



INNOVATIVE: Journal Of Social Science Research

Volume 4 Nomor 1 Tahun 2024 Page 4775-4786

E-ISSN 2807-4238 and P-ISSN 2807-4246

Website: <https://j-innovative.org/index.php/Innovative>

Analisis Yuridis Terhadap Managed Care Dan Jaminan Kesehatan

Weny Apriliani

Universitas Lancang Kuning

Email: wenyapriliani25@gmail.com

Abstrak

Managed care adalah suatu system pembiayaan pelayanan kesehatan yang disusun berdasarkan jumlah anggota yang terdaftar dengan control mulai dari perencanaan pelayanan serta meliputi kontrak dengan penyelenggara pelayanan Kesehatan untuk pelayanan yang komprehensif. Secara keseluruhan managed care menimbulkan reaksi positif dalam mengontrol pertumbuhan biaya pelayanan Kesehatan. Pendekatan yang tidak dibutuhkan oleh pasien sehingga mengakibatkan kerugian kesejahteraan masyarakat. Managed care ini berbeda dengan asuransi Kesehatan indemnity tradisional. Dalam managed care pembayaran pada provider tidak berdasarkan fee for service dan reimbursement, akan tetapi besar biaya telah ditentukan dan dibayar untuk memberikan pelayanan yang komprehensif termasuk pelayanan preventif. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN. Beberapa prinsip yang dianut pada JKN yakni prinsip gotong royong, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, efektivitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Kata Kunci: *Managed Care, Pelayanan Kesehatan, JKN*

Abstract

Managed care is a health care financing system that is based on the number of members registered with the control from the planning services and includes contracts with health care providers for comprehensive service. Overall managed care cause a positive reaction in controlling the growth of health care costs. This approach can reduce moral hazard to health services that are not needed by the patient. Managed care is different from the traditional indemnity health insurance. In managed care payments to providers not based on fee for service and reimbursement, but the cost has been determined and paid to provide comprehensive services including preventive services. The National Health Insurance (NHI) developed in Indonesia is part of the National Social Security System. Some of the principles adopted at JKN are the principle of mutual cooperation, nonprofit, transparency, prudence, accountability, efficiency, effectiveness, portability, participation is mandatory, a trust fund and management outcomes of the Social Security Fund. National Health Insurance Benefits include promotive, preventive, curative, and rehabilitative care including drugs and medical materials consumables according to medical need.

Keywords: *Managed Care, Health Services, National health insurance (JKN)*

PENDAHULUAN

Pada pembahasan sebelumnya, dalam asuransi kesehatan dapat terjadi kondisi-kondisi yang merugikan baik insured maupun insurer, seperti moral hazard. Dalam pembahasan tentang moral hazard, upaya pencegahan terhadap moral hazard dilakukan untuk mengendalikan biaya pelayanan kesehatan yang tinggi. Managed care (MC) merupakan jawaban terhadap permasalahan tingginya biaya pelayanan kesehatan pada asuransi kesehatan. Seperti kita ketahui asuransi kesehatan tradisional berpotensi menimbulkan moral hazard. Hal ini disebabkan karena tidak adanya kendali terhadap utilitas pelayanan (kendali biaya dan kendali mutu). Dengan managed care, utilitas pelayanan kesehatan bisa dikendalikan dengan satu sistem. Sistem tersebut menggabungkan tiga unsur dalam asuransi kesehatan yaitu pembiayaan kesehatan, pelayanan kesehatan, serta pembagian risiko antar peserta.

Managed care lahir pertama kali Amerika Serikat pada tahun 1970an untuk merespon pembiayaan kesehatan yang terus meningkat dari sektor asuransi dan publik. Managed care merupakan upaya yang dilakukan oleh perusahaan asuransi atau organisasi pembiayaan kesehatan untuk mengendalikan biaya dan mutu pelayanan dengan sistem yang mengintegrasikan antara pembiayaan dan pelayanan kesehatan dengan tetap mempertimbangkan pembagian risiko. Dengan sistem ini memungkinkan terjadinya selective contract antara penyelenggara asuransi kesehatan dengan pemberi pelayanan kesehatan dan peserta asuransi. Belum diperoleh data yang pasti mengenai

perkembangan managed care di Indonesia. Namun dalam sebuah rilis di media massa, salah satu perusahaan asuransi swasta besar di Indonesia melaporkan bahwa kontribusi produk managed care terhadap premi selama kuartal- III tahun 2017 mencapai 60% dari total premi. Perkembangan produk asuransi kesehatan berbentuk managed care makin bertambah karena skema ini memiliki keunggulan dibanding asuransi kesehatan indemnitas, dengan menerapkan kontrak selektif (selective contracting).

