. 2012. *Asuransi dan Manajemen Risiko*. Jakarta: Rajawali Pers.
5. Thabrany, H. 2007, *Introduksi Asuransi Kesehatan*. Jakarta: Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia.
6. Azwar A., 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Jakarta,
7. Azwar A dalam Thabrany H., 1998. *Pembayaran Kapitasi*. Jakarta.
8. Berger, M. L., Bingefors, K., Hedblom, E., Pashos, C.L., Torrance , G., Smith, M.D., 2003, *Health care cost, quality and outcomes: ISPOR Book of Terms*, ISPOR: USA
9. Djuhaeini, Henni. 2007. *Asuransi Kesehatan dan Manage Care*. Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjajaran: Bandung.

BAB III
ASURANSI KESEHATAN DI INDONESIA

3.1. Capaian Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Pertemuan Memahami konsep asuransi kesehatan di Indonesia
Kemampuan Akhir Capaian Pembelajaran Setelah mengikuti perkuliahan maka: 1. Mahasiswa mampu memahami sejarah asuransi kesehatan sosial di Indonesia 2. Mahasiswa mampu menjelaskan asuransi sosial di Indonesia 3. Mahasiswa mampu menjelaskan asuransi kesehatan komersial
Bahan Kajian/ Materi Pembelajaran 1. Sejarah asuransi kesehatan sosial di Indonesia 2. Asuransi sosial di Indonesia 3. Asuransi komersial di Indonesia
Metode Pembelajaran E-Learning dan tatap muka dengan protokol kesehatan
Pengalaman Belajar Tugas Individu: mahasiswa dapat menjelaskan asuransi kesehatan yang ada di indonesia
Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: 1. Absensi Online/Offline 2. Keterampilan/ unjuk kerja: makalah/tugas
Waktu/ Dosen Pengajar 2x 50 menit x 2 pertemuan

3.2. SEJARAH ASURANSI KESEHATAN DI INDONESIA

Indonesia memiliki perkembangan asuransi yang cukup lambat bila dibandingkan dengan negara lain yang berada di kawasan Asia Tenggara. Budaya masyarakat Indonesia yang cenderung religius membuat berkembangnya sikap pasrah terhadap hal kesehatan dan kematian, mereka menganggap bahwa hal tersebut merupakan bagian dari takdir yang telah ditetapkan oleh sang maha pencipta sehingga lebih memilih untuk bertindak sebagai *risk taker*. Selain itu, masih rendahnya pendapatan yang dimiliki oleh masyarakat membuat permintaan (*demand*) terhadap hal kesehatan juga rendah, kualitas pelayanan yang masih belum memuaskan, belum adanya kepastian hukum terkait asuransi kesehatan serta jumlah perusahaan asuransi yang masih terbatas dan informasi terkait asuransi yang masih terbatas juga menjadi penyebab lain dari lambatnya perkembangan asuransi di Indonesia.¹

Di Indonesia sebenarnya berkembang dua jenis asuransi, yaitu asuransi sosial yang telah diperkenalkan oleh pemerintah sejak tahun 1947 atau tepatnya dua tahun setelah kemerdekaan Indonesia. Sebagaimana perkembangan asuransi sosial di negara lain, perkembangan asuransi sosial di Indonesia juga dimulai dari pekerja. Asuransi sosial di Indonesia telah melalui pergolakan panjang sejak diperkenalkan pada tahun 1947, adanya pergolakan di awal kemerdekaan serta pergolakan politik membuat bentuk asuransi sosial yang dijalankan sering berubah-ubah.

Asuransi komersial di Indonesia sebenarnya telah ada dan ditawarkan kepada masyarakat yang ada di kota-kota besar sejak tahun 1970an. Perusahaan multinasional yang memiliki kantor cabang dan unit di Indonesia memiliki peranan dalam perkembangan asuransi komersial di Indonesia. Mereka bertindak sebagai pihak yang menawarkan produk asuransi kepada masyarakat Indonesia, meskipun pada awalnya pertumbuhan asuransi komersial belum mengalami pertumbuhan yang berarti. UU nomor 2/1992 tentang Asuransi merupakan awal mula dari giat pertumbuhan asuransi di Indonesia.

3.3. ASURANSI SOSIAL DI INDONESIA

3.3.1. Pengertian Asuransi Sosial

Telah disinggung sebelumnya bahwa jenis asuransi kesehatan yang ada di Indonesia dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu asuransi sosial dan asuransi komersial. Perbedaan mendasar pada kedua jenis asuransi tersebut terletak pada sifat kepesertaan, dimana asuransi sosial bersifat lebih mengikat untuk orang yang ada dalam lingkup tertentu, misalnya asuransi sosial yang diselenggarakan oleh suatu negara, maka masyarakat yang menjadi bagian dari

negara tersebut diwajibkan untuk menjadi bagian dari asuransi tersebut. Sedangkan untuk asuransi komersial, kepesertaan lebih bersifat sukarela, jadi setiap masyarakat yang merasa mampu secara keuangan dan merasa membutuhkan suatu bentuk proteksi atau perlindungan maka ia dapat tergabung kedalam skema asuransi komersial.

Asuransi sosial sebenarnya dijalankan dengan tujuan untuk memastikan bahwa setiap orang akan mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang diperlukannya tanpa memperdulikan status ekonomi ataupun usianya. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Stierle F (2002) dari GTZ Jerman bahwa asuransi kesehatan sosial adalah penanggunggaan biaya secara bersama-sama dalam suatu kelompok atas resiko keuangan seperti kehilangan pendapatan atau kebutuhan perawatan medis.² Dalam asuransi sosial juga terdapat fungsi redistribusi hak dan kewajiban antar berbagai kelompok masyarakat yaitu antara kaya dan miskin, antara yang sehat dan yang sakit, antara yang memiliki risiko rendah dan yang berisiko tinggi. Hal yang ingin dicapai dari penerapan asuransi sosial adalah keadilan sosial atau *social equity/social justice*. Hal tersebutlah yang menjadi prinsip dalam penerapan asuransi sosial.

Untuk lebih mengetahui tentang asuransi sosial, berikut ini akan jelaskan cri-ciri yang dimiliki oleh suatu asuransi sosial, antara lain:

- a. Kepesertaan yang bersifat *mandatory* atau wajib bagi seseorang yang ada dalam suatu ruang lingkup tertentu.
- b. Adanya redistribusi atau subsidi silang diantara para peserta asuransi tersebut. Sebagai contoh adanya subsidi silang antara yang kaya dengan yang miskin, antara yang tua dengan yang muda, antara yang sehat dengan yang sakit.
- c. Tidak adanya seleksi bias. Dikarenakan kepesertaan yang bersifat wajib maka semua orang juga diharuskan untuk mendaftar dalam asuransi sosial ini, hal tersebut membuat tidak adanya seleksi bias, jadi semua orang baik yang memiliki risiko tinggi, orang dengan risiko sedang, orang dengan risiko rendah dapat mendaftar dalam asuransi ini.
- d. Besar premi yang ditawarkan biasanya lebih rendah dari pada besar premi yang ditawarkan dalam asuransi komersial. Premi yang ditetapkan dalam asuransi sosial berdasarkan pada persentase *income/gaji*.
- e. Bersifat *non for profit*, artinya dalam penyelenggaraan asuransi sosial tidak didasarkan pada tujuan untuk mencari keuntungan. Akan tetapi jika dalam penyelenggaraan asuransi sosial tersebut terdapat keuntungan, maka keuntungan tersebut akan digunakan untuk kembali untuk kepentingan peserta asuransi tersebut.

- f. Diatur berdasarkan peraturan perundang-undangan. Besar premi yang harus dibayarkan, jenis pelayanan yang ditanggung dan hal lainnya yang terkait dengan asuransi sosial diatur dalam satu atau beberapa peraturan perundang-undangan. Hal tersebut juga menjadi dasar dalam penyelenggaraan asuransi sosial.
- g. Diselenggarakan oleh badan pengelola yang ditunjuk oleh pemerintah. Biasanya asuransi sosial diselenggarakan oleh badan yang dibentuk pemerintah dan diawasi oleh pihak pemerintah selaku penyelenggara negara.

3.3.2. Perkembangan Asuransi Sosial di Indonesia

Asuransi sosial sebenarnya telah diperkenalkan oleh pemerintah Indonesia sejak tahun 1947, dimana asuransi sosial tersebut diterapkan untuk pekerja, sebagai upaya untuk menanggulangi risiko kerugian yang mungkin muncul akibat kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Namun penyelenggaraan asuransi yang pertama ini belum mampu berjalan dengan baik, hal ini dikarenakan situasi keamanan yang masih belum stabil serta masih adanya upaya Belanda yang masih ingin berkuasa di Indonesia.

Dana sakit merupakan bentuk asuransi sosial lain yang diselenggarakan oleh pemerintah Indonesia setelah adanya kestabilan politik dalam negeri. Konsep dana sakit diperkenalkan pada tahun 1960 melalui undang-undang Pokok Kesehatan tahun 1960 dan cakupan dalam asuransi sosial ini lebih luas lagi bila dibandingkan dengan asuransi sosial yang pertama diperkenalkan pemerintah dimana dana sakit diperkenalkan untuk seluruh rakyat Indonesia.³ Namun, upaya pemerintah untuk menjalankan asuransi ini masih belum berjalan dengan baik, kondisi ekonomi yang belum kondusif membuat peraturan perundang-undangan tersebut belum dapat dijalankan. Pada tahun 1967, pemerintah melalui Menteri Tenaga Kerja (Menaker) mengeluarkan sebuah surat keputusan untuk melaksanakan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPKM) yang konsepnya mirip dengan *Health Maintenance Organization (HMO)*. Menaker menetapkan kebijakan pembagian besar iuran antara pekerja dan pemberi kerja, dimana besar persentase iuran yang ditanggung oleh pemberi kerja sebesar 5% sedangkan pekerja sebesar 1%. Namun, surat keputusan yang dikeluarkan oleh menteri tenaga kerja tersebut belumlah mampu memaksa para pemberi kerja untuk membayar iuran tersebut. Sehingga surat keputusan tersebut tidak berfungsi dan skema asuransi kesehatan tersebut tidak pernah terwujud.

Meskipun asuransi sosial di Indonesia berjalan lebih lambat bila dibandingkan dengan negara lain yang berada dikawasan ASEAN, akan tetapi perkembangan asuransi sosial di

Indonesia itu sendiri telah mengalami perjalanan yang cukup panjang, sebelum akhirnya sampai pada terselenggaranya Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN yang saat ini diselenggarakan oleh pemerintah melalui Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Jaminan Ketenagakerjaan yang diselenggarakan oleh pemerintah melalui Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan.

Untuk lebih jelasnya, berikut akan dijelaskan terkait asuransi sosial yang pernah diselenggarakan di Indonesia, antara lain:

a. Dana Sehat/Jpkm/Jaminan Kesehatan Penduduk Miskin.

1) Pengertian Dana sehat/JPKM/Jaminan kesehatan penduduk miskin

Dana sehat merupakan konsep yang telah banyak diterapkan oleh negara-negara maju di Eropa dan Amerika. Dana sehat memainkan konsep pengumpulan atau penghimpunan (*pooling*) dana dari masyarakat dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat untuk membiayai pengobatannya sendiri. Dalam Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan dijelaskan bahwa, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurnaberdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan pra upaya. Dalam Pasal 66 ayat (1) Undang-Undang No. 23 tahun 1992 juga disinggung tentang tanggung jawab pemerintah untuk mengembangkan, membina dan mendorong Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dimana dalam pembiayaannya dilakukan secara pra upaya, berazaskan usaha bersama dan kekeluargaan.

Terdapat beberapa kata kunci yang dapat digunakan untuk memahami tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, antara lain:

a) Jaminan

Jaminan Pemeliharaan kesehatan haruslah mampu untuk menjamin tersedianya pemeliharaan kesehatan yang paripurna dan berkesinambungan tanpa mengabaikan standar mutu yang ada. Selain itu, JPKM harus dijalankan secara efektif dan efisien demi tercapainya derajat kesehatan masyarakat dan peserta yang tinggi.

b) Cara penyelenggaraan

JPKM diselenggarakan secara terpadu antara upaya pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan kesehatan. Selain itu, penyelenggaraan JPKM haruslah memperhatikan mutu kesehatan dan biaya.

c) Azas Usaha bersama dan kekeluargaan

Untuk terselenggaranya JPKM diperlukan peran serta dari berbagai pihak yang menjadi komponen JPKM, antara lain badan penyelenggara, peserta, penyelenggara pelayanan kesehatan serta badan Pembina yang bertindak sebagai regulator.

d) Pemeliharaan kesehatan yang paripurna

JPKM dalam penyelenggaraannya haruslah melibatkan semua upaya pemeliharaan kesehatan. Upaya yang harus termasuk dalam JPKM antara lain upaya kesehatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Selain itu, upaya kesehatan tersebut haruslah dilakukan secara berkesinambungan

e) Pembiayaan secara pra upaya

JPKM menerapkan sistem pembayaran di muka kepada penyelenggara pelayanan kesehatan. Besar biaya yang dibayarkan telah disepakati sebelumnya, hal ini sebagai bentuk pengendalian biaya dan menghindari pemberian pelayanan kesehatan atau tindakan medis yang sebenarnya tidak diperlukan oleh peserta.

2) Sejarah Dana sehat/JPKM/Jaminan kesehatan penduduk miskin.

Tahun 1970an adalah awal dari munculnya ide untuk menyelenggarakan dana sehat di berbagai wilayah Indonesia. Pemerintah memiliki harapan besar bahwa melalui dana sehat ini masyarakat memiliki kesadaran untuk membiayai dirinya sendiri melalui mekanisme transfer risiko, sehingga pemerintah memberikan dorongan yang sangat besar untuk pengembangan konsep ini. Akan tetapi, upaya ini pada akhirnya tidak memberikan hasil yang memuaskan. Hingga saat ini perkembangan dana sehat seakan terhenti.⁴

Konsep Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat atau JPKM merupakan upaya lain yang diselenggarakan pemerintah. JPKM menggunakan konsep yang sama dengan *Health Maintenance Organisation* (HMO) di Amerika. Pelaksanaan JPKM didukung oleh structural yang lebih kuat, dimana konsep ini telah tercantum dalam Undang-undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan dan peraturan menteri kesehatan. Pemerintah berupaya untuk mengembangkan JPKM dengan cara merangsang dana sehat menjadi JPKM. Pemerintah meminjam dana dari Bank Dunia untuk proyek kesehatan IV (HP IV) di Kalimantan Timur, Kalimantan Barat, Sumatera Barat dan Nusa Tenggara Barat

sebagai upaya untuk memperluas dan mengembangkan JPKM. Selain itu, ada peminjaman dana dari *Asian Development Bank* (ADB) untuk melaksanakan program lain. JPKM dijalankan dengan pola pikir dana sehat, sehingga upaya-upaya menjual produk JPKM dilakukan kepada penduduk yang berpenghasilan rendah dengan target penjualan ke rumah tangga. Sayangnya upaya ini masih belum membuahkan hasil yang memadai, hal ini dikarenakan pejabat di lingkungan dinas kesehatan tidak bisa membedakan antara dana sehat dengan JPKM. Kurangnya pengetahuan, pengalaman serta dukungan dari profesional yang memahami tentang asuransi kesehatan merupakan alasan lain yang membuat penyelenggaraan JPKM belum membuahkan hasil yang maksimal.

3.4. ASURANSI KESEHATAN OLEH PT. ASKES

3.4.1. Pengertian Asuransi Kesehatan oleh PT. ASKES

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, bahwa asuransi sosial adalah asuransi yang memiliki sifat *mandatory* atau kepesertaan wajib untuk seseorang yang ada dalam ruang lingkup tertentu, selain itu manfaat atau paket pelayanan yang ditawarkan telah diatur dalam peraturan tertentu dan sama untuk semua peserta serta besar premi yang harus dibayar ditetapkan dari persentase upah atau gaji. Asuransi kesehatan oleh PT. Askes adalah asuransi sosial yang diterapkan untuk pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran dan perintis kemerdekaan beserta keluarganya. Selain itu, PT. Askes juga bertugas untuk menyelenggarakan asuransi kesehatan bagi pegawai dan penerima pensiun badan usaha dan badan lainnya serta menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi masyarakat yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah sesuai dengan prinsip penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional.

Tujuan dari penyelenggaraan semua pertanggungansian sosial oleh pemerintah adalah untuk memberikan jaminan sosial bagi masyarakat. Hal tersebut juga berlaku dalam asuransi kesehatan, yang mana tujuannya adalah untuk membayar biaya rumah sakit, biaya pengobatan atau mengganti kerugian tertanggung atas kerugian finansial yang ia alami karena cedera akibat kecelakaan kerja atau penyakit. PT Askes selaku penyelenggara asuransi kesehatan sosial untuk pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran dan perintis kemerdekaan beserta keluarganya memiliki tujuan untuk menjaga, memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan mereka yang tergabung dalam skema asuransi yang diselenggarakan oleh PT. Askes tersebut. Melalui penyelenggaraan asuransi kesehatan oleh PT.

Askes tersebut diharapkan dapat terciptanya aparatur negara yang sehat, kuat, dinamis dan memiliki jiwa pengabdian terhadap nusa dan bangsa.

3.4.2. Sejarah Singkat PT. Askes (Persero)

Cikal bakal lahirnya PT. Askes (Persero) yang merupakan Badan Usaha Milik Negara yang memiliki tugas menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya sebenarnya telah dimulai pada tahun 1968, dimana pada tahun tersebut pemerintah Indonesia telah mengeluarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968 yang mengatur tentang pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya. Pembentukan badan khusus yang bernama Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) dilingkungan Departemen Kesehatan RI oleh Prof. Dr. G.A. Siwabessy yang mana beliau merupakan Menteri Kesehatan RI pada waktu itu sebenarnya merupakan embrio Asuransi Kesehatan Nasional. Pada tahun 1984, dengan tujuan untuk meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi peserta serta untuk membuat pengelolaan menjadi lebih profesional, pemerintah membuat status badan penyelenggara berubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bakti melalui Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya.

Penambahan kepesertaan dari kalangan veteran dan perintis kemerdekaan beserta keluarganya dalam jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola oleh perusahaan umum husada bakti dilakukan pada tahun 1991 melalui Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991. Selain itu, perusahaan umum juga diberikan ijin untuk memperluas jangkauan kepesertaannya untuk badan usaha dan badan lainnya sebagai peserta sukarela. Pada tahun 1992, terjadi lagi perubahan bentuk organisasi dari perusahaan umum menjadi perusahaan perseroan (PT Persero), hal tersebut dilakukan dengan mempertimbangkan fleksibilitas pengelolaan keuangan, pernegosiasian kontribusi kepada pemerintah terkait kepentingan pelayanan untuk peserta dan untuk membuat manajemen yang lebih mandiri. Perubahan status menjadi perusahaan perseroan diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992.

Pada tahun 2005, PT. Askes (Persero) ditunjuk sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) dan bertugas untuk mengelola kepesertaan serta pelayanan kesehatan dasar dan rujukan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor

1241/Menkes/XI/2004. Pada tahun 2008 Pemerintah mengubah nama Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). PT Askes (Persero) berdasarkan Surat Menteri Kesehatan RI Nomor 112/Menkes/II/2008 mendapat penugasan untuk melaksanakan Manajemen Kepesertaan Program Jamkesmas yang meliputi tatalaksana kepesertaan, tatalaksana pelayanan dan tatalaksana organisasi dan manajemen.

Perjalanan asuransi kesehatan untuk pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan yang diselenggarakan pemerintah sampai berkembang menjadi PT. Askes dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 1. Perkembangan Organisasi PT. ASKES

	1968-1984 (16 Tahun)	1984-1992 (8 Tahun)	1992-2014 (22 tahun)
1. Dasar Hukum	Kepres No. 230/1968 tentang peraturan pemeliharaan kesehatan PNS, PP serta keluarganya	<ul style="list-style-type: none"> ● PP No. 22/1984 tentang pemeliharaan kesehatan bagi PNS, PP, Veteran dan anggota keluarganya ● PP No. 23/1984 tentang perubahan status menjadi Perusahaan Umum Husada Bakti 	<ul style="list-style-type: none"> ● PP No. 69/1991 tentang pemeliharaan kesehatan bagi PNS, PP, Veteran, PK beserta anggota keluarganya. ● PP No. 6/1992 tentang pengalihan bentuk menjadi perusahaan perseroan ● UU No. 19/2000 tentang BUMN ● PP No. 12/1998 tentang perusahaan perseroan
2. Bentuk Organisasi	BPDPK berada dibawah dinas kesehatan	Perusahaan Umum	Perusahaan Perseroan (Persero)
3. Orientasi Bisnis	Non for profit	<ul style="list-style-type: none"> ● BUMN ● For Profit 	<ul style="list-style-type: none"> ● BUMN ● For Profit

3.4.3. Program Asuransi Kesehatan PT. Askes (Persero)

Dalam menyelenggarakan asuransi kesehatan, PT. Askes membuat beberapa program yang mana penentuan program tersebut berdasarkan peserta yang tergabung kedalam program tersebut. Beberapa program yang dijalankan oleh PT. Askes (Persero) antara lain sebagai berikut:

a. Asuransi Kesehatan Sosial (Askes Sosial)

Dasar penyelenggaraan asuransi kesehatan sosial oleh PT. Askes (Persero) adalah Peraturan Pemerintah No. 69 Tahun 1991. Peserta yang tergabung dalam asuransi kesehatan sosial ini adalah Pegawai Negeri Sipil, Pejabat Negara, Penerima Pensiun PNS, Penerima Pensiun TNI/Polri, Penerima Pensiun Jabatan Negara, Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya. Selain itu, peserta asuransi kesehatan sosial juga mencakup Pegawai Negeri Tidak Tetap (Dokter/Dokter Gigi/Bidan – PTT, melalui SK Menkes nomor 1540/MENKES/SK/XII/2002, tentang Penempatan Tenaga Medis melalui Masa Bakti dan Cara Lain) dan keluarganya.

b. Asuransi Kesehatan Komersil (Askes Komersil)

PT. Askes menjalankan asuransi kesehatan komersil melalui anak perusahaan yang bernama PT. Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia (PT. AJII). Manfaat yang ditawarkan oleh asuransi kesehatan komersial ini antara lain:

- 1) Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
- 2) Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)
- 3) Pelayanan Rawat Inap (RI)
- 4) Pelayanan Obat
- 5) Kedokteran Nuklir sederhana dan sedang serta CT Scan.

c. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Askes JAMKESMAS)

Jaminan Kesehatan Masyarakat atau Jamkesmas diselenggarakan oleh pemerintah dengan tujuan untuk mengatasi kemiskinan. Jaminan kesehatan masyarakat ini diperuntukan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu sehingga program ini juga dapat disebut dengan nama Askeskin. Perubahan terminologi askeskin menjadi program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) didasarkan pada Surat. Pemerintah menugaskan PT. Askes (Persero) sebagai manajemen yang mengelola kepesertaan program Jamkesmas yang meliputi tata laksana kepesertaan, tatalaksana pelayanan dan tatalaksana organisasi manajemen.

d. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (Askes PJKMU)

Salah satu bentuk perluasan kepesertaan yang dilaksanakan oleh PT. Askes adalah dengan membuka kesempatan bagi masyarakat umum untuk bergabung menjadi peserta program jaminan kesehatan masyarakat umum (Askes PJKMU). Pola pelaksanaan program ini adalah *fee based* dan *premium based*. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Nasional (SJSN) merupakan undang-undang yang menegaskan bahwa pengimplementasian jaminan kesehatan yang merupakan jaminan sosial haruslah mejadi prioritas. Undang-undang ini juga menjadi wujud nyata komitmen penyelenggara negara untuk menjalankan amanat konstitusi Undang-Undang Dasar 1945. PT. Askes yang menjadi badan penyelenggara jaminan kesehatan secara nasional juga mengambil bagian dalam mewujudkan amanat Undang-Undang Dasar 1945 dengan cara menyelenggarakan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi masyarakat umum (PJKMU) yang diperuntukan untuk masyarakat umum yang ingin bergabung secara sukarela kedalam PT. Askes.

e. Jaminan Kesehatan Menteri (Askes JAMKESMEN)

Jaminan Kesehatan Menteri merupakan program yang mana pesertanya berasal dari kalangan menteri atau pejabat negara beserta keluarganya. Menteri atau pejabat tersebut dapat menjadi peserta program ini selama ia menduduki dan melaksakan tugasnya sebagai pejabat negara. Meteri yang dimaksud dalam program ini adalah menteri yang memimpin kementerian dan pejabat yang diberi kedudukan atau hak keuangan dan fasilitas setingkat menteri sedangkan pejabat tertentu adalah pejabat dilingkungan pemerintah pusat yang memimpin lembaga pemerintah non departemen, pejabat eselon I, dan pejabat diberikan keduduakan atau hak keuangan dan fasilitas setingkat eselon I. Keluarga adalah istri/suami dan anak yang masih dalam tanggungan sesuai peraturan perundang-undangan dibidang pegawai negeri sipil.

3.5. JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Jaminan Kesehatan Nasional adalah sebuah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggaraakan dengan tujuan untuk melindungi semua penduduk indonesia, diharapkan dengan adanya jaminan kesehatan nasional semua penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.⁵Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan No. 1 tahun 2014 memuat tentang pengertian jaminan kesehatan, yaitu jaminan berupa perlindungan kesehatan yang dibuat dengan tujuan memastikan peserta memperoleh jaminan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran baik membayar sendiri ataupun yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah.

Jaminan Kesehatan Nasional sebenarnya merupakan jawaban dari amanat Undang-Undang Dasar 1945 yang mana dalam penyelenggaraannya dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan telah dilaksanakan sejak tanggal 01 Januari 2014. Berdasarkan Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional diketahui bahwa Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang kepesertaannya bersifat wajib dan mengikat dengan membayar iuran seumur hidup. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dapat dibedakan mejadi 2 (dua) jenis, yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI). Meskipun terdiri dari 2 (dua) jenis kepesertaan, akan tetapi tidak terdapat perbedaan untuk manfaat medis yang akan didapatkan oleh kedua jenis kepesertaan tersebut. Yang membedakan dari dua jenis kepesertaan tersebut adalah cara pembayaran iuran, yang mana pemerintah bertindak sebagai pembayar iuran untuk kepesertaan penerima bantuan iuran, sedangkan untuk kepesertaan bukan penerima bantuan iuran, peserta membayarkan sendiri iuran atau premi tersebut.

UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 22 ayat 1 dan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Pasal 20 membahas tentang manfaat Jaminan Kesehatan Nasional adalah pelayanan kesehatan perorangan menyeluruh yang mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pelayanan pencegahan penyakit, (preventif), pengobatan dan perawatan (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), termasuk obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Pelayanan kesehatan perorangan tersebut terdiri atas manfaat medis dan manfaat non medis. Klasifikasi pelayanan didasari atas perbedaan hak peserta karena adanya perbedaan besaran iuran yang dibayarkan.

Terdapat beberapa prinsip dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional yang mana prinsip-prinsip tersebut mengacu pada prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagaimana termuat dalam Undang-undang No. 40 tahun 2004. prinsip-prinsip tersebut antara lain:

1. Prinsip kegotongroyongan

Gotong royong yang menjadi prinsip jaminan kesehatan nasional adalah kebersamaan dan saling tolong menolong diantara para peserta jaminan kesehatan, yaitu sehat membantu yang sakit dan kaya membantu miskin. Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak adanya seleksi peserta merupakan kunci dari terwujudnya prinsip ini.

2. Prinsip Nirlaba

Jaminan Kesehatan Nasional yang dijalankan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan tidak dijalankan dengan tujuan untuk mencari keuntungan atau laba. Sebaliknya, tujuan pokok dari pengumpulan dana dalam program Jaminan Kesehatan Nasional adalah semua digunakan untuk memenuhi kepentingan peserta.

3. Prinsip Keterbukaan

Prinsip Keterbukaan yang ada di Jaminan Kesehatan Nasional adalah prinsip untuk mempermudah akses akan informasi yang lengkap, benar dan jelas untuk semua peserta.

4. Prinsip kehati-hatian

Prinsip kehati-hatian yang dimaksud adalah prinsip pengelolaan yang dijalankan secara cermat, teliti, aman dan tertib.

5. Prinsip akuntabilitas

Prinsip akuntabilitas yang ada di Jaminan Kesehatan Nasional adalah pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang dilakukan secara akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6. Prinsip Portabilitas

Prinsip Portabilitas merupakan prinsip yang dijalankan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta tanpa memandang lokasi peserta selama dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7. Prinsip Kepesertaan Wajib

Prinsip kepesertaan wajib yang dijalankan dalam jaminan kesehatan nasional dimaksudkan agar semua rakyat menjadi peserta sehingga semua rakyat dapat terlindungi. Selain diperuntukan untuk seluruh rakyat Indonesia, kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional juga diperuntukan untuk warga negara asing yang menetap di Indonesia lebih dari 6 (enam) bulan.

8. Prinsip dana amanat

Dana amanat merupakan dana yang terkumpul dari iuran peserta dan dianggap sebagai titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya bagi kepentingan kesejahteraan peserta.

9. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial

Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial yang dimaksud adalah pengelolaan keuntungan yang digunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan kepentingan peserta jaminan sosial.

3.5.1. Sejarah Jaminan Kesehatan Nasional

Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional sebenarnya merupakan jawaban dari amanat Undang-Undang Dasar 1945. Dalam pembukaan Undang-Undang 1945 yang mana secara tegas diamanatkan dalam pasal 34 ayat 2 Undang-Undang Dasar 1945 yang menugaskan negara untuk mengembangkan sebuah sistem jaminan sosial untuk seluruh rakyat.⁶ Pergulatan terpanjang, terjadi pada sistem penyelenggaraan secara nasional dan penyelenggaraan terdesentralisasi. Perlu waktu lebih dari 3 (tiga) tahun untuk menyelesaikan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) oleh tim Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Pergulatan pembuatan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional selesai pada tanggal 28 september 2004 dan diundangkan dengan melalui upacara khusus 19 Oktober 2004 pada masa pemerintahan presiden Megawati.⁷

Pada masa pemerintahan presiden Susilo Bambang Yudoyono, kementerian kesehatan melalui menteri kesehatan yang waktu itu dipimpin oleh Siti Fadillah Supari mengasuransikan sebanyak 36 juta penduduk miskin kedalam skema asuransi yang dijalankan oleh PT. Askes. Namun, hal tersebut sebenarnya tidak dimasukkan untuk menjalankan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional karena pada waktu itu menteri kesehatan masih belum mengetahui tentang Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional tersebut. Meskipun secara substansi, hal tersebut sejalan dengan ide pokok Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dalam Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional, PT. Askes merupakan salah satu badan penyelenggara jaminan atau asuransi sosial untuk masyarakat miskin yang iuran atau preminya dibayarkan oleh pemerintah.

Pergulatan untuk terlaksananya Jaminan Kesehatan Nasional sempat mengalami beberapa hambatan. Adanya pemberian Jaminan melalui PT. Askes berbeda dengan program percontohan pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang berlaku di Jakarta, Yogyakarta, Jawa Timur dan Gorontalo.¹ Berlakunya hal tersebut membuat JPKM menjadi tidak memiliki peran. Badan pelaksana yang mengelola JPKM mengajukan uji materi (*judicial review*) Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional ke Mahkamah Konstitusi (MK) pada tanggal 1 Februari 2005. Perdebatan tentang Askeskin yang dianggap tidak sesuai dengan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional dimulai ketika berita tentang Askeskin mulai menyebar. Pada waktu itu, besar iuran yang dibayarkan oleh pemerintah ke pada PT. Askes adalah Rp. 5000 per orang per bulan.

Pada tahun 2008, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (P2JK) kementerian kesehatan bertugas untuk mengelola Askeskin. Terdapat 2 (dua) kelompok yang masyarakat yang

tergabung dalam skema Askeskin in, yang pertama adalah orang yang dianggap miskin masuk dalam daftar yang telah ditetapkan sehingga ia berhak untuk mendapatkan kartu Askeskin. Sedangkan yang kedua adalah mereka yang tidak terdaftar sebagai masyarakat miskin, akan tetapi mereka tidak mampu membayar biaya pengobatan di rumah sakit. Kelompok kedua ini menggunakan surat keterangan tidak mampu (SKTM) sebagai penanda mereka tidak mampu membayar biaya pengobatan. Dikarenakan tidak adanya daftar yang jelas terkait kelompok peserta Askeskin yang kedua, maka pada tahun ketiga perjalanan Askeskin terjadi defisit anggaran. Karena hal tersebut, Askeskin dituding telah melakukan kesalahan dalam hal manajemen. Untuk menghindari terjadi lagi defisit anggaran dimasa mendatang, maka kementerian kesehatan menetapkan peraturan baru, yang mana hanya peserta yang memiliki kartu Askeskin yang akan ditanggung biaya pengobatannya. Sedangkan untuk kelompok peserta yang menggunakan SKTM, Kementerian kesehatan melakukan koordinasi dengan pemerintah daerah untuk membiayai pengobatan untuk kelompok tersebut. Hal tersebut membuat munculnya skema jaminan kesehatan daerah atau Jamkesda di berbagai daerah.

PT. Askes telah melakukan pendekatan dengan pemerintah daerah untuk melaksanakan jaminan kesehatan daerah secara bersama-sama dengan pemerintah daerah. Program jaminan kesehatan masyarakat umum (JPKM) berhasil diselenggarakan oleh PT. Askes dengan cara bekerja sama dengan hampir separuh pemda pada tahun 2013. Pemerintah daerah bertugas untuk mendanai program tersebut dengan PT. Askes bertindak sebagai pihak pengelola dana. Ketika terjadi transformasi dari PT. Askes menjadi BPJS, maka sebagian pemerintah daerah tidak mengalami kesulitan yang berarti untuk beradaptasi.

3.6. ASURANSI KESEHATAN KOMERSIAL

Kata komersial berasal dari bahasa inggris yaitu *commerce* yang berarti berdagang. Sebagaimana sifat dasar dalam usaha perdagangan adalah tidak adanya paksaan untuk seseorang harus membeli suatu barang/jasa tertentu. Seorang pedagang atau suatu perusahaan dapat membuat masyarakat tertarik membeli apa yang ia tawarkan dengan cara mencari informasi tentang barang/jasa yang diminati atau dibutuhkan oleh masyarakat. Jika produk yang ditawarkan tidak dapat menarik minat masyarakat maka dikhawatirkan pedagang atau perusahaan tersebut akan mengalami kerugian. Akan tetapi hal sebaliknya dapat terjadi, saat produk barang/jasa yang ditawarkan dapat menarik minat masyarakat maka pedagang atau perusahaan asuransi tersebut dapat memperoleh keuntungan atau laba.

Asuransi komersial merupakan asuransi yang pada penerapannya mengikuti prinsip komersial, yaitu kepesertaan yang bersifat sukarela, besar iuran dan manfaat yang ditawarkan kepada masyarakat juga jelas. Selain itu, badan yang menyelenggarakan asuransi jenis ini juga memiliki tujuan yang jelas yaitu mencari keuntungan atau *profit*. Hal tersebutlah yang menjadi perbedaan antara asuransi kesehatan sosial dan asuransi kesehatan komersial. Akan tetapi terdapat lembaga swasta yang memiliki sifat nirlaba, yayasan ataupun perhimpunan masyarakat seperti Nahdatul Ulama, Muhammadiyah, perhimpunan katolik serta lembaga-lembaga lainnya yang menyelenggarakan asuransi kesehatan komersial. Hasil keuntungan yang diperoleh lembaga atau yayasan tersebut akan digunakan untuk kepentingan masyarakat yang tidak mampu. Perbedaan lainnya antara asuransi kesehatan sosial dan asuransi kesehatan komersial terletak pada penawaran paket manfaat, asuransi kesehatan komersial menawarkan paket manfaat yang sesuai dengan kebutuhan atau *needs* masyarakat sedangkan asuransi kesehatan komersial menawarkan paket manfaat yang sesuai dengan permintaan atau *demand* masyarakat. Dengan demikian, produk asuransi yang dapat ditawarkan oleh asuransi kesehatan komersial sangatlah beragam dan sangat tergantung pada permintaan yang berkembang di masyarakat.

Paket manfaat yang ditanggung oleh suatu badan asuransi sangat mempengaruhi besar premi yang harus dibayarkan. Asuransi komersial melakukan penyusunan paket manfaat yang dapat menarik minat masyarakat, setelah itu melakukan menetapkan besar premi yang sesuai dengan paket manfaat tersebut. Di Indonesia, paket manfaat yang ditawarkan oleh badan penyelenggara asuransi sangatlah beragam, terdapat paket manfaat yang hanya diperuntukan untuk penyakit tertentu seperti penyakit kanker. Semakin besar manfaat yang ditawarkan oleh suatu badan asuransi maka akan premi yang dibayarkan juga akan semakin mahal. Oleh karena itu, cukup sulit untuk masyarakat miskin untuk masuk dan bergabung kedalam skema asuransi komersial.

3.6.1. Sejarah Asuransi Komersial di Indonesia

Telah disinggung sebelumnya, bahwa perkembangan asuransi komersial di Indonesia telah dimulai sejak awal tahun 1970an. Perusahaan multinasional memiliki peran besar dalam penyelenggaraan awal asuransi kesehatan komersial di Indonesia. Pada tahun 1992, dikarenakan belum adanya landasan hukum yang jelas terkait penyelenggaraan asuransi di Indonesia maka asuransi kesehatan komersial di Indonesia belumlah mengalami pertumbuhan yang berarti. Pada masa tersebut, asuransi kesehatan masih menjadi produk tumpangan atau

rider yang dijual oleh perusahaan asuransi kerugian. Perusahaan asuransi jiwa waktu itu juga belum mendapat kejelasan terkait ijin penyelenggaraan asuransi kesehatan. Undang-Undang No. 2 tahun 1992 tentang asuransi menjelaskan bahwa perusahaan asuransi jiwa dapat menjual produk asuransi kesehatan. Keluarnya Undang-Undang tersebut merangsang perkembangan asuransi komersial di Indonesia, baik perusahaan asuransi jiwa maupun asuransi kerugian mulai menawarkan berbagai produk asuransi kesehatan dan derivatnya.

RINGKASAN

Di Indonesia berkembang dua jenis asuransi, yaitu asuransi sosial yang telah diperkenalkan oleh pemerintah sejak tahun 1947 atau tepatnya dua tahun setelah kemerdekaan Indonesia. Sebagaimana perkembangan asuransi sosial di negara lain, perkembangan asuransi sosial di Indonesia juga dimulai dari pekerja. Asuransi sosial di Indonesia telah melalui pergolakan panjang sejak diperkenalkan pada tahun 1947, adanya pergolakan di awal kemerdekaan serta pergolakan politik membuat bentuk asuransi sosial yang dijalankan sering berubah-ubah. Asuransi komersial di Indonesia sebenarnya telah ada dan ditawarkan kepada masyarakat yang ada di kota-kota besar sejak tahun 1970an. Perusahaan multinasional yang memiliki kantor cabang dan unit di Indonesia memiliki peranan dalam perkembangan asuransi komersial di Indonesia. Mereka bertindak sebagai pihak yang menawarkan produk asuransi kepada masyarakat Indonesia, meskipun pada awalnya pertumbuhan asuransi komersial belum mengalami pertumbuhan yang berarti. UU nomor 2/1992 tentang Asuransi merupakan awal mula dari giat pertumbuhan asuransi di Indonesia.

LATIHAN SOAL

1. Mengapa Indonesia memiliki perkembangan asuransi yang cukup lambat?
2. Sebutkan jenis asuransi sosial yang pernah terselenggara di Indonesia!
3. Jelaskan perbedaan antara asuransi kesehatan sosial dan asuransi kesehatan komersial!
4. Jelaskan ciri-ciri asuransi kesehatan sosial dan asuransi kesehatan komersial!
5. Narasikan sejarah lahirnya jaminan kesehatan nasional di Indonesia

DAFTAR PUSTAKA

1. Thabrany, H. 2010. *Sejarah Asuransi Kesehatan*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Universitas Indonesia.
2. Stierle F. 2002. *Social Health Insurance, Concept- Advatage – Prerequisites*. Germany: GTZ,

3. Depkes RI. 1985. *Almanak Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta.
4. Thabrany H, ed. 2005. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian A*. Jakarta: Pemjaki.
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
6. Thabarany, H. 2014. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Rajawali Pers.
7. Usman, Fuad. M. Arief. 2004. *Security For Life (Hidup Nyaman Dengan Berasuransi)*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.

BAB IV
PERKEMBANGAN ASURANSI KESEHATAN

4.1. Capaian pembelajaran

Capaian Pembelajaran Pertemuan Memahami sejarah asuransi dan asuransi kesehatan di berbagai Negara
Kemampuan Akhir Capaian Pembelajaran Setelah mengikuti perkuliahan maka: 1. Mahasiswa mampu memahami sejarah asuransi 2. Mahasiswa mampu membedakan asuransi kesehatan di berbagai Negara
Bahan Kajian/ Materi Pembelajaran 1. Sejarah asuransi 2. Asuransi kesehatan di berbagai Negara: Taiwan, Norwegia, Kanada, Jepang, Inggris, Kolombia, dan Chili
Metode Pembelajaran E-Learning dan tatap muka dengan protokol kesehatan
Pengalaman Belajar Tugas Individu: mahasiswa dapat membedakan asuransi kesehatan di berbagai Negara
Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: 1. Absensi Online/Offline 2. Keterampilan/ unjuk kerja: Laporan makalh/tugas
Waktu/ Dosen Pengajar 2x 50 menit x 2 pertemuan

4.2. SEJARAH ASURANSI

Teknik manajemen risiko melalui asuransi sebenarnya bukanlah yang baru, terdapat sejarah yang panjang dalam perkembangan teknik manajemen risiko ini. Masyarakat kuno telah mengenal prinsip dasar asuransi yang dikenal dengan istilah “hukum laut” sejak 1000 tahun sebelum masehi. Konsep hukum laut mengacu pada kerja sama yang dilakukan oleh para nelayan untuk mengatasi kesulitan mendarat akibat malam yang gelap gulita. Para nelayan tersebut mengupayakan penerangan dengan cara melemparkan sesautu ke laut, sehingga laut berubah menjadi terang dan hasilnya dapat dinikmati oleh setiap nelayan. Dikarenakan semua nelayan mendapatkan manfaat dari hal tersebut, munculah kesepakatan untuk menanggung bersama upaya tersebut. Dengan kata lain “segala yang dikorbankan untuk manfaat bersama harus dipikul secara bersama-sama pula”. Hukum laut tersebutlah yang menjadi dasar dari prinsip asuransi, bukan hanya asuransi kesehatan tapi semua asuransi “*a common contribution for the common good*”.¹ Masyarakat china kuno juga telah mengenal konsep asuransi, dimana mereka memberikan sejumlah uang secara rutin kepada *sinshe* tanpa memperhatikan apakah mereka sakit atau tidak. Ketika terdapat anggota keluarga yang sakit mereka hanya perlu membawa orang yang sakit tersebut tanpa perlu membayar kepada *sinshe* tersebut lagi. Sejak 600 tahun sebelum masehi, telah diperkenalkan *thiasoi* dan *eranoi* di Yunani serta *collegia* di Romawi. Akan tetapi sistem asuransi tersebut masih memiliki cakupan yang terbatas, dikarenakan masih terbatas untuk kalangan rohaniwan saja.

Pada perkembangan selanjutnya, masyarakat umum sudah mulai menjadi bagian dalam sistem asuransi meskipun masih dalam jumlah yang terbatas. Tahun 1250 di Italia, diperkenalkan sistem premium dan pada tahun 1347 diperkenalkan sistem kontrak di Genoa. Peraturan terkait asuransi yang pertama kali disusun di Barcelona pada tahun 1435. Inggris merupakan pelopor perkembangan asuransi tahap selanjutnya, dimana pemerintah mulai mengambil peran dalam penyelenggaraan asuransi pada tahun 1793. Kemudian, Jerman pada tahun 1883 di bawah pemerintahan Bismarck telah meluncurkan undang-undang yang mewajibkan para pekerja untuk mengikuti asuransi sakit. kepesertaan wajib dengan pembiayaan melalui pajak penghasilan merupakan ciri program asuransi sosial yang dijalankan oleh Jerman sampai saat ini.

Di Indonesia sendiri sebenarnya sistem asuransi bukanlah barang baru, pada tahun 1934 telah diperkenalkan asuransi kesehatan untuk pegawai negeri sipil yang mana merupakan lanjutan dari *Restitutie Regeling* dan pada tahun 1985 telah dimulai asuransi untuk tenaga kerja (ASTEK).

4.3. ASURANSI KESEHATAN DI BERBAGAI NEGARA

Pada bagian ini akan dijabarkan mengenai sistem jaminan di beberapa negara mulai dari pembagiannya, penentuan peserta, penentuan jumlah premi, penentuan siapa yang membayar premi, penentuan pemberi pelayanan kesehatan dan cakupan pelayanan kesehatan yang ditanggung dalam jaminan kesehatan. Untuk lebih jelasnya, berikut ini adalah pemaparan sistem jaminan di beberapa negara:

4.3.1. National Health Insurance (NHI) di Taiwan

National Health Insurance atau NHI adalah sebuah program *mandatory*, sistem *single-payer* jaminan sosial yang dijalankan dengan prinsip bahwa setiap orang harus mendapatkan akses kepada pelayanan kesehatan secara adil. Taiwan telah memberlakukan NHI sejak bulan maret tahun 1995. Sebelum NHI terbentuk, sistem asuransi yang anut oleh Taiwan masihlah terkotak-kotak, dimana terdapat 13 sistem independen yang menawarkan premi dan manfaat yang berbeda-beda berdasarkan segmen masyarakat. Akan tetapi, 13 sistem independen tersebut hanya mampu mencakup 60% dari total populasi sedangkan 40% sisanya yang terdiri dari penduduk usia pension, anak-anak dan pengangguran tidak memiliki atau belum tergabung kedalam skema jaminan tersebut.²

NHI yang dijalankan oleh Taiwan membebaskan konsumen untuk memilih penyedia pelayanan kesehatan dan institusi medis yang sesuai tanpa adanya batasan. Tujuan dari pemberlakuan hal tersebut adalah untuk meningkatkan akses para pasien terhadap pelayanan kesehatan dengan mempermudah kekurangan finansial mereka dan untuk memastikan bahwa tidak seorang pun akan menjadi miskin sebagai akibat penyakit yang dideritanya.

