



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 1

KONSEP SISTEM PEMBIAYAAN

MATA KULIAH : PEMBIAYAAN KESEHATAN



PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Pembiayaan Kesehatan

Kode Mata Kuliah : RMIK504

Tanggal Mulai :

Konsep Sistem Pembiayaan

Modul: 1



Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Praktik Pembiayaan Kesehatan dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang Pembiayaan Kesehatan, pada mata kuliah Pembiayaan Kesehatan. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar isi

Kata Pengantar	i
Daftar isi	i
Definisi Pembiayaan Kesehatan	1
Macam-macam Sistem Pembiayaan Kesehatan Nasional	3
1. Fee for Service (Out of Pocket)	3
2. Health Insurance	3
Sumber Pembiayaan Kesehatan Nasional	5
Syarat Pokok Pembiayaan Kesehatan	7
Fungsi Pembiayaan Kesehatan	8
Tarif Pelayanan Kesehatan Batasan	9
Faktor yang mempengaruhi	10
Penugasan	1

Definisi Pembiayaan Kesehatan

Biaya Kesehatan ialah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. (Azrul Azwar: 1996). Sistem pembiayaan kesehatan didefinisikan sebagai suatu sistem yang mengatur tentang besarnya alokasi dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. (Helda :2011). Sedangkan, Subsistem Pembiayaan Kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan sumber daya keuangan secara terpadu dan saling mendukung untuk memenuhi kebutuhan pembiayaan pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. (Ana Faiza : 2013). Dari beberapa pendapat mengenai Pembiayaan Kesehatan diatas, terlihat bahwa biaya kesehatan dapat ditinjau dari beberapa sudut, yaitu :

1. Penyedia Pelayanan Kesehatan

Kesehatan dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah dan atau pun pihak swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan.

2. Pemakai Jasa Pelayanan

Yang dimaksud biaya kesehatan dari sudut pemakai jasa pelayanan (Health Consumer) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Berbeda dengan pengertian pertama, maka biaya kesehatan di sini menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan. Dalam batas-batas tertentu, pemerintah juga turut mempersoalkannya, yakni dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya.

Dari batasan biaya kesehatan yang seperti ini segera dipahami bahwa pengertian biaya kesehatan tidaklah sama antara penyedia pelayanan kesehatan (*health provider*) dengan pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*). Bagi penyedia pelayanan kesehatan, pengertian biaya kesehatan lebih menunjuk pada dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Sedangkan bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, pengertian biaya kesehatan

lebih menunjuk pada dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan upaya kesehatan. Sesuai dengan terdapatnya perbedaan pengertian yang seperti ini, tentu mudah diperkirakan bahwa besarnya dana yang dihitung sebagai biaya kesehatan tidaklah sama antara pemakai jasa pelayanan dengan penyedia pelayanan kesehatan. Besarnya dana bagi penyedia pelayanan lebih menunjuk pada seluruh biaya investasi (*investment cost*) serta seluruh biaya operasional (*operational cost*) yang harus disediakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Sedangkan besarnya dana bagi pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan (*out of pocket*) untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan.

Secara umum disebutkan apabila total dana yang dikeluarkan oleh seluruh pemakai jasa pelayanan, dan karena itu merupakan pemasukan bagi penyedia pelayanan kesehatan (*income*) adalah lebih besar daripada yang dikeluarkan oleh penyedia pelayanan kesehatan (*expenses*), maka berarti penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut mengalami keuntungan (*profit*). Tetapi apabila sebaliknya, maka berarti penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut mengalami kerugian (*loss*).

Perhitungan total biaya kesehatan satu negara sangat tergantung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh kedua belah pihak tersebut. Hanya saja, karena pada umumnya pihak penyedia pelayanan kesehatan terutama yang diselenggarakan oleh pihak swasta tidak ingin mengalami kerugian, dan karena itu setiap pengeluaran telah diperhitungkan terhadap jasa pelayanan yang akan diselenggarakan, maka perhitungan total biaya kesehatan akhirnya lebih banyak didasarkan pada jumlah dana yang dikeluarkan oleh para pemakai jasa pelayanan kesehatan saja.

Disamping itu, karena di setiap negara selalu ditemukan peranan pemerintah, maka dalam memperhitungkan jumlah dana yang beredar di sektor pemerintah. Tetapi karena pada upaya kesehatan pemerintah selalu ditemukan adanya subsidi, maka cara perhitungan yang dipergunakan tidaklah sama. Total biaya kesehatan dari sektor pemerintah tidak dihitung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh para pemakai jasa, dan karena itu merupakan pendapatan (*income*) pemerintah, melainkan dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah (*expenses*) untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

Dari uraian ini menjadi jelaslah untuk dapat menghitung besarnya total biaya kesehatan yang berlaku di suatu negara, ada dua pedoman yang dipakai. Pertama, besarnya dana yang dikeluarkan oleh para pemakai jasa pelayanan untuk sektor swasta. Kedua, besarnya dana yang dikeluarkan oleh para pemakai jasa pelayanan kesehatan untuk sektor pemerintah. Total biaya kesehatan adalah hasil dari penjumlahan dari kedua pengeluaran tersebut.

Macam-macam Sistem Pembiayaan Kesehatan Nasional

Sistem pembiayaan kesehatan Indonesia secara umum terbagi dalam 2 sistem yaitu:

1. Fee for Service (Out of Pocket)

Sistem ini secara singkat diartikan sebagai sistem pembayaran berdasarkan layanan, dimana pencari layanan kesehatan berobat lalu membayar kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK). PPK (dokter atau rumah sakit) mendapatkan pendapatan berdasarkan atas pelayanan yang diberikan, semakin banyak yang dilayani, semakin banyak pula pendapatan yang diterima.

Sebagian besar masyarakat Indonesia saat ini masih bergantung pada sistem pembiayaan kesehatan secara *Fee for Service* ini. Dari laporan World Health Organization di tahun 2006 sebagian besar (70%) masyarakat Indonesia masih bergantung pada sistem *Fee for Service* dan hanya 8,4% yang dapat mengikuti sistem *Health Insurance* (WHO, 2009). Kelemahan sistem *Fee for Service* adalah terbukanya peluang bagi pihak pemberi pelayanan kesehatan (PPK) untuk memanfaatkan hubungan *Agency Relationship* ,dimana PPK mendapat imbalan berupa uang jasa medik untuk pelayanan yang diberikannya kepada pasien yang besar-kecilnya ditentukan dari negosiasi. Semakin banyak jumlah pasien yang ditangani, semakin besar pula imbalan yang akan didapat dari jasa medik yang ditagihkan ke pasien. Dengan demikian, secara tidak langsung PPK didorong untuk meningkatkan volume pelayanannya pada pasien untuk mendapatkan imbalan jasa yang lebih banyak.

2. Health Insurance

Sistem ini diartikan sebagai sistem pembayaran yang dilakukan oleh pihak ketiga atau pihak asuransi setelah pencari layanan kesehatan berobat. Sistem health

insurance ini dapat berupa system kapitasi dan system Diagnose Related Group (DRG system).

Sistem kapitasi merupakan metode pembayaran untuk jasa pelayanan kesehatan dimana PPK menerima sejumlah tetap penghasilan per peserta untuk pelayanan yang telah ditentukan per periode waktu. Pembayaran bagi PPK dengan sistem kapitasi adalah pembayaran yang dilakukan oleh suatu lembaga kepada PPK atas jasa pelayanan kesehatan dengan pembayaran dimuka sejumlah dana sebesar perkalian anggota dengan satuan biaya (unit cost) tertentu. Salah satu lembaga di Indonesia adalah Badan Penyelenggara JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat).

Sistem kedua yaitu DRG (Diagnose Related Group) tidak berbeda jauh dengan system kapitasi di atas. Pada system ini, pembayaran dilakukan dengan melihat diagnosis penyakit yang dialami pasien. PPK telah mendapat dana dalam penanganan pasien dengan diagnosis tertentu dengan jumlah dana yang berbeda pula tiap diagnosis penyakit. Jumlah dana yang diberikan ini, jika dapat dioptimalkan penggunaannya demi kesehatan pasien, sisa dana akan menjadi pemasukan bagi PPK.

Kelemahan dari system Health Insurance adalah dapat terjadinya underutilization dimana dapat terjadi penurunan kualitas dan fasilitas yang diberikan kepada pasien untuk memperoleh keuntungan sebesar-besarnya. Selain itu, jika peserta tidak banyak bergabung dalam system ini, maka resiko kerugian tidak dapat terhindarkan. Namun dibalik kelemahan, terdapat kelebihan system ini berupa PPK mendapat jaminan adanya pasien (*captive market*), mendapat kepastian dana di tiap awal periode waktu tertentu, PPK taat prosedur sehingga mengurangi terjadinya multidrug dan multidiagnose. Dan system ini akan membuat PPK lebih kearah preventif dan promotif kesehatan.

Ikatan Dokter Indonesia (IDI) menilai, pembiayaan kesehatan dengan sistem kapitasi dinilai lebih efektif dan efisien menurunkan angka kesakit dibandingkan sistem pembayaran berdasarkan layanan (*Fee for Service*) yang selama ini berlaku. Hal ini belum dapat dilakukan sepenuhnya oleh Indonesia. Tentu saja karena masih ada hambatan dan tantangan, salah satunya adalah sistem kapitasi yang belum dapat memberikan asuransi kesehatan bagi seluruh rakyat tanpa terkecuali seperti yang disebutkan dalam UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sampai saat ini, perusahaan asuransi masih banyak memilah

peserta asuransi dimana peserta dengan resiko penyakit tinggi dan atau kemampuan bayar rendah tidaklah menjadi target anggota asuransi. Untuk mencapai terjadinya pemerataan, dapat dilakukan universal coverage yang bersifat wajib dimana penduduk yang mempunyai resiko kesehatan rendah akan membantu mereka yang beresiko tinggi dan penduduk yang mempunyai kemampuan membayar lebih akan membantu mereka yang lemah dalam pembayaran. Hal inilah yang masih menjadi pekerjaan rumah bagi sistem kesehatan Indonesia. Contoh health insurance yang di berada dibawah naungan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial diantaranya :

1. Askes
2. Jamkesmas
3. ASBRI
4. Taspen
5. Jamsostek
6. Dan lain sebagainya.

Sumber Pembiayaan Kesehatan Nasional

Telah diketahui bersama bahwa sumber pembiayaan untuk penyediaan fasilitas-fasilitas kesehatan melibatkan dua pihak utama yaitu pemerintah (*public*) dan swasta (*private*). Kini masih diperdebatkan apakah kesehatan itu sebenarnya barang *public* atau *private* mengingat bahwa fasilitas-fasilitas kesehatan yang dipegang oleh pihak swasta (*private*) cenderung bersifat komersil. Secara umum sumber biaya kesehatan dapat dibedakan sebagai berikut :