Asuransi kesehatan dapat berperan sebagai salah satu instrumen pembiayaan yang dapat mencapai tujuan universal health coverage. World Health Organization (WHO) mendorong negara-negara di dunia agar memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakatnya baik dalam bentuk asuransi kesehatan komersil atau sosial. Bahkan sejak tahun 2001 WHO menganjurkan program asuransi kesehatan sebagai alternatif pembiayaan untuk mensukseskan program imunisasi. Bagaimana kondisi asuransi kesehatan di Indonesia? Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bentuk program jaminan pemerintah atau asuransi kesehatan sosial yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan. Namun dalam sebuah survey meskipun JKN dapat menurunkan pengeluaran biaya kesehatan pada masyarakat, namun ternyata tidak mampu menaikkan status kesehatan. Hal ini menunjukkan ada aspek pelayanan yang masih luput dari perhatian pemerintah sebagai pemilik program JKN.

Berdasarkan kapitasi dan pelayanan yang bersifat komprehensif meliputi preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Sementara ini baru puskesmas yang dicakup oleh pelayanan JPKM dengan dokter puskesmas sebagai gate keeper, dan saat ini mulai dikembangkan dokter keluarga yang diharapkan menjadi gate keeper pada masa yang akan datang. Sebagaimana amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional maka dibentuk Badan penyelenggara Jaminan Sosial melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Dengan Undang-Undang ini dibentuk 2 (dua) BPJS yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Pada era otonomi daerah yang disertai dengan desentralisasi bidang kesehatan sebagai salah satu pelayanan dasar untuk mensejahterakan kesehatan masyarakat di daerah pemerintahan. Hal tersebut sebagaimana termuat dalam Undang – Undang No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah disebutkan bahwa salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah provinsi, kabupaten/kota adalah urusan penanganan bidang kesehatan. BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014 dan merupakan transformasi

kelembagaan PT Askes (Persero). Pada saat yang bersamaan JKA juga berubah menjadi JKRA. Dalam pelaksanaannya, asuransi kesehatan sosial di Indonesia harus menerapkan good governance sebagai basis pelaksanaan, dan managed care sebagai upaya penjagaan mutu. Good governance dalam asuransi kesehatan mengandung pengertian tata kelola yang baik dalam system dan operasionalisasi asuransi kesehatan sosial. Tata kelola yang baik menjadi sangat penting dan prasyarat kesuksesan pengembangan asuransi kesehatan sosial dengan pendekatan managed care.

Dalam Undang Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1992, Asuransi atau pertanggungan didefinisikan sebagai perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan. Obyek asuransi itu sendiri dapat berupa benda dan jasa, jiwa dan raga, kesehatan manusia, tanggung jawab hukum, serta semua kepentingan lainnya yang dapat hilang, rusak, rugi dan atau berkurang nilainya.

Asuransi kesehatan mengurangi risiko masyarakat menanggung biaya kesehatan dari kantong sendiri (out of pocket), dalam jumlah yang sulit diprediksi dan kadang-kadang memerlukan biaya yang sangat besar. Untuk itu diperlukan suatu jaminan dalam bentuk asuransi kesehatan karena peserta membayar premi dengan besaran tetap. Dengan demikian pembiayaan kesehatan ditanggung bersama secara gotong royong oleh keseluruhan peserta, sehingga tidak memberatkan secara orang perorang. Tetapi asuransi kesehatan saja tidak cukup. Diperlukan Asuransi Kesehatan Sosial atau Jaminan Kesehatan Sosial (JKN) karena premi asuransi komersial relatif tinggi sehingga tidak terjangkau bagi sebagian besar masyarakat dan manfaat yang ditawarkan umumnya terbatas.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi literatur (*library research*) (P. Andi, 2012). Jenis pendekatan penelitian yang digunakan oleh peneliti di dalam penelitian ini adalah penelitian hukum normatif dengan pendekatan teori dan asas hukum. Penelitian hukum normatif didefinisikan penelitian yang mengacu kepada norma-norma hukum yang terdapat dalam peraturan perundang-undangan maupun putusan pengadilan. Penelitian hukum normatif bisa juga disebut sebagai penelitian hukum doctrinal (Jonaedi Effendi & Johnny Ibrahim, 2018).

