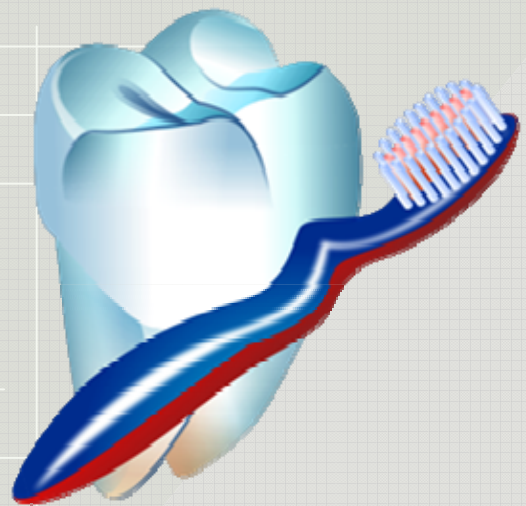
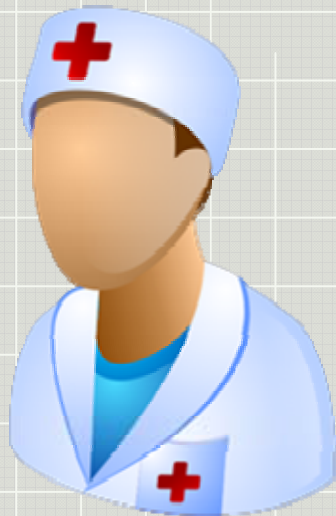


# Asuransi Biaya Medis





Edisi November 2011

Edisi ini merupakan adaptasi, penyempurnaan dan penyesuaian yang ide dasarnya diambil dari buku “*Medical Expense Insurance*“ yang diterbitkan oleh Health Insurance Association of America, tahun 1997, serta merupakan perbaikan dari edisi Mei 2000 yang diterbitkan oleh Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI dan PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia dan penterjemahannya dilakukan oleh Dr. Purnawan Junadi, MPH, Ph.D.

# Asuransi Biaya Medis

Heru Susmono, Editor

**Penulis** (menurut abjad):

Heru Susmono

Kasir Iskandar

Said Muhammad

Susilo Surachmad

Umi Ratih

Buku ini dipersiapkan sebagai bahan utama pendidikan profesi asuransi kesehatan yang diujikan oleh PAMJAKI. Untuk informasi lengkap tentang pendidikan profesi asuransi kesehatan silakan kunjungi website PAMJAKI di [www.pamjaki.org](http://www.pamjaki.org)

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak isi buku ini  
baik sebagian atau seluruhnya  
dalam bentuk apapun  
tanpa izin tertulis  
dari Penerbit

Diterbitkan oleh

PAMJAKI

(Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia)

Jakarta.

Sanksi Pelanggaran Pasal 44 : Undang-undang No. 7 tahun 1987  
Tentang Perubahan atas Undang-undang Nomor 6 Tahun 1982  
Tentang Hak Cipta

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/ atau denda paling banyak Rp 100.000.000,- (seratus juta rupiah)
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/ atau denda paling banyak Rp 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah)

## KATA PENGANTAR

Keinginan untuk menerbitkan bahan pendidikan profesi untuk ujian Ahli Asuransi Kesehatan sudah lama diidamkan oleh Pengurus PAMJAKI, namun demikian, perkembangan perasuransian dan kesibukan penulis yang juga merupakan pengurus PAMJAKI menyebabkan keinginan tersebut baru kali ini terwujud. Sebelum buku ini disusun, ujian PAMJAKI menggunakan buku *Medical Expense Insurance* yang diterbitkan oleh *Health Insurance Association of America*, dan diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh Dr. Purnawan Junadi, MPH, Ph.D (kerjasama antara *Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI* dan *PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia*). Namun banyak keluhan disampaikan oleh peserta ujian, karena terjemahan dan bahasan yang kurang sesuai dengan kondisi Indonesia.

Dengan semangat tinggi untuk meningkatkan dan memperbaiki buku-buku pegangan untuk ujian PAMJAKI, akhirnya PAMJAKI berhasil menyelesaikan beberapa buku dasar pendidikan profesi ahli asuransi kesehatan, yang diantaranya adalah **Asuransi Biaya Medis** ini.

Sumber utama penulisan buku ini masih diambil dari buku *Medical Expense Insurance* yang diterbitkan oleh *Health Insurance Association of America (HIAA)*. Namun demikian, untuk memperkaya pembahasan buku ini para penulis mengisi bahasan dengan perkembangan terakhir, serta perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia pada sebagian besar bab.

Kami berharap buku ini dapat memudahkan calon peserta ujian dalam mempersiapkan diri menghadapi ujian **PAMJAKI** untuk memperoleh pengakuan sebagai **profesional**, baik sebagai **Ajun Ahli Asuransi Kesehatan** ataupun **Ahli Asuransi Kesehatan**. Diharapkan buku ini bermanfaat pula bagi para mahasiswa di bidang kesehatan ataupun praktisi asuransi dalam mencari bahan-bahan rujukan yang terkait dengan asuransi kesehatan.

Akhir kata, untuk meningkatkan kualitas pembelajaran di masa depan PAMJAKI mengundang para pembaca untuk memberikan kritik dan saran bagi penyempurnaan buku ini. Kritik dan saran dapat disampaikan melalui [sekretariat@pamjaki.org](mailto:sekretariat@pamjaki.org).

Selamat belajar, Semoga sukses!  
November 2011

PAMJAKI

# Daftar Isi

KATA PENGANTAR .....	iii
Daftar Isi .....	iv
Bab 1 – Asuransi Biaya Medis Utama Kumpulan .....	1
1.1.    Pendahuluan.....	1
1.2.    Jaminan yang Disponsori Pengusaha.....	2
1.3.    Metoda Penggantian Biaya .....	3
a.    Penggantian Biaya pada Paket Komprehensif .....	3
b.    Penggantian Biaya pada Paket Tambahan .....	4
c.    Variasi Metoda Penggantian Biaya.....	5
1.4.    Ciri-ciri Paket Medis Utama .....	6
a.    Deductible .....	6
b.    Coinsurance.....	9
c.    Maksimum Manfaat .....	11
d.    Pengeluaran yang dijamin.....	11
1.5.    Pengecualian dan Pembatasan .....	13
a.    Tidak ada pembayaran ganda (No double payment) .....	13
b.    Pengecualian umum(Common exclusion) .....	13
c.    Pembatasan umum (Common limitation) .....	14
1.6.    Ringkasan.....	15
1.7.    Istilah Kunci.....	15
Bab 2 – Asuransi Rawat Inap & Bedah Perorangan .....	17
2.1.    Pendahuluan.....	17
2.2.    Penetapan Biaya yang Ditanggung dan Pembayaran Manfaat .....	18
a.    Kamar dan Makan Harian / Perawatan Intensif.....	18
b.    Manfaat biaya rumah sakit lainnya .....	19
c.    Rawat Jalan, Diagnostik, Pra pembedahan dan Pemeriksaan Laboratorium.....	20
d.    Manfaat Biaya Bedah.....	21
e.    Manfaat Melahirkan.....	23
f.    Manfaat Biaya Dokter Rawat Inap .....	24
g.    Manfaat Perawatan yang Diperpanjang dan Perawatan di Rumah .....	24
h.    Manfaat Ambulan .....	25
2.3.    Pengeluaran yang dikecualikan atau yang dibatasi.....	26

a.	Kondisi yang telah ada sebelumnya.....	26
b.	Kondisi umum tertentu .....	27
c.	Percobaan Bunuh Diri.....	27
d.	Dinas Militer, Rumah Sakit Militer dan Pemerintah .....	28
e.	Perang .....	28
f.	Kompensasi Pekerja.....	29
g.	Kondisi Gigi dan Pengobatan Gigi .....	29
h.	Kondisi Mental dan Saraf .....	30
i.	Pengobatan dan Bedah Kosmetik .....	30
2.4.	Ringkasan.....	31
2.5.	Istilah Kunci.....	31
Bab 3 –	Pemasaran dan Penjualan .....	35
3.1.	Pendahuluan.....	35
3.2.	Pemasaran Strategis .....	35
a.	Bauran Pemasaran.....	36
b.	Pengetahuan Konsumen.....	36
3.3.	Produk yang beredar di pasaran.....	37
3.4.	Harga sebagai sebuah konsep pemasaran .....	40
a.	Harga dan Permintaan.....	40
b.	Pengaruh Demografi dan Pengobatan Teknologi Tinggi.....	41
c.	Pengaruh Regulasi terhadap Harga.....	41
3.5.	Penjualan dan Distribusi .....	41
a.	Agan dan Broker .....	42
b.	Distribusi Alternatif .....	43
3.6.	Purna Jual: Pelayanan Pelanggan.....	45
3.7.	Pemasaran dalam pasar yang berubah .....	46
3.8.	Ringkasan.....	47
3.9.	Istilah Kunci.....	47
Bab 4 –	Penentuan Premi.....	49
4. 1.	Pendahuluan.....	49
4. 2.	Komponen Premi .....	49
a.	Biaya Klaim .....	49
b.	Cadangan Klaim.....	51
c.	Pengeluaran.....	52

d.	Margin Keuntungan dan Margin Kontingensi .....	53
e.	Persistensi dan Mortalitas .....	54
4. 3.	Memperkirakan Biaya Klaim.....	55
a.	Tarif Manual Kumpulan .....	55
b.	Statistik Perorangan .....	55
c.	Variasi Tarif manual .....	56
4. 4.	Menetapkan Cadangan.....	61
a.	Cadangan klaim pending.....	61
b.	Cadangan klaim yang terjadi tetapi belum dilaporkan .....	61
c.	Metode yang dipakai untuk memperkirakan cadangan klaim .....	61
4. 5.	Struktur Tarif .....	62
a.	Struktur Tarif Kumpulan (Group rating structures).....	62
b.	Struktur Tarif Perorangan .....	65
4. 6.	Tarif Pengalaman .....	66
a.	Tarif Pengalaman untuk Asuransi Kumpulan.....	67
b.	Tarif Perpanjangan untuk Asuransi perorangan .....	68
4. 7.	Metode Pendanaan .....	68
a.	Paket Diasuransikan Sepenuhnya .....	69
b.	Paket Premi Minimum .....	69
c.	Pengaturan Premi Retrospektif .....	69
d.	Paket Swa-asuransi .....	69
e.	Asuransi stop-loss .....	70
4. 8.	Masalah Regulasi.....	70
a.	Manfaat yang diwajibkan oleh negara bagian .....	70
b.	Undang-Undang Kelompok Kecil (small group laws) .....	70
c.	Peraturan Tarif Perorangan (individual rate regulation).....	71
d.	Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996.....	71
e.	Regulasi di Indonesia.....	72
4. 9.	Ringkasan.....	73
4. 10.	Istilah Kunci.....	74
Bab 5 –	Ketentuan Kontrak.....	77
5. 1.	Pendahuluan.....	77
5. 2.	Ketentuan Kontrak Biaya Medis Kumpulan yang Berkaitan dengan Pemegang Polis .	77
a.	Halaman Depan.....	77

b.	Karyawan yang akan diasuransikan.....	78
c.	Tanggungannya yang akan diasuransikan .....	80
d.	Ketentuan yang berhubungan dengan HMO pada Kontrak Indemnitas .....	81
e.	Daftar Cakupan Asuransi.....	81
f.	Pemutusan dan Perpanjangan Asuransi .....	82
g.	Ketentuan Premi.....	84
h.	Pemutusan Polis dan Cakupan.....	84
i.	Ketentuan Umum.....	84
j.	Aplikasi Polis.....	85
k.	Policy Riders.....	85
5. 3.	Ketentuan Kontrak Biaya Medis Kumpulan yang berhubungan dengan Tertanggung .	87
a.	Sertifikat Asuransi .....	87
b.	Daftar Cakupan Asuransi.....	87
c.	Eligibilitas dan Awal Berlakunya Asuransi.....	88
d.	Ketentuan Manfaat.....	88
5. 4.	Ketentuan Kontrak Biaya Medis Perorangan .....	92
a.	Ketentuan Dasar (Basic Provisions) .....	92
b.	Ketentuan Manfaat (Benefit Provision).....	94
c.	Ketentuan lainnya (Other Provision) .....	95
5. 5.	Perkembangan Kontrak Biaya Medis Perorangan dan Kumpulan .....	95
5. 6.	Ringkasan.....	95
5. 7.	Istilah Kunci.....	96
Bab 6 –	Underwriting.....	99
6.1.	Pendahuluan.....	99
6.2.	Bagian Underwriting.....	99
a.	Struktur Fungsional.....	100
b.	Struktur Lini Produksi.....	100
c.	Organisasi Regional .....	100
d.	Bekerja Dengan Agen Lapangan .....	101
6.3.	Faktor-faktor Seleksi Risiko .....	101
a.	Kontrak Asuransi Biaya Medis Kumpulan .....	102
b.	Kontrak Biaya Medis Perorangan.....	110
6.4.	Underwriting Kumpulan Lainnya .....	115
a.	Labor Unions and Taft-Hartley Health and Welfare Trust Plans .....	115

b.	Kelompok multi pengusaha .....	116
c.	Kumpulan Asosiasi .....	116
d.	Organisasi Waralaba .....	117
e.	Pengusaha Publik .....	117
f.	Organisasi Sosial dan Fraternal/Persaudaraan .....	118
6.5.	Masalah Underwriting Asuransi Biaya Medis .....	118
a.	Jenis Paket .....	118
b.	Bukti Insurabilitas (Evidence of Insurability) .....	120
c.	HIPAA 1996 .....	120
d.	Reinstatement pada maksimum Paket Medis Utama .....	120
e.	Permohonan kembali (Resolicitation) .....	121
f.	Underwriting Pembaharuan (Renewal Underwriting) .....	121
6.6.	Manajemen Underwriting .....	122
a.	Perubahan Manfaat .....	122
b.	Penambahan kelas baru .....	122
6.7.	Reasuransi .....	123
a.	Quota share .....	123
b.	Excess risk .....	123
6.8.	Ringkasan .....	124
6.9.	Istilah Kunci .....	124
Bab 7 –	Administrasi Polis .....	127
7.1.	Pendahuluan .....	127
7.2.	Akun Asuransi Baru .....	127
a.	Akun Biaya Medis Kumpulan .....	127
b.	Akun Biaya Medis Perorangan .....	131
7.3.	Administrasi lanjutan: Pelayanan pelanggan .....	132
a.	Pentingnya pelayanan pelanggan .....	132
b.	Menyesuaikan pelayanan dengan tipe konsumen .....	133
7.4.	Administrasi Paket-paket Multi Kelompok .....	137
a.	Asosiasi Dagang .....	137
b.	Asosiasi Profesi .....	139
c.	Negotiated Trusteeship (Paket Kesehatan dan Kesejahteraan Taft-Hartley) .....	140
d.	Multiple Employer Trusts .....	142
7.5.	Administrasi Pihak Ketiga .....	142

7.6.	Administrative Services Only (ASO) .....	143
a.	Pelayanan yang Diberikan .....	143
b.	Risiko-risiko yang diambil oleh perusahaan.....	144
7.7.	Persyaratan Laporan ERISA untuk Paket Kesejahteraan .....	144
a.	Ringkasan Deskripsi Paket (Summary Plan Description, SPD) .....	144
b.	Laporan Tahunan (Form 5500).....	145
c.	Ringkasan Laporan Tahunan (Summary Annual Report, SAR).....	145
7.8.	Ringkasan.....	145
7.9.	Istilah Kunci.....	146
Bab 8 –	Administrasi Klaim .....	149
8.1.	Pendahuluan.....	149
8.2.	Prosedur Administrasi Klaim.....	149
a.	Pengajuan Klaim .....	149
b.	Organisasi Administratif.....	151
8.3.	Pemrosesan Klaim dan Penerapan Ketentuan Polis yang Spesifik.....	153
a.	Deductible .....	153
b.	Coinsurance.....	155
c.	Manfaat Maksimum .....	155
d.	Kode yang Digunakan dalam Memproses Klaim .....	156
e.	Tagihan Wajar dan Biasa .....	162
f.	Koordinasi Manfaat .....	164
g.	Pengecualian Kondisi yang Telah Ada Sebelumnya .....	170
8.4.	Kewenangan yang terkait Klaim dan Investigasi.....	171
a.	Penugasan Manfaat .....	171
b.	Pelepasan Informasi .....	174
c.	Prinsip-prinsip Penyelidikan Klaim.....	174
8.5.	Penuntutan Hukum dan Denda Kerugian (Lawsuits and Punitive Damages) .....	175
a.	Pelanggaran Kontrak.....	175
b.	Penggantian Kerugian.....	176
c.	Hukuman atas kerugian.....	176
8.6.	Pengolahan Klaim Elektronik .....	177
a.	Pertukaran Data Elektronik.....	178
b.	Keputusan Klaim Elektronik.....	179
8.7.	Ringkasan.....	179

8.8. Istilah Kunci.....	180
Bab 9 – Industri Asuransi Biaya Medis .....	183
9.1. Pendahuluan.....	183
9.2. Aspek Legal .....	185
a. Peraturan Negara Bagian .....	185
b. Supremasi ERISA dan terkikisnya kewenangan negara bagian .....	185
c. HIPAA .....	186
9.3. Sistem Distribusi.....	187
a. Bank dan Asuransi .....	187
b. Kelompok Pembeli.....	187
9.4. Kecenderungan biaya.....	188
a. Pengeluaran Sendiri .....	189
b. Efektivitas Managed care.....	189
9.5. Kecenderungan Pengeluaran Kesehatan di masa depan .....	190
9.6. Reformasi Medicare.....	191
9.7. Ringkasan.....	192
9.8. Istilah Penting .....	192
Daftar Istilah .....	195

# Bab 1 – Asuransi Biaya Medis Utama Kumpulan

*Pendahuluan*

*Jaminan yang Disponsori Pengusaha*

*Metoda Penggantian Biaya*

*Ciri-ciri Paket Medis Utama*

*Pengecualian dan Pembatasan*

*Ringkasan*

*Istilah Kunci*

## 1.1. Pendahuluan

Asuransi biaya medis (*medical expense insurance*) berkembang secara sejak pertama kalinya diperkenalkan pada abad ke-19, terutama pada era lima puluh tahun terakhir. Seiring dengan kemajuan di bidang medis, dan bertambahnya pengalaman perusahaan asuransi dalam membuat tarif pada penyakit yang memakan biaya besar, asuransi biaya medis kini mampu memberikan tertanggung kesempatan memilih berbagai perawatan, yang beberapa diantaranya tidak bisa didapat bila tidak menggunakan asuransi, seperti misalnya transplantasi organ. Paket asuransi pada awalnya hanya mencakup pengeluaran untuk perawatan medis secukupnya, tetapi sekarang beberapa paket dapat mengganti biaya perawatan pencegahan tertentu.

