

ASURANSI KESEHATAN DAN PENERAPAN DI BERBAGAI NEGARA

Ferry Fadzlul Rahman, S.K.M., M.H.Kes., Ph.D.



**ASURANSI KESEHATAN
DAN PENERAPAN DI
BERBAGAI NEGARA**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

ASURANSI KESEHATAN DAN PENERAPAN DI BERBAGAI NEGARA



Ferry Fadzlul Rahman, S.K.M., M.H.Kes., Ph.D.

NCM
CV. MITRA CENDEKIA MEDIA



Asuransi Kesehatan dan Penerapan di Berbagai Negara

Ferry Fadzlul Rahman, S.K.M., M.H.Kes., Ph.D.

Editor:

Lailatul Marhamah

Desainer:

Nur Aziza

Sumber Gambar Cover:

www.canva.com

Penata Letak:

Lailatul Marhamah

Proofreader:

Tim Mitra Cendekia Media

Ukuran:

x, 104 hlm, 15,5x23 cm

ISBN:

978-623-176-373-0

Cetakan Pertama:

Januari 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Anggota IKAPI : 022/SBA/20

PENERBIT MITRA CENDEKIA MEDIA

Jorong Pale, Nagari Pematang Panjang, Kecamatan Sijunjung,
Kabupaten Sijunjung, Provinsi Sumatra Barat – Indonesia 27554

HP/WA: 0812-7574-0738

Website: www.mitracendekiamedia.com

E-mail: mitracendekiamedia@gmail.com

Daftar Isi



Prakata | ix

BAB I PENGANTAR | 1

- A. Definisi Asuransi | 1
- B. Pertimbangan dalam Memilih Asuransi | 8

BAB II ASURANSI KESEHATAN | 9

- A. Urgensi Asuransi Kesehatan | 9
- B. Peran Asuransi Kesehatan dalam Sistem Kesehatan | 12
- C. Melindungi Kesehatan dan Kesejahteraan | 17
- D. Mengurangi Beban Finansial Akibat Biaya Kesehatan | 19
- E. Mendorong Pemeliharaan Kesehatan Preventif | 21
- F. Kebijakan Indonesia terkait Asuransi Kesehatan | 24
- G. Tantangan | 27

BAB III DASAR HUKUM PENERAPAN ASURANSI KESEHATAN DI INDONESIA | 31



- A. Pengaturan Undang-undang terkait Asuransi Kesehatan | 31
- B. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengatur tentang Asuransi Kesehatan | 33

BAB IV PENGAWASAN DAN PENGATURAN ASURANSI KESEHATAN | 39

- A. Peran Otoritas Jasa Keuangan terhadap Pelaksanaan Asuransi Kesehatan di Indonesia | 39
- B. Peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) terhadap Pelaksanaan Asuransi Kesehatan di Indonesia | 42

BAB V PEMBERI LAYANAN KESEHATAN DAN JARINGAN KERJA | 45

- A. Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Tersedia | 45
- B. Jaringan Dokter dan Dokter Spesialis | 47
- C. Manfaat Jaringan Dokter dan Spesialis | 48
- D. Program Kesehatan Bersama antara Asuransi dan Penyedia Layanan Kesehatan | 49

BAB VI TANTANGAN DAN HAMBATAN DALAM PENERAPAN ASURANSI KESEHATAN | 53

- A. Peningkatan Biaya Kesehatan | 53



- B. Keterbatasan Akses Pelayanan Kesehatan | 58
- C. Penipuan dan Kecurangan Tantangan Asuransi Kesehatan | 62
- D. Upaya Pencegahan Penipuan dan Kecurangan dengan konsep Tiga Pilar Pencegahan Kolusi Asuransi Kesehatan | 65

BAB VII ASURANSI KESEHATAN DI BERBAGAI NEGARA | 69

- A. Perbandingan Model Pelayanan Kesehatan di Dunia | 71
- B. National Health Service, Model Negara-Kesejahteraan Inggris | 73
- C. Asuransi Kesehatan di Jerman | 81
- D. Sistem Pembiayaan Kesehatan di Amerika Serikat | 90

Daftar Pustaka | 99

Profil Penulis | 103



Prakata



Segala puji bagi Allah, Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ajar. Tak lupa juga mengucapkan selawat serta salam semoga senantiasa tercurah kepada Nabi Besar Muhammad saw., karena berkat beliau, kita mampu keluar dari kegelapan menuju jalan yang lebih terang.

Kami ucapkan juga rasa terima kasih kami kepada pihak-pihak yang mendukung lancarnya buku ini, mulai dari proses penulisan hingga proses cetak, yaitu orang tua kami, rekan-rekan kami, penerbit serta Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur tempat kami bernaung, dan masih banyak lagi yang tidak bisa kami sebutkan satu per satu.

Adapun, buku kami yang berjudul '*Pengantar Asuransi Kesehatan dan penerapan di berbagai Negara*' ini telah selesai kami buat secara semaksimal dan sebaik mungkin agar menjadi manfaat bagi pembaca yang membutuhkan informasi dan pengetahuan mengenai bagaimana Penerapan Asuransi Kesehatan dalam pelayanan kesehatan.

Dalam buku ini, tertulis bagaimana definisi asuransi, peran asuransi kesehatan dalam sistem kesehatan, dasar hukum penerapan asuransi kesehatan hingga penerapan



asuransi kesehatan di berbagai dunia. Materi yang disajikan yang relevan dengan mata kuliah mengenai Asuransi kesehatan yang menjadi alternatif pegangan bagi mahasiswa dan dosen yang menempuh studi di bidang pelayanan kesehatan.

Kami sadar, masih banyak luput dan kekeliruan yang tentu saja jauh dari sempurna tentang buku ini. Oleh sebab itu, kami mohon agar pembaca memberi kritik dan juga saran terhadap karya buku ini agar kami dapat terus meningkatkan kualitas buku.

Demikian buku ajar ini kami buat, dengan harapan agar pembaca dapat memahami informasi dan juga mendapatkan wawasan mengenai asuransi kesehatan bidang pelayanan kesehatan serta dapat bermanfaat bagi masyarakat dalam arti luas. Terima kasih.

Samarinda, 16 Februari 2024

Ferry Fadzlul Rahman

BAB I

PENGANTAR



A. Definisi Asuransi

Asuransi adalah perjanjian tertulis antara dua belah pihak, yaitu pihak tertanggung dan pihak penanggung (Ferry Faldzul Rahman, 2020). Pihak tertanggung membayar premi kepada pihak penanggung, dan pihak penanggung berjanji akan memberikan ganti rugi atau manfaat kepada pihak tertanggung jika terjadi sesuatu yang menimpa pihak tertanggung atau barang miliknya sesuai dengan perjanjian yang telah disepakati (Ganie, 2023).

Asuransi dapat diklasifikasikan berdasarkan jenisnya, seperti asuransi jiwa, kesehatan, dan kendaraan. Manfaat asuransi antara lain memberikan perlindungan terhadap risiko atau kerugian yang mungkin terjadi di masa depan (Ganie, 2023). Perusahaan asuransi berperan dalam mengalihkan risiko, membentuk kumpulan dana, menentukan nilai premi, dan mengurangi besarnya kerugian (Ganie, 2023). Asuransi memiliki fungsi utama dalam piramida



keuangan, yaitu perlindungan kekayaan untuk menjaga kesejahteraan masa depan.

Secara umum, asuransi dapat didefinisikan sebagai suatu mekanisme perlindungan terhadap risiko di masa yang akan datang. Risiko adalah suatu keadaan yang mengandung kemungkinan terjadi kerugian (Aziz, 2021). Risiko dapat berupa risiko pribadi, risiko properti, risiko kesehatan, atau risiko bisnis.

Berikut adalah beberapa jenis asuransi yang ada menurut Ganie (2023):

1. Asuransi Jiwa

Asuransi jiwa: memberikan perlindungan finansial bagi keluarga atau ahli waris jika pemegang polis meninggal dunia. Asuransi jiwa adalah jenis asuransi yang memberikan perlindungan finansial kepada keluarga atau ahli waris jika pemegang polis meninggal dunia. Manfaat asuransi jiwa dapat berupa uang pertanggungan yang dibayarkan secara sekaligus atau secara bertahap.

Jenis-jenis asuransi jiwa antara lain:

- a. Asuransi jiwa berjangka (*term life insurance*),
- b. Asuransi jiwa seumur hidup (*whole life insurance*),
- c. Asuransi jiwa unit *link*,
- d. Asuransi jiwa dwiguna,
- e. Asuransi jiwa syariah.



2. Asuransi kesehatan

Asuransi kesehatan: memberikan perlindungan biaya perawatan medis dan pengobatan ketika bertanggung sakit atau mengalami kecelakaan. Asuransi kesehatan adalah jenis asuransi yang memberikan perlindungan finansial terhadap biaya pengobatan jika pemegang polis sakit atau mengalami kecelakaan. Manfaat asuransi kesehatan dapat berupa biaya rawat inap, biaya rawat jalan, biaya operasi, dan biaya obat-obatan.

Jenis-jenis asuransi kesehatan antara lain:

- a. Asuransi kesehatan murni (*pure health insurance*),
- b. Asuransi kesehatan plus (*comprehensive health insurance*),
- c. Asuransi kesehatan rawat jalan (*ambulatory care insurance*),
- d. Asuransi kesehatan rawat inap (*hospital indemnity insurance*),
- e. Asuransi kesehatan rawat jalan dan rawat inap (*hospital and surgical insurance*), dan
- f. Asuransi kesehatan rawat jalan dan rawat inap plus.

3. Asuransi Kendaraan

Asuransi kendaraan: memberikan perlindungan terhadap kerugian atau kerusakan kendaraan akibat



kecelakaan, pencurian, atau kehilangan. Asuransi kendaraan bermotor adalah jenis asuransi yang memberikan perlindungan finansial terhadap kerusakan atau kehilangan kendaraan bermotor. Manfaat asuransi kendaraan bermotor dapat berupa biaya perbaikan atau penggantian kendaraan bermotor yang rusak atau hilang.

Jenis-jenis asuransi kendaraan bermotor antara lain:

- a. Asuransi tanggung jawab pihak ketiga (TLO),
- b. Asuransi tanggung jawab pihak ketiga dan kerusakan sendiri (*All Risk*),
- c. Asuransi tanggung jawab pihak ketiga dan kerusakan.

4. Asuransi Properti

Asuransi Properti: memberikan perlindungan terhadap kerugian atau kerusakan properti seperti rumah atau gedung akibat kebakaran, gempa bumi, atau bencana alam lainnya. Asuransi properti adalah jenis asuransi yang memberikan perlindungan finansial terhadap kerusakan atau kehilangan properti, seperti rumah, apartemen, kendaraan, atau barang-barang berharga lainnya. Manfaat asuransi properti dapat berupa biaya perbaikan atau penggantian properti yang rusak atau hilang.



Jenis-jenis asuransi properti antara lain:

- a. Asuransi kebakaran;
- b. Asuransi banjir;
- c. Asuransi gempa bumi;
- d. Asuransi kerusakan;
- e. Asuransi pencurian;
- f. Asuransi tanggung jawab.

5. Asuransi Pendidikan

Asuransi pendidikan: memberikan perlindungan finansial untuk biaya pendidikan anak. Asuransi pendidikan adalah produk asuransi yang memberikan perlindungan finansial untuk biaya pendidikan anak. Asuransi pendidikan dapat memberikan manfaat berupa uang pertanggungan yang dapat digunakan untuk membiayai pendidikan anak, baik pendidikan formal maupun non-formal.

Asuransi pendidikan memiliki beberapa manfaat, yaitu:

- a. Memberikan kepastian biaya pendidikan. Asuransi pendidikan dapat memberikan kepastian biaya pendidikan anak, terutama jika terjadi risiko yang tidak terduga, seperti meninggal dunia atau cacat total.
- b. Membantu meringankan beban finansial. Asuransi pendidikan dapat membantu meringankan beban



finansial orang tua dalam membiayai pendidikan anak.

- c. Memberikan rasa aman dan ketenangan pikiran. Asuransi pendidikan dapat memberikan rasa aman dan ketenangan pikiran bagi orang tua dalam merencanakan pendidikan anak.

Asuransi pendidikan memiliki beberapa jenis, yaitu:

- a. Asuransi pendidikan unit *link*. Asuransi pendidikan unit *link* adalah jenis asuransi pendidikan yang menggabungkan antara manfaat asuransi jiwa dengan manfaat investasi. Manfaat asuransi jiwa dapat digunakan untuk membiayai pendidikan anak jika terjadi risiko yang tidak terduga, sedangkan manfaat investasi dapat digunakan untuk menambah dana pendidikan anak.
- b. Asuransi pendidikan tradisional. Asuransi pendidikan tradisional adalah jenis asuransi pendidikan yang hanya memberikan manfaat asuransi jiwa. Manfaat asuransi jiwa dapat digunakan untuk membiayai pendidikan anak jika terjadi risiko yang tidak terduga.
- c. Asuransi pendidikan beasiswa. Asuransi pendidikan beasiswa adalah jenis asuransi pendidikan yang memberikan manfaat berupa



beasiswa kepada anak. Beasiswa tersebut dapat digunakan untuk membiayai pendidikan anak di perguruan tinggi.

6. Asuransi Investasi

Asuransi investasi: memberikan perlindungan finansial sekaligus investasi untuk masa depan. Asuransi investasi adalah produk asuransi yang menggabungkan antara manfaat asuransi dengan manfaat investasi. Manfaat asuransi dapat berupa uang pertanggungan yang dapat digunakan untuk melindungi diri dari risiko yang tidak terduga, sedangkan manfaat investasi dapat digunakan untuk meningkatkan nilai investasi.

Asuransi investasi memiliki beberapa manfaat, yaitu:

- a. Memberikan perlindungan finansial. Asuransi investasi dapat memberikan perlindungan finansial terhadap risiko yang tidak terduga, seperti meninggal dunia, cacat total, atau penyakit kritis.
- b. Meningkatkan nilai investasi. Asuransi investasi dapat membantu meningkatkan nilai investasi melalui pengelolaan dana investasi oleh perusahaan asuransi
- c. Memberikan rasa aman dan ketenangan pikiran. Asuransi investasi dapat memberikan rasa aman



dan ketenangan pikiran bagi pemegang polis dalam merencanakan masa depan.

- d. Asuransi tambahan (*rider*): memberikan perlindungan tambahan untuk risiko tertentu yang tidak tercakup dalam jenis asuransi utama

B. Pertimbangan dalam Memilih Asuransi

Dalam memilih asuransi, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, menurut M. Agustina (2019) yaitu:

1. Kebutuhan dan kemampuan finansial. Pilihlah asuransi pendidikan yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan finansial Anda.
2. Manfaat asuransi. Pastikan asuransi pendidikan yang Anda pilih memberikan manfaat yang sesuai dengan kebutuhan Anda.
3. Premi asuransi. Pertimbangkan premi asuransi yang Anda harus bayarkan setiap bulannya.
4. Perusahaan asuransi. Pilihlah perusahaan asuransi yang memiliki reputasi baik dan terpercaya.
5. Asuransi pendidikan dapat menjadi salah satu alternatif untuk mempersiapkan biaya pendidikan anak. Namun, sebelum membeli asuransi pendidikan, pastikan Anda memahami manfaat dan risiko dari produk tersebut.