Prosedur dalam penelitian ini dilaksanakan dengan tahapan-tahapan yaitu mengumpulkan data Pustaka, membaca, mencatat, menelaah, mengumpulkan konsep atau naskah kemudian dilakukan elaborasi dan eksplanasi terhadap data atau teks yang terkumpul berkaitan dengan topik pembahasan utama di dalam penelitian ini. Hal ini sesuai dengan pendapat Zed (M. Zed, 2008) yang mengatakan bahwa riset Pustaka tidak hanya sebatas urusan membaca dan mencatat literatur atau buku, melainkan serangkaian kegiatan yang berkenaan dengan metode pengumpulan data Pustaka, membaca, mencatat serta mengolah suatu bahan penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

1. Managed Care

Para ahli di bidang pembiayaan kesehatan dan asuransi kesehatan telah mendefinisikan managed care dalam berbagai versi dan sudut pandang. Definisi managed care menurut Marcinko & Heticco (2006) ada tiga pengertian antara lain (Marcinko & Heticco, 2006):

1. Suatu sistem yang mengintegrasikan asuransi kesehatan, pembiayaan dan fungsi pelayanan kesehatan termasuk risk sharing dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan dan menentukan jaringan provider (PPK);
2. Suatu sistem pembiayaan kesehatan atau pelayanan kesehatan yang dirancang agar sebuah plan asuransi kesehatan dapat mengontrol dan mengkoordinasikan pelayanan kesehatan dengan mewajibkan anggotanya untuk menekan belanja kesehatan dan meningkatkan kualitas
3. Suatu pendekatan terhadap pemberian pelayanan kesehatan dan pemberian manfaat, yang dirancang dengan mengintegrasikan pengelolaan dan koordinasi pelayanan dengan pembiayaan, yang diharapkan dapat mempengaruhi utilisasi, biaya, kualitas, dan hasil.

Dari definisi di atas, Managed Care merupakan sebuah sistem yang menggabungkan antara pelayanan kesehatan, pembiayaan kesehatan, dan upaya-upaya untuk memindahkan risiko sehingga diperoleh efisiensi dalam pemberian pelayanan kepada pasien.

Green & Rowell (2011) menyatakan managed care dibentuk untuk mengembangkan suatu metode/cara yang dapat menghasilkan pelayanan kesehatan yang terjangkau dan komprehensif (menyeluruh) bagi pasien atau anggota managed care. Sering orang menyebutnya sebagai asuransi kesehatan modern yang bersifat lebih kompleks dibanding

asuransi kesehatan konvensional (Green & Rowell, 2011).

Menurut Veeder (2013) "managed care is a complex health and behavior health care services delivery system", atau managed care merupakan sistem pemberian pelayanan kesehatan yang kompleks. Kompleksitas ini disebabkan dua tujuan utama dari managed care yaitu efisiensi biaya dan efektifitas dalam pelayanan kesehatan. Bahkan Veeder (2013) menyatakan managed care bukan hanya meningkatkan kesehatan pasien namun juga memperbaiki perilaku kesehatan masyarakat.

Secara bebas dapat diterjemahkan bahwa managed care merupakan pengaplikasian prinsip-prinsip manajemen secara umum dan secara parsial mengintegrasikan fungsi pembelian dan pemberian pelayanan dengan menggunakan kontrak asuransi yang selektif dalam pemilihan provider. Managed care bertujuan mengendalikan biaya dan mutu pelayanan kesehatan secara efisien. Managed care meliputi model-model organisasi (skema MC) dan penerapan instrumen pengendalian untuk meningkatkan struktur pelayanan dengan menempatkan pasien sebagai pusat pelayanan. Dengan demikian managed care merupakan pendekatan yang konsisten digunakan untuk membentuk rantai nilai bagi pasien.

Dengan demikian, managed care pada dasarnya adalah bentuk asuransi kesehatan yang lebih modern karena mengintegrasikan tiga komponen yaitu insurer, insured, dan provider pelayanan kesehatan. Pengintegrasian ini bertujuan untuk menghasilkan biaya pelayanan kesehatan yang efisien serta kualitas pelayanan yang lebih baik. Gambar 1 dan 2 berikut menjelaskan perbedaan antara skema asuransi tradisional dengan managed care (asuransi kesehatan modern).