1. Bersumber dari anggaran pemerintah

Pada sistem ini, biaya dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah. Pelayanannya diberikan secara cuma-cuma oleh pemerintah sehingga sangat jarang penyelenggaraan pelayanan kesehatan disediakan oleh pihak swasta. Untuk negara yang kondisi keuangannya belum baik, sistem ini sulit dilaksanakan karena memerlukan dana yang sangat besar. Anggaran yang bersumber dari pemerintah ini dibagi juga menjadi :

- a. Pemerintahan pusat dan dana dekonsentrasi, dana program kompensasi BBM dan ABT

- b. Pemerintah provinsi melalui skema dana provinsi (PAD ditambah danadesentralisasi DAU provinsi dan DAK provinsi)
- c. Pemerintah kabupaten atau kota melalui skema dana kabupaten atau kota (PAD ditambah dana desentralisasi DAU kabupaten atau kota dan DAK kabupaten atau kota)
- d. Keuntungan badan usaha milik daerah
- e. Penjualan aset dan obligasi daerah
- f. Hutang pemerintah daerah

2. Bersumber dari anggaran masyarakat

Dapat berasal dari individual ataupun perusahaan. Sistem ini mengharapkan agar masyarakat (swasta) berperan aktif secara mandiri dalam penyelenggaraan maupun pemanfaatannya. Hal ini memberikan dampak adanya pelayanan-pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak swasta, dengan fasilitas dan penggunaan alat-alat berteknologi tinggi disertai peningkatan biaya pemanfaatan atau penggunaannya oleh pihak pemakai jasa layanan kesehatan tersebut. Contohnya CSR (*Corporate Social Responsibility*) dan pengeluaran rumah tangga baik yang dibayarkan tunai atau melalui sistem asuransi. Dana yang bersumber dari swasta antara lain :

- a. Perusahaan swasta
- b. Lembaga swadaya masyarakat
- c. Dana kemanusiaan (charity)

3. Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri

Sumber pembiayaan kesehatan, khususnya untuk penatalaksanaan penyakit-penyakit tertentu cukup sering diperoleh dari bantuan biaya pihak lain, misalnya oleh organisasi sosial ataupun pemerintah negara lain. Misalnya bantuan dana dari luar negeri untuk penanganan HIV dan virus H5N1 yang diberikan oleh WHO kepada negara-negara berkembang (termasuk Indonesia).

4. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat

Sistem ini banyak diadopsi oleh negara-negara di dunia karena dapat mengakomodasi kelemahan-kelemahan yang timbul pada sumber pembiayaan kesehatan sebelumnya. Tingginya biaya kesehatan yang dibutuhkan sebagian

ditanggung oleh pemerintah dengan menyediakan layanan kesehatan bersubsidi. Sistem ini juga menuntut peran serta masyarakat dalam memenuhi biaya kesehatan yang dibutuhkan dengan mengeluarkan biaya tambahan.

Syarat Pokok Pembiayaan Kesehatan

Suatu biaya kesehatan yang baik haruslah memenuhi beberapa syarat pokok yakni

1. Jumlah

Syarat utama dari biaya kesehatan haruslah tersedia dalam jumlah yang cukup. Yang dimaksud cukup adalah dapat membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya.

2. Penyebaran

Berupa penyebaran dana yang harus sesuai dengan kebutuhan. Jika dana yang tersedia tidak dapat dialokasikan dengan baik, niscaya akan menyulitkan penyelenggaraan setiap upaya kesehatan.

3. Pemanfaatan

Sekalipun jumlah dan penyebaran dana baik, tetapi jika pemanfaatannya tidak mendapat pengaturan yang optimal, niscaya akan banyak menimbulkan masalah, yang jika berkelanjutan akan menyulitkan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Untuk dapat melaksanakan syarat-syarat pokok tersebut maka perlu dilakukan beberapa hal, yakni :

1. Peningkatan Efektifitas

Peningkatan efektifitas dilakukan dengan mengubah penyebaran atau alokasi penggunaan sumber dana. Berdasarkan pengalaman yang dimiliki, maka alokasi tersebut lebih diutamakan pada upaya kesehatan yang menghasilkan dampak yang lebih besar, misalnya mengutamakan upaya pencegahan, bukan pengobatan penyakit.

2. Peningkatan Efisiensi

Peningkatan efisiensi dilakukan dengan memperkenalkan berbagai mekanisme pengawasan dan pengendalian. Mekanisme yang dimaksud untuk peningkatan efisiensi antara lain

a. Standar minimal pelayanan.

Tujuannya adalah menghindari pemborosan. Pada dasarnya ada dua macam standar minimal yang sering dipergunakan yakni:

- Standar minimal sarana, misalnya standar minimal rumah sakit dan standar minimal laboratorium.
- Standar minimal tindakan, misalnya tata cara pengobatan dan perawatan penderita, dan daftar obat-obat esensial.

Dengan adanya standar minimal pelayanan ini, bukan saja pemborosan dapat dihindari dan dengan demikian akan ditingkatkan efisiensinya, tetapi juga sekaligus dapat pula dipakai sebagai pedoman dalam menilai mutu pelayanan.

b. Kerjasama.

Bentuk lain yang diperkenalkan untuk meningkatkan efisiensi ialah memperkenalkan konsep kerjasama antar berbagai sarana pelayanan kesehatan. Terdapat dua bentuk kerjasama yang dapat dilakukan yakni:

- Kerjasama institusi, misalnya sepakat secara bersama-sama membeli peralatan kedokteran yang mahal dan jarang dipergunakan. Dengan pembelian dan pemakaian bersama ini dapat dihematkan dana yang tersedia serta dapat pula dihindari penggunaan peralatan yang rendah dengan demikian efisiensi juga akan meningkat.
- Kerjasama sistem, misalnya sistem rujukan, yakni adanya hubungan kerjasama timbal balik antara satu sarana kesehatan dengan sarana kesehatan lainnya

Fungsi Pembiayaan Kesehatan

Fungsi pembiayaan kesehatan antara lain :

1. Penggalan dana

- a. Penggalan dana untuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Sumber dana untuk UKM terutama berasal dari pemerintah baik pusat maupun daerah, melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan dan pinjaman serta berbagai sumber lainnya. Sumber dana lain untuk upaya kesehatan masyarakat adalah swasta serta masyarakat. Sumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip public-private partnership yang didukung dengan pemberian insentif, misalnya keringanan pajak untuk setiap dana yang disumbangkan. Sumber dana dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri guna membiayai upaya kesehatan masyarakat, misalnya dalam bentuk dana sehat atau dilakukan secara pasif yakni menambahkan aspek kesehatan dalam

rencana pengeluaran dari dana yang sudah terkumpul di masyarakat, contohnya dana sosial keagamaan.

- b. Penggalian dana untuk Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) berasal dari masing-masing individu dalam satu kesatuan keluarga. Bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin, sumber dananya berasal dari pemerintah melalui mekanisme jaminan pemeliharaan kesehatan wajib.

2. Pengalokasian dana

- a. Alokasi dana dari pemerintah yakni alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk UKM dan UKP dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja baik pusat maupun daerah sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya.
- b. Alokasi dana dari masyarakat yakni alokasi dana dari masyarakat untuk UKM dilaksanakan berdasarkan asas gotong royong sesuai dengankemampuan. Sedangkan untuk UKP dilakukan melalui kepesertaandalam program jaminan pemeliharaan kesehatan wajib dan atausukarela.

3. Pembelanjaan

- a. Pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan public-private patnership digunakan untuk membiayai UKM.
- b. Pembiayaan kesehatan yang terkumpul dari Dana Sehat dan Dana Sosial Keagamaan digunakan untuk membiayai UKM dan UKP.
- c. Pembelajaan untuk pemeliharaan kesehatan masyarakat rentan dan kesehatan keluarga miskin dilaksanakan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan wajib

Tarif Pelayanan Kesehatan Batasan

Pengeritian tarif tidaklah sama dengan harga. Sekalipun keduanya merujuk pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh konsumen, tetapi pengertian tarif ternyata lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh jasa pelayanan, sedangkan pengertian harga lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh barang. Oleh masyarakat pemakai jasa pelayanan kesehatan, tarif diartikan sama dengan seluruh biaya yang

harus dikeluarkan untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Adanya pengertian yang seperti ini jelas tidak sesuai. Karena dalam pengertian seluruh biaya tersebut, telah termasuk harga barang, yang untuk Indonesia misalnya obat-obatan, yang memang penggolohannya sering dilakukan terpisah dengan pengelolaan sarana pelayanan kesehatan.

Namun, terlepas dari adanya perbedaan pengertian tersebut, peranan tarif dalam pelayanan kesehatan memang amat penting. Untuk dapat menjamin kesinambungan pelayanan, setiap sarana kesehatan harus dapat menetapkan besarnya tarif yang dapat menjamin total pendapatan yang lebih besar dari total pengeluaran.

Sesungguhnya pada saat ini sebagai akibat dari mulai berkurangnya pihak-pihak yang mau menyumbang dana pada pelayanan kesehatan (misal Rumah Sakit), maka sumber keuangan utama kebanyakan sarana kesehatan hanyalah dari pendapatan saja. Untuk ini jelas bahwa kecermatan menentukan tarif memegang peran yang amat penting. Apabila tarif tersebut terlalu rendah, dapat menyebabkan total pendapatan (*income*) yang rendah pula, yang apabila ternyata juga lebih rendah dari total pengeluaran (*expenses*), pasti akan menimbulkan kesulitan keuangan.

Faktor yang mempengaruhi

Untuk dapat menetapkan tarif pelayanan yang dapat menjamin total pendapat yang tidak lebih rendah dari total pengeluaran, banyak factor yang perlu diperhitungkan. Faktor-faktor yang dimaksud untuk suatu sarana pelayanan, secara umum dapat dibedakan atas empat macam:

1. Biaya investasi

Untuk suatu rumah sakit, biaya investasi (*investment cost*) yang terpenting adalah biaya pembangunan gedung, pembelian berbagai peralatan medis, pembelian berbagai peralatan non-medis serta biaya pendidikan dan pelatihan tenaga pelaksana. Tergantung dari besarnya biaya investasi, rencana titik impas (*break event point*), jangka waktu pengembalian modal (*return of investment*), serta perhitungan masa kedaluwarsa (*depreciation period*) maka tarif pelayanan suatu sarana kesehatan dapat berbeda dengan sarana kesehatan lainnya. Secara umum disebutkan jika biaya investasi tersebut adalah besar, rencana titik impas, jangka

waktu pengembalian biaya investasi serta perhitungan masa kedaluwarsa terlalu singkat, maka tarif pelayanan yang diterapkan akan cenderung mahal.