BAB II

ASURANSI KESEHATAN



A. Urgensi Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan memiliki peranan yang krusial dalam menjaga kesejahteraan dan stabilitas keuangan individu serta keluarga. Salah satu aspek utama yang menunjukkan pentingnya asuransi kesehatan adalah perlindungan finansial yang diberikannya (Sunarti, Ghozali, Haris, Rahman, & Rahman, 2020). Dalam menghadapi biaya kesehatan yang tinggi, asuransi kesehatan berfungsi sebagai perisai yang mampu mengurangi beban finansial yang mungkin timbul akibat perawatan medis intensif atau pengobatan jangka panjang (Thabrany, Gani, Pujiyanto, & Mahlil, 2020). Lebih dari sekadar melindungi secara finansial, asuransi kesehatan juga memastikan akses lebih mudah dan terjangkau ke layanan kesehatan berkualitas melalui jaringan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Tidak hanya memberikan keamanan finansial, asuransi kesehatan juga mendorong pemegang polis untuk mengadopsi gaya hidup sehat dan menjaga



kesehatan preventif. Melalui program pencegahan dan promosi kesehatan, asuransi kesehatan dapat menawarkan insentif bagi pemegang polis yang aktif dalam menjaga kesehatan, serta menyediakan dukungan untuk kesehatan mental. Hal ini mencerminkan evolusi peran asuransi kesehatan dari sekadar pembiayaan pengobatan menjadi mitra dalam upaya pencegahan penyakit (Sari & Idris, 2019).

Selain itu, asuransi kesehatan juga menawarkan ketahanan finansial dalam keadaan darurat kesehatan. Dengan jaminan ketersediaan dana tanpa harus mengurus tabungan, individu dapat merasa lebih aman dan siap menghadapi situasi darurat tanpa khawatir tentang dampak finansial yang signifikan (Erlangga, Suhrcke, Ali, & Bloor, 2019). Keseluruhan, asuransi kesehatan tidak hanya memberikan perlindungan terhadap risiko kesehatan, tetapi juga berperan dalam membangun masyarakat yang lebih sehat dan ekonomi yang lebih stabil.

Asuransi kesehatan bukan hanya sebuah layanan keuangan, melainkan merupakan investasi penting dalam kesejahteraan dan keberlanjutan masyarakat. Urgensi asuransi kesehatan juga tercermin dalam kemampuannya untuk merangsang pemberdayaan individu dan masyarakat dalam menghadapi tantangan



kesehatan (Erlangga et al., 2019). Dengan adanya perlindungan finansial yang diberikan, asuransi kesehatan memungkinkan individu untuk fokus pada upaya pencegahan penyakit, pemeriksaan berkala, dan perawatan yang diperlukan tanpa khawatir akan beban finansial yang dapat merugikan.

Selain itu, asuransi kesehatan juga mendukung kelancaran sistem kesehatan secara keseluruhan. Dengan memberikan jaminan pembayaran kepada penyedia layanan kesehatan, asuransi kesehatan ikut mendukung keberlanjutan pelayanan medis dan pengembangan fasilitas kesehatan (Dartanto et al., 2020). Hal ini menjadi penting terutama dalam situasi krisis kesehatan atau pandemi, di mana asuransi kesehatan dapat berperan sebagai pemangku kepentingan utama dalam menjaga stabilitas sistem kesehatan.

Asuransi kesehatan juga memiliki dampak ekonomi positif dengan mengurangi tekanan biaya kesehatan bagi pemerintah dan masyarakat umumnya. Dengan mengelola risiko secara kolektif, asuransi kesehatan membantu mencegah kemungkinan peningkatan beban pada anggaran kesehatan negara dan memungkinkan pemerintah untuk mengalokasikan sumber daya ke sektor lain yang membutuhkan perhatian (Sari & Idris, 2019).



Selain itu, urgensi asuransi kesehatan juga tercermin dalam kontribusinya terhadap peningkatan kualitas hidup. Melalui akses terhadap pelayanan kesehatan berkualitas dan dukungan untuk kesehatan mental, asuransi kesehatan membantu individu untuk menjalani kehidupan yang produktif dan berkualitas (Sunarti et al., 2020). Keseluruhan, asuransi kesehatan bukan hanya melindungi individu dari risiko kesehatan, tetapi juga berperan dalam membangun masyarakat yang lebih tangguh, sehat, dan berdaya.

B. Peran Asuransi Kesehatan dalam Sistem Kesehatan

Asuransi kesehatan memiliki peran integral dalam mendukung keberlanjutan sistem kesehatan dan akses pelayanan medis yang berkualitas. Salah satu aspek utama adalah memberikan akses lebih mudah dan terjangkau terhadap layanan kesehatan melalui jaringan penyedia yang telah disepakati (M. Agustina, 2019). Sebagai sumber pendanaan tambahan, asuransi kesehatan membantu membiayai operasional penyedia layanan kesehatan dan merangsang keberlanjutan sistem kesehatan secara keseluruhan. Selain itu, asuransi kesehatan berperan dalam manajemen risiko kesehatan, dengan menyebarkan beban finansial secara adil dan



membantu individu maupun kelompok menghadapi risiko kesehatan (Dartanto et al., 2020).

Program pencegahan dan promosi kesehatan yang ditawarkan oleh asuransi kesehatan tidak hanya mencakup pemeriksaan berkala, tetapi juga mendorong gaya hidup sehat, yang dapat mengurangi kebutuhan perawatan intensif di masa depan (Ferry Fadzlul Rahman, 2019). Dalam situasi krisis kesehatan, peran asuransi kesehatan menjadi sangat signifikan karena dapat membantu menjaga stabilitas sistem kesehatan dan menyediakan sumber daya finansial bagi penyedia layanan kesehatan. Asuransi kesehatan juga memainkan peran penting dalam pemeliharaan kesehatan masyarakat, dengan memberikan insentif kepada pemegang polis untuk menjaga kesehatan mereka (Sari & Idris, 2019).

Selain itu, kemampuan asuransi kesehatan untuk bernegosiasi dengan penyedia layanan kesehatan terkait harga dan kualitas pelayanan merupakan langkah menuju terciptanya lingkungan di mana pelayanan kesehatan lebih terjangkau dan berkualitas. Keseluruhan, asuransi kesehatan bukan hanya merupakan bentuk perlindungan finansial individu, tetapi juga merupakan pemain kunci dalam membentuk sistem kesehatan yang



lebih efisien, inklusif, dan berkelanjutan (Thabrany et al., 2020).

Berikut adalah beberapa aspek kunci peran asuransi kesehatan dalam sistem kesehatan, menurut Adiyanta (2020):

1. **Pemberian Akses Pelayanan Kesehatan:** Asuransi kesehatan membantu meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan berkualitas. Melalui jaringan penyedia layanan yang disepakati, pemegang polis dapat dengan mudah mendapatkan perawatan medis tanpa harus khawatir akan biaya yang tinggi.
2. **Pembiayaan Pelayanan Kesehatan:** Asuransi kesehatan berperan sebagai sumber pendanaan tambahan untuk sistem kesehatan. Premi yang dikumpulkan dari peserta asuransi digunakan untuk membayar biaya pengobatan dan operasional penyedia layanan kesehatan, membantu menjaga keberlanjutan pelayanan medis.
3. **Manajemen Risiko Kesehatan:** Asuransi kesehatan membantu dalam manajemen risiko kesehatan baik secara individu maupun kolektif. Dengan mengumpulkan risiko kesehatan dari sejumlah peserta, asuransi kesehatan dapat menyebarkan



beban finansial secara lebih adil dan mengurangi dampak yang mungkin ditanggung secara pribadi.

4. Pencegahan dan Promosi Kesehatan: Beberapa asuransi kesehatan menawarkan program pencegahan dan promosi kesehatan, seperti pemeriksaan kesehatan berkala dan program gaya hidup sehat. Ini dapat membantu mencegah penyakit dan mengurangi kebutuhan perawatan intensif di masa mendatang.
5. Stabilisasi Sistem Kesehatan dalam Krisis: Asuransi kesehatan dapat berperan penting dalam membantu stabilitas sistem kesehatan, terutama dalam menghadapi krisis kesehatan atau pandemi. Dengan menyediakan jaminan pembayaran, asuransi kesehatan dapat membantu menjaga kelancaran pelayanan dan memastikan ketersediaan dana bagi penyedia layanan kesehatan.
6. Kontribusi terhadap Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat: Melalui insentif dan program pencegahan, asuransi kesehatan dapat berkontribusi pada pemeliharaan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Dengan mendorong pemegang polis untuk menjaga kesehatan mereka, asuransi kesehatan turut mendukung tujuan kesejahteraan masyarakat.



7. **Negosiasi Harga dan Kualitas Pelayanan:** Asuransi kesehatan memiliki kekuatan untuk bernegosiasi dengan penyedia layanan kesehatan terkait harga dan kualitas pelayanan. Ini dapat membantu menciptakan lingkungan di mana penyedia layanan kesehatan diberdayakan untuk memberikan pelayanan yang lebih baik dengan biaya yang lebih terjangkau.

Selain itu, asuransi kesehatan juga memiliki dampak positif dalam mendukung pemeliharaan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Melalui program pencegahan dan promosi kesehatan, asuransi kesehatan memberikan insentif kepada pemegang polis untuk mengadopsi gaya hidup sehat dan mengikuti pemeriksaan berkala, yang pada akhirnya dapat mengurangi angka kejadian penyakit. Dengan demikian, asuransi kesehatan tidak hanya berfokus pada pengobatan penyakit, tetapi juga memainkan peran kunci dalam mendorong prinsip pencegahan.

Pentingnya asuransi kesehatan juga tercermin dalam kemampuannya untuk berkontribusi pada negosiasi harga dan kualitas pelayanan kesehatan (Suryati & Agustianto, 2023). Dengan memiliki basis peserta yang besar, asuransi kesehatan dapat menjalin kerja sama yang lebih baik dengan penyedia layanan kesehatan untuk mencapai kesepakatan harga yang lebih



terjangkau dan menekan biaya pelayanan medis. Hal ini menciptakan suasana di mana pelayanan kesehatan menjadi lebih terjangkau bagi seluruh masyarakat, mengarah pada peningkatan aksesibilitas dan kualitas layanan.

Dengan berbagai perannya tersebut, asuransi kesehatan bukan sekadar mekanisme perlindungan keuangan, tetapi juga menjadi agen perubahan positif dalam membentuk sistem kesehatan yang adaptif, efisien, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat (Suryati & Agustianto, 2023). Dengan mendorong pencegahan, bernegosiasi untuk harga yang lebih baik, dan memberikan akses pelayanan medis yang lebih mudah, asuransi kesehatan memberikan kontribusi yang signifikan terhadap upaya mencapai kesehatan masyarakat yang optimal.

C. Melindungi Kesehatan dan Kesejahteraan

Asuransi kesehatan memegang peranan sentral dalam melindungi kesehatan dan kesejahteraan individu serta masyarakat secara keseluruhan. Fokus utama asuransi kesehatan adalah memberikan perlindungan finansial terhadap risiko biaya kesehatan yang tidak terduga. Dalam melaksanakan fungsi ini, asuransi kesehatan memberikan jaminan kepada pemegang polis bahwa



mereka dapat mengakses layanan kesehatan yang diperlukan tanpa harus khawatir tentang beban finansial yang berlebihan (Ganie, 2023).

Asuransi kesehatan juga memiliki peran proaktif dalam mendorong pemegang polis untuk menjaga kesehatan mereka melalui program pencegahan dan promosi kesehatan (Ferry Fadzlul Rahman, 2019). Dengan memberikan insentif untuk pemeriksaan kesehatan berkala, vaksinasi, dan gaya hidup sehat, asuransi kesehatan tidak hanya memberikan perlindungan terhadap risiko penyakit, tetapi juga mendukung upaya pencegahan penyakit secara keseluruhan.

Tidak hanya pada tingkat individu, asuransi kesehatan juga berkontribusi pada stabilitas sistem kesehatan secara lebih luas. Dengan menyebarkan risiko finansial ke seluruh peserta asuransi, asuransi kesehatan membantu menjaga kelancaran pelayanan kesehatan dan merangsang pembangunan fasilitas kesehatan (Thabrany et al., 2020). Ini menjadi sangat krusial terutama dalam menghadapi tantangan kesehatan besar, seperti pandemi, di mana asuransi kesehatan dapat berperan dalam menstabilkan sistem kesehatan dan memberikan sumber daya finansial yang diperlukan.



Dengan menjunjung tinggi nilai kesehatan sebagai aset utama, asuransi kesehatan memberikan ketenangan pikiran kepada masyarakat, memungkinkan mereka untuk fokus pada pemeliharaan kesehatan dan gaya hidup yang sehat. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa asuransi kesehatan bukan sekadar produk keuangan, tetapi mitra strategis dalam upaya melindungi dan meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan individu dan masyarakat secara keseluruhan.

D. Mengurangi Beban Finansial Akibat Biaya Kesehatan

Asuransi kesehatan memegang peranan kritis dalam mengurangi beban finansial yang dapat timbul akibat biaya kesehatan yang tinggi. Biaya pengobatan dan perawatan medis dapat menjadi beban keuangan yang berat, terutama dalam situasi kejadian kesehatan yang tidak terduga atau membutuhkan perawatan intensif. Asuransi kesehatan berfungsi sebagai perisai finansial, memberikan jaminan bahwa pemegang polis tidak akan terbebani secara ekonomi saat menghadapi kebutuhan kesehatan mendesak (Agusmidah, Khakim, Wijayanti, & Sirait, 2019).

Dengan membayar premi asuransi kesehatan, pemegang polis dapat memperoleh perlindungan terhadap risiko finansial yang dapat muncul akibat biaya



medis. Dalam hal ini, asuransi kesehatan menghadirkan kepastian bahwa pemegang polis dapat mengakses layanan kesehatan yang diperlukan tanpa perlu merasa cemas tentang kemungkinan biaya yang terlalu tinggi (Sunarti et al., 2020).

Selain itu, asuransi kesehatan juga dapat memberikan manfaat tambahan dalam bentuk pemeliharaan kesehatan preventif. Dengan mendorong pemegang polis untuk berpartisipasi dalam program pencegahan dan peningkatan gaya hidup sehat, asuransi kesehatan tidak hanya memberikan perlindungan terhadap risiko kesehatan, tetapi juga mengurangi kemungkinan munculnya penyakit yang memerlukan perawatan mahal (Kuka, 2020).

Pentingnya asuransi kesehatan dalam mengurangi beban finansial juga terlihat pada kemampuannya untuk menyediakan akses terhadap layanan kesehatan berkualitas tanpa mengorbankan stabilitas keuangan (M. Agustina, 2019). Dengan adanya asuransi kesehatan, individu dapat merasa lebih aman dan siap menghadapi kondisi kesehatan tanpa harus mengorbankan tabungan atau aset lainnya.

