

PERAN PENYELENGGARA PELAYANAN KESEHATAN PRIMER SWASTA DALAM JAMINAN KESEHATAN DI KABUPATEN BANDUNG

THE ROLE OF PRIMARY HEALTH CARE PROVIDERS ON THE HEALTH INSURANCE SCHEME IN BANDUNG DISTRICT

Sharon Gondodiputro, Henni Djuhaeni

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran
Makassar

ABSTRACT

Background: Apart from funding, the role of health care providers on the health insurance scheme should be taken into account, because they are one of the components of health insurance scheme and could play as gate keepers. They include private and public health providers. 92.14% of the total primary health providers in Bandung District are private health providers, consisted of 561 doctors, 392 midwives and 154 private clinics. The objective of the study was to assess the involvement, mechanism of payment and willingness to participate of the private health providers in the health insurance scheme

Method: A survey with a simple random sampling was conducted using questionnaire for 207 respondents (153 doctors and 54 clinics).

Result: Only 23% doctors and 21% clinics that already had contracts with 14-20 third payers. The mechanisms of payment from the third payer to the providers were capitation (43% doctors, 50% clinics) and claims (39% doctors, 43% clinics). Among private providers who had not yet contracts with third payer, only 55% doctors and 56% clinics wanted to have contract. Factors contributed to the refusal were human resource and facilities, finance, administration and health care delivery

Conclusion: Private health providers should be involved, as part of the health insurance scheme in Bandung District with developing efforts to gain trust between the providers and third payers and considering a proper benefit for all.

Keywords: Private Health Providers (PPK I), gate keeper, health insurance

ABSTRAK

Latar Belakang: Selain pembiayaan, Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) dalam skema jaminan kesehatan sangat penting, khususnya PPK I baik milik pemerintah maupun swasta yang merupakan *gate keeper* dari rangkaian pelayanan kesehatan melalui asuransi. Sebagian besar (92.14%) PPK I di Kabupaten Bandung merupakan milik swasta, terdiri dari 561 DPUS, 392 bidan praktik swasta dan 154 balai pengobatan sehingga perlu dipersiapkan keterlibatannya dalam pelaksanaan jaminan kesehatan.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keterlibatan, mekanisme pembayaran dan keinginan berpartisipasi PPK I swasta dalam jaminan kesehatan.

Metode: penelitian adalah survei analisis deskriptif menggunakan kuesioner terhadap 207 responden (153 DPUS

dan 54 balai pengobatan) melalui *simple random sampling* di seluruh Kecamatan di Kabupaten Bandung

Hasil: Baru sebagian kecil (23%) DPUS dan 21% balai pengobatan telah bekerja sama dengan 14-20 jenis pihak ketiga dalam pelaksanaan jaminan kesehatan. Mekanisme pembayaran pihak ketiga ke PPK I, adalah kapitasi yaitu 43% ke DPUS dan 50% ke balai pengobatan serta klaim ke pihak ketiga oleh PPK yaitu 39% oleh DPUS dan 43% oleh balai pengobatan. Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) I yang belum bekerja sama dengan pihak ketiga, yang bersedia bekerja sama hanya 55% DPUS dan 56% balai pengobatan. Aspek-aspek penolakan adalah aspek SDM dan sarana, aspek keuangan, aspek administrasi dan aspek pelayanan

Kesimpulan: Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) I swasta di Kabupaten Bandung penting dilibatkan dalam skema jaminan kesehatan dengan melakukan upaya sosialisasi untuk membangkitkan rasa kepercayaan serta mempertimbangkan *benefit* yang wajar bagi para pihak agar tidak dirugikan.