4.3.2. Struktur Organisasi

Sistem *National Health Insurance* yang ada di Taiwan diatur oleh pemerintah dan dijalankan oleh *the Bureau of National Health Insurance*. *The Bureau of National Health Insurance* dalam penyelenggaraan NHI bertanggung jawab untuk merencanakan sistem, melakukan promosi, penyelenggara, pengawas, penelitian dan pembangunan, pelatihan, manajemen informasi dan pemeriksaan. Sumber operasional *the Bureau of National Health Insurance* berasal dari pemerintah. Dalam penyelenggaraan NHI, *the Bureau of National Health Insurance* memiliki enam cabang yang secara langsung menangani tentang aplikasi jaminan, pengumpulan premi, pemeriksaan klaim dan penggantian serta manajemen kontrak dengan institusi medis. Keenam cabang ini membawahi beberapa distrik.

Dalam penyelenggaraan NHI, dinas kesehatan memiliki yuridiksi atas *Bureau of National Health Insurance*. Terdapat empat komite yang dibuat oleh dinas kesehatan yang bertujuan

untuk membantu perencanaan dan bertugas untuk memonitoring kinerja yang berhubungan dengan NHI, antara lain *the NHI Supervisory Committee, the NHI Dispute Mediation Committee, the NHI Medical Expenditure Negotiation Committee* dan *the NHI Task Force*.

4.3.3. Cakupan Kepesertaan NHI

Sejak diberlakukan pada tahun 1995, saat ini cakupan masyarakat yang telah tergabung dalam program ini telah mencapai 99% dari total warga negara Taiwan. Bayi yang baru lahir secara otomatis terlindungi dalam program ini saat kelahirannya telah didaftarkan pada kantor catatan registrasi lokal. Bahkan warga asing yang telah memenuhi peraturan NHI dan persyaratan bermukim pun harus terjamin dalam sistem ini, hanya penduduk yang tinggal di luar negeri dalam jangka waktu yang lama yang tidak diwajibkan untuk ikut berpartisipasi dalam program wajib ini. Penduduk terjamin dalam NHI terbagi menjadi enam sub kelompok populasiberdasarkan pekerjaan atau status khusus lainnya dan menjadi penentuan bagaimana premi mereka akan dihitung dan dibayar. Klasifikasi peserta jaminan dan organisasi pendaftar jaminan dalam sistem NHI dapat dilihat di bawah ini:

Tabel 2. Klasifikasi peserta jaminan dan organisasi pendaftar jaminan dalam sistem NHI

Kategori	Peserta Sistem NHI		Organisasi pendaftar Jaminan
	Peserta	Tanggung	
1	Pegawai negeri, sukarelawan, pemegang jabatan pemerintah	1. Istri 2. Hubungan sedarah langsung 3. Langsung sedarah dan hubungan dua tingkat, yang lebih dari 20 tetapi tidak mampu membiayai hidup termasuk yang berada di sekolah	Organisasi, sekolah, perusahaan dimana individu tersebut dipekerjakan
	Guru sekolah swasta	* harus yang tidak atau belum memiliki pekerjaan	
	Pegawai perusahaan atau industry milik public atau swasta		
	Pemberi kerja, pekerja bebas, pekerja profesional dan spesialis teknis		
2	Anggota serikat kerja, anggota kru asing	Sama seperti persyaratan pada nomor 1	Serikat tempat mereka berada yaitu <i>the master mariners association, the national Chinese seamen's union</i>
3	Anggota asosiasi petani, nelayan dan irigasi	Sama seperti persyaratan pada nomor 1	Asosiasi petani, asosiasi nelayan, asosiasi irigasi
4	Prajurit wajib	Tidak ada	Agensi yang ditunjuk oleh

	militer, para siswa di sekolah militer tanggung pensiunan anggota militer		menteri pertanian nasional
	Laki-laki usia dinas militer yang melaksanakan pelayanan alternatif militer	Tidak ada	Agensi yang ditunjuk oleh <i>ministry of the interior</i>
5	Anggota rumah tangga dengan pendapatan rendah seperti yang didefinisikan oleh <i>public assistance act</i>	Tidak ada	Kantor administrasi desa, kota kecil, perkotaan, atau wilayah dimana rumah tangga tersebut terdaftar
6	Veteran pengangguran atau tanggungan keturunan veteran	Sama seperti persyaratan nomor 1	Sama seperti di atas
	Kepala rumah tangga yang tidak bekerja atau perwakilan rumah tangga	Sama seperti persyaratan nomor 1	Sama

Sumber: *Bureau of National Health Insurance in Taiwan, 2009.*²

4.3.4. Sumber-sumber Finansial

Sistem pembayaran premi dari peserta terjamin, pengusaha dan pemerintah loka dan pusat menjadi sumber utama pendanaan dalam menyelenggarakan pelayanan kepada masyarakat. *The bureau of national health* selaku badan yang bertugas untuk menjalankan sistem ini tidak diperkenankan untuk mengambil keuntungan dari penyelenggaraan sistem ini, selain itu terdapat kewajiban untuk menjaga dana cadangan paling tidak setara dengan pengeluaran medis selama satu bulan. Selain dari premi, terdapat sumber lain yang menjadi sumber pendapatan dalam penyelenggaraan NHI, antara lain denda atas tunggakan pembayaran premi, kontribusi lotre kesejahteraan masyarakat dan biaya tambahan yang berasal dari rokok. Sumber-sumber tersebut dapat menambah dana cadangan yang diperlukan dalam penyelenggaraan NHI.

Dalam penyelenggaraan NHI, besaran premi dihitung setiap dua tahun. *The Bureau of National Health Insurance* melakukan perkiraan penerimaan dan pengeluaran dana selama 25

tahun kedepan, berdasarkan hal tersebut *the Bureau of National Health Insurance* membuat perhitungan premi yang tepat. Selama penyelenggaraan NHI, telah diberlakukan penyesuaian premi sebanyak satu kali pada tahun 2002.

4.3.5. Premi

The National Health Insurance Act merupakan dasar hukum sistem jaminan kesehatan untuk menetapkan bahwa tingkat premi harus direviu dan dihitung ulang setiap dua tahun untuk meyakinkan kelangsungan sistem keuangan. Premi ditetapkan berdasarkan atas kemampuan membayar tiap orang dan pengumpulan dana untuk mendukung penduduk yang kurang mampu secara finansial untuk membayar program ini. Premi dihitung sebagai persentase dari pendapatan individu, maksimal NT\$131,700 per bulan dan *sharing* bersama oleh individu, atau organisasi asuransi pemberi kerja yang mendaftar dan pemerintah. Formula premi NHI disajikan pada tabel 3. Berdasarkan klasifikasi peserta pada Tabel 4, dalam kategori no 1, 2 dan 3 membayar premi berdasarkan pendapatan mereka, sementara sisanya berdasarkan atas rata-rata premi yang dibayar oleh seluruh individu yang berpartisipasi.

Tabel 3. Formula Premi NHI

Kategori Terjamin	Kontributor	Formula
Individu berpendapatan	Terjamin	Penghasilan dasar x tingkat premi x rasio kontribusi x (1+jumlah tertanggung)
	Organisasi pendaftar jaminan atau pemerintah	Penghasilan dasar x tingkat premi x rasio kontribusi x (1+jumlah tertanggung)
Individu non Berpendapatan	Terjamin	Rata-rata premi x rasio kontribusi x (1+ rata-rata jumlah tertanggung)
	Pemerintah	Rata-rata premi x rasio kontribusi x jumlah aktual penduduk terjamin

Sumber : *Bureau of National Health Insurance in Taiwan, 2009.*²

Tabel 4. Rasio kontribusi premi NHI

		Rasio kontribusi (%)
--	--	----------------------

Ktgr	Klasifikasi Peserta		Terjamin	Organisasi Pendaftar	Pemerintah
1	Pegawai negeri, sukarelawan, pemegang jabatan pemerintah	Terjamin dan bertanggung	30	70	0
	Guru sekolah swasta	Terjamin dan bertanggung	30	35	35
	Pegawai perusahaan atau industry milik public atau swasta	Terjamin dan bertanggung	30	60	10
	Pemberi kerja, pekerja bebas, pekerja professional dan spesialis teknis	Terjamin dan bertanggung	100	0	0
2	Anggota serikat kerja, anggota kru asing	Terjamin dan bertanggung	60	0	40
3	Anggota asosiasi petani, nelayan dan irigasi	Terjamin dan bertanggung	30	0	70
4	Prajurit wajib militer, para siswa di sekolah militer tanggungans pensiunan anggota militer	Terjamin	0	0	100
	Laki-laki usia dinas militer yang melaksanakan pelayanan alternatif militer				
5	Anggota rumah tangga dengan pendapatan rendah seperti yang didefinisikan oleh <i>public assistance act</i>	Terjamin	0	0	100
6	Veteran pengangguran	Tertanggung	0	0	100
		Tertanggung	30	0	70

	atau tanggungan keturunan veteran				
	Kepala rumah tangga yang tidak bekerja atau perwakilan rumah tangga	Terjamin dan bertanggung	60	0	40

Sumber: *Bureau of National Health Insurance in Taiwan, 2009.*²

4.3.6. Ruang Lingkup Cakupan

Salah satu kelebihan yang ditawarkan dalam sistem NHI adalah peserta yang memiliki akses pada 18.000 fasilitas pelayanan kesehatan yang telah terkontrak diseluruh negara. Pelayanan yang ditawarkan terdiri atas perawatan rawat inap, perawatan rawat jalan, perawatan gigi, terapi pengobatan tradisional cina, pelayanan kesehatan untuk anak-anak, rehabilitasi kejiwaan, rehabilitasi fisik, rumah jompo perawatan, dan perawatan penyakit kronis mental dan lainnya. Sistem NHI juga menjamin berbagai bentuk perawatan, termasuk bedah, dan pengeluaran seperti pemeriksaan, tes laboratorium, resep obat, persediaan, biaya perawatan, kamar rumah sakit, dan beberapa obat-obatan. Selain itu, dalam sistem NHI terdapat juga penjaminan pelayanan pada pelayanan preventif seperti pemeriksaan pediatrik dan kesehatan dewasa, *check up* kehamilan, *pap smear*, dan cek kesehatan gigi.

4.3.7. Sistem Pembayaran *Global Budget*

Sistem anggaran global berlangsung antara tahun 1998 dan 2002, menutupi seluruh pengeluaran pada 4 sektor medis yaitu gigi, pengobatan tradisional cina, klinik pengobatan *western* dan rumah sakit, ditambah dengan ESRD (*end stage renal disease*). Mekanisme *fee-for-service* yang mencakup lebih dari 4.200 item pelayanan medis, 6.400 alat-alat dan bahan medis dan 16.000 obat-obatan, digunakan untuk mengganti penyedia dibawah skema *global budget*. Metode lainnya yang telah diperkenalkan seperti pembayaran per kasus dan sistem pembayaran berdasarkan kinerja. *Pay for performance* yang dikenalkan pertama kali pada tahun 2001, saat ini digunakan untuk terapi kanker payudara, diabetes, asma dan perawatan hipertensi.

4.3.8. Sistem Jaminan Kesehatan Di Norwegia

Norwegia diatur oleh sistem parlemen yang terbagi dalam tiga tingkat.³ Pada tahun tengah 1970 dibentuk lima wilayah daerah kesehatan, setiap wilayah menunjuk satu komite kesehatan dengan perwakilan dari masing-masing *county*. Komite ini mendesain rencana untuk meningkatkan distribusi dari fungsi darurat dan *elective* rumah sakit, bertanggung jawab untuk pembiayaan, perencanaan dan penyediaan pelayanan kesehatan khusus, seperti laboratorium, radiologi dan pelayanan paramedis.

Sistem jaminan kesehatan Norwegia berhasil dalam memberikan jaminan secara universal dan menyediakan cakupan pelayanan yang luas. Perawatan kesehatan yang dijalankan di Norwegia terorganisasi atas tiga tingkat: pemerintah pusat, otoritas lima regional dan kota. Pemerintah pusat bertanggung jawab untuk perawatan kesehatan sekunder. Kotamadya untuk promosi kesehatan, perawatan kesehatan dasar, perawatan dari orang tua dan perawatan fisik dan mental. *County* bertanggung jawab untuk perawatan kesehatan gigi.

Sistem pemeliharaan kesehatan di Norwegia didominasi oleh *tax-financed public provision*.³ Otoritas nasional berkewajiban untuk menjamin bahwa rencana yang diajukan oleh *county* (provinsi) dan *municipal* (kotamadya) telah konsisten dengan tujuan dan sasaran nasional. Dan, sejak tahun 1984, pemeliharaan kesehatan primer telah menjadi tanggung jawab kotamadya. Masing-masing daerah melakukan perencanaan dan mengoperasikan rumah sakit daerahnya masing-masing (termasuk institusi umum dan psikiatrik) begitu juga pelayanan spesialisasi medis lainnya seperti laboratorium, *radiographic* dan jasa ambulan, pelayanan spesial untuk candu alkohol dan obatobatan dan perawatan gigi orang dewasa. Masing-masing daerah dapat mengatur pelayanan rumah sakit dalam wilayahnya. Rencana yang dibuat diajukan dan perlu persetujuan dari Kementerian Urusan Kesehatan dan Sosial.

4.3.9. Perencanaan, Regulasi dan Manajemen

Di tingkat nasional, badan yang bertindak sebagai pengambilan keputusan politik adalah badan eksekutif. Tanggung jawab dari badan nasional adalah untuk menentukan kebijakan, mempersiapkan undang-undang, melakukan perencanaan dan penganggaran nasional, mengatur saluran informal, dan menyetujui lembaga-lembaga dan perluasan kapasitas. Kotamadya memberikan layanan kesehatan primer, termasuk perawatan bagi penyandang cacat dan orang tua, sementara tanggung jawab untuk perawatan kesehatan khusus terletak dengan otoritas kesehatan regional yang dimiliki oleh pemerintah pusat. perawatan gigi masih

merupakan bagian dari tanggung jawab di wilayah ini. Sistem perawatan kesehatan sebagian besar milik publik, meskipun ada beberapa kontrak dengan lembaga-lembaga swasta.

Tabel 5. Pembagian Fungsi dan Wewenang di Norwegia

Tingkat Pemerintahan	Badan pembuat keputusan/ Legislatif	Badan Eksekutif	Responsibilities
Otoritas nasional	Parlemen	Menteri Kesehatan dan Sosial	<ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan aturan perundangan - Menyetujui ekspansi kapasitas anggaran dan perencanaan - Manajemen informasi - Desain kebijakan
<i>Counties (19)/</i> Propinsi	<i>County councils/</i> Dewan daerah Propinsi	<i>County administration authority/</i> otoritasadministrasi propinsi	<ul style="list-style-type: none"> - Rumah sakit (somatik dan psikiatrik) - Pelayanan kesehatan spesialis - Insitusi untuk perawatan pengguna obat-obatan dan alcohol - Pelayanan gigi
<i>Municipalities (435)/</i> Kotamadya	<i>Municipal councils/</i> Dewan kota	<i>Local administration/A</i> dministrasi lokal	Rencana pelayanan kesehatan dan sosial kota
	<i>Municipal executive boards/</i> Badan eksekutif kota	<i>Municipal executive boards/</i> Badan eksekutif kota	<ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan kesehatan primer - Pelayanan sosial/ Administrasi - Jaminan social
	<i>Mayors, sector committees for health and social affairs/</i> Walikota, komitesektor urusan kesehatan dan sosial	Pelayanan kesehatan dan social	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Nursing care</i> - Perawatan orang cacat mental

Sumber: Noord *et al.* 1998

4.3.10. Pembiayaan Kesehatan di Norwegia

Sistem pelayanan kesehatan di Norwegia sebagian besar didanai oleh publik (pemerintah), sedangkan asuransi kesehatan swasta, yang mencakup kategori spesifik dari individu atau kelompok, dan menetapkan premi atas dasar karakteristik risiko mereka, hampir tidak ada di Norwegia.³ Sistem perawatan kesehatan Norwegia utamanya dibiayai melalui pajak yang diperoleh pada tingkat kota, provinsi dan pusat. Pemerintah pusat menyediakan *grant* (bantuan hibah) kepada provinsi untuk pembiayaan sejumlah rumah sakit. Kotamadya juga menerima *grant* dari otoritas pusat, dan sebagian besar mendanai sistem pemeliharaan kesehatan primer.

Sejak tahun 1980, *block grant* dari pemerintah pusat kepada dewan kabupaten untuk pembiayaan rumah sakit telah ditetapkan secara tahunan berdasarkan kriteria seperti pendapatan per kapita kabupaten, komposisi usia dari populasi dan kepadatan populasi (selanjutnya tingkatan pendanaan berdasarkan biaya historis dari rumah sakit). Pembiayaan perawatan primer pada pelayanan kesehatan kotamadya dibiayai melalui kombinasi hibah dari pemerintah daerah, *reimburse* oleh *National Insurance Scheme* (NIS) untuk penyediaan jasa dan pembayaran *out of pocket* oleh para pasien.

Sistem pembiayaan rumah sakit provinsi (termasuk rumah sakit universitas dan rumah sakit yang dimiliki oleh organisasi non profit) dibagi menjadi tiga tingkatan yaitu:³

- a. Dewan daerah membiayai rumah sakit dalam jumlah besar, pada gilirannya, didanai oleh hasil *block grants* yang diterima dari pemerintah pusat
- b. Kontribusi dari NIS dan otoritas pendidikan untuk masing-masing, rawat jalan (rawat jalan) perawatan dan layanan pengajaran; dan
- c. Hibah *earmarked* disediakan oleh pusat. Untuk rumah sakit swasta komersil dibiayai oleh pembayaran kembali pasien tersebut, *reimburse* oleh NIS dan hibah berdasarkan kontrak dari kabupaten.

4.3.11. National Insurance Scheme (NIS)

National Insurance Scheme (NIS) merupakan skema asuransi yang dijalankan di Norwegia sejak tahun 1967 dan berada dibawah kendalai Menteri bidang kesehatan dan sosial selaku badan yang menjangkan sistem ini.³ NIS dijalankan dengan sistem pembayaran kepada penyedia pelayanan kesehatan secara sistem *fees for services* untuk perawatan yang disediakan oleh rumah sakit dan praktisi swasta. Kepesertaan dalam NIS bersifat *mandatory* dan universal, jadi seluruh warga negara Norwegia atau penduduk yang bekerja di negara ini

akan terjamian dalam NIS. Sumber pendanaan untuk program ini berasal dari kontribusi wajib yang dibayarkan oleh karyawan, pengusaha dan wiraswasta.

Sistem NIS memberikan tanggungan kepada para pensiunan, orang-orang yang memiliki kecatatan atau disabilitas, orang yang memerlukan rehabilitasi yang disebabkan oleh kecatatan ditempat kerja. Ada juga manfaat yang diberikan bagi *single parent* atau orang tua tunggal sakit, hamil, adopsi dan pengangguran, bersalin dan untuk pemakaman. NIS juga secara penuh mengganti semua pengeluaran yang digunakan untuk kelahiran, perawatan anak-anak di bawah 7 tahun dan perawatan kecelakaan industrial serta mengganti sebagian pengeluaran pasien yang digunakan untuk konsultasi, resep obat-obatan dan perawatan ortodontik penduduk usia 19 tahun, begitu juga perawatan gigi penduduk usia diatas 19 tahun.

4.3.12. Perawatan Kesehatan

Kotamadya bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan primer, memastikan kesejahteraan penduduk, memastikan kondisi sosial dan lingkungan selalu baik. Selain itu, kotamadya juga bertanggung jawab untuk menyediakan informasi mengenai kesehatan dan gaya hidup seryta mempromosikan gaya hidup sehat kepada masyarakat. Setiap daerah memiliki tingkat pelayanan yang berbeda tingkat tersier, di mana sebagian besar layanan tingkat tersier dilakukan di rumah sakit yang terletak di wilayah perkotaan. Sedangkan, organisasi perawatan jangka panjang seperti panti jompo dan layanan berbasis rumah adalah tanggung jawab kotamadya di Norwegia.

4.3.13. Asuransi Kesehatan Publik Di Jepang

Jepang menjalankan asuransi kesehatan publik yang mencakup seluruh populasi di Jepang. Asuransi publik ini pertaman kali dimulai pada tahun 1922 untuk para pekerja sektor swasta di jepang.⁴ Dasar hukum penyelenggaraan asuransi publik pada tahun tersebut adalah *The Health Insurance Law*. Pada awal penyelenggarannya, manfaat yang ditawarkan oleh asuransi ini masih terbatas dan tidak komprehensif. Setelah perang dunia kedua, Jepang memperkenalkan dan meningkatkan sistem jaminan sosial yang termasuk di dalamnya asuransi kesehatan. Pada tahun 1954, pemerintah jepang menetapkan besar subsidi untuk penyelenggaraan program ini adalah satu miliar yen. Asuransi kesehatan publik yang dijalankan oleh pemerintah Jepang mencapai cakupan *universal* pada tahun 1961. Tabel dibawah akan menjabarkan sejarah perjalanan sistem asuransi kesehatan publik yang ada di Jepang:

Tabel 6. Sejarah Asuransi Kesehatan di Jepang

Tahun	Uraian
1922	<i>The Health Insurance Law</i> yang diimplementasikan pada tahun 1927.
1934	Revisi <i>the Health Insurance Law</i> - Perluasan untuk mencakup perusahaan-perusahaan yang memiliki lima atau lebih pekerja.
1938	Pembentukan Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan. <i>National Health Insurance Law and region –based National Health Insurance</i>
1941-45	Perang dunia kedua
1958	Revisi <i>the National Health Insurance Law</i> - 50% penyediaan manfaat bagi yang diasuransikan.
1961	<i>Universal coverage</i>
1962	Pembentukan <i>the Social Insurance Agency</i>
1972	Revisi dari <i>the Welfare Law for the Elderly</i> yang diimplementasikan tahun 1973. - Pelayanan medis gratis bagi penduduk usia lanjut.
1973	Revisi <i>the Health Insurance Law</i> dikenal dengan tahun pertama kesejahteraan nasional: - Peningkatan tingkat manfaat bagi keluarga yang terasuransi dari 50% menjadi 70%; - Perkenalan batas atas <i>cost sharing</i> pasien; - Subsidi nasional sebesar 10% pengeluaran kesehatan bagi pemerintah pengatur asuransi kesehatan.
1982	<i>Law of Health and Medical Services</i> bagi penduduk usia lanjut yang diimplementasikan tahun 1983.
1984	Revisi <i>the Health Insurance Law</i> - 10% <i>cost sharing</i> bagi terasuransi; - Pengendalian regulasi atas teknologi tinggi pemeliharaan kesehatan; - Perkenalan program pemeliharaan kesehatan bagi para pensiunan.
1985	Revisi <i>the Medical Service Law</i> - Rencana medis oleh <i>prefecture</i>
1989	Strategi 10 Tahun bagi Promosi Kesehatan dan Kesejahteraan untuk Penduduk Lanjut Usia yang disebut <i>Gold Plan</i>
1991	Revisi <i>the Law of Health and Medical Services</i> bagi penduduk usia lanjut - <i>Visiting nurse care service</i> untuk penduduk usia lanjut - Peningkatan pendanaan public untuk <i>nursing care</i> dari 30 menjadi 50%.
1992	Revisi <i>the Medical Service Law</i> - Klasifikasi rumah sakit berdasarkan fungsinya : rumah sakit

	berteknologi tinggi, perawatan inap jangka panjang
1994	<i>New Gold Plan</i>
1997	Revisi <i>the Health Insurance Law</i> - 20% <i>cost sharing</i> oleh terasuransi - Perkenalan pembebanan pasien atas biaya farmasi untuk pelayanan rawat jalan.

Sumber : Fukawa, 2002

4.3.14. Sistem Asuransi Kesehatan di Jepang

Sistem asuransi di Jepang dibiayai dari kontribusi individu, kontribusi pemberi kerja, dan subsidi pemerintah. Pemerintah Jepang menetapkan tiga kategori asuransi kesehatan yaitu:⁴

a. *Employer-Based Insurance*

Kategori ini meliputi asuransi kesehatan yang diatur oleh lembaga, asuransi kesehatan yang diatur oleh pemerintah, dan *mutual aid association*. Pada asuransi yang diatur oleh lembaga, dana diperoleh dari pembagian antara pemberi kerja dan pekerja. Asuransi kesehatan yang diatur oleh pemerintah mencakupi para pekerja sektor swasta yang tidak bertanggung pada asuransi kesehatan yang diatur oleh lembaga, dan preminya persentase tetap dari daftar gaji dibagi setara antara pemberi kerja dan pekerja. Perbedaan kedua sistem yang telah dijelaskan sebelumnya yaitu pada asuransi yang diatur oleh lembaga ditawarkan berbagai manfaat, sedangkan yang pemerintah tawarkan hanya untuk satu paket perawatan. Terakhir, *mutual aid association* mencakup pekerja pada sektor publik.

b. *National Health Insurance*

National Health Insurance adalah asuransi berbasis masyarakat yang mencakup orang-orang yang tidak termasuk dalam golongan *employer-based insurance*, seperti pekerja di bidang agrikultur, wiraswasta, dan pensiunan dan juga tanggungannya. Pelayanan kesehatan yang tercakup secara umum sama dengan *employer-based insurance*, namun *cost sharing*nya lebih tinggi dan manfaat tunai biasanya lebih terbatas. Kontribusi beragam dari satu masyarakat dengan masyarakat lainnya dan berdasarkan atas penghasilan individu dan aset.

c. *Health Insurance for the Elderly*

Health Insurance for the Elderly adalah sistem untuk meringankan beban dalam penyediaan perawatan kesehatan untuk penduduk usia lanjut. Kepesertaannya adalah untuk penduduk usia 70 tahun lebih dan juga penyandang cacat usia 65-69 tahun.

Tabel 7. *Outline* sistem asuransi kesehatan di Jepang

Kategori	<i>Employer-based insurance</i>			<i>National Health Insurance</i>	<i>Health Insurance for the Elderly</i>
	Asuransi Kesehatan		Mutual aid association		
	Diatur oleh Pemerintah	Diatur oleh Lembaga			
Orang yang terasuransi	Utamanya pekerja pada perusahaan kecil dan menengah	Utamanya pekerja pada perusahaan besar	Pegawai pemerintah daerah dan nasional dan lainnya	Para petani, Self employed/ wiraswasta, dan lainnya	Penduduk berusia 70 tahun lebih serta penyandang cacat berusia 65-69.
Penjamin	Pemerintah nasional	Asuransi kesehatan masyarakat	<i>Mutual Aid Association</i>	Pemerintah kota; Asosiasi NHI	Pemerintah kota
Cakupan (persentase dari total populasi)	30,7%	25,4%	9,2%	34,7%	10,1%
Tingkat Manfaat dari pelayanan kesehatan	Orang yang terasuransi : 80% Tertanggung : 80% untuk rawat inap 70% untuk rawat jalan <i>Cost sharing</i> pasien jika melebihi tanggungan biaya yang ditanggung oleh asuransi per bulannya.			Orang yang terasuransi : 70%. <i>Cost sharing</i> pasien jika melebihi tanggungan biaya yang ditanggung oleh asuransi per bulannya.	Orang yang terasuransi : 100%. <i>Cost sharing</i> pasien jika melebihi tanggungan biaya yang ditanggung oleh asuransi per hari baik untuk rawat jalan maupun rawat inap

Sumber : Fukawa, 2002

4.3.15. Cakupan Manfaat

Manfaat yang ditawarkan dalam sistem ini cukup luas, dimana meliputi pelayanan medis seperti rumah sakit dan perawatan dokter, perawatan gigi, obat-obatan serta beberapa sarana transportasi. Akan tetapi dalam *health insurance* hanya sedikit pelayanan yang bersifat preventif serta persalinan yang dilakukan secara normal tidak tercakup dalam asuransi, hal ini dikarenakan kehamilan tidak digolongkan sebagai suatu penyakit.

4.3.16. Mekanisme Aturan Pembayaran

Peraturan untuk pembayaran dokter dan rumah sakit sama untuk semua sistem asuransi. Pembayaran fasilitas berprinsip atas dasar *fee-for-service*, namun pembayaran paket telah digunakan secara parsial pada *Health Insurance for theElderly*. Harga dari masing-masing perawatan medis yang tercakup oleh asuransi terdaftar pada *fee schedule* yang ditentukan oleh pemerintah berdasarkan atas rekomendasi oleh *the Central Social Insurance Medical Council* dan direvisi setiap dua tahun sekali. Standar harga obat-obatan menentukan harga resep obat yang dapat diklaim oleh fasilitas medis. Setiap bulan, tagihan disampaikan kepada kantor regional dari dua organisasi pusat pemeriksa dan pembayaran yaitu *the Social Insurance Medical Fee Payment Fund* dan *the National Health InsuranceFederation*. Organisasi ini bertugas untuk memeriksa tagihan untuk menemukan kesalahan, utilisasi yang melampaui batas dan kecurangan. Terdapat lampiran rewi utilisasi yang dibuat oleh dokter untuk kasus-kasus mahal atau yang menggunakan fasilitas yang spesifik. Setelah disetujui, tagihan dikirim ke dana individu. Pembayaran ke rumah sakit dan dokter diproses lagi melalui pemeriksaan ini dan organisasi pembayaran.

4.3.17. Medicare di Kanada

Hampir sama seperti Norwegia, Kanada juga menetapkan tiga tingkatan utama pada struktur organisasi dari sistem kesehatan yaitu: pemerintah federal, provinsi dan teritorial, dan level antar pemerintahan. Pemerintah federal bertanggung jawab untuk melindungi kesehatan dan jaminan penduduk Kanada dengan menetapkan standar untuk sistem nasional kesehatan yang dikenal dengan *medicare*, seperti standar kesehatan publik, standar obat dan regulasi keamanan makanan, data dan penelitian kesehatan, serta bertanggung jawab menyediakan perawatan kesehatan bagi kelompok-kelompok populasi tertentu (penduduk aborigin yang dilindungi oleh perjanjian yaitu penduduk *First Nation* dan *the Inuit*, *the Royal CanadianMounted Police*, angkatan bersenjata, para veteran dan anggota parlemen). Tingkat provinsi dan teritorial mengatur administrasi pemerintahan dari sistem *single payer* untuk pelayanan jasa medis dan rumah sakit universal dan bertanggung jawab untuk pembiayaan rumah sakit, menetapkan *rate* remunerasi bagi para dokter (setelah bernegosiasi dengan asosiasi profesional), menyediakan jasa kesehatan publik, dan untuk beberapa kasus, menilai teknologi kesehatan dan membiayai penelitian kesehatan. Provinsi juga menyediakan, secara langsung ataupun tidak langsung, beragam variasi dari perawatan rumah dan subsidi jasa

perawatan jangka panjang. Otoritas kesehatan regional provinsi bertanggung jawab untuk mengalokasikan sumber kesehatan dan merencanakan program kesehatan publik. Badan, komite dan organisasi antar pemerintah bertugas memfasilitasi dan mengkoordinasikan beberapa kebijakan dan wilayah program.

Di Kanada jaminan kesehatan dibiayai oleh publik/ pemerintah.⁵ Administrasi jasa kesehatan publik di Kanada sangat terdesentralisasi sebab perawatan kesehatan secara konstitusional menjadi tanggung jawab pemerintah provinsi di Kanada ("*Canada Health Act*"). Akibatnya, setiap provinsi mengelola program asuransi kesehatannya sendiri. Provinsi menjalankan rencana asuransi menaungi seluruh penduduk legal dengan kategori pelayanan yang spesifik, utamanya kebutuhan medis yang diperlukan seperti pelayanan dokter dan rumah sakit. Kanada terdiri dari 10 provinsi dan 3 wilayah teritorial, yang sangat beragam dari ukuran dan kemampuan fiskal dan pada tahun 1971 (Deber, 2003) seluruh provinsi memenuhi rencana mengasuransikan populasinya untuk perawatan rumah sakit dan dokter. Masing-masing memiliki daerah yurisdiksi, sehingga daerah yang satu belum tentu sesuai dengan daerah lainnya.

Medicare merupakan ("*Comparison Health Insurance*") asuransi umum yang didanai dari pajak yang terkumpul dari pendapatan pemerintah umum meskipun Ontario dan British Columbia memungut premi wajib dengan tarif flat bagi individu dan keluarga yang memiliki pendapatan tambahan (pada dasarnya suatu pajak tambahan). Pemerintah federal mempengaruhi asuransi kesehatan berdasarkan kekuasaan fiskal dengan mengalihkan kas dan pajak ke provinsi-provinsi untuk membantu menutupi biaya program asuransi kesehatan universal. Berdasarkan Undang-Undang Kesehatan Kanada/ *the Canada Health Act*, dinyatakan bahwa semua orang memiliki akses bebas terhadap "layanan medis yang diperlukan," terutama didefinisikan sebagai perawatan yang diberikan oleh dokter atau di rumah sakit, dan komponen keperawatan perawatan perumahan jangka panjang. Jika pemerintah provinsi membiarkan dokter atau lembaga untuk membebaskan pasien atas layanan medis yang diperlukan, pemerintah federal akan mengurangi pembayaran provinsi tersebut sesuai dengan jumlah biaya yang dibebankan. Oleh sebab itu, asuransi provinsi harus menyesuaikan dengan peraturan dan kondisi nasional (*Invention*) yaitu :

- a. Administrasi publik, federal mensyaratkan provinsi bahwa asuransi kesehatan suatu provinsi harus teradministrasikan dan beroperasi dengan basis non profit oleh otoritas publik yang telah ditunjuk atau telah didesain oleh pemerintah provinsi dan aktivitasnya harus diaudit

- b. Komprehensif, cakupan harus termasuk seluruh perawatan kesehatan asuransi yang disediakan oleh rumah sakit, praktisi medis atau dokter gigi dan yang diijinkan oleh peraturan provinsi, atau perawatan tambahan yang diberikan oleh praktisi pelayanan kesehatan lainnya
- c. Universal, seluruh penduduk harus dijamin pelayanan kesehatan oleh penyedia pelayanan kesehatan dalam rencana dengan aturan dan kondisi yang seragam
- d. *Portability*, harus tersedia ketentuan untuk menaungi penduduk ketika mereka berpindah antar provinsi sehingga perlu dilakukan dengan perjanjian antar propinsi
- e. Aksesibilitas, provinsi harus menyediakan pelayanan kesehatan yang terasuransikan atas aturan dan kondisi yang seragam. Ketentuan lainnya mensyaratkan bahwa rumah sakit dan penyedia kesehatan menerima kompensasi yang sesuai.

Sebagian besar rumah sakit di Kanada (Deber, 2003) adalah swasta, organisasi non profit dengan badan independen. Rumah sakit tersebut menerima satu anggaran operasional global dari provinsi. Di bawah *Canada Health Act*, seluruh penduduk dari suatu provinsi atau teritori layak menerima pelayanan jaminan gratis hingga batas pemberian. Untuk perawatan rawat jalan, dokter umum atau dokter keluarga, menjadi titik kontak pertama pasien. Pasien memiliki kebebasan pilihan dalam memilih dokter keluarga. Perawatan sekunder/ rawat inap dan tersier serta perawatan darurat, serta mayoritas rawat jalan khusus dan operasi elektif, dilakukan di dalam rumah sakit. Perawatan jangka panjang dan perawatan rumah untuk orang-orang tua dijalankan melalui penyediaan rumah-rumah jompo. Fasilitas ini baik yang dijalankan oleh otoritas kesehatan regional, atau swasta independen nirlaba atau tidak untuk organisasi nirlaba. Bagi individu yang memerlukan perawatan yang kurang intensif, perawatan di rumah dapat menjadi pilihan, walaupun ketersediaan dan kualitas sangat bervariasi dari satu provinsi ke provinsi. Sedangkan asuransi kesehatan swasta didesain untuk penyediaan cakupan bagi jasa dan barang medis yang tidak tercakup oleh *Medicare* seperti operasi bedah laser mata, bedah kosmetik, dan prosedur medis non-dasar lainnya.

4.3.18. Sistem Jaminan Kesehatan Di Inggris

Sistem jaminan kesehatan di Inggris dikenal dengan *National Health Service (NHS)*, yaitu sistem kesehatan yang didanai publik yang menyediakancakupan kepada semua orang yang bermukim di Inggris ("*Comparison Health Insurance*"). Menteri kesehatan membentuk pelayanan kesehatan nasional, NHS, sebagai layanan, pelayanan kesehatan gratis komprehensif, dan tersedia untuk seluruh penduduk pada tahun 1984.⁶ Pada saat ini, NHS

dapat dibagi menjadi dua bagian: bagian yang mengatur strategi, kebijakan dan isu-isu manajerial, dan yang mengatur semua aspek lain perawatan klinis terbagi menjadi perawatan utama yang melibatkan dokter, apoteker, dokter gigi, perawatan sekunder (rumah sakit berbasis, diakses melalui rujukan) dan perawatan tersier (melibatkan dokter yang sangat khusus menghadapi kondisi sangat sulit atau jarang).

Sistem NHS ini tidak dapat sepenuhnya disebut sebagai sistem asuransi karena tidak ada premi yang dikumpulkan, biaya tidak dibebankan pada tingkat pasien dan biaya tidak dibayarkan dari *a pool* ("*Comparison Health Insurance*"). Meskipun begitu, sistem ini mencapai tujuan utama dari asuransi yaitu meringankan risiko keuangan yang timbul dari sakit. NHS di Inggris dapat dilihat dalam Gambar 3 Struktur dan fungsinya sebagai berikut:

a. Parlemen

Pemerintah mengalokasikan dana ke NHS di Inggris melalui pajak. Sekretaris negara untuk kesehatan memutuskan bagaimana dana tersebut akan dihabiskan dan bertanggung jawab kepada parlemen untuk kinerja keseluruhan dari NHS di Inggris. Manajemen di tingkat nasional terdiri dari :

1) *Departmen of Health* (DH)

DH bertanggung jawab untuk menjalankan dan meningkatkan kesehatan masyarakat dan pelayanan sosial di Inggris. Organisasi ini memberikan arahan strategis, sumber daya mengamankan, menetapkan standar nasional dan berinvestasi di layanan tersebut.

2) *Arm's Length Bodies/ ALB*

ALB adalah organisasi independen, yang disponsori oleh DH untuk menjalankan fungsi eksekutif. Mereka bertanggung jawab kepada DC dan kadang-kadang ke Parlemen, bervariasi dalam ukuran dan jenis pekerjaan yang mereka lakukan.

Manajemen di tingkat lokal terdiri dari :

1) *Strategis Health Authorities* (SHA)

Strategis Health Authorities (SHA) diciptakan untuk mengelola NHS di tingkat lokal dan bertindak sebagai sebuah *link* kembali ke DH tersebut. Peran SHA adalah untuk mendukung upaya pelayanan kesehatan setempat dalam meningkatkan kinerja, mengintegrasikan prioritas nasional ke dalam rencana pelayanan kesehatan lokal, dan menyelesaikan setiap konflik yang tidak dapat diselesaikan antara organisasi NHS lokal. SHA juga memonitor kinerja PCT dan memastikan bahwa mereka memenuhi target

2) *Primary Care Trust* (PCT)

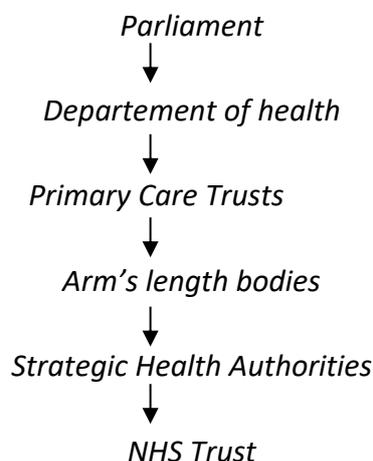
Terdapat 303 PCT di Inggris, masing-masing dibebankan dengan perencanaan, mengamankan dan meningkatkan dasar dan layanan kesehatan masyarakat di daerah mereka. Mereka bekerja sama dengan pasien, masyarakat, praktek dokter umum dan mitra untuk memberikan layanan kesehatan.

3) *NHS trust*

NHS Trust menggunakan sebagian besar tenaga kerja pelayanan kesehatan. Mereka memperoleh sebagian besar pendapatan mereka melalui perjanjian tingkat layanan dengan PCT lokal mereka pada pembayaran dengan dasar hasil. Kepercayaan yang melebihi ekspektasi kontrak akan menerima lebih banyak dana. Jenis utama dari *trust* adalah sebagai berikut: perawatan akut, perawatan kesehatan mental, ambulans, dan anak-anak.

4) Representasi Pasien

Representasi Pasien adalah komisi untuk pasien dan keterlibatan masyarakat dalam kesehatan merupakan badan independen, yang disponsori DH. Didirikan pada Januari 2003, untuk memastikan bahwa masyarakat yang terlibat dalam pengambilan keputusan kesehatan bahasa Inggris, dan memberi nasihat kepada pemerintah dan badanbadan nasional mengenai isu-isu keterlibatan publik.



Gambar 3. Struktur NHS di Inggris

Sumber : RCGP, 2004.

Biaya untuk menjalankan NHS terpenuhi langsung dari *general taxation*. NHS menyediakan sebagian besar pelayanan kesehatan di Inggris, termasuk perawatan dasar, perawatan inap, perawatan kesehatan jangka panjang, optalmologi dan gigi.⁶ Perawatan kesehatan swasta

sejajar dengan NHS, dibayar sebagian besar oleh asuransi swasta, tetapi hanya digunakan oleh kurang dari 8% dari populasi, dan umumnya sebagai *top-up* terhadap layanan NHS. Pada tahun 2009, badan perwakilan utama dari dokter *British Medical Association*, mengungkapkan kekhawatiran tentang pembangunan di pasar asuransi kesehatan di Inggris atas kebijakan beberapa perusahaan asuransi kesehatan swasta yang mencegah atau membatasi pilihan pasien tentang konsultan yang merawat mereka, rumah sakit di mana mereka dirawat dan melakukan *top up* pembayaran untuk menutup kesenjangan antara dana yang disediakan oleh perusahaan asuransi dan biaya perawatan yang dipilih pribadi mereka. Sistem NHS menawarkan pasien suatu pilihan rumah sakit dan konsultan dan tidak membebankan biaya atas layanannya tersebut. Berdasarkan *World Health Organization*, pendanaan pemerintah mencakup 86% dari pengeluaran kesehatan keseluruhan di Inggris pada 2004, dengan pengeluaran swasta mencakup 14% sisanya.

4.3.19. The Health Care Social Security System (HCSSS) di Kolombia

The Health Care Social Security System (HCSSS) diperkenalkan oleh *Law 100* pada tahun 1993.⁷ Tujuan utamanya adalah penciptaan satu sistem jaminan umum untuk mencapai *universal health-care coverage*. Pada awal peberlakuan sistem ini hanya 28% dari populasi memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan. Sebelum *Law 100*, sistem kesehatan dibagi ke dalam tiga sub sistem yaitu:⁷

- a. Jaminan sosial, *the Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ISS)* mencoba untuk menangani secara simultan asuransi dan tugas penyediaan pelayanan kesehatan bagi anggotanya
- b. Sebuah jaringan publik yang terdiri dari struktur rumah sakit regional yang kompleks dan tidak efisien
- c. Sebuah sistem swasta, mahal dalam hal per kapita dan inklusif hanya strata sosial ekonomi tertinggi.

Pada akhir tahun 1995, dihasilkan satu sistem dengan tiga tingkatan yaitu:⁸

- a. Rezim iuran asuransi sosial dibiayai oleh gaji wajib pajak;
- b. Rezim subsidi yang menargetkan kelompok penghasilan rendah dan kurang beruntung, dan sebagian besar dibiayai oleh pajak umum
- c. Jaringan jaminan pembiayaan publik yang menyediakan pelayanan medis dasar bagi yang tidak terjamin.

Tambahan paket manfaat dapat didapatkan melalui asuransi swasta, yang berdasarkan premi asuransi kesehatan bagi yang ingin dan mampu untuk menambah cakupan. Pemerintah Kolombia melakukan reformasi dengan membagi dua program kesehatannya menjadi *Social Health Insurance* (SHI), yaitu asuransi kesehatan wajib bagi pekerja formal, dan program jaminan kesehatan bagi pekerja informal dan masyarakat miskin. Prinsip SHI adalah subsidi silang antara dua komponen : sistem kontribusi dan sistem subsidi. Sistem kontribusi membagi biaya jaminan antara pekerja dan pemberi kerja. Sedangkan sistem subsidi hanya bagi individu yang keadaan finansialnya kurang, dimana untuk menutup kontribusi pemeliharaan kesehatan ini, pemerintah mengasumsikannya sebagai biaya. Oleh karena itu, 86% dari penduduk Kolombia saat ini memiliki asuransi kesehatan, dengan 55% dari mereka yang termasuk sistem subsidi dan sisanya 45 persen menjadi sistem kontribusi.