Dengan demikian, asuransi kesehatan tidak hanya memberikan perlindungan finansial tetapi juga memberikan ketenangan pikiran, memungkinkan



individu untuk fokus pada pemeliharaan kesehatan mereka tanpa terbebani oleh kekhawatiran finansial.

E. Mendorong Pemeliharaan Kesehatan Preventif

Asuransi kesehatan tidak hanya berfungsi sebagai penanggung risiko finansial terkait biaya kesehatan, melainkan juga berperan proaktif dalam mendorong pemeliharaan kesehatan preventif (Anita & Febriawati, 2019). Melalui berbagai program dan insentif, asuransi kesehatan memberikan dorongan bagi pemegang polis untuk aktif terlibat dalam upaya pencegahan penyakit. Program pemeriksaan berkala dan vaksinasi menjadi salah satu cara di mana asuransi kesehatan memberikan fasilitas kesehatan preventif dengan biaya terjangkau atau bahkan gratis, memberikan pemegang polis insentif untuk melakukan pemeriksaan rutin dan mendapatkan vaksinasi penting. Selain itu, adanya program kesehatan dan kebugaran yang disediakan oleh asuransi kesehatan memberikan dukungan dalam mempromosikan gaya hidup sehat, nutrisi, dan kegiatan fisik (Kuka, 2020).

Pemberian insentif untuk gaya hidup sehat, seperti berpartisipasi dalam program kebugaran atau mengikuti program diet, menjadi langkah positif untuk merangsang pemeliharaan kesehatan. Selain itu, asuransi kesehatan juga berperan sebagai penyedia informasi dan



edukasi kesehatan, meningkatkan kesadaran tentang pentingnya pencegahan penyakit, deteksi dini, dan gaya hidup sehat (Kuka, 2020). Dengan memudahkan akses ke layanan preventif dan menyediakan berbagai insentif, asuransi kesehatan membentuk paradigma baru dalam mendukung masyarakat agar lebih proaktif dalam menjaga kesehatan mereka, menciptakan lingkungan yang mendorong pemeliharaan kesehatan preventif dan pencegahan penyakit secara menyeluruh.

Asuransi kesehatan tidak hanya berperan dalam melindungi finansial dari risiko biaya kesehatan, tetapi juga memainkan peran proaktif dalam mendorong pemeliharaan kesehatan preventif (Erlangga et al., 2019). Melalui berbagai program dan insentif, asuransi kesehatan memberikan dukungan untuk upaya pencegahan penyakit dan promosi gaya hidup sehat. Berikut adalah beberapa cara di mana asuransi kesehatan mendorong pemeliharaan kesehatan preventif:

1. Pemeriksaan Berkala dan Vaksinasi: Asuransi kesehatan sering kali menawarkan pemeriksaan berkala dan vaksinasi secara gratis atau dengan biaya yang sangat terjangkau. Ini memberikan insentif kepada pemegang polis untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin dan mendapatkan



vaksinasi yang diperlukan untuk mencegah penyakit tertentu.

2. Program Kesehatan dan Kebugaran: Beberapa asuransi kesehatan menyediakan program kesehatan dan kebugaran yang mencakup dukungan untuk gaya hidup sehat, nutrisi, dan kegiatan fisik. Pemegang polis dapat memanfaatkan program ini untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit.
3. Insentif untuk Gaya Hidup Sehat: Asuransi kesehatan dapat memberikan insentif atau diskon premi kepada pemegang polis yang aktif dalam menjaga kesehatan dan mengadopsi gaya hidup sehat. Hal ini dapat mencakup berpartisipasi dalam program kebugaran, mengikuti program diet, atau berhenti merokok.
4. Edukasi Kesehatan: Asuransi kesehatan juga berperan sebagai sumber informasi dan edukasi kesehatan. Memberikan informasi kepada pemegang polis tentang pentingnya pencegahan penyakit, deteksi dini, dan gaya hidup sehat dapat merangsang kesadaran akan pentingnya pemeliharaan kesehatan preventif.
5. Akses Mudah ke Layanan Preventif: Dengan memiliki asuransi kesehatan, pemegang polis lebih cenderung mencari layanan pencegahan penyakit karena biaya yang terkait dengan pemeriksaan atau tindakan preventif menjadi lebih terjangkau atau bahkan gratis.



Melalui inisiatif-inisiatif ini, asuransi kesehatan bukan hanya sebagai pemecah masalah saat penyakit sudah muncul, tetapi juga sebagai mitra dalam mendukung upaya masyarakat untuk menerapkan gaya hidup sehat dan mencegah timbulnya penyakit. Dengan memotivasi dan memfasilitasi pemeliharaan kesehatan preventif, asuransi kesehatan berkontribusi secara positif dalam menciptakan masyarakat yang lebih sehat dan berdaya.

F. Kebijakan Indonesia Terkait Asuransi Kesehatan

Kebijakan pemerintah Indonesia terkait asuransi kesehatan diarahkan untuk mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC), yaitu akses yang merata terhadap layanan kesehatan bermutu bagi seluruh penduduk Indonesia. Kebijakan tersebut diwujudkan melalui berbagai program, menurut Saputra et al. (2021) antara lain:

1. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

JKN adalah program asuransi kesehatan sosial yang memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.



2. Program Jaminan Kesehatan Keluarga (Jaminan Kesehatan Keluarga)

Jaminan Kesehatan Keluarga (Jaminan Kesehatan Keluarga) adalah program asuransi kesehatan bagi keluarga miskin dan rentan miskin. Jaminan Kesehatan Keluarga diselenggarakan oleh Kementerian Sosial.

3. Program Kartu Indonesia Sehat (KIS)

Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah kartu identitas bagi peserta JKN dan Jaminan Kesehatan Keluarga. KIS dapat digunakan untuk mengakses layanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan Kementerian Sosial.

Kebijakan pemerintah Indonesia terkait asuransi kesehatan telah menunjukkan hasil yang positif. Pada tahun 2023, jumlah peserta JKN telah mencapai 238 juta jiwa, atau sekitar 83% dari total penduduk Indonesia (Yuliasuti & Jawahir, 2023). Hal ini menunjukkan bahwa akses terhadap layanan kesehatan telah semakin merata di Indonesia.

Namun, masih ada beberapa tantangan yang perlu dihadapi dalam mewujudkan UHC menurut R. Agustina et al. (2019), antara lain:

1. Perlunya peningkatan kualitas layanan Kesehatan. Peningkatan kualitas layanan kesehatan diperlukan



untuk memastikan bahwa peserta JKN dapat memperoleh layanan kesehatan yang bermutu.

2. Perlunya penguatan sistem informasi. Penguatan sistem informasi diperlukan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan program asuransi kesehatan.

Berikut adalah beberapa tambahan mengenai kebijakan pemerintah Indonesia terkait asuransi kesehatan:

1. Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). BPJS Kesehatan dibentuk pada tahun 2014 untuk menyelenggarakan program JKN. BPJS Kesehatan merupakan Badan Layanan Umum (BLU) yang bertanggung jawab kepada Presiden.
2. Peningkatan kepesertaan JKN. Pemerintah terus berupaya untuk meningkatkan kepesertaan JKN. Hal ini dilakukan melalui berbagai upaya, antara lain:
 - a. Pemberlakuan iuran JKN yang terjangkau,
 - b. Pembiayaan iuran JKN melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN),
 - c. Pembentukan program Kartu Indonesia Sehat (KIS),
 - d. Peningkatan kualitas layanan kesehatan.



Pemerintah juga terus berupaya untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Hal ini dilakukan melalui berbagai upaya, antara lain:

- a. Peningkatan sarana dan prasarana Kesehatan,
- b. Peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan,
- c. Peningkatan standar pelayanan kesehatan.

3. Pengembangan Sistem Informasi

Pemerintah juga terus mengembangkan sistem informasi untuk mendukung penyelenggaraan program asuransi kesehatan. Hal ini dilakukan melalui berbagai upaya, antara lain:

- a. Pengembangan sistem informasi manajemen kepesertaan,
- b. Pengembangan sistem informasi manajemen pelayanan kesehatan,
- c. Pengembangan sistem informasi keuangan.

G. Tantangan

Selain tantangan yang telah disebutkan sebelumnya, terdapat beberapa tantangan lain yang perlu dihadapi dalam mewujudkan UHC, antara lain: Perlunya peningkatan kesadaran masyarakat tentang pentingnya asuransi Kesehatan. Perlunya dukungan dari semua pihak, termasuk pemerintah, swasta, dan masyarakat



Beberapa kebijakan pemerintah Indonesia terkait asuransi Kesehatan menurut Wiseman et al. (2018):

1. Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). BPJS Kesehatan dibentuk pada tahun 2014 untuk menyelenggarakan program JKN. BPJS Kesehatan merupakan Badan Layanan Umum (BLU) yang bertanggung jawab kepada Presiden.
2. Peningkatan kepesertaan JKN. Pemerintah terus berupaya untuk meningkatkan kepesertaan JKN. Hal ini dilakukan melalui berbagai upaya, antara lain:
 - a. Pemberlakuan iuran JKN yang terjangkau,
 - b. Pembiayaan iuran JKN melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN),
 - c. Pembentukan program Kartu Indonesia Sehat (KIS).
3. Peningkatan kualitas layanan Kesehatan. Pemerintah juga terus berupaya untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Hal ini dilakukan melalui berbagai upaya, antara lain:
 - a. Peningkatan sarana dan prasarana Kesehatan,
 - b. Peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan,
 - c. Peningkatan standar pelayanan kesehatan.



4. Pengembangan sistem informasi

Pemerintah juga terus mengembangkan sistem informasi untuk mendukung penyelenggaraan program asuransi kesehatan. Hal ini dilakukan melalui berbagai upaya, antara lain:

- a. Pengembangan sistem informasi manajemen kepesertaan.
- b. Pengembangan sistem informasi manajemen pelayanan kesehatan.
- c. Pengembangan sistem informasi keuangan.



BAB III

Dasar Hukum Penerapan Asuransi Kesehatan di Indonesia



A. Pengaturan Undang-undang Terkait Asuransi Kesehatan

Aturan undang-undang terkait asuransi kesehatan di Indonesia diatur dalam beberapa undang-undang, antara lain:

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU SJSN merupakan undang-undang dasar yang mengatur tentang penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia, termasuk jaminan sosial kesehatan. UU SJSN mengamanatkan bahwa setiap orang berhak memperoleh jaminan sosial, termasuk jaminan sosial kesehatan.
2. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). UU BPJS merupakan undang-undang yang mengatur tentang pembentukan dan penyelenggaraan BPJS Kesehatan.



BPJS Kesehatan merupakan Badan Layanan Umum (BLU) yang bertanggung jawab kepada Presiden dan menyelenggarakan program jaminan sosial kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia.

3. Undang-Undang Onibuslaw Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. UU Kesehatan mengatur tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia, termasuk penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan. UU Kesehatan mengamanatkan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan terjangkau.

Selain undang-undang tersebut, terdapat beberapa peraturan perundang-undangan lain yang mengatur tentang asuransi kesehatan, antara lain:

1. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional. Perpres Nomor 82 Tahun 2018 merupakan peraturan presiden yang mengatur tentang penyelenggaraan program jaminan sosial kesehatan. Perpres ini merupakan peraturan pelaksana dari UU SJSN dan UU BPJS.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional. Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 merupakan peraturan menteri kesehatan yang



mengatur tentang pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta jaminan sosial kesehatan.

3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2019 tentang Tata Cara Pembiayaan Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional. Permenkes Nomor 11 Tahun 2019 merupakan peraturan menteri kesehatan yang mengatur tentang tata cara pembiayaan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta jaminan sosial kesehatan.

B. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengatur tentang Asuransi Kesehatan

Dalam aturan tersebut membahas beberapa aturan antara lain Pembaharuan dan penyesuaian terhadap ketentuan yang telah diatur dalam Omnibus Law. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 memuat pembaharuan dan penyesuaian terhadap ketentuan yang telah diatur dalam Omnibus Law, antara lain:

1. Penambahan ketentuan tentang kewajiban seluruh penduduk Indonesia untuk menjadi peserta JKN tanpa terkecuali.
2. Penyesuaian besaran iuran JKN berdasarkan golongan peserta.



3. Penambahan ketentuan tentang pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dalam penyelenggaraan JKN.

Penyelenggaraan JKN yang lebih komprehensif. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 mengatur tentang penyelenggaraan JKN yang lebih komprehensif, antara lain:

1. Penambahan cakupan manfaat JKN, termasuk pelayanan kesehatan promotif dan preventif, pelayanan kesehatan penunjang, dan pelayanan kesehatan rehabilitasi.
2. Penambahan fasilitas kesehatan yang dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, termasuk fasilitas kesehatan swasta.
3. Penambahan mekanisme koordinasi antar penyelenggara jaminan kesehatan, termasuk asuransi kesehatan komersial.

Berikut adalah beberapa ketentuan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 terkait asuransi kesehatan secara lebih rinci:

1. Pasal 20

Pasal ini mengatur tentang kewajiban seluruh penduduk Indonesia untuk menjadi peserta JKN. Pasal ini mengamanatkan bahwa setiap orang, baik warga



negara Indonesia maupun warga negara asing yang tinggal di Indonesia, wajib menjadi peserta JKN.

2. Pasal 21

Pasal ini mengatur tentang besaran iuran JKN. Pasal ini mengamanatkan bahwa besaran iuran JKN ditetapkan berdasarkan golongan peserta, yaitu:

- a. Golongan I: peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) dengan gaji paling tinggi Rp 15.000.000,00 per bulan;
- b. Golongan II: peserta PPU dengan gaji lebih dari Rp 15.000.000,00 per bulan;
- c. Golongan III: peserta Bukan Peserta Penerima Upah (BPPU) dengan penghasilan paling tinggi Rp 8.000.000,00 per bulan;
- d. Golongan IV: peserta BPPU dengan penghasilan lebih dari Rp 8.000.000,00 per bulan; dan
- e. Golongan V: peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI).

3. Pasal 22

Pasal ini mengatur tentang sumber pembiayaan JKN. Pasal ini mengamanatkan bahwa sumber pembiayaan JKN terdiri dari iuran peserta, dana pemerintah, dan sumber lain yang sah.



4. Pasal 23

Pasal ini mengatur tentang penyelenggaraan JKN. Pasal ini mengamanatkan bahwa JKN diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan.

5. Pasal 24

Pasal ini mengatur tentang pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dalam penyelenggaraan JKN. Pasal ini mengamanatkan bahwa BPJS Kesehatan wajib memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi dalam penyelenggaraan JKN.

6. Pasal 25

Pasal ini mengatur tentang cakupan manfaat JKN. Pasal ini mengamanatkan bahwa cakupan manfaat JKN meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan promotif dan preventif;
- b. Pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif;
- c. Pelayanan kesehatan penunjang;
- d. Pelayanan gawat darurat;
- e. Pelayanan ibu dan anak;
- f. Pelayanan penyakit katastropik;
- g. Pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat gigi;
- h. Pelayanan kefarmasian;
- i. Pelayanan alat kesehatan;
- j. Pelayanan transportasi rujukan; dan
- k. Pelayanan lainnya yang ditetapkan oleh Menteri.