Industri asuransi ini telah berkembang dengan pesat. Pada tahun 1950 pembayaran klaim asuransi kesehatan swasta di Amerika Serikat (AS) sebesar \$1.3 milyar. Pada tahun 1994 pembayaran klaim mencapai \$263.4 milyar, naik lebih dari 200 kali.<sup>1</sup> Angka ini mencakup pembayaran dari berbagai sumber: perusahaan asuransi, paket Blue Cross-Blue Shield (BCBS), program swa-asuransi (*self-insured*) dan *health maintenance organization* (HMO).

Penyebab utama perkembangan yang luar biasa ini, adalah pertumbuhan asuransi biaya medis utama kumpulan (*group major medical expense insurance*) yang dirancang untuk menanggung biaya penyakit atau kecelakaan yang paling mahal sekalipun. Jenis asuransi ini sangat berbeda dengan asuransi rawat inap & bedah dasar (*basic hospital-surgical insurance*)<sup>2</sup>, yang dirancang untuk membiayai penyakit serta kecelakaan yang lebih umum.<sup>3</sup>

Ada dua macam paket utama asuransi biaya medis (*major medical expense plan*):

- Paket biaya medis utama komprehensif (*comprehensive plan*) yang menyediakan perlindungan untuk biaya rawat inap dasar (*basic hospital expense*) dan cakupan biaya medis utama (*major medical expense*) dalam satu polis.
- Paket biaya medis utama tambahan (*supplemental major medical plan*) yang dibuat untuk menambah paket yang menyediakan cakupan rawat inap & bedah dasar (*basic hospital-surgical coverage*).

---

<sup>1</sup> Health Insurance Association of America. 1996. *Source Book of Health Insurance Data – 1996*. Washington, DC: Health Insurance Association of America.

<sup>2</sup> *Hospital-surgical insurance*, selain diterjemahkan sebagai asuransi rawat inap & bedah, kadang-kadang bisa juga diterjemahkan sebagai asuransi rumah sakit-bedah, dan pada buku ini untuk selanjutnya akan digunakan dengan istilah asuransi rawat inap & bedah.

<sup>3</sup> Untuk informasi yang lebih lanjut tentang asuransi rawat inap & bedah, lihat Bab 2: Asuransi Rawat Inap & Bedah Perorangan

Bab ini memberikan ikhtisar tentang bagaimana asuransi biaya medis utama kumpulan berjalan, dan membahas metode penggantian biaya, biaya apa saja yang dijamin, serta tentang pengecualian dan pembatasan. Pembahasan akan difokuskan pada asuransi yang disponsori pengusaha/majikan (*employer-sponsored insurance*), karena paket ini merupakan jenis asuransi yang umum ditawarkan. Pembahasan yang lebih rinci akan diuraikan pada bab-bab selanjutnya.

## 1.2. Jaminan yang Disponsori Pengusaha

Asuransi biaya medis utama kumpulan (*group major medical expense insurance*) disediakan oleh berbagai lembaga, antara lain:

- pengusaha tunggal (*single employer*)
- *creditor* atau *credit unions*
- serikat buruh/pekerja (*labor unions*)
- kelompok multi pengusaha (*multiple employer group*)
- asosiasi dagang (*trade association*)
- asosiasi profesi (*professional association*) dan asosiasi perorangan lainnya

Cara yang umum dipakai untuk menawarkan asuransi ini adalah melalui paket asuransi medis utama kumpulan yang disponsori pengusaha tunggal. Tidak ada faktor lain yang lebih mempengaruhi pertumbuhan asuransi yang disponsori perusahaan ini, selain dikarenakan adanya keringanan pajak. Undang-undang pajak pendapatan federal AS menyebutkan bahwa kontribusi perusahaan dalam program-program yang diperuntukkan bagi karyawannya serta tanggungannya adalah sebuah pengeluaran bisnis yang dianggap sebagai pengurang pajak (*tax-deductible*) untuk pengusahanya, serta tidak dikenakan sebagai pajak pendapatan bagi karyawan tersebut. Penambahan jenis manfaat dan peningkatan kontribusi pengusaha dalam asuransi biaya medis kumpulan menjadi cara penerapan pajak paling efisien (*tax-efficient*) untuk memberi kompensasi karyawan.

Bagian kompensasi yang diberikan oleh pengusaha di AS kepada karyawannya dalam bentuk kontribusi asuransi medis meningkat secara drastis dari 1,17% pada tahun 1959 menjadi 8,07% pada tahun 1995, menurut U.S. Department of Commerce, Bureau of Economic Analysis. Bahkan, biaya asuransi kesehatan untuk para karyawan meningkat sekali serta cepat, sehingga pengusaha perlu mencari cara untuk mengurangnya. Fakta ini mengakibatkan berbagai perubahan pada paket medis yang ditawarkan kepada karyawan serta tanggungannya, termasuk dengan pengenalan paket swa-asuransi (*self-insured plan*), adopsi HMO, penambahan kontribusi karyawan, serta perubahan jenis manfaat yang ditawarkan paket yang disponsori pengusaha. Semua perubahan ini bertujuan untuk mengurangi biaya.

Asuransi biaya medis utama kumpulan, umumnya tersedia bagi karyawan, dan pasangan (istri/suami) mereka, anak-anak dengan usia di bawah 19 tahun, dan anak-anak yang masih dalam tanggungan (masih sekolah) yang berusia kurang dari 23 tahun. Beberapa perusahaan secara sukarela memasukkan pasangan dari karyawan yang tidak menikah (*nonmarital partner*) sebagai tertanggung. Pengusaha biasanya membayar sebagian besar biaya asuransi para karyawannya dan kadang-kadang juga membayar sebagian biaya mereka yang menjadi tanggungan karyawannya.

Seringkali asuransi juga disediakan bagi para pensiunan yang memiliki persyaratan usia minimum tertentu, masa bekerja, dan orang-orang yang ditanggungnya. Manfaat penuh

umumnya diberikan sampai usia 65 tahun, saat mereka mulai mendapatkan Medicare. Beberapa pengusaha juga menawarkan pensiunan tersebut Medicare tambahan (Supplemental Medicare, MediGap, MediSup) pada usia 65 tahun ke atas.

Pemerintah federal AS mewajibkan cakupan yang ditawarkan melalui program yang disponsori oleh pengusaha atas dasar non-diskriminasi. Berikut ini merupakan persyaratan non-diskriminasi yang utama, yaitu:

- Paket asuransi yang disediakan juga untuk istri dari pegawai pria, juga harus memasukkan cakupan untuk suami dari pegawai wanita.
- Biaya kehamilan harus dijamin sama halnya seperti untuk penyakit atau kecelakaan.
- Penggunaan umur maksimum untuk menentukan apakah orang itu memenuhi syarat atau tidak dalam paket yang disponsori oleh pengusaha tidak diperbolehkan
- Penyandang cacat tidak boleh dikeluarkan dari cakupan ataupun mendapatkan pembatasan yang membedakan mereka dari karyawan lainnya.
- Paket tidak boleh membatasi eligibilitas (*eligibility*), manfaat (*benefit*), atau premi atas dasar keadaan kesehatan seseorang.
- Pengusaha harus menawarkan karyawan yang akan keluar dari perusahaan, suatu kesempatan untuk memperoleh asuransi, dengan biaya karyawan sendiri, sampai dengan 18 bulan untuk asuransi yang sama atau yang mendekati paket yang disponsori pengusaha dimana mereka diasuransikan. Mereka lainnya yang berhak untuk membeli asuransi seperti itu sampai 36 bulan, adalah mereka yang menjadi tanggungan karyawan, namun tidak dijamin lagi karena sudah tidak memenuhi persyaratan sebagai tanggungan, pasangan dari karyawan yang telah meninggal, atau bekas pasangan karyawan yang telah bercerai.

### 1.3. Metoda Penggantian Biaya

Ada berbagai cara atau metoda pada paket kesehatan utama untuk melakukan penggantian biaya (*reimbursement*) kepada tertanggung. Pada paket asuransi biaya medis utama, hampir semua biaya seringkali diperlakukan sama untuk *deductible*, *coinsurance*, serta maksimum manfaat (*benefit maximum*). Dan pada paket cakupan rawat inap & bedah, setiap jenis biaya cenderung memiliki persentase dan maksimum penggantian yang berbeda.

#### a. Penggantian Biaya pada Paket Komprehensif

Pada paket medis utama komprehensif (*comprehensive major medical plan*), saat tertanggung mengeluarkan biaya kesehatan yang dijamin selama periode tertentu, ia biasanya membayar *deductible* terlebih dahulu. Kemudian barulah paket akan mengganti prosentase tertentu dari biaya sisanya, dan tidak melebihi batasan manfaat maksimum seumur hidup (*lifetime benefit maximum*) yang tertulis dalam polis. (Lihat Table 1.1.)

Tabel 1.1. Penggantian biaya pada paket komprehensif

<b>Pengeluaran yang dijamin 1 tahun kalender</b>	<b>\$15.000</b>
<i>Deductible</i> yang dibayar sendiri	500
Sisa	14.500
Penggantian biaya oleh paket (80%)	11.600
<i>Coinsurance</i> yang dibayar sendiri (20%)	2.900
<hr/>	
Jumlah pembayaran yang dijamin	\$15.000
Jumlah yang dibayar paket	11.600
Jumlah yang dibayar sendiri	3.400 (500 + 2.900)

### b. Penggantian Biaya pada Paket Tambahan

Seperti pada paket komprehensif, tujuan cakupan medis utama tambahan atau suplemen (*supplemental major medical coverage*) adalah menyediakan cakupan yang lebih luas pada pengeluaran biaya medis yang diperlukan, baik untuk di dalam ataupun di luar rumah sakit, bahkan untuk penyakit yang paling katastrofik sekalipun. Biasanya, paket dasar sudah ada ditawarkan oleh pengusaha kepada karyawan, dan baru paket medis utamanya ditambahkan kemudian. Oleh karena upaya membendung atau menahan biaya (*cost containment*) sulit dikoordinasikan antar dua perusahaan asuransi, seringkali perusahaan asuransi menyediakan paket rawat inap & bedah dasar bersama dengan paket medis utama.

Pada program medis utama tambahan, tertanggung pertama-tama akan menerima manfaat yang tersedia dalam paket dasar, dan baru setelah itu ia membayar sendiri *deductible*. Pembayaran *deductible* ini disebut sebagai *corridor deductible*. Dan kemudian tertanggung menerima penggantian biaya melalui paket tambahan (Lihat Tabel 1.2.)

Tabel 1.2. Penggantian biaya pada paket tambahan

<b>Pengeluaran yang dijamin 1 tahun kalender</b>	<b>\$15.000</b>
Dibayar oleh paket dasar	9.000
Sisanya untuk paket medis utama tambahan	6.000
<i>Deductible</i> yang dibayar sendiri	500
Sisa	5.500
Penggantian biaya oleh paket tambahan (80%)	4.400
<i>Coinsurance</i> yang dibayar sendiri (20%)	1.100
<hr/>	
Jumlah pembayaran yang dijamin	\$15.000
Jumlah yang dibayar paket (dasar dan suplemen)	13.400 (9.000 + 4.400)
Jumlah yang dibayar sendiri	1.600 (500 + 1.100)

Pada setiap contoh di muka, biaya yang dikeluarkan tertanggung merupakan jumlah dari *deductible* serta *coinsurance*.

### c. Variasi Metoda Penggantian Biaya

#### *First-Dollar Coverage*

Beberapa paket komprehensif menyediakan *first-dollar coverage* yang berarti, paket tersebut mengganti beberapa pengeluaran, seperti biaya rumah sakit, sampai 100% dijamin sebelum membayar *deductible*. Misalnya, biaya rumah sakit adalah sebesar \$5000 pertama kali akan diganti 100%. Tertanggung kemudian baru membayar *deductible* sebelum paket mengganti sisanya 80%. (Lihat Table 1.3)

Tabel 1.3. Penggantian biaya dengan *first-dollar coverage* pada paket komprehensif

<b>Pengeluaran yang dijamin 1 tahun kalender</b>	<b>\$15.000</b>
Biaya rumah sakit diganti 100%	5.000
Sisa	10.000
<i>Deductible</i> yang dibayar sendiri	500
Sisa	9.500
Penggantian biaya oleh paket tambahan (80%)	7.600
<i>Coinsurance</i> yang dibayar sendiri (20%)	1.900
<hr/>	
Jumlah pembayaran yang dijamin	\$15.000
Jumlah yang dibayar paket	12.600 (5.000 + 7.600)
Jumlah yang dibayar sendiri	2.400 (500 + 1.900)

#### *Integrated Deductible*

Beberapa paket suplemen menyediakan *integrated deductible* yang berarti menjamin bahwa *deductible* tersebut akan sama dengan jumlah yang tertera (\$500 dalam contoh yang digunakan disini), atau jumlah manfaat yang dibayar dalam paket dasar, mana yang lebih besar.

Jika paket rawat inap & bedah dasar membayar jumlah yang sama dengan atau lebih besar dari *deductible*, maka *deductible* akan dianggap lunas. Jika paket rawat inap & bedah dasar tersebut membayar kurang dari jumlah *deductible*, tertanggung harus membayar selisihnya, pada contoh ini \$500, serta jumlah yang dibayar oleh paket dasar.

Dengan paket *integrated deductible*, *deductible* tersebut dapat menjadi lebih tinggi dari pada paket *corridor deductible*. Contoh yang digunakan disini untuk membandingkan kedua paket tersebut adalah \$500. (Lihat Tabel 1.4 dan Tabel 1.5)

Tabel 1.4. Penggantian biaya dengan *integrated deductible* pada paket suplemen (dimana paket dasar membayar lebih dari \$500)

<b>Pengeluaran yang dijamin 1 tahun kalender</b>	<b>\$15.000</b>
Penggantian biaya oleh paket dasar	9.000
Sisa	6.000
<i>Deductible</i> (paket dasar membayar lebih dari \$500)	0
Sisa	6.000
Penggantian biaya oleh paket tambahan (80%)	4.800
<i>Coinsurance</i> yang dibayar sendiri (20%)	1.200
<hr/>	
Jumlah pembayaran yang dijamin	\$15.000
Jumlah yang dibayar paket (dasar dan suplemen)	13.800 (9.000 + 4.800)
Jumlah yang dibayar sendiri	1.200

Tabel 1.5. Penggantian biaya dengan *integrated deductible* pada paket suplemen (dimana paket dasar membayar kurang dari \$500)

<b>Pengeluaran yang dijamin 1 tahun kalender</b>	<b>\$15.000</b>
Penggantian biaya oleh paket dasar	300
Sisa	14.700
<i>Deductible</i> (selisih \$500 dengan dari paket dasar \$300)	200
Sisa	14.500
Penggantian biaya oleh paket tambahan (80%)	11.600
<i>Coinsurance</i> yang dibayar sendiri (20%)	2.900
<hr/>	
Jumlah pembayaran yang dijamin	\$15.000
Jumlah yang dibayar paket (dasar dan suplemen)	11.900 (300 + 11.600)
Jumlah yang dibayar sendiri	3.100 (200 + 2.900)

## 1.4. Ciri-ciri Paket Medis Utama

Ciri-ciri umum dari paket asuransi biaya medis utama adalah *deductible*, *coinsurance*, maksimum manfaat (*benefit maximum*), pengeluaran yang dijamin (*covered charge*), serta pengecualian dan pembatasan (*exclusion and limitation*).

### a. *Deductible*

Tujuan utama *deductible* adalah membatasi penggantian pengeluaran-pengeluaran kecil yang dapat ditanggung sendiri serta membatasi biaya administrasi klaim atas pengeluaran tersebut. Ketika paket asuransi medis yang disponsori pengusaha dikenal masyarakat pada pertengahan 1950-an, *deductible* sebesar \$100 sudah biasa. Tingkat *deductible* ini terus berlanjut dan

seringkali menurun, sampai 1970-an, saat mana banyak perusahaan mulai tertarik dengan biaya paket asuransi medis yang disponsori pengusaha.

Seiring dengan berjalannya waktu, nilai *deductible* mulai berkurang disebabkan oleh berbagai faktor. *Deductible* yang pada tahun 1955 besarnya \$100, kemudian naik bersamaan adanya kenaikan biaya perawatan medis, menjadi \$260 pada tahun 1975, dan menjadi \$1,200 pada tahun 1995. Ada hal-hal lain yang mempengaruhi besarnya *deductible* pada paket yang disponsori pengusaha, termasuk diantaranya adalah persaingan usaha dan kemampuan karyawan untuk membayar. Sudah diketahui bahwa kemampuan karyawan untuk membayar *deductible* tidak cepat bertambah secepat naiknya biaya perawatan medis. Mempertimbangkan kenaikan index harga konsumen (*Consumer Price Index*, CPI) sebagai acuan mengukur kemampuan karyawan untuk membayar, *deductible* yang diperlukan sesuai CPI sebesar \$200 pada tahun 1975, dan \$560 pada tahun 1995.

### *Variasi pada Deductible*

Kebanyakan paket yang disponsori pengusaha menawarkan karyawan berbagai pilihan *deductible*, dengan prosentase pembayaran yang lebih besar ditanggung karyawan, akan mendapatkan *deductible* yang lebih rendah. Dengan cara seperti ini, perusahaan dapat menyediakan sejumlah paket yang memungkinkan karyawan mengambil pilihan yang terbaik bagi kepentingan mereka, dan pada saat yang sama mereka mengetahui jumlah kontribusi yang harus ditanggungnya.

Sebagai contoh, perusahaan mungkin akan membayar seluruh biaya tersebut, jika diambil paket mempunyai *deductible* sebesar \$500, tetapi perusahaan akan memberikan pilihan lain untuk karyawan bisa memilih paket *deductible* \$200, dimana karyawan bersedia membayar biaya tambahan yang diperlukan. Keadaan seperti ini bukan hanya memberikan karyawan pilihan lain yang penting, tetapi juga bisa menunjukkan pengaruh tingkat *deductible* pada biaya asuransi.

*Deductible* yang tinggi tidak lazim pada paket medis utama yang disponsori pengusaha (*employer-sponsored major medical plan*), namun beberapa paket medis utama perorangan (*individual major medical plan*) bisa saja menawarkan *deductible* yang sangat tinggi – \$5,000 bahkan ada yang lebih tinggi lagi – untuk menyediakan cakupan pengeluaran yang benar-benar katastropik, sementara itu membiarkan pengeluaran-pengeluaran yang lebih kecil ditanggung sendiri oleh tertanggung. Jadi, semakin tinggi *deductible* yang dipilih, maka semakin besar pengeluaran tunai yang dilakukan tertanggung, dan semakin rendah premi asuransi.

### *Variasi Penerapan Deductible*

#### *Multiyear deductible.*

Sebagian besar paket medis utama menentukan *deductible* harus dibayar paling tidak sekali setahun, beberapa jenis paket lain, terutama pada paket medis perorangan dengan *deductible* yang tinggi (\$5,000 atau lebih), ada kemungkinan bahwa *deductible* harus dibayar setiap dua atau tiga tahun sekali.