Pada program SHI, pekerja membayar iuran sebesar 11% dari pendapatannya. Pembayaran ini ditanggung 1/3 oleh pekerja dan 2/3 oleh pemberi kerja. Iuran ini masuk ke dalam *account* yang dibuka oleh pemerintah Kolombia pada tiga bank. Pemerintah menetapkan standar dan jenis pelayanan komprehensif yang harus dicakup dalam SHI. Kemudian, pemerintah melakukan seleksi kepada perusahaan asuransi, baik perusahaan pemerintah, swasta ataupun swasta asing. Hasil seleksi terpilih 28 perusahaan sebagai penyelenggara jaminan kesehatan ini. Pekerja yang merupakan peserta SHI dapat memilih dari 28 perusahaan tersebut. Setelah peserta menetapkan pilihan, maka uang premi akan dibayarkan dari akun tadi langsung kepada perusahaan penyelenggara jaminan kesehatan tersebut. Bila sudah memilih satu perusahaan, peserta tidak diperbolehkan untuk pindah ke perusahaan lain minimal dalam tiga tahun. Perusahaan asuransi penyelenggara jaminan kesehatan ini dapat bekerja sama dengan berbagai rumah sakit pemerintah dan swasta yang ada atau dapat juga melaksanakan sebagian dari pelayanan kesehatannya sendiri.

Sedangkan, program jaminan kesehatan bagi pekerja informal dan masyarakat miskin disubsidi oleh peserta pekerja formal dan pemerintah. Jumlah penduduk miskin dan pekerja informal di Kolombia berjumlah sekitar 60%. Mereka tidak mampu untuk membayar iuran jaminan kesehatan. Untuk itu pemerintah melakukan subsidi yang diambil dari anggaran pemerintah dan juga sumbangan sebesar 1% dari pendapatan pekerja formal. Program ini dilaksanakan melalui pemerintah daerah. Pemerintah daerah menentukan siapa saja yang berhak menerima, dan kemudian pemerintah pusat mengirim dana yang telah dikumpul tadi ke pemerintah daerah sebagai uang premi jaminan kesehatan kepada perusahaan

penyelenggara jaminan kesehatan yang dipilih oleh pekerja informal dan penduduk miskin tadi.

4.3.20. Sistem Jaminan Kesehatan di Chili

Model jaminan kesehatan di negara Chili yang dilakukan mulai tahun 1980an. Jaminan kesehatan dibagi dua, bagi peserta yang mampu mengikuti program kesehatan yang disebut ISAPRE, sedangkan bagi yang tidak mampu mengikuti program yang disebut FONASA.

ISAPRE adalah program asuransi jaminan kesehatan yang terdiri dari 18 perusahaan asuransi kesehatan swasta yang wajib diikuti oleh pekerja tetap.⁹ Kriteria mampu atau tidak adalah dengan melihat 7% dari pendapatan calon peserta. Mereka harus menyetorkan 7% dari gaji per bulan tersebut untuk membeli asuransi kesehatan, sesuai dengan mandat bahwa seseorang tidak boleh membelanjakan penghasilannya kurang dari 7%. Mereka bebas memilih antara perusahaan asuransi swasta atau publik. Cara bagaimana premi asuransi ditetapkan adalah kunci dari bekerjanya sistem. Premi asuransi swasta ditetapkan sebagai *rate* komunitas oleh kelompok (d disesuaikan oleh umur, jenis kelamin dan jumlah penerima manfaat). ISAPRE didanai dari iuran peserta yang besarnya adalah 7% dari pendapatan pekerja dan bagi yang menginginkan manfaat yang lebih luas dapat membayar iuran tambahan.

ISAPRE yang menjual paket-paket asuransi kesehatan kepada pekerja yang sampai sekarang terdapat kurang lebih 10.000 paket kesehatan. Untuk melaksanakan pelayanan kesehatan ISAPRE bekerja sama dengan penyelenggara layanan kesehatan swasta. Pemerintah yang menetapkan standar manfaat kesehatan yang harus dipenuhi oleh ISAPRE. Sebagai catatan, sistem kesehatan swasta tidak menyediakan cakupan untuk katastrofik. Sedangkan FONASA murni dikelola oleh pemerintah,⁹ Pada sistem asuransi publik preminya sebesar 7% dari gaji, tanpa memperhatikan jumlah orang yang tercakup atau karakter demografinya. Semua menerima cakupan yang sama. Selain dibiayai dari 7% iuran pekerja pemerintah juga memberikan tambahan sebesar iuran yang terkumpul dari pekerja. Jaringan penyedia layanan kesehatan FONASA adalah gabungan antara penyedia layanan kesehatan pemerintah dan swasta. FONASA menyediakan dalam prakteknya asuransi katastrofik gratis.

RINGKASAN

Masyarakat kuno telah mengenal prinsip dasar asuransi yang dikenal dengan istilah “hukum laut” sejak 1000 tahun sebelum masehi. Konsep hukum laut mengacu pada kerja sama yang dilakukan oleh para nelayan untuk mengatasi kesulitan mendarat akibat malam yang gelap gulita. Pada perkembangan selanjutnya, masyarakat umum sudah mulai menjadi bagian dalam sistem asuransi meskipun masih dalam jumlah yang terbatas. Inggris merupakan pelopor perkembangan asuransi tahap selajutnya, dimana pemerintah mulai mengambil peran dalam penyelenggaraan asuransi. Selanjutnya diikuti oleh berbagai Negara. Dalam perkembangan selanjutnya, Negara tersebut memberlakukan sstem asuransi kesehatan sesuai dengan kapasitas yang dimiliki. Hal ini berbeda dalam hal manfaat, sumber pendanaan, jumlah premi, dan kepesertaan yang ditanggung.

LATIHAN SOAL

1. Narasikan sejarah awal perkembangan asuransi kesehatan!
2. Bagaimana sistem asuransi kesehatan yang berlaku di Taiwan?
3. Bagaimana sistem asuransi kesehatan yang berlaku di Norwegia?
4. Bagaimana sistem asuransi kesehatan yang berlaku di Kanada?
5. Bagaimana sistem asuransi kesehatan yang berlaku di jepang?

DAFTAR PUSTAKA

1. Murti Bhisma,. 2000. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*. Yogyakarta : Kanisius.
2. Statistics & Surveys. 2009. Taiwan: Bureau of National Health Insurance, 2009.
3. Van den Noord, P., T. Hagen and T. Iversen (1998), “The Norwegian Health Care System”. Paris.*OECD Economics Department Working Papers*, No. 198, OECD Publishing
4. Tetsuo Fukawa 2002. Public Health Insurance in Japan. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank
5. Deber, Raisa Berlin. 2003. Health Care Reform: Lessons From Canada. 2003. American Journal of Public Health.
6. RCGP. 2004. The Structure of the NHS. London: RCGP.
7. *Clavijo, Sergio and Torrente, Camila*. 2008. The Health-Care System and its Fiscal Impact in Colombia.

8. Trujillo, Antonio J.; Portillo, Jorge E.; and Vernon, John A. 2005. *The Impact of Subsidized Health Insurance for The Poor: Evaluating the Colombian Experience Using Propensity Score Matching*. Source : International Journal of Health Care Finance and Economics, Vol. 5 no 3.
9. Sapelli, C. Torche, A. 2001. *The Mandatory Health Insurance System In Chile; Explaining The Choice Between Public And Private Insurance*. International Journal Of Health Care Finance And Economic

BAB V

ASURANSI KESEHATAN KONVENSIONAL DAN MANAGED CARE

5.1. Capaian pembelajaran

Capaian Pembelajaran Pertemuan Memahami konsep asuransi kesehatan konvensional, <i>managed care</i> , dan <i>telaah utilisasi</i>
Kemampuan Akhir Capaian Pembelajaran Setelah mengikuti perkuliahan maka: 1. Mahasiswa mampu memahami konsep asuransi kesehatan konvensional 2. Mahasiswa mampu menjelaskan <i>managed care</i> 3. Mahasiswa mampu menjelaskan <i>telaah utilisasi</i>
Bahan Kajian/ Materi Pembelajaran 1. Definisi asuransi dan asuransi kesehatan 2. Manfaat dan prinsip asuransi kesehatan 3. Definisi risiko dan manajemen risiko
Metode Pembelajaran E-Learning dan tatap muka dengan protokol kesehatan
Pengalaman Belajar Tugas Individu: mahasiswa dapat menjelaskan kesehatan konvensional, <i>managed care</i> , dan <i>telaah utilisasi</i>
Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: 1. Absensi Online/Offline 2. Keterampilan/ unjuk kerja: makalah/tugas
Waktu/ Dosen Pengajar 2x 50 menit x 2 pertemuan

5.2. ASURANSI KESEHATAN KONVENSIONAL

5.2.1. Pengertian Asuransi Kesehatan Konvensional

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.

5.2.2. 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 subyektif
- 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

5.3. MANAGED CARE

5.3.1 Pengertian Managed Care

Ada banyak pengertian mengenai *Managed Care* di berbagai literatur, Krisnawan (2010) menuliskan dalam Menuju Sistem Pengelolaan Kesehatan yang Efektif dan Efisien Melalui “Managed Care”, pengertian *Managed Care* adalah sebagai berikut:¹

- a. *Intended to reduce unnecessary health care costs through a variety of mechanisms, including: economic incentives for physicians and patients to select less costly forms of care; programs for reviewing the medical necessity of specific services; increased beneficiary cost sharing; controls on inpatient admissions and lengths of stay; the establishment of cost-sharing incentives for outpatient surgery; selective contracting with health care providers; and the intensive management of high-cost health care cases. The programs may be provided in a variety of settings, such as Health Maintenance Organizations and Preferred Provider Organizations (the United States National Library of Medicine)*
- b. *Managed care* adalah suatu sistem pelayanan yang menelaraskan mutu dan pembiayaan kesehatan
- c. *Managed care* adalah sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menerapkan manajemen pengendalian utilisasi dan biaya serta program jaga mutu untuk memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien
- d. *Managed Care* adalah suatu sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang disusun berdasarkan jumlah anggota yang terdaftar dengan kontrol mulai dari perencanaan pelayanan serta meliputi ketentuan:
 - 1) Ada kontrak dengan penyelenggara pelayanan kesehatan untuk pelayanan yang komprehensif
 - 2) Penekanan agar peserta tetap sehat sehingga utilitasi berkurang
 - 3) Unit layanan harus memenuhi standar yang telah ditetapkan
 - 4) Ada program peningkatan mutu layanan

Prinsip yang mendasari *managed care* 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. *Managed care* bertujuan untuk memberi pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dengan biaya yang bersaing.

Teknik *managed care* dimaksudkan untuk meniadakan moral hazard dalam pelayanan kesehatan yang dapat mengakibatkan kerugian kesejahteraan masyarakat. Organisasi *managed care* mempunyai ciri-ciri menjalin kontrak dengan penyedia pelayanan kesehatan (PPK), pembayaran pra upaya, *utilization review*, pelayanan berjenjang, program jaminan mutu dan kesesuaian ganti rugi dengan jasa dokter dan rumah sakit. Pengendalian biaya layanan kesehatan dengan cara *managed care* dilakukan dari dua sisi yaitu dari sisi PPK (*supply*) dan dari sisi peserta (*demand*).

Dari berbagai pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa secara garis besar pengertian *managed care* adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menyalurkan kendali mutu dan kendali biaya kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.

5.3.2. Ciri Managed Care

Managed Care mempunyai ciri-ciri antara lain adalah sebagai berikut :

- a. Monitoring dan kontrol pelayanan yang diberikan
- b. Adanya pembatasan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) atau *provider*
- c. Menciptakan layanan kesehatan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan
- d. Menekankan pada pemeliharaan peserta untuk mengurangi utilitas pelayanan
- e. Adanya program peningkatan mutu dan *Utilization Review* (UR)
- f. Sistem *reimburse* yang membuat sarana pelayanan kesehatan seperti dokter, puskesmas, rumahsakit dan penyedia layanan kesehatan lainnya dapat mempertanggungjawabkan biaya dan kualitas layanan kesehatan

5.3.3. Bentuk-Bentuk Managed Care

Menurut Sekhri (2000), *managed care* secara umum dapat diartikan sebagai pengaturan finansial dan pelayanan kesehatan yang teritegrasi dan berkesinambungan.² *Managed care* dibagi menjadi beberapa bentuk, yaitu:³

- a. HMO (*Health Maintenance Organization*)

HMO pertama sekali diperkenalkan pada tahun 1970-an, yang menjelaskan tentang organisasi spesifik, dimana jaminan kesehatan, dokter dan rumah sakit berada dalam satu organisasi. Dokter biasanya bekerja di satu gedung rumah sakit tersebut. Dalam bentuk ini,

dokter mendapatkan gaji, perencana yang memiliki rumah sakit, pasien (kecuali pasien emergensi) harus menggunakan pembiayaan kesehatan sesuai peraturan rumah sakit. Organisasi HMO mempunyai ciri sebagai berikut:⁴

- b. 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*.
- c. Terikat pada lokasi tertentu.
- d. Pembayaran *out of pocket* sangat minimal.
- e. 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.
- f. Pilihan PPK terbatas, perlu waktu untuk menukar PPK.
- g. Ada pembagian risiko dengan PPK.
- h. Kendali biaya dan pemanfaatan tinggi.
- i. Ada kemungkinan mutu pelayanan rendah.

Dalam kaitannya dengan penyelenggara pelayanan kesehatan, maka HMO dapat dibedakan menjadi 4 model, antara lain:

- a. HMO model staff
HMO dengan model staff adalah HMO yang secara langsung juga menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk pesertanya. Pada model ini, dokter dan tenaga kesehatan lainnya dipekerjakan oleh HMO dan diberikan imbalan dengan sistem gaji. HMO model ini cenderung memberikan pelayanan yang lengkap untuk pesertanya, meskipun modal yang diperlukan untuk dapat menyelenggarakan HMO dengan model ini cukup besar.
- b. HMO model grup
HMO dengan model grup merupakan keadaan dimana HMO melakukan kontrak dengan kelompok multi spesialis untuk memberikan pelayanan kepada peserta asuransi. Sistem pembayaran yang berlaku untuk model ini adalah sistem kapitasi. Model ini memberikan pelayanan kesehatan yang lebih terbatas bila dibandingkan dengan HMO model staff, akan tetapi biaya yang diperlukan untuk model ini juga lebih sedikit bila dibandingkan dengan HMO model staff.
- c. *Individual Practice Assosiation* (IPA)

HMO model IPA adalah keadaan dimana asurandur mengadakan kontrak dengan dokter yang praktek pribadi baik secara individual maupun kelompok yang teroganisir. Pada model ini, pasien HMO menjadi bagian dari praktek pribadi yang dijalankan oleh dokter tersebut. Model ini memiliki sedikit kelemahan yaitu HMO tidak dapat melakukan atau lebih sulit untuk melakukan pengendalian pola praktek pelayanan dokter. Sistem pembayaran yang diterapkan pada model ini adalah sistem *fee for service*.

d. Network-model

HMO model jaringan atau campuran merupakan keadaan dimana HMO melakukan kontrak dengan lebih dari satu grup dokter atau praktek kelompok. Model ini menawarkan partisipasi yang paling luas, namun memiliki kelemahan yang sama dengan HMO model IPA, dimana pengendalian pelayanan yang diberikan oleh dokter sulit untuk di kontrol.

e. PPO (*Preferred Provider Organization*)

PPO atau *Preferred Provider Organization* adalah organisasi managed care yang memiliki kesamaan dengan HMO model IPA, dimana terdapat kontrak antara badan asuransi dengan suatu kelompok rumah sakit, dokter dan penyedia pelayanan kesehatan lainnya untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi pesertanya.

Organisasi Managed care ini memberikan pelayanan kesehatan yang luas bagi pesertanya, seperti:

- 1) Pilihan pelayanan kesehatan yang lebih luas untuk pesertanya
- 2) Pemberi pelayanan dapat melakukan rujukan pasien kepada dokter lainnya yang ada dalam jaringan HMO, tanpa harus memutuskan rantai rujukan
- 3) Memungkinkan kontrak ganda sehingga mengurangi kemungkinan penyedia pelayanan kesehatan memutuskan hubungan kontrak dengan asurandur
- 4) Bentuk pengendalian biaya, hal ini dikarenakan proporsi orang yang berobat di dalam jaringan, dengan biaya diskon akan lebih besar

Selain adanya keuntungan, organisasi *managed care* ini juga memiliki kerugian. Pada model ini, kontrol yang dimiliki oleh badan asurandur kepada penyedia pelayanan kesehatan cenderung kurang

f. EPO (*Exclusive Provider Organization*)

EPO atau *Exclusive Provider Organization* adalah organisasi managed care yang hampir sama dengan PPO, hanya saja penyedia pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan EPO jumlahnya lebih sedikit bila dibandingkan dengan PPO. Hal ini dikarenakan EPO memberlakukan sistem seleksi dan kredensialing untuk penyedia pelayanan kesehatan

yang bekerja sama. Kualitas pelayanan yang mungkin didapatkan oleh peserta dengan organisasi managed care ini lebih tinggi bila dibandingkan dengan organisasi lainnya, akan tetapi jumlah penyedia pelayanan kesehatan yang dapat dipilih oleh peserta cukup terbatas. Terbatasnya pilihan penyedia pelayanan kesehatan tersebutlah yang membuat bentuk organisasi managed care ini kurang disukai oleh peserta asuransi.

g. POS (*Point of Service*)

POS atau *Point of Service* adalah organisasi managed care yang relatif baru dan telah berkembang dengan cepat. Organisasi managed care ini sebenarnya mengkombinasikan antara bentuk organisasi HMO dengan bentuk organisasi PPO. Organisasi ini memberikan pelayanan kesehatan yang relatif komprehensif yang mana hal ini merupakan salah satu ciri khas HMO selain itu peserta juga dapat menggunakan pelayanan kesehatan yang sudah ada dalam jaringan atau di luar jaringan dengan membayar selisih pelayanan yang tidak tercakup dalam perjanjian yang telah ditentukan. Sifat fleksibilitas yang dimiliki oleh bentuk organisasi ini lah yang membuat banyak perusahaan dan pembeli jasa merasa tertarik untuk ikut serta dalam skema ini. Selain kelebihan tersebut, bentuk organisasi ini juga memiliki satu kelemahan yaitu kurangnya kontrol yang dimiliki oleh badan asuransi terhadap penggunaan pelayanan kesehatan yang berada diluar jaringan.

5.3.4. Kelebihan dan Kekurangan Managed Care

Setiap sistem pasti memiliki kelebihan dan kekurangannya tersendiri, begitupun dengan sistem managed care. Di bawah ini merupakan hal yang dianggap sebagai kekurangan dari sistem managed care, antara lain:²

a. *Cost savings* (penghematan biaya)

Cost saving yang dilakukan dalam sistem *managed care* dianggap oleh sebagian peserta tidak benar atau bukan merupakan hal yang dapat dilakukan secara berkelanjutan.

b. *Provider reimbursement*

Dalam sistem *managed care*, besar *Reimbursement* yang diberikan kepada penyedia pelayanan kesehatan seperti rumah sakit serta besar kompensasi untuk dokter dinilai terlalu rendah sedangkan penyedia pelayanan kesehatan tersebut diharuskan untuk memberi pelayanan yang baik untuk peserta *managed care* tersebut.

c. *Quality of care* (kualitas pelayanan)

Kualitas pelayanan yang diberikan oleh organisasi yang tergabung atau berada di bawah managed care dianggap masih belum memuaskan, hal ini terlihat dari adanya penolakan

pelayanan, akses untuk konsultasi dengan dokter spesialis yang sulit serta adanya pemberlakuan batas waktu untuk rawat inap.

Managed care sebenarnya juga memiliki beberapa kelebihan. Kelebihan yang dimiliki oleh *managed care* itu jugalah yang menimbulkan reaksi positif dalam pemberlakuan sistem ini. *Managed care* dianggap mampu mengontrol pertumbuhan biaya pelayanan kesehatan. Berikut ini adalah keuntungan yang akan didapatkan dari pemberlakuan sistem *managed care*, antara lain:²

a. Manajemen penyakit

Pemberlakuan *managed care* telah membuat adanya perubahan dalam hal sistem pembayaran, dimana sistem pembiayaan yang digunakan sebelum *managed care* adalah sistem *fee for service* sedangkan sistem yang digunakan dalam *managed care* adalah sistem kapitasi. Dalam sistem kapitasi, penyedia pelayanan kesehatan akan mendapatkan keuntungan apabila penduduk atau masyarakat tidak mengalami sakit. Penerapan sistem ini mendorong pelayanan kesehatan untuk memberikan pengobatan yang efektif dengan melibatkan pasien dan keluarga pasien dalam penanganan penyakit kronik serta melakukan promosi manfaat dari regimen obat yang digunakan. Selain itu, pemberlakuan sistem kapitasi juga mendorong pelayanan kesehatan untuk melakukan program manajemen pada penyakit yang memerlukan biaya pengobatan tinggi seperti diabetes, penyakit ginjal kronik, cedera tulang belakang, nyeri tulang belakang, asma pada anak dan kesehatan mental.

b. Pengukuran kualitas

Beberapa teknik digunakan dalam *managed care*, salah satunya adalah *guideline* yang berdasarkan praktik klinik terbaik, buku laporan yang berkualitas yang berisikan informasi mengenai *provider* dan kinerja rencana kesehatan dan *evidence-based-medicines* yang berhubungan dengan penemuan kedokteran mutakhir serta data efektivitas biaya. Protokol klinis yang dikembangkan oleh hmos memiliki efek positif untuk memperbaiki kualitas. *Evidence-based-medicines* memerlukan hal tersebut untuk mempromosikan kualitas pelayanan, baik dokter dan pasien dapat melakukan diskusi untuk meningkatkan kualitas dalam menentukan pengobatan yang akan dilakukan.

c. Penyelarasan insentif

Pembiayaan kesehatan menjadi efektif, produktif dan berkualitas dengan adanya *managed care* dimana *managed care* melakukan beberapa cara untuk membayar *provider* dengan

harga terbaik dan membuat kerangka biaya sehingga biaya yang tidak sesuai dan tidak penting dalam sistem pelayanan kesehatan.

5.3.5. Teknik-teknik Managed Care

Tujuan dari *Managed Care* adalah untuk mengurangi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan secara medis serta untuk mengendalikan biaya tanpa mengabaikan kualitas pelayanan yang akan diberikan kepada peserta managed care. Organisasi *managed care* melakukan kontrak dengan penyedia pelayanan kesehatan, memberlakukan pembayaran secara kapitasi, melakukan utilization review, adanya pelayanan berjenjang, adanya program jaminan mutu dan melakukan kesesuaian ganti rugi untuk jasa dokter dan rumah sakit. Dalam managed care, pengendalian biaya pelayanan kesehatan dilakukan dari dua sisi yaitu sisi penyedia pelayanan kesehatan dan dari sisi pemakai pelayanan kesehatan. Berikut ini adalah teknik-teknik yang digunakan dalam managed care, antara lain:

a. Kendali biaya

Kendali biaya dapat dilakukan dari sisi penyedia pelayanan kesehatan dan dari sisi pemakai jasa pelayanan kesehatan. Dari sisi pemakai jasa pelayanan, pengendalian biaya dapat dilakukan dengan menggali potensi masyarakat melalui mekanisme pembayaran premi. Sedangkan, pengendalian biaya kesehatan dari sisi penyedia pelayanan kesehatan dapat dilakukan melalui metode pembayaran kepada fasilitas kesehatan, melakukan *utilization review*, dan melakukan standarisasi pelayanan. Untuk lebih jelasnya, berikut ini adalah penjelasan terkait hal-hal tersebut:

2) Metode pembayaran fasilitas kesehatan.

Metode pembayaran yang ideal adalah metode pembayaran yang mendorong ke arah kendali biaya, jaminan mutu dan efisiensi internal. Tidak adanya intensif untuk penyedia pelayanan kesehatan yang melakukan moral hazard atau di bawah standar pelayanan merupakan hal yang mendorong pengendalian biaya. Terdapat beberapa sistem pembayaran kepada penyedia pelayanan kesehatan yang dapat diterapkan untuk pengendalian biaya, antara lain: ^{5,6,7}:

a) Gaji.

Pembayaran melalui sistem gaji ini dapat diterapkan pada organisasi managed care yang tidak hanya bertindak sebagai badan asuransi tetapi juga sebagai penyedia pelayanan kesehatan.

b) Kapitasi.

Pembayaran melalui sistem kapitasi cukup banyak dipilih oleh banyak organisasi *managed care* dan telah cukup banyak dikenal di Indonesia. Kapitasi adalah pemberian imbalan jasa kepada penyedia pelayanan kesehatan yang diberikan berdasarkan jumlah jiwa yang menjadi tanggungan penyedia pelayanan kesehatan tersebut.

c) Tarif paket

Sistem pembayaran ini mengacu pada suatu kelompok tindakan/pelayanan kedokteran yang diberikan kepada pasien. Pemberlakuan sistem pembayaran ini bermanfaat untuk upaya efisiensi melalui efisiensi keuangan, disamping juga terjadi penyederhanaan administrasi yang cukup bermakna.

d) *Budged system*

Pembayaran berdasarkan sistem bujet adalah suatu pemberian imbalan jasa pada Penyedia Pelayanan Kesehatan berdasar anggaran jumlah biaya tetap yang telah disepakati bersama. Dasar perhitungan biaya dapat melalui mekanisme penyusunan biaya secara riil diperlukan atau berdasarkan jumlah peserta (kapitasi).

e) *Diagnostic Related Group (DRG)*

Diagnostic Related Group (DRG) merupakan suatu sistem pemberian imbalan jasa pada penyedia pelayanan kesehatan dengan mengacu pengelompokan diagnosa, tanpa memperhatikan jumlah tindakan/pelayanan yang diberikan.

f) *Case rates* (peringkat kasus)

Case rates (peringkat kasus) merupakan penetapan biaya untuk pelayanan spesifik, seperti pengobatan arteri koronari dengan *bypass*. Pemberlakuan sistem ini dapat disesuaikan dengan situasi tertentu yang membutuhkan pelayanan lebih intensif dari biasanya.

g) *Per diem*

Per diem adalah mekanisme pembayaran yang jumlahnya tetap perhari untuk pelayanan yang diberikan. Biasanya digunakan untuk pelayanan rawat inap dan dapat dibatasi hingga lama maksimum di rawat di RS untuk suatu diagnosa khusus.

h) Penetapan standar dan harga obat. Hal ini diperlukan mengingat sangat bervariasinya nama dagang suatu obat generik.

3) *Utilization Review*.

Dalam *managed care*, *utilization review* dilakukan untuk melakukan penghematan biaya dengan tetap menjamin mutu yang diberikan kepada peserta. Mekanisme

pengendalian biaya dalam *utilization review* dilakukan dengan memeriksa kesesuaian antara pelayaann kesehatan yang diberikan dengan pelayanan yang sebenarnya dibutuhkan dalam penanganan suatu penyakit. Pemberlakuan *utilization review* telah memberikan keuntungan yang jelas dan telah dipraktekkan oleh banyak perusahaan asuransi untuk mengevaluasi ketepatan penggunaan pelayanan kesehatan dan menghilangkan atau mengurangi hal-hal yang tidak sebenarnya tidak dibutuhkan oleh pasien.

4) Standarisasi Pelayanan.

Standarisasi pelayanan merupakan upaya pelayanan kesehatan untuk melakukan kendali biaya sekaligus kendali mutu. Salah satu bentuk standarisasi pelayanan kesehatan adalah pembuatan formularium obat, hal ini dikarenakan obat merupakan komoditi menarik dari industri rumah sakit. Lebih dari 40% komponen biaya pelayanan kesehatan digunakan untuk obat. Pemakaian obat yang tidak terdaftar dalam formularium yang telah disepakati, ketidakpedulian dokter pada harga obat yang diresepkan serta adanya perasaan ketidakcocokan dengan obat yang terdaftar dalam formularium yang berlaku merupakan hal-hal yang dapat meningkatkan biaya kesehatan. Formularium obat merupakan suatu daftar obat yang disediakan untuk memebuhi kebutuhan medis dengan jenis obat yang dinilai lebih efektif dan lebih efisien. Nama obat yang tercantum dalam formularium adalah nama generik. Saat ini pemanfaatan obat generik di rumah sakit pemerintah belum mencapai 76%. Kewajiban menggunakan obat generik pada Penyedia Pelayanan Kesehatan milik pemerintah telah diatur dalam Peraturan menteri kesehatan no HK 02.02 Tahun 2010 tentang kewajiban menggunakan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah.

Berdasarkan sisi pemakai jasa pelayana, pengendalian biaya dapat dilakukan dengan menggali potensi masyarakat melalui mekanisme pembayaran premi,⁸ namun masih terdapat beberapa konsep pengendalian biaya dari sisi pemakai jasa pelayanan kesehatan lain yang dapat digunakan untuk mengendalikan biaya, antara lain: ^{9,5,6}

a) *Deductible*.

Deductible adalah mekanisme pengendalian biaya dimana peserta diwajibkan membayar sejumlah uang terlebih dahulu untuk dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dijamin, biasanya jumlah besaran uangnya telah ditentukan terlebih dahulu dan besarnya cukup signifikan sehingga peserta tidak akan

menggunakan haknya untuk pelayanan yang sifatnya remeh, misalnya pergi ke RS karena flu ringan.

b) *Co-insurance* atau *co-payment*.

Co-insurance atau *co-payment* adalah mekanisme pengendalian biaya dimana peserta diwajibkan membayar fraksi biaya kesehatan dari pelayanan yang ia terima, biasanya berupa persentase atas biaya pelayanan.

c) Hanya menanggung pelayanan yang bersifat inelastik dan memberikan prioritas rendah pada pelayanan yang bersifat elastik. Hal inilah yang memicu mengapa asuransi sosial lebih banyak menanggung pelayanan kesehatan tingkat lanjutan.

d) Menetapkan batas ganti rugi maksimal.

Menetapkan batas ganti rugi maksimal adalah mekanisme pengendalian biaya dimana lembaga asuransi menetapkan paket-paket manfaat yang membatasi jumlah maksimal pembayaran untuk beberapa jenis paket. Jika biaya yang dikenakan melebihi batas maksimal maka sisanya menjadi tanggung jawab peserta.

b. Kendali Mutu

Terdapat persepsi yang berbeda-beda terkait layanan kesehatan yang bermutu. Bagi suatu penjamin biaya layanan kesehatan atau badan asuransi, layanan kesehatan yang bermutu adalah layanan yang efisien dan dapat memberikan kepuasan kepada pasien. Sedangkan pengertian mutu secara luas dan komprehensif sebagaimana yang dikutip oleh Mukti (2007) adalah sejauh mana realisasi layanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kriteria dan standar profesional medis terkini dan baik yang sekaligus telah memenuhi atau bahkan melebihi kebutuhan dan keinginan pelanggan dengan tingkat efisiensi yang optimal.¹⁰

Organisasi *managed care* merupakan bentuk organisasi yang mengkombinasikan antara pemberiandan pembiayaan pelayanan sehingga memungkinkan untuk melakukan kontrol pada kualitas pelayanan secara lebih intensif dengan memberikan *reward* finansial yang layak.⁵ Beberapa metoda penjaminan mutu yang paling umum diterapkan organisasi *managed care* adalah sebagai berikut:

- 1) Kontrol keuangan demi kualitas. Beberapa cara dilakukan diantaranya program prioritas bagi rumah sakit, menahan sebagian pembayaran, dan penolakan pembayaran
- 2) Penilaian klinik dan utilisasi. Telaah/kajian utilisasi merupakan salah satu bentuk manajemen utilisasi. Telaah utilisasi memiliki keuntungan yang jelas dan telah dipraktekkan oleh banyak perusahaan asuransi. Dengan kajian ini ketepatan

penggunaan pelayanan kesehatan dievaluasi untuk menghilangkan atau mengurangi hal-hal yang tidak perlu serta resiko potensial pada pasien. Umumnya kajian utilisasi baru terbatas pada keadaan audit terhadap klaim secara retrospektif.^{10,11} Kajian utilisasi sebenarnya dapat dilakukan secara prospektif seperti surat rujukan, opini dokter bedah kedua, atau dengan prosedur tetap (protap). Kajian yang sifatnya *concurrent* seperti kajian berkelanjutan pada saat pasien dirawat, perencanaan pemulangan, dan manajemen kasus. Pada kajian retrospektif dapat dilakukan analisis pola praktik dokter, analisis variasi utilisasi dan pola pelayanan, serta penilaian hasil proses pelayanan yang diberikan (*outcomes*)^{10,11}

Untuk memperoleh gambaran utilisasi pelayanan kesehatan dapat digunakan beberapa parameter sebagai berikut:¹²

- 1) Angka kunjungan rawat jalan (*visit rate*) yaitu rata-rata jumlah kunjungan rawat jalan dari seluruh peserta ke sarana pelayanan kesehatan dalam kurun waktu tertentu
- 2) Angka hari rawat inap (*length of stay*) yaitu rata-rata lama hari rawat inap tiap pasien pada sarana pelayanan kesehatan dalam kurun waktu tertentu
- 3) Biaya rata-rata pelayanan kesehatan yaitu rata-rata biaya pelayanan kesehatan
- 4) Angka rujukan yaitu rata-rata jumlah kasus yang dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi secara vertikal maupun horizontal dengan pertimbangan kemampuan yang lebih baik
- 5) Proses kredensialisasi adalah metoda penilaian keluaran kerja sebelumnya dari PPK diantaranya riwayat pekerjaan, riwayat malpraktek, pendidikan, pelatihan, riwayat praktek, penggunaan pelayanan, dan sertifikasi untuk menentukan apakah seseorang memenuhi syarat kriteria organisasi *managed care*
- 6) Protokol pengobatan. Cara ini dikembangkan untuk meningkatkan kualitas organisasi pelayanan kesehatan. Protokol dikembangkan bagi bidang-bidang klinis medis dimana pendekatan diagnostik atau terapi didefinisikan dengan baik
- 7) Kajian jaminan mutu (pemecahan masalah). Pendekatan ini berfokus kepada penggunaan proses pemecahan masalah untuk mencapai jaminan mutu yang tinggi melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang lebih efektif. Proses jaminan mutu klinik mencakup beberapa langkah yaitu: Menentukan prioritas, penilaian awal, perencanaan, memilih alternatif, pelaksanaan, serta evaluasi
- 8) Perbaikan mutu berkesinambungan (PMB)/Manajemen mutu total (MMT). Metoda ini semakin penting dalam mencapai dan memelihara mutu *managed care*. Metoda ini

melintasi unsur-unsur jaminan mutu dan pemecahan masalah yang meliputi: Melembagakan perbaikan mutu, organisasi yang berfokus pada konsumen, tujuan yang berorientasi mutu, umpan balik pada proses yang berjalan, sistem perbaikan yang berjalan konstan, pelatihan kerja yang dilembagakan, proses pendidikan yang terus berlangsung, penghapusan persaingan antar unit dan melembagakan kerjasama serta kepemilikan tujuan bersama.

5.4. ASURANSI KESEHATAN TRADISIONAL DAN MANAGED CARE

Terdapat perbedaan yang cukup berarti antara asuransi kesehatan tradisional dengan managed care. Pada *Managed care* terjadi integrasi antara pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali mutu dan biaya dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan. Pendekatan ini dapat mengurangi kemungkinan adanya pemberian pelayanan kesehatan yang tidak dibutuhkan oleh pasien sehingga mengakibatkan biaya yang pelayanan kesehatan menjadi lebih tinggi. *Managed care* ini berbeda dengan asuransi kesehatan *indemnity* tradisional. Dalam managed care pembayaran pada provider tidak berdasarkan *fee for service* dan *reimbursement*, akan tetapi besar biaya telah ditentukan dan dibayar untuk memberikan pelayanan yang komprehensif termasuk pelayanan preventif seperti perawatan anak, imunisasi, *papsmeas* dan lain-lain.¹⁰ Tidak seperti asuransi *indemnity*, *managed care* memberikan pelayanan promotif dan preventif. Dengan demikian dapat dipandang bahwa *managed care* merupakan kombinasi dari perusahaan asuransi kesehatan dan system pemberian pelayanan kesehatan.

Jika asuransi kesehatan tradisional hanya bertanggungjawab memberikan *reimbursement* pada peserta atas biaya pelayanan kesehatan maka *managed care* juga bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan bagi peserta. Konsekuensinya *managed care* harus menjamin akses pelayanan kesehatan, manajemen kualitas dan kesesuaian pelayanan peserta.¹³

Berikut merupakan tabel perbedaan antara asuransi konvensional dengan *managed care*:⁴

Tabel 8. Perbedaan Asuransi Konvensional dengan *Managed Care*

Konvensional	<i>Managed Care</i>
Menghindari kerugian	Meningkatkan status kesehatan

Cara penentuan premi dengan <i>experience rating</i> yaitu risiko dihitung dengan memakai data biologis individu. Orang risiko tinggi akan membayar lebih mahal	Menggunakan <i>community rating</i> yaitu risiko dihitung berdasarkan <i>data community</i>
Tidak ada <i>cost containment</i>	Ada <i>cost containment</i>
Tidak ada manajemen utilisasi	Ada manajemen utilisasi
<i>Risk transfer</i>	<i>Risk sharing</i>
Resiko terpilih	Komprehensif

5.5. TELAHAH UTILISASI

Biaya pelayanan kesehatan terus meningkat dan dilain pihak kemampuan masyarakat dan pemerintah terbatas. Sebagai upaya pemecahan masalah pembiayaan kesehatan itu dengan mewujudkan suatu sistem jaminan kesehatan yang seluas-luasnya bagi masyarakat. Penyelenggaraan jaminan kesehatan perlu dilakukan dengan prinsip kendali biaya mutu dan kendali biaya sehingga dilakukan kegiatan telaah utilisasi. Telaah secara retrospektif terhadap tingkat penggunaan pelayanan kesehatan berdasarkan data hasil pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan.

Menurut Richard Rognehaugh - *The Managed Care Dictionary*, telaah utilisasi merupakan evaluasi dari kebutuhan medis, efisiensi atau kualitas pelayanan kesehatan, baik sebelum memperoleh pelayanan kesehatan (prospektif), selama dalam proses pelayanan (concurrent), dan setelah pelayanan dilaksanakan (retrospektif). Definisi yang juga sama dikeluarkan oleh Managed Care Glossary, telaah utilisasi adalah suatu penilaian terhadap kebutuhan medis, efisiensi dan atau ketepatan rencana perawatan dan pelayanan kesehatan yang dilakukan pada saat pasien belum memperoleh pelayanan, selama proses pelayanan dan setelah pelayanan dilaksanakan.

Hal ini dimaksudkan agar tercapai:

- a. Pelayanan kesehatan tertata baik tanpa mengesampingkan mutu dan biaya
- b. Pola dan kecenderungan pelayanan dapat dikenali dan dianalisa dengan baik
- c. Aktifitas pelayanan yang diberikan oleh jaringan pemberi pelayanan kesehatan dapat dimonitor untuk mengetahui mutu, efektifitas dan efisiensi
- d. Mekanisme pengumpulan, pengelolaan dan analisa data untuk berbagai keperluan pemeliharaan kesehatan

- e. Pelaksanaan manajemen kasus yang terarah, khususnya untuk kasus dengan utilisasi tinggi, penyakit kronis maupun kasus dengan biaya tinggi

Telaah utilisasi diharapkan mampu mengendalikan biaya pelayanan kesehatan dan menjamin mutu layanan. Hal ini mampu menghindarkan kondisi yang mungkin terjadi seperti:

- a. *Overuse (over utilization)*, yaitu pelayanan kesehatan tertentu yang diberikan ke pasien yang sebenarnya tidak diperlukan oleh pasien. Contoh pemeriksaan Ultrasonografi (USG) pada setiap kunjungan ibu hamil
- b. *Underuse (under utilization)*, yaitu jenis pelayanan tertentu yang seharusnya diberikan kepada pasien saat pengobatan dan penyembuhan namun tidak diberikan. Contoh tidak dilakukannya pemeriksaan thorax pada pasien batuk kronis atau batuk berkepanjangan
- c. *Misuse (mis-utilization)*, yaitu pelayanan kesehatan tertentu diberikan secara tidak tepat dan atau dengan kualitas rendah. Contoh Pasien dengan kasus infeksi tidak diberikan antibiotika dan hanya diberi obat simptomatik.

Manfaat dari kegiatan telaah utilisasi pelayanan kesehatan sebagai berikut:

- a. Kajian terhadap pembiayaan pemeliharaan kesehatan
- b. Evaluasi kelayakan pelayanan kesehatan
- c. Pengembangan standar-standar (*benchmark*)
- d. Edukasi dan *public relation*

Menurut jenjang pelayanan telaah utilisasi dapat dilakukan pada rawat jalan tingkat pertama (RJTP), rawat inap tingkat pertama (RITP), rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap dan Gawat darurat. Adapun telaah utilisasi pada RJTP, RITP dan RJTL dilakukan setiap bulan dan nilai dinyatakan dalam perseratus (%). Kegiatan ini merupakan hasil analisis dari data penggunaan pelayanan kesehatan. Hal ini menjadi potret atau gambaran pelayanan kesehatan yang nantinya menjadi bahan koreksi. Upaya pengendalian biaya dan mutu yang dilakukan sebagai tindak lanjut telaah utilisasi yang meliputi aspek medis, finansial, dan administrasi disebut dengan manajemen utilisasi.

Ruang lingkup analisis telaah utilisasi adalah:

- a. Seluruh portofolio (seluruh peserta/masyarakat di suatu wilayah)
- b. Lingkup PPK tertentu (analisis perilaku pengguna layanan kesehatan pada suatu PPK tertentu)
- c. Lingkup individual (analisis perilaku pengguna pelayanan kesehatan secara individu), terutama pada kasus-kasus kronis, tindakan dan atau kasus berbiaya tinggi

RINGKASAN

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. *Managed care* adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menyalurkan kendali mutu dan kendali biaya kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Telaah utilisasi adalah suatu penilaian terhadap kebutuhan medis, efisiensi dan atau ketepatan rencana perawatan dan pelayanan kesehatan yang dilakukan pada saat pasien belum memperoleh pelayanan, selama proses pelayanan dan setelah pelayanan dilaksanakan

LATIHAN SOAL

1. Apa saja ciri-ciri dari asuransi kesehatan konvensional?
2. Jelaskan kelebihan dan kekurangan dari managed care?
3. Bagaimana perbedaan antara asuransi kesehatan konvensional dan managed care?
4. Jelaskan pembagian dari telaah utilisasi!
5. Apakah jenjang pelayanan yang dapat dilakukan telaah utilisasi ?

DAFTAR PUSTAKA

1. Krisnawan.2010. *Menuju Sistem Pengelolaan Kesehatan yang Efektif dan Efisien Melalui "MANAGED CARE"*.Yogyakarta.
2. Sekhri NK. 2000. *Managed Care: The US Experience. In: Bulletin of the World Health Organization.*
3. Phelps CH. 2010. *Managed Care. In: Health Economics, Chapter 11.* 2010. USA: Pearson.
4. Djuhaeni, Henni. 2007. *Asuransi Kesehatan dan Manage Care.* Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjajaran: Bandung.
5. Saefuddin F dan Ilyas Y. 2001. *Managed Care: Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan, Bagian A.* Jakarta :Pemjaki.
6. Thabrany H dan Hidayat B, ed. 1998. *Pembayaran Kapitasi.* Jakarta : FKM UI.
7. Kongstvedt PR. 1995. *Pokok-pokok Pengelolaan Usaha Pelayanan Kesehatan.* Jakarta : EGC.

8. Mukti AG. 2001. *Kemampuan dan Kemauan Membayar Premi Asuransi Kesehatan di Kabupaten Gunung Kidul*. Yogyakarta : JMPK UGM Vol. 04(02).
9. Murti B. 1998. *Implikasi Ekonomis Pembiayaan Kesehatan melalui JPKM; Problem Moral Hazard*. Yogyakarta : JMPK UGM, 1998, Vol. 01(03).
10. Mukti AG. 2007. *Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan*. Yogyakarta : Manajemen Kebijakan & Manajemen Asuransi Kesehatan UGM.
11. Mukti AG. 2007. *Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan, Konsep dan Implementasi*. Yogyakarta : Pusat Pengembangan Sistem Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan FK UGM.
12. Depkes RI. 2003. *Pemantauan Utilisasi dalam Pelayanan Kesehatan Terkendali; Pengertian dan Pelaksanaannya*. Jakarta: Depkes RI.
13. Barnum, W. H., & Kutzin, J. 1993. *Hospital Cost and Efficiency*. London: John Hopkins University Press.

BAB VI
METODE PEMBAYARAN KEPENYEDIA PELAYANAN KESEHATAN

6.1. Capaian pembelajaran

Capaian Pembelajaran Pertemuan Memahami jenis metode pembayaran ke penyedia layanan kesehatan
Kemampuan Akhir Capaian Pembelajaran Setelah mengikuti perkuliahan maka: Mahasiswa mampu memahami jenis metode pembayaran ke penyedia layanan kesehatan
Bahan Kajian/ Materi Pembelajaran 1. Metode pembayaran retrospektif 2. Fee for service 3. Metode pembayaran prospektif 4. Sistem ina-cbgs 5. Kapitasi 6. Pembayaran dengan anggaran global 7. Pemabayaran per-diem
Metode Pembelajaran E-Learning dan tatap muka dengan protokol kesehatan
Pengalaman Belajar Tugas Individu: mahasiswa dapat menjelaskan jenis metode pembayaran ke penyedia layanan kesehatan
Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: 1. Absensi Online/Offline 2. Keterampilan/ unjuk kerja: makalah/tugas
Waktu/ Dosen Pengajar 2x 50 menit x 2 pertemuan

6.2. METODE PEMBAYARAN

Pembayaran ke fasilitas kesehatan dapat dilakukan melalui dua metode, yaitu secara retrospektif dan prospektif. Kedua metode pembayaran tersebut dapat dibedakan berdasarkan waktu dibayarkannya biaya pelayanan kesehatan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan tersebut. Metode pembayaran retrospektif merupakan metode pembayaran ke fasilitas kesehatan yang dilakukan setelah pelayanan selesai diberikan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan, semakin banyak pelayanan yang diberikan maka akan semakin besar biaya yang harus dibayarkan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan tersebut. Contoh pola pembayaran yang berdasarkan metode restrospekif adalah *fee for service*. Sedangkan metode pembayaran prospektif lebih mengarah kepada pembayaran yang dilakukan sebelum pelayanan diberikan oleh penyedia pelayanan kesehatan, jadi metode prospektif tidak menghitung biaya per pelayanan yang diberikan tetapi lebih mengarah kepada biaya keseluruhan pelayanan yang mana telah ditetapkan terlebih dahulu antara badan asuransi dengan penyelenggara pelayanan kesehatan. Contoh pola pembayaran yang menggunakan metode prospektif adalah *global budget*, Perdiem, Kapitasi dan *case based payment*.