7. Pasal 26

Pasal ini mengatur tentang fasilitas kesehatan yang dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Pasal ini mengamanatkan bahwa fasilitas kesehatan yang dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan meliputi:

- a. Fasilitas kesehatan milik pemerintah;
- b. Fasilitas kesehatan milik swasta; dan
- c. Fasilitas kesehatan lainnya yang ditetapkan oleh Menteri.

8. Pasal 27

Pasal ini mengatur tentang mekanisme koordinasi antar penyelenggara jaminan kesehatan. Pasal ini mengamanatkan bahwa penyelenggaraan jaminan kesehatan dapat dilaksanakan dengan koordinasi antar penyelenggara jaminan, termasuk asuransi kesehatan komersial.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 diharapkan dapat menjadi instrumen untuk mewujudkan Universal Health Coverage (UHC) di Indonesia.



BAB IV

Pengawasan dan Pengaturan Asuransi Kesehatan



A. Peran Otoritas Jasa Keuangan terhadap Pelaksanaan Asuransi Kesehatan di Indonesia

Otoritas Jasa Keuangan (OJK) memiliki peran penting dalam pengawasan dan pengaturan asuransi kesehatan di Indonesia. OJK memiliki kewenangan untuk mengawasi dan mengatur semua lembaga jasa keuangan, termasuk perusahaan asuransi kesehatan.

Kewenangan OJK dalam pengawasan dan pengaturan asuransi kesehatan diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Dalam melaksanakan tugasnya, OJK memiliki beberapa tujuan, antara lain:



1. Menjaga stabilitas sistem keuangan,
2. Meningkatkan perlindungan konsumen,
3. Meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan daya saing industri jasa keuangan.

OJK melaksanakan pengawasan dan pengaturan asuransi kesehatan melalui beberapa kegiatan, antara lain:

1. Perizinan dan Registrasi

OJK memiliki kewenangan untuk memberikan izin dan registrasi kepada perusahaan asuransi kesehatan. Izin usaha perusahaan asuransi kesehatan diberikan kepada perusahaan yang memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh OJK. Registrasi perusahaan asuransi kesehatan dilakukan untuk memastikan bahwa perusahaan tersebut telah memenuhi ketentuan yang ditetapkan oleh OJK.

2. Penilaian Kesehatan

OJK memiliki kewenangan untuk melakukan penilaian kesehatan terhadap perusahaan asuransi kesehatan. Penilaian kesehatan dilakukan untuk memastikan bahwa perusahaan tersebut memiliki tingkat kesehatan yang memadai untuk menjalankan usahanya.



3. Pengawasan dan Pemeriksaan

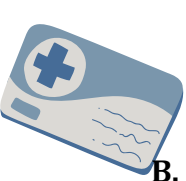
OJK memiliki kewenangan untuk melakukan pengawasan dan pemeriksaan terhadap perusahaan asuransi kesehatan. Pengawasan dan pemeriksaan dilakukan untuk memastikan bahwa perusahaan tersebut telah menjalankan usahanya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

4. Sanksi

OJK memiliki kewenangan untuk memberikan sanksi kepada perusahaan asuransi kesehatan yang melanggar ketentuan yang berlaku. Sanksi yang dapat diberikan oleh OJK berupa:

- a. Teguran tertulis,
- b. Pembatasan kegiatan usaha,
- c. Pencabutan izin usaha.

OJK terus berupaya untuk meningkatkan pengawasan dan pengaturan asuransi kesehatan di Indonesia. Hal ini dilakukan untuk mewujudkan industri asuransi kesehatan yang sehat dan melindungi kepentingan konsumen.



B. Peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Terhadap pelaksanaan asuransi kesehatan di Indonesia

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) memiliki peran penting dalam pelaksanaan asuransi kesehatan di Indonesia. BPJS merupakan Badan Layanan Umum (BLU) yang dibentuk oleh pemerintah untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Peran BPJS terhadap pelaksanaan asuransi kesehatan di Indonesia meliputi:

1. Penyelenggara Program JKN

BPJS merupakan penyelenggara program JKN yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia. BPJS bertanggung jawab untuk memberikan perlindungan kesehatan kepada seluruh peserta JKN.

2. Pengelola Dana JKN

BPJS bertanggung jawab untuk mengelola dana JKN yang berasal dari iuran peserta, dana pemerintah, dan sumber lain yang sah. Dana JKN digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKN.

3. Penyedia Layanan Kesehatan

BPJS bekerja sama dengan fasilitas kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN. BPJS bertanggung jawab untuk menetapkan



standar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKN.

4. Penyedia Informasi dan Edukasi

BPJS bertanggung jawab untuk memberikan informasi dan edukasi kepada masyarakat tentang JKN. BPJS juga bertanggung jawab untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya asuransi kesehatan.

Berikut adalah beberapa tugas dan fungsi BPJS terkait pelaksanaan asuransi kesehatan di Indonesia:

1. Tugas

- a. Penyelenggaraan program JKN,
- b. Pengelolaan dana JKN,
- c. Pembiayaan pelayanan kesehatan,
- d. Kerja sama dengan fasilitas kesehatan,
- e. Penyediaan informasi dan edukasi.

2. Fungsi

- a. Penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia.
- b. Pengelolaan dana jaminan sosial kesehatan.
- c. Pembiayaan pelayanan kesehatan bagi peserta jaminan sosial kesehatan.
- d. Kerja sama dengan fasilitas kesehatan dalam penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan.



- e. Penyediaan informasi dan edukasi kepada masyarakat tentang jaminan sosial kesehatan.

BPJS terus berupaya untuk meningkatkan pelaksanaan asuransi kesehatan di Indonesia. Hal ini dilakukan untuk mewujudkan Universal Health Coverage (UHC) di Indonesia.

BAB V

Pemberi Layanan Kesehatan dan Jaringan Kerja

A. Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Tersedia

Pemberi layanan kesehatan adalah pihak yang menyediakan layanan kesehatan kepada masyarakat. Pemberi layanan kesehatan di Indonesia terdiri dari:

1. Pemerintah

Pemerintah menyediakan layanan kesehatan melalui fasilitas kesehatan milik pemerintah, seperti rumah sakit pemerintah, puskesmas, dan poliklinik pemerintah.

2. Swasta

Swasta menyediakan layanan kesehatan melalui fasilitas kesehatan milik swasta, seperti rumah sakit swasta, klinik swasta, dan apotek swasta.

3. Organisasi Nirlaba

Organisasi nirlaba menyediakan layanan kesehatan melalui fasilitas kesehatan milik organisasi nirlaba,



seperti rumah sakit umum, rumah sakit khusus, dan puskesmas.

4. Jaringan Kerja Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Tersedia

Jaringan kerja rumah sakit dan fasilitas kesehatan tersedia di seluruh Indonesia, mulai dari tingkat provinsi, kabupaten/kota, hingga kecamatan. Jaringan kerja ini bertujuan untuk memudahkan masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan.

BPJS Kesehatan bekerja sama dengan berbagai pemberi layanan kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN. Kerja sama ini dilakukan melalui mekanisme penjaminan.

Peserta JKN dapat berobat ke fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan disebut sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL).

FKTP adalah fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan tingkat pertama. FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan meliputi:

- a. Puskesmas;
- b. Poliklinik;



c. Dokter praktik perorangan.

FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut. FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan meliputi:

- a. Rumah sakit;
- b. Rumah sakit khusus;
- c. Klinik.

Peserta JKN dapat berobat ke FKTP tanpa perlu membayar iuran. Jika peserta JKN memerlukan pelayanan kesehatan di FKRTL, maka peserta JKN wajib membayar iuran sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

B. Jaringan Dokter dan Dokter Spesialis

Jaringan dokter dan spesialis di Indonesia terdiri dari berbagai macam dokter, termasuk dokter umum, dokter gigi, dan dokter spesialis. Dokter umum adalah dokter yang memiliki kompetensi untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar. Dokter spesialis adalah dokter yang memiliki kompetensi untuk memberikan pelayanan kesehatan di bidang tertentu, seperti penyakit dalam, bedah, ortopedi, dan lain-lain.

Jaringan dokter dan spesialis di Indonesia dapat diakses melalui berbagai macam media, termasuk:

1. BPJS Kesehatan;



2. Layanan Telemedisin;
3. Klinik dan Rumah Sakit;
4. Situs Web dan Aplikasi Kesehatan

BPJS Kesehatan menyediakan layanan pencarian dokter dan spesialis melalui situs web dan aplikasinya. Layanan ini memudahkan peserta JKN untuk menemukan dokter dan spesialis yang sesuai dengan kebutuhannya.

Layanan telemedisin juga dapat digunakan untuk mengakses jaringan dokter dan spesialis. Layanan ini memungkinkan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter secara online.

Klinik dan rumah sakit juga menyediakan layanan pencarian dokter dan spesialis. Layanan ini dapat digunakan oleh masyarakat umum untuk menemukan dokter dan spesialis yang sesuai dengan kebutuhannya.

Situs web dan aplikasi kesehatan juga dapat digunakan untuk mengakses jaringan dokter dan spesialis. Situs web dan aplikasi ini biasanya menyediakan informasi tentang dokter dan spesialis, termasuk profil, kompetensi, dan jadwal praktik.

C. Manfaat Jaringan Dokter dan Spesialis

Jaringan dokter dan spesialis di Indonesia memiliki beberapa manfaat, antara lain:



1. Memudahkan masyarakat dalam mengakses layanan Kesehatan.
2. Meningkatkan kualitas layanan kesehatan.
3. Meningkatkan efisiensi layanan kesehatan.

Jaringan dokter dan spesialis memudahkan masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan. Masyarakat dapat menemukan dokter dan spesialis yang sesuai dengan kebutuhannya dengan mudah. Jaringan dokter dan spesialis juga meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Dokter dan spesialis yang tergabung dalam jaringan ini memiliki kompetensi yang terjamin. Jaringan dokter dan spesialis juga meningkatkan efisiensi layanan kesehatan. Dokter dan spesialis dapat bekerja sama untuk memberikan layanan kesehatan yang lebih efektif dan efisien.

D. Program Kesehatan Bersama antara Asuransi dan Penyedia Layanan Kesehatan

Asuransi dan penyedia layanan kesehatan dapat bekerja sama untuk mengembangkan program kesehatan bersama. Program ini bertujuan untuk meningkatkan akses, kualitas, dan efisiensi layanan kesehatan.

Ada berbagai macam program kesehatan bersama yang dapat dikembangkan oleh asuransi dan penyedia layanan kesehatan. Beberapa contohnya adalah:



1. Program Koordinasi Manfaat

Program ini bertujuan untuk menghindari duplikasi manfaat yang diberikan oleh asuransi dan penyedia layanan kesehatan. Misalnya, asuransi memberikan manfaat rawat inap, sedangkan penyedia layanan kesehatan memberikan manfaat kamar rawat inap. Dalam hal ini, asuransi dapat membayarkan manfaat rawat inap, sedangkan penyedia layanan kesehatan dapat memberikan diskon atau potongan harga untuk kamar rawat inap.

2. Program Rujukan

Program ini bertujuan untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Misalnya, asuransi dapat bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan untuk mengembangkan sistem rujukan. Sistem ini memungkinkan pasien untuk dirujuk ke penyedia layanan kesehatan yang lebih kompeten jika diperlukan.

3. Program Pencegahan

Program ini bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit. Misalnya, asuransi dapat bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan untuk mengembangkan program edukasi kesehatan.



Program ini dapat memberikan informasi kepada masyarakat tentang cara mencegah penyakit.

4. Program Peningkatan Kualitas

Program ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Misalnya, asuransi dapat bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan untuk mengembangkan program akreditasi. Program ini bertujuan untuk memastikan bahwa penyedia layanan kesehatan memenuhi standar kualitas tertentu.

Program kesehatan bersama dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak, termasuk:

1. Peserta asuransi :Peserta asuransi dapat memperoleh manfaat yang lebih baik, seperti akses yang lebih luas ke layanan kesehatan, kualitas layanan kesehatan yang lebih baik, dan biaya yang lebih rendah.
2. Asuransi :Asuransi dapat mengurangi risiko kerugian dan meningkatkan efisiensi.
3. Penyedia layanan Kesehatan: Penyedia layanan kesehatan dapat meningkatkan pendapatan dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan.

Program kesehatan bersama dapat menjadi salah satu strategi untuk mewujudkan Universal Health Coverage (UHC) di Indonesia. UHC adalah upaya untuk memastikan bahwa seluruh penduduk Indonesia memiliki akses ke layanan kesehatan yang berkualitas.



BAB VI

Tantangan dan Hambatan dalam Penerapan Asuransi Kesehatan

A. Peningkatan Biaya Kesehatan

Peningkatan biaya kesehatan di Indonesia merupakan isu yang kompleks dan multifaktorial. Salah satu faktor yang turut berperan adalah keberadaan asuransi kesehatan. Asuransi kesehatan memberikan perlindungan finansial kepada pemegang polisnya jika mereka jatuh sakit atau mengalami kecelakaan (M. Agustina, 2019). Hal ini menyebabkan masyarakat menjadi lebih berani untuk mengakses layanan kesehatan, baik rawat jalan maupun rawat inap.

Berdasarkan data dari Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI), klaim asuransi kesehatan di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2023, klaim asuransi kesehatan mencapai Rp158,5 triliun, meningkat 35,1% dari tahun sebelumnya (Suryati & Agustianto, 2023). Kenaikan klaim asuransi kesehatan ini didorong oleh beberapa faktor, antara lain:



1. Peningkatan kesadaran masyarakat akan pentingnya Kesehatan.
2. Peningkatan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan.
3. Peningkatan biaya layanan kesehatan.

Peningkatan biaya layanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang paling signifikan dalam mendorong kenaikan klaim asuransi kesehatan. Menurut data dari Badan Pusat Statistik (BPS), rata-rata biaya perawatan kesehatan di Indonesia meningkat sebesar 15% per tahun (Djamhari, Ramdlaningrum, Layyinah, Chrisnahutama, & Prasetya, 2021). Kenaikan biaya layanan kesehatan ini disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain:

1. Kemajuan teknologi medis,
2. Peningkatan permintaan layanan kesehatan,
3. Peningkatan biaya tenaga kerja.

Peningkatan biaya layanan kesehatan yang tidak diimbangi dengan peningkatan kemampuan masyarakat untuk membayarnya, dapat menyebabkan peningkatan premi asuransi kesehatan. Hal ini dapat membuat asuransi kesehatan menjadi kurang terjangkau bagi masyarakat berpenghasilan rendah.

Selain itu, peningkatan klaim asuransi kesehatan juga dapat menyebabkan peningkatan beban finansial



bagi perusahaan asuransi. Hal ini dapat menyebabkan perusahaan asuransi meningkatkan biaya premi asuransi kesehatan untuk menutupi biaya klaim yang meningkat.