#### *All cause vs. per cause deductible.*

Umumnya semua pengeluaran tanpa memperdulikan faktor penyebab (*all cause*) untuk pertimbangan membayar *deductible*, tapi beberapa paket lain memiliki *deductible* yang terpisah masing-masing untuk setiap penyakit atau kecelakaan, atau per penyebab (*per cause*). Sebagai

contoh, jika tertanggung menderita patah kaki, pada *all cause deductible*, dikenakan *deductible* sekali saja, semua pengeluaran yang dijamin (*covered charges*) yang dikeluarkan sepanjang tahun dapat diganti tanpa memperhatikan penyebabnya, besarnya keparahan, ataupun besarnya biaya. Sedangkan pada *per cause deductible*, setiap *deductible* yang terpisah harus dibayar untuk setiap penyebab.

*All cause deductible* merupakan *deductible* yang paling umum digunakan paket-paket medis utama yang disponsori pengusaha. Tertanggung seringkali terlayani lebih baik dengan paket yang biayanya bisa diperkirakan dan bisa dianggarkan oleh tertanggung, tidak peduli apakah biaya tersebut untuk satu, dua atau beberapa penyakit ataupun kecelakaan.

*Per cause deductible* lebih sulit untuk diterapkan, karena tidak selalu mudah untuk mengetahui suatu pengeluaran dipakai untuk sebab yang mana. Juga, tidak selalu mungkin untuk menentukan apakah pengeluaran itu untuk satu penyakit yang berkepanjangan, atau untuk beberapa penyakit yang berbeda-beda.

#### *Variable or sliding deductible.*

Jenis lainnya dari *deductible* adalah *variable or sliding deductible*. *Deductible* ini diterapkan untuk jenis penyakit atau kecelakaan tertentu salah satu yang lebih besar dari dua hal berikut ini:

- *Deductible* minimum yang tertera di polis, atau
- Jumlah seluruh pembayaran manfaat yang diterima dari paket medis lainnya, untuk pengeluaran medis yang sama dan yang *eligible*.

Umumnya, sebuah polis dengan *variable deductible* memiliki ayat khusus untuk meningkatkan manfaat maksimum untuk penyakit atau kecelakaan, ketika jumlah *deductible* ternyata lebih tinggi dari pada *deductible* minimum. Biasanya, paket-paket kumpulan tidak memiliki *variable deductible*. Jenis *deductible* ini adalah ciri dari paket-paket perorangan yang dapat mengurangi premi asuransi biaya medis utama.

#### *Pengaruh waktu terjadinya pengeluaran pada deductible.*

Beberapa paket memodifikasi pengaruh *deductible* dengan membolehkan pengeluaran yang terjadi selama tiga bulan terakhir pada tahun berjalan untuk membayar *deductible* untuk tahun tersebut, serta untuk menjamin *deductible* tahun berikutnya. Menurut aturan ini, waktu saat pengeluaran terjadi dapat mempengaruhi jumlah yang penggantian biaya dalam paket yang memerlukan suatu *deductible* setiap tahunnya.

Contoh Tabel 1.6 tentang tertanggung A dan tertanggung B menggambarkan bagaimana waktu saat pengeluaran terjadi mempengaruhi jumlah *deductible* yang dibayar tertanggung.

Jika *deductible* untuk setiap tahun adalah \$200, tertanggung A akan membayar *deductible* sebesar \$200 dan paket akan mengganti 80% dari \$400 sisanya, atau membayar manfaat sebesar \$320. Tertanggung B harus membayar \$200 setiap tahunnya, dan akan menerima 80% dari \$100 yang tersisa pada setiap tahunnya, atau sebesar \$160.

Akan tetapi apabila paket yang diambil tertanggung B memiliki ketentuan *three-month carryover*, \$200 yang telah dibayar selama tiga bulan terakhir pada tahun yang pertama bisa dipakai untuk membayar *deductible* pada tahun berikutnya. Jadi tertanggung cukup membayar *deductible* sebesar \$200 dan menerima manfaat sebesar \$320 dari paket tersebut.

Tabel 1.6. Pengaruh dari waktu timbulnya pengeluaran terhadap *deductible*

Tertanggung A			Tertanggung B	
Bulan	Pengeluaran yang dijamin		Bulan	Pengeluaran yang dijamin
			Oct	\$100
			Nov	100
			Des	100
Jan	\$100		Jan	100
Feb	100		Feb	100
Mar	100		Mar	100
Apr	100			
May	100			
Jun	100			

### *Common accident provisions.*

Cara penerapan *deductible* lainnya, adalah melalui ketentuan kecelakaan yang umum (*common accident provision*). Dalam ketentuan ini, jika dua atau lebih anggota tertanggung dari keluarga yang sama mengajukan pengeluaran atas luka-luka yang disebabkan oleh kecelakaan yang sama, maka hanya satu *deductible* yang diterapkan.

### *Jumlah deductible maksimum per keluarga.*

Beberapa paket mengurangi pengaruh *deductible* pada sebuah keluarga dengan menerapkan jumlah *deductibles* maksimum – umumnya dua atau tiga – yang terjadi pada anggota tertanggung dari keluarga yang sama sepanjang tahun. Pendekatan *deductible* keluarga (*family deductible*) semakin umum dalam paket yang disponsori pengusaha, maka pendekatan-pendekatan *carry-over* dan *common accident* kurang diminati.

## **b. Coinsurance**

Kebanyakan paket biaya medis kumpulan hanya mengganti sebagian dari pengeluaran yang dijamin, dengan sisanya berupa persentase (*coinsurance*) dibayar sendiri oleh tertanggung. Persentase penggantian yang paling umum dipakai paket medis utama yang disponsori pengusaha adalah 80%, dengan tertanggung membayar sisanya 20% sebagai *coinsurance*.

Ada dua mekanisme mengapa penggunaan persentase penggantian biaya bisa mengurangi biaya paket bagi penanggung.

- Pertama, adalah bahwa lebih murah bagi penanggung untuk membayar 80% dari pada membayar biaya keseluruhan.
- Kedua, *coinsurance* mempromosikan membendung atau menahan biaya (*cost containment*), karena bila tertanggung menanggung sebagian biaya perawatan, maka ia akan memperhitungkan besarnya biaya yang dikeluarkan ketika memutuskan untuk mendapatkan perawatan, jenis perawatannya, serta seberapa pentingnya perawatan tersebut.

## Maximum Coinsurance

Untuk perawatan yang sangat mahal, jumlah uang yang dibayar untuk *coinsurance* mungkin menjadi beban bagi banyak orang. Sebagai contoh, jika seseorang membayar pengeluaran yang dijamin sebesar \$150,000 setahun, 20% dari jumlah tersebut – yakni \$30,000 – merupakan jumlah yang sulit dibayar. Sehingga, perusahaan asuransi membuat sebuah ketentuan yang membatasi besarnya *coinsurance* untuk perorangan.

Misalnya, paket tersebut menyebutkan bahwa ketika tertanggung telah mengeluarkan \$2,000 untuk *coinsurance* dalam satu tahun kalender, paket tersebut akan mengganti 100% dari pengeluaran yang dijamin selanjutnya selama tahun tersebut. Beberapa paket lain menggunakan *coinsurance* maksimum (*maximum coinsurance*) untuk sebuah keluarga, yang besarnya mungkin dua kali dari jumlah untuk perorangan, atau yang pada contoh sebelumnya akan menjadi \$4,000. Pada paket-paket seperti itu, setelah *coinsurance* dipenuhi atas nama seluruh anggota keluarga tertanggung dalam tahun tersebut, paket akan mengganti 100% seluruh pengeluaran yang terjadi selanjutnya bagi seluruh anggota keluarga tertanggung selama tahun kalender tersebut.

Beberapa paket memiliki jumlah maksimum untuk pengeluaran yang harus dibayar sendiri. Jumlah ini meliputi *deductible* dan *coinsurance*. Ketika jumlah total *deductible* dan *coinsurance* mencapai jumlah tertentu, misalnya \$2,000 per orang atau \$4,000 per keluarga, paket tersebut akan mengganti 100% pengeluaran yang dijamin selanjutnya selama sisa waktu dari tahun tersebut.

## Peranan deductible dan coinsurance dalam manajemen biaya

Penanggung menggunakan *deductible* dan *coinsurance* untuk membantu mempengaruhi perilaku tertanggung saat mengambil keputusan untuk memilih manfaat dan dalam menggunakan fasilitas perawatan yang tersedia. Pendekatan ini sangat penting dalam paket-paket yang disponsori pengusaha.

HMO tidak membutuhkan sebuah *deductible* atau *coinsurance* untuk memberikan perawatan medis dalam paketnya, dan dewasa ini, program-program medis utama yang disponsori pengusaha telah menggunakan *deductible* serta *coinsurance* yang lebih kecil pada beberapa paket tertentu. Pada pengaturan semacam itu, para karyawan dapat memilih sendiri *provider* pelayanan dan membayar *deductible* dan *coinsurance* standar, atau mereka dapat menerima *provider* pelayanan yang ditunjuk oleh paket serta membayar *deductible* dan *coinsurance* yang lebih kecil atau tidak sama sekali. Biaya untuk penanggung dan tertanggung akan lebih rendah jika tertanggung menerima *provider* pelayanan yang ditunjuk.

Cara lain adalah dengan membebaskan *deductible* dan *coinsurance* bila tertanggung mencari pelayanan tertentu atau yang lebih efektif biaya, seperti:

- *second surgical opinion* (opini kedua untuk pembedahan)
- *prehospital-admission testing* (pemeriksaan pre-admisi rawat inap)
- *use of ambulatory surgical centers* (penggunaan sarana pembedahan rawat jalan)

Manajemen biaya juga dapat dilakukan dengan mendorong karyawan untuk memilih *deductible* serta *coinsurance* maksimum yang lebih tinggi. Pada pengaturan semacam itu, pengusaha dapat membayar keseluruhan premi untuk karyawan yang memilih paket kesehatan utama dengan *deductible* sebesar \$500 dan *coinsurance* maksimum sebesar \$2,000, atau meminta kontribusi

yang cukup besar dari karyawan yang memilih paket dengan *deductible* sebesar \$200 serta *coinsurance* maksimum sebesar \$1,000.

Pada setiap dari contoh di atas, digunakan insentif yang menarik karyawan untuk memilih manfaat yang lebih *cost-effective* atau mengurangi biaya penyediaan paket medis utama yang disponsori pengusaha.

### **c. Maksimum Manfaat**

Paket medis utama yang disponsori pengusaha pada pertengahan 1950-an memberikan maksimum manfaat (*benefit maximum*) sebesar \$5,000 atau bahkan sebesar \$10,000 seumur hidup. Oleh karena adanya peningkatan biaya perawatan medis dan adanya prosedur yang baru serta lebih canggih, maksimum manfaat menjadi lebih tinggi. Maksimum manfaat seumur hidup sebesar \$1 juta cukup lazim, bahkan beberapa paket sama sekali tidak memiliki maksimum manfaat. Walaupun jarang ada yang memerlukan maksimum manfaat lebih dari \$1 juta, ada saja beberapa orang yang memiliki pengeluaran melebihi jumlah tersebut.

Seperti dengan *deductible*, maksimum manfaat dapat saja diterapkan berdasarkan pendekatan *all cause* atau *per cause*. Pendekatan *all cause* lebih sering terdapat pada paket yang disponsori pengusaha, yang mana semua manfaat masuk dalam maksimum manfaat. Dengan maksimum manfaat *per cause*, maksimum manfaat berlaku terpisah sendiri-sendiri untuk setiap penyebab yang tertera pada polis.

### **d. Pengeluaran yang dijamin**

*Charges*, *services*, serta *expenses* merupakan tiga istilah yang saling berhubungan dan dipakai oleh industri asuransi.

- istilah *charges* dipakai ketika membicarakan jumlah uang, atau *fee*.
- istilah *services* dipakai ketika menjelaskan secara umum tentang apa saja yang dilakukan.
- istilah *expenses* dipakai ketika membicarakan kategori tagihan atau pengeluaran yang dijamin atau tidak dijamin.

Seringkali istilah-istilah tersebut dipakai bergantian saat membahas manfaat yang dijamin.

Paket medis utama yang disponsori pengusaha dirancang untuk mencakup banyak pelayanan yang disediakan baik di dalam maupun di luar rumah sakit. Batas internal (*internal limit*) untuk pelayanan seperti itu pada paket medis utama cenderung lebih bebas, bila dibandingkan dengan paket rawat inap & bedah dasar. Adanya peraturan pemerintah federal AS yang mempengaruhi paket medis utama, ada beberapa jaminan tambahan atau suplemen yang mungkin tidak diberikan pada asuransi rawat inap & bedah dasar perorangan.

Pengeluaran yang biasanya dijamin oleh program asuransi medis utama yang disponsori pengusaha merupakan pengeluaran yang:

- wajar dan biasa (*reasonable and customary*, R&C);
- disebabkan oleh karena sakit, kecelakaan, atau kehamilan; dan atau
- dianjurkan oleh dokter.

Sebagian besar paket asuransi medis utama yang disponsori pengusaha, tidak ada batasan untuk biaya kamar perawatan selama tinggal di rumah sakit. Jika kamar yang dipakai adalah kamar

semi-privat (*semi-private room*),<sup>4</sup> semua pengeluaran akan diganti; dan jika kamar yang dipakai adalah privat (*private room*), biaya yang diganti tetap sama dengan harga biaya kamar semiprivat. Tetapi, jika sebuah kamar privat harus dipakai, maksudnya jika penyakit itu sangat menular, barulah biaya keseluruhan diganti. Umumnya biaya perawatan intensif juga termasuk sebagai biaya yang diganti seluruhnya.

Kebanyakan program yang disponsori oleh pengusaha juga menjamin pelayanan alternatif selain perawatan rumah sakit. Beberapa diantaranya adalah pelayanan pusat bedah rawat jalan (*ambulatory surgical center*), perawatan terbatas di fasilitas perawatan terlatih (*skilled nursing facility, SNF*), atau perawatan di rumah oleh agen perawatan kesehatan berlisensi (*licensed home health care agency*) asalkan perawatannya memang diperlukan, bersifat medis dan bukan bersifat asuhan (*custodial*).

Daftar pelayanan yang dijamin cukup komprehensif. Berikut ini adalah kategori-kategori utama pelayanan tersebut:

- jasa profesional dokter dari berbagai bidang;
- jasa perawatan dari perawat terdaftar (*registered nurse*), atau pada beberapa hal tertentu perawat praktek berlisensi (*licensed practical nurse*);
- fisioterapi;
- anestesi dan administrasinya;
- prosedur radiologi dan laboratorium;
- pengobatan sinar-X atau radium;
- skrining mamografi (*mammography screening*);
- penggunaan oksigen dan gas-gas obat dan pengobatan lainnya, beserta administrasinya;
- transfusi darah, termasuk harga darah (jika tidak disediakan atau diganti oleh donor darah);
- obat-obatan yang memerlukan resep dokter;
- penggunaan ambulan local;
- penyewaan peralatan medis untuk terapi;
- kaki palsu atau alat prostetik/prostesa lain, tetapi penggantian alat-alat semacam itu tidak dijamin;
- gips, bidai, gulungan, kawat gigi, dan tongkat (*casts, splints, trusses, braces, and crutches*); dan
- penyewaan kursi roda atau tempat tidur tipe rumah sakit.

Kebanyakan paket yang disponsori pengusaha tidak menggunakan daftar harga untuk mengetahui jumlah tagihan dokter, tetapi lebih sering menggunakan tagihan yang wajar dan biasa (R&C). Tagihan R&C ditentukan oleh perusahaan asuransi itu sendiri berdasarkan tarif yang umum berlaku di daerah itu. Tagihan ini bisa bervariasi dari satu daerah ke daerah yang lain. Oleh karena itu, penerapan tagihan R&C, berbeda dengan tagihan yang tetap (*fixed-dollar amounts*), akan lebih efektif pada paket yang disponsori pengusaha yang karyawannya tersebar di seluruh wilayah.

---

<sup>4</sup> Di AS lazimnya kelas kamar di rumah sakit ada dua kelas, yaitu *private room* dan *semi-private room*, dimana *semi-private room* dijadikan standar cakupan manfaat yang diberikan asuransi kesehatan. Sedangkan di Indonesia, umumnya kita mengenal kelas kamar di rumah sakit yang lebih beragam, seperti kelas VIP, kelas I, kelas II dan kelas III.

## 1.5. Pengecualian dan Pembatasan

Meskipun asuransi medis utama kumpulan menjamin berbagai tagihan, ada pengeluaran tertentu yang tidak termasuk atau dikecualikan dan dibatasi. Pembahasan yang lebih lengkap tentang pengecualian dan pembatasan (*exclusion and limitation*) serta hubungannya dengan asuransi rawat inap & bedah dasar dapat ditemui pada bab berikutnya. Pengecualian dan pembatasan yang hanya mempengaruhi paket asuransi medis utama yang disponsori pengusaha dibahas di bawah ini.

Secara umum, pengecualian dan pembatasan dirancang untuk alasan-alasan berikut:

- Untuk menghindari kemungkinan tertanggung menerima penggantian dua kali untuk pengeluaran yang sama, atau mengambil keuntungan dari asuransinya.;
- Untuk menghindari penggantian pengeluaran yang tidak mungkin timbul bila tidak ada asuransi;
- Untuk memperjelas pelayanan medis yang memang benar-benar diperlukan; serta
- Untuk menghilangkan atau membatasi penggantian pengeluaran yang sulit ditaksir harganya atau biaya yang dapat berpengaruh buruk kepada paket.

### a. Tidak ada pembayaran ganda (*No double payment*)

Untuk menghindari seseorang diganti dua kali, pengeluaran berikut dapat dikecualikan atau dibatasi:

- pengeluaran untuk perawatan yang diterima dari pemerintah, atau dari badan pemerintah mana saja, kecuali jika tertanggung diharuskan membayar;
- pengeluaran untuk penyakit atau kecelakaan kerja yang diganti oleh undang-undang kecelakaan kerja atau peraturan lain yang sejenis; serta
- pengeluaran untuk manfaat yang dapat dibayar oleh paket asuransi lainnya.<sup>5</sup>

Beberapa paket menggunakan pasal subrogasi (*subrogation clause*), yang memungkinkan perusahaan asuransi untuk mendapatkan uangnya kembali jika tertanggung menerima uang ganti rugi untuk pengeluaran yang sama dari pihak ketiga. Sebagai contoh, seseorang tertanggung terpaksa mengeluarkan biaya karena mengalami kecelakaan kendaraan bermotor. Tagihan itu seharusnya dibayar oleh paket asuransi medis utama yang disponsori pengusaha, tetapi jika tertanggung menerima penggantian untuk pengeluaran yang sama dengan yang disediakan oleh asuransi kendaraan bermotor, perusahaan asuransi yang menyediakan paket asuransi yang disponsori pengusaha akan dikembalikan uangnya, hanya jika paket tersebut memasukkan pasal subrogasi.

### b. Pengecualian umum (*Common exclusion*)

Penjelasan lebih lanjut tentang apa saja yang dikecualikan dalam pengobatan dan perawatan medis yang dibutuhkan, umumnya polis mengecualikan penggantian hal-hal tertentu, sebagai berikut:

- bedah kosmetik
- pengobatan eksperimental

---

<sup>5</sup> Untuk informasi lebih lanjut tentang ketentuan koordinasi manfaat, lihat Bab 5: Ketentuan Kontrak Biaya Medis

- perawatan asuhan (*custodial care*)
- pemeriksaan fisik berkala
- suntikan flu dan vaksin lainnya
- pengobatan dan perawatan gigi (kecuali untuk kerusakan yang terjadi karena kecelakaan)
- refraksi mata serta kacamata;
- biaya transportasi, kecuali ambulan lokal ke rumah sakit terdekat

Selain itu, umumnya paket mengecualikan kecelakaan atau penyakit yang disengaja serta penyakit atau luka yang terjadi selama masa dinas militer dan/atau yang terjadi karena perang, baik perang yang diumumkan maupun yang tidak.