6.2.1. METODE PEMBAYARAN RETROSPEKTIF

Seperti yang telah dijelaskan di atas, metode pembayaran retrospektif merupakan metode pembayaran kepada penyedia pelayanan kesehatan berdasarkan layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, jadi yang dilihat adalah setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Salah satu pola pembayaran retrospektif yang sangat umum dilakukan adalah *fee for service*. sesuai dengan namanya, pola *fee for service* adalah pola pembayaran dengan menghitung pelayanan kesehatan apa saja yang telah diberikan oleh penyedia pelayanan kesehatan kepada pasien tersebut. Pola pembayaran ini biasanya dilakukan oleh pasien perorangan atau pasein yang tidak tergabung dalam skema asuransi tertentu. Pasien perorangan yang membayar secara langsung atau out of pocket dalam pola pembayaran ini biasanya rentan mengalami *moral hazard* yang dilakukan oleh penyedia pelayanan kesehatan, ketidakseimbangan informasi antara penyedia pelayanan kesehatan dengan pasien dapat mendorong penyedia pelayanan kesehatan memberikan pelayanan yang sebenarnya tidak diperlukan oleh pasien tersebut.

Di Indonesia, metode pembayaran retrospektif dimana pembayaran dilakukan secara langsung atau *out of pocket* masih cukup banyak dilakukan. masih adanya masyarakat

Indonesia yang belum tergabung kedalam suatu mekanisme asuransi membuat metode pembayaran ini masih belum dapat ditinggalkan. Berikut ini disajikan perbandingan kelebihan dan kekurangan metode pembayaran retrospektif dalam tabel 9, sebagai berikut:

Tabel 9. Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Retrospektif

	KELEBIHAN	KEKURANGAN
Provider	Risiko keuangan sangat kecil	Tidak ada insentif untuk yang memberikan <i>Preventif Care</i>
	pendapatan Rumah Sakit tidak terbatas	" <i>Supplier induced-demand</i> "
Pasien	Waktu tunggu yang lebih singkat	Jumlah pasien di klinik sangat banyak " <i>Overcrowded clinics</i> "
	Lebih mudah mendapat pelayanan dengan teknologi terbaru	Kualitas pelayanan kurang
Pembayar	Mudah mencapai kesepakatan dengan <i>provider</i>	Biaya administrasi tinggi untuk proses klaim
		meningkatkan risiko keuangan

6.2.1.1. FEE FOR SERVICE

Fee for Service merupakan metode pembayaran dengan cara pasien atau penanggung dana membayar secara penuh kepada penyedia layanan kesehatan setelah layanan kesehatan selesai dilakukan. Metode ini sering disebut sebagai pembayaran per *item* pelayanan, misalnya berupa tindakan diagnosis, terapi, dan pelayanan kesehatan. Jumlah yang dibayar sesuai dengan apa yang tertera pada tagihan. semakin banyak yang pelayanan yang didapat maka akan semakin besar pula jumlah yang harus dibayarkan..

Sebagian besar masyarakat Indonesia saat ini masih bergantung pada sistem pembiayaan kesehatan secara *Fee for Service* ini namun kelemahan sistem *Fee for Service* adalah terbukanya peluang bagi pihak pemberi pelayanan kesehatan (PPK) untuk memanfaatkan hubungan *Agency Relationship*, dimana Penyedia Pelayanan Kesehatan mendapat imbalan berupa uang jasa medik untuk pelayanan yang diberikannya kepada pasien yang besar-kecilnya ditentukan dari negosiasi. Metode ini merupakan bentuk pembayaranyang paling tidak efisien karena menyebabkan kenaikan biaya perawatan kesehatan, secara tidak langsung Penyedia Pelayanan Kesehatan didorong untuk meningkatkan volume pelayanannya pada pasien untuk mendapatkan imbalan jasa yang lebih banyak. *Fee for service* dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

- a. *Fee for Service Payment-Payment per items*, merupakan metode pembayaran dengan cara pasien atau penanggung dana membayar secara penuh kepada penyedia layanan kesehatan berdasarkan per *item* pelayanan, misalnya berupa tindakan diagnosis, terapi, dan pelayanan kesehatan
- b. *Fee for Service Payment-Payment per day*, merupakan metode yang menyatukan semua jasa yang dilakukan setiap harinya sehingga pembayaran dilakukan secara *lump sum* untuk tiap hari rawat inap. Tidak adanya insentif untuk melakukan prosedur yang mahal, namun ada insentif untuk memperpanjang waktu tinggal di pusat layanan kesehatan atau *Length of Stay* (LOS)

6.2.2. METODE PEMBAYARAN PROSPEKTIF

Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Jadi dalam pembayaran prospektif telah ada kesepakatan terlebih dahulu antara badan penyelenggara pelayanan kesehatan dengan badan asuransi atau badan lainnya terkait besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budget*, per diem, kapitasi dan *case based payment*.

Dalam memilih suatu metode pembayaran dapat dilakukan penyesuaian dengan kebutuhan dan tujuan dari implementasi pembayaran kesehatan tersebut. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan memilih untuk menggunakan metode prospektif sebagai metode pembayaran kepada penyedia pelayanan kesehatan. Berikut adalah beberapa alasan pemilihan metode pembayaran prospektif, antara lain:

- a. Lebih dapat mengendalikan biaya kesehatan
- b. Mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar
- c. Membatas pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan berlebihan atau *under use*
- d. Mempermudah administrasi klaim
- e. Mendorong provider untuk melakukan *cost containment*

Metode pembayaran prospektif memiliki kelebihan dan kekurangannya tersendiri, tabel di bawah ini menyajikan kelebihan dan kekurangan dari metode prospektif tersebut, antara lain:

Tabel 10. Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif

	KELEBIHAN	KEKURANGAN
Provider	Pembayaran lebih adil sesuai dengan kompleksitas pelayanan	Kuranginya kualitas Koding akan menyebabkan ketidaksesuaian proses <i>grouping</i> (pengelompokan kasus)
	Proses Klaim Lebih Cepat	
Pasien	Kualitas Pelayanan baik	Pengurangan Kuantitas Pelayanan
	Dapat memilih Provider dengan pelayanan terbaik	Provider merujuk ke luar / RS lain
Pembayar	Terdapat pembagian resiko keuangan dengan provider	Memerlukan pemahaman mengenai konsep prospektif dalam implementasinya
	Biaya administrasi lebih rendah	
	Mendorong peningkatan sistem informasi	Memerlukan monitoring Pasca Klaim

Di Indonesia, metode pembayaran casemix sebenarnya telah dijalankan sejak program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pada tahun 2008. Pada sistem ini terjadi 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.

Dalam pengimplementasian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pola pembayaran kepada penyedia pelayanan kesehatan telah diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan menggunakan sistem INA-CBGs. Telah dilakukan perubahan dan penyesuaian tariff INA-CBGs pada 1 Januari 2014. Perubahan dan penyesuaian terserbut telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBG Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Berikut adalah beberapa sistem pembayaran ke penyedia pelayanan kesehatan yang menggunakan metode prospektif, antara lain:

6.2.3. SISTEM INA-CBGs

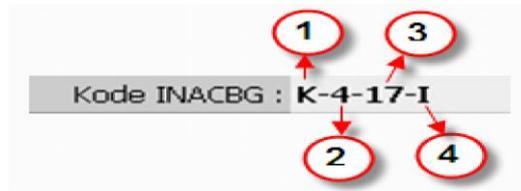
6.2.3.1. Sejarah INA-CBGs

Indonesia mengembangkan sistem casemix dengan nama INA-DRG (*Indonesia-Diagnosis Related Group*) pada tahun 2006 sedangkan implementasi dari INA-DRG tersebut barulah 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.

INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) diubah menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) pada tanggal 31 September 2010 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 dimulainya implementasi sistem *casemix*, Indonesia telah 3 kali melakukan perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG Tahun 2008, tarif INA-CBG Tahun 2013 dan tarif INA-CBG Tahun 2014. Saat ini, 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).

6.2.3.2. Struktur Kode INA-CBGs

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



Gambar 4. Struktur kode INA-CBG

Keterangan :

- 1 = Digit ke-1 merupakan CMG (*Casemix Main Groups*)
- 2 = Digit ke-2 merupakan tipe kasus
- 3 = Digit ke-3 merupakan spesifik CBG kasus
- 4 = Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan *severity level*

Struktur Kode INA-CBGs terdiri atas :

a. *Case-Mix Main Groups* (CMGs)

Case-Mix Main Groups (CMGs) adalah klasifikasi tahap pertama dan dilabelkan dengan huruf Alphabet (A to Z). Kode ini berhubungan dengan sistem organ tubuh. Pemberian Label Huruf disesuaikan dengan yang ada pada ICD 10 untuk setiap sistem organ.

Terdapat 30 CMGs dalam *UNU Grouper* (22 *Acute Care CMGs*, 2 *Ambulatory CMGs*, 1 *Subacute CMGs*, 1 *Chronic CMGs*, 4 *Special CMGs* dan 1 *Error CMGs*). Total CBGs sampai saat ini sebanyak 1220. Jumlah CMGs yang ada dalam INA-CBGs berjumlah 31 dan terdiri dari :

Tabel 11. *Casemix Main Groups* (CMG)

NO	Case-Mix Main Groups (CMG)	CMG Codes
1	<i>Central nervous system Groups</i>	G
2	<i>Eye and Adnexa Groups</i>	H
3	<i>Ear, nose, mouth & throat Groups</i>	U
4	<i>Respiratory system Groups</i>	J
5	<i>Cardiovascular system Groups</i>	I
6	<i>Digestive system Groups</i>	K
7	<i>Hepatobiliary & pancreatic system Groups</i>	B
8	<i>Musculoskeletal system & connective tissue Groups</i>	M
9	<i>Skin, subcutaneous tissue & breast Groups</i>	L

10	<i>Endocrine system, nutrition & metabolism Groups</i>	E
11	<i>Nephro-urinary System Groups</i>	N
12	<i>Male reproductive System Groups</i>	V
13	<i>Female reproductive system Groups</i>	W
14	<i>Deleiveries Groups</i>	O
15	<i>Newborns & Neonates Groups</i>	P
16	<i>Haemopoeitic & immune system Groups</i>	D
17	<i>Myeloproliferative system & neoplasms Groups</i>	C
18	<i>Infectious & parasitic diseases Groups</i>	A
19	<i>Mental Health and Behavioral Groups</i>	F
20	<i>Substance abuse & dependence Groups</i>	T
21	<i>Injuries, poisonings & toxic effects of drugs Groups</i>	S
22	<i>Factors influencing health status & other contacts with health services Groups</i>	Z
23	<i>Ambulatory Groups-Episodic</i>	Q
24	<i>Ambulatory Groups-Package</i>	QP
25	<i>Sub-Acute Groups</i>	SA
26	<i>Special Procedures</i>	YY
27	<i>Special Drugs</i>	DD
28	<i>Special InvestigationsI</i>	II
29	<i>Special InvestigationsII</i>	IJ
30	<i>Special Prosthesis</i>	RR
31	<i>Chronic Groups</i>	CD
32	<i>Errors CMGs</i>	X

b. *Case-Based Groups* (CBGs)

Case-Based Groups (CBGs) adalah sub-group kedua yang menunjukkan tipe kasus (1-9).

Berikut ini adalah tipe kasus yang ada dalam INA-CBG, antara lain:

Tabel 12. Group Tipe Kasus dalam INA-CBGs

TIPE KASUS	GROUP
a. Prosedur Rawat Inap	Group-1
b. Prosedur Besar Rawat Jalan	Group-2
c. Prosedur Signifikan Rawat Jalan	Group-3
d. Rawat Inap Bukan Prosedur	Group-4
e. Rawat Jalan Bukan Prosedur	Group-5
f. Rawat Inap Kebidanan	Group-6
g. Rawat Jalan kebidanan	Group-7
h. Rawat Inap Neonatal	Group-8
i. Rawat Jalan Neonatal	Group-9
j. Error	Group-0

c. Kode CBGs

Kode CBGs menunjukkan sub-group ketiga menunjukkan spesifik CBGs yang dilambangkan dengan numerik mulai dari 01 sampai dengan 99.

d. *Severity Level*

Severity level merupakan *resource intensity level* yang menunjukkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan. Keparahan kasus dalam INA-CBG terbagi menjadi :

- 1) "0" Untuk Rawat jalan
- 2) "I - Ringan" untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi)
- 3) "II - Sedang" Untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan *mild* komplikasi dan komorbiditi)
- 4) "III - Berat" Untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan *major* komplikasi dan komorbiditi)

Tabel 13. Contoh kode INA-CBGs

Tipe Layanan	Kode INA-CBGs	Deskripsi Kode INA-CBGs
Rawat Inap	I – 4 – 10 – I	Infark Miocard Akut Ringan
	I – 4 – 10 – II	Infark Miocard Akut Sedang
	I – 4 – 10 – III	Infark Miocard Akut Berat
Rawat Jalan	Q – 5 – 18 – 0	Konsultasi atau pemeriksaan lain-lain
	Q – 5 – 35 – 0	Infeksi Akut

Istilah ringan, sedang dan berat dalam deskripsi dari Kode INA-CBGs bukan menggambarkan kondisi klinis pasien maupun diagnosis atau prosedur namun menggambarkan tingkat keparahan (*severity level*) yang dipengaruhi oleh diagnosis sekunder (komplikasi dan ko-morbiditi).

e. Tarif Ina-cbgs dalam jaminan kesehatan nasional

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan, terdapat beberapa prinsip yang digunakan dalam menentukan Tarif INA-CBGs program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per 1 Januari 2014. Prinsip tersebut, antara lain 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. Regionalisasi dalam tarif INA-CBGs dimaksudkan untuk mengakomodir perbedaan biaya distribusi obat dan alat kesehatan di Indonesia. Kesepakatan mengenai pembagian regional dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) dengan hasil regionalisasi tingkat propinsi sebagai berikut :

Tabel 14. Daftar regionalisasi tarif INA-CBGs

Regional				
I	II	III	IV	V
Banten	Sumatera	NAD	Kalimantan	Bangka Belitung
DKI Jakarta	Barat	Sumatera Utara	Selatan	NTT
Jawa Barat	Riau	Jambi	Kalimantan	Kalimantan
Jawa Tengah	Sumatera	Bengkulu	Tengah	Timur
DI Yogyakarta	Selatan	Kepulauan Riau		Kalimantan
Jawa Timur	Lampung	Kalimantan Barat		Utara
	Bali	Sulawesi Utara		Maluku Maluku
	NTB	Sulawesi Tengah		Utara Papua
		Sulawesi Tenggara		Papua Barat
		Gorontalo		
		Sulawesi Barat		
		Sulawesi Selatan		

- 2) 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 :

- a) *Special Procedure*
- b) *Special Drugs*
- c) *Special Investigation*
- d) *Special Prosthesis*
- e) *Special Groups Subacute dan Kronis*

Top up pada spesial 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. *Special CMG* atau *special group* pada tarif INA-CBGs saat ini dibuat agar mengurangi resiko keuangan rumah sakit. Saat ini hanya diberikan untuk beberapa obat, alat, prosedur, pemeriksaan penunjang serta beberapa kasus penyakit subakut dan kronis yang selisih tarif INA-CBGs dengan tarif rumah sakit masih cukup besar. Besaran nilai pada tarif *special CMG* tidak dimaksudkan untuk mengganti biaya yang keluar dari alat, bahan atau kegiatan yang diberikan kepada pasien, namun merupakan tambahan terhadap tarif dasarnya.

Dasar pembuatan *special CMG* adalah CCR (*cost to charge ratio*) yaitu perbandingan antara *cost* rumah sakit dengan tarif INA-CBGs, data masukan yang digunakan untuk perhitungan CCR berasal dari profesional (dokter spesialis), beberapa rumah sakit serta organisasi profesi.

- a) 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
- b) 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).

6.2.3.3. Koding INA-CBGs

a. Pengenalan koding ICD-10 dan ICD-9-cm .

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM. Koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit.

Koding dalam INA–CBGs menggunakan ICD-10 Tahun 2008 untuk mengkode diagnosis utama dan sekunder serta menggunakan ICD-9-CM untuk mengkode tindakan/prosedur. Sumber data untuk mengkode berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur yang terdapat pada resume medis pasien. Ketepatan koding diagnosis dan prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG.

i. ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

Terdiri dari 3 volume dan 21 BAB dengan rincian sebagai berikut:

- 1) Volume 1 merupakan daftar tabulasi dalam kode alfanumerik tiga atau empat karakter dengan inklusi dan eksklusi, beberapa aturan pengkodean, klasifikasi morfologis neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi tentang penyebab kematian serta peraturan mengenai nomenklatur.
- 2) Volume 2 merupakan manual instruksi dan pedoman penggunaan ICD-10
- 3) Volume 3 merupakan Indeks alfabetis, daftar komprehensif semua kondisi yang ada di daftar Tabulasi (volume 1), daftar sebab luar gangguan (*external cause*), tabel neoplasma serta petunjuk memilih kode yang sesuai untuk berbagai kondisi yang tidak ditampilkan dalam Tabular *List*.

Langkah – langkah koding menggunakan ICD-10

- 1) Identifikasi tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat di buku icd volume 3 (*alphabetical index*). Jika pernyataannya adalah *penyakit* atau cedera atau lainnya diklasifikasikan dalam bab 1-19 dan 21 (section i volume 3). Jika pernyataannya adalah penyebab luar atau cedera diklasifikasikan pada bab 20 (section ii volume 3)

- 2) Tentukan *lead term*. Untuk penyakit dan cedera biasanya adalah kata benda untuk kondisi patologis. Namun, beberapa kondisi dijelaskan dalam kata sifat atau xxx dimasukkan dalam index sebagai lead term.
- 3) Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci.
- 4) Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi dibawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
- 5) Ikuti setiap petunjuk rujukan silang ("*see*" dan "*see also*") yang ditemukan dalam index
- 6) Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada volume 1. Untuk kategori 3 karakter dengan.- (point dash) berarti ada karakter ke 4 yang harus ditentukan pada volume 1 karena tidak terdapat dalam index
- 7) Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* dibawah kode yang dipilih atau dibawah bab atau dibawah blok atau dibawah judul kategori.

8) Tentukan kode

ICD-9-CM (*International Classification of Diseases Revision Clinical Modification*) ICD-9-CM digunakan untuk pengkodean tindakan/prosedur yang berisi kode prosedur bedah/operasi dan pengobatan serta non operasi seperti CT Scan, MRI, dan USG. ICD-9-CM berisi daftar yang tersusun. Dalam tabel dan Index Alfabetis. Prosedur bedah operasi dikelompokkan pada bagian 01-86 dan prosedur bukan bedah/non operasi dibatasi pada bagian 87-99. Struktur klasifikasi berdasarkan anatomi dengan kode berupa numerik. ICD-9-CM terdiri dari 16 bab.

Langkah-langkah koding menggunakan icd-9-cm (*international classification of diseases ninth revision-clinical modification*) adalah sebagai berikut:

- 1) Identifikasi tipe pernyataan prosedur/tindakan yang akan dikode dan lihat di buku ICD-9-cm *alphabetical index*
- 2) Tentukan *lead term* untuk prosedur/tindakan
- 3) Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci
- 4) Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi dibawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum
- 5) Ikuti setiap petunjuk rujukan silang ("*see*" dan "*see also*") yang ditemukan dalam index

- 6) Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada tabular list
- 7) Baca setiap inclusion atau exclusion dibawah kode yang dipilih atau dibawah bab atau dibawah blok atau dibawah judul kategori
- 8) Tentukan kode

6.2.4. KAPITASI

6.2.4.1. Pengertian Kapitasi

Pembayaran kapitasi merupakan metode pembayaran untuk jasa pelayanan kesehatan dimana penyedia pelayanan kesehatan menerima sejumlah tetap penghasilan per peserta untuk pelayanan yang telah ditentukan per periode waktu. Cara perhitungan dalam kapitasi berdasarkan jumlah 'kepala' yang terikat dalam kelompok tertentu. Kepala dalam hal ini berarti orang atau peserta atau anggota. Pembayaran bagi penyedia pelayanan kesehatan dengan sistem kapitasi adalah pembayaran yang dilakukan oleh suatu lembaga kepada penyedia pelayanan kesehatan atas jasa pelayanan kesehatan dengan pembayaran di muka sejumlah dana sebesar perkalian anggota dengan satuan biaya (*unit cost*) tertentu. Masyarakat yang telah menjadi peserta akan membayar iuran dimuka untuk memperoleh pelayanan kesehatan paripurna dan berjenjang dengan pelayanan tingkat pertama sebagai ujung tombak yang memenuhi kebutuhan utama kesehatan dengan mutu terjaga dan biaya terjangkau. Formula metode kapitasi berdasarkan karakteristik penduduk, misalnya demografi atau jenis penyakit yang signifikan. Berikut ini adalah ciri-ciri dari pola pembayaran kapitasi

- a. Pembayaran pra upaya
- b. Jumlah kapitasi berdasarkan jumlah peserta
- c. Jangka waktu tertentu
- d. Tidak tergantung jumlah kunjungan
- e. Biaya diperhitungkan per peserta sesuai dengan resiko
- f. Batasan dalam jaminan

Kapitasi memiliki manfaat, antara lain:

- a. Ada jaminan tersedianya anggaran untuk pelayanan kesehatan yang akan diberikan
- b. Ada dorongan untuk merangsang perencanaan yang baik dalam pelayanan kesehatan, sehingga dapat dilakukan :
- c. Pengendalian biaya pelayanan kesehatan per anggota
- d. Pengendalian tingkat penggunaan pelayanan kesehatan
- e. Efisiensi biaya dengan penyerasian upaya promotif-preventif dengan kuratif-rehabilitatif

- f. Rangsangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif dan efisien
- g. Peningkatan pendapatan untuk ppk yang bermutu
- h. Peningkatan kepuasan anggota yang akan menjamin tersedianya kesehatan masyarakat

6.2.4.2. Penentuan Angka Kapitasi

Dua hal pokok yang harus diperhatikan dalam menentukan kapitasi adalah akurasi prediksi angka utilisasi (penggunaan pelayanan kesehatan) dan penetapan biaya satuan. Besaran angka kapitasi ini sangat dipengaruhi oleh angka utilisasi pelayanan kesehatan dan jenis paket (benefit) asuransi kesehatan yang ditawarkan serta biaya satuan pelayanan.

Kapitasi = Angka utilisasi x Biaya satuan/unit cost

a. Angka utilisasi (*utilization rate*)

Utilisasi adalah tingkat pemanfaatan fasilitas pelayanan yang dimiliki sebuah klinik/praktik. Dinyatakan dalam persen (presentase): jumlah kunjungan per 100 orang di populasi tertentu (jumlah kunjungan/total populasi x 100%). utilisasi dapat digunakan untuk mengetahui gambaran tentang kualitas pelayanan, Risiko suatu populasi (angka kesakitan). Tingkat Utilisasi yang tinggi menunjukkan kualitas pelayanan buruk atau derajat kesehatan peserta buruk dan juga sebaliknya. Utilisasi penting untuk menghitung tarif atau kapitasi. Angka utilisasi dapat diketahui dari berbagai laporan yang ada, umpamanya Susenas, atau dari Dinas Kesehatan setempat. Angka utilisasi dipengaruhi oleh:

- a. Karakteristik Populasi
- b. Sifat Sistem Pelayanan
- c. Manfaat yang ditawarkan
- d. Kebijakan asuransi

b. *Unit Cost*

Unit Cost adalah biaya rata-rata untuk setiap jenis pelayanan pada kurun waktu tertentu. unit cost hanya dapat dihitung bila administrasi keuangan rapi (sistematis), sehingga dapat melihat pemasukan untuk setiap jenis pelayanan. *Unit cost* identik dengan tarif atau harga jual (harga pokok ditambah margin). *Unit cost* berguna untuk memberikan gambaran tentang efisiensi pelayanan, risiko biaya suatu populasi (beban biaya). *Unit cost* yang tinggi menunjukkan bahwa pelayanan tidak efisien atau populasi memiliki risiko biaya

tinggi (banyak penyakit degeneratif). Selain itu, *unit cost* juga berguna untuk menghitung tarif atau kapitasi, kontrol biaya dan ketaatan tim terhadap SOP yang telah disepakati.

Unit Cost= Jumlah pendapatan untuk setiap jenis pelayanan/jumlah kunjungan untuk pelayanan tersebut

Satuan biaya kapitasi ditetapkan perkiraan besarnya resiko gangguan kesehatan yang memerlukan pelayanan kesehatan di kalangan anggota lembaga pendanaan kesehatan tersebut dalam waktu tertentu. Faktor-faktor yang menentukan satuan biaya kapitasi:

- a. Bentuk-bentuk gangguan/masalah kesehatan yang umumnya dialami anggota beserta prevalensinya
- b. Jenis-jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan untuk mengatasi gangguan kesehatan tersebut beserta tarifnya
- c. Tingkat penggunaan pelayanan kesehatan oleh anggota

Dari setiap biaya kapitasi dengan mengalikan angka utilisasi tersebut dengan satuan biaya riil (*real cost*). Jumlah dari semua angka kapitasi yang didapat menjadi angka kapitasi rata-rata per peserta per bulan. Secara umum rumus penghitungan kapitasi adalah sebagai berikut :

**Angka kapitasi = angka utilisasi tahunan x biaya satuan : 12 bulan
= biaya per anggota per bulan (PAPB)**

Contoh penetapan angka utilisasi dan angka kapitasi :

Dari laporan pemanfaatan pelayanan kesehatan tahun yang lalu (*experienced rate*) dapat diketahui jumlah kunjungan rawat jalan peserta asuransi kesehatan ke PPK tingkat I sebanyak 13.544 kunjungan. Jumlah peserta 7.500 orang. Biaya dokter dan obat per kunjungan rata-rata Rp. 15.000,- (jasa dokter Rp. 5.000,- dan biaya obat rata-rata Rp. 10.000,-). Maka berdasarkan rumus diatas, maka angka kapitasi per anggota per bulan (PAPB), adalah sebagai berikut :

$$\text{PAPB} = \frac{13544}{7500} \times \text{Rp.15.000} : 12 \text{ bulan} = \text{Rp. 2.257,33}$$

Pembayaran jasa menggunakan metode kapitasi dapat mendorong reaksi positif dan negatif tenaga medis. Reaksi positif dapat terjadi jika besarnya layak dan adil berdasarkan telaah utilisasi secara transparansi. Reaksi negatif juga dapat terjadi jika besaran kapitasi terlalu rendah.⁴

6.2.3. PEMBAYARAN DENGAN ANGGARAN GLOBAL (*GLOBAL BUDGET*)

Pada pembayaran dengan anggaran global ini, penyedia layanan kesehatan diberi suatu anggaran, biasanya pada awal tahun, untuk menutup semua layanan yang tersedia. Anggaran tersebut biasanya didasarkan pada anggaran pengeluaran tahun sebelumnya. Bentuk pembayaran ini banyak diterapkan di rumah sakit yang ada di Eropa. Hal yang perlu dipertimbangkan sebelum menentukan anggaran global adalah jumlah pelayanan rumah sakit pada tahun sebelumnya, kegiatan lain yang akan dilaksanakan serta kinerja rumah sakit tersebut. Pemberlakuan sistem pembayaran ini akan berakibat pada luasnya kekuasaan rumah sakit untuk mengatur dana, misalnya gaji dokter, belanja operasional, pemeliharaan rumah sakit serta dana-dana lainnya. Di Indonesia, sistem pembayaran ini dinilai tidak terlalu efisien serta rentan untuk disalahgunakan oleh pihak tertentu.

6.2.4. PEMBAYARAN PER DIEM

Sistem pembayaran ini dilakukan di muka atau dilakukan berdasarkan kesepakatan yang telah ditentukan untuk satuan hari pelayanan tanpa mempertimbangkan biaya yang dihabiskan oleh rumah sakit tersebut. Sebagai contoh suatu badan asuransi telah menetapkan bahwa biaya per hari yang akan dibayarkan adalah sebesar rp. 30.000 untuk perawatan kelas iii. Biaya tersebut sudah mencakup biaya ruangan, jasa konsultasi, obat, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.

Pemberlakuan sistem pembayaran ini dapat mencegah rumah sakit memberikan tindakan yang tidak diperlukan oleh pasien. Rumah sakit dapat memberikan obat yang paling cost-effective, memberikan pemeriksaan laboratorium jika memang diperlukan, membayar dokter dengan sistem gaji bulanan dan bonus. Hal tersebut dilakukan untuk mendapatkan surplus atau keuntungan.

RINGKASAN

Pembayaran ke fasilitas kesehatan dapat dilakukan melalui dua metode, yaitu secara retrospektif dan prospektif. Metode pembayaran retrospektif merupakan metode pembayaran ke fasilitas kesehatan yang dilakukan setelah pelayanan selesai diberikan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan, semakin banyak pelayanan yang diberikan maka akan semakin besar biaya yang harus dibayarkan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan tersebut. Contoh pola pembayaran yang berdasarkan metode restrospekif adalah *fee for service*. Sedangkan metode

pembayaran prospektif lebih mengarah kepada pembayaran yang dilakukan sebelum pelayanan diberikan oleh penyedia pelayanan kesehatan, jadi metode prospektif tidak menghitung biaya per pelayanan yang diberikan tetapi lebih mengarah kepada biaya keseluruhan pelayanan yang mana telah ditetapkan terlebih dahulu antara badan asuransi dengan penyelenggara pelayanan kesehatan. Contoh pola pembayaran yang menggunakan metode prospektif adalah *global budget*, Perdiem, Kapitasi dan *case based payment*.

LATIHAN SOAL

1. Sebutkan metode pembayaran ke penyediaan layanan kesehatan!
2. Apa kelebihan dan kekurangan metode pembayaran prospektif?
3. Apa kelebihan dan kekurangan metode pembayaran retrospektif?
4. Apakah perbedaan antara metode INA-CBGs dan kapitasi?
5. Apakah bentuk pembayaran ini banyak diterapkan di rumah sakit yang ada di Eropa?

DAFTAR PUSTAKA

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs)
2. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 tahun 2015 Tentang Norma Penetapan Besaran Kapitasi dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
3. Kongstvedt pr. 2015. Health insurance and managed care. Jones & bartlett publishers
4. Thabrany, H. 2014. Jaminan kesehatan nasional. Jakarta: Rajawali Press

BAB VII
KECURANGAN ASURANSI KESEHATAN

7.1. Capaian pembelajaran

Capaian Pembelajaran Pertemuan Memahami kecurangan dalam asuransi kesehatan
Kemampuan Akhir Capaian Pembelajaran Setelah mengikuti perkuliahan maka: 1. Mahasiswa mampu memahami kondisi kecurangan asuransi kesehatan di Indonesia 2. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep fraud
Bahan Kajian/ Materi Pembelajaran 1. Kondisi kecurangan asuransi kesehatan di Indonesia 2. Definisi fraud 3. Penyebab fraud dalam asuransi kesehatan 4. Jenis fraud 5. Pencegahan fraud
Metode Pembelajaran E-Learning dan tatap muka dengan protokol kesehatan
Pengalaman Belajar Tugas Individu: mahasiswa dapat menjelaskan konsep fraud dalam asuransi kesehatan
Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: 1. Absensi Online/Offline 2. Keterampilan/ unjuk kerja: makalah/tugas
Waktu/ Dosen Pengajar 2x 50 menit x 2 pertemuan

7.2. KONDISI KECURANGAN ASURANSI KESEHATAN DI INDONESIA

Kecurangan asuransi kesehatan atau yang dapat juga disebut dengan *fraud* adalah suatu bentuk kecurangan yang dapat dilakukan oleh semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan tersebut. Akan tetapi pada umumnya fraud lebih banyak dilakukan oleh penyedia pelayanan kesehatan dan peserta asuransi kesehatan tersebut. Adanya praktik *fraud* dalam asuransi kesehatan menyebabkan biaya pelayanan kesehatan yang harus dibayarkan menjadi lebih besar dari pada biaya yang sebenarnya. *fraud* dapat dianggap sebagai bentuk kriminal “kerah putih” dan dapat memberikan dampak terhadap sistem pembayaran kesehatan baik yang ada di publik maupun swasta.¹

Di Indonesia, adanya praktik fraud menjadi salah satu faktor yang menghambat pelayanan asuransi kesehatan. Pada tahun 2017, pertumbuhan industri asuransi kesehatan menurut Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) telah mencapai persentase 10% pada kuartal IV, meskipun begitu AAUI tetap menilai bahwa industri ini memiliki resiko fraud yang cukup tinggi.² pada tahun 2016, data dari Badan Mediasi dan Arbitase Asuransi Indonesia (BMAI) menunjukkan bahwa terdapat 19 kasus klaim terkait asuransi kesehatan yang sudah dilakukan mediasi. Sedangkan pada tahun 2017, setidaknya terdapat 60 kasus terkait asuransi yang sudah dilakukan mediasi.³

Praktik kecurangan dalam asuransi kesehatan atau fraud tidak hanya terjadi pada asuransi kesehatan swasta, BPJS Kesehatan selaku asuransi sosial di Indonesia juga mengalami hal tersebut. Adanya praktik kecurangan dalam asuransi kesehatan tersebut sebenarnya memerlukan perhatian lebih karena akan berdampak pada besar biaya kesehatan yang ada. Berdasarkan laporan KPK pada semester pertama tahun 2015 terdapat sekitar 175.000 klaim dari penyedia pelayanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan dan diperkirakan dari ribuan klaim yang diajukan tersebut terdeteksi adanya kecurangan dari praktik upcoding dengan nilai kerugian diperkirakan mencapai Rp. 400 miliar.⁴ Lembaga Indonesia Corruption Watch (ICW) mengungkapkan bahwa jaminan kesehatan menempati posisi kedua terbesar sebagai obyek korupsi di bidang kesehatan. Kerugian yang dialami oleh negara dari korupsi dana Jaminan Kesehatan diperkirakan mencapai Rp 62,1 miliar pada periode 2010-2016.

Sektor kesehatan swasta juga memiliki resiko yang cukup besar untuk mengalami kejadian fraud. Data dari AAUI menyebutkan bahwa kapitasi nilai premi asuransi kesehatan swasta telah mencapai Rp. 2,36 triliun pada pertengahan tahun 2017. jumlah tersebut menunjukkan peningkatan sebesar 10% bila dibandingkan dengan pertengahan tahun 2016 yang hanya mencapai Rp 2,14 triliun. Namun jika ditinjau dari sisi nilai klaim, maka nilai klaim pada

pertengahan tahun 2017 mengalami penurunan dimana nilai klaim hanya mencapai Rp 1,69 triliun dengan rasio klaim mencapai 71,8% sedangkan pada tahun 2016, nilai klaim mencapai Rp 1,77 triliun dengan rasio klaim mencapai 82,5%.⁵ Nilai klaim yang besar tersebut cukup rentan untuk mengalami kejadian fraud.

7.3. DEFINISI FRAUD

Terdapat beberapa literature yang dapat digunakan untuk mendefinisikan kata fraud atau kecurangan dalam asuransi kesehatan, literature tersebut antara lain:

1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 tahun 2015

Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional yang selanjutnya disebut Kecurangan JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan.

2. Menurut Todd (2009) dalam bukunya berjudul "*The Managed Care Contracting Handbook Planning and Negotiating the Managed Care Relationship*", Fraud adalah

- a. *Intentional misrepresentations that can result in criminal prosecution, civil liability, and administrative sanctions*
- b. *Intentional lying or concealment by policyholders to obtain payment of an insurance claim that would otherwise not be paid, or lying or misrepresentation by the insurance company managers, employees, agents, and brokers for financial gain*

3. Pada *Black's Law dictionary* memberikan definisi *fraud* sebagai berikut:.

- a. *A knowing misrepresentation of the truth or concealment of a material fact to induce another to act to his or her detriment; is usual tort (esp. when the conduct is willful) it may be a crime"*
- b. *A misrepresentation made recklessly without belief in its truth to induce another person to act, A tort arising from knowing misrepresentation, concealment of material fact, or reckless misrepresentation made to induce another to act to his or her detriment.*

Berdasarkan beberapa definisi Fraud di atas, maka didapat diketahui bahwa tindakan fraud memiliki beberapa karakteristik, antara lain:

1. Ada niat, perencanaan atau tindakan penyimpangan. Fraud sendiri merupakan tindakan salah yang mengandung unsur melawan hukum

2. Terdapat unsur penipuan, pemalsuan dan pengelabuan. karakteristik ini mengacu pada bentuk menyembunyikan fakta medis atau medical fact seperti menyembunyikan riwayat penyakit kronis
3. Tidak adanya upaya koreksi atas tindakan kekeliruan yang telah diketahui atau dengan kata lain terdapat unsur kesengajaan dalam tindakan tersebut.
4. Terdapat pihak yang dirugikan dalam tindakan tersebut dapat berakibat pada timbulnya tuntutan kriminal, kewajiban sipil maupun sanksi administratif. tindakan fraud bisa dikenakan pasal 381 KUHP dan tidak pidana pemalsuan sesuai pasal 263 ayat (1) KUHP
5. Semua pihak yang terlibat berkesempatan untuk melakukan tindakan kecurangan ini. Namun, terdapat tiga pihak yang kemungkinan besar dapat melakukan tindakan fraud, antara lain penerima manfaat pelayanan kesehatan (insured), pemberi pelayanan kesehatan atau PPK (provider), dan penanggung manfaat pelayanan kesehatan (insurer).

Fraud dapat diartikan perencanaan perbuatan yang salah untuk membuat orang lain menjadi percaya dan memberikan sesuatu yang bernilai dan dibenarkan oleh hukum. Hal ini merupakan tindakan curang yang menimbulkan biaya yang tidak diperlukan dalam pelayanan kesehatan.

Terkadang terjadi kekeliruan dalam mendefinisikan Fraud, Abuse, dan Moral Hazard. Moral Hazard dan Fraud cenderung mengandung konotasi negatif dalam pelaksanaan asuransi. Terdapat tingkatan keparahan yang berbeda untuk Fraud, antara lain Fraud yang tidak direncanakan (tambahan), Fraud yang direncanakan yang bersifat kriminal dan Fraud yang oportunistik. Moral hazard cenderung dikategorikan sebagai fraud yang tidak direncanakan, sedangkan abuse dapat dikategorikan kedalam fraud yang bersifat oportunistik.

7.4. PENYEBAB FRAUD DALAM ASURANSI KESEHATAN

Terdapat beberapa hal yang mendasari atau alasan terjadinya tindakan fraud. Hymes & Wells mengungkapkan bahwa asuransi kesehatan merupakan bidang asuransi yang sering mengalami kejadian fraud. Beberapa alasan untuk terjadinya fraud antara lain:

1. Jumlah peserta yang cukup besar.

Tindakan fraud lebih memungkinkan untuk terjadi pada populasi orang yang banyak. Klaim asuransi fiktif lebih mudah bagi dilakukan pada perusahaan, instansi pemerintah, atau perusahaan asuransi lainnya bila dibandingkan pada individu masyarakat;

2. Perasaan tidak suka terhadap asuransi

Hal ini biasanya dilakukan oleh peserta asuransi. Berdasarkan anggapan bahwa iuran yang telah dibayarkan akan hilang saat asuransi tersebut tidak digunakan, maka saat terjadi kondisi yang membutuhkan pelayanan kesehatan beberapa orang memanfaatkan kesempatan tersebut untuk melakukan kecurangan pada perusahaan asuransi tersebut.

3. Kesalahan sistem

Fraud sebagian besar disebabkan oleh kesalahan sistem atau teknologi yang digunakan untuk memproses klaim. Saat ini, sistem yang dikembangkan untuk mendeteksi kejadian fraud masih belum mampu untuk mendeteksi kejadian fraud tersebut.

Selain alasan tersebut, dalam laporan *Department of Justice Health Care* Amerika Serikat tahun 1998 yang kutip oleh Sarwo (2015) disebutkan bahwa ada tiga penyebab dasar munculnya kejadian fraud dalam bidang pelayanan kesehatan, antara lain:

1. Kebutuhan (*need*)

Keadaan atau kondisi dari peserta asuransi atau tertanggung dapat menjadi salah satu penyebab munculnya fraud sehingga pemenuhan kebutuhan (contoh: keuangan) menjadi alasan terjadinya fraud.

2. Kesempatan (*opportunity*)

Adanya celah hukum yang dapat dimanfaatkan ataupun sulitnya untuk menelusuri kerugian perusahaan merupakan salah satu alasan tindakan fraud dapat dilakukan. Pengajuan klaim fiktif dapat menjadi bentuk pemanfaatan kesempatan tersebut.

3. Kecerakahan (*greed*)

Adanya hasrat dan nafsu serakah merupakan alasan yang berasal dari dalam diri individu. Individu yang memiliki sifat tersebut cenderung memandang tindakan fraud sebagai suatu pembenaran serta sesuai dengan kode etik.

7.5. JENIS FRAUD

Dalam konteks fraud secara umum, *Association of Certified Fraud Examiners (ACFE)* membagi Fraud ke dalam dua kelompok, yaitu Fraud yang dilakukan oleh insurer/peserta dan Fraud yang dilakukan oleh insured atau pemberi manfaat. Namun, khusus untuk fraud dalam bidang asuransi kesehatan, fraud juga dapat dilakukan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Berikut ini adalah penjelasan lebih lanjut terkait para pelaku fraud:

1. Fraud oleh peserta

Tindakan kecurangan atau fraud yang dapat dilakukan oleh peserta yang tergabung ke dalam suatu skema asuransi antara lain meliputi:

- a) Membuat pernyataan yang tidak benar dalam hal *eligibilitas* (memalsukan status kepesertaan) untuk memperoleh pelayanan kesehatan
 - b) Memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecesary services*) dengan cara memalsukan kondisi kesehatan
 - c) Memberikan gratifikasi kepada pemberi pelayanan agar bersedia memberi pelayanan yang tidak sesuai/tidak ditanggung
 - d) Memanipulasi penghasilan agar tidak perlu membayar iuran terlalu besar
 - e) Melakukan kerjasama dengan pemberi pelayanan untuk mengajukan Klaim palsu
 - f) Memperoleh obat dan/atau alat kesehatan yang diresepkan untuk dijual kembali
2. Fraud petugas kesehatan

Tindakan kecurangan yang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan, antara lain sebagai berikut:

- a) Melakukan kerjasama dengan peserta dan/atau fasilitas kesehatan untuk mengajukan Klaim yang palsu
- b) Memanipulasi manfaat yang seharusnya tidak dijamin agar dapat dijamin
- c) Menahan pembayaran ke fasilitas kesehatan/rekanan dengan tujuan memperoleh keuntungan pribadi
- d) Membayarkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan

3. Penyedia Pelayanan Kesehatan

Tindakan kecurangan yang dapat dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan dapat dibedakan berdasarkan tingkat fasilitas kesehatan, antara lain:

a) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Tindakan Kecurangan yang memungkinkan untuk dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP, meliputi:

- 1) Memanfaatkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- 2) Memanipulasi klaim pada pelayanan yang dibayar secara nonkapitasi
- 3) Menerima komisi atas rujukan ke FKRTL
- 4) Menarik biaya dari peserta yang seharusnya telah dijamin dalam biaya kapitasi dan/atau nonkapitasi sesuai dengan standar tarif yang ditetapkan
- 5) Melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu

b) Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)

Tindakan kecurangan JKN yang dapat dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL, meliputi:

- 1) Penulisan kode diagnosis yang berlebihan/*upcoding* yang berupa perubahan kode diagnosis dan/atau prosedur menjadi kode yang memiliki tarif yang lebih tinggi dari yang seharusnya.
- 2) Penjiplakan Klaim dari pasien lain/*cloning* yang mana merupakan Klaim yang dibuat dengan cara menyalin dari Klaim pasien lain yang sudah ada.
- 3) Klaim palsu/*phantom billing* yang merupakan Klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan.
- 4) Penggelembungan tagihan obat dan alkes/*inflated bills* yang berupa Klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya.
- 5) Pemecahan episode pelayanan/*services unbundling or fragmentation* yang mana merupakan tindakan Klaim atas dua atau lebih diagnosis dan/atau prosedur yang seharusnya menjadi satu paket pelayanan dalam episode yang sama atau menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan, untuk mendapatkan nilai Klaim lebih besar pada satu Episode perawatan pasien.
- 6) Rujukan semu/*selfs-referrals* yaitu Klaim atas biaya pelayanan akibat rujukan ke dokter yang sama di fasilitas kesehatan lain kecuali dengan alasan fasilitas.
- 7) Tagihan berulang/*repeat billing* yang ditandai dengan Klaim yang diulang pada kasus yang sama.
- 8) Memperpanjang lama perawatan/*prolonged length of stay* merupakan Klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar akibat perubahan lama hari perawatan inap.
- 9) Memanipulasi kelas perawatan/*type of room charge* yang berupa Klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar dari biaya kelas perawatan yang sebenarnya.
- 10) Membatalkan tindakan yang wajib dilakukan/*cancelled services* namun tetap dilakukan Klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak jadi dilaksanakan.
- 11) Melakukan tindakan yang tidak perlu/*no medical value* yang berupa pemberian tindakan yang tidak berdasarkan kebutuhan atau indikasi medis.
- 12) Penyimpangan terhadap standar pelayanan/*standard of care* yang berupa Klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan.