2. Biaya kegiatan rutin

Untuk suatu sarana kesehatan, biaya kegiatan rutin (*operational cost*) yang dimaksudkan di sini mencakup semua biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan berbagai kegiatan. Jika ditinjau dari kepentingan pemakai jasa pelayanan, maka biaya kegiatan rutin ini dapat dibedakan atas dua macam:

- a. Biaya untuk kegiatan yang berhubungan langsung dengan kebutuhan pelayanan kesehatan (*direct cost*)

Pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan sangat bervariasi. Tidak hanya pada tindakan yang dilakukan, tetapi juga pada peralatan yang dipergunakan. Demikianlah jika pelayanan kesehatan tersebut memerlukan tindakan yang lebih sulit serta peralatan yang lebih canggih, maka tarif yang ditetapkan untuk jenis pelayanan kesehatan tersebut umumnya lebih tinggi. Dalam membicarakan biaya pelayanan kesehatan ini, perlulah diperhatikan adanya peranan pengetahuan, sikap dan perilaku penyelenggara dan pemakai jasa pelayanan kesehatan. Jika pengetahuan, sikap dan perilaku tersebut tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dan atau “berlebihan” pasti akan mendorong pemakaian pelayanan yang berlebihan pula, yang dampak akhirnya akan meningkatkan total tarif yang dibayarkan ke Rumah Sakit.

- b. Biaya untuk kegiatan yang tidak berhubungan langsung dengan kebutuhan pelayanan kesehatan (*indirect cost*).

Ke dalam biaya ini termasuk gaji karyawan, pemeliharaan bangunan dan peralatan, pemasangan rekening listrik dan air dan lain sebagainya yang seperti ini. Secara umum disebutkan jika biaya kegiatan tidak langsung ini tinggi, misalnya karena pengelolaan yang tidak efisien, pasti akan berpengaruh terhadap tingginya tarif pelayanan.

3. Biaya rencana pengembangan

Untuk suatu sarana kesehatan, biaya rencana pengembangan yang dimaksudkan disini mencakup hal yang amat luas sekali. Mulai dari rencana perluasan bangunan, penambahan peralatan, penambahan jumlah dan peningkatan pengetahuan serta ke terampilan karyawan dan ataupun penambahan jenis pelayanan. Untuk sarana keseh

atan yang tidak mencari keuntungan, besarnya biaya pengembangan ini lazimnya sama dengan semua kelebihan hasil usaha.

4. Besarnya target keuntungan

Tergantung dari filosofi yang dianut oleh pemilik sarana kesehatan besarnya target keuntungan yang diharapkan tersebut amat bervariasi sekali. Tetapi betapapun bervariasi presentase keuntungan tersebut, seyogyanya keuntungan suatu sarana kesehatan tidak boleh sama dengan keuntungan berbagai kegiatan usaha lainnya.

Upaya Pengendalian

Dari uraian tentang ke empat faktor yang harus diperhitungkan dalam menetapkan tarif pelayanan yang seperti ini, segeralah mudah dipahami bahwa besarnya tarif pelayanan tersebut sangat dipengaruhi serta bersifat sensitif terhadap besarnya biaya investasi, biaya rutin, biaya rencana pembangunan serta target perolehan keuntungan. Jika biaya untuk ke empat faktor ini tinggi maka tarif pelayanan pasti akan tinggi pula. Untuk mencegah tingginya tarif pelayanan kesehatan tersebut, maka biaya untuk keempat faktor ini haruslah dapat dikendalikan. Bertitik tolak dari berbagai kegiatan yang dapat diakuakan pada program pengendalian biaya kesehatan, maka hal yang dapat dilakukan pada program pengendalian tarif pelayanan. Secara sederhana dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Biaya Investasi

Untuk mencegah biaya investasi yang terlalu besar dan jangka waktu pengembalian yang terlalu singkat, mekanisme pengendalian yang lazim diperlakukan adalah menerapkan ketentuan yang dikenal sebagai *certificate of need*, serta kewajiban melakukan *feasibility study* yang bersifat social.

2. Biaya Kegiatan Rutin

Untuk mencegah biaya kegiatan rutin yang terlalu tinggi, terutama yang berhubungan langsung dengan kebutuhan pemakai jasa pelayanan kesehatan, mekanisme pengendalian yang lazim diperlakukan adalah menerapkan ketentuan pelayanan kesehatan yang etis dan sesuai standar, yang imbal jasa dokter (*doctor fee*) sering termasuk didalamnya. Untuk menjamin efektifitas pelaksanaannya, penerapan etis dan standar ini harus diikuti oleh *medical audit* secara berkala oleh

suatu badan yang bersifat netral yang di Amerika Serikat disebut sebagai *professional standard review organization*.

3. Biaya rencana pengembangan

Untuk mencegah biaya rencana pengembangan yang berlebihan, mekanisme pengendalian yang lazim diperlakukan ialah menerapkan ketentuan *development plan* yang pada dasarnya hanya membenarkan program pengembangan apabila telah direncanakan dan disetujui sebelumnya.

4. Keuntungan

Untuk mencegah tingginya perhitungan target keuntungan, yang terutama ditemukan pada sarana kesehatan swasta, tidak ditemukan mekanisme pengendalian khusus, kecuali menerapkan berbagai ketentuan sebagaimana dikemukakan di atas. Dengan perkataan lain apabila semua ketentuan biaya (*cost containment*) yang telah disebutkan dapat terlaksana, maka secara otomatis perhitungan target keuntungan yang terlalu tinggi akan dapat dicegah.

Penugasan

- 1) Mahasiswa mengerjakan soal pilihan ganda di bawah ini dengan cara menandai dengan diberi tanda silang pada pilihan yang telah disediakan
- 2) Pengampu dan mahasiswa mendiskusikan bersama untuk membahas dan mendapatkan jawaban yang benar dan tepat

Soal pilihan ganda

1. Besarnya dana yang harus di sediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Azrul Azwar: 1996) merupakan pengertian dari...
 - A. Subsistem Pembiayaan Kesehatan
 - B. Biaya Kesehatan
 - C. Sistem pembiayaan kesehatan
 - D. Pelayanan kesehatan
 - E. Sistem kapitasi
2. Pengertian dari fee for Service (Out of Pocket) berikut yang benar adalah...
 - A. Sistem pembayaran berdasarkan layanan, dimana pencari layanan kesehatan berobat lalu membayar kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK).
 - B. Sistem pembayaran berdasarkan waktu layanan, dimana pencari layanan kesehatan berobat lalu membayar kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK).
 - C. Sistem pembayaran berdasarkan sistem layanan, dimana pencari layanan kesehatan berobat lalu membayar kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK).
 - D. Sistem pembayaran berdasarkan jenis layanan, dimana pencari layanan kesehatan berobat lalu membayar kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK).
 - E. Sistem pembayaran berdasarkan pemeriksaan kesehatan, dimana pencari layanan kesehatan berobat lalu membayar kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK).

3. Sistem pembayaran yang dilakukan oleh pihak ketiga atau pihak asuransi setelah pencari layanan kesehatan berobat. Sistem ini dapat berupa system kapitasi dan system Diagnose Related Group (DRG system).

Uraian diatas merupakan sistem pembayaran, yaitu...

- A. Fee for Service
 - B. Out of Pocket
 - C. Sistem pembayaran tidak langsung
 - D. Health Insurance
 - E. Sistem pembayaran langsung
4. Kelebihan dari sistem Health Insurance adalah, *kecuali*...
- A. PPK mendapat jaminan adanya pasien (*captivemarket*)
 - B. Mendapat kepastian dana di tiap awal periode waktu tertentu
 - C. Dapat terjadinya underutilization
 - D. PPK taat prosedur sehingga mengurangi terjadinya multidrug dan multidiagnose.
 - E. Membuat PPK lebih kearah preventif dan promotif kesehatan.
5. Secara umum sumber biaya kesehatan dibedakan menjadi 2, salah satunya bersumber dari anggaran pemerintah. Pada sistem ini, biaya dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah. Berikut yang merupakan anggaran yang bersumber dari pemerintah yang benar, *kecuali*...
- A. Pemerintah provinsi melalui skema dana provinsi
 - B. Pemerintah kabupaten atau kota melalui skema dana kabupaten atau kota
 - C. Keuntungan badan usaha milik daerah
 - D. Pembelian aset dan obligasi daerah
 - E. Hutang pemerintah daerah
6. Sumber pembiayaan yang dapat berasal dari individual ataupun perusahaan. Sistem ini mengharapkan agar berperan aktif secara mandiri dalam penyelenggaraan maupun pemanfaatannya disebut sistem pembiayaan...
- A. Bersumber dari anggaran pemerintah
 - B. Bersumber dari anggaran masyarakat

- C. Bersumber dari anggaran iuran bersama
 - D. Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri
 - E. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat
7. Peningkatan yang dilakukan dengan memperkenalkan berbagai mekanisme pengawasan dan pengendalian disebut dengan syarat pokok pembiayaan kesehatan untuk meningkatkan...
- A. Efektivitas
 - B. Efisiensi
 - C. Expenses
 - D. Depreciation
 - E. Investment
8. Sumber dana yang berasal dari pemerintah baik pusat maupun daerah, melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan dan pinjaman serta berbagai sumber lainnya. Sumber dana lain adalah swasta serta masyarakat. Uraian tersebut merupakan fungsi pembiayaan kesehatan yaitu...
- A. Penggalan dana untuk Upaya Kesehatan Masyarakat
 - B. Penggalan dana untuk Upaya Kesehatan Perorangan
 - C. Penggalan dana untuk Upaya Kesehatan Pemerintah
 - D. Penggalan dana untuk Upaya Kesehatan Pihak ketiga
 - E. Penggalan dana untuk Upaya Pelayanan Kesehatan
9. Untuk suatu rumah sakit, yang terpenting adalah biaya pembangunan gedung, pembelian berbagai peralatan medis, pembelian berbagai peralatan non-medis serta biaya pendidikan dan pelatihan tenaga pelaksana. Tergantung dari besarnya, rencana titik impas, jangka waktu pengembalian modal, serta perhitungan masa kedaluwarsa maka tarif pelayanan suatu sarana kesehatan dapat berbeda dengan sarana kesehatan lainnya. Uraian tersebut merupakan faktor yang mempengaruhi tarif pelayanan kesehatan yaitu...
- A. Biaya kegiatan rutin
 - B. Biaya investasi
 - C. Biaya untuk kegiatan
 - D. Biaya rencana pengembangan

E. Besarnya target keuntungan

10. Mekanisme pengendalian yang lazim diperlakukan ialah menerapkan ketentuan *development plan* yang pada dasarnya hanya membenarkan program pengembangan apabila telah direncanakan dan disetujui sebelumnya. Uraian tersebut merupakan upaya pengendalian untuk tarif pelayanan kesehatan, adalah...

- A. Biaya Investasi
- B. Biaya Kegiatan Rutin
- C. Biaya untuk kegiatan
- D. Biaya rencana pengembangan
- E. Keuntungan

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

Referensi

Ismayanti, Rahma., dkk, Sistem Pembiayaan Kesehatan Nasional dan Penyusunan Anggaran Program Kesehatan (2013). Universitas Negeri Malang.