Biaya yang timbul karena kondisi yang telah ada sebelumnya (*pre-existing condition*), seringkali dikecualikan. Peraturan federal AS melarang paket asuransi medis kumpulan untuk mengecualikan cakupan untuk kondisi yang sudah ada sebelumnya selama lebih dari satu tahun (18 bulan bagi peserta yang terlambat mendaftar), atau yang melihat kembali kejadian lebih dari enam bulan lalu. Ini berarti, bahwa pada tahun pertama seseorang yang dijamin pada asuransi yang disponsori pengusaha, paket tersebut dapat mengecualikan tagihan yang terjadi pada orang tersebut untuk penyakit atau kecelakaan yang didiagnosis atau dirawat hanya selama enam bulan sebelum yang bersangkutan mendaftar.

### ***c. Pembatasan umum (Common limitation)***

Pengeluaran atau tagihan untuk perawatan, dan untuk kondisi tertentu, dibatasi pada banyak paket. Di bawah ini adalah beberapa jenis perawatan yang disertai dengan pembatasan-pembatasan tersebut.

- Manfaat untuk gangguan syaraf dan mental, serta ketergantungan pada alkohol atau obat bius umumnya dibatasi. Cara-cara yang biasanya dipakai antara lain, memberikan manfaat seumur hidup yang lebih rendah, misalnya \$50,000; membatasi jumlah kunjungan pasien rawat jalan setiap tahunnya untuk gangguan syaraf dan mental, dan/atau membatasi jumlah hari setiap tahun atau selama hidup untuk perawatan di fasilitas khusus. Pembatasan dapat terpisah sendiri-sendiri untuk setiap jenis gangguan, atau hanya satu pembatasan untuk seluruhnya. Health Insurance Portability and Accountability Act<sup>6</sup> tahun 1996 melarang paket yang disponsori oleh pengusaha besar untuk menetapkan pembatas terpisah sendiri-sendiri baik tahunan atau seumur hidup yang lebih rendah nilainya dari polis cakupan kesehatan jiwa (*mental health coverage*).
- Manfaat untuk pengobatan gangguan ulang kepala dan rahang tertentu, seperti gangguan sendi temporomandibular, seringkali dibatasi hingga jumlah tertentu per tahunnya. Oleh karena beberapa paket perawatan gigi kumpulan menyediakan manfaat untuk prosedur tersebut, maka dibuatlah peraturan agar tidak terjadi duplikasi jaminan atau cakupan.
- Manfaat untuk pelayanan yang mendeteksi dan memperbaiki distorsi tubuh dan untuk menyediakan manipulasi tubuh serta subluksasi tulang punggung umumnya dibatasi jumlahnya per tahun kalender.

---

<sup>6</sup> Health Insurance Portability and Accountability Act tahun 1996 adalah merupakan Undang-Undang tentang Portabilitas dan Akuntabilitas Asuransi Kesehatan (HIPAA) disahkan 21 Agustus 1996 oleh Congress AS. Bagian I dari HIPAA melindungi cakupan asuransi kesehatan untuk karyawan/pekerja dan keluarga mereka ketika mereka pindah atau kehilangan pekerjaan.

Tagihan apa saja yang dijamin dan yang tidak dicakup bervariasi dari satu polis ke polis lainnya, tergantung dari pengusahanya, dan dari persyaratan pemerintah negara bagian AS. Peraturan pemerintah negara bagian tentang asuransi berkembang menjadi suatu persyaratan sampai ke *provider* kesehatan yang harus dicakup, serta tingkat manfaat minimum yang harus diberikan untuk penyakit tertentu. Variasi persyaratan tertentu dari satu negara bagian dengan yang lainnya sangat beragam, sehingga bisa menaikkan harga paket pengusaha secara signifikan. Variasi-variasi ini dapat lebih parah, jika pengusaha itu memiliki cabang perusahaan di seluruh negeri.

## 1.6. Ringkasan

Asuransi biaya medis kumpulan mencakup pelayanan medis yang cukup luas baik itu di luar maupun di dalam rumah sakit. Asuransi ini dirancang untuk melindungi tertanggung atas kasus-kasus penyakit atau kecelakaan, yang serius dan mahal. Asuransi biaya medis utama kumpulan umumnya ditawarkan dalam bentuk paket yang disponsori pengusaha untuk semua karyawannya yang memenuhi syarat, beserta keluarganya. Ada banyak cara para penanggung mengganti tertanggung atas biaya medis yang dikeluarkan; umumnya paket memasukkan *deductible* dan beberapa tingkat *coinsurance*. *Deductible* dan *coinsurance* bisa membantu membendung atau menahan pengeluaran pelayanan kesehatan, karena cara ini bisa mempengaruhi perilaku tertanggung dalam menggunakan pelayanan yang dicakup atau dijamin.

## 1.7. Istilah Kunci

*All cause* – Semua penyebab

*Benefit maximum* – Maksimum manfaat

*Coinsurance* – Koasuransi

*Coinsurance maximum* – Maksimum koasuransi

*Common accident provision* – Ketentuan kecelakaan pada umumnya

*Comprehensive* – Komprehensif, lengkap

*Covered expenses* – Biaya yang dicakup, diganti atau dijamin

*Deductible* – Deductible, pengurang

*Deductible maximum* – Deductible maksimum

*Employer contributions* – Kontribusi pengusaha (majikan)

*Exclusions and limitations* – Pengecualian dan pembatasan

*First-dollar coverage* – Cakupan mulai biaya (dollar) pertama, cakupan tanpa deductible

*Group major medical expense insurance* – Asuransi biaya medis utama kumpulan

*Individual basic hospital-surgical insurance* – Asuransi rawat inap & bedah dasar perorangan

*Integrated deductible* – Deductible terpadu

*Nondiscrimination* – Non diskriminasi

*Per cause* – Per penyebab, setiap penyebab

*Reasonable and customary (R&C)* – Wajar dan biasa

*Reimbursement percentages – Prosentase ganti rugi*

*Subrogation clause – Pasal atau klausula subrogasi*

*Supplemental – Suplemen, tambahan*

*Tax-favored treatment – Perlakuan keringanan pajak*

*Three-month carryover provision – Ketentuan carry over (terbawa dari tahun lalu) tiga bulan*

## Bab 2 – Asuransi Rawat Inap & Bedah Perorangan

*Pendahuluan*

*Penetapan Biaya yang Ditanggung dan Pembayaran Manfaat*

*Pengeluaran yang Dikecualikan dan yang Dibatasi*

*Ringkasan*

*Istilah kunci*

### 2.1. Pendahuluan

Banyak orang yang tidak memenuhi syarat (*not eligible*) untuk paket asuransi medis kumpulan, disebabkan mereka merupakan pekerja mandiri, bekerja di sebuah usaha kecil yang tidak menawarkan cakupan paket asuransi kumpulan, atau sedang dalam masa pindah pekerjaan, ataupun kehilangan cakupan asuransi medis kumpulan. Maka cakupan biaya medis perorangan dipasarkan bagi mereka, untuk proteksi perlindungan terhadap beban yang besar sebagai akibat dari tidak dimilikinya atau kurangnya cakupan asuransi kesehatan.

Asuransi biaya medis perorangan di Indonesia hanya disediakan oleh beberapa perusahaan asuransi, berbeda dengan asuransi biaya medis kumpulan yang disediakan oleh lebih dari 45 perusahaan.

Asuransi rawat inap & bedah perorangan (*individual hospital-surgical insurance*), dirancang untuk menanggung biaya besar yang dikeluarkan untuk biaya rumah sakit, biaya bedah, biaya dokter, dan biaya berbagai layanan rawat jalan. Polis ini cenderung agak ketat dalam hal jenis biaya yang dicakup atau dijamin dibandingkan dengan polis asuransi biaya kesehatan utama kumpulan (*group major medical expense insurance*), dan manfaatnya cenderung menjadikan tertanggung untuk lebih banyak menanggung biaya. Selain itu, jumlah manfaat yang bisa dibayar untuk setiap penyakit atau selama satu periode, cenderung lebih rendah dari pada yang tersedia di cakupan kumpulan.

Cakupan rawat inap & bedah perorangan dijual melalui perusahaan asuransi swasta. Polisnya bermacam-macam, tergantung jumlah cakupan yang diinginkan. Kebanyakan polis rawat inap & bedah perorangan diberikan kepada individu, yang disebut pemegang polis. Orang tersebut dapat memilih untuk memasukkan pasangan dan anak-anaknya untuk dicantumkan juga pada polis tersebut. Manfaatnya berlaku untuk mereka yang tercakup dengan cara dan jumlah yang sama, kecuali apabila ditentukan lain.

Program asuransi kesehatan perorangan yang banyak ditawarkan oleh perusahaan asuransi di Indonesia, adalah asuransi kesehatan suplemen yaitu *hospital indemnity insurance (hospital cash plan)* baik sebagai produk *rider* (suplemen, tambahan atau tumpangan), maupun produk *stand-alone* (berdiri sendiri). Sedangkan paket cakupan rawat inap & bedah perorangan hanya ditawarkan oleh beberapa perusahaan asuransi saja.

Bab ini membahas tentang biaya dasar yang dijamin atau ditanggung dalam polis asuransi rawat inap & bedah perorangan; tentang hal-hal yang dikecualikan dari cakupan, maupun ditawarkan dengan batasan tertentu. Bab ini juga menjelaskan bagaimana manfaat ditentukan pada cakupan yang berbeda-beda.

## 2.2. Penetapan Biaya yang Ditanggung dan Pembayaran Manfaat

Polis rawat inap & bedah perorangan cenderung mencakup berbagai kelas atau jenis biaya yang berbeda. Berikut ini adalah uraian berbagai biaya, dan bagaimana biasanya polis mengganti masing-masing kelas biaya.

### a. Kamar dan Makan Harian / Perawatan Intensif

Kebanyakan polis rawat inap & bedah perorangan mengandung manfaat yang terpisah untuk biaya kamar dan makan harian (*daily room and board*). Manfaat polis untuk biaya kamar dan makan biasanya dinyatakan sebagai manfaat biaya tetap yang dibayar per hari bagi tertanggung yang terbatas sebagai pasien rawat inap, akan tetapi tidak melebihi jumlah yang dibebankan oleh rumah sakit. Namun, beberapa polis dibayar sampai dengan tarif kamar semi-privat (*semi private room*) adalah yang paling umum dibebankan pada fasilitas tersebut.

Perusahaan asuransi biasanya menawarkan calon tertanggung kesempatan untuk memilih manfaat rumah sakit sendiri, maksimal harian dalam kisaran tertentu – misalnya, \$50 sampai \$500 per hari – untuk mencerminkan keragaman biaya berbagai daerah dan untuk memenuhi berbagai kebutuhan perorangan. Semakin tinggi jumlah maksimum harian, semakin tinggi pula preminya.

Tabel 2.1 menggambarkan perbedaan pembayaran manfaat untuk biaya kamar dan makan harian yang disebabkan pilihan maksimum manfaat harian rumah sakit yang lebih tinggi, atau lebih rendah. Dalam contoh pertama, tertanggung memilih manfaat harian \$150, di contoh kedua, manfaat \$300 yang dipilih.

Tabel 2.1. Biaya kamar dan makan untuk inap 5 hari \$350 per hari: \$1.750

Manfaat Harian	Pembayaran Manfaat
\$150	\$ 750
\$300	\$1.500

Tertanggung perlu mempertimbangkan premi yang lebih murah, yang diwujudkan dengan manfaat polis yang lebih rendah terhadap risiko terjadinya biaya rawat inap yang dapat mengakibatkan beban biaya sendiri (*out of pocket expenses*) lebih tinggi untuk biaya kamar dan makan. Hal ini berguna untuk tertanggung untuk mengetahui kisaran biaya di daerah dimana mereka tinggal, sebelum memilih manfaat kamar dan makan.

Biaya rumah sakit untuk ruang perawatan intensif (*intensive care, ICU*), perawatan kritis (*critical care*), dan perawatan jantung (*cardiac care, ICCU*) secara substansial lebih tinggi dari pada ruang perawatan standar. Untuk alasan ini, banyak polis rawat inap-& bedah perorangan memberikan manfaat harian yang lebih tinggi untuk perawatan yang diterima dalam pengaturan ini. Seringkali, manfaat tambahan dinyatakan sebagai kelipatan dari manfaat harian standar (biasanya 1,5 atau 2 kali dari manfaat standar). Misalnya, dengan polis yang memberikan manfaat 2 kali untuk perawatan intensif, tertanggung dengan harian maksimum \$300 akan menerima manfaat sebesar \$600 per hari, untuk biaya yang timbul \$630 per hari, untuk

perawatan di unit perawatan intensif (ICU). Fitur ini sudah banyak diterapkan pada polis rawat inap- & bedah perorangan di Indonesia.

Pelayanan keperawatan (*nursing care*) biasanya dianggap sebagai komponen biaya kamar dan makan rumah sakit. Namun, beberapa rumah sakit, menagih secara terpisah untuk biaya rutin keperawatan bagi rawat inap. Jika ditagih terpisah dibuat untuk perawatan rutin, biaya ini ditambahkan ke biaya kamar dan makan, dan jumlahnya dianggap termasuk dalam manfaat harian rumah sakit.

Banyak polis rawat inap & bedah perorangan mencantumkan masa manfaat maksimum untuk sekali rawat inap. Hal ini dinyatakan sebagai jumlah maksimum hari, antara 30 sampai 365 hari. Biasanya, rawat inap yang kedua untuk kondisi yang sama, tetapi tidak dipisahkan oleh jangka waktu beberapa bulan tertentu dianggap sebagai rawat inap yang sama.

Sebagai contoh, polis menyediakan masa manfaat maksimum 60 hari. Selain itu, dalam definisi periode rawat inap rumah sakit, polis menyatakan bahwa setiap rawat inap berikutnya untuk kondisi yang sama, tidak dipisahkan oleh jangka waktu lebih dari 30 hari, dianggap sebagai kasus rawat inap yang sama. Jika bertanggung dirawat inap untuk kondisi tertentu selama 45 hari, dipulangkan, dan berikutnya kembali dirawat inap untuk kondisi yang sama dua minggu kemudian, maka kedua rawat inap tersebut dianggap sebagai satu kasus rawat inap. Oleh karenanya bertanggung hanya memiliki 15 hari yang tersisa dari manfaat harian maksimum untuk rawat inap tersebut.

### ***b. Manfaat biaya rumah sakit lainnya***

Manfaat aneka biaya rumah sakit lainnya (*miscellaneous hospital expense benefit*) dirancang untuk menyediakan cakupan biaya tambahan rawat inap yang dianggap tidak termasuk dalam manfaat kamar dan makan harian. Contoh biaya lainnya yang tercakup dalam manfaat ini adalah:

- obat-obatan (*medications*);
- peralatan medis (*medical supplies*);
- jasa pemeriksaan radiologi (*radiology services*);
- jasa pemeriksaan laboratorium dan patologis (*laboratory and pathology services*);
- biaya ruang operasi (*operating room fees*);
- peralatan bedah (*surgical supplies*), dan
- biaya penggunaan peralatan (*equipment usage fees*).

Selain itu, komponen jasa dokter profesional untuk pelayanan yang diberikan kepada pasien rawat inap dicakup dalam manfaat ini. Contohnya termasuk pengobatan yang dilakukan oleh dokter di ruang gawat darurat sebelum masuk rumah sakit, biaya ahli patologi rumah sakit dan ahli radiologi untuk menyimpulkan hasil pemeriksaan, dan biaya untuk transportasi ambulan rumah sakit.

Ada beberapa cara dimana polis rawat inap & bedah perorangan menyatakan bahwa jumlah maksimum dibayar berdasarkan manfaat biaya rumah sakit lainnya. Pada beberapa kasus, polis membayar dalam bentuk persentase tertentu dari biaya yang timbul – misalnya 80%. Polis lain menentukan jumlah uang tertentu yang dapat dibayar (*flat dollar amount payable*). Ini dapat menyatakan, baik sebagai jumlah tertentu yang dibayar untuk seluruh persalinan, maupun untuk beberapa manfaat harian rumah sakit misalnya, 20 kali manfaat harian rumah sakit. Tabel 2.2 melukiskan tingkat manfaat yang diberikan tiga polis dengan ketentuan yang berbeda.

Tabel 2.2. Biaya rumah sakit lainnya yang timbul untuk rawat inap 5 hari: \$6.148,55

Polis membayar 80% dari pengeluaran	Polis membayar pengeluaran sampai \$10,000 per kali perawatan	Polis membayar sampai 15 kali biaya kamar harian sebesar \$300 per hari
Pembayaran = \$4,918.84 (\$6,148.55 x 80%)	Pembayaran = \$6,148.55	Pembayaran = \$4,500.00 (\$300 x 15)

Selain menutup biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan rawat inap di rumah sakit, manfaat aneka biaya rumah sakit lainnya sering menyediakan cakupan untuk pengobatan rawat jalan terbatas dan spesifik di rumah sakit. Pembayaran untuk layanan semacam ini berdasarkan ketentuan yang sama bagi kasus rawat inap atau rawat jalan sesuai metode pembayaran yang ditentukan dalam polis.

Biaya rawat jalan yang biasanya termasuk dalam ketentuan ini adalah:

- yang terjadi pada hari yang sama sebagai prosedur bedah rawat jalan (*outpatient surgical procedure*);
- sebagai hasil pengujian sebelum rawat inap (*preadmission testing*), biasanya terbatas pada tes/pemeriksaan penunjang dilakukan dalam waktu 7 sampai 14 hari sebelum masuk rumah sakit;
- akibat dari kemoterapi, terapi radiasi, dan terapi kanker lain yang serupa;
- dalam jumlah jam tertentu setelah cedera disengaja (biasanya 48 sampai 72 jam), dan
- untuk tes diagnostik seperti tes laboratorium, sinar-X, atau EKG (elektro kardiografi).

Sementara manfaat aneka biaya rumah sakit lainnya termasuk dalam kebanyakan polis asuransi rawat inap & bedah perorangan, beberapa polis hanya menawarkan cakupan ini secara opsional/pilihan dengan premi tambahan. Beberapa paket juga menawarkan perluasan manfaat melalui penambahan *rider* pada polis.

Polis rawat inap & bedah di Indonesia jarang menerapkan fitur *deductible* dan *coinsurance* (80%), kebanyakan menjamin 100% (*first dollar coverage*) yang sebenarnya bisa membantu mengendalikan biaya serta mengurangi harga premi (*premium rate*).