Dalam perkembangannya MC memberikan kontribusi positif yang signifikan bagi sistem pelayanan kesehatan, diantaranya adalah:

1. HMO berkontribusi terhadap peningkatan kinerja pada layanan rujukan
2. HMO membuktikan bahwa jumlah hari perawatan pasien dapat dikurangi tanpa memperhatikan jenis penyakitnya
3. Upaya pencegahan (preventif) yang dijalankan dalam HMO diadopsi dalam kebijakan sistem kesehatan yang selama ini lebih fokus pada pengobatan (kuratif)
4. Membantu dalam memperluas implementasi pengukuran kualitas dan pengendalian kualitas di pelayanan kesehatan

Namun MC juga pernah memberikan kontribusi negatif dalam sistem pelayanan kesehatan ketika variasi skema pembiayaan HMO bertambah seperti PPO dan POS. Pertambahan skema tidak diimbangi dengan kebijakan yang kuat untuk mengurangi biaya pelayanan kesehatan, sehingga sempat terjadi gerakan Anti Managed-care.

2. Jenis Managed Care

Menurut Green & Rowell (2011) terdapat enam jenis atau model dari pelayanan dengan managed care, yaitu:

1. Exclusive Provider Organization (EPO)

EPO adalah jenis managed care yang memberikan manfaat pelayanan kesehatan menggunakan jaringan provider (network provider) kepada anggota yang membutuhkan. Jaringan provider adalah sekelompok dokter atau fasilitas pelayanan kesehatan yang menjalankan kontrak dengan managed care, biasanya pembayaran dengan cara fee-for-service atau FFS. Model ini merupakan model yang paling banyak diterapkan di Indonesia. BPJS Kesehatan menerapkan model EPO yakni pelayanan kesehatan kepada pasien diberikan oleh faskes yang telah melakukan kerjasama.

2. Integrated Delivery System (IDS)

IDS adalah jenis managed care yang ditawarkan kepada sekelompok orang/pasien oleh sekelompok provider (seperti: rumah sakit, klinik rawat jalan, atau kelompok dokter). Model ini terdiri dari:

- a. Physician-Hospital Organization (PHO). Pada model ini provider kesehatan, dokter, dan fasilitas pelayanan kesehatan melakukan negosiasi dengan perusahaan asuransi, organisasi penyelenggara managed care, atau penyelenggara jaminan kesehatan lainnya, untuk memberikan pelayanan kesehatan.
- b. Management Service Organization (MSO). Pada model ini yaitu rumah sakit, asosiasi dokter, atau pihak ketiga menjalankan pelayanan kesehatan. Kontrak managed care dilakukan antara pihak pembayar (misalnya perusahaan, kelompok orang) dengan rumah sakit atau dokter. Kontrak umumnya berisi skedul pembayaran, penanganan administrasi pelayanan, dan penagihan.
- c. Group Practice Without Walls (GPWW). Pada model ini sekelompok dokter yang memiliki lisensi/ijin membentuk badan hukum untuk memberikan pelayanan kesehatan. Pengertian group practice adalah sekelompok orang yang memiliki kewenangan (lisensi) untuk menjalankan praktik medis di suatu wilayah.
4. Integrated Provider Organization (IPO). Pada model ini dibentuk sebuah badan hukum untuk menawarkan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit, dokter (sebagai karyawan IPO), dan fasilitas kesehatan lainnya (misal: klinik)
5. Medical foundation. Pada model ini managed care dijalankan organisasi nirlaba yang menjalankan kontrak dengan klinik.
6. Health Maintenance Organization (HMO)

Merupakan bentuk managed care yang menanggung dan memberikan pelayanan

kesehatan secara komprehensif kepada pasien yang terdaftar dalam program managed care. HMO juga menyelenggarakan program pencegahan kesehatan untuk meningkatkan "wellness" atau kesehatan, dan mengurangi biaya pengobatan. Seseorang yang akan menjadi anggota HMO harus menjalani pemeriksaan kesehatan tahunan (annual MCU) dan penilaian risiko kesehatan. Biasanya pembayaran menggunakan skema copayment. Terdapat dua jenis HMO, yaitu:

- a. Closed-panel HMO, yaitu bentuk managed care dengan pelayanan kesehatan disediakan oleh organisasi HMO baik klinik sendiri atau klinik satelit atau oleh dokter yang secara khusus bagian dari HMO. Terdiri dari 1) Group Model HMO dan 2) Staff Model HMO
- b. Opened-panel HMO yaitu bentuk managed care dengan pelayanan kesehatan disediakan oleh individu-individu yang bukan merupakan bagian dari atau sebagai karyawan dari HMO. Terdiri dari dua jenis: 1) Direct contract model HMO; 2) Individual Practice Association (IPA) model; dan 3) Network model HMO.