Oleh karena itu, penting bagi masyarakat untuk memahami dampak dari keberadaan asuransi kesehatan terhadap peningkatan biaya kesehatan. Masyarakat perlu bijak dalam memilih produk asuransi kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan finansialnya.

Berikut adalah beberapa hal yang dapat ditambahkan untuk memperkaya informasi tentang dampak asuransi kesehatan terhadap peningkatan biaya kesehatan:

1. Pengaruh Asuransi Kesehatan terhadap Peningkatan Permintaan Layanan Kesehatan

Asuransi kesehatan dapat meningkatkan permintaan layanan kesehatan dengan cara menghilangkan hambatan finansial bagi masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan. Hal ini dapat menyebabkan masyarakat menjadi lebih sering menggunakan layanan kesehatan, baik untuk kondisi yang ringan maupun berat.

2. Pengaruh Asuransi Kesehatan terhadap Peningkatan Biaya Layanan Kesehatan

Peningkatan permintaan layanan kesehatan yang disebabkan oleh asuransi kesehatan dapat



berkontribusi terhadap peningkatan biaya layanan kesehatan. Hal ini karena penyedia layanan kesehatan perlu meningkatkan kapasitasnya untuk memenuhi permintaan yang meningkat. Selain itu, penyedia layanan kesehatan juga dapat memanfaatkan keberadaan asuransi kesehatan untuk menaikkan harga layanannya.

3. Pengaruh Asuransi Kesehatan terhadap Keadilan Akses Layanan Kesehatan

Asuransi kesehatan dapat meningkatkan keadilan akses layanan kesehatan dengan cara memberikan perlindungan finansial kepada masyarakat yang membutuhkan. Hal ini dapat membantu masyarakat berpenghasilan rendah untuk mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas, tanpa khawatir akan biaya yang tinggi.

4. Kebijakan Pemerintah untuk Mengatasi Dampak Asuransi Kesehatan Terhadap Peningkatan Biaya Kesehatan

Pemerintah dapat mengambil beberapa kebijakan untuk mengatasi dampak asuransi kesehatan terhadap peningkatan biaya kesehatan. Beberapa kebijakan yang dapat dilakukan antara lain:

- a. Meningkatkan regulasi untuk mengendalikan biaya layanan Kesehatan,



- b. Menyediakan layanan kesehatan publik yang berkualitas dan terjangkau,
- c. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan dan pencegahan penyakit.

Berikut adalah beberapa contoh kebijakan pemerintah yang dapat diterapkan untuk mengatasi dampak asuransi kesehatan terhadap peningkatan biaya kesehatan:

a. Regulasi untuk mengendalikan biaya layanan kesehatan

Pemerintah dapat mengeluarkan regulasi untuk mengendalikan biaya layanan kesehatan, seperti:

- 1) Penetapan tarif layanan kesehatan yang wajar,
- 2) Pembatasan besaran biaya administrasi dan keuntungan penyedia layanan Kesehatan,
- 3) Peningkatan transparansi informasi tentang biaya layanan Kesehatan.

b. Layanan kesehatan publik yang berkualitas dan terjangkau

Pemerintah dapat meningkatkan kualitas dan keterjangkauan layanan kesehatan publik, seperti:

- 1) Meningkatkan investasi di bidang kesehatan.
- 2) Meningkatkan efisiensi pengelolaan layanan kesehatan publik.



3) Menerapkan sistem distribusi layanan kesehatan yang merata.

c. Kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan dan pencegahan penyakit

Pemerintah dapat meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan dan pencegahan penyakit, seperti:

- 1) Kampanye edukasi Kesehatan.
- 2) Pemberdayaan masyarakat untuk mengelola kesehatannya sendiri.
- 3) Peningkatan akses masyarakat terhadap informasi kesehatan.

Dengan menerapkan kebijakan-kebijakan tersebut, diharapkan dampak asuransi kesehatan terhadap peningkatan biaya kesehatan dapat diminimalisasi.

B. Keterbatasan Akses Pelayanan Kesehatan

Keterbatasan akses pelayanan kesehatan merupakan salah satu tantangan terbesar dalam pelaksanaan asuransi kesehatan. Keterbatasan akses ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain:

1. Faktor Geografis

Faktor geografis merupakan salah satu faktor utama yang menyebabkan keterbatasan akses pelayanan



kesehatan. Di Indonesia, masih banyak wilayah yang sulit dijangkau oleh fasilitas kesehatan. Hal ini disebabkan oleh faktor-faktor seperti kondisi geografis yang sulit, minimnya infrastruktur, dan kurangnya tenaga medis.

2. Faktor Ekonomi

Faktor ekonomi juga menjadi salah satu faktor yang menyebabkan keterbatasan akses pelayanan kesehatan. Biaya pelayanan kesehatan yang tinggi dapat menjadi hambatan bagi masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan. Hal ini terutama terjadi pada masyarakat berpenghasilan rendah.

3. Faktor Sosial

Faktor sosial juga dapat menjadi faktor yang menyebabkan keterbatasan akses pelayanan kesehatan. Misalnya, masyarakat yang tinggal di daerah terpencil atau terisolasi sering kali memiliki akses yang terbatas terhadap informasi tentang pelayanan kesehatan. Hal ini dapat menyebabkan masyarakat terlambat untuk mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan.

Keterbatasan akses pelayanan kesehatan dapat berdampak negatif terhadap kesehatan masyarakat. Masyarakat yang tidak memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai berisiko



mengalami penyakit yang lebih parah dan dapat meningkatkan angka kematian.

Untuk mengatasi tantangan keterbatasan akses pelayanan kesehatan, diperlukan upaya-upaya dari berbagai pihak, baik pemerintah, swasta, maupun masyarakat. Upaya-upaya yang dapat dilakukan antara lain:

4. Pemerintah

Pemerintah dapat mengambil berbagai kebijakan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan, seperti:

- a. Meningkatkan investasi di bidang Kesehatan,
- b. Membangun fasilitas kesehatan di daerah-daerah yang sulit dijangkau,
- c. Menyediakan layanan kesehatan gratis atau bersubsidi bagi masyarakat berpenghasilan rendah,
- d. Meningkatkan sosialisasi tentang pentingnya kesehatan dan pelayanan kesehatan.

5. Swasta

Swasta dapat berkontribusi dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan dengan cara:

- a. Menawarkan produk asuransi kesehatan yang terjangkau bagi masyarakat berpenghasilan rendah.



- b. Membangun fasilitas kesehatan di daerah-daerah yang sulit dijangkau.
- c. Menyediakan layanan kesehatan berkualitas dengan harga yang terjangkau.

6. Masyarakat

Masyarakat juga dapat berperan dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan dengan cara:

- a. Meningkatkan kesadaran tentang pentingnya kesehatan dan pelayanan Kesehatan,
- b. Melakukan upaya pencegahan penyakit,
- c. Membantu pemerintah dan swasta dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan.

Dengan kerja sama dari berbagai pihak, diharapkan tantangan keterbatasan akses pelayanan kesehatan dapat diatasi dan masyarakat dapat memperoleh akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Dampak terhadap kesehatan Masyarakat. Keterbatasan akses pelayanan kesehatan dapat berdampak negatif terhadap kesehatan masyarakat, antara lain:

- a. Peningkatan angka kematian,
- b. Peningkatan angka kesakitan,
- c. Peningkatan biaya kesehatan,
- d. Peningkatan beban ekonomi masyarakat.



7. Peran Teknologi

Teknologi dapat berperan dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan, antara lain:

- a. *Telemedicine*,
- b. *Telehealth*,
- c. Teknologi informasi dan komunikasi.

8. Peran Inovasi

Inovasi dapat berperan dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan, antara lain:

- a. Model pembiayaan yang inovatif,
- b. Model layanan kesehatan yang inovatif,
- c. Model teknologi yang inovatif.

Dengan adanya upaya-upaya dari berbagai pihak dan peran teknologi serta inovasi, diharapkan tantangan keterbatasan akses pelayanan kesehatan dapat diatasi dan masyarakat dapat memperoleh akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.

C. Penipuan dan Kecurangan Tantangan Asuransi Kesehatan

Penipuan dan kecurangan adalah tantangan besar bagi industri asuransi kesehatan. Penipuan dapat dilakukan oleh berbagai pihak, termasuk penyedia layanan kesehatan, pasien, dan bahkan perusahaan asuransi sendiri (Sunarti et al., 2020). Kecurangan dapat



menyebabkan kerugian finansial yang signifikan bagi perusahaan asuransi dan pada akhirnya dapat membebani konsumen.

1. Jenis-jenis Penipuan dan Kecurangan

Terdapat berbagai jenis penipuan dan kecurangan yang dapat terjadi di asuransi kesehatan. Beberapa jenis penipuan yang umum terjadi antara lain:

- a. Penipuan klaim, yaitu tindakan mengajukan klaim palsu atau berlebihan untuk mendapatkan pembayaran dari perusahaan asuransi.



Gambar Penipuan klaim asuransi kesehatan

- b. Pemalsuan, yaitu tindakan membuat atau mengubah dokumen palsu untuk mendapatkan manfaat asuransi.



- Petensi Fraud dan Moral Hazard dalam pelaksanaan JKN**
1. Reputasi:
 - a. Pendaftaran kepesertaan
 - b. Adverse selection
 2. Pelayanan:
 - a. Pelayanan di FKTP
 - b. Pelayanan di FKRTL
 3. Pembayaran iuran
 4. Aksesibilitas Pelayanan
 5. Kerja sama/tingkat antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas

Adverse Selection

- Menjadi peserta pada saat sakit dan menyangkal membayar iuran pada saat sehat
- Terjadi pada PPSU (Mandul, gigitan, ada treatment khusus)
- Mempengaruhi keseluruhan pelayanan BPJS Kesehatan
- Perlu sosialisasi yang terus menerus tentang adanya "waiting period"

Fraud oleh BPJS Kesehatan

1. Melakukan kerjasama dengan Peserta untuk menyetujui identitas Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan
2. Melakukan kerjasama dengan Peserta di Fasilitas Kesehatan untuk mengajukan klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan

Gambar Pemalsuan asuransi kesehatan

- c. Pelayanan yang tidak perlu, yaitu tindakan penyedia layanan kesehatan memberikan layanan yang tidak perlu kepada pasien untuk mendapatkan pembayaran dari perusahaan asuransi.



- d. Kolusi, yaitu kerja sama antara penyedia layanan kesehatan dan pasien untuk melakukan penipuan asuransi.



2. Dampak Penipuan dan Kecurangan

Penipuan dan kecurangan dapat berdampak negatif bagi industri asuransi kesehatan, antara lain:

- a. Meningkatnya biaya asuransi, karena perusahaan asuransi perlu menaikkan premi untuk menutupi kerugian akibat penipuan dan kecurangan.
- b. Menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap asuransi, karena masyarakat khawatir bahwa mereka akan menjadi korban penipuan.
- c. Memperburuk kualitas layanan kesehatan, karena perusahaan asuransi mungkin akan mengurangi cakupan manfaat atau menaikkan biaya layanan untuk menutupi kerugian akibat penipuan.

D. Upaya Pencegahan Penipuan dan Kecurangan dengan konsep Tiga Pilar Pencegahan Kolusi Asuransi Kesehatan

Kolusi adalah kerja sama antara dua atau lebih pihak untuk melakukan penipuan atau kecurangan. Kolusi dapat terjadi di berbagai bidang, termasuk asuransi kesehatan. Dalam asuransi kesehatan, kolusi dapat terjadi antara penyedia layanan kesehatan dan pasien, atau antara penyedia layanan kesehatan dan perusahaan asuransi (Wiseman et al., 2018).



Tiga pilar utama yang dapat digunakan untuk mencegah kolusi dalam asuransi kesehatan adalah:

1. Peningkatan Kesadaran Masyarakat

Masyarakat perlu menyadari bahwa kolusi dalam asuransi kesehatan adalah tindakan ilegal dan dapat merugikan mereka. Edukasi tentang kolusi asuransi kesehatan dapat diberikan melalui berbagai media, seperti media massa, sekolah, dan organisasi masyarakat.

Peningkatan kesadaran masyarakat tentang kolusi asuransi kesehatan dapat dilakukan melalui berbagai cara, antara lain:

- a. Edukasi melalui media massa, seperti televisi, radio, dan media cetak.
- b. Edukasi melalui sekolah, dengan memasukkan materi tentang kolusi asuransi kesehatan ke dalam kurikulum pendidikan.
- c. Edukasi melalui organisasi masyarakat, dengan mengadakan sosialisasi atau seminar tentang kolusi asuransi kesehatan.

2. Peningkatan Pengawasan oleh Pemerintah

Pemerintah perlu memperkuat regulasi dan meningkatkan penegakan hukum terhadap kolusi asuransi kesehatan. Regulasi yang kuat dapat membantu mencegah kolusi dengan menetapkan



standar dan sanksi yang jelas. Penegakan hukum yang tegas dapat memberikan efek jera bagi pelaku kolusi.

Pemerintah dapat memperkuat regulasi terhadap kolusi asuransi kesehatan dengan cara:

- a. Menerbitkan peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang kolusi asuransi kesehatan.
- b. Menetapkan standar dan sanksi yang jelas untuk pelaku kolusi asuransi kesehatan.
- c. Pemerintah juga dapat meningkatkan penegakan hukum terhadap kolusi asuransi kesehatan dengan cara: Meningkatkan jumlah personel yang menangani kasus kolusi asuransi kesehatan. Meningkatkan kerja sama dengan lembaga penegak hukum lainnya, seperti kepolisian dan kejaksaan.

3. Peningkatan Teknologi

Teknologi dapat digunakan untuk mendeteksi dan mencegah kolusi. Teknologi yang dapat digunakan antara lain adalah sistem identifikasi risiko, analisis data, dan kecerdasan buatan.

Teknologi yang dapat digunakan untuk mendeteksi dan mencegah kolusi asuransi kesehatan antara lain:



- a. Sistem identifikasi risiko, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi pola-pola yang mencurigakan dalam klaim asuransi kesehatan.
- b. Analisis data, yang dapat digunakan untuk menganalisis data klaim asuransi kesehatan untuk mencari potensi kolusi.
- c. Kecerdasan buatan, yang dapat digunakan untuk mendeteksi dan mencegah kolusi secara otomatis.

Pemerintah dan perusahaan asuransi dapat bekerja sama untuk mengembangkan dan menggunakan teknologi ini untuk mencegah kolusi asuransi kesehatan. Dengan adanya ketiga pilar ini, diharapkan kolusi dalam asuransi kesehatan dapat dicegah dan diminimalisasi.

BAB VII

ASURANSI KESEHATAN DI BERBAGAI NEGARA

Kesehatan adalah kebutuhan dasar manusia yang turut menjadi pilar keberhasilan pembangunan suatu Negara. Berdasarkan deklarasi hak asasi manusia dalam pasal 25 kesehatan merupakan bagian dari salah satu poin yang wajib di penuhi. Dalam lingkup aturan nasional hak atas kesehatan tertuang dalam undang-undang kesehatan nomor 36 tahun 2009 yang berisi setiap orang berhak untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Negara memiliki kewajiban untuk menjamin kesehatan warganya tanpa terkecuali terutama dalam hal pembiayaan serta penyediaan fasilitas kesehatan, untuk memenuhi hal tersebut diperlukan sistem yang diberi nama Universal Health Coverage (cakupan kesehatan universal).