Rosida, Mina., dkk, Modul Konsep Pembiayaan Kesehatan (2017). Universitas Negeri Malang.



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 2

IMPLEMENTASI SISTEM PEMBIAYAAN

MATA KULIAH : PEMBIAYAAN KESEHATAN



PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Pembiayaan Kesehatan

Kode Mata Kuliah : RMIK504

Tanggal Mulai :

Implementasi Sistem Pembiayaan kesehatan di Indonesia

Modul: 2



Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Praktik Pembiayaan Kesehatan dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang Pembiayaan Kesehatan, pada mata kuliah Pembiayaan Kesehatan. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Daftar Isi

Kata Pengantar	1
Daftar Isi	1
Masalah Pokok Pembiayaan Nasional di Indonesia	2
Penugasan	7
Daftar Pustaka	8

Indonesia masih dianggap negara yang kurang memberikan prioritas kesehatan untuk penduduknya. Hal ini dibuktikan dengan rendahnya alokasi dana pemerintah untuk sektor kesehatan yang jumlahnya hanya sekitar 2% dari PDB, dan masih jauh dibawah rekomendasi. Organisasi Kesehatan Dunia atau WHO yang merekomendasikan 5% dari PDB. Saat ini kebijakan pembiayaan kesehatan yang berlaku di Indonesia tidak konsisten dengan UU yang mengaturnya. Disatu pihak, peraturan yang mengatur kebijakan ini yaitu UU no 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menyatakan bahwa sistim pembiayaan kesehatan berbasis asuransi sosial, namun dalam implementasinya sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia didominasi oleh pembiayaan pemerintah dari sumber pajak. Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan yang memadai (health care financing) akan menolong pemerintah di suatu negara untuk dapat memobilisasi sumber-sumber pembiayaan kesehatan, mengalokasikannya secara rasional serta menggunakannya secara efisien dan efektif. Kebijakan pembiayaan kesehatan yang mengutamakan pemerataan serta berpihak kepada masyarakat miskin (equi-table and pro poor health policy) akan mendorong tercapainya akses yang universal. Pada aspek yang lebih luas diyakini bahwa pembiayaan kesehatan mempunyai kontribusi pada perkembangan sosial dan ekonomi. Pelayanan kesehatan itu sendiri pada akhir-akhir ini menjadi amat mahal baik pada negara maju maupun pada negara berkembang. Penggunaan yang berlebihan dari pelayanan kesehatan dengan teknologi tinggi adalah salah satu penyebab utamanya. Penyebab yang lain adalah dominasi pembiayaan pelayanan kesehatan dengan mekanisme pembayaran tunai (fee for service) dan lemahnya kemampuan dalam penatalaksanaan sumber-sumber dan pelayanan itu sendiri (poor management of resources and services). (Departemen Kesehatan RI, 2004 Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan yang memadai (health care financing) akan menolong pemerintah di suatu negara untuk dapat memobilisasi sumber-sumber pembiayaan kesehatan, mengalokasikannya secara rasional serta menggunakannya secara efisien dan efektif. Kebijakan pembiayaan kesehatan yang mengutamakan pemerataan serta berpihak kepada masyarakat miskin (equi-table and pro poor health policy) akan mendorong tercapainya akses yang universal. Pada aspek yang lebih luas diyakini bahwa pembiayaan kesehatan mempunyai kontribusi pada perkembangan sosial dan ekonomi. Pelayanan kesehatan itu sendiri pada akhir-akhir ini menjadi amat mahal baik pada negara maju maupun pada negara berkembang. Penggunaan yang

berlebihan dari pelayanan kesehatan dengan teknologi tinggi adalah salah satu penyebab utamanya. Penyebab yang lain adalah dominasi pembiayaan pelayanan kesehatan dengan mekanisme pembayaran tunai (fee for service) dan lemahnya kemampuan dalam penatalaksanaan sumber-sumber dan pelayanan itu sendiri (poor management of resources and services). (Departemen Kesehatan RI, 2004 Masalah Pokok Pembiayaan Nasional di Indonesia).

Jika diperhatikan syarat pokok pembiayaan kesehatan sebagaimana dikemukakan di atas, segera terlihat bahwa untuk memenuhinya tidaklah semudah yang diperkirakan. Sebagai akibat makin meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan juga karena telah dipergunakannya sebagai peralatan canggih, menyebabkan pelayanan kesehatan makin bertambah kompleks. Semua ini disatu pihak memang mendatangkan banyak keuntungan yakni makin meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, namun dipihak lain ternyata juga mendatangkan banyak masalah, adapun berbagai masalah tersebut jika ditinjau dari sudut pembiayaan kesehatan secara sederhana dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Kurangnya dana yang tersedia

Dibanyak Negara, termasuk Indonesia, dana yang disediakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tidaklah memadai. Rendahnya alokasi anggaran ini berkaitan dengan masih berkurangnya kesadaran mengambil keputusan akan pentingnya arti kesehatan. Kebanyakan dari pengambilan keputusan menganggap pelayanan kesehatan tidak bersifat produktif melainkan bersifat konsumtif dan karena itu kurang diprioritaskan. Di Indonesia, jumlah dana yang disediakan hanya berkisar antara 2-3% dari total anggaran belanja negara dalam setahun.

2. Penyebaran dana yang tidak sesuai

Masalah lain yang dihadapi ialah penyebaran dana tidak sesuai, karena kebanyakan justru beredar di daerah perkotaan. Padahal jika ditinjau dari penyebaran penduduk, kebanyakan tempat tinggal di daerah pedesaan.

3. Pemanfaatan dana yang tidak tepat

Pemanfaatan dana yang tidak tepat juga merupakan satu masalah yang dihadapi dalam pembiayaan kesehatan ini. Di banyak negara ternyata biaya pelayanan kedokteran jauh lebih tinggi dari pada biaya pelayanan kesehatan masyarakat. Padahal semua pihak telah mengetahui

bahwa pelayanan kedokteran dipandang kurang efektif dari pada pelayanan kesehatan masyarakat.

4. Pengelolaan dana yang kurang sempurna

Seandainya dana yang tersedia amat terbatas, penyebaran dan pemanfaatannya belum begitu sempurna, namun jika apa yang dimiliki tersebut dapat dikelola dengan baik dalam batas-batas tertentu, tujuan dari pelayanan kesehatan masih dapat dicapai. Sayangnya kehendak yang seperti ini sulit diwujudkan, penyebab utamanya ialah karena pengelolaannya belum sempurna, yang kait berkait tidak hanya dengan pengetahuan dan ketrampilan yang masih terbatas, tetapi juga ada kaitannya dengan sikap mental para pengelola.

5. Biaya kesehatan yang makin meningkat

Masalah lain yang dihadapi oleh pembiayaan kesehatan ialah makin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan itu sendiri. Banyak penyebab yang berperan disini, beberapa yang terpenting adalah (Cambridge Research Institute, 1976; Sorkin, 1975 dan Feldstein, 1988) :

a. Tingkat Inflasi

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat inflasi yang terjadi di masyarakat. Demikianlah apabila terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka secara otomatis biaya investasi dan juga biaya operasional pelayanan kesehatan akan meningkat pula. Bertambahnya pengeluaran yang seperti ini, tentu akan besar pengaruhnya terhadap peningkatan biaya kesehatan secara keseluruhan.

b. Tingkat Permintaan

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat permintaan yang ditemukan di masyarakat. Untuk bidang kesehatan peningkatan permintaan tersebut dipengaruhi setidaknya oleh dua faktor. Pertama, karena meningkatnya kuantitas penduduk yang memerlukan pelayanan kesehatan, yang karena jumlah orangnya lebih banyak menyebabkan biaya yang harus disediakan dan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan akan lebih baik pula. Kedua, karena meningkatnya kualitas penduduk, yang karena pendidikan dan penghasilannya lebih baik, membutuhkan pelayanan kesehatan yang lebih baik pula. Kedua keadaan yang seperti ini, tentu akan besar pengaruh pada peningkatan biaya kesehatan.

c. Kemajuan Ilmu dan Teknologi

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh pemanfaatan berbagai ilmu dan teknologi, yang untuk pelayanan kesehatan yang ditandai dengan makin banyak dipergunakan berbagai peralatan modern dan canggih. Semua kemajuan ini tentu akan berpengaruh terhadap pengeluaran yang dilakukan, baik terhadap biaya investasi, ataupun biaya operasional. Tidak mengherankan jika kemudian biaya kesehatan meningkat dengan tajam oleh Waldman (1972) diperkirakan bahwa kontribusi pemakaian berbagai peralatan canggih terhadap kenaikan biaya kesehatan tidak kurang dari 31% dari total kenaikan harga. Lebih dari pada itu, dengan kemajuan ilmu dan teknologi ini juga berpengaruh terhadap penyembuhan penyakit. Sayangnya penyelamat nyawa manusia tersebut sering diikuti dengan keadaan cacat, yang untuk pemulihannya (rehabilitation) sering dibutuhkan biaya yang tidak sedikit, yang semua juga mendorong makin meningkatnya biaya kesehatan.

d. Perubahan Pola Penyakit

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh terjadinya pola penyakit di masyarakat. Jika dahulu banyak ditemukan berbagai penyakit yang bersifat akut, maka pada saat ini telah banyak ditemukan berbagai penyakit yang bersifat kronis. Dibandingkan dengan penyakit akut, perawatan berbagai penyakit kronis ini ternyata lebih lama. Akibatnya biaya yang dikeluarkan untuk perawatan dan penyembuhan penyakit akan lebih banyak pula. Apabila penyakit yang seperti ini banyak ditemukan, tidak mengherankan jika kemudian biaya kesehatan akan meningkat dengan pesat.

e. Perubahan Pola Pelayanan Kesehatan

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh perubahan pola pelayanan kesehatan. Pada saat ini sebagai akibat dari perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi menyebabkan pelayanan kesehatan terkotak-kotak (*fragmented health services*) dan satu sama lain tidak berhubungan. Akibatnya tidak mengherankan jika kemudian sering dilakukan pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang yang pada akhirnya akan membebani

pasien. Lebih dari pada itu sebagai akibat banyak dipergunakan para spesialis dan subspesialis menyebabkan hari perawatan juga akan meningkat.