Kata kunci: PPK I swasta, *gate keeper*, jaminan kesehatan

PENGANTAR

Masyarakat sejahtera merupakan cita-cita bangsa Indonesia seperti tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 serta dalam Pasal 28 H dalam perubahan kedua UUD 1945. Menurut Spicker seperti yang dikutip dari Edi Suharto¹, negara kesejahteraan adalah sebuah sistem kesejahteraan sosial yang memberi peran lebih besar kepada negara (pemerintah) untuk mengalokasikan sebagian dana publik demi menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar warganya. Seluruh sumber daya yang dimiliki oleh suatu negara dikelola dan ditujukan untuk kepentingan kesejahteraan masyarakatnya. Salah satu wujud peran nyata negara kesejahteraan adalah jaringan sosial seperti tercantum dalam Pasal 34 ayat 2 perubahan keempat (UUD) 1945.

Dengan dikeluarkannya Undang-Undang (UU) No. 40/2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, maka setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup

yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur.² Dalam bidang kesehatan, pengertian jaminan adalah menjamin pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.³

Jaminan kesehatan yang dimiliki setiap orang maka ia mempunyai hak untuk mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dengan pendanaan yang terjangkau bagi setiap orang. Nitayarumphong dan Mills menyatakan:⁴ *“Universal coverage is defined as a situation where the whole population of a country has access to good quality services (core health services) according to needs and preferences, regardless of income level, social status or residency. It may be financed through tax or through contributory insurance schemes, and organised through one national scheme or a number of different schemes”*

Program jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial.² Asuransi dalam pengertian hukum merupakan suatu perjanjian.⁵ Selanjutnya pengertian asuransi menurut Pasal 1 Angka 1 UU No. 2/1992 tentang Usaha Perasuransian adalah ⁶ “Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungjawabkan”

Dari definisi tersebut, terdapat empat unsur utama yaitu suatu perjanjian, premi, ganti kerugian dan suatu peristiwa yang tak tertentu.

Unsur pertama adalah perjanjian, mempunyai arti satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap satu orang lain atau lebih⁷ serta terdapat suatu hubungan hukum antara pihak kreditor yang berhak untuk suatu prestasi dan pihak debitor yang berkewajiban melaksanakan dan bertanggung jawab atau suatu prestasi.⁵

Unsur kedua adalah premi yaitu pembayaran dari tertanggung kepada penanggung sebagai imbalan jasa atas pengalihan risiko kepada penanggung.⁸ Definisi lain adalah pembayaran yang dilakukan kepada perusahaan asuransi untuk perlindungan asuransi yang diberikan oleh

perusahaan asuransi tersebut.⁹ Selanjutnya, premi adalah suatu prestasi dari pihak tertanggung kepada penanggung dan besarnya ditentukan dalam suatu persentase jumlah yang dipertanggungjawabkan serta merupakan cerminan penilaian risiko dari penanggung.¹⁰

Unsur ketiga adalah ganti kerugian, artinya timbulnya kewajiban penanggung untuk memberikan ganti kerugian kepada tertanggung apabila peristiwa yang diasuransikan terjadi.¹¹

Unsur keempat adalah peristiwa yang tak tentu, artinya peristiwa itu harus mempunyai sifat tidak dapat diharapkan terjadinya atau suatu peristiwa yang menurut pengalaman manusia normal tidak dapat diharapkan akan terjadi.¹⁰ Dalam asuransi, peristiwa yang tak tentu atau tidak pasti disebut dengan risiko. Risiko selalu dihubungkan dengan kemungkinan terjadinya sesuatu yang merugikan yang tidak diduga/tidak diinginkan, sehingga merupakan suatu ketidakpastian dan bila terjadi dapat menimbulkan kerugian.⁸ Jadi pengertian risiko di sini mengandung dua konsep yaitu ketidakpastian dan kerugian. Titik berat pengertian risiko pada asuransi ialah pada ketidakpastian (terjadi atau tidak terjadi) dan bukan pada kerugian.⁵ Dalam asuransi, risiko dialihkan. Memeralihkan risiko berarti risiko yang akan dihadapi atau yang menjadi tanggung jawabnya itu meminta pihak lain untuk menerimanya (pembagian risiko atau peralihan risiko).¹¹

Selanjutnya yang menarik dari definisi asuransi berdasarkan UU Perasuransian adalah adanya kalimat “hidupnya seseorang yang dipertanggungjawabkan”. Kalimat ini menunjukkan bahwa asuransi bukan hanya menanggung peristiwa kematian, tetapi dapat pula menanggung suatu kegiatan agar peserta tetap hidup sehat. Sebagai contoh adalah asuransi kesehatan.