Cakupan kesehatan universal berarti bahwa orang memiliki akses ke layanan kesehatan yang mereka butuhkan (pencegahan, promosi, perawatan, rehabilitasi dan perawatan paliatif) tanpa risiko kesulitan keuangan ketika membayar untuk mereka.



Ini membutuhkan sistem kesehatan yang efisien yang menyediakan layanan berkualitas baik, tenaga kesehatan, obat-obatan dan teknologi. Ini juga membutuhkan sistem pembiayaan untuk melindungi orang dari kesulitan keuangan dan pemiskinan dari biaya perawatan kesehatan.

Akses ke layanan kesehatan memastikan orang sehat; sementara perlindungan risiko keuangan mencegah orang dari terdorong ke dalam kemiskinan. Oleh karena itu, cakupan kesehatan universal adalah komponen penting dari pembangunan berkelanjutan dan pengurangan kemiskinan, dan elemen kunci untuk mengurangi ketidaksetaraan sosial.

Cakupan kesehatan universal bukanlah sesuatu yang dapat dicapai dalam semalam, tetapi semua negara dapat mengambil tindakan untuk bergerak lebih cepat ke arah itu, atau untuk mempertahankan keuntungan yang telah mereka buat.

Salah satu alasan besarnya adalah bahwa model ekonomi-sosial dalam negeri mereka adalah negara kesejahteraan atau *welfare-state*. Model ekonomi-sosial ini menjadi semacam fondasi bagi segala bentuk ekonomi lain, seperti perdagangan, pasar keuangan (*financial market*), ekspor-impor dan sebagainya (Friedman, 2020). Jika hari ini Uni-Eropa dapat 'mengamankan' warga negara mereka dari 'amukan globalisasi, 60% kontribusi itu berasal dari model negara-kesejahteraan yang diterapkan.



Secara sederhana, model ini memadukan kebijakan sosial (terutama ketenagakerjaan, kesehatan, dan pendidikan) dengan pemajuan partisipasi ekonomi domestik dan internasional. layanan kesehatan (*health-service*), salah satu pilar penting dalam model negara-kesejahteraan. Inggris, salah satu negara anggota Uni-Eropa, mempunyai model layanan kesehatan yang dikagumi dunia (selain Swedia). Inggris tetap dapat memelihara akses layanan kesehatan bebas biaya, meski mengembangkan ekonomi terbuka yang 'lebih terbuka' daripada negara seperti Perancis dan Jerman. Artinya, bertentangan dengan pendapat umum bahwa ekonomi terbuka tidak berarti harus membuat layanan kesehatan menjadi tidak bisa disediakan. Selanjutnya, kita akan lihat beberapa penggambaran berikut:

A. Perbandingan Model Pelayanan Kesehatan di Dunia

Perbandingan berikut dipaparkan, semoga dapat menjelaskan:

Tabel 1 Perbandingan model layanan kesehatan

<i>Criteria</i>	<i>General taxation (e.g. UK)</i>	<i>Social insurance (eg. Germany)</i>	<i>Private insurance (e.g. USA)</i>
Efisiensi Makro	-Global, anggaran dengan tunai terbatas -kontrol biaya yang kuat	-Sistem yang bergantung pada permintaan (<i>demand-led systems</i>) kontrol biaya lemah - anggaran global dengan kontrol biaya yang kuat	- bergantung pada permintaan (<i>demand-led</i>) dan tidak ada anggaran global. Kontrol biaya lemah.



Criteria	General taxation (e.g. UK)	Social insurance (eg. Germany)	Private insurance (e.g. USA)
		- Transparansi pembayaran yang meningkatkan kesadaran pengguna/ pembayar	
Mikro efisiensi <i>Micro efficiency</i>	- Biaya administrasi yang kecil - insentif kerja bergantung pada bentuk perpajakan	- asuransi berlapis dan dana orang sakit meningkatkan biaya administrasi - pajak bagi tenaga kerja (<i>tax on employment</i>)	- asuransi berlapis membuat biaya transaksi dan administrasi menjadi tinggi - asuransi berdasar tenaga-kerja menjadi 'pajak bagi tenaga kerja
tingkat kesetaraan (<i>Equity</i>)	- mencakup semua warga tanpa kecuali (<i>universal coverage</i>) - pembayaran terkait dengan kemampuan membayar sebagaimana ditetapkan melalui sistem pajak	- cakupan <i>hampir universal (near to universal coverage)</i> - Pembayaran terkait dengan kemampuan untuk membayar - dapat <i>lebih atau kurang</i> progresif daripada sistem berdasar pajak (<i>tax-based system</i>)	- ada jurang besar dalam soal cakupan - pungutan/ kontribusi berdasarkan tingkat risiko dan bukan kemampuan membayar - Lebih tinggi risiko, lebih tinggi pembayaran
Choice	- tidak ada pilihan dalam soal tingkat kontribusi	- pilihan sedikit dalam soal tingkat pungutan/kontribusi, tetapi pada dasarnya ada beberapa pilihan antara penyedia asuransi	- banyak pilihan dalam soal asuransi premium (tingkat atas) (dan paket tunjangan/manfaat yang terkait
Transparansi	- kaitan antara pajak pembayaran dengan pengeluaran dalam layanan kesehatan	- ada pajak yang dipatok (<i>earmarked</i>), menjadi sebuah kaitan antara pembayaran dan pengeluaran dalam layanan kesehatan	- kaitan yang amat erat antara pembayaran dengan tunjangan/manfaat individu

Source: Robinson et. al. 1994)



Berikut perbandingan penyelenggara pembiayaan kesehatan dan penyedia layanan kesehatan di berbagai negara (Hasbullah Thabrany):

Penyediaan pelayanan kesehatan	Pembiayaan	
	Publik	Swasta
Publik	Inggris	Indonesia dan Negara berkembang lainnya
Swasta	Kanada, Jerman, Jepang, Korea, Taiwan, dan negara-negara maju lainnya	Amerika

B. National Health Service, Model Negara-Kesejahteraan Inggris

“The government...want to ensure that in the future every man, woman, and child can rely on getting...the best medical and other facilities available; that their getting them shall not depend on whether they can for them or any other factor irrelevant to real need” (National Health Service Whitepaper, 1944).

1. A country Fit for Heroes’

Dalam Perang Dunia II, sebenarnya Inggris berada pada posisi defensif, karena merupakan satu dari sedikit negara yang dapat bertahan dari ekspansi Nazi-Jerman. Hanya ketika Jepang menyeret Amerika Serikat dalam perang terbuka (akibat serangan ke Pearl Harbour), maka serangan besar-besaran dapat dilakukan pada 6 Juni 1944 (dikenal dengan sebutan



Battle of Normandy –bisa dilihat di film *Saving Private Ryan* atau dalam serial *Band of Brothers*). Namun, sejak Inggris merespons penyerbuan Polandia dan negara-negara Eropa lain, maka Inggris menyatakan Perang melawan Nazi-Jerman di tahun 1939. Sejak saat itu, korban berjatuhan di pihak Inggris.

Pemerintahan Nasional bersatu di bawah PM Winston Churchill kemudian menyiapkan kerangka pertahanan bersenjata skala besar. Yang menarik adalah bahwa pada saat yang sama, PM Churchill juga menugaskan sebuah proses penyusunan ‘kebijakan-kesejahteraan’. Tahun 1941-1942, sebuah panitia bekerja untuk kepentingan itu. Panitia ini dipimpin oleh Beveridge, sehingga hasil dari panitia ini disebut dengan *Beveridge Plan*. *Beveridge Plan* ini kemudian dituangkan dalam beberapa legislasi-layanan publik:

- a. 1944 Butler Act yang mereformasi persekolahan, dan komitmen lapangan kerja penuh (*full employment*) pada tahun yang sama.
- b. The Family Allowance Act of 1945– Undang-undang Tunjangan Keluarga.
- c. The 1946 National Insurance Act – Undang-undang Asuransi Nasional.
- d. The 1948 National Health Act – Undang-undang Kesehatan Nasional, ditujukan untuk mencapai



tujuan itu, dan ditetapkan pertama kali di tingkat nasional sebagai minimum yang harus dipenuhi di tingkat nasional.

Layanan kesehatan Inggris, yang dinamai National Health Service, ditetapkan dengan National Health Act (1948). Penetapan layanan ini menjadi bagian dari upaya pemerintah Inggris untuk menjadikan Inggris “Pantas menerima pahlawan yang baru pulang dari Perang (Perang Dunia II)” atau *‘a country fit for heroes’*.

2. Apanya yang Gratis, dan Apa yang Tidak Gratis

Diutarakan di atas bahwa National Health Service (selanjutnya disebut NHS) memberikan layanan secara gratis. Semua jenis layanan kesehatan adalah cuma-cuma, dan tenaga dokter dan medis-pun dibiayai oleh negara. Di setiap dukuh (*county*) atau di setiap kotapraja (*municipalities*) pasti ada layanan oleh tenaga medis umum (atau yang disebut *General Practitioners*) dan dengan fasilitas umum (*Primary care*). Mungkin ini bisa diumpamakan dengan puskesmas, tetapi dengan jumlah yang lebih banyak, dan tidak harus berupa klinik.

Namun demikian, sejak awal pendirian NHS, lumayan sulit untuk menjaga keseimbangan pembiayaan kesehatan di Inggris. Selain karena

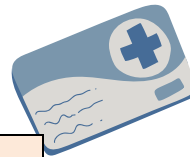


'penyakit juga berkembang', tingkat konsumsi masyarakat pasti akan terus naik dengan adanya layanan yang tersedia (Hukum Gossen?). Salah satu arsitek penting Negara-Kesejahteraan Inggris, Aneurin Bevan, berujar bahwa konsumsi kesehatan adalah faktor yang membuat keseimbangan keuangan negara goyah.

Jadi, yang dilakukan Inggris adalah dengan mengembangkan model asuransi dan pemajuan ekonomi (karena biaya kesehatan adalah hasil dari *revenue* negara). Pengembangan ini sampai sekarang cukup berhasil.

Tabel 2 Pembiayaan NHS (asal-usul dana untuk NHS)

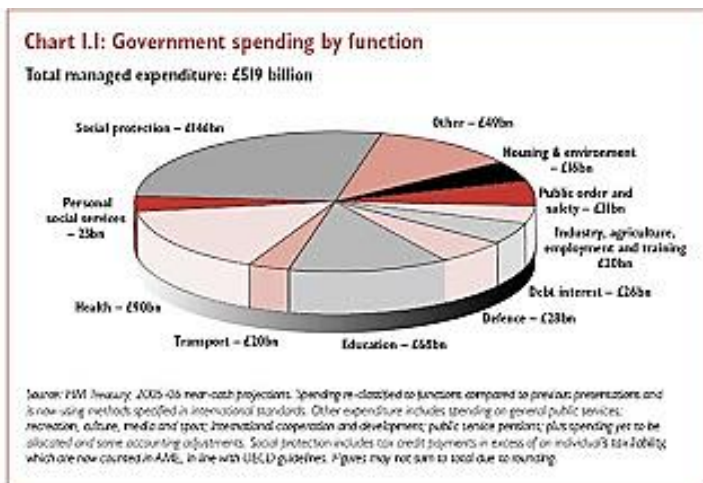
Source	Year ending 31 March					
	60-61	70-71	80-81	90-91	95-96	99-2000
Taxation – consolidated fund <i>(pajak – dana konsolidasi)</i>	81,7	85,4	88,7	77,5	82,1	79,1
National insurance contribution <i>(kontribusi asuransi nasional)</i>	13,5	11,0	8,5	16,6	12,2	12,8
Charges to recipients <i>(pembayaran dari)</i>	4,5	3,3	2,5	4,5	2,3	2,1



Source	Year ending 31 March					
	60-61	70-71	80-81	90-91	95-96	99-2000
<i>pembelian obat</i>)						
Miscellaneous (lain-lain)	0,3	0,3	0,3	1,4	3,5	6,0*

* mainly capital receipts

Source: Department of Health. The Government's Expenditure Plans 1999-2000 London: Stationery Office, 1999



Gambar Persentase pengeluaran dalam anggaran negara Inggris tahun 2005

Yang tidak gratis adalah bahwa pemerintah harus membiayai biaya riset, pembiayaan untuk penyakit-penyakit khusus, kecelakaan kerja khusus, dan layanan untuk mereka yang memang mampu membayar lebih. Layanan ini tidak gratis karena pemerintah harus 'membeli' dari swasta, atau membuka supaya warga 'membeli' layanan yang lebih (*middle to premium service*), dan biaya riset adalah

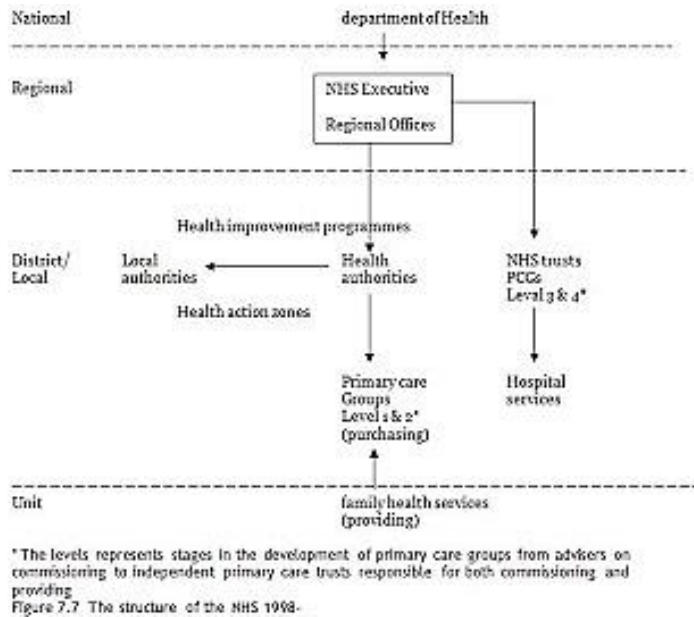


suatu kerja sama dengan perusahaan swasta. Selain itu, untuk merespons naiknya terus tingkat konsumsi masyarakat atas layanan kesehatan, pemerintah mempromosikan 'hidup sehat' (aspek pencegahan terhadap penyakit).

3. Model dan Persebaran Layanan

Jika kemudian NHS dibandingkan dengan paduan klinik swasta-puskesmas-rumah sakit pemerintah-rumah sakit swasta, ada kemiripan dengan itu. Bedanya terletak bahwa layanan kesehatan Inggris semuanya diorganisasi oleh negara, dengan pola pembiayaan seperti diterangkan seperti di atas. Beda antara swasta dan pemerintah tidaklah mencolok, karena pemerintah dan swasta terlibat dalam keseluruhan layanan, dengan pengaturan dari pemerintah.