### c. Rawat Jalan, Diagnostik, Pra pembedahan dan Pemeriksaan Laboratorium

Selain cakupan rawat jalan rumah sakit yang disediakan oleh biaya aneka perawatan rumah sakit lainnya, banyak polis rawat inap & bedah perorangan menyediakan setidaknya cakupan minimum dan terbatas untuk pemeriksaan/tes khusus rawat jalan diidentifikasi dengan dilakukan dalam pengaturan lain. Ketentuan ini dimaksudkan agar polis mendorong tertanggung untuk menggunakan fasilitas rawat jalan yang lebih murah bila memungkinkan. Cakupan diberikan untuk biaya yang terjadi di praktek dokter, laboratorium independen, dan klinik pengobatan rawat jalan.

Biasanya, manfaat tes rawat jalan (*outpatient*), terbatas pada cakupan dalam keadaan tertentu, seperti tes rawat jalan sebelum masuk ke rumah sakit atau prosedur bedah. Agar memenuhi

syarat untuk menerima manfaat berdasarkan ketentuan, tes/pemeriksaan harus berlangsung dalam beberapa hari tertentu sebelum masuk rumah sakit atau operasi.

Ada beberapa cara yang berbeda dalam memberikan manfaat tes rawat jalan. Beberapa polis menyediakan cakupan dengan ketentuan yang terpisah, yang umumnya membatasi manfaat jumlah biaya tetap yang dibayarkan untuk setiap penyakit atau cedera (biasanya \$50 sampai \$250). Jumlah biaya tetap ini tidak bisa melebihi jumlah biaya sebenarnya yang terjadi.

Cara lain untuk menyediakan cakupan tes rawat jalan adalah melalui polis manfaat aneka biaya medis lainnya (*miscellaneous medical expense benefit*). Ketika tes rawat jalan dicakup dengan cara ini, manfaat umumnya disediakan sampai dengan batas polis manfaat aneka biaya medis.

Akhirnya, beberapa polis menawarkan jenis pertanggungan secara opsional melalui pembelian *rider* polis. Dalam kasus ini, cakupan biasanya lebih liberal/bebas dari pada di dua metode lain yang telah dibahas.

#### **d. Manfaat Biaya Bedah**

Manfaat biaya bedah (*surgical expense benefit*) yang terkandung dalam polis rawat inap & bedah perorangan dirancang untuk memberikan cakupan biaya yang dikenakan oleh dokter atau ahli bedah, untuk melakukan operasi bedah. Kebanyakan ketentuan biaya manfaat bedah adalah untuk operasi yang dilakukan di rumah sakit, pusat bedah, atau praktek dokter.

Beberapa polis menghitung pembayaran manfaat biaya bedah berdasarkan biaya yang wajar dan biasa di suatu daerah untuk prosedur pembedahan tertentu. Dalam pengaturan ini, polis membayar persentase tertentu dari biaya bedah (ditentukan oleh ketentuan *coinsurance*) sampai dengan biaya maksimum untuk suatu prosedur – misalnya, hingga 80% dari biaya yang wajar dan biasa di daerah itu. Tertanggung membayar sesuai jumlah *coinsurance* yang dicakup pada tingkat maksimum. Jika tagihan melebihi maksimum biaya yang dicakup (disini 80% dari biaya nilai wajar dan biasa), tertanggung membayar 100% dari kelebihan jumlah maksimum.

Penggantian biaya bedah yang paling sering dibuat sesuai dengan daftar tarif bedah (*surgical schedule*) tertera pada polis tersebut. Daftar tarif bedah memberikan daftar prosedur bedah yang sering dilakukan serta melampirkan peringkat atau nilai setiap prosedur sesuai dengan tingkat keparahan relatif dan kompleksitasnya

Dalam banyak kasus, tertanggung diberikan pilihan (dalam suatu kisaran) tentang biaya maksimal jumlah manfaat bedah. Tingkat yang dipilih biasanya sesuai dengan maksimum manfaat harian rumah sakit yang dipilih. Oleh karena itu, polis dengan maksimal harian rumah sakit yang lebih tinggi, biasanya mengandung maksimal manfaat biaya bedah lebih tinggi.

Daftar tarif bedah mencantumkan jumlah maksimum yang dapat dibayar menurut polis manfaat biaya bedah (*surgical expense benefit*) untuk prosedur dengan tingkat kerumitan/kompleksitas tertinggi. Prosedur dengan tingkat kerumitan lebih rendah disusun sesuai dengan perbandingan dengan prosedur yang paling rumit. Contohnya, sebuah prosedur ditetapkan setengah kali kerumitannya dari prosedur dengan kerumitan tertinggi, biayanya diganti 50% dari manfaat biaya bedah maksimum. Tidak ada manfaat yang bisa dibayar menurut manfaat biaya bedah melebihi biaya sebenarnya yang ditagih oleh dokter bedah.

Beberapa daftar tarif bedah menunjukkan jumlah biaya sebenarnya yang harus dibayar untuk setiap prosedur. Lainnya mencantumkan nilai persentase dari manfaat polis biaya bedah maksimum. Tabel 2.3 menunjukkan perbedaan antara kedua jenis daftar tersebut.

Tabel 2.3. Manfaat Biaya Bedah Maksimum: \$8.000

Prosedur	Tarif yang tercantum	Tarif prosentase dan dollar equivalent	
Tonsilektomi	\$440	7,5%	\$600
Histerektomi	1.700	22,0	1.700
Balloon angioplasty	1.900	25,0	2.000
Laminektomi	2.900	42,0	3.360
Kraniektomi	3.600	48,5	3.880
Memperbaiki abdominal aneurisma	4.400	53,0	4.240
Bypass arteri coroner/jantung tunqal	6.700	80,0	6.400

Tidaklah mungkin daftar tarif bedah menentukan jumlah pasti yang dapat dibayar untuk setiap prosedur pembedahan. Kebanyakan polis hanya merinci prosedur yang sering dilakukan. Untuk menentukan manfaat yang bisa dibayar ketika tagihan biaya bedah diterima, yang tidak ada di dalam daftar bedah pada polis, umumnya polis memberikan prosedur yang dievaluasi dan dinilai secara konsisten dengan prosedur lain dengan tingkat kerumitan yang sama.

### *Prosedur Beberapa Pembedahan*

Manfaat biaya bedah sering mengandung bahasa polis yang menjelaskan bagaimana manfaat polis akan ditentukan untuk kasus dimana lebih dari satu prosedur pembedahan dilakukan pada sesi operasi yang sama. Contohnya, usus buntu dilakukan pada waktu yang sama dengan prosedur bedah abdominal lain, atau perbaikan tulang rawan lutut dilakukan pada waktu yang bersamaan dengan artroskopi diagnostik lutut.

Seringkali metode penanganan prosedur beberapa pembedahan (*multiple surgical procedure*) yang dilakukan pada saat yang sama tergantung pada sifat dan tingkat keparahan prosedur yang kedua. Misalnya, suatu prosedur yang kedua cukup sederhana dilakukan melalui sayatan yang sama dengan prosedur utama/pertama, tidak mungkin ada tambahan biaya jasa pembayaran manfaat biaya bedah. Di sisi lain, suatu prosedur rumit, yang tidak berhubungan dilakukan melalui sayatan yang sama sekali mungkin berbeda, tambahan pembayaran sebesar 50% atau 100% dari jumlah yang biasa dijadwalkan untuk prosedur itu. Tabel 2.4 menggambarkan bagaimana pembayaran tersebut dihitung.

Tabel 2.4. Pembayaran beberapa pembedahan pada waktu yang sama

Prosedur	Tagihan	Manfaat yang diberikan
Histerektomi total	\$2.5000	\$2.000 (80% dari R&C)
Perbaikan enterokel (substantial, insisi sama)	750	375 (50% dari R&C)
Apendektomi (substantial, insisi sama)	500	0

### e. Manfaat Melahirkan

Banyak polis asuransi rawat inap & bedah perorangan tidak menanggung biaya untuk pemeriksaan kehamilan rutin dan melahirkan, tidak seperti suatu penyakit atau kecelakaan.

Sebaliknya, kehamilan dipandang sebagai pilihan pribadi, sesuatu yang dapat direncanakan dan dianggarkan, tidak seperti umumnya biaya tak terduga dan tak terprediksi yang berhubungan dengan penyakit dan cedera. Untuk alasan ini, kehamilan normal dan melahirkan seringkali tidak tercakup dalam polis rawat inap & bedah perorangan dasar.

Dalam kasus dimana cakupan disediakan untuk kehamilan normal, cakupan umumnya dinyatakan secara terpisah dan terbatas. Hal ini tercakup dalam manfaat bersalin. Seringkali manfaat hamil (*maternity benefit*) dinyatakan sebagai kelipatan dari manfaat harian rumah sakit. Sebagai contoh, manfaat bersalin maksimum suatu polis yang mengandung manfaat rumah sakit harian maksimum sebesar \$150, dan manfaat bersalin menawarkan cakupan sebesar 10 kali manfaat rumah sakit harian maksimum adalah \$1.500. Ini adalah jumlah rata (*flat*) yang bisa dibayar dari biaya aktual yang terjadi, tetapi tidak melebihi biaya yang terjadi.

Banyak polis menawarkan kesempatan untuk membeli manfaat tambahan (*rider*) untuk menutupi biaya kehamilan dan persalinan normal, yang tidak masuk dalam manfaat polis dasar. Premi tambahan dikenakan biaya untuk cakupan ini, yang banyak dipilih oleh perempuan pada kelompok usia subur. Manfaat ditawarkan dengan tambahan dapat serupa dengan cakupan yang dijelaskan di atas (kelipatan dari manfaat rumah sakit harian maksimum) atau mereka dapat menyediakan cakupan untuk semua biaya yang terjadi hingga biaya wajar dan biasa untuk biaya masing-masing. Dalam situasi ini, penggantian biasanya dibuat atas dasar persentase – misalnya, 80% dari biaya yang dikeluarkan.

### Komplikasi Kehamilan

Komplikasi kehamilan (*complications of pregnancy*) tidak dianggap sebagai pembatasan atau pengecualian manfaat bersalin. Sebaliknya, komplikasi kehamilan ditangani sama seperti setiap penyakit lainnya. Setiap polis bisa berbeda dalam mendefinisikan komplikasi kehamilan. Contohnya, beberapa polis mempertimbangkan operasi *cesar* sebagai komplikasi kehamilan, sementara yang lain melihatnya sebagai standar dan karena itu tunduk pada pembatasan atau pengecualian polis atas kehamilan normal.

Komplikasi kehamilan umum meliputi:

- kehamilan ektopik (*ectopic pregnancies*);
- toksemia berat (*severe toxemia*);
- kelahiran mati/bayi lahir mati (*stillborn delivery*);
- nefritis akut dalam kehamilan (*acute nephritis in pregnancy*);
- diabetes parah saat hamil (*severe gestational diabetes*);
- aborsi darurat, spontaneous, dan terapeutik (*nonelective missed, spontaneous, and therapeutic abortions*); serta
- flebitis parah yang berkembang selama kehamilan (*severe phlebitis developed during pregnancy*).

Beberapa negara bagian di AS mengeluarkan undang-undang yang mengharuskan perusahaan asuransi kesehatan menyediakan cakupan biaya kehamilan dengan cara yang sama seperti untuk

penyakit atau kecelakaan. Polis yang dijual di negara-negara bagian tersebut harus dimodifikasi untuk menyediakan cakupan ini.

#### **f. Manfaat Biaya Dokter Rawat Inap**

Biaya yang ditagih oleh dokter yang merawat selama pasien dirawat di rumah sakit tercakup dalam manfaat biaya dokter rawat inap (*physician in-hospital expense benefit*). Tagihan dokter untuk biaya operasi dan pasca operasi dan kunjungan tindak lanjut umumnya tercakup dalam manfaat biaya bedah dan bukan pada manfaat biaya dokter rawat inap.

Kebanyakan polis rawat inap & bedah perorangan mengandung batas jumlah yang dibayarkan untuk setiap kunjungan dokter di rumah sakit. Batas ini dapat dinyatakan sebagai jumlah maksimum per hari, atau mungkin diberikan penggantian dengan persentase lain dari jumlah yang wajar dan biasa untuk jenis layanan tertentu. Selain itu, beberapa polis yang mengandung manfaat biaya dokter rawat inap maksimum dibayar selama satu kali rawat inap (biasanya kelipatan dari maksimum harian). Tabel 2.5 menggambarkan dua metode utama perhitungan manfaat berdasarkan ketentuan manfaat biaya dokter rawat inap biasa.

Tabel 2.5. Manfaat biaya dokter rawat inap. Perawatan 5 hari.

	Tagihan sebenarnya	Polis 1 80% dari tagihan wajar dan biasa	Polis 2 Hingga \$50 per kunjungan
Hari 1	\$150	\$120	\$50
Hari 2	40	32	40
Hari 3	40	32	40
Hari 4	40	32	40
Hari 5	100	80	50
Total	\$370	\$296	\$220

Beberapa polis menawarkan tambahan-cakupan (*rider*) yang memperluas cakupan layanan yang disediakan layanan dokter untuk pengobatan rawat jalan, termasuk di rumah.

#### **g. Manfaat Perawatan yang Diperpanjang dan Perawatan di Rumah**

Ketentuan manfaat perawatan yang diperpanjang (*extended care benefit*) dan manfaat kesehatan perawatan di rumah (*home health care benefit*) biasanya ditemukan pada polis asuransi rawat inap & bedah perorangan sebagai jaminan/cakupan perawatan penyembuhan pasien dari sakit atau cedera. Biasanya, manfaat ini menyediakan perlindungan untuk perawatan yang diperlukan sebagai pengganti perawatan rawat inap lanjutan. Hal tersebut dirancang untuk mendorong penggunaan fasilitas atau jasa yang lebih murah untuk orang yang tidak lagi memerlukan perawatan profesional tingkat tinggi yang ditawarkan oleh pengaturan rawat inap rumah sakit.

##### *Perawatan yang diperpanjang*

Biaya untuk perawatan di rumah (*nursing homes*) dalam manfaat perawatan yang diperpanjang (*extended care benefit*) dijamin bila kriteria tertentu telah terpenuhi. Sebagian besar polis mensyaratkan bahwa perawatan dengan fasilitas ini akan diterima dengan jumlah hari tertentu begitu keluar dari rumah sakit. Beberapa polis mengharuskan pasien dipindahkan langsung dari

rumah sakit ke fasilitas perawatan lanjutan ini; polis lain memberikan pertanggung jawaban selama masih dalam rentang 14 sampai 30 hari dari saat keluar dari rumah sakit untuk penyakit atau cedera yang sama. Fasilitas yang layak (*eligible*) biasanya harus berlisensi sebagai fasilitas perawatan lanjutan, harus diawasi oleh dokter, dan harus memelihara rekam medis pasiennya.

Penggantian biaya yang timbul pada fasilitas perawatan lanjutan dibatasi dengan dua cara

- Pertama, polis menyatakan jumlah maksimum hari untuk penggantian (*reimbursement*) yang diperbolehkan. Periode ini berkisar antara 30 sampai 90 hari, dan maksimum umumnya berlaku untuk semua rawat inap di fasilitas perawatan lanjutan selama tahun kalender yang sama dan untuk penyakit atau cedera yang sama.
- Kedua, tingkat penggantian harian biasanya dinyatakan polis sebagai setengah dari manfaat harian rumah sakit untuk rawat inap biasa. Contohnya, polis yang berisi manfaat rumah sakit harian maksimum sebesar \$350 per hari memberikan manfaat maksimal perawatan lanjutan sebesar \$175 per hari.

### *Perawatan di Rumah*

Perawatan kesehatan di rumah (*home health care*) adalah perawatan sela (*intermittent*) yang diterima di rumah pasien. Jenis perawatan yang diberikan meliputi pemberian obat, pemantauan tanda-tanda vital (*vital signs*: tekanan darah, suhu, dan denyut nadi), pemberian cairan infus dan kateter, fisioterapi atau terapi wicara, dan jasa keterampilan (*skilled services*) lainnya. Yang terkait dengan persediaan medis, perban, dan obat umumnya tercakup dalam manfaat ini.

Banyak polis asuransi rawat inap & bedah perorangan menyediakan beberapa cakupan perawatan kesehatan di rumah ketika dokter yang merawat menyatakan pasien tidak perlu rawat inap di rumah sakit atau fasilitas perawatan lanjutan. Penggantian layanan perawatan kesehatan di rumah umumnya disediakan berdasarkan daftar tarif manfaat. Daftar tarif dalam polis menyatakan jumlah maksimum kunjungan perawatan kesehatan di rumah yang dianggap memenuhi syarat dan berapa banyak yang dibayar untuk setiap kunjungan. Jumlah dianggap memenuhi syarat untuk setiap kunjungan dapat dinyatakan menjadi jumlah tetap (*flat*) atau dapat dinyatakan sebagai jumlah yang wajar dan biasa untuk setiap tipe khusus pelayanan kesehatan di rumah yang diberikan. Umumnya manfaat perawatan di rumah tidak mengganti perawatan penuh selama 24 jam.

### *h. Manfaat Ambulan*

Beberapa polis biaya rumah sakit menyediakan jaminan transportasi ambulan (*ambulance benefit*) yang diperlukan ke atau dari satu rumah sakit, atau untuk transfer dari suatu rumah sakit ke rumah sakit lainnya. Kebanyakan polis mengharuskan jasa transportasi layak harus disediakan oleh layanan ambulan berlisensi. Mobil van medis dan jasa transportasi biasanya tidak tercakup dalam manfaat ini.

Manfaat ambulan sering menetapkan cakupan yang disediakan hanya untuk transportasi ke rumah sakit terdekat yang menyediakan jenis perawatan yang diperlukan bagi kondisi pasien. Biaya transfer yang dikeluarkan hanya untuk tujuan kenyamanan pasien – misalnya, memindahkan pasien ke rumah sakit yang lebih dekat ke rumah – biasanya tidak dicakup.

Kebanyakan polis membatasi jumlah yang bisa dibayar pada manfaat ambulan. Jumlah maksimum biasanya dinyatakan sebagai penggantian tetap seperti yang ditunjukkan dalam daftar

tarif polis. Jumlah maksimum biasanya berkisar dari \$25 sampai \$150. Tagihan yang dibuat oleh rumah sakit untuk transportasi ambulan yang mengakibatkan rawat inap biasanya diganti menurut manfaat aneka biaya rumah sakit lainnya, bukan menurut manfaat biaya ambulan.

### 2.3. Pengeluaran yang dikecualikan atau yang dibatasi

Beberapa jenis pengeluaran tertentu tidak dicakup polis rawat inap & bedah perorangan. Beberapa ketentuan polis sangat spesifik, sedangkan yang lain menyatakan secara luas apa yang tidak diperlakukan sebagai biaya yang dicakup. Berikut ini adalah pengecualian dan biaya yang dibatasi (*excluded or limited expenses*) secara umum.