Penggolongan asuransi berdasarkan tujuan adalah asuransi komersial (*commercial insurance*) dan asuransi sosial (*social insurance*). Pada asuransi komersial, pengelolaannya bersifat memperoleh keuntungan, sehingga besarnya premi dan ganti kerugian sangat memperhatikan perhitungan ekonomi.¹¹ Pada asuransi sosial, pengelolaannya bukan untuk memperoleh keuntungan, tetapi memberikan jaminan sosial kepada masyarakat.¹¹ Terdapat beberapa unsur asuransi sosial yaitu: 1) wajib (*compulsary*) berdasarkan UU.¹² Keuntungannya adalah setiap masyarakat harus ikut serta dalam asuransi ini, sehingga terjadi kegotongroyongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda serta yang berisiko tinggi dan rendah.¹³

2) Penanggung merupakan milik negara dan bertanggung adalah seluruh masyarakat.^{14,15}

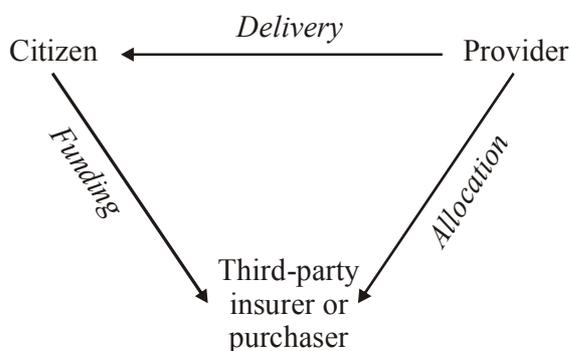
3) Merupakan bagian dari jaring pengaman sosial (*social safety net*), sehingga tidak bersifat memperoleh keuntungan. 4) Besarnya santunan (*benefit*) difokuskan kepada kepastian masyarakat yaitu memenuhi standar kehidupan tertentu pesertanya (*social adequacy*) daripada keadilan pribadi (*individual equity*) dan besaran santunan ditetapkan dengan peraturan perundang undangan.¹⁶

Unsur-unsur asuransi sosial lainnya seperti dikutip dalam Man Suparman Sastrawidjaja adalah:¹⁷

1) perbandingan antara premi dan santunan diatur secara progresif. 2) Besarnya premi ditetapkan oleh pemerintah dengan peraturan perundang-undangan, 3) Tidak ada pilihan mengenai masalah kepentingan dan peristiwa (*evenement*).

Asuransi sosial menjamin masyarakat setiap saat untuk dapat akses mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa harus memikirkan adanya keterbatasan kemampuan untuk membayar produk pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya.

Untuk pencapaian *universal coverage* melalui asuransi sosial, terdapat tiga pelaku utama yang harus bekerja sama secara optimal yaitu masyarakat, PPK dan badan asuransi (pihak ketiga) seperti terlihat pada Gambar 1 (*The Health Care Triangle*).¹⁸



Source: adapted from Reinhardt (1990)

Sumber : Mossialos et al, *Funding health care: Options for Europe*, 2002

Gambar 1. Segitiga Pelayanan Kesehatan

Pengadaan dan pendanaan pelayanan kesehatan secara sederhana merupakan pertukaran atau transfer dari sumber daya.¹⁸ Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) (*provider*)

memindahkan sumber daya seperti ilmu, alat kesehatan, jasa, bahan habis pakai, dan lain-lain. kepada pasien. Selanjutnya pasien membayar sejumlah uang kepada *provider* tersebut, apakah langsung atau melalui pihak ketiga. Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) diselenggarakan oleh berbagai sarana pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier baik milik pemerintah maupun swasta dengan menganut asas rujukan. Hubungan ketiga pelaku utama dalam asuransi kesehatan merupakan suatu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan sehingga hubungan tersebut membuat asuransi kesehatan menjadi unik.