f. Perubahan Pola Hubungan Dokter-Pasien

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh pola hubungan antara dokter-pasien (*doctor-patient relationship*). Pada saat ini sebagai akibat perkembangan spesialisasi dan subspesialisasi serta penggunaan berbagai kemajuan ilmu dan teknologi, menyebabkan hubungan dokter-pasien tidak begitu erat lagi. Tidak mengherankan jika kebetulan sampai terjadi perselisihan paham, dapat mendorong munculnya sengketa dan bahkan tuntutan hukum ke pengadilan. Untuk menghindari hal yang seperti ini, para dokter melakukan dua hal. Pertama, mengasuransikan praktek kedokterannya, yang ternyata sebagai akibat makin seringnya tuntutan hukum atas dokter menyebabkan premi yang harus dibayar oleh dokter dari tahun ke tahun tampaknya semakin meningkat. Kedua, melakukan pemeriksaan yang berlebihan oleh Rubin (1973) dilaporkan pemeriksaan yang berlebihan ini telah ditemukan di hampir semua aspek pelayanan kedokteran. Adanya keadaan yang seperti ini yakni asuransi profesi disatu pihak serta pemeriksaan yang berlebihan dipihak lain, jelas akan berperan besar pada peningkatan biaya kesehatan, yang akhirnya membebani masyarakat

g. Lemahnya Mekanisme Pengendalian Biaya

Untuk mencegah peningkatan biaya kesehatan, sebenarnya telah tersedia berbagai mekanisme pengendalian biaya (*cost containment*). Mekanisme pengendalian biaya yang dimaksud banyak macamnya. Mulai dari *certificate of need*, *feasibility study*, *development plan*, *professional standard*, *medical audit*, sampai dengan *rate regulation* yang semuanya dituangkan dalam peraturan perundang-undangan yang jelas. Sayangnya dalam banyak hal, mekanisme pengendalian harga ini sering telambat dikembangkan. Akibatnya, tidaklah mengherankan jika kemudian biaya kesehatan menjadi tidak terkendali, yang akhirnya akan membebani masyarakat secara keseluruhan.

h. Penyalahgunaan Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan (*health insurance*) sebenarnya adalah salah satu mekanisme pengendalian biaya kesehatan. Tetapi jika diterapkan secara tidak tepat sebagaimana yang lazim ditemukan pada bentuk yang konvensional (*third party system*) dengan system mengganti biaya (*reimbursement*) justru akan mendorong naiknya biaya kesehatan. Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan yang memadai (*health care financing*) akan menolong pemerintah di suatu negara untuk dapat memobilisasi sumber-sumber pembiayaan kesehatan, mengalokasikannya secara rasional serta menggunakannya secara efisien dan efektif. Kebijakan pembiayaan kesehatan yang mengutamakan pemerataan serta berpihak kepada masyarakat miskin (*equitable and pro poor health policy*) akan mendorong tercapainya akses yang universal. Pada aspek yang lebih luas diyakini bahwa pembiayaan kesehatan mempunyai kontribusi pada perkembangan sosial dan ekonomi. Pelayanan kesehatan itu sendiri pada akhir-akhir ini menjadi amat mahal baik pada negara maju maupun pada negara berkembang. Penggunaan yang berlebihan dari pelayanan kesehatan dengan teknologi tinggi adalah salah satu penyebab utamanya. Penyebab yang lain adalah dominasi pembiayaan pelayanan kesehatan dengan mekanisme pembayaran tunai (*fee for service*) dan lemahnya kemampuan dalam penatalaksanaan sumber-sumber dan pelayanan itu sendiri (*poor management of resources and services*). (Departemen Kesehatan RI, 2004)

Penugasan

1. Apa saja faktor penyebab masalah meningkatnya pembiayaan kesehatan menurut Cambridge Research Institute?
2. Bagaimana mekanisme untuk mencegah peningkatan biaya kesehatan ?
3. Apa penyebab masalah kurangnya dana yang tersedia untuk pembiayaan kesehatan di Indonesia ?
4. Apa akibat dari perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan?
5. Apa keuntungan dari makin meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan ?

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan range nilai dari 0 sampai 100

Daftar Pustaka

Pemerintah Pusat. 2004. UU no 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. LN. 2004/ No. 150.Jakarta.

Cambridge University Press. 2020. Hypothecated taxes.

World Health Organization. (2020). Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure.



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 3

ASURANSI KESEHATAN

MATA KULIAH : PEMBIAYAAN KESEHATAN



PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Pembiayaan Kesehatan

Kode Mata Kuliah : RMIK504

Tanggal Mulai :

Asuransi Kesehatan

Modul: 3



Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Praktik Pembiayaan Kesehatan dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul praktik ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang Pembiayaan Kesehatan, pada mata kuliah Pembiayaan Kesehatan. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar isi

Kata Pengantar	i
Daftar isi	i
Asuransi Kesehatan	1
Asuransi bersifat umum	3
Asuransi bersifat khusus	3
Tujuan Asuransi	6
Jenis Asuransi	9
Syarat-syarat Sah Asuransi	11
Penugasan	1
Daftar Pustaka	1

Asuransi Kesehatan

Dalam kamus atau perbendaharaan kata bangsa Indonesia, tidak dikenal kata asuransi, yang dikenal adalah istilah “jaminan” atau “tanggungan”. Dalam konteks asuransi kesehatan, pengertian asuransi adalah memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya. Ada pihak yang menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau perawatannya. Pihak yang menjamin ini dalam bahasa Inggris disebut insurer atau dalam UU Asuransi disebut asuradur. Asuransi merupakan jawaban atas sifat ketidak-pastian (uncertain) dari kejadian sakit dan kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk memastikan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dibiayai secara memadai, maka seseorang atau kelompok kecil orang melakukan transfer risiko kepada pihak lain yang disebut insurer/asuradur, ataupun badan penyelenggara jaminan. (Thabrany H, 2001).

Menurut pasal 246 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD), asuransi mempunyai pengertian sebagai berikut: Asuransi atau pertanggungan adalah suatu persetujuan dimana penanggung kerugian diri kepada tertanggung, dengan mendapat premi untuk mengganti kerugian karena kehilangan kerugian atau tidak diperolehnya suatu keuntungan yang diharapkan, yang dapat diderita karena peristiwa yang tidak diketahui lebih dahulu. (Andreas, 2009). Definisi asuransi menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1992 adalah Asuransi atau Pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dimana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggungjawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan. (Andreas, 2009). Dalam dunia asuransi ada 6 (enam) macam prinsip dasar yang harus dipenuhi, yaitu:

- 1) Insurable interest

Hak untuk mengasuransikan, yang timbul dari suatu hubungan keuangan, antara tertanggung dengan yang diasuransikan dan diakui secara hukum.

- 2) Utmost good faith

Suatu tindakan untuk mengungkapkan secara akurat dan lengkap, semua fakta yang material (material fact) mengenai sesuatu yang akan diasuransikan baik diminta maupun tidak. Artinya adalah: penanggung harus dengan jujur menerangkan dengan jelas segala sesuatu tentang luasnya syarat atau kondisi dari asuransi dan tertanggung juga harus memberikan keterangan yang jelas dan benar atas obyek atau kepentingan yang dipertanggungkan.

3) Proximate cause

Suatu penyebab aktif, efisien yang menimbulkan rantai kejadian yang menimbulkan suatu akibat tanpa adanya intervensi suatu yang mulai dan secara aktif dari sumber yang baru dan independen.

4) Indemnity

Suatu mekanisme dimana penanggung menyediakan kompensasi finansial dalam upayanya menempatkan tertanggung dalam posisi keuangan yang ia miliki sesaat sebelum terjadinya kerugian (KUHD pasal 252,253 dan dipertegas dalam pasal 278).

5) Subrogation

Pengalihan hak tuntutan dari tertanggung kepada penanggung setelah klaim dibayar.

6) Contribution

Adalah hak penanggung untuk mengajak penanggung lainnya yang sama-sama menanggung, tetapi tidak harus sama kewajibannya terhadap tertanggung untuk ikut memberikan indemnity.

Pada umumnya model asuransi mendorong munculnya apa yang disebut sebagai moral hazard:

- a. Pada sisi tertanggung (pasien): adanya kecenderungan untuk memaksimalkan pelayanan kesehatan karena semua biaya akan ditanggung asuransi, dan kecenderungan untuk tidak melakukan tindakan preventif.
- b. Pada sisi provider: mempunyai kecenderungan untuk memberikan terapi secara berlebihan untuk memaksimalkan pendapatan.

Sehingga beberapa skema asuransi diatur sedemikian rupa untuk mengurangi terjadinya moral hazard, misalnya dengan mengatur batasan paket pelayanan, mengatur besaran kontribusi sesuai dengan tingkat resiko tertanggung. Sistem ini dapat dibedakan menjadi asuransi yang bersifat umum yaitu mencakup semua

golongan dan asuransi yang bersifat khusus untuk kelompok masyarakat tertentu. Sifat asuransi dapat dijelaskan sebagai berikut:

Asuransi bersifat umum

1. General taxation

General taxation merupakan model dimana sumber pembiayaan diambil dari pajak pendapatan secara proporsional dari seluruh populasi yang kemudian dialokasikan untuk berbagai sektor (tidak terbatas pelayanan kesehatan). Alokasi pada sektor kesehatan biasanya berupa budget pada fasilitas kesehatan dan gaji staf kesehatan. Meskipun mempunyai cakupan yang luas, keberhasilan sistem ini tergantung pada tingkat pendapatan masyarakat dan angkatan kerja, besaran alokasi pada pelayanan kesehatan dan sistem penarikan pajak. Rendahnya pendapatan masyarakat (ekonomi negara) akan menurunkan nilai pajak, alokasi biaya pada pelayanan kesehatan sehingga mendorong rendahnya cakupan dan mutu pelayanan sehingga pada akhirnya biaya pelayanan kesehatan akan kembali ditanggung langsung oleh individu.

2. Earmarked payroll tax

Sistem ini memiliki karakteristik yang hampir serupa dengan general taxation hanya saja penarikan pajak dialokasikan langsung bagi pelayanan kesehatan sehingga lebih bersifat transparan dan dapat mendorong kesadaran pembayaran pajak karena kejelasan penggunaan.

Asuransi bersifat khusus

Dibandingkan dengan sistem umum, asuransi selektif mempunyai perbedaan dalam hal kontribusi dan tanggungannya ditujukan pada suatu kelompok tertentu dengan paket pelayanan yang telah ditetapkan.

1. Social insurance

Social insurance mempunyai karakteristik khusus yang membedakan dengan private insurance, yaitu:

- a. Keanggotaan bersifat wajib
- b. Kontribusi (premi) sesuai dengan besaran gaji
- c. Cakupan pelayanan kesehatan yang diasuransikan sesuai dengan besaran kontribusi
- d. Pelayanan dirupakan dalam bentuk paket
- e. Dikelola oleh organisasi yang bersifat otonom

- f. Biasanya merupakan bagian dari sistem jaminan sosial yang berskala luas
- g. Umumnya terjadi cross subsidi

2. Voluntary community

Perbedaan utama sistem ini dengan asuransi sosial adalah keanggotaan yang bersifat sukarela serta skala cakupan tertanggung yang lebih sempit. Biasanya asuransi ini berkembang pada kelompok masyarakat yang tidak tertanggung oleh asuransi sosial yaitu kelompok yang tidak memiliki pekerjaan formal, yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penarikan kontribusi rutin dari penghasilan. Contoh penerapan dari sistem ini adalah kartu sehat/kartugakin yang dikembangkan pemerintah daerah dan ditujukan pada kelompok tertentu (masyarakat miskin).