- 13) Melakukan tindakan pengobatan yang tidak perlu/*unnecessary treatment* yang bertujuan untuk meningkatkan angka Klaim.
- 14) Menambah panjang waktu penggunaan ventilator yang bertujuan untuk menghasilkan klaim yang lebih besar melalui penambahan lama penggunaan ventilator yang tidak sesuai dengan kebutuhan.
- 15) Tidak melakukan visitasi yang seharusnya/*phantom visit* yang berupa pemalsuan kunjungan pasien.
- 16) Tidak melakukan prosedur yang seharusnya/*phantom procedures*, dimana dilakukan Klaim atas tindakan yang tidak pernah dilakukan.
- 17) Admisi yang berulang/*readmisi* yang merupakan Klaim atas diagnosis dan/atau tindakan dari satu Episode yang dirawat atau diklaim lebih dari satu kali seolah-olah lebih dari satu Episode.
- 18) Melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu;
- 19) Meminta *cost sharing* tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Selain ketiga pihak di atas, dalam peraturan menteri kesehatan Nomor 36 tahun 2015 Tentang Pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan pada sistem jaminan sosial nasional dijelaskan bahwa terdapat satu pihak lagi yang berkesempatan untuk melakukan tindakan fraud, yaitu pihak yang menyediakan obat dan alat kesehatan. Berikut adalah bentuk Tindakan fraud yang dapat oleh dilakukan penyedia obat dan alat kesehatan, meliputi:

1. Tidak memenuhi kebutuhan obat dan/atau alat kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
2. Melakukan kerjasama dengan pihak lain mengubah obat dan/atau alat kesehatan yang tercantum dalam *e-catalog* dengan harga tidak sesuai dengan *e-catalog*

Pusat studi manajemen kesehatan universitas gadjah mada melakukan pengamatan pada 7 rumah sakit besar dengan cara diskusi mendalam dilaporkan adanya prosentase potensi fraud. Berdasarkan pengamatan tersebut diketahui bahwa tindakan fraud yang sering terjadi adalah *upcoding* dengan persentase 100%, *keystroke mistake* dengan persentase 100%, *cancelled services* dengan persentase 86%, *no medical value* dengan persentase 86%, *standard of care* dengan persentase 86%, *service unbundling* atau *fragmentation* dengan persentase 71%, *unnecessary treatment* dengan persentase 71%, *phantom billing* dengan persentase 57%, *inflated bills* dengan

persentase 57%, *self referral* dengan persentase 57%, *type of room charge* dengan persentase 57%, *repeat billing* dengan persentase 43%, *time in operating room* dengan persentase 43%, *cloning* dengan persentase 29%, *length of stay* dengan persentase 29%.

7.6. PENCEGAHAN FRAUD

Terdapat tingkatan kesulitan yang berbeda-beda dalam mengatasi fraud, sebagaimana Zweifel, Krey & Tagli (2007) yang menyatakan bahwa untuk mengatasi suatu fraud dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan berdasarkan kemudahan upaya pencegahan oleh perusahaan asuransi kesehatan atau insurer, antara lain:

1. Fraud ekstrim yang merupakan tindakan lanjutan dari moral hazard yang dilakukan oleh peserta asuransi. Cara untuk mengatasi fraud ini adalah dengan melakukan inspeksi dan pengurangan atau penolakan benefit.
2. Fraud yang diakibatkan atau dilakukan oleh penyedia pelayanan kesehatan. Bentuk penanggulangan tindakan fraud ini adalah dengan memberikan insentif kepada penyedia pelayanan kesehatan yang melakukan dan memberikan pelayanan secara jujur.
3. Fraud yang diakibatkan dari adanya praktik "jual-beli" pelayanan kesehatan oleh penyedia pelayanan kesehatan. Tindakan fraud ini dilakukan dimana penyedia pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan insurer juga melakukan "kontrak lain" dengan penyedia pelayanan kesehatan lainnya tanpa sepengetahuan dari insurer. Bentuk fraud ini cukup sulit untuk ditangani bila kompetisi pelayanan kesehatan yang terjadi diantara penyedia pelayanan kesehatan lemah. Penyedia pelayanan kesehatan yang menerima "kontrak lain" akan menerima harga pelayanan dengan harga jual murah kepada penyedia pelayanan Kesehatan penerima kontrak dari insurer.

Selain melakukan tindakan diatas untuk mengatasi kejadian fraud, pihak insurer juga dapat melakukan pencegahan fraud dengan skala mikro pada penyaringan calon nasabah hingga pembayaran klaim ganti rugi dan dengan skala makro yang menggunakan siklus anti fraud Berikut ini adalah beberapa tindakan pencegahan fraud skala mikro yang dapat diterapkan, antara lain:

1. Saat penyaringan calon nasabah
 - a) Memeriksa rekam jejak calon nasabah.

Para perusahaan asuransi dapat bekerja sama satu sama lain dengan cara melakukan pertukaran informasi terkait data calon nasabah yang bermasalah atau daftar hitam nasabah asuransi. Kerja sama antar perusahaan asuransi ini merupakan

kegiatan yang sudah lama dilakukan diberbagai negara maju, yang salah satunya ialah Jepang. Di Jepang, terdapat kompilasi data dan pertukaran informasi sesama perusahaan asuransi bila terdapat kecenderungan dan kecurigaan fraud. Data tersebut mencakup kontrak, data klaim, data pemegang polis, dan obyek asuransi, yang diakses terbatas hanya pada kalangan tertentu saja. Indonesia sedang menginisiasi pertukaran data dengan membuat AAUI *Checking* sejak Desember 2016.

- b) Memeriksa kembali pernyataan premi dan jenis cakupan baik yang diajukan oleh calon nasabah atau oleh agen internal.
2. Saat pemberian pelayanan kepada nasabah
 - a) Melakukan pengawasan secara aktif baik terhadap internal perusahaan asuransi maupun terhadap pihak pemberi pelayanan kesehatan.
 - b) Melakukan komunikasi dan sosialisasi yang aktif dengan pemberi pelayanan kesehatan bila ada perubahan atau pembaharuan yang menyangkut perjanjian asuransi kesehatan antara perusahaan asuransi dengan nasabah.
 3. Saat pengajuan klaim oleh nasabah
 - a) Membuat suatu unit khusus yang bertugas untuk mengawasi fraud.

Di era Jaminan Kesehatan Nasional saat ini, BPJS Kesehatan selaku badan penyelenggara membentuk suatu Unit Kerja Bidang Managemen Utilisasi dan Anti Fraud bagi pelayanan kesehatan primer dan layanan rujukan di seluruh kantor cabang BPJS Kesehatan. Unit ini bertugas membangun sistem pencegahan kecurangan JKN-KIS dan memberikan sosialisasi pencegahan kecurangan kepada internal dan eksternal. BPJS Kesehatan juga mendorong seluruh pelayanan kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik, dsb) membentuk tim pencegahan kecurangan.
 - b) Mengembangkan sistem informasi atau aplikasi yang dapat mendeteksi potensi kecurangan melalui data klaim asuransi.
 4. Saat pembayaran klaim kepada nasabah
 - a) Memastikan transaksi pembayaran dilakukan secara transfer kepada rekening nasabah yang tertuang pada kontrak asuransi
 - b) Melakukan monitoring dan kontrol yang rutin terhadap pembayaran klaim kepada nasabah

Sementara itu, pencegahan asuransi dalam skala makro dapat menggunakan Siklus Anti Fraud yang dikembangkan oleh European Comission tahun 2013. Sebagaimana yang tertulis

dalam situs online Mutu Pelayanan Kesehatan Indonesia program anti Fraud ini terdiri dari lima yaitu:

1. *Awareness*

Awareness merupakan upaya untuk membangun kesadaran pada pelaku asuransi kesehatan bahwa fraud adalah tindakan kriminal yang dapat merugikan pihak lain. Upaya ini dilakukan dengan menjalankan sosialisasi dan edukasi tentang potensi bahaya fraud.

2. *Reporting*

Reporting adalah upaya mengadukan segala tindakan fraud baik yang dilakukan insured, insurer, atau PPK.

3. *Detection*

Detection merupakan upaya untuk mendeteksi potensi fraud dan tindakan fraud secara nasional. Salah satu upaya yang sedang dijalankan di Indonesia adalah dengan mengembangkan AAUI Checking.

4. *Investigation*

Investigation merupakan upaya untuk melakukan investigasi dalam rangka pembuktian tindakan fraud asuransi kesehatan. Dalam hal ini perlu campur tangan pihak berwajib.

5. *Sanctioning*

Sanctioning adalah upaya pemberian sanksi administratif atau sanksi pidana terhadap pelaku fraud asuransi kesehatan, sesuai dengan aturan yang berlaku.

7.6.1. Pencegahan Fraud di Era Jaminan Kesehatan Nasional

BPJS Kesehatan sebagai badan yang bertindak sebagai penyelenggara jaminan kesehatan nasional telah melakukan beberapa upaya untuk mengatasi masalah fraud. BPJS Kesehatan telah melakukan kerja sama dengan berbagai pihak dengan tujuan untuk mengawal program JKN-KIS agar tidak mengalami fraud, antara lain dengan *Indonesia Corruption World* (ICW), Satuan Pengawas Internal (SPI), Dewan Pengawas, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Badan Pengawas Keuangan (BPK), Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan (BPKP), Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK), dan Kantor Audit Publik (KAP). Bahkan BPJS Kesehatan bekerjasama dengan KPK dan Kemenkes RI membantuk Tim Satgas Penanganan Kecurangan dalam Program JKN.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 Tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan pada sistem jaminan sosial nasional dijelaskan bahwa dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dinas

Kesehatan Kabupaten/Kota, dan FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS, harus membangun sistem pencegahan Kecurangan JKN. Berikut ini adalah tindakan pencegahan fraud yang dapat dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan mengacu pada siapa pelaku fraud tersebut, antara lain:

a. Pencegahan Kecurangan JKN di BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan harus membangun sistem pencegahan Kecurangan JKN melalui:

- 1) Penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN di BPJS kesehatan
- 2) Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi yang baik
- 3) Pembentukan tim pencegahan Kecurangan JKN di BPJS Kesehatan.

b. Pencegahan Kecurangan JKN di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus membangun sistem pencegahan Kecurangan JKN di FKTP melalui:

- 1) Penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN yang mampu mengatur dan mendorong seluruh sumber daya manusia di FKTP bekerja sesuai etika, standar profesi, dan standar pelayanan. Kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN tersebut meliputi pengaturan yang akan diterapkan dan prosedur penerapannya termasuk juga standar perilaku dan disiplin, monitoring dan evaluasi yang memastikan kepatuhan pelaksanaan, serta penerapan sanksi terhadap pelanggarnya.
- 2) Pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat membentuk suatu tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP yang terdiri atas unsur dinas kesehatan, organisasi profesi, BPJS Kesehatan, dan asosiasi fasilitas kesehatan. Tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP memiliki tugas, antara lain:
 - a) Mensosialisasikan kebijakan, pedoman, dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya
 - b) Mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik
 - c) Melakukan upaya pencegahan, deteksi dan penindakan Kecurangan JKN di FKTP
 - d) Menyelesaikan perselisihan Kecurangan JKN
 - e) Monitoring dan evaluasi
 - f) Pelaporan
- 3) Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik dengan cara peningkatan kemampuan dokter

dan petugas lain yang berkaitan dengan urusan klaim dan peningkatan manajemen dalam upaya deteksi dini tindakan fraud.

c. Pencegahan kecurangan JKN di FKRTL

FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yang meliputi rumah sakit dan klinik utama harus membangun sistem pencegahan kecurangan JKN, melalui:

1) Penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan JKN

Kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN merupakan bagian dari peraturan internal FKRTL, yang secara teknis diuraikan dalam bentuk tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik. Kebijakan dan pedoman tersebut harus mampu mengatur dan mendorong seluruh sumber daya manusia FKRTL bekerja sesuai etika, standar profesi, dan standar pelayanan. Substansi kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN terdiri atas pengaturan yang ingin diterapkan dan prosedur penerapannya termasuk standar perilaku dan disiplin, monitoring dan evaluasi, serta sanksi bagi pelanggarnya.

2) Pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya

Pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kendali mutu dan kendali biaya dapat dilakukan melalui:

- a). Penggunaan konsep manajemen yang efektif dan efisien
- b). Penggunaan teknologi informasi berbasis bukti yang mampu memonitor dan mengevaluasi semua kegiatan di FKRTL secara efisien dan terukur.
- c). Pembentukan tim pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL.

3) Pengembangan budaya pencegahan kecurangan JKN

Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi haruslah dijalankan dengan berdasarkan prinsip:

a) Transparansi

Transparansi yang perlu diterapkan meliputi keterbukaan informasi, baik dalam proses pengambilan keputusan maupun dalam mengungkapkan informasi yang sesuai dengan kebutuhan untuk pencegahan kecurangan JKN

b) Akuntabilitas

Akuntabilitas merupakan kejelasan fungsi struktur sistem dan pertanggungjawaban pelayanan sehingga pengelolaan terlaksana dengan efektif

c) Responsibilitas

Resposabilitas merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan pelayanan terhadap prinsip organisasi yang sehat dalam rangka pencegahan kecurangan JKN

d) Independensi

Independensi merupakan suatu keadaan dimana organisasi dikelola secara professional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan prinsip-prinsip organisasi yang sehat dalam rangka perencanaan kecurangan JKN.

e) Kewajaran

Kewajaran merupakan perlakuan yang adil dan setara di dalam pemenuhan hak pemangku kepentingan yang timbul berdasarkan perjanjian dalam rangka pencegahan kecurangan JKN

Pengembangan budaya pencegahan fraud di program JKN sebagai bagian dari tata kelola klinik dapat dilakukan melalui:

- a. Ketepatan kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan
- b. Penerapan standar pelayanan, pedoman pelayanan klinis dan *clinical pathway*
- c. Audit klinis
- d. Penetapan prosedur klaim

RINGKASAN

Fraud dapat dianggap sebagai bentuk kriminal “kerah putih” dan dapat memberikan dampak terhadap sistem pembayaran kesehatan baik yang ada di publik maupun swasta. Di Indonesia, adanya praktik fraud menjadi salah satu faktor yang menghambat pelayanan asuransi kesehatan. Fraud dapat dilakukan oleh insurer/peserta dan dilakukan oleh insured atau pemberi manfaat. Beberapa alasan untuk terjadinya fraud antara lain jumlah peserta yang cukup besar, perasaan tidak suka terhadap asuransi dan kesalahan system. Terdapat tingkatan kesulitan yang berbeda-beda dalam mengatasi fraud, dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan berdasarkan kemudahan upaya pencegahan oleh perusahaan asuransi kesehatan atau insurer, antara lain: fraud ekstrim, fraud yang diakibatkan atau dilakukan oleh penyedia pelayanan kesehatan dan fraud yang diakibatkan dari adanya praktik “jual-beli” pelayanan kesehatan oleh penyedia pelayanan kesehatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 Tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan pada

sistem jaminan sosial nasional dijelaskan bahwa dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS, harus membangun sistem pencegahan Kecurangan JKN.

LATIHAN SOAL

1. Apa yang dimaksud fraud?
2. Apakah penyebab terjadinya fraud?
3. Bagaimana bentuk-bentuk fraud yang dilakukan oleh insurer/peserta dan bentuk fraud yang dilakukan oleh insured atau pemberi manfaat?
4. Bagaimana dampak fraud dalam pelayanan kesehatan?
5. Bagaimana upaya pemerintah dalam upaya mencegah fraud?

DAFTAR PUSTAKA

1. Ilyas, Yaslis. 2006. *Mengenal Asuransi Kesehatan*. FKM UI Depok.
2. Konten online. 2017. "AAUI: Asuransi Kesehatan Bisa Tumbuh Sekitar 10%". Terbit 06 November 2017
3. Kompas online. 2017. "Ada Indikasi 1 Juta Klaim Fiktif, ini Jawaban BPJS Kesehatan". Terbit 24 Februari 2017
4. Black, Henry Campbell. 1991. *Black's Law Dictionary*. St. Paul, Minn: West Publishing Co.
5. Sarwo, Yohanes Budi. 2015. "Tinjauan Yuridis terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Industri Asuransi Kesehatan di Indonesia". Jurnal Ilmiah Hukum Unika Atmajaya.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2015 Tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional
7. Trisnantoro, Laksono. Hanevi Jasri, Puti Aulia Rahman. 2014. Sistem Pencegahan dan Penindakan Fraud di kesehatan. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK Universitas Gadjah Mada.
8. BPJS Kesehatan. 2015. Info BPJS Kesehatan: Tindak Kecurangan (Fraud) Merugikan Program JKN (Negara). Terbit Edisi XXIX Bulan November 2015
9. Zweifel, Peter, Boris B. Krey, dan Maurizio Tagli. 2007. "Supply of Private Voluntary Health Insurance in Low-income Countries" dalam Alexander S. Praker, Richard M. Scheffer, dan Mark C. Bassett, *Private Voluntary Health Insurance in Development: Friend or Foe?*, NW: The World Bank, 2007.
10. CNN Indonesia. 2017. "Belajar Menangani Fraud Asuransi dari Jepang".

11. Djuhaeni Henni. 2007. *Pembelajaran Asuransi Kesehatan dan Managed Care*. PascaSarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Padjajaran Bandung

BAB VIII
MORAL HAZARD

8.1. Capaian pembelajaran

Capaian Pembelajaran Pertemuan Memahami konsep dasar moral hazard
Kemampuan Akhir Capaian Pembelajaran Setelah mengikuti perkuliahan maka: 1. Mahasiswa mampu memahami konsep moral hazard 2. Mahasiswa mampu menjelaskan bentuk-bentuk moral hazard 3. Mahasiswa mampu menjelaskan faktor yang mempengaruhi moral hazard 4. Mahasiswa mampu menjelaskan bentuk-bentuk moral pada provider kesehatan
Bahan Kajian/ Materi Pembelajaran 1. Definisi moral hazard 2. Bentuk-bentuk moral hazard 3. Faktor yang mempengaruhi moral hazard 4. Bentuk-bentuk moral pada provider kesehatan
Metode Pembelajaran E-Learning dan tatap muka dengan protokol kesehatan
Pengalaman Belajar Tugas Individu: mahasiswa dapat menjelaskan moral hazard dan bentuk moral hazard dalam kesehatan
Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: 1. Absensi Online/Offline 2. Keterampilan/ unjuk kerja: makalah/tugas
Waktu/ Dosen Pengajar 2x 50 menit x 2 pertemuan

8.2. DEFINISI MORAL HAZARD

Moral hazard didefinisikan sebagai kecenderungan pihak asuransi dalam mendorong perilaku peserta yang dapat meningkatkan risiko pada kerugian yang lebih besar. Istilah *moral hazard* telah dibahas lebih dari 600 artikel yang telah dipublikasikan dalam waktu tiga puluh tahun terakhir. *Moral hazard* tidak hanya terlibat dalam sistem asuransi, namun juga dapat terjadi pada bank, pelayanan kesehatan, pertanian, dan berbagai bidang kehidupan lainnya.¹

Asimetris informasi berkontribusi dalam menyebabkan *moral hazard*, hal itu dapat terjadi ketika sekelompok orang memiliki informasi yang menggiurkan sehingga dapat merubah perilaku masyarakat agar memilih cara yang lebih menguntungkan. Apabila pihak asuransi berencana mengurangi pengeluaran biaya berobat, maka perilaku individu dapat diefektifkan dengan cara mengurangi perubahan perilaku yang disebut *moral hazard*. Seseorang yang bergabung dengan asuransi kesehatan harus mempunyai informasi agar dapat menggunakan dan memanfaatkan keunggulan asuransi dengan baik, karena peserta asuransi yang tergabung dengan asuransi kesehatan akan dibayarkan oleh pihak ketiga, sehingga cenderung akan lebih ceroboh secara ekonomi dalam menjaga kesehatannya.²

Moral hazard pada asuransi kesehatan dapat terjadi dimana peserta asuransi atau provider kesehatan memiliki konsekuensi untuk merugikan badan asuransi karena memanfaatkan suatu sistem untuk mencari keuntungan secara berlebihan.³ Faktor manajemen *moral hazard* merupakan dua faktor penting yang harus dipertimbangkan dalam menyelenggarakan jaminan. Perlu disadari bahwa asuransi kesehatan tradisional yang menerapkan penggantian biaya (*reimbursement*) akan mengundang *moral hazard* yang lebih besar meskipun hanya rawat jalan.⁴

Berdasarkan penelitian Cornelius, *et al* (2015) yang dilakukan pada asuransi kesehatan (NHIS) di Ghana Utara, ditemukan bahwa peserta asuransi kesehatan (NHIS) menyadari berbagai perilaku dan praktik yang merupakan penyalahgunaan skema asuransi, seperti kunjungan ke pelayanan kesehatan yang sering, tidak mengikuti prosedur pelayanan kesehatan serta pemanfaatan obat-obatan secara berlebihan.⁵ *Moral hazard* dapat terjadi, dimana badan asuransi akan mendorong perilaku yang memiliki risiko kerugian pada

peserta asuransi sehingga akan terjadi peningkatan klaim lebih dalam dari peserta asuransi.
1

Moral hazard memiliki perbedaan dengan fraud. Menurut istilah, beberapa *moral hazard* legal dan dikarenakan lemahnya sistem pembiayaan kesehatan. Peserta asuransi dapat memanfaatkan pelayanan secara berlebihan dengan menghabiskan hari rawat inap di rumah sakit.⁴

8.3. BENTUK-BENTUK MORAL HAZARD PADA PESERTA ASURANSI

Pada peserta asuransi *moral hazard* terdiri dari dua jenis yang dapat terjadi pada individu:

a. *Ex ante moral hazard*

Tindakan peserta yang tidak bertanggung jawab dalam menjaga kesehatannya ketika tergabung dalam asuransi kesehatan sehingga peserta asuransi berisiko lebih banyak untuk mengalami bahaya atau kerugian.⁶

b. *Ex post moral hazard*

Peserta asuransi lebih memaksimalkan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Potensi *moral hazard* yang dapat dilakukan oleh peserta yaitu :

1. Memanfaatkan pelayanan kesehatan secara berlebihan³
2. Tidak melakukan pemeriksaan secara teratur
3. Kurang memahami prosedur BPJS
4. Tidak mengikuti prosedur BPJS
5. Meminta pengobatan atau pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan⁶
6. Peningkatan frekuensi kunjungan dan penggunaan prosedur medis dari pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)⁷
7. Peningkatan nilai klaim pasien atau peserta asuransi ke badan asuransi¹

8.4. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI MORAL HAZARD

Faktor-faktor yang mempengaruhi *moral hazard* dapat dijelaskan dalam Teori-teori dibawah ini:

a. Teori *Moral Hazard* oleh Dunham L Cobb

Model yang telah menjelaskan *moral hazard* dalam mengajar korupsi yang diterapkan pada perekonomian di Universitas Yale pada kisaran tahun 1970an.

$$\text{Moral hazard} = f \left[\frac{\text{reward}}{\text{penalty}}, \frac{\text{likelihood of being successful}}{\text{likelihood of being caught}}, \frac{\text{urgency of need/greed}}{\text{personal moral ethic}} \right]$$

-reward=hadiah/keuntungan
 -penalty=hukuman
 -likelihood of being successful=kemungkinan sukses

-likelihood of being caught= kemungkinan gagal
 -urgency of need/greed= kebutuhan yang mendesak/keserakhakan
 -personal moral ethic= moral dasar seseorang (sifat pribadi)

Gambar 5. Model *Moral Hazard* oleh Dunnham L. Cobb

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi *moral hazard* adalah

- 1) Keuntungan (*reward*) yang akan didapat sehingga memicu seseorang melakukan tindakan *moral hazard*. Faktor yang kedua adalah hukuman (*penalty*), seseorang akan diberikan hukuman apabila tertangkap bersalah dalam bentuk konsekuensi. Dalam kondisi ini dapat dimaknai bahwa seseorang semakin takut melakukan suatu kesalahan karena semakin beratnya hukuman yang akan diberikan, perilaku *moral hazard* juga dapat timbul karena pengaruh ketidakpastian hukum. ⁸
- 2) Peraturan merupakan suatu batasan dari tingkah laku individu didalam lingkup tertentu. Peraturan dapat dibentuk melalui keputusan yang harus dilaksanakan dan ditaati. Peraturan mengikat warga atau kelompok masyarakat yang dapat digunakan sebagai suatu pedoman dan yang dapat mengendalikan tingkah laku individu dengan tujuan menciptakan ketertiban, keteraturan, dan kenyamanan. Pihak pihak yang terkait akan diberikan suatu sanksi melalui pemberian hukuman apabila melakukan pelanggaran. Hukuman adalah suatu cara yang diberikan ketika seseorang melakukan suatu tindakan yang dapat menjatuhkan orang lain. Secara garis besar, hukuman berarti ketidaknyamanan terhadap perilaku buruk seseorang. Menghukum berarti memberikan suatu penderitaan kepada individu tertntu dengan harapan agar dapat menciptakan tingkah laku individu menuju kearah yang lebih baik dan

memotivasi seseorang untuk menghindari dari terjadinya tingkah laku sosial yang tidak diinginkan.⁹

- 3) Tindakan *moral hazard* juga dapat dipengaruhi oleh adanya peluang sukses atau gagalnya seseorang dalam melakukan tindakan *moral hazard*. Semakin tinggi peluang sukses seseorang dalam melakukan *moral hazard* maka semakin tinggi potensi seseorang untuk melakukan *moral hazard*. Mekanisme kontrol dari perusahaan asuransi sangat diperlukan dalam hal ini. Mekanisme kontrol dari perusahaan asuransi dapat dilakukan dengan cara melakukan wawancara mendalam kepada petugas pada provider kesehatan sehingga dapat diketahui apakah terdapat potensi *moral hazard* pada klaim yang diajukan. Perusahaan asuransi harus memiliki kejelasan SOP dan keahlian para petugas yang bertugas dalam upaya meminimalisir adanya tindakan *moral hazard* yang dilakukan oleh peserta.⁸
- 4) *Moral hazard* juga dapat dipengaruhi oleh faktor moral dasar seseorang. Kata moral bisa dilihat dari perbuatan baik atau buruknya manusia. Amoral memiliki persamaan kata dengan immoral. Amoral didefinisikan sebagai perilaku yang tidak bermoral. Sedangkan kata immoral berarti tidak sopan dan asusila. Individu yang bermoral dapat mewujudkan tatanan masyarakat yang damai, tenteram dan rukun. Moral berhubungan dengan etika seseorang. Menurut Yunani Kuno, etika berasal dari kata dasar *ethos* yang memiliki arti tempat tinggal, kebiasaan, adat, akhlak, watak, perasaan, sikap, cara berpikir. Sedangkan bentuk jamak dari *ethos*, yaitu *ta etha* yang berarti kebiasaan individu atau adat istiadat suatu kelompok. Dapat disimpulkan, etika berhubungan dengan filsafat moral yang digunakan untuk menunjukkan filsafat moral yang memiliki arti ilmu tentang baik dan buruk seseorang atau ilmu tentang kebaikan yang harus dilakukan.¹⁰ Dalam KBBI (2008), etika didefinisikan sebagai ilmu mengenai baik atau buruknya sesuatu, etika merupakan sekumpulan nilai-nilai yang berhubungan dengan asas perilaku dan akhlak manusia.¹¹ Dengan kesimpulan, etika adalah pemahaman atau dasar terkait baik atau buruknya perilaku individu. Individu dapat mengontrol tindakan *moral hazard* melalui penanaman nilai-nilai dan integritas diri.⁸

5) *Moral hazard* dapat dipengaruhi dari kebutuhan yang mendesak pada peserta yang dapat menjadi pemicu peserta untuk berpotensi *moral hazard*.⁸ Menurut Maslow yang dikutip oleh Mallayu S.P Hasibuan (2009), kebutuhan manusia terdiri dari:

- a) Kebutuhan fisiologis yang merupakan kebutuhan dasar pada kehidupan manusia seperti kebutuhan untuk minum, perumahan, makan yang bertujuan untuk keberlangsungan kehidupan manusia.
- b) Kebutuhan akan rasa aman yang merupakan kebutuhan individu dalam kebebasan dari segala bentuk ancaman seperti ancaman dalam melakukan suatu pekerjaan. Kebutuhan akan rasa aman terbagi kedalam dua bentuk yakni keamanan jiwa dan keamanan harta dalam ruang lingkup pekerjaan
- c) Kebutuhan sosial atau afiliasi yaitu kebutuhan individu dimana individu harus berinteraksi dengan orang lain serta diterima dalam pergaulan di tengah-tengah kehidupan masyarakat, sesuai dengan sifat dasar individu sebagai makhluk sosial
- d) Kebutuhan yang mencerminkan harga diri yaitu kebutuhan individu dalam mencerminkan harga diri dalam mendapatkan pengakuan individu di tengah-tengah masyarakat didalam lingkungannya
- e) Kebutuhan aktualisasi diri yaitu kebutuhan dimana individu melakukan keterampilan dengan menggunakan kemampuan dan potensi secara optimal untuk pencapaian suatu prestasi kerja. Pemberian pelatihan dan pendidikan secara optimal akan memenuhi kebutuhan aktualisasi individu untuk mendapatkan potensinya secara optimal.

Kebutuhan pelayanan kesehatan adalah sifat dasar yang dimiliki oleh individu. Sedangkan permintaan pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh beberapa unsur sosial budaya. Kebutuhan dan permintaan memiliki makna yang sama. permintaan dapat dilihat dari keinginan pasien dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang juga dapat dipengaruhi dari faktor kebutuhan pasien.¹²

b. Teori *Moral Hazard* Mitnick

Moral hazard terbagi menjadi 4 macam menurut keadaan yang tidak sama yaitu:

- 1) Faktor yang pertama adalah *monitoring disability (hidden action)*, yang artinya

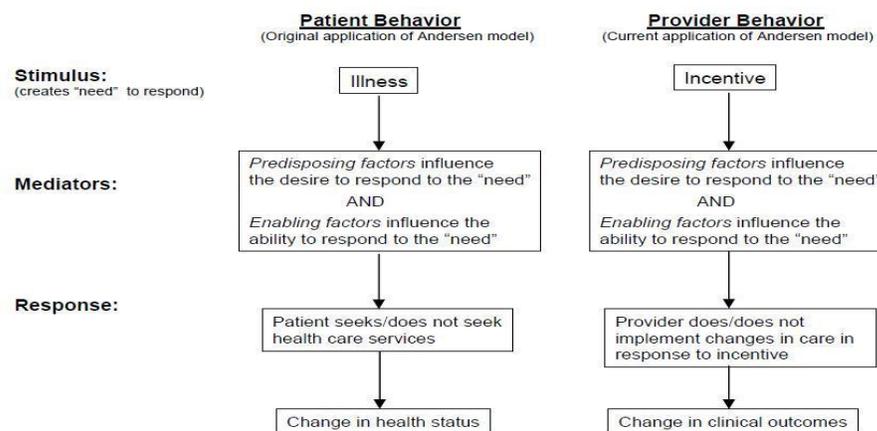
ketidakmampuan dalam mengamati perbuatan pada peserta asuransi. Terjadinya asimetris informasi antara provider dan peserta asuransi, adanya perbedaan kebutuhan, ketidakmampuan memonitor dalam membuat kontrak peserta asuransi. *Monitoring* yaitu suatu proses dalam pemberian informasi mengenai kebijakan atau prosedur yang telah ditetapkan. *Monitoring* merupakan suatu proses dari evaluasi yang dapat dilakukan setiap tahapan tertentu untuk tercapainya suatu tujuan. *Monitoring* merupakan bagian dari suatu manajemen. *Monitoring* merupakan suatu proses mencatat, mengukur, mengumpulkan dalam suatu proses serta mengkomunikasikan sebagai langkah dalam pengambilan keputusan manajemen program. *Monitoring* dibentuk melalui suatu mekanisme bahwa apa yang dijalankan sesuai dengan apa yang direncanakan.¹³ Ketidakmampuan monitoring dapat menyebabkan asimetris informasi pada peserta asuransi. Menurut Scoot (2009), asimetris informasi yakni suatu kondisi yang mana salah satu pihak mempunyai informasi yang lebih mendalam dibandingkan pihak yang lain. Asimetris informasi berarti suatu kondisi yang menunjukkan adanya salah satu pihak yang tidak memiliki informasi secara optimal. Terdapat dua jenis asimetris informasi yaitu:

- a) *Adverse selection*, dimana terdapat salah satu pihak yang lebih memahami keseluruhan informasi. *Adverse selection* terjadi dimana adanya pihak yang lebih banyak atau lebih unggul dalam mendapatkan dan memahami informasi secara keseluruhan.
- b) *Moral hazard* yakni suatu kondisi dimana salah satu pihak dalam asuransi dapat mengamati seluruh tindakan terkait transaksi dalam asuransi sementara pihak yang lain tidak.¹⁴
- c) *Morals disability* adalah perbuatan yang tidak dibenarkan dengan kondisi tidak adanya kepedulian dari peserta asuransi, peserta asuransi tidak berusaha untuk memahami informasi asuransi secara optimal dan ketidaktabahan dari peserta asuransi.¹⁵
- d) Yang ketiga *moral hazard* terkait kondisi *undesirable outcome (impact) production*, adanya tindakan yang memiliki risiko yang dapat merugikan dari

peserta asuransi dan tidak dapat dimonitor oleh badan asuransi. Dalam faktor yang terakhir, perilaku yang tidak diinginkan dari peserta juga dapat menjadi faktor pemicu *moral hazard*. Sistem yang ada pada provider kesehatan sangat mempengaruhi tindakan yang dilakukan oleh peserta asuransi. ¹⁵ Sistem didefinisikan sebagai suatu bentuk tatanan dimana terbentuk elemen yang saling berkaitan dalam pencapaian tujuan tertentu. Salah satu contoh sistem yaitu dapat terjadi pada provider kesehatan yang terdiri dari beberapa unsur-unsur seperti petugas yang membentuk sistem untuk pencapaian tujuan kearah perbaikan. ¹⁶

c. Teori *Moral Hazard* Andersen

Teori ini menggambarkan faktor yang dapat mempengaruhi pasien dalam mencari provider atau pelayanan kesehatan ketika merespon penyakit/kesakitan. Dalam istilah ekonomi, model ini disebut model permintaan dalam perawatan kesehatan (*demand for health care*). Teori ini melihat respon individu ketika menghadapi stimulus berupa sakit. Selain itu, Dudley, *et al* (2004) telah memodifikasi model ini untuk menggambarkan tentang respon yang dilakukan oleh provider pemberi pelayanan kesehatan dalam merespon insentif yang diberikan oleh badan asuransi sebagai pembayar pelayanan kesehatan. Insentif bisa diberikan melalui *free for service*, kapitasi atau pembiayaan lain dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas pada provider dan pelayanan kesehatan.



Gambar 6. Teori *Moral Hazard* Andersen

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa, adanya perubahan atau tidak pada provider pemberi pelayanan kesehatan kepada pasien yang dipengaruhi oleh insentif yang diterima provider oleh badan asuransi. Hal ini dapat dikaitkan dalam perilaku *moral hazard*, untuk melihat ada atau tidaknya perilaku *moral hazard* pada provider jika stimulus yang diterima adalah pembiayaan kesehatan melalui metode prospektif *payment* dalam sistem INA-CBG. ¹⁷

8.5. MORAL HAZARD PADA PROVIDER KESEHATAN

Menurut Pongpirull & Robbinson (2013), pihak-pihak di rumah sakit dapat menjadi aktor dalam melakukan tindakan *moral hazard* melalui manipulasi DRG yang terdiri dari 3 jenis yaitu oleh pemberi pelayanan kesehatan, provider dan koder atau verivikator. ¹⁸

Adapun macam-macam *Moral Hazard* pada Rumah Sakit dapat berupa:

- a. Melebihkan kode diagnosis
- b. Mengcopy klaim dari pasien yang berbeda
- c. Klaim tidak sesuai dengan pemberian pelayanan
- d. Melakukan penggelembungan tagihan obat dan alkes
- e. Membagi-bagi episode atau tahapan pelayanan
- f. Adanya rujukan semu/*selfs-referrals*
- g. Pengulangan pada tagihan
- h. Proses perawatan diperpanjang
- i. Jenis perawatan dimanipulasi
- j. Melakukan pembatalan terhadap tindakan medis
- k. Memberikan pelayanan yang tidak dibutuhkan
- l. Tidak sesuai dengan standar atau pedoman pelayanan
- m. Memberikan pengobatan yang tidak dibutuhkan
- n. Waktu penggunaan ventilator diperpanjang
- o. Visitasi tidak dilakukan yang seharusnya
- p. Tidak mengikuti pedoman, prosedur atau standar
- q. Pengulangan admisi
- r. Memberikan rujukan pasien dengan tujuan mendapatkan keuntungan

- s. *Cost sharing* tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan ¹⁹

RINGKASAN

Moral hazard didefinisikan sebagai kecenderungan pihak asuransi dalam mendorong perilaku peserta yang dapat meningkatkan risiko pada kerugian yang lebih besar. *Moral hazard* pada asuransi kesehatan dapat terjadi dimana peserta asuransi atau provider kesehatan memiliki konsekuensi untuk merugikan badan asuransi karena memanfaatkan suatu sistem untuk mencari keuntungan secara berlebihan. Bentuk moral hazard pada peserta asuransi kesehatan yakni *ex ante moral hazard* dan *ex post moral hazard*. Potensi *moral hazard* yang dapat dilakukan oleh peserta diantaranya memanfaatkan pelayanan kesehatan secara berlebihan, tidak melakukan pemeriksaan secara teratur, kurang memahami prosedur BPJS, tidak mengikuti prosedur BPJS, meminta pengobatan atau pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan, peningkatan frekuensi kunjungan dan penggunaan prosedur medis dari pasien jaminan kesehatan Nasional, peningkatan nilai klaim pasien atau peserta asuransi ke badan asuransi. *Moral Hazard* pada Rumah Sakit dapat berupa melebihi kode diagnosis, mengcopy klaim dari pasien yang berbeda, klaim tidak sesuai dengan pemberian pelayanan, melakukan penggelembungan tagihan obat dan alkes, membagi-bagi episode atau tahapan pelayanan, adanya rujukan semu/*selfs-referrals*, pengulangan pada tagihan dan proses perawatan diperpanjang.

LATIHAN SOAL

1. Apa yang dimaksud dengan moral hazard?
2. Apakah perbedaan antara moral hazard dan fraud?
3. Jelaskan bentuk bentuk moral hazard pada peserta asuransi?
4. Jelaskan faktor faktor yang mempengaruhi moral hazard?
5. Berikan contoh-contoh terkait moral hazard pada peserta asuransi dan pada rumah sakit!

DAFTAR PUSTAKA

1. E Dembe dan I Boden., 2000. Moral Hazard: A Question of Morality?. *A journal of Environmental and Occupational Health Policy* 10(3):257-79
2. Cagatay, K., 2000. *Moral Hazard and Adverse Selection in the Economics of Health Care*. [Tesis] The University of Texas. Texas
3. Nyman, J. A., 2004. Is 'moral hazard' inefficient? The policy implications of a new theory. *Health Affairs*, 23, 194-199
4. Thabrany H., 2011. *Strategi Pengembangan Asuransi Kesehatan di Era Desentralisasi*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan UI
5. Debpuur C, Maxwell Ayindenaba, Samuel Chatio, Martin Adjuik., 2015. An exploration of moral hazard behaviors under the national health insurance scheme in Northern Ghana: a qualitative study. *BMC health services research*, 15, 469
6. Widiyanto., 2014. *Determinan Moral Hazard pasien Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Medan dalam memenuhi kebutuhan akan kesehatan*. [Skripsi] Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Medan
7. Yawson, RB Biritwum, PK Nimo., 2012. Effects of Consumer and Provider Moral Hazard at a Municipal Hospital Out-Patient Department on Ghana's National Health Insurance Scheme. *Ghana Med J. 2012 Dec; 46(4)200–210*.PMCID: PMC3645178
8. Dunham,L, Cob., 2004. *Model of Moral Hazard*.University of Yale.Amerika Serikat
9. Ahmadi.,1991. *Psikologi Sosial*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
10. Bertens K., 2002. *Etika* . Jakarta: Gramedia Pustaka Utama. Cet. VII.
11. KBBI., 2008. *Moral dan Etika*.KBBI.web.id (Diakses pada 19 Desember 2018)
12. Hasibuan, Malayu S.P., 2013. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT Bumi Aksara
13. Nurintan., 2018. *Rancang bangun sistem pasien oleh dokter pada Rumah Sakit Mitra Manakarra Mamuju Sulbar berbasis android*. [Skripsi] Fakultas Sains dan Teknologi Universitas Islam Negeri Alaudin. Makassar
14. Jogiyanto., 2010. *Analisis dan Desain sistem informasi*. Yogyakarta: Andi Offset
15. Mitnick Barry., 1996. *The Hazard of Agency*. Working Paper. Pittsburgh University. Amerika Serikat

16. Siregar., 2002. Sistem Informasi Kesehatan. Penebar swadaya. Jakarta
17. Dudley, R.A,MD, MBA., 2004. *Strategies to support quality-based purchasing*. Stanford University. California
18. Pongripul, K. & Robinson, C., 2013. Hospital manipulations in the DRG system: A systematic scoping review. *Asian Biomedicine*, 7, 301-10
19. Republik Indonesia., 2015. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.36 Tahun 2015 Tentang Pencegahan kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta

BAB IX
PEMBIAYAAN KESEHATAN

9.1. Capaian pembelajaran

Capaian Pembelajaran Pertemuan Memahami konsep pembiayaan kesehatan
Kemampuan Akhir Capaian Pembelajaran Setelah mengikuti perkuliahan maka: 1. Mahasiswa mampu memahami konsep pembiayaan kesehatan 2. Mahasiswa mampu menjelaskan permasalahan pembiayaan kesehatan 3. Mahasiswa mampu menjelaskan hubungan antara pembiayaan kesehatan dengan derajat kesehatan
Bahan Kajian/ Materi Pembelajaran 1. Pengertian pembiayaan kesehatan 2. Jenis biaya kesehatan 3. Sumber biaya kesehatan 4. Syarat pokok pembiayaan kesehatan 5. Permasalahan pembiayaan kesehatan 6. Hubungan pembiayaan kesehatan dengan derajat kesehatan
Metode Pembelajaran E-Learning dan tatap muka dengan protokol kesehatan
Pengalaman Belajar Tugas Individu: mahasiswa dapat menjelaskan konsep dasar pembiayaan kesehatan dan hubungannya dengan derajat kesehatan
Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: 1. Absensi Online/Offline 2. Keterampilan/ unjuk kerja: makalah/tugas
Waktu/ Dosen Pengajar 2x 50 menit x 2 pertemuan

9.2. PENGERTIAN

Biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan/atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Anwar, 2010).¹Berdasarkan pengertian, maka biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sisi, yaitu sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan (*provider*) yaitu besarnya dana untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Biaya kesehatan yang berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan lebih mengarah pada biaya investasi (*investment cost*) dan biaya operasional (*Operational cost*) yang harus dikeluarkan sehingga penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan baik. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat dilakukan oleh pemerintah ataupun swasta, sehingga hal tersebut merupakan persoalan utama yang dihadapi oleh pihak-pihak tersebut.
2. Pemakai jasa pelayanan yaitu besarnya dana yang dikeluarkan untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan. Jumlah uang harus yang dikeluarkan (*out of pocket*) untuk dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan merupakan persoalan utama yang dihadapi oleh pemakai jasa pelayanan, akan terkadang pemerintah juga mengambil peran dalam persoalan ini. Hal tersebut ditujukan untuk memastikan terpenuhinya kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya.

Terdapat hubungan diantara biaya pelayanan yang diperlukan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan dengan biaya yang dikeluarkan oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan. Saat biaya yang didapatkan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan (*provider*) dari pemakai jasa pelayan lebih besar dari pada biaya yang ia keluarkan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tersebut maka keadaan tersebut dapat dikatakan bahwa penyelenggara pelayanan kesehatan tersebut mengalami keuntungan (*profit*). Namun, jika yang terjadi adalah hal sebaliknya maka penyelenggara pelayanan kesehatan tersebut berarti mengalami kerugian (*loss*).

Perhitungan total biaya kesehatan suatu negara sebenarnya dipengaruhi oleh besarnya dana yang dikeluarkan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan dan pemakai jasa pelayanan kesehatan. Akan tetapi, perhitungan total biaya kesehatan lebih mengarah kepada biaya yang dikeluarkan oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan, hal ini dikarenakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh pihak swasta menganut sistem tidak ingin rugi maka jasa pelayanan yang ingin diselenggarakan telah diperhitungkan.

Selain kedua pihak tersebut, biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah juga memiliki peranan penting untuk memperhitungkan total biaya kesehatan suatu negara. Namun, adanya subsidi dalam upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah membuat perhitungan biaya kesehatan dari sektor pemerintah tidak hitung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh para pemakai jasa, dan karena itu merupakan pendapatan (*income*) pemerintah, melainkan dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Total biaya kesehatan suatu negara adalah penjumlahan biaya yang berasal 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.

9.3. JENIS BIAYA KESEHATAN

Jika dilihat dari pembagian pelayanan kesehatan, maka biaya kesehatan dapat dibedakan menjadi:

1. Biaya pelayanan kedokteran

Biaya pelayanan kedokteran adalah biaya yang diperlukan untuk menyelenggarakan maupun memanfaatkan suatu pelayanan kedokteran. Biaya pelayanan kedokteran cenderung diarahkan pada masalah pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) kesehatan pasien. Biaya pelayanan kedokteran dapat bersumber dari sektor pemerintah ataupun sektor swasta.

2. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat

Biaya pelayanan kesehatan masyarakat adalah biaya yang diperlukan untuk menyelenggarakan maupun memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat. Biaya pelayanan kedokteran cenderung diarahkan pada pemeliharaan, peningkatan serta pencegahan penyakit. sektor pemerintah merupakan sumber utama untuk Biaya pelayanan kesehatan masyarakat.

9.4. SUMBER BIAYA KESEHATAN

Setiap negara dapat memiliki sumber biaya kesehatan yang berbeda-beda, akan tetapi secara umum sumber biaya kesehatan dapat dibedakan menjadi dua macam, antara lain:

1. Seluruhnya bersumber dari anggaran pemerintah

Bentuk pemerintahan yang dianut memainkan peranan dalam hal penentuan sumber biaya kesehatan. pada negara yang menanggung seluruhnya biaya kesehatan maka tidak akan ditemukan pelayanan kesehatan swasta hal ini dikarenakan semua pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah secara cuma-cuma. Dana untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan tersebut berasal dari pajak (umum dan penjualan), *deficit financial* (pinjaman luar negeri) serta asuransi sosial.

2. Sebagian ditanggung oleh masyarakat

Tidak semua negara menanggung seluruh biaya pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh warga nya. Terdapat negara yang biaya kesehatannya juga berasal dari masyarakat. Masyarakat diajak untuk berpartisipasi baik sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan maupun sebagai pemakai jasa pelayanan kesehatan. Adanya campur tangan masyarakat dalam hal penyelenggaraan pelayanan kesehatan maka

biaya pelayanan kesehatan tidaklah cuma-cuma hal ini dikarenakan masyarakat yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan tersebut disebut sebagai pihak swasta. Terdapat sejumlah uang yang harus dikeluarkan oleh pemakai jasa pelayanan sebagai balas jasa atas pelayanan yang telah disediakan oleh pihak swasta tersebut.

Saat ini, negara yang mengikutsertakan masyarakatnya dalam pembiayaan pelayanan kesehatan semakin banyak. Namun hal tersebut tidaklah menghilangkan sepenuhnya campur tangan pemerintah. Pemerintah memiliki peranan paling tidak dalam hal pembiayaan upaya kesehatan masyarakat yang menyangkut kepentingan masyarakat banyak seperti pelayanan kesehatan masyarakat ataupun dalam hal pembiayaan pelayanan kedokteran yang diperuntukan bagi masyarakat yang kurang mampu.

9.5. SYARAT POKOK PEMBIAYAAN KESEHATAN

Berikut adalah syarat-syarat pokok yang harus dipenuhi oleh suatu biaya kesehatan, antara lain:

1. Jumlah

Suatu biaya kesehatan haruslah berada pada jumlah yang cukup, yang dalam artian biaya tersebut dapat memenuhi besaran biaya yang diperlukan untuk penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya. Selain itu, sejumlah dana tersebut haruslah dikelola secara berdaya-guna, adil dan berkelanjutan dimana pengelolaan haruslah dilakukan dengan mengedepankan transparansi dan akuntabilitas.

Negara-negara yang sedang berkembang pada umumnya memiliki masalah dalam hal penyediaan dana yang cukup untuk pelayanan kesehatan. Rendahnya anggaran untuk sektor informal masih disebabkan oleh para pemangku kebijakan yang belum menjadikan kesehatan sebagai hal penting. Para pemangku kebijakan cenderung memandang pelayanan kesehatan sebagai hal yang menghabiskan uang (bersifat konsumtif). Di Indonesia sendiri telah terjadi peningkatan jumlah dana yang dikeluarkan untuk sektor kesehatan dimana sebelumnya hanya 2-3% dari total anggaran belanja negara menjadi 5% dalam setahun.

2. Penyebaran

Suatu biaya kesehatan haruslah memiliki penyebaran yang sesuai dengan kebutuhan. Pengalokasian dana yang tepat merupakan kunci dalam penyelenggaraan setiap upaya kesehatan, jika hal tersebut tidak dilakukan dengan benar maka penyelenggaraan pelayanan akan sulit dilakukan.

Hal yang menjadi permasalahan dalam penyebaran biaya kesehatan adalah masih terpusatnya penggunaan biaya kesehatan untuk wilayah perkotaan, akibatnya pembangunan kesehatan di daerah, khususnya daerah pedesaan menjadi lebih lamban. Padahal untuk negara yang sedang berkembang seperti Indonesia jumlah penduduk yang bertempat tinggal di desa cenderung lebih banyak.

3. Pemanfaatan

Biaya pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan dengan seksama juga merupakan syarat pokok pembiayaan kesehatan. Jika biaya kesehatan tidak dimanfaatkan dengan seksama maka akan menimbulkan masalah dan untuk jangka panjang maka akan berpengaruh pada masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Pemanfaatan dana kesehatan sebenarnya merupakan masalah yang dihadapi oleh hampir setiap negara. Pemanfaatan biaya kesehatan untuk pelayanan kedokteran masih lebih tinggi dari pada biaya pelayanan kesehatan masyarakat. Padahal jika ditinjau dari segi keefektifan, maka biaya untuk pelayanan kesehatan masyarakat masih lebih efektif untuk peningkatan derajat kesehatan.

Ketiga hal di atas merupakan syarat yang harus dipenuhi oleh biaya kesehatan yang baik. Ketiga hal diatas juga merupakan permasalahan yang ada dalam pembiayaan kesehatan. Akan tetapi, dari ketiga hal diatas hal yang agaknya perlu menjadi perhatian adalah persyaratan nomor dua dan tiga. Hal ini dikarenakan pada dasarnya jumlah dana yang tersedia selalu bersifat terbatas, sehingga hal perlu menjadi perhatian utama bukanlah penambahan dana melainkan pengaturan pada peyebaran dan pemanfaatan dana.

Pada saat ini terdapat berbagai faktor yang dapat membuat biaya pelayanan kesehatan menjadi meningkat. Faktor-faktor tersebut antara lain adalah adanya inflasi,

perubahan pola penyakit dan pelayanan kesehatan, perubahan pada pola hubungan dokter-pasien, adanya kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, perkembangan spesialis dan subspecialis. Peningkatan biaya kesehatan tersebut dapat membuat pengaturan penyebaran dan pemanfaatan biaya kesehatan menjadi lebih sulit.

Terdapat beberapa upaya yang sebenarnya dapat dilakukan untuk mengatur penyebaran dan pemanfaatan biaya kesehatan, antara lain:

1. Peningkatan efektivitas

Peningkatan efektivitas biaya kesehatan dapat dilakukan dengan memfokuskan dana pada upaya kesehatan yang memberikan dampak atau hasil paling besar. contoh upaya peningkatan efektivitas biaya kesehatan adalah dengan memfokuskan dana pada pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih mengedepankan pencegahan dan promosi, bukan pada upaya pelayanan kedokteran yang lebih mengedepankan pengobatan penyakit.

2. Peningkatan efisiensi

Mekanisme pengawasan dan pengendalian dapat menjadi upaya dalam peningkatan efisiensi. Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan efisiensi biaya kesehatan adalah dengan menetapkan standar minimal pelayanan dan melakukan kerja sama. Berikut adalah penjelasan terkait hal tersebut:

- a. Standar minimal pelayanan

Tujuan dari penetapan standar minimal pelayanan adalah untuk menghindari adanya pemborosan dana. Selain itu, penetapan standar minimal pelayanan juga bermanfaat sebagai pedoman dalam menilai mutu suatu layanan. Terdapat dua standar minimal yang sering dipergunakan, antara lain:

- 1) Standar minimal sarana

Contoh standar minimal sarana ialah standar minimal rumah sakit dan standar minimal laboratorium

- 2) Standar minimal tindakan

Standar minimal tindakan berkaitan dengan tata cara pengobatan dan perawatan penderita serta daftar obat-obat esensial.

b. Kerjasama

Kerjasama antar berbagai sarana pelayanan kesehatan juga merupakan salah satu upaya dalam peningkatan efisiensi biaya kesehatan. Terdapat dua bentuk kerjasama yang dapat dilakukan, yaitu:

1) Kerjasama institusi

Salah satu contoh kerjasama yang dapat dilakukan antar institusi adalah menyangkut pembelian alat kedokteran yang mahal dan jarang dipergunakan. Dua atau beberapa institusi dapat melakukan cost sharing terkait pembelian alat tersebut. Langkah ini dapat menghemat dana yang tersedia serta dapat pula menghindarkan dari penggunaan peralatan yang rendah (*under utilization*).

2) Kerjasama sistem

Salah satu bentuk kerjasama sistem yang paling banyak dilakukan adalah adanya sistem rujukan. Adanya kerjasama timbal balik antara satu pelayanan kesehatan dengan pelayanan kesehatan merupakan upaya peningkatan efisiensi biaya kesehatan.

9.6. PERMASALAHAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Telah disinggung sebelumnya terkait permasalahan dalam pembiayaan kesehatan. Adanya kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, perubahan pola penyakit, perubahan pola pengobatan, perubahan pola hubungan dokter-pasien, perkembangan spesialis dan subspecialis serta adanya inflasi merupakan permasalahan yang membuat biaya kesehatan cenderung meningkat. Berikut adalah penjabaran terkait permasalahan peningkatan pembiayaan kesehatan, yakni:

1. Kemajuan Ilmu dan Teknologi

Adanya perkembangan ilmu dan teknologi di bidang kedokteran membuat peralatan yang digunakan dalam dunia kedokteran juga semakin canggih. Penggunaan peralatan kedokteran yang modern tersebut akan membuat biaya yang dikeluarkan oleh penyedia

pelayanan kesehatan semakin besar, baik dalam hal dana investasi maupun dana operasional. Hal tersebut jugalah yang membuat biaya kesehatan semakin meningkat. Walman (1972) dalam Azwar (2010) memperkirakan bahwa kontribusi pemakaian berbagai peralatan canggih terhadap kenaikan biaya kesehatan tidak kurang dari 31% dari total kenaikan harga.¹

Jika peningkatan biaya yang disebabkan oleh penggunaan alat kedokteran modern kita kesampingkan, harus diakui bahwa dengan beragam penemuan dalam bidang kedokteran tersebut telah membawa pengaruh pada penyembuhan penyakit dimana jumlah penderita yang dapat diselamatkan menjadi lebih banyak. Namun, tidak semua nyawa yang diselamatkan tersebut sembuh tanpa adanya kecacatan. Tak jarang terdapat penyelamatan tersebut menyisakan kecatatan bagi seseorang yang mana untuk pemulihannya membutuhkan biaya yang besar. Hal tersebut juga merupakan pendorong peningkatan biaya kesehatan.

2. Perubahan Pola Penyakit

Dewasa ini telah terjadi pergeseran pola penyakit, jika dahulu penyakit yang mendominasi adalah penyakit yang bersifat akut, tapi kini penyakit yang bersifat kronis lebih mendominasi. Pengobatan untuk penyakit kronis membutuhkan waktu yang lebih lama sehingga biaya yang dikeluarkan untuk mengatasi penyakit ini lebih banyak pula. Jika semakin banyak ditemukan masyarakat yang menderita penyakit kronis maka tidak mengherankan jika biaya kesehatan juga akan meningkat dengan pesat.

3. Perubahan Pola Pengobatan

Perkembangan spesialis dan subspecialis membuat pelayanan kesehatan menjadi terkotak-kotak atau ter-fragmentasi. Selain itu, perkembangan spesialis dan subspecialis juga membuat pelayanan kesehatan satu dengan yang lainnya menjadi tidak berhubungan. Akibat dari pemberlakuan spesialis dan subspecialis tersebut adalah adanya pemeriksaan yang sama dilakukan secara berulang-ulang. Hal tersebut tentu merugikan untuk pasien, baik dari segi biaya atau waktu. Feldstein (1971) sebagaimana yang dikutip oleh Azwar (2010) menyatakan bahwa rumah sakit yang lebih banyak memperkejakan dokter umum akan mampu menghemat dana tidak kurang dari US

39.000 per tahun per dokter umum, bila dibandingkan dengan rumah sakit yang memperkerjakan dokter spesialis dan subspecialis.

4. Perubahan Pola Hubungan Dokter-Pasien

Perubahan pola hubungan dokter-pasien merupakan akibat lain yang ditimbulkan dari semakin berkembangnya ilmu dan teknologi serta akibat adanya perkembangan spesialis dan subspecialis. Pola hubungan antara dokter dan pasien menjadi tidak terlalu erat lagi, sehingga memungkinkan untuk terjadinya kesalahpahaman antara dokter dan pasien yang pada akhirnya dapat menyebabkan munculnya sengketa dan tuntutan hukum ke pengadilan. Untuk menghindari hal tersebut, para dokter biasanya melakukan asuransi untuk praktek kedokterannya dan melakukan pemeriksaan yang berlebihan.

Pengansuransian praktek kedokteran dikarenakan semakin maraknya tuntutan yang diajukan terhadap dokter, akibatnya biaya premi yang harus dibayarkan oleh dokter dari tahun ke tahun cenderung meningkat. Selain itu, hampir disetiap pelayanan kedokteran ditemukan pemeriksaan yang berlebihan. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Rubin (1973) sebagaimana yang dikutip dari Azwar (2010) menyatakan bahwa 95% dari rekam medis yang diperiksa dari klinik-klinik yang tergabung dalam Kaiser Permanente Plan di Northern California mencatat berbagai pemeriksaan kedokteran yang berlebihan.¹ Adanya asuransi profesi dan pemeriksaan yang berlebihan tentu akan memberikan peranan dalam peningkatan biaya kesehatan yang pada akhirnya akan menambah beban masyarakat.

5. Inflasi

Tingkat inflasi yang terjadi di masyarakat memainkan peranan yang besar dalam peningkatan biaya kesehatan. Kenaikan harga di masyarakat akan memicu peningkatan biaya investasi dan biaya operasional pelayanan kesehatan. sebagai contoh, pada periode januari 1973 sampai dengan juli 1974 Amerika Serikat mengalami inflasi, akibatnya setiap rumah sakit di negara tersebut harus mengeluarkan biaya tambahan sebesar 15 % lebih tinggi untuk pembelian bahan makanan dan 17 % lebih tinggi untuk pembelian bahan bakar. Adanya penambahan pengeluaran seperti ini akan berakibat pada peningkatan biaya kesehatan keseluruhan.

9.7. HUBUNGAN PEMBIAYAAN DENGAN DERAJAT KESEHATAN

Derajat kesehatan tidak selalu berbanding lurus dengan pembiayaan pelayanan kesehatan. Akan tetapi, derajat kesehatan sangat berkaitan erat dengan pengendalian biaya. Berikut adalah contoh keadaan dimana derajat kesehatan tidak selalu berbanding lurus dengan pembiayaan pelayanan kesehatan: Pada tahun 1997 Amerika Serikat memiliki pengeluaran untuk kesehatan mencapai 13,7% dari GNP namun untuk derajat kesehatan yang dilihat berdasarkan indikator harapan hidup maka angka harapan hidup untuk laki-laki adalah 73,8 tahun sedangkan untuk wanita adalah 79,7 tahun.^{2,3} Jika dibandingkan dengan Jepang yang hanya menghabiskan 7% dari GNP untuk pembiayaan kesehatan dan memiliki angka harapan hidup 77,6 tahun untuk laki-laki dan 84,3 tahun untuk perempuan maka Amerika Serikat memiliki derajat kesehatan yang lebih rendah. Selain itu dapat diketahui bahwa pembiayaan kesehatan di Amerika Serikat masih kurang efisien, hal ini mungkin disebabkan oleh sistem pembiayaan kesehatan sangat berorientasi pasar dengan mekanisme pembayaran secara langsung (*out of pocket*) yang relatif tinggi yaitu kurang lebih 1/3 dari seluruh pengeluaran pelayanan kesehatan.⁴

Negara-negara berkembang termasuk Indonesia juga mengalami hal tersebut. Biaya pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi aksesitas terhadap pelayanan kesehatan. Mekanisme pembiayaan secara langsung (*out of pocket*) akan sangat mempengaruhi aksesitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, khususnya untuk masyarakat miskin dan orang yang tidak memiliki uang saat sakit. Penyelenggaraan asuransi merupakan salah satu upaya peningkatan akses masyarakat dengan pelayanan kesehatan.

RINGKASAN

Biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan/atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Jika dilihat dari pembagian pelayanan kesehatan, maka biaya kesehatan dapat dibedakan menjadi biaya pelayanan kedokteran dan biaya

pelayanan kesehatan masyarakat. Setiap negara dapat memiliki sumber biaya kesehatan yang berbeda-beda, akan tetapi secara umum sumber biaya kesehatan dapat dibedakan menjadi dua macam yakni seluruhnya bersumber dari anggaran pemerintah dan Sebagian ditanggung oleh masyarakat. Permasalahan peningkatan pembiayaan kesehatan terdiri dari kemajuan ilmu dan teknologi, perubahan pola penyakit, perubahan pola pengobatan, perubahan pola hubungan dokter-pasien, dan inflasi.

LATIHAN SOAL

1. Apa yang dimaksud dengan biaya kesehatan?
2. Jelaskan pembagian jenis biaya kesehatan?
3. Sebutkan sumber-sumber biaya kesehatan!
4. Jelaskan syarat pokok biaya kesehatan
5. Narasikan permasalahan yang sering ditemui dalam pembiayaan kesehatan!

DAFTAR PUSTAKA

1. Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta, Binarupa Aksara
2. WHO. 2002. *World Health Report 2000: Health System Improving Performance*.Switzerland
3. Djuhaeni Henni. 2007. *Pembelajaran Asuransi Kesehatan dan Managed Care*. PascaSarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Padjajaran Bandung
4. Murti Bhisma. 2000. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius

BAB X
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
PADA PEKERJA SEKTOR INFORMAL

10.1. Capaian pembelajaran

Capaian Pembelajaran Pertemuan Memahami jaminan kesehatan pada pekerja sektor informal
Kemampuan Akhir Capaian Pembelajaran Setelah mengikuti perkuliahan maka: 1. Mahasiswa mampu memahami pengertian dan jenis pekerja sektor informal 2. Mahasiswa mampu menjelaskan kepemilikan jaminan kesehatan pada sektor informal 3. Mahasiswa mampu memberikan contoh studi terkait kepemilikan jaminan kesehatan pada sektor informal
Bahan Kajian/ Materi Pembelajaran 1. Definisi dan jenis pekerja sektor informal 2. Kepemilikan jaminan kesehatan pada sektor informal 3. Contoh studi terkait kepemilikan jaminan kesehatan pada sektor informal
Metode Pembelajaran E-Learning dan tatap muka dengan protokol kesehatan
Pengalaman Belajar Tugas Individu: mahasiswa dapat menjelaskan contoh studi terkait kepemilikan jaminan kesehatan pada sektor informal
Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: Kriteria Penilaian (Indikator) Teknik Penilaian: 1. Absensi Online/Offline 2. Keterampilan/ unjuk kerja: makalah/tugas
Waktu/ Dosen Pengajar 2x 50 menit x 2 pertemuan

10.2. PENGERTIAN PEKERJA SEKTOR INFORMAL

Menurut BPS (2009), kegiatan informal adalah kegiatan ekonomi yang umumnya dilakukan secara tradisional oleh organisasi bertingkat rendah ataupun yang tidak memiliki struktur, tidak ada akun transaksi (*transaction accounts*) dan ketika terdapat relasi kerja biasanya bersifat musiman (*casual*), pertemanan atau relasi personal, ketimbang berbasis perjanjian kontrak. Berdasarkan Undang-Undang Ketenagakerjaan No. 13/2003, pekerja informal ialah orang yang bekerja tanpa relasi kerja, yang berarti tidak ada perjanjian yang mengatur elemen-elemen kerja, upah dan kekuasaan. Sedangkan dalam Undang-Undang No. 25 Tahun 1997 Tentang Ketenagakerjaan, pekerja sektor informal merupakan tenaga kerja yang bekerja dalam hubungan kerja sektor informal dengan menerima upah atau imbalan. Pekerja sektor informal memiliki karakteristik yaitu sebagian besar tidak menempati lokasi usaha yang permanen, memiliki penghasilan tidak tetap, bekerja di usaha yang tidak memiliki badan hukum serta melakukan kegiatan atas dasar kepercayaan dan kesepakatan.

Data dari Badan Pusat Statistik tahun 2016 menunjukkan bahwa persentase penduduk Indonesia yang bekerja di sektor formal mencapai 42,40% dan di sektor informal mencapai 57,60%. Persentase pekerja sektor informal mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2015 yang mencapai 57,76%.

10.3. Status Kerja Sektor Informal

BPS (2001) mengategorikan status pekerjaan menjadi tujuh, yaitu meliputi:

a. Berusaha sendiri

Berusaha sendiri adalah bekerja atau berusaha dengan tidak melibatkan orang lain dalam pembagian risiko ekonomis yang mungkin muncul sebagai akibat dari usaha yang dilakukan. Risiko ekonomis yang dimaksud adalah tidak kembalinya biaya produksi yang telah dikeluarkan pada saat pelaksanaan usaha. Seseorang dapat dikatakan berusaha sendiri apabila ia tidak menggunakan pekerja lain, baik pekerja yang dibayar atau tidak dibayar serta pekerjaan yang dijalankan memerlukan kemampuan (*skill*) khusus.

b. Berusaha sendiri dengan bantuan keluarga atau anggota keluarga dengan tidak dibayar

Status pekerjaan ini merupakan pekerja yang berusaha dengan tidak melibatkan orang lain dalam hal pembagian risiko ekonomis yang mungkin muncul pada saat pekerjaan tersebut dilakukan, akan tetapi status pekerjaan ini melibatkan bantuan orang lain yang dalam hal pelaksanaannya. Orang lain yang terlibat tersebut adalah keluarga atau anggota keluarga tanpa adanya timbal balik berupa gaji atau upah.

c. Pengusaha dengan pekerja tetap atau pekerja diupah

Pengusaha dengan pekerja tetap atau pekerja diupah adalah pengusaha yang tidak melibatkan orang lain dalam hal pembagian risiko ekonomi yang didapatkan akan tetapi dalam pelaksanaan pekerjaan tersebut melibatkan orang lain yang paling sedikit satu orang buruh/pekerja tetap yang dengan timbal balik berupa gaji atau upah.

d. Karyawan/staf/pekerja

Karyawan/staf/pekerja adalah seseorang yang terlibat dalam usaha atau pekerjaan yang dijalankan oleh orang lain maupun oleh suatu instansi. Gaji atau upah merupakan bentuk timbal-balik dari usaha yang dilakukan oleh pekerja tersebut. Terdapat kriteria penggolongan sehingga seseorang dapat dikatakan sebagai karyawan/staf/pekerja, kriteria tersebut adalah memiliki 1 (satu) majikan yang sama dalam jangka waktu sebulan terakhir.

e. Pekerja musiman di bidang pertanian

Pekerja musiman di bidang pertanian adalah seseorang yang terlibat dalam usaha yang dijalankan oleh orang lain pada bidang pertanian baik berupa usaha rumah tangga maupun bukan usaha rumah tangga. Pekerja musiman di bidang pertanian ini juga menerima imbalan atas pekerjaan yang telah dilaksanakannya, yaitu berupa uang maupun barang. Usaha-usaha yang dapat digolongkan ke dalam bidang pertanian adalah pertanian tanaman pangan, peternakan, perikanan dan perburuan serta jasa pertanian.

f. Pekerja musiman di bidang non-pertanian

Pekerja musiman di bidang non-pertanian adalah seseorang yang dalam hal pelaksanaan pekerjaannya berada di bawah kendali orang lain atau institusi dengan mendapatkan imbalan atas hasil pekerjaannya, yaitu berupa gaji atau upah yang dibayarkan perhari ataupun secara borongan. Usaha-usaha yang dapat digolongkan ke dalam usaha non

pertanian meliputi: usaha di sektor pertambangan, industri, listrik, gas dan air, sektor konstruksi/ bangunan, sektor perdagangan, sektor angkutan, pergudangan dan komunikasi, sektor keuangan, asuransi, usaha persewaan bangunan, tanah dan jasa perusahaan, sektor jasa kemasyarakatan, sosial dan perorangan.

g. Pekerja tidak dibayar

Pekerja tidak dibayar adalah seseorang yang bekerja dengan tujuan untuk membantu orang lain yang sedang bekerja. Pada status pekerjaan ini tidak ada timbal-balik berupa gaji atau upah antara pekerja dengan pemberi kerja.

10.4. KEPEMILIKAN ASURANSI PADA PEKERJA SEKTOR INFORMAL

Program Jaminan Kesehatan Nasional telah dimulai dari 1 Januari 2014 dengan target pencapaian kepesertaan semesta jaminan kesehatan (*Universal Health Coverage*) pada tahun 2019. Salah satu dimensi dalam pencapaian *Universal Health Coverage* yang dirumuskan oleh *World Health Organization* (2010) serta menjadi sasaran pokok *road map* Jaminan Kesehatan Nasional adalah kepesertaan (Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional, 2012).

Berdasarkan *road map* Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019, Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau pekerja di luar hubungankerja (pekerja mandiri) adalah ranah pekerja sektor informal. Peningkatan dan perluasan kepesertaan dari sektor informal diperlukan untuk mencapai cakupan semesta atau *Universal Health Coverage* (Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional, 2012).

Pada November tahun 2016, jumlah peserta yang telah terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan nasional telah mencapai 170.213.981 jiwa. Akan tetapi, jumlah kepesertaan tersebut masih di dominasi oleh peserta penerima bantuan iuran dari APBN sebanyak 91.157.677 atau sekitar 53,55% dari total kepesertaan. Sedangkan jumlah peserta yang berasal dari ranah pekerja sektor informal hanya mencapai 18.908.453 atau sekitar 11,10% dari total kepesertaan. Jumlah tersebut tentu tidak relevan dengan tingginya dominasi pekerja sektor informal saat ini. Untuk selanjutnya akan disajikan beberapa penelitian yang berkaitan dengan pekerja sektor informal dan jaminan kesehatan.

Studi Kasus 1

INTENSI PEKERJA SEKTOR INFORMAL UNTUK MENJADI PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI KABUPATEN OGAN ILIR

Oleh

Amilia Rahma, Haerawati Idris, Indah Purnama Sari

PENDAHULUAN

Program JKN telah dimulai dari 1 Januari 2014 dengan target pencapaian kepesertaan semesta jaminan kesehatan (*Universal Health Coverage*) pada tahun 2019. Salah satu dimensi dalam pencapaian *Universal Health Coverage* yang dirumuskan oleh *World Health Organization* (2010) serta menjadi sasaran pokok *road map* JKN adalah kepesertaan¹. Berdasarkan *road map* JKN 2012-2019, Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau pekerja di luar hubungan kerja (pekerja mandiri) adalah ranah pekerja sektor informal. Peningkatan dan perluasan kepesertaan dari sektor informal diperlukan untuk mencapai cakupan semesta atau *Universal Health Coverage*.¹ Pekerja sektor informal merupakan tenaga kerja yang bekerja dalam hubungan kerja sektor informal dengan menerima upah atau imbalan. Pekerja sektor informal memiliki karakteristik yaitu sebagian besar tidak menempati lokasi usaha yang permanen, memiliki penghasilan tidak tetap, bekerja di usaha yang tidak memiliki badan hukum serta melakukan kegiatan atas dasar kepercayaan dan kesepakatan².

Data dari Badan Pusat Statistik tahun 2016 menunjukkan bahwa persentase penduduk Indonesia yang bekerja di sektor formal mencapai 42,40% dan di sektor informal mencapai 57,60%. Persentase pekerja sektor informal mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2015 yang mencapai 57,76%³. Berdasarkan data tersebut, diketahui bahwa pekerja sektor informal masih cukup mendominasi angkatan kerja di Indonesia. Data dari Badan Pusat Statistik Sumatera Selatan tahun 2015 menunjukkan bahwa penduduk Sumatera Selatan yang bekerja di sektor formal mencapai 38,69% dan di sektor informal mencapai 61,31% pada Agustus 2015⁴. Sedangkan Persentase penduduk Ogan Ilir yang bekerja di sektor formal

sebanyak 60.991 orang atau sebesar 30,14% dan sisanya sebanyak 141.346 orang atau sebesar 69,86% bekerja di sektor informal pada tahun 2015⁵.

Pada tahun 2016, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Ogan Ilir menargetkan kepesertaan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) Pekerja mandiri sebanyak 16.328 orang, akan tetapi jumlah yang terdaftar sampai dengan Oktober 2016 hanya mencapai 8.807 orang atau hanya 53% dari target yang telah ditentukan dan jika dilihat dari jumlah pekerja sektor informal yang mencapai 141.346 orang maka persentase Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) Pekerja Mandiri atau pekerja sektor informal yang telah terdaftar tersebut hanya mencapai 6,2% dari total pekerja sektor informal.

Peningkatan peserta dari sektor informal merupakan bagian penting untuk menyukseskan *Universal Health Coverage*. Intensi atau minat adalah prediktor perilaku, suatu perilaku tidak akan terbentuk tanpa ada intensi untuk melakukan perilaku tersebut⁶. Oleh karena itu, peneliti berpendapat bahwa untuk melakukan perluasan kepesertaan JKN dari sektor informal perlu diketahui intensi pekerja sektor informal untuk menjadi peserta JKN. Tujuan dari penelitian ini ialah untuk mengeksplorasi intensi pekerja sektor informal menjadi peserta JKN di Kabupaten Ogan Ilir. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan intervensi yang tepat terkait usaha peningkatan kepesertaan JKN khususnya dari pekerja sektor informal

METODE

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian kualitatif yang bertujuan untuk mengeksplorasi intensi pekerja sektor informal menjadi peserta JKN. Informan dalam penelitian ini adalah terdiri atas informan kunci dan informan biasa. Informan kunci dalam penelitian ini adalah pekerja sektor informal di wilayah Kabupaten Ogan Ilir yang dibedakan berdasarkan status pekerjaan sebagaimana yang telah ditetapkan oleh BPS pada tahun 2001. Sedangkan, informan biasa dalam penelitian ini adalah tokoh masyarakat, kepala kantor layanan operasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Ogan Ilir serta orang dianggap sebagai *significant others* oleh individu tersebut. *Significant others* tersebut misalnya suami atau istri informan, anak informan, saudara informan, teman informan

atau siapapun yang dianggap informan sebagai orang yang paling berpengaruh terhadap keputusan informan dalam hal menjadi peserta JKN.

Pemilihan lokasi dan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* sampel dipilih berdasarkan pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti dan berfungsi untuk mendapatkan informasi yang maksimum. Pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen. Validitas data pada penelitian ini dilakukan dengan memakai metode triangulasi, yakni : triangulasi sumber dan triangulasi data. Analisis dan penyajian data yaitu menggunakan *content analysis*.

HASIL

Intensi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerja sektor informal memiliki intensi yang cukup besar untuk menjadi peserta JKN. Intensi untuk menjadi peserta JKN tersebut dikarenakan menyadari sifat ketidakpastian dari kejadian sakit serta meyakini manfaat yang didapatkan saat ia menjadi peserta. Selain itu terdapat juga pekerja sektor informal yang tidak memiliki intensi untuk menjadi peserta JKN. Status kesehatan yang dinilai masih cukup baik, tidak sanggup membayar iuran dan dikarenakan kepesertaan JKN belum menjadi hal yang wajib membuat mereka tidak memiliki intensi untuk mendaftar.

Pekerja sektor informal dan tokoh masyarakat juga masih cenderung memiliki intensi untuk mengikuti Jaminan Sosial Kesehatan dikarenakan tidak adanya biaya yang dikeluarkan untuk membayar iuran perbulan pada program tersebut serta masih cukup besarnya dukungan pemerintah setempat pada masyarakat untuk menggunakan Jaminan Sosial Kesehatan yang dibuktikan dengan mudahnya pemerintah setempat memberikan surat miskin kepada masyarakatnya.

Pekerja sektor informal dan tokoh masyarakat berpendapat bahwa pemerintah dan pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan perlu mengkaji ulang besar iuran yang ada saat ini agar dapat disesuaikan dengan tingkat kemampuan masyarakat, menerapkan sistem pembayaran satu keluarga tanpa mempermasalahkan jumlah anggota keluarga yang ada, melakukan penyuluhan atau sosialisasi untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat

terkait program JKN, mengkaji ulang pendaftaran satu keluarga atau satu kartu keluarga dan melakukan metode penjemputan bola sehingga memudahkan masyarakat untuk melakukan pendaftaran.

Keyakinan Berperilaku (*Behavioral Beliefs*)

Terdapat dua keyakinan yang berkembang di antara pekerja sektor informal, yaitu keyakinan terkait keuntungan dan kerugian mengikuti program JKN. Pekerja sektor informal dan tokoh masyarakat memiliki keyakinan bahwa dengan mengikuti JKN akan memberikan manfaat berupa kemudahan biaya saat sakit serta kemudahan mendapatkan pelayanan saat sakit. Sedangkan keyakinan terkait kerugian yang akan didapat antara lain mendapat pengobatan dan pelayanan yang kurang maksimal bila dibandingkan dengan pasien yang membayar secara langsung, misalnya pelayanan yang didapat akan terlambat, panjangnya antrian, kesulitan dalam mendapatkan kamar perawatan, menjalani sistem rujukan yang dinilai bertele-tele, pemulangan pasien meski belum sembuh, pelimpahan pasien dari satu bagian ke bagian yang lain, rasa was-was dikarenakan harus membayar iuran setiap bulan dan ketidakmampuan membayar iuran yang akan dilakukan seumur hidup.

Dampak atau Hasil Evaluasi (*Outcome Evaluation*)

Dampak atau hasil evaluasi berkaitan dengan tingkat kepentingan untuk mengikuti JKN. Sebagian besar pekerja sektor informal dan tokoh masyarakat menganggap JKN sebagai sesuatu yang penting untuk dimiliki. Hal dikarenakan pekerja sektor informal dan tokoh masyarakat menyadari ketidakpastian waktu terjadinya sakit dan meyakini manfaat yang akan didapatkan saat menjadi peserta JKN. Terdapat juga pekerja sektor informal yang menganggap JKN bukanlah sesuatu yang penting untuk dimiliki, hal ini dikarenakan beranggapan pelayanan yang akan diterima akan memerlukan proses yang cukup lama dan dikarenakan ketidakpercayaan informan kepada pengelolaan pemerintah, akan tetapi mereka beranggapan bahwa Asuransi Kesehatan yang dijalankan oleh perusahaan swasta merupakan hal yang penting karena akan memberikan pelayanan yang tepat sesuai kebutuhan.

Keyakinan Normatif (*Normative Beliefs*)

Hasil wawancara terkait keyakinan normatif yang dimiliki oleh informan menunjukkan bahwa pembahasan terkait JKN masih cukup jarang dilakukan, informan mengaku tidak terlalu mengetahui tentang JKN yang saat ini sedang berjalan. Selain itu, sebagian besar masyarakat yang tergabung ke dalam JKN masih didominasi oleh penerima bantuan iuran (PBI) dari pemerintah, masih cukup jarang masyarakat yang mendaftar sebagai peserta mandiri JKN serta masih cukup banyak masyarakat yang menggunakan surat tanda tidak mampu saat berobat ke fasilitas kesehatan. Peneliti juga melakukan wawancara lanjutan dengan *significant others*, *significant others* memiliki keyakinan bahwa memiliki JKN adalah sesuatu yang penting untuk dimiliki serta mereka menyatakan dukungan seandainya pekerja sektor informal ingin mengikuti JKN, akan tetapi mereka memiliki keyakinan yang rendah bahwa perilaku tersebut akan terwujud, karena merasa penghasilan yang dimiliki pekerja sektor informal belum mendukung.

Motivasi untuk memenuhi (*Motivation to comply*)

Informan cenderung ingin mengikuti ataupun mempertimbangkan apa yang menjadi pendapat orang lain yaitu pendapat anak, pendapat dari tenaga kesehatan setempat dan khususnya pendapat pemerintah setempat yang dalam hal ini adalah kepala desa dan pendapat pasangan. Informan beralasan mengikuti pendapat pemerintah setempat karena dianggap sebagai pemimpin dan lebih mengetahui tentang program tersebut sehingga diharapkan dapat memberi arahan.

Keyakinan Kontrol (*Control Beliefs*)

Wawancara mendalam yang dilakukan dengan informan menghasilkan beberapa informasi terkait hal-hal yang menurut mereka menjadi penghambat dan pendukung mereka untuk menjadi peserta JKN. Menurut sebagian besar informan dan tokoh masyarakat, hal yang mendukung untuk menjadi peserta JKN adalah tata cara pendaftaran dan tata cara pembayaran iuran yang dianggap masih mudah untuk diikuti.

Pekerja sektor informal dan tokoh masyarakat juga mengutarakan tentang faktor yang menghambat mereka mendaftar sebagai peserta JKN. Jumlah penghasilan yang dianggap kecil,

adanya peraturan pendaftaran untuk seluruh anggota keluarga dan iuran yang dianggap masih mahal merupakan faktor penghambat untuk mengikuti JKN.

Tingkat Kesanggupan (*Perceived Power*)

Berdasarkan wawancara dengan informan diketahui sebagian besar informan memiliki tingkat kesanggupan yang rendah atau kecil untuk mengikuti JKN. Hambatan ekonomi merupakan hambatan terbesar yang dirasakan oleh informan, selain dari pada adanya hambatan dalam hal besar iuran dan jumlah keluarga. Tokoh masyarakat yang juga merupakan informan dalam penelitian ini memiliki penilaian yang sama dengan sebagian besar pekerja sektor informan.

PEMBAHASAN

Intensi

Intensi adalah hal yang berkaitan dengan kecenderungan seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan atau perilaku tertentu⁷. Berdasarkan *Theory of planned behavioral*, ada tiga penentu utama intensi, yaitu faktor personal dari individu, pengaruh sosial dan kontrol yang dimiliki individu⁸. Ketiga hal tersebut juga yang membuat tinggi rendahnya kecenderungan suatu intensi dapat diwujudkan kedalam bentuk perilaku, yang mana saat seseorang memiliki sikap yang cenderung baik atau positif terhadap suatu perilaku, adanya penerimaan perilaku tersebut oleh orang-orang di sekitarnya serta ia menganggap perilaku tersebut mudah untuk diwujudkan maka akan semakin besar intensi tersebut berubah menjadi perilaku. Akan tetapi intensi tanpa adanya dukungan dari ketiga faktor tersebut memiliki kemungkinan yang cukup rendah untuk terwujud.

Dalam penelitian ini, intensi pekerja sektor informal untuk mendaftar sebagai peserta JKN masih cukup tinggi, akan tetapi masih memiliki hambatan-hambatan tertentu, sebagai contoh hambatan ialah penghasilan, jumlah anggota keluarga, besar iuran serta kurangnya dukungan lingkungan sekitar. Hambatan tersebut akan mengakibatkan intensi tersebut belum diwujudkan dalam bentuk perilaku. Selain adanya hambatan tersebut, ada faktor lain yang menyebabkan pekerja sektor informal belum mendaftarkan diri sebagai peserta JKN, yaitu

masih berlakunya program Jaminan Sosial Kesehatan yang mana masih lumrah di masyarakat. Hal tersebut menunjukkan bahwa intensi pekerja sektor informal belum didukung oleh kemampuan dirinya dan lingkungan. Pengetahuan yang positif terhadap JKN, tidak lantas membuat JKN menjadi jaminan kesehatan pilihan.⁹

Keyakinan Berperilaku (*Behavioral Belief*)

Berdasarkan *theory of planned behavior*, keyakinan untuk melakukan suatu perilaku tergantung kepada keuntungan ataupun kerugian yang nanti akan didapatnya seandainya ia menampilkan perilaku tersebut⁸. Pekerja sektor informal dan tokoh masyarakat meyakini manfaat yang akan didapatkan saat bergabung sebagai peserta JKN antara lain mendapat kemudahan dalam hal biaya saat sakit, mengurangi beban saat sakit dan mendapatkan jaminan pelayanan saat sakit. Pekerja sektor informal meyakini jika biaya yang nanti akan dikeluarkan saat sakit akan lebih sedikit jika ia bergabung menjadi peserta JKN karena adanya jaminan biaya untuk pengobatan dan perawatan. Pekerja sektor informal dan tokoh masyarakat dalam penelitian ini juga meyakini adanya kerugian yang akan didapat jika bergabung menjadi peserta JKN, misalnya pelayanan yang nanti mereka dapatkan tidak terlalu maksimal jika dibandingkan dengan pasien lain yang membayar secara langsung (*out of pocket*). Pelayanan yang tidak maksimal tersebut meliputi waktu tunggu yang lama untuk mendapatkan pengobatan, lamanya waktu yang diperlukan untuk mendapatkan kamar perawatan, penerapan sistem rujukan yang mengharuskan peserta memperoleh pengobatan secara berjenjang, adanya penerapan sistem pulang paksa pada beberapa pasien dan pelimpahan pasien dari satu bagian ke bagian yang lainnya.

Hasil penelitian diatas selaras dengan hasil penelitian Subariyang menyatakan bahwa ada dua keyakinan yang dimiliki masyarakat terkait JKN dimana keyakinan akan manfaat yang akan didapatkan yaitu berupa jaminan biaya, mengurangi beban dikala sakit, jaminan tempat pengobatan dan jaminan obat, serta kerugian yang akan diperoleh bila menjadi peserta jaminan kesehatan yaitu mendapat pelayanan kesehatan yang lambat/lama, mendapat pelayanan kesehatan yang kurang lengkap, dilayani dengan kurang ramah, tetap membayar biaya tambahan saat sakit dan mendapat fasilitas pelayanan yang kurang nyaman¹⁰. Selain itu, oleh Siswoyo juga menemukan keyakinan terkait manfaat JKN antara lain untuk meringankan biaya

pengobatan, memberikan jaminan pelayanan ketika sakit, memudahkan masyarakat mengakses pelayanan kesehatan dan turut serta dalam hal mendukung program wajib dari pemerintah, dan kerugian saat mengikuti JKN yaitu berupa pelayanan yang tidak tanggap, antrian yang panjang serta harus melalui prosedur yang rumit¹¹. Tingkat keyakinan terhadap jaminan kesehatan berpengaruh kepada kemauan untuk menjadi peserta jaminan kesehatan¹². Tingkat kepercayaan masyarakat akan keuntungan asuransi kesehatan juga akan berpengaruh dalam sistem pra-upaya, tingkat kepercayaan masyarakat yang tinggi akan meningkatkan partisipasi dalam sistem pra-upaya¹³.

Pengaplikasian *theory of planned behavior* yang dikemukakan oleh Ajzen (2005) terkait keyakinan berperilaku dapat digunakan sebagai salah satu rujukan atau pedoman untuk meningkatkan intensi masyarakat dengan melakukan perbaikan pada keyakinan-keyakinan negatif yang masih melekat pada pekerja sektor informal tersebut. Peningkatan kualitas pelayanan atau *quality improvement* dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan *total quality manajemen*, yang beberapa komponennya antara lain fokus terhadap pelanggan, perbaikan sistem secara berkesinambungan serta pendidikan dan pelatihan (Goetsch dan Davis, 2010). Pelanggan atau *customer* terdiri atas pelanggan internal dan eksternal, yang mana fokus kepada pelanggan internal berperan besar dalam menentukan kualitas manusia, proses, dan lingkungan yang berhubungan dengan produk atau jasa., sedangkan fokus kepada pelanggan eksternal berperan dalam menentukan kualitas produk atau jasa yang disampaikan kepada mereka. Perbaikan sistem secara berkesinambungan dapat dilakukan dengan menerapkan siklus PDCA (*plan-do-check-act*), yang terdiri dari langkah-langkah perencanaan, pelaksanaan rencana, pemeriksaan hasil pelaksanaan rencana, dan tindakan korektif terhadap hasil yang diperoleh. Sedangkan pendidikan dan pelatihan bertujuan untuk meningkatkan keterampilan teknis dan keahlian profesional yang dimiliki oleh pekerja.

Dampak atau hasil evaluasi (*Outcome Evaluation*)

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa, sebagian besar pekerja sektor informal, tokoh masyarakat dan kepala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Ogan Ilir menganggap bahwa JKN adalah hal yang penting untuk dimiliki. Keyakinan akan manfaat yang

didapatkan tersebut mampu mengalahkan keyakinan kerugian bila dirinya bergabung menjadi peserta JKN. Dalam penelitian ini, sebagian besar informan menganggap JKN sebagai hal yang penting untuk dimiliki, akan tetapi adanya anggapan tersebut belum mampu untuk membuat informan tersebut memiliki intensi mendaftar sebagai peserta JKN. Pada penelitian ini diketahui ada peranan variabel lain yang mempengaruhi intensi masyarakat untuk mendaftar yaitu variabel keyakinan kontrol atau *control beliefs*, dimana sebagian besar pekerja sektor informal merasa tidak yakin dengan kemampuan ekonomi mereka untuk membayar iuran JKN sehingga mereka cenderung menunda intensi mereka untuk mendaftar sebagai peserta. Hal tersebut menunjukkan bahwa anggapan pentingnya JKN belum cukup untuk membuat pekerja sektor informal memiliki intensi mendaftar sebagai peserta JKN.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Siswoyo diketahui bahwa respondennya yang juga merupakan pekerja sektor informal menyatakan program JKN adalah program yang penting akan tetapi mereka cenderung menunda kepesertaan JKN dikarenakan masih belum paham sepenuhnya manfaat JKN dan prosedur kepesertaan JKN, adanya kepemilikan asuransi kesehatan swasta, merasa belum membutuhkan asuransi kesehatan dan adanya persepsi negatif terhadap proses pelayanan dalam program JKN¹¹. Selain itu, masyarakat cenderung menunda untuk jadi peserta JKN dikarenakan mengharapkan bantuan berupa kartu Jamkesmas atau jamkesda yang tidak membayar iuran per bulannya¹⁴.