Kabupaten Bandung dengan jumlah penduduk sebesar 3,127,008 jiwa, mempunyai sarana pelayanan kesehatan primer swasta lebih banyak dari Puskesmas (92.14%). DPUS (DPUS) merupakan jumlah terbesar dari seluruh sarana pelayanan kesehatan primer yaitu sebanyak 561 dokter, diikuti dengan 392 bidan, 154 buah balai pengobatan (BP).¹⁹ Dengan demikian, peranan swasta sangat besar dalam menunjang keberhasilan jaminan kesehatan bagi masyarakat.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui keterlibatan, mekanisme pembayaran dan keinginan berpartisipasi PPK I swasta dalam jaminan kesehatan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

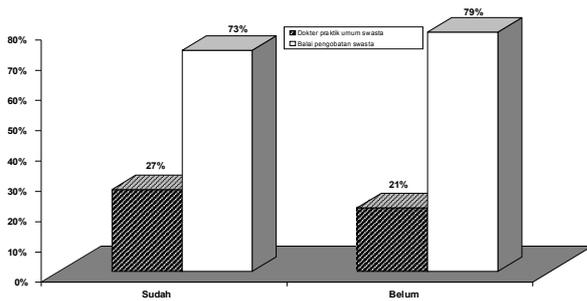
Desain penelitian ini merupakan desain survei dengan menggunakan kuesioner terbuka dan dianalisis secara deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah 282 DPUS yang telah mempunyai ijin praktik, berpraktik mandiri atau berkelompok (bila berpraktik lebih satu tempat, maka hanya diambil 1 tempat praktik) dan 148 Badan Pusat Statistik (BPS) yang telah mempunyai ijin balai pengobatan. Selanjutnya terpilih sampel sebesar 207 responden (153 dokter dan 54 balai pengobatan) dengan menggunakan *simple random sampling*.

Variabel yang diteliti adalah kerja sama dengan pihak asuransi, jenis pihak ketiga, mekanisme pembayaran, kesediaan melanjutkan kontrak, kesediaan dikontrak oleh pihak ketiga bagi PPK I swasta yang belum mengadakan kerjasama dan cara pembayaran yang diinginkan

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Kerja sama dengan pihak ketiga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, sudah ada kerja sama antara DPUS dan BPS dengan pihak ketiga (Gambar 2).



Gambar 2. Distribusi DPUS dan BPS berdasarkan telah melaksanakan kerja sama dengan pihak ketiga

Dari seluruh responden hanya 27% DPUS dan 21% BPS yang telah mengadakan kerja sama dengan pihak ketiga.