7. Point-of-Service plan (POS)

Bentuk managed care yang memberi kebebasan kepada pasien untuk memilih pelayanan kesehatan yang akan dikunjunginya, bisa kepada pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan managed care, atau pelayanan kesehatan yang ditentukan sendiri oleh pasien. Pembayaran kepada pelayanan kesehatan yang tidak bekerjasama dengan managed care akan lebih mahal dibanding yang bekerjasama

8. Preferred Provider Organization (PPO)

Bentuk managed care yang ditandai dengan adanya gabungan kelompok dokter dan rumah sakit yang melakukan kontrak kerjasama dengan perusahaan asuransi, perusahaan, dan organisasi pelayanan kesehatan lainnya untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan harga yang ekonomis tertentu secara fee-for-service.

9. Triple Option plan

- a. Bentuk managed care yang memberikan pilihan pemeriksaan kesehatan kepada pasien lebih banyak dibanding model managed care lainnya. Disebut juga cafeteria plan atau flexible benefit plan.

3. Asuransi Kesehatan dan Managed Care

Managed care (Managed Health Care) adalah sistem yang mengintegrasikan antara pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali mutu dan biaya dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan. Pendekatan ini dapat mengurangi bahaya moral (moral hazard) terhadap pelayanan kesehatan yang tidak dibutuhkan oleh pasien sehingga mengakibatkan kerugian kesejahteraan masyarakat.

Pendekatan managed care mempunyai ciri-ciri sebagai berikut: kontrak dengan dokter atau rumah sakit yang terpilih untuk memberikan pelayanan komprehensif termasuk promosi dan prevensi kepada populasi peserta, pembayaran pada provider dengan system pembayaran prospektif termasuk kapitasi, pembayaran premi per orang per bulan telah ditentukan sebelumnya, adanya kendali utilisasi dan mutu dimana dokter atau rumah sakit telah menerima kendali tersebut dalam kontrak, adanya insentif financial bagi pasien untuk memanfaatkan provider dan fasilitas yang ditunjuk dan adanya risiko finansial bagi dokter ataupun rumah sakit.

Managed care ini berbeda dengan asuransi kesehatan indemnity tradisional. Dalam managed care pembayaran pada provider tidak berdasarkan fee for service dan reimbursement, akan tetapi besar biaya telah ditentukan dan dibayar untuk memberikan pelayanan yang komprehensif termasuk pelayanan preventif seperti perawatan anak, imunisasi, papsmeas dan lain-lain. Tidak seperti asuransi indemnity, managed care memberikan pelayanan promotif dan preventif. Dengan demikian dapat dipandang bahwa managed care merupakan kombinasi dari perusahaan asuransi kesehatan dan system pemberian pelayanan kesehatan.

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

4. Jaminan Kesehatan nasional (JKN)

Jaminan sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Kebersertaannya wajib bagi seluruh penduduk Indonesia, dengan tujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. Seluruh penduduk Indonesia termasuk di dalamnya adalah populasi kunci yang memang hak kesehatannya sesuai mandat UU

ditanggung oleh negara. Hal ini yang selalu ditekankan agar populasi kunci dapat memahami dan mengerti serta berperan aktif dalam memenuhi hak individunya maupun hak kelompok terkait kesehatannya.

Diharapkan dengan adanya JKN seluruh rakyat Indonesia dapat memenuhi kebutuhan kesehatan dasar. Populasi kunci yang rentan terhadap permasalahan kesehatan dapat mengakses layanan-layanan yang ada sehingga meningkat kualitas kesehatannya baik secara individu maupun secara kelompok.

Dalam perjalanannya biaya kesehatan tiap-tiap penduduk dari hari ke hari mengalami kenaikan, dan dengan perkembangan saat ini di mana telah terjadi pergeseran pola penyakit dari infeksi ringan menjadi degeneratif kronis (penyakit di mana fungsi organ atau struktur dari jaringan tubuh akan semakin memburuk dari waktu ke waktu). Keadaan atau kondisi sakit tentunya akan berdampak pada aspek sosial dan ekonomi kehidupan seseorang. Sebagai ilustrasi sederhana jika seseorang menderita sakit, ini akan menjadi risiko individu di mana ia harus melakukan pembiayaan sendiri dengan jumlah yang tidak dapat diprediksi dan akan berdampak pada perekonomian keluarga.