Keyakinan normatif (*Normative belief*)

Dalam *theory of planned behavior*, adanya tekanan atau dorongan yang diberikan oleh lingkungan sekitar informan menjadi salah satu pembentuk keyakinan seseorang untuk berperilaku. Kemungkinan suatu perilaku terwujud akan semakin besar dengan adanya penekanan dari lingkungan. Selain *theory of planned behavior* yang dikemukakan oleh Ajzen, pentingnya dukungan sosial sebagai faktor penguat untuk melaksanakan suatu keputusan yang dalam penelitian ini adalah keputusan untuk menjadi peserta JKN juga dikemukakan dalam teori Lawrence Green dalam Notoatmodjo¹⁵. Dukungan sosial yang dimaksud dalam teori perilaku Lawrence Green dalam Notoatmodjo tersebut adalah dukungan yang berasal dari tokoh masyarakat, petugas puskesmas maupun keluarga yang bertujuan untuk membantu meyakinkan atau mensosialisasikan suatu program kepada masyarakat¹⁵. Pembahasan terkait

JKN yang masih jarang dilakukan di lingkungan atau masyarakat serta masih berlakunya penggunaan surat keterangan tidak mampu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan mengindikasikan rendahnya penekanan yang diberikan oleh masyarakat sekitar, khususnya dari pemerintah setempat kepada pekerja sektor informal untuk mendaftar sebagai peserta JKN. Penekanan yang rendah dari lingkungan tersebut membuat pekerja sektor informal cenderung acuh terhadap program tersebut.

Dalam penelitian ini, diketahui bahwa, lingkungan memainkan peranan penting dalam pengambilan keputusan yang dilakukan oleh pekerja sektor informal, Masih sedikitnya masyarakat yang mendaftar sebagai peserta JKN membuat pekerja sektor informal juga menggunakan cara tersebut. Disisi lain, Pekerja sektor informal mengaku menginginkan adanya dukungan dari tokoh masyarakat dan petugas kesehatan dalam bentuk penyuluhan atau sosialisasi langsung oleh tokoh masyarakat dan petugas kesehatan kepada mereka.

Hasil penelitian tersebut selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Pemayun yang menyatakan jika respon yang berupa dukungan dari orang lain akan memberikan keyakinan bagi individu untuk mewujudkan perilaku tersebut⁹. Khoiri juga menyatakan bahwa peran dari lingkungan terutama tokoh masyarakat memiliki pengaruh besar dalam keikutsertaan masyarakat untuk menjadi peserta jaminan kesehatan, hal ini karena tokoh masyarakat dianggap sebagai sumber kebenaran¹⁶.

Dalam hal peningkatan pembahasan, pemahaman dan pengetahuan masyarakat, khususnya pekerja sektor informal terkait Jaminan Kesehatan Nasional, maka Badan penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan perlu melakukan pendekatan kepada *stakeholder* yang dalam hal ini ialah tokoh masyarakat dan petugas kesehatan. Sosialisasi atau edukasi berkesinambungan yang dilakukan bersama antara Badan penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan tokoh masyarakat dan petugas kesehatan diharapkan dapat membuat pemahaman dan pengetahuan masyarakat akan pentingnya Jaminan Kesehatan Nasional meningkat yang pada akhirnya diharapkan terjadinya peningkatan kesadaran dan perubahan paradigm di masyarakat. Pentingnya keterlibatan tokoh masyarakat dan petugas kesehatan dikarenakan masyarakat masih menganggap tokoh masyarakat sebagai panutan dan sebagai seseorang yang memiliki pengetahuan lebih dibandingkan dengan dirinya.

Motivasi untuk memenuhi (*Motivation to comply*)

Dalam *theory of planned behavior* yang dikemukakan oleh Ajzen, tekanan untuk memunculkan suatu perilaku akan semakin besar saat seseorang memiliki dukungan dari lingkungan dan memiliki motivasi dari dalam diri untuk melaksanakan perilaku tersebut⁸. Dalam penelitian ini, motivasi untuk menjadi peserta JKN masih sangat dipengaruhi oleh individu lainnya, yakni tokoh masyarakat. Teori atribusi yang dikemukakan oleh Robbins dan Judge juga menyatakan bahwa faktor eksternal yang berupa kondisi sosial, nilai sosial, pandangan masyarakat akan menjadi salah satu alasan bagi seseorang untuk memunculkan suatu perilaku¹⁷. Masih rendahnya pengaruh yang diberikan oleh tokoh masyarakat kepada pekerja sektor informal untuk menjadi peserta JKN menyebabkan motivasi dalam diri pekerja sektor informal untuk menjadi peserta JKN juga rendah. Bila tinjau dari *theory of planned behavior*, maka dapat disimpulkan bahwa intensi pekerja sektor informal untuk menjadi peserta Jaminan Kesehatan masih cukup rendah.

Hasil penelitian dan teori diatas membawa peneliti pada kesimpulan bahwa, motivasi untuk memenuhi keinginan orang lain sangat bergantung pada tekanan yang diberikan oleh orang tersebut. Hal tersebut diketahui dari keadaan pekerja sektor informal saat penelitian dilakukan, yaitu masih banyaknya pekerja sektor informal yang belum memahami tentang JKN karena kurangnya pembahasan terkait program tersebut oleh tokoh masyarakat dan petugas kesehatan setempat, sedangkan pekerja sektor informal tersebut mengaku menjadikan tokoh masyarakat sebagai panutan mereka dalam berperilaku. Kurangnya dukungan dari tokoh masyarakat tersebut mengakibatkan motivasi atau keinginan untuk menjadi peserta JKN juga kurang.

Hal ini selaras dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Leander yang menyatakan bahwa motivasi yang berasal dari tokoh masyarakat memiliki peran besar untuk membuat masyarakat mau mengikuti program JKN¹⁴. Haile, *et al* juga membuat pernyataan berdasarkan hasil penelitiannya yaitu dukungan sosial dapat berpengaruh secara signifikan terhadap kesediaan untuk menjadi peserta jaminan kesehatan¹⁸.

Keyakinan Kontrol (*Control Beliefs*)

Keyakinan kontrol berkaitan dengan faktor-faktor yang dirasa individu mendukung atau menghambat dirinya untuk melakukan sesuatu, yang dalam hal ini adalah mendaftar sebagai peserta JKN. Faktor yang mendukung berkaitan dengan hal-hal yang dianggap mudah untuk dilakukan seandainya ia hendak mendaftar sebagai peserta JKN. Pada penelitian ini diketahui faktor pendukung untuk mendaftar sebagai peserta JKN adalah mudahnya tata cara pembayaran iuran dan tata cara pendaftaran peserta. Tata cara pendaftaran yang harus dilakukan adalah datang ke kantor Badan Penyelenggara Jaminan (Sosial) Kesehatan dan membawa persyaratan pendaftaran yang terdiri atas fotocopy Kartu Keluarga (KK), fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP), fotocopy akta kelahiran dan pas foto ukuran 3x4. Cara pembayaran iuran juga dianggap mudah untuk dilakukan yaitu melalui berbagai kanal pembayaran seperti mini market, penggadaian, kantor pos, agen *Payment Point Online* Bukopin (PPOB) serta melalui Anjungan Tunai Mandiri (ATM).

Selain memiliki keyakinan terkait hal yang akan mendukung mereka untuk mendaftar sebagai peserta JKN, terdapat juga keyakinan tentang hal yang akan menghambat mereka untuk mendaftar. Hal yang dianggap oleh pekerja sektor informal sebagai penghambat antara lain penghasilan yang mereka miliki, jumlah anggota yang mereka miliki dan besar iuran yang harus mereka bayarkan. Pekerja sektor informal beranggapan bahwa *ability to pay* yang mereka miliki masih rendah. Selain itu, *willingness to pay* yang dimiliki oleh pekerja sektor informal tersebut juga masih rendah, hal ini terlihat dari biaya kesehatan yang belum masuk dalam prioritas pekerja sektor informal tersebut. Pendapatan yang tidak menentu dan tidak rutin sehingga membuat mereka merasa kesulitan untuk menjangkau iuran JKN yang harus dibayarkan secara rutin setiap bulan^{19,12}.

Sebagian besar pekerja sektor informal mengaku keberatan dengan pemberlakuan aturan pendaftaran satu keluarga. Hal ini dikarenakan jumlah anggota keluarga yang dianggapnya cukup banyak sehingga nanti akan mempengaruhi besar iuran yang harus dibayarkan²⁰. Pekerja sektor informal berharap adanya perubahan aturan dimana mereka dapat mendaftarkan hanya anggota keluarga tertentu. Peraturan pendaftaran satu anggota keluarga sebenarnya dilakukan dengan tujuan memastikan semua anggota keluarga terlindungi

serta untuk memastikan keberlangsungan program JKN melalui skema gotong royong antara peserta sehat dengan peserta yang sakit serta antara peserta yang kaya dan peserta yang miskin²¹. Selain itu pemberlakuan dari pendaftaran satu keluarga dilakukan untuk mempercepat tercapainya *universal health coverage*.

Hal selanjutnya yang dirasakan sebagai hambatan untuk menjadi peserta JKN adalah besar iuran yang diterapkan oleh pemerintah. Meskipun sebagian besar pekerja sektor informal menyadari bahwa besar iuran yang ditetapkan tersebut sudah relevan dengan manfaat yang akan didapatkan namun karena jumlah penghasilan yang tidak pasti dan jumlah anggota keluarga yang cukup banyak membuat jumlah iuran yang harus dibayarkan menjadi cukup besar. Besar iuran Rp. 25.500. masih cukup sulit untuk dijangkau pekerja sektor informal dikarenakan jumlah pendapatan yang didapatkan tidak terlalu besar dengan jumlah yang tidak menetap setiap bulannya¹⁹. pekerja sektor informal merasa sebenarnya tidak keberatan dengan besar iuran yang ditetapkan seandainya pembayaran iuran dapat dilakukan perorangan, akan tetapi pekerja sektor informal merasa keberatan saat besar iuran yang dibayarkan harus menghitung jumlah anggota keluarga²⁰.

Tingkat Kesanggupan (*Perceived Power*)

Theory of planned behavior yang dikemukakan oleh Ajzen membahas terkait tingkat kesanggupan mengacu pada persepsi tentang mudah atau sulitnya melakukan perilaku tersebut jika ia menilai berdasarkan keyakinan kontrol yang dimilikinya⁸. Hal yang ditemukan di lapangan adalah adanya ketidaketapan jumlah penghasilan yang menjadi alasan utama pekerja sektor informal tidak mendaftar sebagai peserta JKN atau alasan rendahnya *ability to pay* yang dimiliki pekerja sektor informal. Selain *ability to pay* yang rendah, pekerja sektor informal juga memiliki *willingness to pay* yang juga rendah, adanya aturan pendaftaran untuk seluruh anggota keluarga serta besar iuran yang dihitung per anggota merupakan alasan rendahnya *ability dan willingness to pay* pekerja sektor informal. Selain itu, penggunaan penghasilan yang didapatkan oleh pekerja sektor informal lebih diarahkan pada pemenuhan kebutuhan sehari-hari mereka, misalnya biaya makan dan minum, biaya transportasi, biaya sekolah anak dan

biaya-biaya lain. Adanya biaya lain yang harus dipenuhi membuat biaya kesehatan bukan menjadi prioritas mereka.

Pekerja sektor informan yang memiliki penghasilan lebih tinggi dan jumlah anggota keluarga yang sedikit lebih memungkinkan untuk mendaftar sebagai peserta Jaminan kesehatan. Hal ini dikarenakan semua anggota keluarga diharuskan mendaftar sehingga biaya premi yang dibayarkan dihitung per jiwa, hal tersebut akan mengakibatkan semakin besar iuran yang harus dibayarkan²¹. Selain itu, adanya keberatan dari masyarakat untuk menyisihkan sedikit pendapatannya sebagai tabungan kesehatan yang akan meringankan beban biaya saat sakit menjadi hambatan lain yang sering ditemui²².

KESIMPULAN DAN SARAN

Pekerja sektor informal memiliki intensi yang cukup besar untuk mendaftar sebagai peserta JKN, akan tetapi pekerja sektor informal tersebut cenderung menunda kepesertaan dikarenakan merasa penghasilan yang ia miliki tidak mencukupi untuk membayar iuran, jumlah keluarga yang ia miliki dirasa cukup banyak, besar iuran yang ditetapkan dianggap masih terlalu mahal. Oleh karena itu kerja sama berbagai pihak diperlukan untuk pencapaian *Universal Health Coverage*, khususnya peningkatan kepesertaan dari peserta bukan penerima upah yang merupakan ranah pekerja sektor informal. BPJS Kesehatan dan pemerintah dapat melakukan pengkajian ulang terkait program JKN baik dari sisi pelayanan, iuran, kepesertaan serta sosialisasi. Peran tokoh masyarakat juga diperlukan sebagai pendorong dan pengawas keberhasilan program ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dewan Jaminan Sosial Nasional. 2012. Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019. Jakarta.
2. Republik Indonesia. 1997. Undang-Undang RI Nomor 25 Tahun 1997 tentang Ketenagakerjaan.
3. Badan pusat statistik. 2016a. Berita resmi statistic: Keadaan ketenagakerjaan Agustus 2016. No. 103/11/Th. XIX, 07 November 2016.

4. Badan pusat statistik. 2015. Berita resmi statistik BPS Sumatera Selatan: Keadaan ketenagakerjaan Februari 2015. No. 32/05/16/Th. XVII, 05 Mei 2015.
5. Badan pusat statistik. 2016b. Ogan Ilir dalam Angka 2016.
6. Engel, J. F., Blackwell, R. D., & Miniard, P.W. 2006. Perilaku konsumen, Jilid II, Edisi keenam. Jakarta: Binarupa Aksara.
7. Schiffman dan Kanuk. 2008. Perilaku konsumen. Edisi 7. Jakarta: Indeks.
8. Ajzen, I. 2005. Theory of Planned Behavior.
9. Pemayun, Cokorda Istri Mita. 2015. Pengambil Keputusan Kepala Keluarga dengan Kartu Tanda Penduduk Bali untuk Mengikuti Program Jaminan Kesehatan Nasional Mandiri Kelas III di Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Utara Tahun 2015. Denpasar: Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Udayana.
10. Subari, Eti D. M.. 2015. Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Intensi Menjadi Peserta Mandiri Jaminan Kesehatan Pada Masyarakat Kota Cirebon. Bandung: Universitas Panjajaran.
11. Siswoyo, Budi Eko. 2015. Kesadaran Pekerja Sektor Informal Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, vol. 04, no. 4.
12. Macha, Jane. et.al. 2014. Determinants of community health fund membership in Tanzania: a mixed methods analysis'. BMC Health Services Research.
13. Murti, B. 2011. Asuransi Kesehatan Berpola Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Di Era Desentralisasi Menuju Cakupan Semesta. Surakarta : Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sebelas Maret.
14. Leander, Mirsarinda. 2015. Implementasi sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam pelayanan di poli gigi Puskesmas Rurukan Tomohon. Makasar: Program Pasca Sarjana Universitas Sam Ratulangi.
15. Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

16. Khoiri, Abu. 2015. Efektivitas sosialisasi program JKN terhadap pengetahuan dan sikap keluarga rumah tangga usaha pertanian non PBI di kabupaten Jember tahun 2015. *Jurnal IKESMA*. vol. 11 no. 1.
17. Robbins dan Judge. *Perilaku Organisasi*, edisi dua belas. Jakarta: Salemba Empat. 2008.
18. Haile, M., Ololo, S. Megersa, B. 2014. Willingness to Join Community-based Health Insurance among Rural Households of Debub Bench District, Bench Maji Zone, Southwest Ethiopia. *BMC public health*.
19. Lutfiana, Dara, Chriswardani Suryawati, Eka Yunila Fatmasari. 2016. Gambaran Sektor Informal Nelayan Kelurahan Cilincing Jakarta Utara Sebagai Calon Peserta BPJS Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
20. Hermanto. A.S. 2014. Kesiapan Pekerja Sektor Informal (Sopir Truk Container) Dalam Membayar Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Kota Semarang. Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dian Nuswantoro Semarang.
21. Putro, Gurendro, Iram Barida. 2011. Manajemen Peningkatan Kepesertaan dalam Jaminan Kesehatan Nasional pada Kelompok Nelayan Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI)'. *Media Litbangkes*. Vol. 27 No. 1, PP. 17–24.
22. Mariza dan Sutopo. 2014. Efektivitas Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Temanggung. Surakarta: Program Studi Ilmu Komunikasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sebelas Maret.

Studi Kasus 2

KETERATURAN MEMBAYAR IURAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PEKERJA SEKTOR INFORMAL DI KABUPATEN MUSI RAWAS

Oleh

Uswatun Hasanah, Haerawati Idris, Fenny Etrawati

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan asuransi sosial yang mengharuskan setiap penduduk Indonesia bergabung menjadi anggotanya. JKN diterapkan pertama kali pada tanggal 1 Januari 2014. Jaminan Kesehatan Nasional mempunyai visi mulia berupa terwujudnya jaminan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage/UHC*) bagi seluruh rakyat Indonesia pada 1 Januari 2019 mendatang. Salah satu tantangan dalam pelaksanaan JKN ialah semua pihak dituntut aktif menjaga program berjalan secara berkelanjutan¹. Upaya yang dapat dilakukan oleh peserta yakni dengan rutin membayar iuran. Keteraturan membayar iuran ialah perilaku peserta Jaminan Kesehatan Nasional dalam membayar iuran secara rutin setiap bulannya dan tidak melebihi tanggal jatuh tempo. Keteraturan membayar iuran jaminan kesehatan nasional paling rendah berada pada kategori peserta PBPU^{2,3}. Peserta PBPU dikenal dengan nama pekerja sektor informal yakni orang yang bekerja tanpa relasi kerja, tidak ada perjanjian yang mengatur elemen-elemen kerja, upah dan kekuasaan. Contoh pekerja sektor informal ialah pedagang kaki lima, buruh, petani, nelayan dan sebagainya⁴.

Keteraturan membayar iuran peserta BPJS Kesehatan dapat dilihat dari angka kolektibilitas iurannya. Angka kolektibilitas ialah rasio antara jumlah iuran yang terkumpul dengan jumlah iuran yang seharusnya diterima. Laporan Nasional BPJS Kesehatan menyatakan bahwa kolektibilitas iuran di Indonesia pada tahun 2014 sebesar 40%, artinya sekitar 13.000 jiwa dari total peserta di sektor informal tidak disiplin dalam membayar iuran bulanan⁵. Pada tahun 2015 kolektibilitas iurannya sebesar 61,5% dan merupakan kolektibilitas iuran terendah diantara peserta yang lain. Demikian halnya pada tahun 2016, angka kolektibilitas iuran juga masih rendah yakni 66%. Hal ini menyebabkan terjadinya *mismatch* atau jumlah penerimaan

iuran lebih kecil dari biaya pelayanan kesehatan yang dibayarkan. Keadaan *mismatch* ini terjadi setiap tahunnya dari awal peluncuran program JKN hingga saat ini. Bila kondisi ini terus berlanjut, defisit anggaran yang lebih besar dapat mengancam keberlangsungan BPJS Kesehatan kedepannya⁶.

Keteraturan membayar iuran JKN pada pekerja sektor informal di Provinsi Sumatera Selatan juga masih rendah. Keteraturan membayar iuran pada peserta pekerja sektor informal masih rendah yakni sebesar 33,3%. Kabupaten Musi Rawas merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Sumatera Selatan dan berada di wilayah kerja BPJS Kesehatan KCU Lubuk Linggau. Berdasarkan hasil wawancara dengan pihak BPJS Kesehatan KCU Lubuk Linggau terkait keteraturan membayar iuran JKN pada peserta sektor informal, diperoleh bahwa Kabupaten Musi Rawas mempunyai keteraturan membayar yang terendah, hanya 30% peserta sektor informal yang aktif membayar iuran, mereka ialah yang sedang sakit dan membutuhkan biaya berobat yang mahal⁷.

Iuran peserta merupakan salah satu sumber pembiayaan JKN sehingga keteraturan membayar iuran berdampak besar terhadap keberlanjutan program Jaminan Kesehatan Nasional. Semakin besar iuran yang diterima maka semakin besar potensi BPJS Kesehatan menjaga keberlanjutan (*sustainability*) program JKN. Demikian halnya bila setiap tahun terjadi *mismatch*, hal ini dapat menyebabkan BPJS Kesehatan mengalami defisit yang lebih besar dan dapat mengancam keberlangsungan program JKN⁸. Berdasarkan penjelasan di atas serta didukung oleh data yang tersedia, maka peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul keteraturan membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional pada pekerja sektor informal di Kabupaten Musi Rawas.

METODE

Bentuk penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik dimana sampel dipilih dengan menggunakan teknik *cluster random sampling*. *Cluster* dipilih 5 kecamatan secara *random* (acak) dengan bantuan *microsoft excel* yakni Kecamatan Tugumulyo, Kecamatan Megang Sakti, Kecamatan Selangit, Kecamatan Tiang Pumpung Kepungut dan Kecamatan Purwodadi. Kemudian dipilih nama-nama pekerja sektor informal dari lima kecamatan tersebut secara acak.

Nama pekerja sektor informal yang keluar dipilih sebagai sampel penelitian. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 103 orang.

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah keteraturan membayar iuran JKN, sedangkan variabel independennya terdiri atas persepsi kerentanan, persepsi keparahan penyakit yang diderita, persepsi manfaat yang didapat, persepsi hambatan, persepsi isyarat untuk bertindak juga persepsi efikasi diri. Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner yang telah dipersiapkan berdasarkan penelitian sebelumnya dan menggunakan skala *likert*. Analisis data dalam penelitian ini dilakukan secara univariat, bivariat (chi-square) dan multivariate (regresi logistik).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Keteraturan Membayar Iuran

Keteraturan membayar iuran ialah perilaku peserta Jaminan Kesehatan Nasional dalam membayar iuran secara rutin setiap bulannya dan tidak melebihi tanggal jatuh tempo. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 103 responden didapatkan sebanyak 43,7% teratur membayar iuran, sedangkan sebanyak 56,3% responden tidak teratur membayar iuran JKN. Jika dilihat dari target keteraturan membayar iuran, maka keteraturan membayar iuran JKN pada pekerja sektor informal belum mencapai target yang ditentukan. Mayoritas responden (42,7%) membayar iuran JKN dengan menggunakan minimarket, sebagian lagi (26,2%) menyatakan mereka membayar iuran melalui bank yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan dari hasil penelitian ini juga diketahui bahwa tidak ada responden yang membayar iuran melalui kantor BPJS Kesehatan.

Rendahnya keteraturan membayar iuran JKN ini sejalan dengan laporan BPJS Kesehatan bahwa keteraturan membayar iuran JKN pada pekerja sektor informal masih rendah. Pada tahun 2014 angka kolektibilitas nasional hanya 40%, pada tahun 2015 hanya 61,5% dan pada tahun 2016 sebesar 66% sedangkan target keteraturan iuran ialah 100%¹. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa responden yang tidak teratur membayar iuran ialah mereka yang berusia kurang dari 40 tahun (61,5%), tingkat pendapatan yang relatif dibawah UMR (60%). Bila dilihat dari tingkat pendidikan, mayoritas berpendidikan rendah yakni tidak sekolah, tidak

tamat SD, SD dan juga SMP dan mayoritas responden telah menjadi peserta JKN selama 1 tahun (75,7%).

Persentase keteraturan ini lebih kecil dibandingkan hasil penelitian Pratiwi (2015) mengenai keteraturan membayar iuran JKN, didapatkan bahwa sebanyak 68% pekerja sektor informal teratur membayar iuran⁵. Pada umumnya peserta JKN baru melunasi iuran saat akan menjalani perawatan di rumah sakit. Peserta yang belum membayar iuran, maka diwajibkan untuk melunasi iuran. Apabila tidak melunasi iuran tersebut maka pekerja sektor informal tidak dapat menggunakan JKN sebagai penjamin dari biaya perawatan di fasilitas kesehatan^{5,9}. Sulitnya mengumpulkan iuran yang berkesinambungan pada kelompok PBPU dan BP telah mendapat perhatian dari regulasi. Pada tahun 2013 Pemerintah mengeluarkan Peraturan Presiden No 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden 12 Tahun 2013. Peraturan ini membahas tentang Jaminan Kesehatan pasal 17A ayat (5) mengamanatkan kepada BPJS Kesehatan untuk melakukan pengembangan mekanisme penarikan iuran yang efektif dan efisien pada peserta PBPU.

Hubungan antara persepsi kerentanan yang dirasakan terhadap perilaku teratur membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar pekerja sektor informal Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Musi Rawas mempunyai persepsi kerentanan yang tinggi (52,4%) dibandingkan dengan persepsi kerentanan rendah. Hasil analisis statistik *chi-square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara persepsi kerentanan dengan keteraturan membayar iuran JKN pada pekerja sektor informal di Kabupaten Musi Rawas, hal ini dibuktikan dengan *p value* $0.247 > 0.05$.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi kerentanan yang tinggi disebabkan karena sebagian besar responden 82,5% menyatakan berisiko terkena penyakit serius yang disebabkan oleh pekerjaan, perilaku merokok, pola makan dan asap kendaraan. Disamping itu sebanyak 72,8% responden juga menyatakan bahwa bila didalam keluarga mereka terdapat wanita hamil, lansia dan juga balita mereka akan rutin membayar iuran JKN. Namun hal ini tidak menunjukkan bahwa persepsi kerentanan yang tinggi berhubungan dengan keteraturan membayar iuran JKN

pada pekerja sektor informal. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori *health belief model* yang dikemukakan oleh Glanz *et al* pada tahun 2008 bahwa persepsi merupakan pengalaman tentang obyek, peristiwa, atau hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya¹⁰. Jika persepsi kerentanan atau persepsi terhadap risiko sakit seseorang tinggi maka akan menyebabkan munculnya perilaku yang pencegahan atau melindungi dari kerugian akibat sakit. Persepsi kerentanan sangat penting dalam memotivasi perilaku yakni adanya persepsi kerentanan yang semakin tinggi lebih mendorong seseorang untuk melakukan suatu tindakan dibandingkan dengan persepsi kerentanan rendah.

Berdasarkan hasil analisis ditemukan bahwa ketidakteraturan yang terjadi disebabkan karena beberapa faktor yakni hanya peserta dengan usia lebih dari 40 tahun (46,9%) yang teratur membayar iuran JKN. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Widhiastuti (2015) bahwa tidak ada hubungan antara persepsi kerentanan terhadap kepesertaan JKN secara mandiri dengan nilai *p value* 0,53.¹¹ Mayoritas penduduk usia muda menyadari bahwa mereka rentan terkena penyakit sewaktu-waktu, seperti penyakit akut seperti demam berdarah, malaria ataupun tipes juga penyakit kronis yang membahayakan jiwa dan berbiaya mahal. Namun rendahnya kesadaran mereka dalam berasuransi dan mengendalikan risiko menimbulkan pola pikir bahwa penyakit yang belum terjadi dan juga dapat terjadi 10-20 tahun kedepan dinilai terlalu jauh untuk difikirkan sekarang. Hanya penduduk lanjut usia yang memiliki probabilitas sakit lebih tinggi sehingga memerlukan perlindungan khusus yang menjamin kesehatannya³.

Disamping itu juga, bila kita tinjau pendapatan pekerja sektor informal di Kabupaten Musi Rawas kebanyakan berada dibawah garis UMR yang telah ditetapkan. Sebanyak 68% responden memiliki pendapatan berkisar antara 500.000-2.000.000/bulan. Penghasilan yang kecil dengan kebutuhan hidup yang tinggi menyebabkan perlindungan serta jaminan kesehatan menjadi barang tersier atau barang mahal. Penggunaan asuransi dapat dipenuhi setelah kebutuhan akan sandang, pangan dan papan terpenuhi. Rendahnya pendapatan yang di miliki oleh masing-masing keluarga, mempengaruhi kemampuan dan kemauan mereka dalam membayar iuran JKN. Kemampuan dan kemauan masyarakat Indonesia untuk membayar iuran JKN masih rendah, Kurniawan dan Arih (2012) menyebutkan bahwa rata-rata kemampuan

masyarakat membayar iuran JKN sebesar Rp23.990,81 dan rata-rata kemauan membayar pelayanan rawat jalan puskesmas Rp7.085,71¹². Rendahnya kemauan dan kemampuan membayar iuran JKN ini bila dikaitkan dengan jumlah anggota keluarga yang ditanggung akan semakin meningkatkan ketidak teraturan membayar iuran JKN. Misalnya jumlah anggota tertanggung sebanyak 4 orang, maka iuran yang harus dibayarkan cukup berat. Untuk kelas 3 mereka harus membayar Rp. 100.000/bulan, kelas 2 sebesar Rp. 200.000/bulan dan Rp.324.000/bulan untuk kelas 1. Hal ini dapat menjadi faktor yang memicu terjadinya ketidakteraturan membayar iuran JKN. Sehingga diperlukan inovasi kebijakan terkait perhitungan besaran iuran yang sesuai dengan kemampuan dan kemauan masyarakat.

Hubungan antara persepsi keseriusan terhadap perilaku teratur membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa 50,5% pekerja sektor informal JKN di Kabupaten Musi Rawas mempunyai persepsi keseriusan yang tinggi dibandingkan dengan persepsi keseriusan rendah. Persepsi keseriusan selalu didasari oleh informasi medis, pengetahuan atau besarnya masalah yang dihadapi oleh individu¹³. Analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara persepsi keseriusan dengan keteraturan membayar iuran JKN pada pekerja sektor informal di Kabupaten Musi Rawas dengan $p \text{ value} = 0,022 < 0,05$. Dari analisa diketahui pula nilai OR sebesar 2,75, artinya pekerja sektor informal yang memiliki persepsi keseriusan tinggi mempunyai faktor risiko 2,75 kali untuk rutin membayar iuran JKN.

Persepsi keseriusan yang tinggi disebabkan karena sebanyak 56,3% responden tengah mengidap penyakit yang mengancam kesehatan dan berbiaya mahal seperti diabetes, kanker, gagal ginjal dan jantung. Sebanyak 61,1% responden rutin membayar iuran karena harus kontrol ulang setiap bulan. Disamping itu, 55,4% menyatakan penyakit mereka membutuhkan operasi dan harus dirujuk ke RS memiliki penyakit yang mengharuskan *opname* maka akan rutin membayar iuran. Ketika responden harus membeli obat setiap bulannya, 42,7% meyakini harus rutin membayar iuran namun 57,3% responden berpendapat bahwa mereka harus rutin membayar iuran walaupun tidak membeli obat setiap bulan. provinsi sehingga harus rutin membayar iuran. Begitupula apabila dalam keluarga mereka terdapat wanita hamil dengan posisi sungsang, 61% responden menyatakan akan rutin membayar iuran.

Sejalan dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Ari *et.al* (2014) mengenai peran persepsi individu terhadap asuransi dan model kepercayaan kesehatan dalam pengambilan keputusan menggunakan asuransi kesehatan dan jiwa. Penelitian ini menjelaskan bahwa individu yang memutuskan untuk menggunakan asuransi jiwa pada umumnya didasarkan atas keseriusan yang dialami saat kecelakaan, sakit kritis, cacat tetap total, meninggal serta usia tua. Salihat (2009) juga menjelaskan dalam penelitiannya ketika seseorang percaya bahwa dia memiliki tingkat bahaya yang tinggi terhadap suatu penyakit dan percaya bahwa tidak teratur membayar iuran merupakan hal yang serius maka munculah perasaan terancam¹⁴. Peneliti berasumsi bahwa bila ancaman yang dirasakan oleh seseorang tersebut meningkat, maka perilaku teratur membayar iuran juga akan meningkat.

Persepsi keseriusan berhubungan dengan keteraturan membayar iuran karena erat kaitnya dengan pengalaman kesakitan yang mereka alami³. Sebanyak 56,3% responden yang mempunyai penyakit serius seperti diabetes, kanker, gagal ginjal dan jantung bersedia dengan sukarela rutin membayar iuran JKN karena memiliki pengalaman berobat yang mahal sehingga penghasilan mereka sudah jauh berkurang. Demikian halnya peserta yang memiliki penghasilan relatif rendah tetapi utilitas terhadap pelayanan kesehatan cukup tinggi, sehingga keinginan untuk membayar jasa pelayanan tersebut cenderung lebih dipengaruhi oleh utilitas, pada kondisi ini peserta JKN disebut *captive riders*³. Hal ini sangat berdasar bila ditinjau dari penghasilan responden yang mayoritas dibawah UMR Kabupaten Musi Rawas namun memiliki persepsi keseriusan yang tinggi sehingga pola pikir yang terbentuk yakni dengan mengambil kelas perawatan III dan besaran iuran 25,500/bulan akan lebih ringan dibandingkan membayar biaya fasilitas kesehatan dengan biaya pribadi.

Hubungan antara persepsi manfaat terhadap perilaku teratur membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar pekerja sektor informal Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Musi Rawas mempunyai persepsi manfaat yang tinggi (53,4%) dibandingkan dengan persepsi manfaat rendah. Hasil analisis statistik *chi-square* menunjukkan bahwa ada hubungan antara persepsi manfaat dengan keteraturan membayar

iuran JKN pada pekerja sektor informal di Kabupaten Musi Rawas dengan p value $0.019 < 0.05$. Dari analisa diketahui pula nilai OR sebesar 4,5, artinya pekerja sektor informal yang memiliki persepsi manfaat tinggi mempunyai faktor risiko 4,5 kali untuk rutin membayar iuran JKN.

Sebanyak 53,4% pekerja sektor informal menyatakan program Jaminan Kesehatan Nasional dan teratur membayar iuran JKN memberikan manfaat yang baik. Pekerja sektor informal yang memiliki persepsi manfaat tinggi 6,8% lebih banyak dibandingkan dengan yang memiliki persepsi manfaat rendah. Hal ini dilihat dari penjabaran jawaban responden bahwa sebanyak 88,4% responden menyatakan manfaat kartu JKN dapat digunakan di seluruh Indonesia. Responden juga menyatakan bahwa manfaat rutin membayar JKN akan menjadi tabungan ketika sakit dihari tua (99%) dan dapat membantu peserta lain yang sakit (97%).

Berdasarkan hasil uji *chi-square* didapatkan bahwa persepsi manfaat berhubungan dengan keteraturan membayar iuran JKN. Semakin tinggi persepsi manfaat yang dimiliki oleh pekerja sektor informal maka akan semakin mendorong untuk rutin membayar iuran JKN. Beberapa teori yang mendukung hasil penelitian ini adalah sebagai berikut berikut. Murti (2011) menyatakan bahwa tingkat kepercayaan peserta akan manfaat asuransi kesehatan akan berpengaruh terhadap partisipasi dalam sistem pra upaya¹⁵. Persepsi manfaat yang tinggi akan meningkatkan keteraturan dalam membayar iuran JKN.

Persepsi manfaat merupakan keyakinan individu yang menganggap teratur membayar iuran berpotensi menguntungkan dan mengurangi ancaman. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Widhiastuti (2015) bahwa persepsi manfaat berpengaruh 4,53 kali ($p < 0,05$) mendorong seseorang bersedia bergabung dengan JKN¹¹. Penelitian lain oleh Tiaraningrum (2014) didapatkan hasil bahwa salah satu pendorong pekerja sektor informal bergabung dengan JKN didasari oleh kesadaran akan manfaat pentingnya kesehatan dalam kehidupan¹⁶.

Jaminan Kesehatan Nasional pada dasarnya merupakan program jaminan dengan manfaat berupa pemeliharaan kesehatan masyarakat. Manfaat tersebut diberikan secara komprehensif meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif serta rehabilitatif. Berdasarkan Undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN, total iuran yang dibayar oleh peserta JKN mencakup semua manfaat yang dijanjikan namun kenyataanya sebanyak 91% responden menyatakan mereka tidak mendapatkan pelayanan promotif dan preventif seperti skrining

kanker. Menindak lanjuti temuan ini, BPJS Kesehatan sebaiknya lebih meningkatkan paket manfaat yang diberikan kepada peserta JKN sehingga mendorong keteraturan membayar iuran yang lebih besar dari waktu ke waktu¹⁷.

Hubungan antara persepsi hambatan terhadap perilaku teratur membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar pekerja sektor informal Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Musi Rawas mempunyai persepsi hambatan yang rendah (70,9%) dibandingkan dengan persepsi hambatan tinggi. Hasil analisis statistik chi-square menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara persepsi hambatan dengan keteraturan membayar iuran JKN pada pekerja sektor informal di Kabupaten Musi Rawas dengan p value $0.254 > 0.05$.

Persepsi hambatan yang rendah pada pekerja sektor informal artinya dalam membayar iuran JKN tidak mengalami hambatan atau rintangan yang ada kecil. Sebagian besar responden memiliki persepsi hambatan yang rendah hal ini karena mereka menyatakan jumlah iuran yang dibayarkan tidak terlampau mahal dan masih terjangkau. Pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan juga semakin baik, dalam keadaan darurat pasien cepat dilayani dan tidak memerlukan waktu yang lama dalam berobat. Terkait dengan lokasi pembayaran iuran, sebagian besar responden tidak mengalami kendala dalam mengakses tempat pembayaran baik kendala biaya maupun jarak. Lain halnya dengan hambatan berupa tidak adanya pemberitahuan jatuh tempo dan penagihan iuran, berdasarkan analisis jawaban responden didapat 58,2% responden setuju bila hal tersebut menjadi faktor yang menghambat pekerja sektor informal untuk rutin membayar iuran.

Adanya hambatan yang rendah tidak berhubungan dengan keteraturan membayar iuran JKN. Semakin mudah akses menuju tempat pembayaran iuran seyogyanya meningkatkan keteraturan membayar iuran JKN, semakin terjangkau iuran yang dibayar seyogyanya juga meningkatkan keteraturan membayar iuran JKN. Namun yang terjadi, rendahnya hambatan yang ada tidak meningkatkan keteraturan membayar iuran JKN. Hal ini bertentangan dengan teori HBM, dimana menurut teori ini semakin rendah hambatan yang ada maka akan semakin

teratur perilaku membayar iuran peserta. Peneliti menduga karena hasil karakteristik responden penelitian terbanyak adalah berjenis kelamin laki-laki, berjumlah 63 orang (61,16%) dan gender responden berjenis kelamin wanita, berjumlah 40 orang (38,83 %). Perbedaan gender ini akan mempengaruhi hasil penelitian sebab, kesadaran berasuransi kesehatan dipengaruhi oleh gender. Kesadaran berasuransi akan tinggi pada responden perempuan sebesar 69,16% dibandingkan responden laki-laki sebesar 42,80%. Hal ini disebabkan karena perempuan mempunyai resiko sakit lebih besar dari pada laki-laki sehingga perempuan lebih sadar akan berasuransi kesehatan dan teratur membayar iuran untuk melindungi dirinya dari resiko sakit yang tidak pasti datangnya dibandingkan laki-laki. Menurut peneliti, hal inilah yang menjadi salah satu penyebab walaupun persepsi hambatan peserta JKN rendah namun keteraturan membayarnya juga rendah. Responden laki-laki memiliki perbedaan pandangan mengenai risiko sakit yang dialami.

Disamping itu peserta yang tidak rutin membayar iuran tidak serta merta karena memiliki hambatan yang tinggi, namun karena mereka berperilaku tidak patuh.¹⁸ Perilaku tidak patuh ini disebabkan karena rendahnya kesadaran masyarakat dalam berasuransi yang dipengaruhi oleh faktor pendidikan dan juga tipe masyarakat *risk taker*. Hasil analisis kuesioner diketahui bahwa sebanyak 51,5% responden berpendidikan dibawah SMP. Dengan tingkat pendidikan yang rendah pemahaman mereka mengenai asuransi sebagai manajemen risiko masih kurang sehingga sekitar 60% pembiayaan kesehatan ditanggung oleh rumah tangga dalam bentuk pembayaran langsung kepada penyedia pelayanan kesehatan (*out of pocket payment*). Faktor yang kedua yakni tipe masyarakat Indonesia adalah pengambil risiko (*risk taker*). Tipe ini adalah orang yang tidak peduli dengan risiko yang dihadapinya dan dia mengambil atau menerima risiko tersebut apa adanya. Bila masyarakat tipe ini tidak didukasi dapat berpengaruh terhadap dunia asuransi atau JKN akan terus mengalami defisit³.

Hubungan antara persepsi efikasi diri terhadap perilaku teratur membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar pekerja sektor informal Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Musi Rawas mempunyai persepsi efikasi diri yang

tinggi (51,4%) dibandingkan dengan persepsi efikasi diri rendah. Hasil analisis statistik *chi-square* menunjukkan bahwa ada hubungan antara persepsi efikasi diri dengan keteraturan membayar iuran JKN pada pekerja sektor informal di Kabupaten Musi Rawas dengan *p value* $0.036 < 0.05$. Dari analisa diketahui nilai OR sebesar 2,8, artinya pekerja sektor informal yang memiliki persepsi efikasi diri tinggi mempunyai faktor risiko 2,8 kali untuk rutin membayar iuran JKN.

Persepsi efikasi diri yang tinggi akan mendorong pekerja sektor informal dalam rutin membayar iuran. Berdasarkan analisis terhadap jawaban responden didapatkan bahwa sebagian besar responden yakin mampu membayar iuran JKN dengan teratur. Dengan teratur membayar iuran mereka yakin tidak perlu biaya berobat yang mahal, dapat membantu peserta lain juga dapat meningkatkan pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan. Pekerja sektor informal di Kabupaten Musi Rawas juga percaya bahwa tidak teratur membayar iuran dapat merugikan diri sendiri dan keluarga. Sebagian besar responden mengungkapkan bahwa salah satu faktor yang juga mempengaruhi mereka rutin membayar iuran karena adanya komitmen transparan mengelola iuran dari BPJS Kesehatan.

Adanya hubungan antara persepsi efikasi diri dengan keteraturan membayar iuran ini sejalan dengan teori *health belief model*¹⁹. Jika seseorang memiliki persepsi ancaman (persepsi kerentanan dan keseriusan) yang tinggi, maka seseorang akan termotivasi untuk melakukan tindakan untuk mengatasi ancaman tersebut. Jika dengan bergabung menjadi peserta JKN dan teratur membayar iuran merupakan salah satu cara untuk menurunkan ancaman tersebut. Maka perilaku tersebut akan diyakini dan akan terus teratur membayar iuran JKN.

Hasil karakteristik pekerja sektor informal di Kabupaten Musi Rawas, sebanyak 63% responden yakin mampu membayar iuran JKN pada kelas 3. Hasil ini sejalan dengan penelitian Noormalasari *et al* (2015) yang menunjukkan bahwa sebanyak 54,5% nelayan yakin mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional untuk rawat inap kelas 3 (Rp.25.500,- per orang per bulan)²⁰. Menurut Bandura dalam Anwar (2009) dijelaskan bahwa terdapat tiga aspek efikasi diri dalam diri manusia salah satunya yakni tingkatan (*level*)²¹. BPJS Kesehatan menyediakan 3 tingkatan/kelas perawatan, yakni kelas I,II dan III. Dari masing-masing kelas perawatan memiliki tingkat kesulitan yang bermacam-macam, hal inilah yang menyebabkan

adanya perbedaan efikasi diri yang dimiliki oleh individu. Berdasarkan hal tersebut semakin mudah kesulitan yang dihadapi oleh pekerja sektor informal maka persepsi efikasi diri yang dimiliki oleh individu juga akan tinggi, begitu juga sebaliknya dan semakin tinggi efikasi diri peserta maka keteraturan dalam membayar iuran juga akan semakin baik. Selain itu alasan lain yakni persepsi masyarakat yang baik mengenai adanya pelayanan yang diberikan meningkatkan kemauan mereka untuk rutin membayar iuran JKN. Kelas perawatan mungkin berbeda di kelas I,II atau kelas III sesuai ketentuan program, tetapi semua obat dan layanan yang diberikan sama. Inilah yang mendorong masyarakat percaya bahwa walaupun kelas perawatan III yang mereka pilih, pelayanan yang akan diterima akan sama.

Hubungan antara isyarat untuk bertindak terhadap perilaku teratur membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar pekerja sektor informal Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Musi Rawas mempunyai isyarat bertindak yang tinggi (66%). Hasil analisis statistik *chi-square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara isyarat bertindak dengan keteraturan membayar iuran JKN pada pekerja sektor informal di Kabupaten Musi Rawas dengan *p value* $0,129 > 0,05$.

Isyarat untuk bertindak merupakan dorongan yang muncul baik karena dorongan pribadi ataupun dari pihak luar. Dorongan dari dalam dapat berupa kemauan untuk teratur membayar iuran (*willingness to pay*) dan dorongan dari luar berupa kampanye, media masa, pengaruh sosial, maupun adanya sosialisasi. Berdasarkan penjabaran jawaban responden diketahui bahwa isyarat bertindak yang paling mempengaruhi pekerja sektor informal dalam membayar iuran JKN adalah adanya sosialisasi mengenai BPJS Kesehatan (82,6%). Isyarat lainnya berasal dari dorongan keluarga, adanya denda bagi peserta yang tidak teratur, ajakan tetangga, mengetahui tanggal jatuh tempo serta memiliki catatan tanggal terakhir membayar iuran JKN. Sebanyak 57,3% responden menyatakan bahwa jarang melihat ataupun mendengar iklan di televisi maupun radio terkait JKN dan pentingnya teratur membayar iuran.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara isyarat bertindak dengan keteraturan membayar iuran JKN. Hasil ini tidak sejalan dengan teori health belief model dan

*Protection Motivation Theory*¹⁹. Menurut kedua teori ini adanya isyarat bertindak yang tinggi akan memotivasi pekerja sektor informal untuk teratur membayar iuran JKN. Isyarat ini dapat berupa saran, nasihat, dan motivasi anggota keluarga, teman dekat ataupun peserta JKN lainnya dapat mempengaruhi perilaku individu untuk rutin membayar iuran JKN.