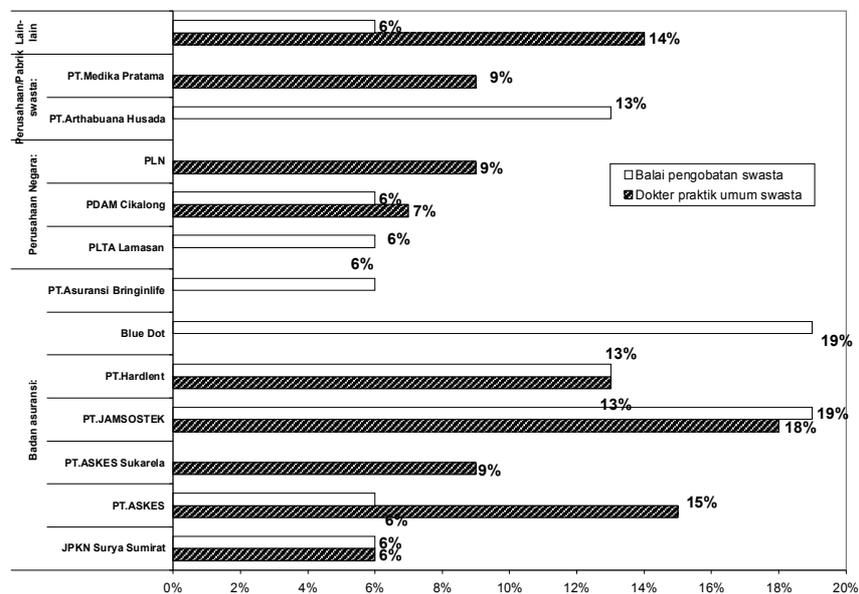
2. Jenis pihak ketiga

Adanya kerja sama dengan pihak ketiga menunjukkan bahwa, segitiga pelayanan kesehatan melalui asuransi kesehatan telah mulai berjalan. Mereka mengadakan kerja sama dengan berbagai pihak ketiga dengan persentase yang berbeda-beda. DPUS bekerja sama dengan 20 jenis pihak ketiga meliputi 10 jenis badan penyelenggara asuransi, 3 jenis badan usaha milik negara dan 7 jenis

perusahaan/pabrik swasta. Selanjutnya, BPS bekerja sama dengan 14 jenis pihak ketiga meliputi 8 jenis badan penyelenggara asuransi, 2 jenis badan usaha milik negara dan 4 jenis perusahaan/pabrik swasta (Gambar 3). Dari informasi ini, dapat disimpulkan bahwa pihak ketiga yang ada di Kabupaten Bandung, tidak hanya berupa badan asuransi saja, tetapi juga badan usaha/perusahaan baik milik negara maupun swasta. Keadaan ini harus menjadi bahan pertimbangan Kabupaten Bandung dalam berkontrak dengan pihak ketiga untuk menjalankan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakatnya apakah akan membentuk sendiri atau berkontrak dengan pihak ketiga yang sudah ada.

3. Mekanisme pembayaran atas pelayanan yang diberikan saat ini

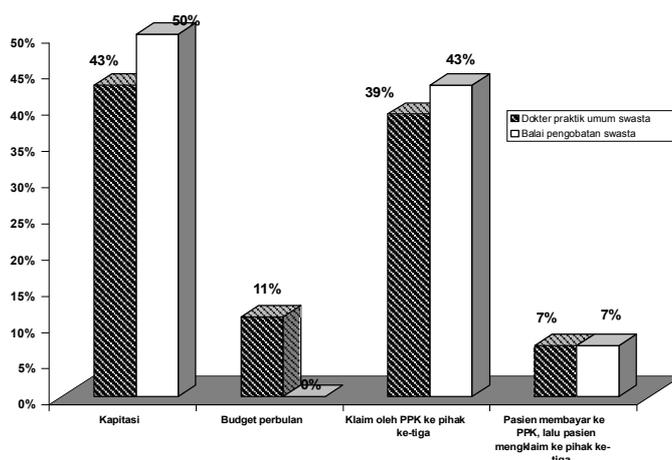
Hasil penelitian menunjukkan bahwa mekanisme pembayaran yang diberikan saat ini oleh pihak ketiga terhadap DPUS yang terbanyak (43%) adalah pembayaran per kepala serta klaim kepada pihak ketiga (39%) (Gambar 4). Gambaran yang hampir sama didapat pula dari BPS yaitu distribusi yang terbanyak adalah per kepala (50%) serta klaim kepada pihak ketiga (43%), namun berbeda dengan DPUS, untuk BPS tidak didapat *budget* bulanan.