#### a. Kondisi yang telah ada sebelumnya

Secara historis, cakupan polis rawat inap & bedah perorangan, baik yang mengecualikan ataupun membatasi untuk biaya yang timbul akibat kondisi medis yang sudah ada atau yang terjadi pada pemohon sebelum tanggal aplikasi atau tanggal efektif polis. Pengecualian atas kondisi yang sudah ada sebelumnya (*pre-existing conditions*), umumnya menyatakan bahwa tidak ada manfaat yang bisa dibayar untuk penyakit atau cedera yang pengobatannya diterima sebelum tanggal polis tersebut efektif. Kadang-kadang, beberapa polis hanya memberi batas jumlah manfaat yang diberikan untuk jangka waktu tertentu – misalnya, pembayaran dibatasi sampai \$500 untuk dua tahun pertama polis berlaku.

Pengecualian kondisi yang sudah ada sebelumnya umumnya muncul di polis pada satu atau dua tempat seperti tersebut di bawah ini:

- sebagai pernyataan yang sudah ada sebelumnya, pada polis bagian pengecualian (*exclusion, exception*), dan pembatasan (*limitation*); atau
- di bagian polis dimana penyakit dan cedera didefinisikan.

Beberapa negara bagian di AS mengatur batasan jangka waktu pengecualian cakupan dari kondisi yang sudah ada sebelumnya, dan beberapa negara bagian melarang penerapan pengecualian kondisi yang sudah ada sebelumnya jika cakupan sebelumnya sudah terpenuhi untuk masa pengecualian bagi kondisi medis yang sudah ada sebelumnya (*pre-existing exclusion period*).

Undang-undang federal AS yang disahkan tahun 1996 telah mempengaruhi administrasi pasal ketentuan kondisi yang sudah ada sebelumnya pada situasi tertentu. UU HIPAA 1996 menetapkan bahwa asuransi rawat inap & bedah perorangan tidak dapat menolak untuk memberikan cakupan orang yang telah kehilangan jaminan kelompok karena berganti karir atau pindah dan sejenisnya, dan pembatasan dan pengecualian kondisi yang sudah ada sebelumnya tidak dapat diterapkan bagi yang bersangkutan. Kriteria tertentu harus dipenuhi bagi perorangan untuk memenuhi persyaratan di bawah undang-undang ini:

- Peserta yang memenuhi syarat harus sudah memiliki 18 bulan cakupan di bawah paket yang disponsori pengusaha, pemerintah, atau gereja.
- Pemohon tidak memenuhi syarat untuk paket kesehatan kumpulan, Medicare, atau Medicaid atau dijamin oleh asuransi kesehatan lainnya.
- Pemohon tidak kehilangan hak jaminan sebelumnya akibat kecurangan (*fraud*) atau karena belum membayar premi.

- Peserta yang memenuhi syarat harus memilih dan telah menyelesaikan perpanjangan cakupan apapun yang ada di bawah aturan COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) atau paket serupa dari negara bagian. Ketentuan serupa dengan undang-undang federal AS 1966 ini belum ada di Indonesia.

### ***b. Kondisi umum tertentu***

Ada kondisi tertentu yang sedang berlangsung, tertanggung bisa menghindari perawatan medis sampai cakupan rawat inap & bedah diperoleh. Untuk menghindari seringnya penyelidikan yang mahal pada tahun pertama polis atas kondisi yang sudah ada sebelumnya (*pre-existing condition*), polis perorangan umumnya mengecualikan cakupan untuk kondisi umum tertentu (*specified common conditions*) selama 180 atau 365 hari setelah tanggal efektif cakupan. Kebanyakan pengecualian jenis ini menyatakan cakupan yang dapat diberikan untuk kondisi ini jika dokter menyatakan bahwa perawatan tersebut darurat (*emergency*).

Kondisi – kondisi tersebut biasanya:

- hernia;
- wasir (*hemorrhoids*);
- penyakit amandel dan kelenjar gondok (*diseases of tonsils and adenoids*);
- penyakit pada telinga tengah (*diseases of the middle ear*), dan
- penyakit pada organ reproduksi (*diseases of the reproductive organs*).

Seperti dengan pengecualian kondisi yang sudah ada sebelumnya, pemberian pengecualian 365 hari dipengaruhi oleh berlakunya Undang-Undang HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) 1996. Tertanggung yang memegang cakupan/jaminan perorangan berdasarkan ketentuan undang-undang ini tidak tunduk pada pengecualian polis.

### ***c. Percobaan Bunuh Diri***

Pengecualian umum lainnya yang ditemukan dalam polis asuransi rawat inap & bedah perorangan ialah upaya bunuh diri (*attempted suicide*) dan sengaja melukai dirinya sendiri. Sementara pengecualian ini umumnya ditemukan dalam polis, perusahaan asuransi biasanya sulit untuk melakukannya, karena ketidakpastian yang menyelubungi peristiwa ini. Untuk bisa melakukan pengecualian, perusahaan asuransi harus membuktikan bahwa tertanggung berniat berusaha untuk menyakiti dirinya sendiri. Laporan polisi, kesaksian saksi, catatan bunuh diri, catatan medis, dan dokumentasi serupa lainnya umumnya diperlukan untuk membuktikan percobaan bunuh diri atau sengaja melukai diri sendiri.

Sering kali sulit untuk membedakan kesengajaan dengan kecelakaan. Sementara beberapa metode percobaan bunuh diri lebih jelas diketahui, yang lain sangat sulit untuk dibuktikan. Terutama kasus sulit yang termasuk kecelakaan kendaraan bermotor, overdosis narkoba, dan keracunan karbon monoksida. Kadang-kadang juga sulit untuk membuktikan kesengajaan untuk melukai diri sendiri. Sekali lagi, perusahaan asuransi harus mendapatkan bukti bahwa tertanggung sebenarnya sengaja melukai dirinya sendiri.

Tindakan yang disengaja yang mengakibatkan cedera biasanya tidak dikecualikan dari cakupan. Misalnya, jika tertanggung sengaja memukul dinding karena marah dan patah tulang tangannya, ini secara teknis tidak termasuk kategori melukai dirinya sendiri. Tertanggung mungkin sengaja memukul dinding tetapi mungkin tidak berniat untuk mematahkan tangannya.

#### **d. Dinas Militer, Rumah Sakit Militer dan Pemerintah**

Cakupan yang dikecualikan dalam polis asuransi rawat inap & bedah perorangan untuk penyakit atau cedera yang terjadi bila bertanggung adalah anggota militer aktif, baik untuk Amerika Serikat atau negara lain. Umumnya polis menanggihkan sementara cakupan pertanggung jawaban selama dinas militer (*military duty*). Premi tidak dikumpulkan selama periode itu. Kebanyakan polis memungkinkan cakupan secara otomatis dilanjutkan setelah dinas militer berakhir.

Beberapa polis tidak memberlakukan pengecualian untuk tugas atau kegiatan militer jangka pendek. Sebagai contoh, saat akhir pekan atau sesi pelatihan sebulan disediakan oleh National Guard, Army ROTC (*Reserve Officers' Training Corps*), dan organisasi serupa yang dibentuk oleh angkatan bersenjata Amerika Serikat tidak termasuk dalam pengecualian ini. Polis lainnya, pengecualian hanya berlaku untuk kondisi yang merupakan akibat langsung dari dinas militer sambil terus memberikan cakupan untuk cedera tidak terkait kegiatan militer atau penyakit. Misalnya, cedera berkelanjutan ketika latihan militer dikecualikan, pengobatan untuk infeksi saluran pernapasan dijamin.

Kebanyakan polis juga mengandung pengecualian untuk perawatan yang diterima di rumah sakit pemerintah (*government hospital*), rumah sakit militer (*military hospital*), atau rumah sakit veteran (*Veteran Administration (VA) hospital*). Pengecualian ini umumnya ditujukan untuk pengobatan, dimana bertanggung biasanya tidak dikenakan biaya. Jika fasilitas tidak menagih biaya pasien dalam ketiadaan asuransi, maka pengecualian berlaku. Namun undang-undang negara bagian, sering memerlukan cakupan bila pasien harus membayar biaya perawatan selama di fasilitas ini. Jika pasien ditagih dan harus membayar tagihan, pengecualian tersebut tidak berlaku.

Kadang-kadang pasien menerima perawatan di rumah sakit VA, karena cedera yang tidak terkait kedinasan atau penyakit. Amandemen Undang-Undang Veteran Administration yang berlaku tahun 1986 mengharuskan perusahaan asuransi kesehatan swasta untuk menyediakan cakupan untuk kondisi ini. Perawatan yang diterima di rumah sakit VA untuk kondisi layanan terkait masih dikenakan pengecualian ini.

Pelayanan kesehatan bagi pensiunan Tentara Nasional Indonesia (TNI) dan Kepolisian Republik Indonesia (POLRI), serta pensiunan pegawai negeri sipil (PNS) beserta keluarga yang *eligible* dijamin oleh pemerintah melalui program ASKES yang diselenggarakan oleh PT. ASKES (Persero) dengan premi yang diperoleh dari iuran bersama (*contributory*) antara peserta dan pemerintah

#### **e. Perang**

Pengecualian perang (*war*) adalah jauh lebih luas dari pada yang berlaku bagi personil yang bertugas aktif militer. Pengecualian perang berlaku untuk setiap bertanggung yang menderita kerugian yang merupakan akibat langsung dari perang atau tindakan perang. Kalimat dari pengecualian ini sengaja dibuat luas untuk mencakup semua tindakan perang, apakah dinyatakan (*declared*) atau tidak diumumkan (*undeclared*), karena banyak dari konflik dalam sejarah terakhir ini, seperti di Vietnam dan Teluk Persia, bukan akibat perang yang diumumkan.

Pengecualian perang diperlukan untuk mencegah asuransi swasta dari kerugian yang luas dan katastrofik, sebagai akibat sebuah peristiwa tunggal.

## **f. Kompensasi Pekerja**

Biaya yang timbul untuk pengobatan penyakit atau cedera akibat kerja yang tercakup dalam undang-undang kompensasi pekerja (*workers' compensation*) dikecualikan dari polis asuransi rawat inap & bedah perorangan. Pengecualian ini dirancang untuk mencegah para pekerja diasuransikan dengan duplikasi mendapatkan manfaat, atau dengan cara apapun mengambil keuntungan dari cedera yang berhubungan dengan pekerjaan.

Banyak kondisi yang terkait pekerjaan berpotensi sulit untuk dihubungkan langsung sebagai penyebab akibat pekerjaan. Di antara kondisi ini adalah:

- gangguan mental dan saraf, dan penyalah-gunaan obat;
- klaim kecelakaan/cedera karena gerakan *berulang* (*repetitive motion*), dan
- Penyakit jantung dan tekanan darah tinggi.

Dalam kasus seperti ini, diperlukan waktu berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun untuk asuransi kompensasi pekerja menetapkan kewajiban dan membayar klaim. Banyak polis asuransi rawat inap & bedah memberikan manfaat sementara (*interim*) dalam kasus ini dan mencari ganti rugi dari asuransi kompensasi pekerja, jika pengaju klaim kemudian dinyatakan memenuhi persyaratan untuk memperoleh manfaat kompensasi pekerja.

Peraturan perundangan penyakit akibat kerja diperlakukan dengan cara yang sama sebagai peraturan kompensasi pekerja. Sebagai contoh, pengeluaran biaya yang memenuhi syarat melalui Longshoreman's and Harbor Workers' Compensation Act atau Black Lung Benefits Reform Act tunduk pada pengecualian polis.

## **g. Kondisi Gigi dan Pengobatan Gigi**

Pengecualian standar lainnya, berlaku untuk biaya perawatan rutin gigi dan gusi (*dental condition and treatment*). Pengecualian ini dimaksudkan untuk menjamin perawatan gigi secara alamiah, namun tetap memberikan manfaat terbatas untuk kondisi yang timbul karena penyakit atau cedera. Membersihkan gigi rutin (*routine dental cleaning*), menambal gigi berlubang (*filling of cavities*), pengerjaan gigi palsu (*denture works*), *root canals*, dan bedah periodontal (*periodontal surgery*) merupakan beberapa contoh jenis perawatan gigi yang biasanya dikenakan pengecualian ini.

Contoh dari kondisi yang dicakup walaupun ada pengecualian gigi adalah:

- perawatan gigi diperlukan sebagai akibat dari cedera gigi alami (cakupan tidak disediakan untuk cedera untuk gigi palsu atau pegangan/*bridge* gigi palsu);
- bedah koreksi dengan kelainan bentuk rahang yang mengganggu gigitan normal dan kemampuan mengunyah;
- biaya rawat inap di rumah sakit yang diperlukan untuk operasi gigi.

Biaya rawat inap di rumah sakit biasanya adalah akibat dari suatu kondisi medis yang mendasari kebutuhan perlakuan khusus akan prosedur pembedahan. Sebagai contoh, pasien dengan prolapse parah katup mitral (*severe mitral valve*) mungkin perlu perawatan di rumah sakit setiap kali dilakukan operasi gigi. Dalam kasus ini, biaya rumah sakit ditanggung namun biaya untuk prosedur gigi tunduk pada ketentuan pengecualian.

## ***h. Kondisi Mental dan Saraf***

Biaya untuk pengobatan gangguan mental atau saraf ditangani dengan berbagai cara oleh asuransi rawat inap & bedah perorangan. Kondisi mental atau saraf bisa berkepanjangan (*long-term*), berulang (*recurring*), dan melemahkan (*debilitating*). Hal ini bisa mengakibatkan rawat inap berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun. Untuk alasan tersebut, sulit bagi polis asuransi untuk bisa mencakup perawatan ini secara penuh, tanpa mempengaruhi tarif premi secara substansial dan negatif.

Beberapa polis sama sekali mengecualikan kondisi mental atau saraf. Namun, umumnya polis mengatasi masalah itu dengan pembatasan cakupan gangguan mental atau saraf. Sehingga perusahaan asuransi, dapat memberikan beberapa cakupan dengan membatasi keseluruhan akibat dari risiko ini. Banyak negara bagian AS mewajibkan manfaat kesehatan mental minimum yang harus masuk dalam semua polis biaya medis.

Berbagai jenis pembatasan polis yang digunakan oleh asuransi, termasuk yang berikut ini:

- menetapkan masa manfaat maksimum sebagai manfaat tahunan atau seumur hidup (misalnya, 30, 60, atau 90 hari);
- menetapkan jumlah uang maksimum yang akan dibayarkan selama jangka waktu tertentu (misalnya, \$10.000 setiap tahun kalender);
- membolehkan manfaat untuk pengobatan rawat inap, tetapi tidak untuk pengobatan rawat jalan;
- menerapkan jumlah *coinsurance* berbeda untuk gangguan mental atau saraf dari kondisi lainnya (misalnya, 50% dari pada yang biasanya 75% atau 80%); dan
- tidak memasukkan kondisi mental dan saraf di bawah polis dasar, tetapi menawarkan sebagai manfaat pilihan tambahan ( *rider*) untuk menyediakan cakupan ini jika diinginkan tertanggung.

Beberapa polis mencakup kombinasi dua atau lebih dari variasi di atas. Pembatasan serupa umumnya diterapkan pada pengobatan untuk kondisi yang berkaitan dengan penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan.

## ***i. Pengobatan dan Bedah Kosmetik***

Prosedur bedah dan pengobatan yang sifatnya ditujukan hanya untuk memperbaiki penampilan dari pada untuk tujuan terapeutik dianggap kosmetik (*cosmetic treatment and surgery*) dan tunduk pada pengecualian kosmetik standar yang ada pada polis asuransi rawat inap & bedah perorangan. Bedah kosmetik dan terapeutik dapat didefinisikan sebagai berikut:

*Bedah kosmetik (cosmetic surgery):* Pembedahan yang dilakukan untuk mengubah tekstur atau konfigurasi kulit, atau konfigurasi hubungan struktur yang bersebelahan dari setiap susunan tubuh manusia, terutama karena alasan pribadi.

*Bedah terapeutik (therapeutic surgery):* Pembedahan memperbaiki atau rekonstruksi untuk mengembalikan penampilan pasien seperti semula sebelum cedera atau sebelum sakit, atau untuk meringankan kondisi parah yang tidak memungkinkan pasien bersekolah atau berusaha.

Contoh umum prosedur kosmetik yang tidak dijamin adalah:

- *blepharoplasty* untuk memperbaiki kelopak mata yang turun;
- *rhinoplasty* untuk memperbaiki atau mengubah tampilan hidung;
- *abdominoplasty* untuk mengencangkan otot perut dan menghilangkan kelebihan kulit;
- *mentoplasty* untuk memperbaiki dagu yang turun dengan implantasi;
- *rhytidectomy* atau *face lift* untuk menghilangkan keriput dan mengencangkan kulit;
- *dermabrasion* untuk menghilangkan bekas luka di kulit;
- *sclerotherapy* untuk menghilangkan varises superfisial;
- *collagen implants* untuk mengurangi kerutan; dan
- *breast reduction* untuk mengubah kontur payudara.

Prosedur bedah dilakukan untuk memperbaiki cacat akibat luka kecelakaan atau cacat bawaan umumnya dianggap memenuhi syarat selama kejadiannya (misalnya, kelahiran atau cedera) terjadi selama polis berlaku. Selain itu, beberapa prosedur kosmetik utama diperlukan untuk menghasilkan manfaat terapeutik. Dalam kasus ini, cakupan tersedia.

Contohnya meliputi:

- prosedur *blepharoplasty* ketika penurunan kelopak mata menghalangi penglihatan normal;
- prosedur *rhinoplasty* ketika kelainan struktur tulang mengganggu pernapasan normal dan
- prosedur *abdominoplasty* ketika dilakukan untuk memperbaiki gangguan punggung atau masalah postur

## 2.4. Ringkasan

Asuransi rawat inap & bedah perorangan mencakup biaya rumah sakit utama, biaya dokter bedah dan dokter bila bertanggung dirawat di rumah sakit, dan mendapat sejumlah layanan rawat jalan. Cakupan ini dijual melalui perusahaan asuransi swasta untuk perorangan, yang bisa juga mencakup tanggungannya (*dependents*) pada polis. Polis, premi, dan manfaat produk ini bervariasi, tergantung pada jumlah cakupan yang diinginkan. Proporsi pengeluaran biaya yang dijamin yang lebih besar, maka premi juga semakin besar. Untuk menjaga pembayaran premi wajar dan terjangkau, beberapa kondisi dan risiko kesehatan dikecualikan (*excluded*) atau dibatasi (*limited*) cakupannya.