3. Private Insurance

Perbedaan utama private insurance dan social insurance adalah tidak adanya risk pooling dan bersifat voluntary. Disamping itu private insurance juga memperhitungkan resiko kesakitan individu dengan besaran premium dan cakupan pelayanan asuransi yang diberikan. Artinya individu yang lebih beresiko sakit misalnya kelompok rentan (bayi, ibu hamil, lansia), orang dengan perilaku tertentu misalnya perokok, dan orang dengan pekerjaan yang beresiko akan dikenakan premi yang lebih tinggi dibandingkan kelompok yang dengan resiko rendah. Model ini tentunya mempunyai mekanisme lebih rumit mengingat harus memperhitungkan tingkat resiko tertanggung. Model private insurance mungkin bersifat profit yaitu mencari keuntungan untuk pengelolaan dan pemilik, atau menggunakan keuntungan untuk mengurangi besaran premi tertanggung. Bentuk private insurance dapat berupa lembaga asuransi swasta atau NGO bagi umum maupun asuransi kelompok khusus seperti asuransi pekerja.

4. Funding/Donation

Seluruh sistem pembiayaan yang telah diuraikan diatas menganut keterkaitan antara pengguna jasa pelayanan kesehatan atau tertanggung dan penggunaan jasa pelayanan kesehatan. Model funding tidak ditujukan langsung pada kelompok individu tetapi lebih pada program kesehatan misalnya bantuan alat kesehatan, pelatihan atau perbaikan fasilitas pelayanan kesehatan. Permasalahan yang sering muncul adalah ketidaksesuaian program funding dengan kebutuhan atau kesalahan pengelolaan oleh negara. Disamping itu

sumber dana dari funding tentu saja tidak dapat diandalkan keberlangsungannya. Berdasarkan pengelolaan manajemennya, sistem pembiayaan menggambarkan hubungan antara pasien sebagai konsumen dan atau sumber biaya, provider/penyelenggara atau pemberi pelayanan kesehatan (dokter, perawat atau institusi seperti rumah sakit), pemerintah sebagai pengatur, pengelola pelayanan kesehatan dan sumber biaya.

Asuransi kesehatan yang paling mutakhir adalah managed care, dimana sistem pembiayaan dikelola secara terintegrasi dengan sistem pelayanan. Asuransi kesehatan dengan model managed care ini mulai dikembangkan di Amerika. Hal ini timbul oleh karena sistem pembiayaan kesehatan yang lama, inflasi biaya kesehatan terus meningkat jauh diatas inflasi rata-rata, sehingga dicari model lain untuk mengatasi peningkatan biaya kesehatan. Managed care pada dasarnya sudah mulai diterapkan pada tahun 1983 yaitu oleh Kaiser Permanente Medical Care Program, tetapi secara meluas mulai diterapkan pada tahun 1973, yaitu dengan diberlakukannya HMO Act, pada periode pemerintahan Nixon. (Juanita, 2002).

Pada hakekatnya, managed care adalah suatu konsep yang masih terus berkembang, sehingga belum ada suatu definisi yang satu dan universal tentang managed care. Namun demikian secara umum dapat didefinisikan bahwa managed care adalah suatu sistem dimana pelayanan kesehatan terlaksana secara terintegrasi dengan sistem pembiayaan kesehatan, yang mempunyai 5 (lima) elemen sebagai berikut:

- a) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh provider tertentu (selecte provider).
- b) Adanya kriteria khusus untuk penetapan provider.
- c) Mempunyai program pengawasan mutu dan manajemen utilisasi.
- d) Penekanan pada upaya promotive dan preventive.
- e) Ada financial incentive bagi peserta yang melaksanakan pelayanan sesuai prosedur. (Juanita, 2002).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan alokasi anggaran untuk kesehatan yang ideal adalah sekurang-kurangnya 6% dari anggaran belanja negara (APBN). Sementara itu di negara-negara maju, alokasi anggaran untuk kesehatan mencapai 6%-15%. Di Indonesia anggaran untuk Departemen Kesehatan kurang 5% dari APBN.

Melihat karakteristik tersebut diatas, maka biaya yang timbul akibat gangguan kesehatan (penyakit) merupakan obyek yang layak diasuransikan untuk meringankan beban yang ditanggung oleh penderita serta meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang merupakan kebutuhan hidup masyarakat. WHO didalam The World Health Report 2000Health System: Improving Pervormance juga merekomendasikan untuk mengembangkan sistem pembayaran secara "pre payment", baik dalam bentuk asuransi, tax, maupun social security. Sistem kesehatan haruslah dirancang sedemikian rupa, sehingga bersifat terintegrasi antara sistem pelayanan dan sistem pembiayaan, mutu terjamin (quality assurance) dengan biaya terkendali (cost containment).

Indonesia dengan kondisi yang sangat turbulensi dalam berbagai hal pada saat ini, serta dengan keterbatasan resources yang ada, maka sistem managed care merupakan pilihan yang tepat dalam mengatasi masalah pembiayaan kesehatan. Managed care dianggap tepat untuk kondisi di Indonesia, kemungkinan karena sistem pembiayaan managed care dikelola secara terintegrasi dengan sistem pembiayaan, dengan managed care berarti badan pengelola dana (perusahaan asuransi) tidak hanya berperan sebagai juru bayar, sebagaimana berlaku pada asuransi tradisional, tapi ikut berperan dalam dua hal penting, yaitu pengawasan mutu pelayanan (quality control) dan pengendalian biaya (cost containment). Salah satu elemen managed care adalah bahwa pelayanan diberikan oleh provider tertentu, yaitu yang memenuhi kriteria yang ditetapkan meliputi aspek administrasi, fasilitas sarana, prasarana, prosedur dan proses kerja atau dengan istilah lain meliputi proses bisnis, proses produksi, sarana, produk dan pelayanan. Dengan cara ini, maka pengelola dana (asuransi) ikut mengendalikan mutu pelayanan yang diberikan kepada pesertanya.

Tujuan Asuransi

Tujuan dari Asuransi/Pertanggungan ialah :

- a. Apabila perusahaan/perorangan menderita suatu musibah yang telah ditentukan dalam persetujuan atau kejadian kerugian yang dideritanya maka ada yang akan menanggung
- b. Tanggung jawab perusahaan/perorangan itu kepada pihak ketiga seolah-olah dipikulkan kepada pihak penanggung.

Dengan demikian, maka tujuan pokoknya ialah untuk memperkecil risiko yang harus dihadapi tertanggung apabila terjadi peristiwa yang merugikan Tertanggung (perusahaan/perorangan). Atau dengan kata lain, tujuan hukum dan tujuan ekonominya adalah pembagian risiko atau pemindahan risiko

1. Teori Pengalihan Risiko

Menurut teori pengalihan risiko (risk transfer theory), Tertanggung menyadari bahwa ada ancaman bahaya terhadap harta kekayaanmiliknya atau terhadap jiwanya. Jika bahaya tersebut menimpa harta kekayaan atau jiwanya, dia akan menderita kerugian atau korban jiwa atau cacat raganya. Secara ekonomi, kerugian material atau korban jiwa atau cacat raga akan mempengaruhi perjalanan hidup seseorang atau ahli warisnya. Tertanggung sebagai pihak yang terancam bahaya merasa berat memikul beban risiko yang sewaktu-waktu dapat terjadi.

Untuk mengurangi atau menghilangkan beban risiko tersebut, pihak Tertanggung berupaya mencari jalan kalau ada pihak lain yang bersedia mengambil ahli beban risiko ancaman bahaya dan dia sanggup membayar kontra prestasi yang disebut premi. Dalam dunia bisnis Perusahaan Asuransi selalu siap menerima tawaran dari pihak Tertanggung untuk mengambil alih risiko dengan imbalan pembayaran premi. Tertanggung mengadakan asuransi dengan tujuan mengalihkan risiko yang mengancam harta kekayaan atau jiwanya. Dengan membayar sejumlah premi kepada perusahaan asuransi (Penanggung), sejak itu pula risiko beralih kepada Penanggung. Apabila sampai berakhirnya jangka waktu asuransi tidak terjadi peristiwa yang merugikan, Penanggung beruntung memiliki dan menikmati premi yang telah diterimanya dari Tertanggung.

Berbeda dengan asuransi kerugian, pada asuransi jiwa apabila sampai berakhirnya jangka waktu asuransi tidak terjadi peristiwa kematian atau kecelakaan yang menimpa diri Tertanggung, maka Tertanggung akan memperoleh pengembalian sejumlah uang dari Penanggung sesuai dengan isi perjanjian asuransi. Premi yang dibayar oleh Tertanggung itu seolah-olah sebagai tabungan pada Penanggung.

Perbedaan dengan asuransi kerugian karena pembayaran premi pada asuransi jiwa dilakukan secara berkala biasanya secara bulanan. Dalam jangka waktu yang cukup lama premi yang disetor kepada Penanggung dapat berfungsi

sebagai modal usaha dengan mana Tertanggung mempunyai hak untuk menikmati hasilnya setelah jangka waktu asuransi berakhir tanpa terjadi evenemen.

2. Pembayaran Ganti Kerugian

Dalam hal tidak terjadi peristiwa yang menimbulkan kerugian, maka tidak ada masalah terhadap risiko yang ditanggung oleh Penanggung. Dalam praktiknya tidak senantiasa bahaya yang mengancam itu sungguh-sungguh terjadi. Ini merupakan kesempatan baik bagi Penanggung mengumpulkan premi yang dibayar oleh beberapa Tertanggung yang mengikatkan diri kepadanya. Jika pada suatu ketika sungguh-sungguh terjadi peristiwa yang menimbulkan kerugian (risiko berubah menjadi kerugian), maka kepada Tertanggung yang bersangkutan akan dibayarkan ganti kerugian seimbang dengan jumlah asuransinya. Dalam praktiknya, kerugian yang timbul itu bersifat sebagian (partial loss), tidak semuanya berupa kerugian total (total loss). Dengan demikian, Tertanggung mengadakan asuransi yang bertujuan untuk memperoleh pembayaran ganti kerugian yang sungguh-sungguh dideritanya.

Jika dibandingkan dengan sejumlah premi yang diterima dari beberapa Tertanggung, maka jumlah ganti kerugian yang dibayarkan kepada Tertanggung yang menderita kerugian itu tidaklah begitu besar jumlahnya. Kerugian yang diganti oleh Penanggung itu hanya sebagian kecil dari hitungan ekonomi, keadaan ini merupakan faktor tingginya pendapatan perkapita warga negara (warga masyarakat).

Berbeda dengan asuransi kerugian, pada asuransi jiwa apabila dalam jangka waktu asuransi terjadi peristiwa kematian atau kecelakaan yang menimpa diri Tertanggung, maka Penanggung akan membayar jumlah asuransi yang telah disepakati bersama seperti tercantum dalam polis. Jumlah asuransi yang disepakati itu merupakan dasar perhitungan premi dan untuk memudahkan Penanggung membayar sejumlah uang akibat terjadinya peristiwa kematian atau kecelakaan. Jadi, pembayaran sejumlah uang itu bukan sebagai ganti kerugian, karena jiwa atau raga manusia bukan harta kekayaan dan tidak dapat dinilai dengan uang.