Keterangan:

- Lain-lain untuk DPUS meliputi: Bapel asuransi (ASKES Sosial Percikan Iman, Panin Insurance, PT Nayaka, Blue Dot, Gesa Assistance), BUMN (PLTA Lamasan), Perusahaan (PT Asulindo Lestari, PT Arthabuana Husada, Indomaret, PT Mandiri)
- Lain-lain untuk BPS meliputi Bapel Asuransi (PT Askes Sukarela, PT Nayaka), Perusahaan/Pabrik (PT Medika Pratama, PT Papyrus)

Gambar 3. Distribusi kerja sama DPUS dan BPS berdasarkan jenis pihak ketiga



Gambar 4. Distribusi DPUS dan BPS berdasarkan mekanisme pembayaran atas pelayanan yang diberikan saat ini

4. Kesiapan dikontrak oleh pihak ketiga

Bagi PPK I yang sudah dikontrak oleh pihak ketiga, sebagian besar (95%) DPUS bersedia melanjutkan kontrak dengan pihak ketiga bahkan untuk BPS seluruhnya (100%) ingin melanjutkan kontrak. Kesiambungan kontrak ini menunjukkan sudah ada permintaan (*demand*) kembali sebagai *provider* asuransi kesehatan yang tentu bukan tanpa alasan, tetapi dibangun atas kepercayaan serta kerja sama yang menguntungkan kedua belah pihak khususnya penyelenggara pelayanan. Keadaan ini, merupakan potensi keberhasilan sistem pembiayaan kesehatan melalui asuransi yang harus dipertahankan dan ditingkatkan oleh Kabupaten Bandung.

Bagi PPK I yang belum berkontrak dengan pihak ketiga, hanya 55% DPUS dan 56% BPS yang bersedia berkontrak dengan pihak ketiga.

Adapun beberapa alasan bersedia untuk dikontrak kembali dan bagi yang belum dikontrak, bersedia dikontrak oleh pihak ketiga dapat ditinjau dari beberapa aspek antara lain: 1) Sumber daya manusia: memberikan motivasi pada dirinya untuk membantu meringankan biaya pasien karena biaya ke dokter mahal. 2) Keuangan: adanya kepastian penghasilan (kepastian dalam jumlah pasien yang ditangani sehingga jumlah *income* per bulan tetap), biaya pelayanan kesehatan makin tinggi sehingga perlu asuransi dan asal perhitungan operasional sesuai. 3). Administrasi: pembayaran dari asuransi lancar, tepat waktu dan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan maupun perjanjian yang menguntungkan pihak kedua dan ketiga, 4). Sasaran: banyak pegawai pabrik yang belum masuk jaminan, wilayah tempat praktiknya merupakan

daerah kerja PNS dan BUMN, kesejahteraan masyarakat tidak membedakan pelayanan asuransi dan umum sehingga tidak ada salahnya bekerja sama. 5) Pelayanan: fasilitas di klinik dan dokter yang berpraktik cukup memenuhi standar dan masih mempunyai daya tampung untuk bekerja sama, masih tersedia cukup waktu untuk melayani tambahan kunjungan per hari, memperluas jangkauan pelayanan, hubungan dokter pasien jadi lebih baik, ingin mengembangkan pelayanan kesehatan dan ada variasi dalam pelayanan kesehatan masyarakat, lebih berkonsentrasi masalah penyakit pasien, lebih efisien dan mampu memberikan pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi masyarakat. Semua itu dilakukan demi kebaikan pasien namun, dengan syarat di luar jam kerja. 6) Program: membantu program pemerintah, membantu masyarakat mendapatkan pelayanan dan pengobatan, masyarakat mulai mengerti manfaat asuransi, adanya pembinaan *customer*, sudah saatnya Indonesia menggunakan sistem dokter keluarga ataupun sistem asuransi, untuk meningkatkan kerja sama untuk menambah pengalaman dan pendapatan untuk ikut serta meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