Jika hal itu diubah menjadi resiko kelompok dengan mekanisme asuransi sosial yang bersifat wajib dengan prinsip gotong-royong dan iuran yang terjangkau maka dampak manfaatnya akan lebih luas dan berkelanjutan. Populasi kunci sebagai bagian dari masyarakat dengan asumsi berisiko tinggi dalam permasalahan kesehatan akan sangat terbantu dengan adanya mekanisme ini, di mana proteksi sosial ekonomi serta akses dalam masalah kesehatan lebih terjaga walaupun masih tetap diperlukan perbaikan-perbaikan dalam menuju manfaat layanan kesehatan paripurna.

Prinsip-prinsip Pelaksanaan JKN mengacu pada prinsip pada SJSN.

1. Prinsip kegotong-royongan

Prinsip gotong-royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu. Peserta yang sehat membantu peserta yang sakit atau berisiko tinggi. Hal ini dapat terwujud karena sistem ini bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia.

2. Prinsip Nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh BPJS bukan untuk mencari laba/keuntungan. Sebaliknya tujuan utama adalah memenuhi kebutuhan peserta. Dana yang dikumpulkan dari peserta adalah dana amanat sehingga pengembangannya akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

3. Prinsip portabilitas

Prinsip ini dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara

Kesatuan Republik Indonesia.

4. Prinsip kepersatuan bersifat wajib

Kebersertaan bersifat wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kebersertaan bersifat wajib, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

SIMPULAN

Managed care merupakan upaya yang dilakukan oleh perusahaan asuransi atau organisasi pembiayaan kesehatan untuk mengendalikan biaya dan mutu pelayanan dengan sistem yang mengintegrasikan antara pembiayaan dan pelayanan kesehatan dengan tetap mempertimbangkan pembagian risiko. Dengan sistem ini memungkinkan terjadinya selective contract antara penyelenggara asuransi kesehatan dengan pemberi pelayanan kesehatan dan peserta asuransi.

JKN merupakan skema kesehatan yang baik bagi seluruh masyarakat di mana sistem pembiayaan kesehatan menjamin tersedianya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada mereka terhadap risiko keuangan. Dengan prinsip portabilitas dan prinsip gotong royong diharapkan seluruh masyarakat dapat mengakses layanan kesehatan di manapun di dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia, tanpa adanya perbedaan terhadap pemeriksaan maupun obat-obatan yang dibutuhkan. Dengan demikian, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN. Sistem ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang- Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badanhukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Jonaedi Effendi, & Johnny Ibrahim. (2018). Metode Penelitian Hukum Normatif dan Empiris. Kencana.
- M. Zed. (2008). Metode Penelitian Kepustakaan. Yayasan Obor Indonesia.
- P. Andi. (2012). Metode Penelitian Kualitatif dalam Perspektif Rancangan Penelitian. Ar-Ruzz Media.

- Amelung, V. E. (2019). *Healthcare Management: Managed Care Organisations and Instruments* (2nd ed.). Springer Berlin Heidelberg.
- Marcinko, D. E., & Hetico, H. R. (2006). *Dictionary of Health Insurance and Managed Care*. Springer.
- Duston, P. S. (2016). *Analyzing Form, Function, and Financing of the US Health Care System*. CRC Press.
- Green, M. A., & Rowell, J. C. (2011). *Understanding Health Insurance: A Guide to Billing and Reimbursement* (10th ed.). Delmar.
- Marcinko, D. E., & Hetico, H. R. (2006). *Dictionary of Health Insurance and Managed Care*. Springer.
- Djuhaeni, Henni. 2007. *Asuransi Kesehatan dan Manage Care*. Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjajaran: Bandung.
- Badan Penyelenggara Jaminana Sosial Kesehatan. *Pedoman Umum Tata Kelola yang Baik (Good Governance) BPJS Kesehatan*.
- Tim Sosialisasi dan Advokasi JKN. *Buku Pegangan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Permenkes No:99, *Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*, Tahun 2015
- Buku pegangan sosialisasi JKN dan SJSN Kemenkes RI
- Perpres No: 12 Tahun 2013 *Tentang jaminan kesehatan*
- Perpres RI Nomor 12, Tahun 2013 *Tentang Jaminan Kesehatan Nasional*
- PMK No: 71 *Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*, Tahun 2013
- Putri, Asih Eka. 2014. *Paham BPJS Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta: Kantor Perwakilan Indonesia
- Badan Penyelenggara Jaminana Sosial Kesehatan. *Buku Panduan Layanan bagi Peserta BPJS Kesehatan*.