3. Pembayaran Santunan

Asuransi kerugian dan asuransi jiwa diadakan berdasarkan perjanjian bebas (sukarela) antara Penanggung dan Tertanggung (voluntary insurance). Akan tetapi, undang-undang mengatur asuransi yang bersifat wajib (compulsory insurance), artinya Tertanggung terikat dengan Penanggung karena perintah undang-undang, bukan karena perjanjian. Asuransi jenis ini disebut asuransi sosial (social security insurance). Asuransi sosial bertujuan melindungi masyarakat dari ancaman bahaya

kecelakaan yang mengakibatkan kematian atau cacat tubuh. Dengan membayar sejumlah kontribusi (semacam premi), Tertanggung berhak memperoleh perlindungan dari ancaman bahaya.

Tertanggung yang membayar kontribusi tersebut adalah mereka yang terikat pada suatu hubungan hukum tertentu yang ditetapkan undang-undang, misalnya hubungan kerja, penumpang angkutan umum. Apabila mereka mendapat musibah kecelakaan dalam pekerjaannya atau selama angkutan berlangsung, mereka (atau ahli warisnya) akan memperoleh pembayaran santunan dari Penanggung (BUMN), yang jumlahnya telah ditetapkan oleh undang-undang. Jadi, tujuan mengadakan asuransi sosial menurut pembentuk undang-undang adalah untuk melindungi kepentingan masyarakat, dan mereka yang terkena musibah diberi santunan sejumlah uang.

4. Kesejahteraan Anggota

Apabila beberapa orang berhimpun dalam suatu perkumpulan dan membayar kontribusi (iuran) kepada perkumpulan, maka perkumpulan itu berkedudukan sebagai Penanggung, sedangkan anggota perkumpulan berkedudukan sebagai Tertanggung. Jika terjadi peristiwa yang mengakibatkan kerugian atau kematian bagi anggota (Tertanggung), perkumpulan akan membayar sejumlah uang kepada anggota (Tertanggung).

Jenis Asuransi

Dalam Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 Pasal 1 ayat (1) digariskan ada dua jenis asuransi, yaitu:

1) Asuransi kerugian (loss insurance), dapat diketahui dan rumusan: “untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita oleh tertanggung”.

2) Asuransi jumlah (sum insurance), yang meliputi asuransi jiwa dan asuransi sosial, dapat diketahui dari rumusan: “untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan”. Rumusan dalam undang-undang diatas searah dengan praktik.

Asuransi pada umumnya yang dibagi menjadi dua bagian besar, yaitu:

1) Asuransi Kerugian

Asuransi Kerugian adalah suatu perjanjian yang dibuat oleh Tertanggung dan Penanggung (perusahaan asuransi), dimana Tertanggung bersedia membayar sejumlah uang (premi asuransi) kepada Penanggung untuk jangka waktu tertentu, dan Penanggung bersedia memberikan ganti kerugian kepada Tertanggung manakala barang atau objek yang dipertanggungkan mengalami kerusakan akibat peristiwa yang tidak diduga-duga.

Inti asuransi kerugian adalah menutup asuransi untuk suatu peristiwa karena kerusakan atau kemusnahan harta benda yang dipertanggungkan karena sebab-sebab atau kejadian yang dipertanggungkan (sebab-sebab atau bahaya-bahaya yang disebut dalam kontrak atau polis asuransi). Dalam asuransi kerugian, Penanggung menerima premi dari Tertanggung dan apabila terjadi kerusakan atau kemusnahan atas harta benda yang dipertanggungkan, maka ganti kerugian akan dibayarkan kepada Tertanggung.

Adapun jenis asuransi kerugian adalah:

- a. Asuransi Kebakaran
- b. Asuransi Kehilangan dan Kerusakan.
- c. Asuransi Laut.
- d. Asuransi Pengangkutan.
- e. Asuransi Kredit.
- f. Asuransi Kendaraan Bermotor.
- g. Asuransi Kerangka Kapal.
- h. Contribution All Risk (CAR).
- i. Property/Industrial All Risk.
- j. Asuransi Customs Bond.
- k. Asuransi Surety Bond.

2) Asuransi Jiwa

Pengertian asuransi jiwa menekankan kepada suatu waktu yang ditentukan dalam asuransi jiwa. Sedangkan untuk waktu selama hidupnya tidak ditetapkan dalam perjanjian. Dalam asuransi jiwa, Penanggung menerima premi dari Tertanggung dan apabila Tertanggung meninggal, maka santunan (uang pertanggungan) dibayarkan kepada ahli waris atau seseorang yang ditunjuk dalam polis sebagai penerima santunan.

Adapun jenis-jenis pertanggungan jiwa/jumlah:

- a. Asuransi Kecelakaan.
- b. Asuransi Kesehatan.
- c. Asuransi Jiwa Kredit

Syarat-syarat Sah Asuransi

Asuransi merupakan salah satu jenis perjanjian khusus yang diatur dalam KUHD. Sebagai perjanjian, maka ketentuan syarat-syarat sah suatu perjanjian dalam KUHPdata berlaku juga bagi perjanjian asuransi. Karena perjanjian asuransi merupakan perjanjian khusus, maka disamping ketentuan syarat-syarat sah suatu perjanjian, berlaku juga syarat-syarat khusus yang diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Dagang. Menurut Pasal 1320 KUHPdt, ada 4 (empat) syarat sah suatu perjanjian, yaitu kesepakatan para pihak, kewenangan berbuat, objek tertentu, dan Kausa yang halal.

1. Kesepakatan (Consensus)

Tertanggung dan Penanggung sepakat mengadakan perjanjian asuransi. Kesepakatan tersebut pada pokoknya meliputi:

- a. Benda yang menjadi objek asuransi;
- b. Pengalihan risiko dan pembayaran premi;
- c. Evenemen dan ganti kerugian;
- d. Syarat-syarat khusus asuransi;
- e. Dibuat secara tertulis yang disebut polis.

Pengadaan perjanjian antara Tertanggung dan Penanggung dapat dilakukan secara langsung atau secara tidak langsung. Dilakukan secara langsung artinya kedua belah pihak mengadakan perjanjian asuransi tanpa melalui perantara. Dilakukan secara tidak langsung artinya kedua belah pihak mengadakan perjanjian asuransi melalui jasa perantara. Penggunaan jasa perantara memang dibolehkan menurut undang-undang. Kesepakatan antara Tertanggung dan Penanggung dibuat secara bebas, artinya tidak berada dibawah pengaruh, tekanan, atau paksaan pihak tertentu. Kedua belah pihak sepakat menentukan syarat-syarat perjanjian asuransi sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

2. Kewenangan (Authority)

Kedua pihak Tertanggung dan Penanggung wenang melakukan perbuatan hukum yang diakui oleh undang-undang. Kewenangan berbuat tersebut ada yang bersifat subjektif dan ada yang bersifat objektif. Kewenangan subjektif artinya kedua pihak sudah dewasa, sehat ingatan, tidak berada di bawah perwalian (trusteeship),

atau pemegang kuasa yang sah. Kewenangan objektif artinya Tertanggung mempunyai hubungan yang sah dengan benda objek asuransi karena benda tersebut adalah kekayaan miliknya sendiri. Penanggung adalah pihak yang sah mewakili perusahaan asuransi berdasarkan anggaran dasar perusahaan. Apabila asuransi yang diadakan itu untuk kepentingan pihak ketiga, maka Tertanggung yang mengadakan asuransi itu mendapat kuasa atau pembenaran dari pihak ketiga yang bersangkutan.

Kewenangan pihak Tertanggung dan Penanggung tersebut tidak hanya dalam rangka mengadakan perjanjian asuransi, tetapi juga dalam hubungan internal dilingkungan perusahaan asuransi bagi Penanggung dan hubungan dengan pihak ketiga bagi Tertanggung, misalnya jual beli objek asuransi, asuransi untuk kepentingan pihak ketiga. Dalam hubungan dengan perkara asuransi dimuka pengadilan, pihak Tertanggung dan Penanggung adalah berwenang untuk bertindak mewakili kepentingan pribadinya atau kepentingan perusahaan asuransi.

3. Objek Tertentu (Fixed Object)

Objek tertentu dalam Perjanjian Asuransi adalah objek yang diasuransikan, dapat berupa harta kekayaan dan kepentingan yang melekat pada harta kekayaan, dapat pula berupa jiwa atau raga manusia. Objek tertentu berupa harta kekayaan dan kepentingan yang melekat pada harta kekayaan terdapat pada Perjanjian Asuransi Kerugian. Objek tertentu berupa jiwa atau raga manusia terdapat pada Perjanjian Asuransi Jiwa. Pengertian objek tertentu adalah bahwa identitas objek asuransi tersebut harus jelas dan pasti. Apabila berupa harta kekayaan, harta kekayaan apa, berapa jumlah dan ukurannya, dimana letaknya, apa mereknya, buatan mana, berapa nilainya dan sebagainya. Apabila berupa jiwa atau raga, atas nama siapa, berapa umurnya, apa hubungan keluarganya, dimana alamatnya dan sebagainya.

Karena yang mengasuransikan objek itu adalah Tertanggung, maka dia harus mempunyai hubungan langsung atau tidak langsung dengan objek asuransi itu. Dikatakan ada hubungan langsung apabila Tertanggung memiliki sendiri harta kekayaan, jiwa atau raga yang menjadi objek asuransi. Dikatakan ada hubungan tidak langsung apabila Tertanggung hanya mempunyai kepentingan atas objek asuransi. Tertanggung harus dapat membuktikan bahwa dia adalah benar sebagai pemilik atau mempunyai kepentingan atas objek asuransi.

Apabila Tertanggung tidak dapat membuktikannya, maka akan timbul anggapan bahwa Tertanggung tidak mempunyai kepentingan apa-apa, hal mana

mengakibatkan asuransi batal (null and void). Undang-undang tidak akan membenarkan, tidak akan mengakui orang yang mengadakan asuransi, tetapi tidak mempunyai kepentingan (interest). Walaupun orang yang mengadakan asuransi itu tidak mempunyai hubungan langsung dengan objek asuransi, dia harus menyebutkan untuk kepentingan siapa asuransi itu diadakan. Jika tidak demikian, maka asuransi itu dianggap tidak ada.

4. Kausa yang Halal (Legal Cause)

Kausa yang halal maksudnya adalah isi perjanjian asuransi itu tidak dilarang undang-undang, tidak bertentangan dengan ketertiban umum, dan tidak bertentangan dengan kesusilaan. Contoh asuransi yang berkuasa tidak halal adalah mengasuransikan benda yang dilarang undang-undang untuk diperdagangkan, mengasuransikan benda, tetapi Tertanggung tidak mempunyai kepentingan, jadi hanya spekulasi yang sama dengan perjudian. Asuransi bukan perjudian dan pertaruhan.