5. Alasan tidak bersedia dikontrak oleh pihak ketiga

Hasil penelitian menunjukkan beberapa alasan utama yang ditinjau dari berbagai aspek, mengapa DPUS dan BPS menolak kerja sama dengan pihak ketiga sebagai berikut: DPUS: a) SDM: kurang tenaga administrasi dan belum mengerti betul tentang asuransi yang ditawarkan, b) keuangan: tarif tidak sesuai, tidak ada jaminan pelunasan pembayaran

dan prosedur pembayaran lama, c) administrasi: khawatir tidak dapat mengikuti aturan kontrak, klaim berbelit-belit, kurang efisien dan praktis, kemungkinan akan menghadapi masalah, tidak mengerti mengenai kontrak kerja, biasa bekerja sendiri, sering ada peraturan yang mengikat terutama tentang biaya dari pihak asuransi dan tidak mau didikte oleh badan asuransi, d) pelayanan: kesulitan menentukan obat karena umumnya dibatasi, pasien dirugikan karena harga obat yang ditetapkan oleh pihak ketiga terlalu murah, sehingga dosis obat tidak mencukupi dan jumlah terlalu sedikit sehingga tidak sembuh dan merusak nama baik dokter, pasien sudah banyak khawatir pihak ketiga tidak profesional dalam hal pengobatan dan pelayanan, dan tidak praktis

BPS: a) SDM dan sarana: kurangnya SDM dan sarana/prasarana, b) keuangan: tarif tidak sesuai, c) administrasi: proses pembayaran merepotkan, malas urusan klaim dan pencatatan dan pelaporannya ruwet.

Keadaan tersebut perlu mendapat perhatian, khususnya dalam sosialisasi yang akan dijalankan di Kabupaten Bandung.

6. Cara pembayaran yang diinginkan

Hasil penelitian tentang cara pembayaran yang diinginkan oleh DPUS maupun BPS memberikan gambaran yang tidak terlalu berbeda yaitu sebagian besar dari mereka menginginkan pembayaran perkepala atau klaim kepada pihak ketiga (Gambar 5).

Setiap mekanisme mempunyai keuntungan dan kerugian. Apapun mekanisme yang dipilih, yang paling penting adalah perhitungan *total cost* dan *unit*

cost yang cermat dan tepat untuk setiap pelayanan kesehatan yang diberikan agar tidak merugikan para pihak.

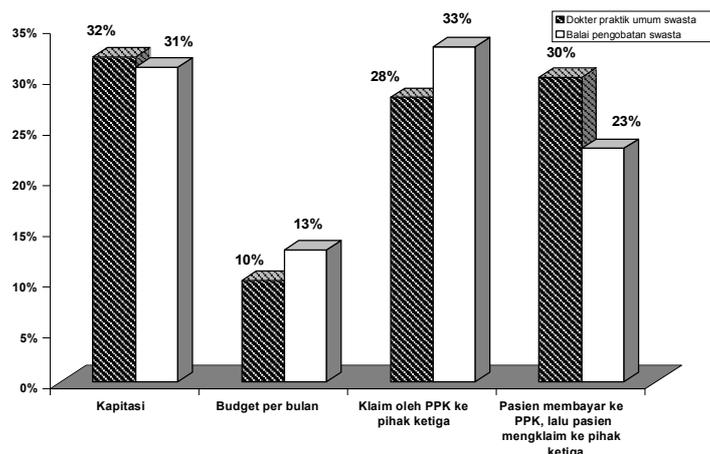
KESIMPULAN DAN SARAN

Hanya 27% DPUS dan 21% BPS yang telah mengadakan kerja sama dengan pihak ke-tiga melalui mekanisme pembayaran terbanyak adalah per kepala serta klaim kepada pihak ketiga. Walaupun persentase kerja sama masih sedikit, namun sebagian besar DPUS maupun BPS bersedia melanjutkan kontrak dan bagi yang belum bekerja sama dengan pihak ketiga, sebagian besar ingin mulai menjalin kontrak Kesenambungan kontrak serta adanya kontrak baru menunjukkan sudah ada permintaan (*demand*) maupun permintaan kembali sebagai *provider* asuransi kesehatan.