Bagan di bawah ini adalah pola dasar pengorganisasian layanan kesehatan (varian banyak dan terus berkembang dari tahun ke tahun).



- a. Di tingkat nasional, Departemen Kesehatan adalah organisasi utama dari NHS. NHS adalah penyedia layanan, sedangkan Departemen Kesehatan adalah regulator utama.
- b. Di tingkat regional, ada semacam organisasi utama (semacam *chief executive officer* di perusahaan swasta/profit). Tingkat regional Inggris ini terdiri atas England, Scotland, Wales, dan Northern Ireland. Di Indonesia mungkin dapat dibandingkan dengan provinsi.
- c. Distrik/lokal, layanan langsung di tingkat kotapraja (*municipality*) dan dukuh (*county*).



4. Sumbangan NHS dalam pengelolaan Negara-Kesejahteraan

NHS mempunyai sumbangan penting dalam pengelolaan negara-kesejahteraan Inggris, termasuk dalam mendukung pengembangan ekonomi. Beberapa sumbangan itu antara lain:

- a. NHS memberikan layanan kesehatan bagi tenaga kerja, baik yang bekerja untuk industri manufaktur, ataupun industri keuangan, baik industri skala besar maupun skala kecil. Dengan kata lain, semua lini dunia usaha telah didukung produktivitasnya oleh NHS.
- b. NHS mengurangi biaya kesehatan warga negara karena NHS menyediakan layanan konsultasi dan informasi, baik melalui perangkat audio maupun fasilitas kantor. Informasi yang didapat dapat menunjang tujuan pencegahan.
- c. NHS turut menyumbangkan peran perawatan terhadap kelompok usia tua.
- d. NHS melakukan riset khusus layanan khusus, terutama untuk jenis penyakit yang memang amat mahal pembiayaannya seperti misalnya penyakit jantung koroner.
- e. model pembiayaan yang lebih menekankan *front-service* di mana layanan di tingkat masyarakat



yang lebih diberi anggaran dan kewenangan yang cukup, sehingga mengurangi “pola rujukan” yang sering kali menambah waktu tunggu.

- f. klinik yang berhasil dapat terus berkembang, dan diberi keleluasaan juga untuk menambah tenaga kerja mereka, yang itu berarti juga membuka lapangan kerja.

Demikian beberapa gambaran dasar mengenai NHS yang merupakan bagian penting dari model negara-kesejahteraan Inggris.

C. Asuransi Kesehatan di Jerman

Statutory Health Insurance, (Bismarck Model).

1. Sistem Asuransi Kesehatan di Jerman

Sistem asuransi kesehatan di Jerman merupakan salah satu dari bagian sistem jaminan sosial yang lahir pada Abad ke-19, sebagai salah satu ciri kebijakan dalam mewujudkan negara kesejahteraan (*welfare state*). Sistem jaminan sosial di Jerman didasarkan pada konsep asuransi sosial yang lahir dari pemikiran Otto von Bismarck (Bismarck Model)(Tulchinsky, 2018). Konsep dasar asuransi sosial yang disuguhkan Otto von Bismarck menekankan pada pendanaan asuransi yang diperoleh dari kontribusi sosial, berupa premi asuransi yang bersumber dari pendapatan atau gaji



para pekerja. Sistem asuransi lain yang biasa disandingkan dengan Bismarck Model ini adalah Beveridge System yang menjadikan penerimaan negara pajak (*general taxation*) sebagai sumber pendanaan dalam penyelenggaraan pelayanan jaminan dan asuransi sosial bagi seluruh warganegaranya (Moisidou, 2022).

Asuransi sosial menjamin standar kehidupan yang stabil bagi setiap individu. Saat ini, terdapat 5 (lima) cabang asuransi yang merupakan pilar utama penyelenggaraan sistem jaminan sosial di Jerman yaitu:

- a. *Statutory Health Insurance/die gesetzliche Krankenversicherung*; (Asuransi kesehatan)
- b. *Statutory Pension Insurance/die gesetzliche Rentenversicherung*; (Asuransi pegawai pensiun)
- c. *Statutory unemployment insurance/die gesetzliche Arbeitslosen-versicherung*; (Asuransi bagi pengangguran)
- d. *Statutory accident insurance/die gesetzliche Unfallversicherung*; Asuransi kecelakaan
- e. *Statutory long-term care insurance/die gesetzliche Pflegeversicherung*. (Asuransi perawatan jangka panjang)



Asuransi kesehatan di Jerman dikelola dengan sistem ganda melalui Penyelenggara Asuransi Kesehatan Nasional (GKV) dan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Swasta (PKV). Asuransi GKV dapat diakses oleh semua orang, sementara asuransi kesehatan swasta memberlakukan ketentuan tertentu.

2. Penyelenggara Asuransi Kesehatan Nasional (GKV) dan Prinsip Solidaritas

Kontribusi asuransi kesehatan nasional ditarik berdasarkan pendapatan. Dasar penarikan pungutan adalah total penghasilan bruto yang besarnya diseragamkan sebesar 14,6 persen (per tahun 2018). Nilai ini kemudian dibagi rata antara penerima asuransi dan pemberi kerja masing-masing sebesar 7,3 persen. Selain itu, setiap perusahaan asuransi mengenakan kontribusi tambahan yang nilainya beragam dan hanya dibayarkan oleh karyawan. Jika batas pendapatan (2018: 4.425 Euro per bulan) terlampaui, nilai di atas jumlah pendapatan tersebut tidak akan diikutkan dalam perhitungan kontribusi. Dalam asuransi kesehatan nasional, anak dan pasangan dapat diasuransikan secara gratis melalui asuransi keluarga.



Beberapa kelompok orang harus menjadi anggota asuransi kesehatan nasional. Di antaranya adalah:

- a. Karyawan (pendapatan bruto di bawah batas wajib asuransi)
- b. Pensiunan (jika periode asuransi terpenuhi)
- c. Penerima tunjangan pengangguran

3. Manfaat Pribadi untuk Asuransi Kesehatan Swasta

Keanggotaan asuransi kesehatan swasta (PKV) tidak berlaku untuk semua orang. Karyawan dapat diasuransikan dengan PKV jika pendapatan bruto dalam batas wajib asuransi (2018: 4.950 € per bulan). Pihak pemohon harus dibebaskan dari asuransi wajib dengan mengajukan permohonan. Sering kali asuransi kesehatan swasta mensyaratkan masa tinggal minimum untuk tempat tinggal permanen di Jerman. Pemegang polis dari luar negeri harus dapat membuktikan masa asuransi jangka panjang. Banyak perusahaan asuransi swasta menawarkan tarif khusus bagi kelompok ini dan disesuaikan dengan kebutuhan dan lama tinggal.

Jika mengajukan asuransi kesehatan swasta, pertanyaan terperinci tentang kondisi kesehatan saat itu (pemeriksaan kesehatan) akan diminta. Jaminan



asuransi di Jerman akan kedaluwarsa ketika pemegang polis kembali ke negara asalnya.

Kelompok orang berikut sering kali dijamin oleh swasta:

- a. Karyawan (pendapatan bruto dalam batas wajib asuransi),
- b. Pegawai negeri,
- c. Wiraswasta dan pekerja lepas.

Kontribusi pada asuransi kesehatan swasta tidak bergantung pada kondisi kesehatan, usia dan cakupan manfaat. Premi bersifat perorangan untuk setiap pemegang polis.

Cakupan manfaat yang ditawarkan asuransi swasta hampir tidak terikat dengan peraturan negara dan dalam banyak kasus jauh lebih komprehensif daripada asuransi nasional. Selain itu, manfaat yang diperoleh dapat disesuaikan secara terperinci untuk pemegang polis. Semua biaya perawatan akan dibayarkan terlebih dahulu oleh pemegang polis. Pihak asuransi akan mengganti biaya ini setelah menerima tagihan (Prinsip Penggantian Biaya).

4. *Fund*

Pada perkembangannya, model Bismarck menghadapi banyak rintangan antara lain masing-masing *sickness fund* mengatur sendiri tingkat



kontribusi manfaat jaminannya sebagai tuntutan akan hak pekerja. Hal ini menyebabkan tidak tercapainya Universal Health Coverage pekerja.

- a. Tantangan lain adalah masalah pembiayaan. Pembiayaan model Ismarck.
- b. yang didasari pada upah, terlalu kecil untuk menutupi seluruh pelayanan dan manfaat yang terus berkembang.
- c. Tekanan pada pajak penghasilan yang disebabkan oleh kompetisi ekonomi tingkat global dan tingkat pengangguran yang tinggi. Akhirnya pada tahun 2009, pemerintah federal Jerman melakukan reformasi pembiayaan kesehatan dengan memperkenalkan Central Health Fund (CHF)

Tidak seperti Bis Marck Model, CHF memberlakukan tingkat kontribusi manfaat jaminan yang sama pada semua *sickness fund*.

CHF merupakan perubahan yang mendasar dalam pembiayaan kesehatan di Jerman, sejak pemberlakuan pilihan bebas terhadap *sickness fund* tahun 1996.

Beberapa ketentuan penting pada Central Health Fund adalah sebagai berikut:



a. Tingkat Kontribusi

Tingkat kontribusi yang seragam Pemberlakuan ini mulai ditetapkan pada 1 Januari 2009, dengan premi sebesar 15,5% yang terdiri dari 8,2% ditanggung pekerja dan 7,3% ditanggung pemberi kerja. Akibat resesi ekonomi tahun 2009 yang ditandai penurunan GDP sebesar 5,1%, pemerintah menurunkan premi menjadi 14,9% sebagai stimulus peningkatan ekonomi. Namun penurunan premi ini hanya efektif menstabilkan konsumsi dan tidak menurunkan pajak. Dampaknya pemerintah meningkatkan subsidi menjadi €7,2 milyar untuk menutupi kekurangan pendapatan dari premi. Tahun 2010 pemerintah memberikan paket stimulus yang kedua, sehingga subsidi terhadap CHF naik menjadi €15,7 milyar. Tahun 2011 pemerintah menetapkan kembali premi sebesar 15,5% dengan skema subsidi seperti semula.

b. Subsidi Pemerintah

Pada Model Bismarck, tidak ada subsidi dari pemerintah. Dengan pemberlakuan CHF, pemerintah menyubsidi sebesar €4 milyar pada tahun 2009, yang meningkat tiap tahun sebesar €1,5 milyar, sehingga pada tahun 2016 subsidi



mencapai €14 milyar. Subsidi dihitung sebagai kompensasi untuk melayani masyarakat melalui asuransi gratis bagi anak-anak dan remaja di bawah 18 tahun. Dengan subsidi ini diharapkan CHF mampu bertahan sampai dengan tahun 1016.

c. Pengumpulan dana *Sickness fund* bertanggung jawab mengumpulkan premi dari masyarakat dan harus menyetor secara langsung ke CHF. CHF mengumpulkan premi bersama dengan subsidi pemerintah, yang akan dibayarkan sebagai kompensasi manfaat asuransi kepada *sickness fund*. Sehubungan dengan ini, maka CHF harus menentukan atau menghitung:

- 1) Tingkat pembayaran keseluruhan (*overall payment level*)
- 2) Kontribusi peserta *sickness fund* *Sickness fund* menerima empat jenis pembayaran dari CHF:
 - a) Pembayaran untuk mengover paket manfaat standar (92%).
 - b) Pembayaran untuk mengover biaya administrasi (5,2%).
 - c) Pembayaran tetap per kapita untuk menutupi paket manfaat sukarela.
 - d) Pembayaran insentif sebesar €152 per peserta yang mengikuti program



pengelolaan penyakit .Seluruh pembayaran ini telah terstandardisasi menurut kelas risiko rata-rata per kapita, dan tidak ada Sistem Reimbursement.

d. Premi Tambahan

Bila pembayaran yang diterima CHF tidak mencukupi untuk menutup pembiayaan, maka CHF menetapkan premi tambahan. Namun bila pembayaran yang diterima CHF melebihi pembiayaan, maka dana dikembalikan ke pekerja. Premi tambahan digunakan untuk dua tujuan:

e. Alur Pembiayaan CHF (2011)

Total pendapatan CHF pada tahun 2011 adalah €184,1 milyar, di mana €169,1 berasal dari kontribusi peserta. Pembayaran kepada *sickness fund* sebesar €178,9 milyar sesuai dengan prediksi sejak ditetapkan CHF tahun 2009. Meskipun perekonomian Jerman memburuk, namun CHF mampu menghasilkan laba sebesar €5,2 milyar, yang menyebabkan bertambahnya dana cadangan (*liquidity reserve*) menjadi €9,5 milyar pada tahun 2011. Dana yang diterima *sickness fund* dari CHF (€178,9 milyar) dan premi tambahan (€0,7 milyar) digunakan untuk pembayaran manfaat kesehatan senilai €164,9



milyar, antara lain untuk jasa dokter (€28,9 milyar), rumah sakit (€59,2 milyar), obat-obatan (€28,6 milyar), dan lain-lain (€48,1 milyar). Dana yang diterima *sickness fund* pada tahun 2011.

D. Sistem Pembiayaan Kesehatan di Amerika Serikat

National Health Service, Model

Biro Sensus AS (The US Censuss Beureau) melaporkan tahun 2009 masih terdapat masyarakat AS yang tidak tersentuh oleh program asuransi sebesar 16,7% atau sekitar 50,7 juta penduduk. Di Amerika Serikat sebagian besar pelayanan kesehatan dikelola oleh pihak swasta. Sebagian besar dari mereka adalah masyarakat kalangan menengah ke bawah yang tidak dilayani oleh perusahaan asuransi karena dianggap tidak menambah keuntungan bagi perusahaan, sehingga banyak perusahaan yang bangkrut karena pembiayaan kesehatan sangat mahal, maka banyak rakyat AS yang menuntut diadakannya reformasi dalam hal kesehatan. Pemerintah AS harus memegang kendali atas masalah kesehatan dan asuransi.

Perawatan kesehatan di Amerika Serikat disediakan oleh banyak organisasi berbeda. Fasilitas perawatan kesehatan sebagian besar dimiliki dan dioperasikan oleh bisnis sektor swasta. 58% dari rumah sakit komunitas AS adalah nirlaba, 21% milik



pemerintah, dan 21% adalah untuk laba. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Amerika Serikat menghabiskan 9,403 dolar untuk perawatan kesehatan per kapita, dan 17,1% untuk perawatan kesehatan sebagai persentase dari PDB pada 2014. Cakupan layanan kesehatan diberikan melalui kombinasi asuransi kesehatan swasta dan cakupan kesehatan masyarakat (misalnya, Medicare, Medicaid) (Berchick, Barnett, & Upton, 2019).

Sebuah artikel yang ditulis oleh Papanicolas, Woskie, and Jha (2018), menjelaskan bahwa sistem pembiayaan kesehatan di negara Amerika Serikat mengalami reformasi kesehatan yang diajukan oleh Presiden Obama untuk memberikan perlindungan bagi seluruh rakyat Amerika. Pembedanya awalnya akan menyedot anggaran sebesar 871 miliar Dollar AS yang akan diperoleh dengan menaikkan pajak asuransi bagi premi asuransi yang tinggi (di atas 8.500 Dollar AS per orang per tahun) usulan Obama ini tidak akan mengurangi pendapatan para dokter dan dirancang akan mengurangi defisit anggaran negara sebesar 132 miliar Dollar AS setahun dalam sepuluh tahun mendatang.