Sejalan dengan hasil tersebut, Putra *et al* (2014) juga mengatakan kemauan masyarakat dalam membayar iuran JKN masih rendah²². Hal ini dikarenakan karena belum maksimalnya informasi yang disampaikan oleh BPJS Kesehatan sehingga masyarakat belum memahami arti penting teratur membayar iuran JKN. Masyarakat masih memerlukan informasi mengenai alternatif cara pembayaran iuran JKN, cara pengecekan status pembayaran iuran dan konsekuensi dari keterlambatan pembayaran iuran. Berdasarkan hal tersebut, penyampaian informasi kepada masyarakat haruslah menggunakan media yang tepat guna dan tepat sasaran. Media yang digunakan harus dapat diakses oleh masyarakat seperti televisi juga sms *gateway*. Selain itu dalam proses sosialisasi BPJS kesehatan sebaiknya juga perlu melibatkan pihak Faskes (Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik & Dokter Perorangan) yang di koordinasi oleh pihak Dinas Kesehatan setempat.

Variabel yang paling berhubungan terhadap perilaku teratur membayar iuran JKN

Hasil analisis multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik menunjukkan bahwa variabel yang paling dominan mempengaruhi keteraturan membayar iuran JKN pada pekerja sektor informal di Kabupaten Musi Rawas adalah variabel persepsi keseriusan ($p \text{ value}=0.018$) dengan *adjusted* OR=2,722 (95% CI : 1.191-6.217). Berdasarkan nilai OR didapatkan bahwa pekerja sektor informal yang memiliki persepsi keseriusan tinggi dimungkinkan 2,722 kali lebih teratur dalam membayar iuran JKN dibandingkan pekerja sektor informal yang memiliki persepsi keseriusan rendah. Jika dilihat dari nilai *confident interval* (95%CI) sebesar 1.191-6.217 artinya kita percaya 95% bahwa persepsi keseriusan yang tinggi memungkinkan pekerja sektor informal untuk teratur membayar iuran JKN 1.193-7.617 kali dibandingkan persepsi keseriusan yang rendah. Bergabung menjadi anggota asuransi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari upaya melindungi diri sendiri dan keluarga dari berbagai risiko dan adanya kerentanan yang tinggi dari penyakit, gaya hidup, lingkungan maupun usia. Upaya ini

dinamakan sebagai manajemen risiko²³. Manajemen risiko merupakan upaya memindahkan seluruh atau sebagian risiko yang dimiliki dengan pihak lain seperti BPJS Kesehatan, pemerintah atau badan lainnya dengan membayar sejumlah iuran. Adanya pembayaran iuran ini maka segala risiko biaya yang terjadi dijamin oleh pihak badan penyelenggara jaminan.

Berdasarkan penjelasan diatas adanya hubungan yang signifikan antara persepsi keseriusan dengan keteraturan membayar iuran JKN karena sebagian besar responden (62,1%) berusia lebih dari 40 tahun. Pada usia ini tingkat kerentanan manusia terhadap penyakit meningkat. Peneliti menduga derajat keengganan menerima risiko sakit dan besarnya kerugian biaya akibat sakit mendorong mereka untuk rutin membayar iuran JKN. Hasil karakteristik responden juga menemukan bahwa sebanyak 56,3% responden menyatakan sedang mengidap penyakit yang membahayakan kesehatan dan mengancam jiwa seperti jantung koroner, diabetes, gagal ginjal, kanker dan lain-lain. Penyakit ini termasuk golongan katastrofik yakni penyakit yang berbiaya mahal dan secara komplikasi dapat menyebabkan ancaman jiwa. Tingginya biaya kesehatan bagi penyakit katastrofik ini mendorong penderita memiliki jaminan kesehatan untuk memberikan perlindungan kesehatan juga perlindungan finansial. Oleh sebab itu peneliti berasumsi semakin besar keseriusan yang dirasakan dari suatu penyakit mendorong peserta untuk terus rutin membayar iuran JKN.

Dalam dunia asuransi fenomena keteraturan membayar iuran JKN meningkat pada pekerja sektor informal yang sedang sakit ini disebut sebagai *moral hazard*. *Moral hazard* atau aji mumpung adalah kecenderungan peserta asuransi untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan semaksimal mungkin dan merupakan bagian dari kecurangan dalam dunia asuransi. Sehingga penyadaran masyarakat mengenai hal ini perlu dilakukan. Upaya pengedukasian masyarakat perlu dilakukan, khususnya terkait pentingnya membayar iuran. Iuran wajib dibayarkan dalam berbagai kondisi kesehatan, baik dalam kondisi sehat ataupun kondisi sakit. dalam kondisi sehat iuran dapat digunakan sebagai jaminan ketika sakit dihari tua sekaligus sebagai dana sosial membantu peserta lain yang sedang sakit. Sedangkan pada pekerja yang sakit juga harus ditanamkan pengetahuan bahwa bukan hanya ketika sedang menderita sakit mereka rutin membayar iuran JKN, tetapi juga ketika dalam kondisi sehat.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Angka keteraturan membayar iuran JKN pada pekerja sektor informal di Kabupaten Musi Rawas sebesar 43,7%.
2. Sebagian besar pekerja sektor informal memiliki persepsi tinggi terhadap persepsi kerentanan (52,4%), persepsi keseriusan (50,5%), persepsi manfaat (70,9%), persepsi efikasi diri (68%) dan isyarat bertindak (65%), dan mayoritas responden memiliki persepsi hambatan yang rendah (72,8%).
3. Keteraturan ini berhubungan dengan persepsi keseriusan yang dirasakan (OR = 2.75, 95% CI 1.23-6.17, p = 0.022), persepsi manfaat (OR = 2,83; 95% CI 1,260- 6,37, p = 0.019) dan persepsi efikasi diri (OR = 2.82; 95% CI 1.15-6.93; p= 0.036). Adapun variabel yang tidak berhubungan dengan keteraturan membayar iuran JKN ialah persepsi kerentanan, persepsi hambatan dan isyarat untuk bertindak.
4. Variabel yang paling dominan mempengaruhi keteraturan membayar iuran JKN ialah persepsi keseriusan dengan p *value*=0.018 dan *adjusted* OR(Exp B) = 2,722

SARAN

Ada beberapa rekomendasi yang dapat peneliti berikan kepada BPJS Kesehatan berdasarkan temuan penelitian ini:

1. Untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang asuransi, hal yang harus ditingkatkan adalah pemahaman dan pengetahuan pada laki-laki ataupun perempuan melalui edukasi yang menyeluruh tanpa memandang tingkat resiko sakit seseorang melalui sosialisasi dengan melibatkan pihak faskes yakni Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik dan Dokter perorangan.
2. Meningkatkan penggunaan media cetak dan elektronik seperti iklan televisi dan sms *gateway* untuk meningkatkan isyarat bertindak dalam teratur membayar iuran.

RINGKASAN

Kegiatan informal adalah kegiatan ekonomi yang umumnya dilakukan secara tradisional oleh organisasi bertingkat rendah ataupun yang tidak memiliki struktur, tidak ada akun transaksi (*transaction accounts*) dan ketika terdapat relasi kerja biasanya bersifat musiman (*casual*), pertemanan atau relasi personal, ketimbang berbasis perjanjian kontrak. BPS (2001) mengkategorikan status pekerjaan menjadi tujuh yakni berusaha sendiri, berusaha sendiri dengan bantuan keluarga atau anggota keluarga dengan tidak dibayar, pengusaha dengan pekerja tetap atau pekerja diupah, karyawan/staf/pekerja, pekerja musiman di bidang pertanian, pekerja musiman di bidang non-pertanian, dan pekerja tidak dibayar.

LATIHAN SOAL

1. Apa yang dimaksud dengan pekerja informal?
2. Jelaskan pembagian sektor informal berdasarkan status kerja !
3. Narasikan secara singkat studi atau riset terkait kepemilikan jaminan kesehatan pada pekerja sektor informal

DAFTAR PUSTAKA

1. BPJS Kesehatan. 2016. *Yuk, Pahami Aturan Denda Terbaru Jkn-Kis*. Buletin Diterbitkan Oleh Bpjs Kesehatan. Edisi 36 Tahun 2016
2. Usniza,Mila. 2015. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan peserta mandiri kelas III membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Solok tahun 2015*.Tesis. Padang: Universitas Andalas
3. Thabrany, H. dan Laborahima, Z. 2016. *People's support on sin tax to finance uhc in indonesia 2016*. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia. Vol 1. No 1: 1-11
4. Idris, Haerawati. 2016. *Analisis Kebijakan Publik Jaminan Kesehatan Sektor Informal*. Disertasi. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
5. Pratiwi, A.N., 2016. *Faktor Yang Mempengaruhi Keteraturan Membayar Iuran Pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kategori Peserta Mandiri (Studi Kasus Pasien Rawat Inap*

- Rumah Sakit dr. Soebandi Kabupaten Jember*). Skripsi. Jember: Universitas Jember
6. Andi, Ferry Afi. 2015. *Analisa Desain Program Jaminan Kesehatan Nasional dalam Rangka Menuju Jaminan Kesehatan Semesta*. Jurnal Kajian Ekonomi dan Keuangan. Volume 19. No.1
 7. BPJS Kesehatan KCU Lubuk Linggau. 2016. *Angka kolektibilitas iuran Jaminan Kesehatan Nasional di Wilayah KCU Lubuk Linggau*. Lubuk Linggau: BPJS Kesehatan
 8. Ruby, M., Eka Pujiyanti dan Dinda Srikandi. 2016. *Kajian Model Pengumpulan Iuran Program JKN Pada Kelompok Peserta Bukan Penerima Upah*. Online. <http://cheps.or.id/pbpu/>.
 9. Nisahairini, Nur. 2015. *Satu Tahun Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Direktorat Perlindungan dan Kesejahteraan Masyarakat Kementerian PPN/Bappenas
 10. Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
 11. Widhiastuti, I.A.P., Januraga, P.P. dan Wirawan, D.N., 2015. *Hubungan Persepsi Manfaat dengan Kepesertaan JKN Secara Mandiri di Puskesmas I Denpasar Timur*. Jurnal Public Health and Preventive Medicine Archive. Desember 2015. Vol 3. No 2: 203-210
 12. Ari,I.A.G.R.P. dan Astiti,D. 2014. *Peran Persepsi Individu Terhadap Asuransi dan Model Kepercayaan Kesehatan dalam Pengambilan Keputusan Menggunakan Asuransi Jiwa*. Vol 1. No 2:381-388
 13. Hasbi, Muhamad. 2012. *Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penderita Diabetes Melitus Dalam Melakukan Olahraga Di Wilayah Kerja Puskesmas Praya Lombok Tengah*. Tesis. Depok. Universitas Indonesia
 14. Salihat, Ing kurnia. 2009. *Hubungan Persepsi Risiko Keselamatan Berkendara Dengan Penggunaan Sabuk Keselamatan Pada Mahasiswa Universitas Indonesia Kampus Depok Tahun 2009*. Skripsi. Depok: FKM Universitas Indonesia
 15. Murti,B. 2011. *Asuransi Kesehatan Berpolo Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Di Era Desentralisasi Menuju Cakupan Sememsta*. Surakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Sebelas Maret

16. Tiaraningrum, R. 2014. *Studi Deskriptif Motivasi dan Personal Reference Peserta JKN Mandiri Pada Wilayah tertinggi di Kelurahan Mojosongo Kota Surakarta*. Skripsi. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
17. Rimawati, Eti., Suharyo., dan Agus Perry Kusuma. 2012. *Kajian atp dan wtp dalam penentuan premi bagi masyarakat Kota Semarang yang belum memiliki jaminan kesehatan*. Bapeda Kota Semarang
18. Riduan. 2015. Rutin Bayar Iuran Sebagai Bentuk Gotong Royong. Info Bpjs Kesehatan Edisi XXVII Bulan Oktober 2015
19. Glanz, K., Barbara K. Rimer dan K. Viswanath. 2008. *Health Behavior and Health Education 4th Edition*. United States of America: Jossey-Bass.
20. Noormalasari, Widya., Nuryadi dan Christyana Sandra. 2015. *Kemampuan Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional bagi Nelayan di Kabupaten Jember*. e-jurnal Pustaka Kesehatan. Januari 2015. Vol 3. No 1:147-154
21. Anwar, Astrid Indi Dwisty. 2010. *Hubungan antara self efficacy dengan kecemasan berbicara di depan umum pada mahasiswa fakultas psikologi universitas sumatera utara* . Skripsi. Medan: Unversitas Sumatera Utara
22. Putra, Ryrin Suryaman Prana., Indar., Nurhaedar Jafar. 2014. *Ability To Pay Dan Catastrophic Payment Pada Peserta Pembayar Mandiri Bpjs Kesehatan Kota Makassar*. JST Kesehatan. Juli 2014. Vol 4. No 3 : 283 – 290
23. Thabrany, H. dan Laborahima, Z. 2016. *People's support on sin tax to finance uhc in indonesia 2016*. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia. Vol 1. No 1: 1-11

INDEKS

	128, 129, 130, 132, 137, 138, 140, 141, 145, 147, 150, 151, 152, 156, 158, 159, 162
A	
adhesi	13
adopsi	33
<i>adverse selection</i>	11
akses	8, 25, 39, 53, 60, 82, 92, 158
Aleatory	13
anggota	15, 24, 27, 29, 38, 47, 48, 50, 76, 77, 78, 79, 87, 88, 133, 137, 139, 140, 145, 146, 147, 154, 161, 162
Asimetri	10
Askes	18, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94
asurandur	8, 10, 16, 17, 51
Asuransi	1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 23, 34, 35, 36, 45, 47, 60, 62, 63, 81, 82, 83, 86, 87, 89, 91, 95, 96, 97, 98, 111, 112, 120, 131, 138, 148, 165
B	
badan asuransi	13, 14, 51, 52, 55, 57, 64, 66, 79, 96, 113, 114, 118, 119
beban	1, 8, 36, 78, 129, 140, 141, 147
<i>benefit</i>	8, 16, 23, 77, 105
biaya	1, 8, 10, 11, 13, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 28, 29, 32, 35, 36, 39, 40, 43, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 82, 85, 87, 94, 98, 100, 103, 104, 109, 110, 113, 122, 123, 124, 125, 126, 127,
	128, 129, 130, 132, 137, 138, 140, 141, 145, 147, 150, 151, 152, 156, 158, 159, 162
	bipartied 14
	BPJS 66, 72, 84, 91, 92, 95, 98, 99, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 136, 137, 142, 144, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164
C	
Cakupan	2, 26, 29, 36, 37, 47, 148, 165
<i>Cost sharing</i>	11, 36, 120
D	
dana	16, 27, 28, 35, 37, 41, 42, 44, 65, 66, 76, 79, 83, 84, 85, 86, 92, 93, 95, 98, 102, 103, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 162
definitif	22
<i>demand</i>	10, 49, 65, 81, 95, 118
E	
efisiensi	10, 48, 49, 54, 55, 58, 59, 61, 78, 127, 128
ekonomi	9, 18, 22, 43, 82, 83, 113, 118, 123, 132, 133, 139, 142

F

finansial 10, 20, 22, 25, 28, 49, 58, 62, 87,
99, 162

fraud 98, 99, 100, 101, 102, 105, 106, 107,
108, 109, 111, 114

G

global budget 30, 64, 66

H

harta 12, 116

I

ICD-10 68, 74, 75

INA-CBG 67, 68, 69, 70, 71, 74, 119

INA-DRG 68

insurance 7, 15, 36, 37, 57, 80, 99, 120

J

jaminan 5, 7, 13, 17, 20, 21, 25, 26, 28, 30,
32, 34, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 49, 54, 59,
60, 71, 77, 86, 87, 90, 91, 92, 93, 94, 98,
99, 105, 108, 113, 134, 135, 140, 141,
143, 145, 150, 154, 157, 162, 165

Jaminan² 3, 4, 17, 26, 30, 40, 43, 44, 63, 66,
67, 68, 71, 72, 80, 83, 84, 85, 86, 88, 90,
91, 92, 93, 94, 97, 98, 99, 107, 108, 111,
114, 121, 134, 136, 137, 140, 142, 143,
144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152,

153, 155, 156, 157, 159, 160, 162, 164,
165

K

Kapitasi 3, 17, 23, 50, 55, 62, 64, 76, 77, 80

kebijakan 8, 31, 38, 40, 42, 84, 109, 110,
117, 125, 154

Kecurangan 98, 99, 103, 108, 109, 110, 111,
112

kelompok 9, 15, 26, 32, 38, 43, 45, 47, 50,
51, 55, 68, 72, 76, 82, 94, 102, 115, 116,
122, 153

keuntungan 18, 27, 51, 53, 56, 58, 80, 83,
92, 93, 95, 99, 102, 103, 104, 113, 120,
122, 137, 140, 141

kewajiban 12, 13, 27, 57, 82, 100

koding 68, 74, 75

komersial 12, 81, 82, 83, 89, 95, 96

Komite 30

Konsumen 47, 72

konvensional 5, 47, 60

kualitas 40, 49, 53, 54, 58, 59, 60, 61, 67, 77,
81, 119, 141

L

Limit 11

M

Managed Care 3, 48, 49, 52, 54, 60, 61, 62,
99, 112, 131

Manajemen 2, 19, 20, 23, 31, 41, 53, 59, 63, 88, 112, 121, 149, 162

mandatory 25, 33, 82, 86

medicare 38

metode 5, 54, 64, 65, 66, 67, 76, 79, 119, 137

miskin 9, 25, 43, 44, 82, 84, 85, 90, 92, 93, 94, 96, 130, 137

moral hazard 16, 17, 49, 55, 64, 105, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 162

N

NHI 2, 5, 25, 26, 28, 29, 36

NHS 6, 40, 41, 42, 46

O

Organisasi 2, 25, 26, 28, 29, 37, 41, 49, 50, 51, 52, 54, 58, 88, 89, 148

out of pocket 32, 50, 64, 65, 122, 130, 141, 159

P

paket 12, 13, 36, 37, 43, 45, 55, 57, 73, 77, 86, 95, 96, 103, 157

payment 7, 17, 57, 64, 66, 99, 119, 159

pedoman 74, 109, 110, 111, 115, 120, 127, 141

pelayanan 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47,

48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58,

59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 73, 76,

77, 78, 79, 81, 82, 83, 85, 86, 88, 90, 91,

98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106,

107, 109, 110, 111, 113, 114, 117, 118,

119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127,

128, 129, 130, 138, 140, 141, 142, 143,

147, 148, 150, 154, 156, 157, 159, 160,

162

pemerintah 12, 13, 15, 20, 24, 25, 26, 27, 28,

29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42,

43, 44, 45, 56, 60, 74, 81, 83, 84, 85, 86,

87, 88, 90, 91, 94, 101, 122, 123, 124,

137, 138, 139, 141, 143, 146, 147, 162

pemulihan 16, 92, 123

pencegahan 16, 91, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 124, 126, 153

penduduk 25, 26, 28, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 44, 53, 76, 84, 85, 86, 91, 93, 125, 132, 135, 150, 154

pengobatan 1, 8, 13, 16, 21, 29, 30, 53, 54, 55, 59, 61, 75, 87, 91, 94, 104, 114, 120, 123, 127, 128, 138, 141

penjamin 8, 57, 152

penyelenggara 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 26, 44, 45, 47, 48, 50, 64, 66, 83, 85, 87, 88, 90, 93, 94, 96, 107, 108, 122, 124, 144, 162

peserta 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19,
21, 25, 27, 28, 29, 44, 45, 47, 48, 49, 50,
52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 62, 76, 77,
78, 79, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91,
92, 93, 94, 98, 99, 101, 102, 103, 105,
113, 114, 116, 117, 118, 134, 136, 137,
138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145,
146, 147, 150, 151, 152, 153, 156, 157,
158, 159, 160, 161, 162, 164

Peserta 12, 13, 26, 29, 47, 89, 114, 136, 148,
149, 150, 152, 164, 165

polis 8, 10, 13, 22, 106

premi 5, 7, 8, 10, 12, 13, 20, 22, 23, 25, 26,
27, 28, 29, 32, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 50,
54, 57, 60, 83, 86, 91, 96, 99, 106, 129,
147, 165

Prinsip 2, 9, 10, 43, 48, 71, 92, 93

prospektif 5, 58, 61, 64, 65, 66, 67, 74, 119

provider 47, 49, 53, 54, 60, 65, 66, 67, 100,
113, 115, 117, 118, 119, 122

publik 31, 32, 34, 36, 38, 39, 40, 42, 43, 45,
98

R

rawat inap 29, 36, 40, 53, 56, 58, 62, 66, 68,
71, 114, 160

rawat jalan 29, 33, 35, 36, 40, 58, 62, 68, 79,
113, 154

regionalisasi 5, 72, 73

registrasi 26

retrospektif 5, 58, 61, 64, 65

risiko 1, 8, 9, 10, 11, 18, 19, 20, 21, 22, 23,
24, 32, 40, 47, 50, 60, 65, 78, 82, 83, 85,
113, 114, 118, 132, 133, 153, 154, 155,
156, 158, 159, 162

risk pooling 9

rumah sakit 16, 21, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 37,
38, 39, 40, 42, 43, 44, 49, 51, 53, 54, 56,
58, 68, 72, 73, 74, 79, 80, 87, 94, 105,
110, 114, 119, 127, 129, 130, 152

rutin 12, 24, 107, 145, 150, 152, 153, 155,
156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163

S

sejarah 24, 34

skema 8, 9, 10, 11, 13, 15, 20, 25, 30, 33, 52,
64, 82, 84, 87, 93, 94, 96, 102, 113, 146

statis 22

status pekerjaan 132, 133, 134, 136

subsidi 9, 15, 35, 38, 43, 44, 82, 123

sumber biaya 124

supply 10, 47, 49

T

Tarif 3, 55, 67, 71, 72, 73

tersier 33, 40, 154

tertanggung 7, 8, 9, 10, 12, 14, 28, 29, 35,
87, 101, 154

tripartied 14

U

uang 7, 8, 12, 17, 20, 22, 24, 44, 57, 65, 122,

124, 125, 130, 133

undang-undang 24

Unit Cost 78

upah 86, 132, 133, 134, 135, 147, 150

utilisasi 37, 48, 50, 58, 60, 61, 62, 77, 78, 79

LAMPIRAN

PEDOMAN WAWANCARA

**INTENSI PEKERJA SEKTOR INFORMAL UNTUK MENJADI PESERTA JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL DI KABUPATEN OGAN ILIR**

PEDOMAN WAWANCARA UNTUK PEKERJA SEKTOR INFORMAL

A. Petunjuk Umum Wawancara Mendalam

1. Ucapkan terima kasih atas kesediannya
2. Lakukan perkenalan dua arah, baik peneliti maupun informan
3. Jelaskan tujuan wawancara mendalam
4. Informan bebas mengeluarkan pendapat
5. Menjelaskan bahwa pendapat, saran, dan pengalaman informan sangat berharga
6. Dalam wawancara tidak ada jawaban benar atau salah
7. Izin penggunaan alat perekam

B. Pelaksanaan

1. Identitas Informan

Nama :

Umur :

Alamat :

Jenis Kelamin :

Pendidikan Terakhir :

Pekerjaan :

Penghasilan :

Jumlah Anggota Keluarga/ Tanggungan :

2. Keterangan Pewawancara

Nama :

Hari/Tanggal :

C. Pertanyaan

I. Sikap

a. Keyakinan Berperilaku

1. Saat ini telah banyak pemberitaan terkait pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional. Akan tetapi pemberitaan tersebut lebih cenderung ke arah negatif. Menurut anda, apa yang menjadi hambatan atau kelemahan dari program Jaminan Kesehatan Nasional ini?
2. Sakit adalah kejadian yang tidak dapat diprediksi kapan akan terjadi serta berapa besar biaya yang akan dibutuhkan. Oleh karena itu, beberapa orang memutus untuk ikut program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Saat ini anda adalah seseorang yang belum memiliki jaminan kesehatan, seberapa penting kepemilikan jaminan kesehatan menurut anda?

b. Dampak atau evaluasi terhadap perilaku

1. Program Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan telah berjalan lebih dari 3 tahun. Terdapat beberapa hal yang ditawarkan dalam program ini. Menurut anda, apa yang menjadi keunggulan atau manfaat yang akan didapatkan saat mengikuti program ini?

II. Norma Subjektif

a. Keyakinan Normatif

1. Bagaimana pendapat orang disekitar anda tentang program Jaminan Kesehatan Nasional yang ada saat ini?
2. Bagaimana pendapat orang disekitar “seandainya” anda mengikuti Jaminan Kesehatan Nasional?
3. Dukungan apa saja yang diberikan oleh orang sekitar anda terkait Jaminan Kesehatan Nasional?

• Motivasi untuk mematuhi pendapat orang lain

1. seberapa besar kecenderungan anda untuk mematuhi pendapat oleh orang lain?
2. Pendapat siapa yang paling sering anda ikuti?
3. Alasan apakah yang membuat anda mau mengikuti pendapat orang tersebut?

III. PERCEIVED BEHAVIORAL CONTROL

• Control beliefs

1. Bagaimana pendapat anda tentang penghasilan saat ini, serta bagaimana “seandainya” anda mendaftar sebagai peserta JKN yang mengharuskan anda untuk membayar iuran setiap bulan dengan jumlah penghasilan anda tersebut?
2. Bagaimana pendapat anda tentang jumlah anggota keluarga yang anda miliki dan seberapa besar “kemungkinan” untuk seluruh anggota keluarga anda terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan nasional?
3. Bagaimana persepsi anda tentang tata cara pendaftaran untuk menjadi peserta JKN?
4. Bagaimana persepsi anda tentang besar iuran yang telah ditetapkan saat ini dan bagaimana jika dikaitkan dengan keadaan ekonomi anda sebagai pekerja sektor informal?
5. Bagaimana persepsi anda tentang tata cara pembayaran iuran yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan?

6. Selain JKN, terdapat program Jamsoskes yang khusus untuk masyarakat Sumatera Selatan. Menurut persepsi anda program mana yang lebih mudah untuk anda ikuti?

- ***Perceived Power***

1. Jika dilakukan penilaian pada keadaan/situasi anda saat ini (penghasilan, jumlah anggota keluarga, tata cara pendataran, iuran, tata cara pembayaran iuran) seberapa besar kemungkinan anda menjadi peserta JKN?

IV. INTENSI MENJADI PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

- Seberapa besar intensi/minat anda untuk mendaftar sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)?
- Jika dibandingkan antara JKN dengan Jaminan Sosial Kesehatan (Jamsoskes), manakah yang lebih ingin anda ikuti? dan dapatkah anda menjelaskan alasan dibalik pemilihan tersebut?
- Menurut anda, apakah yang paling berpengaruh pada intensi/minat anda untuk mendaftar sebagai peserta jaminan kesehatan nasional?
- Menurut anda, apa tindakan yang harus dilakukan oleh pemerintah dan BPJS Kesehatan untuk membuat anda tertarik menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional?

**PEDOMAN WAWANCARA UNTUK TOKOH MASYARAKAT
DAN KEPALA BPJS OGAN ILIR**
(Variabel Sikap, *Perceived Behavior Control* dan Intensi)

A. Petunjuk Umum Wawancara Mendalam

1. Ucapkan terima kasih atas kesediannya
2. Lakukan perkenalan dua arah, baik peneliti maupun informan
3. Jelaskan tujuan wawancara mendalam
4. Informan bebas mengeluarkan pendapat
5. Menjelaskan bahwa pendapat, saran, dan pengalaman informan sangat berharga
6. Dalam wawancara tidak ada jawaban benar atau salah
7. Izin penggunaan alat perekam

B. Pelaksanaan

1. Identitas Informan
 - Nama :
 - Umur :
 - Alamat :
 - Jenis Kelamin :
 - Pendidikan Terakhir :
 - Pekerjaan :
2. Keterangan Pewawancara
 - Nama :
 - Hari/Tanggal :

C. Pertanyaan

I. Sikap

• **Keyakinan Berperilaku**

1. Program Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan telah berjalan lebih dari 3 tahun. Terdapat beberapa hal

yang ditawarkan dalam program ini. Menurut anda, apa yang menjadi keunggulan atau manfaat yang akan didapatkan saat pekerja sektor informal mengikuti program ini?

2. Saat ini telah banyak pemberitaan terkait pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional. Akan tetapi pemberitaan tersebut lebih cenderung ke arah negatif. Menurut anda, apa yang menjadi hambatan atau kelemahan dari program Jaminan Kesehatan Nasional ini yang mungkin dirasakan oleh pekerja sektor informal?

- **Dampak atau evaluasi terhadap perilaku**

1. Sakit adalah kejadian yang tidak dapat diprediksi kapan akan terjadi serta berapa besar biaya yang akan dibutuhkan. Oleh karena itu, beberapa orang memutuskan untuk ikut program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tapi sebagian besar yang ikut JKN adalah PNS, TNI, Polri dan lainnya. Masih banyak masyarakat biasa yang belum memiliki jaminan kesehatan. Bagaimana pendapat anda terkait hal tersebut?

II. PERCEIVED BEHAVIORAL CONTROL

- ***Control Beliefs***

1. Bagaimana Bagaimana pendapat anda tentang penghasilan pekerja sektor informal saat ini, serta bagaimana “seandainya” mereka mendaftar sebagai peserta JKN dengan jumlah penghasilan mereka tersebut?
2. Bagaimana pendapat anda tentang jumlah anggota keluarga yang pekerja sektor informal miliki dan seberapa besar “kemungkinan” untuk seluruh anggota keluarga mereka terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan nasional?
3. Bagaimana persepsi anda tentang tata cara pendaftaran untuk menjadi peserta JKN?
4. Bagaimana persepsi anda tentang besar iuran yang telah ditetapkan saat ini dan bagaimana jika dikaitkan dengan keadaan ekonomi yang dimiliki oleh pekerja sektor informal?

5. Bagaimana persepsi anda tentang tata cara pembayaran iuran yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan?
6. Selain JKN, terdapat program Jamsoskes yang khusus untuk masyarakat Sumatera Selatan. Menurut persepsi anda program mana yang lebih mudah untuk anda ikuti oleh pekerja sektor informal?

- ***Perceived Power***

1. Jika dilakukan penilaian pada keadaan/situasi pekerja sektor informal saat ini (penghasilan, jumlah anggota keluarga, tata cara pendaftaran, iuran, tata cara pembayaran iuran) seberapa besar kemungkinan pekerja tersebut menjadi peserta JKN?

c. INTENSI MENJADI PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

1. Menurut anda, seberapa besar intensi/minat pekerja sektor informal untuk mendaftar sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)?
2. Antara program JKN dengan Jaminan Sosial Kesehatan (Jamsoskes), menurut anda seberapa besar perbandingan jumlah pekerja sektor informal yang berminat/berintensi pada 2 (dua) program tersebut?
3. Menurut anda, apakah yang paling berpengaruh pada minat/intensi pekerja sektor informal untuk mendaftar sebagai peserta jaminan kesehatan nasional?
4. Menurut anda, apa tindakan yang harus dilakukan oleh pemerintah dan BPJS Kesehatan untuk membuat pekerja sektor informal tertarik menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional?

PEDOMAN WAWANCARA UNTUK *SIGNIFICANT OTHERS*
(Variabel Norma Subjektif)

- **Petunjuk Umum Wawancara Mendalam**

1. Ucapkan terima kasih atas kesediannya
2. Lakukan perkenalan dua arah, baik peneliti maupun informan
3. Jelaskan tujuan wawancara mendalam
4. Informan bebas mengeluarkan pendapat
5. Menjelaskan bahwa pendapat, saran, dan pengalaman informan sangat berharga
6. Dalam wawancara tidak ada jawaban benar atau salah
7. Izin penggunaan alat perekam

- **Pelaksanaan**

1. Identitas Informan

Nama :

Umur :

Alamat :

Jenis Kelamin :

Pendidikan Terakhir :

Pekerjaan :

Hubungan dengan informan:

2. Keterangan Pewawancara

Nama :

Hari/Tanggal :

DUKUNGAN *SIGNIFICANT OTHERS*

1. Seberapa sering anda membahas tentang jaminan kesehatan nasional dengan _____? Apa yang anda bahas bersama?
2. Menurut anda, seberapa penting bagi _____ untuk memiliki jaminan kesehatan dan bisakah anda menjelaskan alasannya?
3. Menurut anda, seberapa besar kemungkinan _____ untuk mendaftar sebagai peserta JKN jika dilihat dari penghasilan dan jumlah anggota keluarganya?

KUESIONER PENELITIAN

**KETERATURAN MEMBAYAR IURAN JAMINAN KESEHATAN NASIONALPADA PEKERJA SEKTOR INFORMAL
DIKABUPATEN MUSI RAWAS**

Isilah jawaban anda pada lembar yang telah disediakan.

KARAKTERISTIK RESPONDEN		Jawaban
1	Berapa usia Bapak/Ibu saat ini?	<input type="text"/>
2	Apakah pendidikan terakhir yang pernah Bapak/Ibu tempuh? 1. Tidak sekolah 2. Tidak Tamat SD 3. SD/ sederajat 4. SMP/ sederajat 5. SMA/ sederajat 6. Akademi/ Universitas	<input type="text"/>
3	Jenis kelamin anda? 1. Perempuan 2. Laki-laki	<input type="text"/>
4	Apakah pekerjaan Bapak/Ibu saat ini? 1. Karyawan swasta 2. Buruh 3. Dagang 4. Ibu Rumah Tangga 5. Petani 6. Jawaban lainnya.....	<input type="text"/>
5	Berapa rata-rata penghasilan keluarga per bulan?	Rp.....
6	Sudah berapa lama anda menjadi peserja JKN?Bulan/Tahun
7	Anda mendaftar sebagai peserta JKN dikelas berapa? 1. I 2. II 3. III	<input type="text"/>

Variabel Dependent

PERTANYAAN		Jawaban
1	Kapan anda terakhir membayar iuran JKN?	
2	Bagaimana cara anda membayar iuran setiap bulannya?	
3	Tanggal berapakah jatuh tempo pembayaran iuran setiap bulannya?	
4	Apakah anda pernah menunggak membayar iuran? Jika iya, berapa kali?	

Petunjuk pengisian:

Pilihlah jawaban yang menurut Anda paling sesuai, dengan cara memberi tanda (√) padakolom jawaban yang telah disediakan.

SS : bila anda “sangat setuju” dengan pernyataan

S : bila anda “setuju” dengan pernyataan

R : bila anda “ragu-ragu” dengan pernyataan

TS : bila anda “tidak setuju” dengan pernyataan

STS : bila anda “sangat tidak setuju” dengan pernyataan

BAGIAN A : Persepsi Kerentanan (kemungkinan mendapatkan)

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
		SS	S	R	TS	STS
1.	Saya berisiko terkena penyakit serius sehingga harus rutin membayar iuran					
2.	Saya merasa pekerjaan yang saya tekuni tidak menimbulkan penyakit sehingga tidak perlu rutin membayar rutin					
3.	Perilaku merokok membuat saya berisiko terkena penyakit jantung dan kanker sehingga harus rutinmembayar iuran.					
4.	Saya tidak memiliki riwayat penyakit yang membahayakan kesehatan dan mengancam jiwa sehingga tidak perlu rutin membayar iuran.					
5.	Saya dan anggota keluarga dalam kondisi sehat sehingga tidak perlu teratur membayar iuran JKN.					
6.	Saya merasa lingkungan sekitar rentan menyebabkan penyakit sehingga harus rutin membayar iuran JKN.					
7.	Saya merasa bahwa asupan makanan yang dikonsumsi setiap hari tidak berpotensi menimbulkan penyakit sehingga tidak perlu rutin membayar iuran JKN.					
8.	Jika saya atau istri saya sedang hamil, saya merasa perlu rutin membayar iuran.					
9.	Saya mempunyai balita dan lansia yang sering sakit, jadi harus rutin membayar iuran.					

10.	Saya merasa rentan terhadap polusi udara berupa asap kendaraan dan pabrik, sehingga harus rutin membayar iuran.					
-----	---	--	--	--	--	--

BAGIAN B :Persepsi Keseriusan/ Keparahan

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
		SS	S	R	TS	STS
1.	Saya sedang menderita penyakit yang membahayakan kesehatan dan berbiaya mahal seperti diabetes, kanker, gagal ginjal, dan jantung jadi harus rajin membayar iuran					
2.	Saya harus berobat ulang (kontrol) setiap minggu, sehingga saya rutin membayar iuran.					
3.	Saya tidak perlu cuci darah setiap bulan, jadi tidak perlu rutin membayar iuran.					

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
		SS	S	R	TS	STS
4.	Saya merasa perlu rutin membayar iuran karena sering <i>opname</i> .					
5.	Saya harus membeli obat setiap bulannya sehingga harus rutin membayar iuran.					
6.	Saya perlu rutin membayar iuran karena penyakit yang saya derita membutuhkan operasi.					
7.	Jika penyakit yang saya derita harus dirujuk ke rumah sakit provinsi, maka harus rutin membayar iuran.					
8.	Jika saya/istri saya hamil dengan posisi sungsang, saya rutin membayar iuran.					

BAGIAN C : Persepsi Manfaat / Manfaat

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
		SS	S	R	TS	STS
1.	Keuntungan kartu JKN ialah dapat digunakan diseluruh wilayah Indonesia, sehingga mendorong saya rutin membayar iuran					
2.	Jika sedang sakit saya mampu membayar biaya RStanpa menggunakan kartu JKN, sehingga tidak perlu rutin membayar iuran.					
3.	Manfaat dari rutin membayar iuran JKN dapat menjadi tabungan ketika sakit dihari tua.					
4.	Saya dapat membantu peserta dan anggota keluarga lain yang sakit dengan rutin membayar iuran.					
5.	Saat ini saya sedang tidak sakit, jadi merasa rugi jika membayar iuran JKN secara rutin					
6.	Saya berobat dengan kartu JKN dan pelayanan yang diberikan puskesmas maupun Rumah sakit memuaskan, jadi saya rutin membayar iuran.					
7.	Saya tidak rutin membayar iuran karena kualitas obat yang diberikan kurang baik.					
8.	Saya tidak mendapatkan pelayanan promotif dan preventif seperti skrining kanker, jadi saya tidak rutin membayar iuran.					

BAGIAN D : Persepsi Hambatan

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
		SS	S	R	TS	STS
1.	BPJS Kesehatan tidak memberikan pemberitahuanjatuh tempo dan penagihan iuran sehingga saya terkadang lupa membayar iuran.					
2.	Iuran JKN yang dibayarkan sangat mahal, jadi saya tidak rutin membayar iuran					
3.	Dalam keadaan darurat, peserta JKN sulit mendapatkan pengobatan. Jadi saya tidak rutin membayar iuran.					
4.	Saya harus menunggu lama saat berobat jadi saya tidak rutin membayar iuran					

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
		SS	S	R	TS	STS
5.	Biaya transport menuju lokasi membayar iuran sangat mahal, sehingga saya tidak rutin membayar iuran					
6.	Pendapatan saya tidak cukup untuk membayar iuran, jadi saya tidak teratur.					
7.	Pegawai BPJS Kesehatan tidak ramah dalam memberikan pelayanan, sehingga saya tidak rutin membayar iuran.					
8.	Denda karena saya telat membayar sangat mahal, tapi saya tetap rutin membayar iuran					

BAGIAN E : Persepsi Efikasi Diri

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
		SS	S	R	TS	STS
1.	Saya tidak yakin mampu membayar iuran JKN dengan teratur					
2.	Saya yakin jika teratur membayar iuran, tidak perlu biaya mahal untuk berobat.					
3.	Saya yakin tidak teratur membayar iuran JKN akan merugikan diri sendiri dan keluarga					
4.	Saya percaya dengan teratur membayar iuran saya dapat membantu peserta lain yang sedang sakit					
5.	Saya yakin dengan teratur membayar maka fasilitas kesehatan akan semakin baik					
6.	Saya tidak yakin dengan teratur membayar iuran saya bisa melindungi diri sendiri dan keluarga dari risiko Sakit					
7.	Saya yakin BPJS transparan mengelola iuran, jadi saya rutin membayar iuran.					

BAGIAN F : Isyarat untuk bertindak

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
		SS	S	R	TS	STS
1.	Saya rutin membayar iuran setelah mendapat sosialisasi mengenai JKN dan pentingnya teratur membayar iuran					
2.	Saya rutin membayar iuran karena dorongan iklan di televisi.					

3.	Saya tidak rutin membayar iuran karena tidak ada dorongan dari keluarga					
4.	Adanya denda bagi peserta yang tidak teratur membayar iuran membuat saya menjadi teratur membayar iuran.					
5.	Saya tidak rutin membayar iuran karena ajakan tetangga					
6.	Saya tidak mengetahui tanggal jatuh tempo, sehingga tidak rutin membayar iuran.					
7.	Saya akan mencatat kapan terakhir membayar iuran, sehingga akan rutin membayar iuran.					

GLOSARIUM

<i>Adverse selection:</i>	Keadaan dimana hanya peserta memiliki risiko tinggi yang membeli atau mendaftar sebagai peserta asuransi
<i>Adhesi:</i>	Ketidakseimbangan informasi atau pengetahuan yang dimiliki oleh peserta asuransi, badan penyelenggara asuransi serta penyedia pelayanan kesehatan
<i>BPJS kesehatan:</i>	Administrator dari jaminan kesehatan nasional yang mengumpulkan kontribusi dari pemerintah, perusahaan swasta, dan rumah tangga menjadi satu kumpulan nasional dan membeli layanan kesehatan dari penyedia publik dan swasta.
<i>Cream skimming:</i>	Strategi yang diterapkan oleh perusahaan asuransi dimana hanya calon peserta yang memiliki risiko rendahlah yang dapat bergabung dalam skema asuransi tersebut
<i>Coinsurance:</i>	Persentase biaya yang harus dibayar oleh peserta dan sisanya dibayar oleh badan penyelenggara
<i>Copayment:</i>	Sejumlah biaya tertentu yang harus dibayar peserta, di atas jumlah tersebut baru akan diganti
<i>DRG:</i>	Cara pembayaran dengan biaya satuan per diagnosis
<i>Deductible:</i>	Sejumlah biaya dalam suatu termin yang harus dikeluarkan oleh peserta sebelum badan penyelenggara asuransi membayar kewajibannya
<i>Efisiensi:</i>	Kemampuan mencapai target dengan baik dan tepat dengan tidak membuang waktu, tenaga, biaya
<i>Efektif:</i>	Dapat membawa hasil; berhasil guna
<i>Ekuitas:</i>	Kondisi/keadaan yang adil, tidak parsial dan fair
<i>Fee for services:</i>	Metode pembayaran jasa ditetapkan setelah pelayanan kesehatan yang diberikan
<i>Flat rate:</i>	Besaran biaya per-episode ketika sakit bersifat tetap
<i>Fraud:</i>	suatu bentuk kecurangan yang dapat dilakukan oleh semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan tersebut

- Inflasi:** Kemerosotan nilai uang karena banyaknya dan cepatnya uang beredar sehingga menyebabkan naiknya harga barang-barang
- Kapitasi:** Cara pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan yang didasarkan pada jumlah peserta yang dilayani dalam wilayah tertentu.
- Law of the large number:* Semakin besar atau semakin banyak masyarakat yang bergabung dalam skema asuransi tersebut maka akan semakin tinggi tingkat akurasi prediksi biaya yang dibutuhkan untuk menjamin risiko dan akan semakin tinggi tingkat efisiensi pelayanan yang didapatkan
- Missing middle:** Jumlah orang yang sedikit terdaftar di UHC dengan kuintil kekayaan Q2 - Q3 dibandingkan di kuintil lainnya
- Out of pocket:** Besaran dana yang digunakan oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan berasal dari kantong pribadi individu disebut dengan
- Pure Risks:* Risiko yang selalu menyebabkan kerugian
- Pengeluaran katastrofik:** pengeluaran medis dari rumah tangga melebihi 40% dari total pengeluaran rumah tangga
- Speculative risks:* Risiko yang bersifat spekulatif yang bisa mendatangkan rugi atau laba
- Uncertainty of loss:** Ketidakpastian kerugian berkaitan dengan waktu dan besar kerugian yang akan dialami oleh pihak bertanggung
- UHC:** Upaya dalam memastikan agar semua orang dapat menggunakan layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif yang dibutuhkan dan layanan cukup berkualitas sehingga efektif

BIBLIOGRAFI PENULIS



Haerawati Idris dilahirkan di Watampone pada tanggal 10 Maret 1986. Ia menyelesaikan S1 dan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Tahun 2012, melanjutkan pendidikan doktor di fakultas kedokteran Universitas Gadjah Mada bidang ilmu kesehatan masyarakat. Saat ini, ia aktif sebagai pengelola Jurnal ilmu kesehatan masyarakat (JIKM-SINTA3), sebagai pengajar dan peneliti di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya. Selain itu, ia aktif menulis baik buku maupun artikel penelitian. Buku yang telah terbit diantaranya: Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Asuransi Kesehatan: Konsep dan penerapan, *Back to Nature: Memanfaatkan Tanaman Obat Keluarga (TOGA)*, mutu pelayanan kesehatan, Menulis itu mudah, dan Back to Sunnah: Teori dan Kajian Empiris, Hand hygiene: panduan bagi petugas kesehatan. Beberapa artikel penelitiannya telah terbit baik di jurnal nasional terakreditasi maupun jurnal internasional bereputasi.



ISBN 978-623-399-102-5



9 786233 991025