Alasan bersedia dikontrak oleh pihak ketiga dapat ditinjau dari berbagai aspek: keuangan, sasaran, pelayanan dan program. Selanjutnya, DPUS maupun BPS yang tidak bersedia dikontrak oleh pihak ketiga mempunyai berbagai alasan yang dapat ditinjau dari aspek: SDM, keuangan, administrasi dan pelayanan.

Sistem jaminan kesehatan dengan *universal coverage* baru bisa berjalan apabila sudah ada kerja sama yang baik antara tiga pelaku utama yaitu PPK, pihak ketiga dan masyarakat.

Menyadari masih banyaknya hambatan dalam melibatkan PPK I swasta dalam jaminan kesehatan masyarakat, maka perlu dilakukan sosialisasi untuk membangkitkan rasa kepercayaan serta mempertimbangkan *benefit* yang wajar bagi para pihak agar tidak dirugikan.



Gambar 5. Distribusi DPUS dan BPS berdasarkan cara pembayaran yang diinginkan

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung yang membiayai penelitian ini.

KEPUSTAKAAN

1. Edi Suharto, Analisis Kebijakan Publik, Panduan Praktis mengkaji masalah dan Kebijakan sosial. Alfabeta, Bandung, 2005.
2. Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta, 2004.
3. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 131/MENKES/SK/II/2004 Tentang Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta, 2004.
4. Nitayarumphong & Mills (ed.), Achieving Universal Coverage of Health Care, Office of Health Care reform, Ministry of Public Health, Thailand, 1998.
5. Sri Rejeki Hartono, Hukum Asuransi dan Perusahaan Asuransi, Cetakan ke empat, Sinar Grafika, Jakarta, 2001.
6. Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian, Jakarta, 1992.
7. KUH Perdata Buku ketiga Pasal 1313
8. Soeisno Djojosoedarso, Prinsip-prinsip Manajemen Risiko dan Asuransi, Salemba Empat, Jakarta, 1999.
9. Jacobs, The Economics of Health and Medical Care, Fourth Ed., Aspen Publication, Maryland, 1997.
10. Emmy Pangaribuan Simanjuntak, Hukum Pertanggung, Cetakan ke X, Seksi Hukum Dagang Fakultas Hukum UGM, Yogyakarta, 1990.
11. Man Suparman Sastrawidjaja dan Endang, Hukum Asuransi, Perlindungan Tertanggung, Asuransi Deposito, Usaha Perasuransian. Alumni, Bandung, 2004.
12. Williams & Heins, Risk Management and Insurance, McGraw-Hill International Ed, USA, 1989.
13. Baker & Weisbrot, Social Security, the Phony Crisis, the University of Chicago Press, Chicago and London, 1999.
14. Garner BA (ed. in chief), Black's Law Dictionary, Seventh ed, West Group St Paul, Minn, USA, 1999.
15. Djoko Prakoso. Hukum Asuransi Indonesia, cetakan kelima, Rineka Cipta, Jakarta, 2004.
16. Rejda. Principles of Risk Management and Insurance, 10th ed., Pearson Int. Ed., Boston, 2008.
17. Man Suparman Sastrawidjaja, Aspek-Aspek Hukum Asuransi dan Surat Berharga. Alumni, Bandung, 2003.
18. Mossialos, Dixon, Figueras, Kutzin (eds.) Funding Health Care: Options for Europe, Open University Press, Philadelphia, 2003.
19. Henni Djuhaeni & Sharon Gondodiputro. Laporan Penelitian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Kabupaten Bandung, 16 – 17 Juli 2008.