Anggaran kesehatan di AS sudah terlalu tinggi, hampir mencapai 19 persen dari GDP (Gross Domestic Product), dan diperkirakan akan terus meningkat, yang



membuat makin banyak rakyat AS tak akan mampu membayar biaya pengobatan ketika sakit. Sistem pembiayaan masih berbasis *fee for service/out of pocket* yang memang cenderung akan makin mahal.

Sistem pelayanan kesehatan di Amerika Serikat diasumsikan berorientasi pasar, dan kurang lebih sepertiga dari pembiayaan kesehatan adalah langsung dibayar oleh pasien (*out of pocket*). Sumber dana sisanya berasal dari organisasi asuransi swasta yang profit, organisasi asuransi *not for profit* seperti Blue Cross dan Blue Shield serta Health Maintenance Organization (HMO). HMO merupakan praktik kelompok pelayanan kesehatan yang dibayar di muka (*pre-paid*) berdasarkan kapitasi dan pelayanan kesehatan yang diberikan bersifat komprehensif.

Pada pertengahan 1960-an diperkenalkan Medicare dan Medicaid.

1. Medicare merupakan suatu asuransi sosial bagi usia lanjut dan dijalankan oleh pemerintah federal.
2. Medicaid yang dijalankan oleh pemerintah federal dan negara bagian merupakan sistem asuransi bagi masyarakat miskin.

Amerika kurang berhasil karena dilihat dari cakupan peserta asuransi, hanya 1/3 dari jumlah penduduk tidak terlindungi asuransi kesehatan. Selain



itu kualitas pelayanan tampak berbeda antara sektor swasta dengan sektor pemerintah.

Tingginya biaya kesehatan di AS ternyata telah berdampak pada kondisi Produk Domestik Bruto (PDB). Warga Amerika Serikat mengeluarkan biaya untuk kesehatan sangat besar sekitar 16% dari total PDB. Angka ini menempati peringkat dua di dunia setelah Timor Leste dalam hal penggunaan PDB untuk kesehatan. masalah kesehatan ini jika tidak segera diatasi, maka angka penggunaan PDB tersebut akan terus menanjak hingga 19,5% pada tahun 2017 (The Health and Human Service Department). Berikut ini adalah persentase alokasi penggunaan biaya kesehatan di AS:

1. Biaya perawatan kesehatan di rumah sakit sebesar 31% .
2. Biaya periksa ke dokter/layanan klinis sebesar 21%.
3. Biaya pembelian obat-obatan sebesar 10%.
4. Biaya administrasi terkait kesehatan sebesar 7%.
5. Investasi kesehatan sebesar 7%.
6. Perawatan di panti jompo sebesar 6%.
7. Biaya pengobatan profesional sebesar 6%.
8. Perawatan kesehatan gigi sebesar 4%.
9. Pembelian produk kesehatan sebesar 3%.
10. Pajak kesehatan sebesar 3%.



1. Reformasi Layanan Kesehatan

Amerika Serikat telah mengakui prinsip dasar bahwa setiap orang harus memiliki perlindungan mendasar dalam layanan kesehatan. Berdasarkan UU tersebut maka dalam tahun ini sektor layanan kesehatan di AS akan mengalami berbagai perubahan, antara lain:

- a. Warga Amerika yang belum memiliki asuransi dan telah memiliki penyakit sebelumnya (*pre-existing conditions*) akan memperoleh asuransi kesehatan melalui bantuan subsidi sementara yang disediakan pemerintah,
- b. Perusahaan asuransi dilarang memutuskan pertanggunggaan ketika pengguna asuransi kesehatan terkena penyakit,
- c. Perusahaan asuransi dilarang memberlakukan batasan maksimal nilai pertanggunggaan seumur hidup bagi pengguna asuransi kesehatan tertentu,
- d. Seorang anak dibenarkan untuk ikut dalam asuransi kesehatan orang tuanya sampai dia mencapai umur 26 tahun,
- e. Setiap pertanggunggaan baru wajib mengover layanan pencegahan (*preventive cares* dan perawatan kebugaran (*wellness care*), dan
- f. Seorang pengguna asuransi dapat mengajukan banding kepada satu badan yang independen



berkenaan dengan sengketa yang dihadapinya dengan perusahaan asuransi.

Selain itu, dalam UU tersebut juga ditetapkan bahwa terhitung sejak tanggal 1 Januari 2011 diatur hal-hal sebagai berikut:

- a. Pemerintah mulai memberikan subsidi bagi perusahaan-perusahaan kecil untuk membiayai asuransi kesehatan karyawannya;
- b. Perusahaan-perusahaan asuransi wajib menggunakan 80-85 % dari premium kesehatan yang diterimanya untuk layanan kesehatan. Perusahaan asuransi yang tidak memenuhi *thresholds* ini akan diwajibkan untuk memberikan pengembalian biaya (*rebates*) kepada para pemegang polis dan
- c. Perusahaan-perusahaan asuransi wajib menjelaskan kenaikan premium asuransi kesehatan. Perusahaan asuransi yang menaikkan premium yang berlebihan dapat dikenakan sanksi dikeluarkan dari bursa asuransi kesehatan yang dikelola pemerintah.

Kelebihan:

- a. Masyarakat yang miskin dan masyarakat usia lanjut dapat memanfaatkan fasilitas pembiayaan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah.



- b. Masyarakat memiliki kebebasan memilih untuk menggunakan asuransi sesuai dengan kebutuhan dirinya.

Kelemahannya:

- a. Pemerintah kurang mampu mengatur masalah asuransi sehingga menyebabkan banyak warga Amerika Serikat yang menggunakan asuransi dibebani oleh biaya yang tinggi.
- b. Minimnya akses masyarakat terutama untuk kalangan menengah ke bawah dalam memperoleh pelayanan kesehatan terutama untuk program asuransi.
- c. Masyarakat cenderung lebih memilih pelayanan kesehatan di luar negeri karena biaya kesehatan yang sangat mahal, sehingga berdampak negatif pada kondisi keuangan Amerika.
- d. Merosot jumlah pengusaha di Amerika yang disebabkan karena mereka tidak mampu untuk memenuhi standar kesehatan dirinya, perusahaan dan para pekerja

2. Target yang Dicapai dalam Asuransi Kesehatan di Amerika Serikat

Setiap orang diwajibkan memiliki asuransi,

- a. Pemerintah Negara Bagian membentuk bursa asuransi kesehatan, di mana para calon pembeli



polis asuransi kesehatan yang tidak dibiayai oleh kantor/perusahaan tempatnya bekerja, serta perusahaan-perusahaan kecil, dapat membeli asuransi kesehatan,

- b. Perusahaan asuransi dilarang menolak mengover seseorang yang sudah mempunyai penyakit sebelumnya (*pre-existing conditions*),
- c. Subsidi diberikan kepada warga yang mempunyai penghasilan kecil dan menengah agar mampu membeli asuransi kesehatan,
- d. Warga dengan tingkat pendapatan di bawah 150% dari garis kemiskinan hanya akan menggunakan maksimum 2%–4,6% dari pendapatannya untuk membiayai asuransi kesehatan (catatan: dalam paket amendemen yang sedang dibahas di Senate, angka ini akan diubah menjadi hanya 2% – 4%),
- e. Penduduk dengan tingkat pendapatan maksimum 350% – 400% dan garis kemiskinan hanya akan menggunakan 9,8% dari pendapatannya untuk membiayai asuransi kesehatan (catatan: dalam paket amendemen, angka ini akan diubah menjadi hanya 9.5%), dan yang terakhir adalah perusahaan kecil memperoleh peningkatan



subsidi untuk membiayai asuransi kesehatan karyawannya.

Daftar Pustaka



- Adiyanta, F. C. S. (2020). Urgensi kebijakan jaminan kesehatan semesta (Universal Health Coverage) bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat di masa pandemi Covid-19. *Administrative Law and Governance Journal*, 3(2), 272-299.
- Agusmidah, A., Khakim, A., Wijayanti, A., & Sirait, N. N. (2019). Kajian Evaluasi dan Penguatan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di Indonesia.
- Agustina, M. (2019). Implementasi Metode Multi Factor Evaluation Process (MFEP) Dalam Membuat Keputusan untuk Memilih Asuransi Kesehatan. *Jurnal Ilmiah MATRIK*, 21(2), 108-117.
- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Achadi, E. L., Taher, A., . . . Shankar, A. H. (2019). Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75-102.
- Anita, B., & Febriawati, H. (2019). *Puskesmas Dan Jaminan Kesehatan Nasional*: Deepublish.
- Aziz, M. R. J. J. (2021). Pilihan Penyelesaian Sengketa Asuransi di Indonesia. 5(2).
- Berchick, E. R., Barnett, J. C., & Upton, R. D. (2019). *Health insurance coverage in the United States, 2018*: US Department of Commerce, US Census Bureau.



Dartanto, T., Halimatussadiyah, A., Rezki, J. F., Nurhasana, R., Siregar, C. H., Bintara, H., . . . Yuan, E. Z. W. (2020). Why do informal sector workers not pay the premium regularly? Evidence from the National Health Insurance System in Indonesia. *Applied health economics and health policy*, 18, 81-96.

Djamhari, E. A., Ramdlaningrum, H., Layyinah, A., Chrisnahutama, A., & Prasetya, D. (2021). *Kondisi kesejahteraan lansia dan perlindungan sosial lansia di Indonesia*.

Erlangga, D., Suhrcke, M., Ali, S., & Bloor, K. (2019). The impact of public health insurance on health care utilisation, financial protection and health status in low-and middle-income countries: a systematic review. *PloS one*, 14(8), e0219731.

Friedman, R. Z. (2020). *Probable justice: risk, insurance, and the welfare state*: University of Chicago Press.

Ganie, A. J. (2023). *Hukum Asuransi Indonesia*: Sinar Grafika.

Kuka, E. (2020). Quantifying the benefits of social insurance: unemployment insurance and health. *Review of Economics and Statistics*, 102(3), 490-505.

Moisidou, A. (2022). Beveridge, Bismarck and Southern European Health Care Systems: Can we decide which is the best in EU-15? A statistical analysis. *European Journal of Medicine and Natural Sciences*, 5(2), 56-63.

Papanicolas, I., Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2018). Health care spending in the United States and other high-income countries. *Jama*, 319(10), 1024-1039.



- Rahman, F. F. (2019). *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat: Introduction to Public Health* (Vol. 1): Gosyen publishing.
- Rahman, F. F. (2020). *Introduction to Public Health Management, Organization, and Policy*. In: Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Saputra, H., Thabrany, H., Layyinah, A., Manulang, I., Saleh, M., Muttaqien, M., . . . Adji, S. B. S. (2021). Bunga Rampai Refleksi Pembangunan Kesehatan di Indonesia dalam Situasi Pandemi.
- Sari, B., & Idris, H. (2019). Determinant of independent national health insurance ownership in Indonesia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 19(2), 109-115.
- Sunarti, S., Ghozali, M. T., Haris, F., Rahman, F. F., & Rahman, R. A. (2020). Preventing Fraud and Deficit Through The Optimization of Health Insurance In Indonesia. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(7).
- Suryati, S., & Agustianto, A. (2023). Perlindungan Hukum Terhadap Nasabah Asuransi Kesehatan dalam Penyelesaian Klaim Polis Asuransi.
- Thabrany, H., Gani, A., Pujiyanto, M. L., & Mahlil, B. B. S. (2020, 2003). Social health insurance in Indonesia: current status and the plan for national health insurance.
- Tulchinsky, T. H. (2018). Bismarck and the long road to universal health coverage. *Case Studies in Public Health*, 131.



Wiseman, V., Thabrany, H., Asante, A., Haemmerli, M., Kosen, S., Gilson, L., . . . Patcharanarumol, W. (2018). An evaluation of health systems equity in Indonesia: study protocol. *International journal for equity in health*, 17(1), 1-9.

Yulastuti, H., & Jawahir, M. (2023). Analisis Efektivitas Pemanfaatan Aplikasi Layanan Kesehatan Mobile Jaminan Kesehatan Nasional Di Indonesia. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (JPKM) Langit Biru*, 4(01), 28-40

Profil Penulis



Ferry Fadzlul Rahman, S.K.M., M.H.Kes., Ph.D.

Lahir di Samarinda pada tanggal 16 Februari 1990. Berprofesi sebagai Dosen Tetap Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur dan menjadi dosen luar biasa di beberapa Universitas dalam dan luar negeri. Menamatkan pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Widyagama Mahakam Samarinda tahun 2012. Penulis berkesempatan menempuh pendidikan S-2 di Universitas Gadjah Mada tahun 2013-2015 dengan mengambil Program Studi Hukum Kesehatan. Tahun 2015 mengikuti Sertifikasi Mediator Penyelesaian Sengketa Kesehatan oleh Indonesian Institute for Conflict Transformation. Selanjutnya, penulis menamatkan pendidikan Doctoral di Asia University Taiwan pada tahun 2022 di Bidang Healthcare Administration. Selain menjadi dosen, penulis aktif dalam kegiatan organisasi sosial, pendidikan, dan profesi, seperti konsorsium



Interprofessional Education, Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Provinsi Kalimantan Timur, Persatuan Sarjana Kesehatan Masyarakat Kalimantan Timur, Masyarakat Hukum Kesehatan Indonesia.



Dalam buku ini membahas mengenai asuransi kesehatan, mulai dari definisi asuransi dan pertimbangan dalam memilihnya, urgensi asuransi kesehatan, perannya dalam sistem kesehatan dan mengurangi beban finansial. Terdapat pula tinjauan terhadap kebijakan Indonesia terkait asuransi kesehatan dan tantangan yang dihadapi. Pembahasan buku ini melibatkan dasar hukum penerapan asuransi kesehatan di Indonesia, peran otoritas jasa keuangan dan BPJS, serta pemberi layanan kesehatan beserta jaringan kerjanya. Tantangan dan hambatan dalam penerapan asuransi kesehatan, termasuk peningkatan biaya kesehatan dan upaya pencegahan penipuan, juga diuraikan. Terakhir, buku ini memberikan pandangan internasional dengan membandingkan model pelayanan kesehatan di berbagai negara, seperti National Health Service di Inggris, sistem asuransi kesehatan di Jerman, dan sistem pembiayaan kesehatan di Amerika Serikat.

Buku *Pengantar Asuransi Kesehatan dan Penerapan di Berbagai Negara* ini, disajikan dengan terstruktur, bahasa yang ringan, lengkap, dan mudah dipahami, sehingga dapat memudahkan pembaca dalam memahami asuransi di berbagai dunia. Semoga Bermanfaat!



Renerlit Mitra Cendekia Media
Penerbit Mitra Cendekia
HP/WA: 0812-2554-3738
Website: www.mitracendekia.com



IKAPI
IKATAN PENERBIT INDONESIA



KESEHATAN



9 786231 765730