Berdasarkan kausa yang halal itu, tujuan yang hendak dicapai oleh Tertanggung dan Penanggung adalah beralihnya risiko atas objek asuransi yang diimbangi dengan pembayaran premi. Jadi, kedua belah pihak berprestasi, Tertanggung membayar premi, Penanggung menerima peralihan risiko atas objek asuransi. Jika premi dibayar, maka risiko beralih. Jika premi tidak dibayar, risiko tidak beralih.

Penugasan

1. Jelaskan pengertian asuransi menurut pendapatmu!
2. Sebutkan jenis asuransi kerugian!
3. Jelaskan pengertian dari general taxation!
4. Jelaskan pengertian asuransi kerugian!
5. Sebutkan dan jelaskan syarat-syarat sah asuransi!

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan range nilai dari 0 sampai 100.

Daftar Pustaka

- Susanna. 2016. Tinjauan Yuridis Terhadap *Pengajuan Klaim Pertanggungjawaban Nasabah yang Meninggal Dunia di PT. Asuransi Allianz Life Indonesia*. UIB Repository. Riau.
- Andreas. 2009. *Promosi Dalam Konsep SDM : Definisi dan Syarat Penetapan Promosi*. <http://www.jurnalmanajemen.blospot.com>
- Juanita. 2002. *Peran Asuransi Kesehatan Dalam Brechmarking Rumah Sakit Dalam Menghadapi Krisis Ekonomi*. Universitas Sumatra Utara



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL 4

DASAR ASURANSI KESEHATAN

MATA KULIAH : PEMBIAYAAN KESEHATAN



PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Pembiayaan : Pembiayaan
Kesehatan : Kesehatan
Kode Mata Kuliah :
Tanggal Mulai :

Penggunaan Data Klinis Dalam Proses Charge Master dan Klaim Manajemen

Modul: 6



Aprilla Triastuti

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Pembiayaan Kesehatan dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan tentang penggunaan data klinis dalam proses charge master, dan klaim manajemen, pada mata kuliah Pembiayaan Kesehatan. Dengan demikian diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti praktik laboratorium.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan praktik mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan instruktur praktik.

Yogyakarta, 14 Januari 2022

Tim Penyusun

1. Pengantar

Pembelajaran awal ini akan dijelaskan mengenai sistem pembiayaan dan pembayaran pelayanan kesehatan. Pembiayaan kesehatan atau biasa disebut dengan pendanaan biaya kesehatan merupakan suatu cara penyediaan dana yang memungkinkan seseorang untuk memenuhi kebutuhan medisnya. Setiap orang tentunya diharapkan dapat membiayai sendiri biaya kesehatan yang dibutuhkannya agar dapat selalu hidup sehat dan produktif. Namun karena sifat pelayanan kesehatan yang tidak pasti, baik waktu kejadian maupun besaran biaya yang harus dikeluarkan, maka tidak setiap orang siap bila menghadapi peristiwa sakit. Tidak setiap orang memiliki biaya untuk menyembuhkan penyakitnya.

Kesehatan adalah hak dasar setiap orang, dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. UUD 1945 mengamanatkan bahwa jaminan kesehatan bagi masyarakat, khususnya yang miskin dan tidak mampu, adalah tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah. Pada UUD 1945, Perubahan Pasal 34 ayat 2 menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Pemerintah menjalankan UUD 1945 tersebut dengan mengeluarkan UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk memberikan jaminan sosial menyeluruh bagi setiap orang dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur. Dalam UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan juga ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Lahirnya Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional memberi harapan pada setiap warga negara Indonesia terkait sistem pembiayaan kesehatan. SJSN diselenggarakan dengan mekanisme Asuransi Sosial dimana setiap peserta wajib membayar iuran guna memberikan perlindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam SJSN, terdapat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan bentuk komitmen pemerintah terhadap pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat Indonesia seluruhnya. JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) adalah program Pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera.

2. Capaian Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang konsep penggunaan data klinis dalam proses charge master, dan klaim manajemen dalam pembiayaan kesehatan.

3. Bahan Kajian

- a. Konsep data klinis.
- b. Konsep charge master.
- c. Konsep klaim manajemen.

4. Tujuan Pembelajaran

Peserta didik mampu memahami tentang konsep penggunaan data klinis dalam proses charge master, dan klaim manajemen dalam pembiayaan kesehatan.

- a. Peserta didik mampu memahami konsep data klinis.
- b. Peserta didik mampu memahami konsep charge master.
- c. Peserta didik mampu memahami konsep klaim manajemen.

5. Luaran

- a. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan konsep data klinis.
- b. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan konsep charge master.
- c. Peserta didik memiliki kompetensi dalam menjelaskan konsep klaim manajemen.

6. Materi

a. Pengertian Data Klinis

Data klinis atau data medis, yaitu segala data tentang riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, diagnosis, pengobatan serta hasilnya, laporan dokter, perawat, hasil pemeriksaan laboratorium, rontgen, scanning, dan lain-lain-lain. Pada dasarnya data klinis diartikan sebagai data hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien rawat inap maupun rawat jalan (termasuk darurat). Data/informasi klinis yang terakumulasi dalam rekam kesehatan/rekam medis merupakan basis data (data base) yang dibedakan dalam jenis data yang diinginkan dan fungsi kegunaannya sehingga menghasilkan beragam data/informasi. Semua keluaran dan formulir pemeriksaan menghasilkan data klinis, kecuali tentang izin, otorisasi (pemberian hak kuasa) dan pernyataan yang dikategorikan sebagai data administratif. Setiap masukan data/informasi klinis wajib mencantumkan nama lengkap tenaga kesehatan dan penunjang medis terkait serta tanggal pemberian pelayanan kesehatan terhadap pasien.

b. Pengertian Charge Master

Terdapat beberapa kasus di antara para pemegang polis asuransi kesehatan yaitu masih munculnya rasa khawatir bagi para tetanggung atau nasabah bilamana harus menjalani rawat inap di rumah sakit. Kekhawatiran yang dimaksud adalah terkait excess kelebihan selisih nominal tagihan rawat inap rumah sakit, seperti : overlimit biaya kunjungan/ visite dokter spesialis, overlimit biaya pengobatan, dan bahkan overlimit biaya tindakan operasi. Untuk mengatasi kekhawatiran tersebut, muncul sistem "Asuransi Kesehatan As Charge" atau yang dikenal dengan istilah "Charger Master". Dengan adanya charger master maka tetanggung atau nasabah tidak perlu

merasa khawatir akan keharusan membayar tambahan biaya rumah sakit karena keuntungan asuransi kesehatan yang inner limit. Charge master bersifat meng-cover seluruh biaya rumah sakit yang meliputi : (1) biaya kunjungan/ visite dokter spesialis, (2) biaya pengobatan, dan (3) biaya tindakan operasi. Pemanfaatan charge master menyebabkan konsekuensi bahwa rumah sakit akan dibayarkan sesuai dengan tagihan rumah sakit dengan batasan limitnya.

c. Pengertian Klaim Management

Sederhananya, manajemen klaim adalah sebuah sistem yang mengelola klaim mulai dari pengajuan oleh karyawan, proses validasi, perhitungan, hingga pencairan. Proses klaim dimulai dari karyawan mengisi formulir pengajuan klaim dan menyertakan bukti transaksi yang valid. Lalu formulir tersebut akan diserahkan kepada HR admin dan akan diperiksa validitasnya. Jika sudah valid, maka formulir akan diserahkan kepada HR payroll atau account payable untuk diproses. Manajemen klaim yang baik adalah manajemen yang transparan serta mampu menghitung klaim secara akurat dan tepat waktu.

7. Penugasan

1. Mengcover seluruh biaya rumah sakit yang meliputi : (1) biaya kunjungan/visite dokter spesialis, (2) biaya pengobatan, dan (3) biaya tindakan operasi, serta pemanfaatannya menyebabkan konsekuensi bahwa rumah sakit akan dibayarkan sesuai dengan tagihan rumah sakit dengan batasan limitnya merupakan sifat dari?

- A. Charge Master
- B. Data Klinis
- C. Klaim Management
- D. Inner Limit
- E. Outer Limit

Jawaban : A. Charge Master

2. Pegawai A menjalankan sebuah system yang mengelola klaim kemudian pegawai tersebut membuat kesalahan dalam pengajuan klaim dan menyertakan bukti yang tidak valid. Pernyataan di atas termasuk permasalahan dari?

- A. Charge Master
- B. Data Klinis
- C. Klaim Management
- D. Innear Limit
- E. Outer Limit

Jawaban : C. Klaim Management

3. Biaya operasi pasien "B" Rp 30 juta, biaya konsultasi dokter umum Rp 250 ribu, biaya aneka perawatan Rp 8 juta, dan lain-lain. Sehingga perusahaan asuransi akan memberikan tetanggung dengan jaminan sebatas masing-masing tindakan yang tertera pada tabel manfaat pada produknya. Jika melebihi, maka biaya kelebihannya ditanggung sendiri oleh tetanggung atau nasabah. Hal diatas merupakan permasalahan dari?

- A. Charge Master
- B. Data Klinis
- C. Klaim Management
- D. Innear Limit
- E. Outer Limit

Jawaban : D. Innear Limit

4. Limit biaya operasi pasien "C" Rp 30 juta namun kenyataannya tagihan operasi hanya Rp 15 juta. Maka penggantian sebesar Rp 15 juta dan bukan Rp 30 juta. Pernyataan di atas termasuk permasalahan dari?

- A. Charge Master
- B. Data Klinis
- C. Klaim Management
- D. Innear Limit
- E. Outer Limit

Jawaban : E. Outer Limit

5. Seorang bernama A mengalami kecelakaan kendaraan bermotor dan terdapat luka pada bagian telapak tangan yang mengharuskan untuk dilakukan operasi pemasangan pen dan harus menjalani rawat inap. Tetapi, A merasa khawatir harus menjalani rawat inap karena takut akan keharusan membayar tambahan biaya rumah sakit. Kemudian A menanyakan kepada petugas terkait masalah tersebut, petugas rumah sakit menjelaskan bahwa tidak perlu merasa khawatir akan keharusan membayar tambahan biaya rumah sakit karena keuntungan asuransi kesehatan yang innear limit. Apakah asuransi yang di maksud oleh petugas rumah sakit berdasarkan soal di atas?

- A. Innear Limit
- B. Charge Master
- C. Outer Limit
- D. Klaim Management
- E. Data Klinis

Jawaban: B. Charge Master

Penilaian:

Dinilai secara kualitatif dengan *range* nilai dari 0 sampai 100.

8. Referensi

<https://rekammedissoepraoenfrank.blogspot.com/2021/09/penggunaan-data-klinis-dalam-proses.html>