## 2.5. Istilah Kunci

*Ancillary charges* – Biaya tambahan

*Ambulance transportation* – Transportasi ambulans

*Attempted suicide* – Percobaan bunuh diri

*Coinsurance* – Koasuransi

*Complications of pregnancy* – Komplikasi kehamilan

*Cosmetic treatment and surgery* – Pengobatan dan bedah kosmetik

*Covered expenses* – Biaya yang ditanggung

*Daily benefits* – Manfaat harian

*Daily maximums – Maksimum manfaat harian*

*Daily room and board – Kamar dan makan harian*

*Dental conditions and treatment – Kondisi dan pengobatan gigi*

*Exclusions – Pengecualian*

*Extended care – Perawatan lanjutan*

*First dollar coverage – Cakupan tanpa deductible*

*Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) – Undang-Undang AS tentang Portabilitas dan Akuntabilitas Asuransi Kesehatan*

*Home health care – Perawatan kesehatan di rumah*

*Hospital daily benefit – Manfaat harian rumah sakit*

*Ineligible expenses – Biaya yang tidak memenuhi syarat*

*Intensive care – Perawatan intensif*

*Intentional self-inflicted injuries – Sengaja melukai diri sendiri*

*Limitations – Pembatasan*

*Maternity coverage – Cakupan melahirkan*

*Maximum benefit period – Masa manfaat maksimum*

*Mental and nervous conditions – Kondisi mental dan saraf*

*Military duty – Dinas militer*

*Military/government hospitals – Rumah sakit tentara / pemerintah*

*Miscellaneous hospital expenses – Biaya rumah sakit lainnya*

*Occupational illnesses or injuries – Kecelakaan atau penyakit akibat kerja*

*Optional benefits rider – Pilihan tambahan manfaat*

*Outpatient tests – Tes/pemeriksaan rawat jalan*

*Physician in-hospital expenses – Biaya dokter rumah sakit*

*Pre-existing conditions – Kondisi yang telah ada sebelumnya*

*Primary surgical procedures – Prosedur bedah utama/primer*

*Reasonable and customary (R&C) – Wajar dan biasa*

*Secondary surgical procedures – Prosedur bedah sekunder*

*Surgical expenses – Biaya bedah*

*Surgical schedule – Daftar tarif pembedahan*

*Therapeutic surgery – Bedah terapeutik*

*Time limit on certain defenses<sup>7</sup> – Batas waktu penahanan tertentu*

*War and acts of war – Perang dan tindakan perang*

*Workers' compensation laws – Peraturan kompensasi pekerja*

*Stand alone Policy – Polis mandiri/tunggal tanpa rider/tumpangan*

---

<sup>7</sup> Jangka waktu 2 atau 3 tahun pada polis Asuransi Kesehatan dimana perusahaan asuransi tidak dapat menolak klaim atau mengabaikan polis karena kondisi yang sudah ada sebelumnya atau salah pengisian (*mis-statement*) pada aplikasi.



## Bab 3 – Pemasaran dan Penjualan

*Pendahuluan*

*Pemasaran Strategis*

*Produk yang beredar di pasaran*

*Harga sebagai Konsep Pemasaran*

*Penjualan dan Distribusi*

*Purna Jual: Pelayanan pelanggan*

*Pemasaran dalam Pasar yang Berubah*

*Ringkasan*

*Istilah Kunci*

### 3.1. Pendahuluan

Pemasaran (*marketing*) adalah proses penjualan (*selling*) suatu produk – barang dan jasa – kepada orang, nasabah atau pelanggan (*customer*). Nasabah adalah seseorang yang membeli suatu produk atau pelayanan yang ditawarkan. Sekelompok nasabah disebut pasar (*market*). Tanpa adanya suatu pasar, tidak mungkin terjadi suatu bisnis (*business*).

Industri asuransi kesehatan telah berkembang secara luas dalam memenuhi kebutuhan pasar proteksi keuangan terhadap pengeluaran medis yang tidak diperkirakan. Contoh berikut menggambarkan bagaimana perkembangan dari berbagai macam produk asuransi biaya medis yang berbeda mempengaruhi pertumbuhan kebutuhan nasabah secara langsung.

- Pasar asuransi biaya medis kumpulan (*group medical expense insurance*) tumbuh memenuhi kebutuhan pengusaha akan produknya, untuk menarik dan mendapatkan tenaga kerja.
- Paket medis utama komprehensif (*comprehensive major medical plan*) mulai populer, karena paket menyediakan cakupan atau jaminan yang luas dan sangat mudah diakses, sehingga rata-rata karyawan dapat memahaminya.
- Produk biaya medis perorangan (*individual medical expense*) dirancang sebagai tambahan atau suplemen dari Medicare bagi penduduk AS yang berusia di atas 65 tahun.
- Menjamurnya pengaturan pemberian pelayanan kesehatan seperti paket-paket indemnitas atau ganti rugi yang terkendali (*managed indemnity plan*) dan HMO dirancang untuk mengendalikan biaya perawatan kesehatan dan memperbaiki pelayanan yang ada.

Sebagai akibat dari hal tersebut di atas dan berdasarkan solusi pasar kebutuhan nasabah, tersedia berbagai produk asuransi biaya medis yang murah dan mudah. Bab ini membahas pasar asuransi biaya medis dan bagaimana kebutuhan nasabah, rancangan produk, serta harga yang mempengaruhi daya jual. Serta juga membahas cara-cara tradisional dan inovatif untuk memasarkan dan mendistribusikan produk biaya medis.

### 3.2. Pemasaran Strategis

Untuk membantu menjual dan merancang produk asuransi, perusahaan melakukan analisa permintaan pasar dan persaingan yang ada atau yang akan datang pada pasar produk tersebut. Kegiatan melakukan analisa tersebut dikenal dengan penelitian atau riset pasar (*market research*). Sebagai contoh bagaimana perusahaan asuransi kesehatan menggunakan riset pasar untuk menjual produk mereka, beberapa dari mereka memiliki iklan pada media cetak dan

elektronik yang untuk menarik perhatian kaum wanita, karena riset pasar menunjukkan bahwa sebagian besar wanita adalah pengambil keputusan dalam keluarga, apakah akan membeli produk pelayanan kesehatan atau tidak.

### a. Bauran Pemasaran

Berdasarkan riset pasar, para penyedia asuransi mengembangkan sebuah rencana pemasaran untuk:

- Mengidentifikasi pasar sasaran (*target market*)
- Memfokuskan kepada jenis produk yang dibutuhkan dan sering diminta nasabah
- Memutuskan bagaimana menilai suatu produk dengan pesaing yang ada
- Memasarkan dan mempromosikan produk-produk yang ada

Ke semua komponen di atas membentuk suatu bauran pemasaran (*Marketing Mix, 4 P's of marketing*) (Gambar 3.1). Dengan informasi ini, agen dan perantara (*broker*) dapat menargetkan pasar-pasar tertentu, dan memenuhi permintaan nasabahnya, baik kumpulan ataupun perorangan.

Gambar 3.1 Marketing Mix.



### b. Pengetahuan Konsumen

Dari sudut pemasaran, bagi perusahaan asuransi pengetahuan nasabah (*customer know-how*) sangat penting, dan seberapa jauh mereka akan terlibat dalam pembentukan paket final yang akan diambil. Informasi ini berguna untuk mengembangkan hubungan yang baik dengan klien atau nasabah. Dapat juga membantu agen dan *broker* untuk menjual produk yang baik dengan harga yang sesuai. (Umumnya agen menjual produk dari satu perusahaan asuransi, dan *broker* menjual produk dari beberapa perusahaan asuransi).

Pada pasar kumpulan, keputusan membeli atau menjual polis biaya medis merupakan proses yang relatif formal, dengan pemaparan sebagai kunci utama dalam proses pengambilan keputusan bisnis, seperti direksi, manajer SDM atau *benefit manager*, ataupun *comptroller*. Semakin banyak pengusaha – terutama pengusaha besar – sebagai pembeli paket asuransi biaya

medis utama kumpulan menawarkan produk ini kepada karyawannya. Pengusaha besar biasanya mengetahui karakteristik demografi karyawannya, mereka bekerja sama dengan agen atau *broker* untuk merancang paket yang sesuai dengan mempertimbangkan faktor usia, tingkat pendapatan, dan keperluan keluarga para karyawannya. Pengusaha besar cenderung membeli rancangan yang memiliki nilai yang paling bagus, karena biasanya merekalah yang membayar sebagian besar preminya dan mereka biasanya menawarkan karyawannya bermacam jenis produk asuransi biaya medis.

Berbeda dengan pengusaha kecil, mereka umumnya tidak semaju, atau tidak memiliki sumber daya yang sama, ataupun tidak memiliki banyak pilihan untuk membeli asuransi karyawan, seperti para pengusaha besar. Walaupun mengetahui bahwa asuransi biaya medis itu penting bagi karyawannya, banyak pengusaha kecil tidak mampu membelinya. Yang mampu itu pun hanya sanggup menawarkan beberapa paket saja.

Pengetahuan pembeli perorangan tentang asuransi biaya medis sangat berbeda dengan pembeli besar. Pembeli perorangan biasanya hanya memiliki sedikit pengetahuan tentang rancangan paket, reputasi sebuah perusahaan asuransi, ataupun tingkat keahlian agen atau *broker* yang mereka hadapi. Keputusan pembelian mereka dibuat dengan membandingkan harga, sama seperti saat mereka membeli mobil atau asuransi lainnya. Agen atau *broker* yang berpengalaman dapat membantu pembeli perorangan untuk mengerti bahwa tidak semua asuransi biaya medis itu sama, walaupun tampaknya mirip dan sama.

### 3.3. Produk yang beredar di pasaran

Asuransi biaya medis adalah sebuah produk – suatu polis yang spesifik; tetapi juga merupakan sebuah layanan – sebuah alat untuk memindahkan risiko keuangan (*financial risk transfer*) dan jaminan akses perawatan medis yang bagi sebagian orang tidak mungkin mendapatkannya. Sebagai sebuah produk dan jasa layanan, asuransi biaya medis memindahkan risiko beban finansial yang mungkin terjadi, dari tertanggung kepada perusahaan asuransi sebagai penanggung. Tertanggung membayar perusahaan asuransi sejumlah premi, dan sebaliknya, perusahaan asuransi mengambil alih sebagian beban risiko yang dihadapi tertanggung untuk membayar tagihan medis yang besar yang disebabkan oleh peristiwa yang tidak dapat dihindari, seperti sakit atau kecelakaan.

Produk asuransi biaya medis berbeda-beda, antara yang dijual ke kumpulan dan ke perorangan, rinciannya bermacam-macam, tetapi jaminan dasarnya tidak jauh berbeda. Apakah itu sebuah *health maintenance organization* (HMO), paket *point-of-service* (POS), atau *preferred provider organization* (PPO) (semuanya melibatkan jaringan pelayanan kesehatan, *medical provider networks*), atau sebuah paket indennitas atau ganti-rugi (*indemnity*) (yang tidak mengikutsertakan suatu jaringan), produk-produk asuransi biaya medis menyediakan jaminan yang luas untuk kunjungan ke rumah sakit, pelayanan dokter, obat-obatan yang diresepkan, *nursing care*, *X-rays*, diagnostik dan laboratorium, serta pelayanan akut lainnya. Beberapa paket juga mencakup kunjungan ke dokter untuk preventif atau kesehatan (*wellness*), untuk pemeriksaan dan imunisasi rutin.

Namun, perbedaan yang cukup besar pada rancangan paket dapat mempengaruhi perilaku pasar dan keputusan pembelian asuransi kesehatan (Tabel 3.1). Dua variabel yang sangat penting adalah seberapa banyak uang yang harus dibayar, dan seberapa bebas seseorang memilih dokter.

Umumnya, peserta HMO dan PPO tidak dikenakan *deductible* atau *copayment* minimum ketika mereka berkunjung ke dokter. Paket-paket indemnitas atau ganti-rugi cenderung memiliki *deductible* yang harus dibayar setiap tahun kalender, serta paket akan mengganti 80% dan tertanggung membayar 20% sisanya sebagai *coinsurance*. Biaya-biaya medis yang dicakup diganti 100% ketika tertanggung mencapai tingkat *deductible* dan *coinsurance* yang maksimum.

Menyinggung tentang kebebasan memilih, bila nasabah memilih pada spektrum paket mulai dari indemnitas sampai ke HMO, derajat kebebasan memilih dokter dan *provider* menjadi lebih kecil.

Tabel 3.1. Rancangan produk Asuransi Biaya Medis Perorangan dan Kumpulan.

Fitur	Indemnitas	Indemnitas dengan cost containment	PPO	POS	HMO
Copayment	No	Maybe	Yes	Yes	Yes
Coinsurance	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Deductible	Yes	Yes	Yes	Yes*	No
Out-of-pocket maximum	Yes	Yes	Yes	Yes*	No
Policy maximum	Yes	Yes	Yes	Maybe*	No**
Prescription drugs	Yes	Yes	Yes	Yes***	Yes***
Wellness	No	Maybe	Yes	Yes	Yes

\* Umumnya hanya untuk yang di luar jaringan

\*\* Pada pasar tertentu bisa ada policy maximum

\*\*\* Pada pasar tertentu hanya untuk di dalam jaringan

### *Managed care vs. Asuransi Indemnitas atau Ganti-rugi*

*Managed care* berkembang dengan bertambahnya tekanan dari pasar untuk mengurangi biaya perawatan kesehatan dan mengatur permintaan akan jasa perawatan kesehatan. Pada *managed care*, pembiayaan dan pelayanan kesehatan bagi tertanggung diintegrasikan dengan cara:

- Perjanjian dengan *provider* yang ditunjuk untuk mendapatkan perawatan kesehatan yang komprehensif bagi peserta;
- Kriteria khusus untuk pemilihan *provider* perawatan kesehatan;
- Program formal untuk jaminan mutu (*quality assurance*), dan telaah utilisasi (*utilization review*) secara berkala; serta
- Insentif finansial yang signifikan bagi peserta untuk menggunakan *provider* dan prosedur yang sesuai dengan paket.

Ada banyak tingkatan *managed care* dan produk asuransi biaya medis di pasar, yang semuanya merupakan suatu rangkaian mulai dari indemnitas atau *fee-for-service* sampai dengan pembagian risiko (*risk-sharing*) melalui kapitasi (*capitation*, yang dibayar dengan biaya tetap per pasien per tahun).

### Rangkaian Produk Managed care.

Fee-for-service			Capitation	
Indemnity	Indemnity with cost containment	PPO	POS	HMO
Menggunakan asumsi risiko asuransi			Berbagi risiko dengan <i>provider</i>	
Bebas memilih <i>provider</i>			Terbatas pada jaringan	
Biaya lebih tinggi bagi nasabah			Biaya lebih rendah bagi nasabah	
Kurang perlu mengedukasi nasabah			Perlu mengedukasi nasabah	
Berada di dalam sistem saat nasabah memilih			Lebih dahulu di dalam sistem	
Lebih sedikit diferensiasi produk dan jasa			Lebih banyak diferensiasi	
Cakupan nasional			Cakupan lokal	

Umumnya, mereka yang memilih produk indemnitas lebih memiliki kebebasan dalam menentukan dokter dan rumah-sakitnya sendiri sekaligus bebas memilih jenis perawatan yang dibutuhkan. Di ujung rangkaian spektrum di atas, mereka yang memilih HMO lebih terbatas kebebasannya dalam menentukan dokter dan rumah-sakitnya sendiri, juga apa dan kapan mereka dapat memperolehnya. Biasanya paket indemnitas lebih mahal dari pada *managed care*. Tapi keuntungannya peserta mempunyai kebebasan memilih dan memperoleh akses ke berbagai fasilitas kesehatan.

Produk *managed care* sedikit berbeda dengan paket indemnitas. *Managed care* mempromosikan cara agar supaya peserta terhindar dari penyakit (*preventive*), sedangkan paket ganti-rugi atau indemnitas memasarkan cara pengalihan risiko (*risk transfer*). Kegiatan pemasaran produk *managed care* dilakukan melalui proses penjualan, maupun melalui proses pendidikan kesehatan yang berkelanjutan. Banyak yang percaya dengan *managed care*, nasabah akan memperoleh keuntungan dari proses tersebut, perbaikan mutu kesehatan dengan biaya murah (*improved health care at a lower cost*).

*Managed care* beroperasi di bawah falsafah pemasaran, yakni sangat penting bila peserta terlibat dalam sistem ini sejak dini, artinya melalui pelayanan preventif, seperti imunisasi, perawatan prenatal, kesehatan (*wellness*) dan program nutrisi. Paket *managed care* ini menggunakan pendekatan secara harfiah dan kiasan (*literally and figuratively*) dalam melayani kebutuhan kesehatan dan gaya hidup pesertanya. Sebaliknya falsafah paket indemnitas adalah, peserta bertanggung-jawab penuh atas tindakan preventif tersebut, termasuk biaya dan waktu yang dibutuhkan.

Mana yang lebih baik: paket tradisional ganti-rugi atau *managed care*? Dari kaca mata marketing hal itu tidak terlalu penting, sebab nasabahlah yang bisa membedakannya. Yang terpenting adalah bahwa nasabah memiliki kebebasan untuk menentukan yang terbaik buat diri mereka sendiri. Perusahaan asuransi, PPO dan HMO memasarkan dan mengembangkan produk-produk mereka untuk memenuhi kebutuhan nasabahnya.

### 3.4. Harga sebagai sebuah konsep pemasaran

Untuk mendapatkan perhatian, uang, dan loyalitas nasabah, harga produk yang dipasarkan sangat penting, sebagaimana pentingnya produk itu sendiri. Tidak peduli bagaimana nasabah paham akan kebutuhan produk tersebut, jika harganya tidak sesuai, maka produk tersebut tidak akan dapat terjual. Jika sebagian besar pembeli potensial menganggap suatu produk harganya sangat mahal, biasanya hanya sedikit dari mereka yang akan membeli. Sama halnya jika suatu jenis produk terlalu murah, pembeli potensial mungkin tidak melihat adanya nilai barang tersebut atau akan menganggap barang tersebut berkualitas rendah, sehingga akibatnya juga hanya sedikit dari mereka yang membeli.

Harga merupakan sesuatu yang penting dalam pemasaran produk asuransi biaya medis. Nasabah harus punya kemampuan membayar, dan perusahaan asuransi harus juga mendapatkan keuntungan.

#### a. Harga dan Permintaan

Asuransi biaya medis adalah mahal. Mereka yang memperoleh asuransi yang disponsori oleh pengusaha tidak merasakan keseluruhan biaya produk asuransinya, karena pengusaha telah membayar sebagian dari preminya. Pengusaha besar umumnya membayar hampir semua biaya pengeluaran kesehatan bagi karyawan beserta keluarganya. Sementara pengusaha kecil hanya membayar sebagian kecil dari biaya pengeluaran kesehatan dan sering asuransi diperuntukkan hanya bagi karyawannya saja tanpa keluarga atau tanggungan lainnya. Akan tetapi, lain halnya dengan peserta perorangan yang membayar sendiri seluruh biaya, dan tidak merasa disingkirkan atau terisolasi dari harga produk yang sesungguhnya.

Ada banyak alasan mengapa produk asuransi biaya medis harganya mahal, yang termasuk didalamnya biaya pengembangan, distribusi dan administrasi produk; biaya perawatan yang tinggi, dan persyaratan regulasi. Tetapi yang utama tentu saja karena tingginya tingkat permintaan. Sebagian besar orang mempunyai pemahaman, bahwa ikut asuransi biaya medis, adalah sebagai salah satu jalan memperoleh akses kesehatan, dan menjaga dari kemungkinan biaya-biaya medis yang tidak terduga.

Di samping itu, subsidi asuransi kesehatan bagi pegawai, dan rancangan paket dengan *deductible* rendah (yang meminimumkan biaya premi perorangan dan risiko finansialnya) merangsang munculnya utilisasi yang sangat tinggi pada jasa kesehatan. Akibatnya sistem yang berlaku memancing nasabah untuk mengabaikan aturan permainan manajemen permintaan yang memungkinkan seseorang berbelanja dengan harga yang tepat, saat ia menginginkan barang tersebut. Beberapa ekonom berkesimpulan bahwa nasabah sendiri membayar lebih pada biaya asuransi atau pelayanan, dan mereka tidak sepenuhnya memahami bahwa mereka memiliki kekuatan untuk mengendalikan peningkatan biaya pelayanan kesehatan.

Tentu saja, mencari dokter yang tepat berbeda dengan kalau berbelanja barang atau jasa lainnya, karena didalamnya terlibatnya emosi. Misalnya pada situasi gawat (*emergency*), keputusan mencari dokter dilakukan dengan sangat terburu-buru dan di bawah tekanan keadaan. Dalam kondisi seperti itu memilih dokter yang akan merawat tentu saja sulit, dan di bawah tekanan. Oleh sebab itu paket seperti HMO mengharuskan peserta mempunyai pilihan dokter pribadi sendiri yang harus mereka kenali lebih dahulu.

## ***b. Pengaruh Demografi dan Pengobatan Teknologi Tinggi***

Demografi, perubahan teknologi, dan ekspektasi budaya merupakan faktor-faktor yang juga membuat asuransi biaya medis menjadi sangat mahal. Generasi *'baby boomer'* di AS menyebabkan perubahan drastis sistem pelayanan kesehatan, seperti halnya yang terjadi pada berbagai aspek lain yang ada di masyarakat AS. Ketika usia *'baby boomer'* menginjak usia 50-an kebutuhan kesehatan mereka mulai meningkat dan biaya perawatan mereka juga cenderung naik.

Pada saat yang sama, harga yang mahal dan prosedur medis berteknologi tinggi, menjadi sesuatu yang lumrah. Misalnya, operasi jantung (*heart surgery*) dan kemoterapi (*chemotherapy*) tersedia untuk pengobatan penyakit jantung dan kanker, yang merupakan dua penyebab utama kematian. Sebagian besar masyarakat Amerika berharap mereka dapat memperoleh akses terhadap prosedur tersebut jika membutuhkannya. Utilisasi yang tinggi dari kebutuhan pengobatan yang mahal cenderung mengakibatkan kenaikan harga asuransi biaya medis yang pada akhirnya mempengaruhi pasar.

## ***c. Pengaruh Regulasi terhadap Harga***

Peraturan-peraturan juga dapat mempengaruhi harga asuransi biaya medis. Sebagai contoh, regulasi mengharuskan manfaat tertentu, seperti transplantasi dimasukkan ke dalam cakupan harga produk asuransi. Meski hanya sebagian kecil peserta asuransi yang akan membutuhkan transplantasi, permintaan untuk memasukkan ini ke dalam manfaat mengakibatkan kenaikan biaya asuransi secara keseluruhan. Di samping itu, penjamin memerlukan biaya administrasi yang terkait dengan pemenuhan manfaat yang diwajibkan, dan peraturan-peraturan lainnya.

Banyak pengusaha besar AS yang memberikan paket manfaat kepada karyawannya dengan pengaturan swa-asuransi (*self-insurance arrangement*), untuk bisa terhindar dari peraturan pemerintah negara bagian. Peserta perorangan dan sebagian besar peserta dari perusahaan kecil umumnya tidak memiliki pilihan seperti ini, dan produk-produk yang dijual pada pasar seperti ini harus mengikuti hukum dan peraturan negara bagian, termasuk manfaat yang diwajibkan dan pembatasan harga. Pemenuhan kebutuhan tersebut akan menambah harga produk yang dijual di pasar ini.

Partisipasi dalam *pool* reasuransi kumpulan negara bagian, juga mempengaruhi harga asuransi biaya medis. *Pooling* tersebut memungkinkan perusahaan asuransi untuk membagi risiko penyediaan jaminan perorangan atau kumpulan yang mungkin menghadapi kondisi kesehatan yang serius. Perusahaan asuransi yang ikut serta dalam kumpulan tersebut secara berkala akan menerima tagihan atau penilaian (*billing and assessment*) yang membagi kewajiban *pool* kepada mereka. *Pooling* risiko adalah alat yang digunakan oleh pemerintah negara bagian untuk membantu mendanai biaya asuransi bagi mereka yang kurang sehat. Pendanaan *pooling* risiko (*risk pool*) ini berbeda di setiap negara bagian.

## **3.5. Penjualan dan Distribusi**

Cara tradisional dalam memasarkan asuransi adalah melalui agen atau perantara (*broker*). Tetapi kini bermunculan cara-cara alternatif yang digunakan untuk memasarkan produk biaya medis termasuk melalui internet.

## a. Agen dan Broker

Asuransi-kumpulan ataupun perorangan seringkali dipasarkan melalui agen atau *broker* mewakili perusahaan asuransi tertentu. Hanya sedikit dari perusahaan-perusahaan menjual produknya langsung kepada nasabah (disebut *direct writer*).

### Agen

Agen melakukan transaksi dan berhadapan langsung dengan nasabah. Mereka direkrut dan dilatih oleh staf personalia bagian penjualan perusahaan asuransi, dan menerima fasilitas ruang kerja, bantuan administrasi, dan tunjangan (*fringe benefit*). Kadang-kadang beberapa agen dianggap karyawan perusahaan asuransi, tetapi umumnya mereka bekerja bebas, tidak sebagai karyawan tetap perusahaan asuransi. Mereka dibayar dengan kombinasi gaji, komisi (biasanya persentase dari premi yang dibayar nasabah) dan kadang berupa bonus produksi, persistensi dan keuntungan bisnis lainnya. Agen merupakan penghubung utama nasabah dengan perusahaan asuransi yang memberikan pelayanan pelanggan, humas, dan tenaga pemasaran.

Hirarki manajemen penjualan agen berawal dari kantor pusat perusahaan asuransi, dan berkembang ke daerah menggunakan sistem yang ada di kantor cabang berdasarkan geografi dan besar pasar. Biasanya, kantor cabang memiliki akses ke pasar tertentu dan diberi otoritas oleh perusahaan untuk memasarkan produk yang telah disepakati oleh pemerintah negara bagian untuk pasar tersebut.

Ciri khas hirarki manajemen penjualan sebagai berikut:



Seorang agen harus memiliki lisensi dan diangkat oleh perusahaan sesuai dengan peraturan pemerintah negara bagian, diizinkan untuk memasarkan asuransi. Banyak perusahaan yang meminta agen biaya medis untuk memiliki *error and omission (E&O) insurance*. Asuransi ini adalah serupa dengan asuransi malpraktek (*malpractice insurance*) yang dimiliki oleh dokter atau profesi lainnya.

## *Broker*

Perantara (*broker*) memasarkan secara tatap muka (*face-to-face*), produk portofolio yang mereka rancang dari berbagai perusahaan asuransi dan lembaga keuangan. Sebagaimana halnya agen, mereka juga harus berlisensi dan ditunjuk oleh perusahaan asuransi tempat mereka bekerja-sama sesuai dengan peraturan pemerintah negara bagian, mungkin juga diwajibkan untuk memiliki *error and omission (E&O) insurance*.

*Broker* bukan karyawan perusahaan asuransi. Mereka umumnya tidak beroperasi di dalam lingkup bagian penjualan atau pemasaran, meskipun banyak yang bekerja pada organisasi *broker* yang disebut sebagai *wholesaler* atau *master general agent*. *Broker* dibayar dengan komisi dan kadang bonus dari produksi dan persistensi.

## *Bagaimana agen dan perantara mempromosikan produk*

Produk-produk asuransi biaya medis dipromosikan melalui TV, radio, koran dan media cetak lainnya, khususnya melalui agen dan *broker*. Banyak agen dan *broker* mengiklankan produk sekaligus mengiklankan jasa agen atau *broker* pada buku telepon lokal, dan seringkali juga mengirim surat langsung kepada sasaran di sekitar wilayah operasi mereka.

Materi cetak untuk promosi dibuat oleh perusahaan asuransi, juga dalam rangka membantu agen dan perantara mempublikasi produknya. Meskipun materi tersebut penekanannya pada jenis paket yang disukai oleh nasabah, mereka juga ingin memberikan informasi tentang perusahaan asuransi itu sendiri, termasuk peringkat, dan pengalaman dalam bisnis. Karena *merger* dan akuisisi juga bisa terjadi pada bisnis kesehatan, informasi dan materi promosi juga dirancang untuk memperkenalkan kepada publik tentang kepemilikan yang baru.

### *b. Distribusi Alternatif*

Di samping agen dan *broker*, asuransi biaya medis juga tersedia melalui HIPC (*health insurance purchasing cooperatives*), penjualan langsung, paket pemotongan gaji karyawan, asosiasi, serta bank dan lembaga keuangan lainnya.

## *Health Insurance Purchasing Cooperative (HIPC)*

HIPC adalah lembaga yang didirikan oleh swasta atau dengan sponsor pemerintah, bertujuan agar pengusaha kecil dapat menawarkan karyawannya pilihan paket biaya medis, seperti halnya yang dilakukan oleh para pengusaha besar. HIPC mengizinkan usaha kecil untuk bergabung di dalam semacam koperasi jaminan kesehatan, sebagaimana koperasi lainnya, yang merangkul anggotanya untuk dapat membeli barang dan jasa dengan harga yang murah. HIPC menawarkan anggota usaha kecil, pilihan paket termasuk PPO dan HMO (Lihat Tabel 3.2). Pengusaha akan menawarkan paket ini kepada karyawan agar mereka memilih paket yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Banyak HMO yang tidak terbiasa menawarkan produknya kepada usaha kecil, dan HIPC-lah yang menjadi jembatan bagi mereka untuk memperoleh akses pasar ini.

HIPC memasarkan paket asuransi melalui agen dan *broker*, meski ada beberapa negara bagian membolehkan melakukan penjualan langsung.

Tabel 3.2. Contoh menu pilihan HIPC.

Fitur paket	HMO-1	HMO-2	HMO-3	PPO-1	PPO-2	PPO-3
Copayment	\$5	\$10	\$15	\$10	%20	\$25
Deductible	n/a	n/a	n/a	\$250	\$500	\$1.000
Maximum	none	none	\$5 juta	\$2 juta	\$5 juta	\$5 juta
Out-of-pocket maximum	none	none	none	\$1.250	\$1.500	\$2.000
Prescription drugs	\$8 copay; generic	\$5/10 copay; generic/brand	\$15 copay; generic/brand	\$5/10 copay; generic/brand	\$5/10 copay; generic/brand	\$10 copay; generic
Wellness	yes	yes	yes	yes	yes	no

### Penjualan Langsung

Pada pasar dan produk tertentu, HMO dan beberapa perusahaan asuransi menggunakan cara penjualan langsung (*direct selling*). Penjualan langsung artinya pemasaran dilakukan langsung kepada pelanggan akhir – pembeli potensial – tanpa agen atau *broker*. Penjualan langsung sering dilakukan melalui telepon atau surat.

Asuransi biaya medis jarang sekali dipasarkan kepada perorangan atau badan usaha kecil dengan cara penjualan langsung, khususnya karena produk tersebut memberikan tanggungan medis dan proses yang sulit jika dilakukan melalui telepon atau surat. Sebagai contoh, seorang karyawan asuransi akan menghadapi kesulitan ketika melakukan pengukuran tinggi dan berat badan seseorang jika dilakukan hanya melalui telepon. Memang ada beberapa produk yang tidak memerlukan *underwriting* secara medis, atau dilakukan *underwriting* seperti halnya paket komprehensif yang lain, bisa dipasarkan melalui respon langsung, termasuk ganti-rugi perawatan rumah sakit, kasus penyakit tertentu (seperti kanker) dan polis manfaat terbatas lainnya.

### Penjualan via internet.

Saat ini banyak yang tertarik menggunakan internet untuk menjual produk atau jasa langsung kepada nasabah. Masyarakat semakin maju menggunakan komputer dibandingkan sebelumnya, banyak penjual merasa bahwa internet akan menjadi tempat utama nasabah mencari informasi tentang berbagai jenis asuransi termasuk produk asuransi biaya medis. Perusahaan asuransi, agen, *broker* serta bank dan lembaga keuangan lainnya yang menjual produk asuransi memasang halaman *World Wide Web* mereka dengan harga yang terjangkau.

Kemampuan interaktif pada *website* menunjukkan prospek pemasaran pada 3 bidang berikut:

- riset pasar dan pemanduan produk baru bagi agen dan *broker*
- rekruting agen dan *broker* untuk mendistribusikan produk
- penjualan langsung untuk produk dengan manfaat terbatas, dan produk lainnya

Dengan mendorong segmen populasi tertentu untuk menggunakan *Web* dalam memperoleh informasi tentang asuransi, para penanggung dapat menargetkan pada segmen masyarakat tertentu, seperti yang terdiri dari kawula muda, kelas menengah, menengah-atas dan berpendidikan. Sebaliknya sebagian merasa bahwa privasi dan kerahasiaan menjadi

pertimbangan, maka *Web* hanyalah sebuah alternatif pilihan di samping brosur pemasaran, dari kantor agen atau iklan televisi.

### *Program Pemotongan Gaji yang disponsori Pengusaha*

Ada beberapa jenis paket manfaat yang terbatas – seperti, paket ganti-rugi perawatan di rumah sakit – didistribusikan melalui paket pemotongan gaji karyawan (*employer-sponsored payroll deduction program*). Paket ini biasanya berkenaan dengan sesuatu yang bersifat sukarela atau asuransi yang tidak dibayar pengusaha. (Meskipun pengusaha sering memotong gaji karyawan untuk sebagian premi asuransi, pengusaha tersebut tidak selalu dianggap sebagai pasar ‘*payroll deduction*’)

Produk yang dipasarkan dalam paket pemotongan gaji biasanya bukan termasuk dalam paket asuransi yang formal. Mereka ditawarkan sebagai tambahan dari paket asuransi formal perusahaan yang murah atau tidak membutuhkan biaya dari pengusaha. Produk tersebut biasanya *portable*, yang artinya karyawan dapat saja membawa serta cakupannya, jika sewaktu-waktu keluar dari perusahaan.

Pasar paket pemotongan gaji karyawan yang *portable*, polis biaya medis perorangan yang komprehensif, semakin merosot tajam akibat adanya reformasi regulasi kelompok usaha kecil. Di beberapa negara bagian apabila suatu perusahaan asuransi memasarkan asuransi biaya medis melalui paket pemotongan gaji karyawan, akan dianggap sebagai penjualan jasa seleksi risiko dan manajemen risiko. Akibat ketatnya regulasi tentang pemeringkatan akan menaikkan harga produk, yang selanjutnya menurunkan kemampuan pemasaran. Karena itu, banyak perusahaan asuransi menghentikan penjualan pilihan paket pemotongan gaji karyawan.

### *Asosiasi*

Asosiasi profesi dan asosiasi dagang menawarkan anggotanya (karyawan dari perusahaan kecil atau perorangan) kesempatan membeli paket biaya medis dengan potongan harga. Jika sewaktu-waktu anggotanya meninggalkan asosiasi ini, mereka akan dapat membawa serta cakupannya, atau apapun sejenisnya. Paket asosiasi ini dikembangkan sebagai suatu cara organisasi untuk menarik perhatian anggotanya, dan untuk membuat perusahaan kecil dan perorangan bisa memperoleh keuntungan seperti pada asuransi kumpulan pengusaha besar.

### *Bank dan Lembaga Keuangan lainnya*

Ada banyak kesempatan bagi bank dan lembaga keuangan lainnya untuk memasarkan asuransi kesehatan kepada nasabah mereka melalui agen dan *broker*, internet, dan penjualan langsung. Untuk tujuan tersebut perusahaan asuransi mengembangkan strategi kemitraan dengan bank untuk menjamin konsumen agar dapat membeli produk yang sesuai dengan kebutuhan mereka.

## **3.6. Purna Jual: Pelayanan Pelanggan**

Banyak industri asuransi yang didorong distribusi (*distribution driven*) (artinya bahwa perhatian lebih ditujukan kepada agen dan *broker*), ada peningkatan apresiasi tentang pentingnya menjaga hubungan dengan nasabah atau pelanggan. Berfokus pada pelanggan atau nasabah tidak hanya tindakan yang benar, tetapi juga menguntungkan. Riset pasar menunjukkan bahwa semakin puas seorang nasabah atas sebuah produk, akan semakin cenderung dia untuk membeli kembali

produk tersebut dari perusahaan yang sama. Dan semakin banyak seorang nasabah membeli dari sebuah perusahaan, berarti semakin loyal dia pada perusahaan tersebut.

Meniru dari *mail order*, industri mobil dan transportasi, banyak perusahaan asuransi yang meningkatkan upayanya dalam melayani pelanggan. Untuk membantu mereka memahami bagaimana nasabah dilayani, kini banyak perusahaan memantau waktu berapa lama seorang petugas pelayanan pelanggan atau nasabah (*customer service*) menjawab telepon, berapa hari surat diterima dan dijawab, berapa banyak telepon yang dilakukan dan dari daerah mana asal penelepon. Perusahaan juga melatih petugas pelayanan nasabah bagaimana berkomunikasi secara efektif dengan konsumen, dan bagaimana memuaskan kebutuhan mereka. Perusahaan asuransi menggunakan *focus group* dan telepon serta survei melalui surat untuk dapat memahami persepsi pelanggan mengenai pelayanan yang diberikan. Beberapa perusahaan asuransi mengaitkan langsung program kompensasi petugas pelayanan pelanggan dengan hasil survei tersebut. Pendekatan dorongan pasar (*market driven*) ini dinamakan manajemen berbasis kinerja bagi petugas pelayanan nasabah.<sup>8</sup>

Perusahaan asuransi juga mendorong pelanggan untuk menulis surat kepada perwakilan mereka di lembaga legislatif tentang isu asuransi kesehatan. Seperti yang ditemukan pada industri lain, industri asuransi mulai melihat bahwa nasabah mereka tidak hanya merupakan aset yang berharga, tetapi juga bisa menjadi mereka suatu aliansi yang besar.

### 3.7. Pemasaran dalam pasar yang berubah

Masa depan pasar domestik asuransi biaya medis tidak pasti. Sementara sistem asuransi berbasis perusahaan yang memberikan perlindungan kepada karyawan beserta keluarganya akan jasa kesehatan dan kecelakaan, dipandang sebagai fungsi sosial, ada sebagian orang yang merasa bahwa sistem tersebut harus diganti dengan sistem yang berbasis pemerintah yang premi asuransinya digantikan dengan pajak. Sebagian lainnya merasa bahwa sistem sekarang sudah cukup untuk karyawan yang bekerja pada perusahaan besar, tetapi pada kenyataannya lebih banyak orang yang bekerja pada perusahaan kecil atau berwiraswasta yang terjatuh dalam celah-celah sistem, baik karena mereka tidak mampu membayar produk asuransi saat itu, atau mereka tidak memenuhi syarat. Sangat penting bagi industri asuransi untuk terus membangun strategi dan produk yang memenuhi dorongan pasar guna membantu memecahkan masalah keterjangkauan dan akses nasabah dan untuk menjamin nasabah mempunyai banyak pilihan.

Pasar non domestik menjanjikan prospek bagi perusahaan asuransi AS. Saat negara-negara lain bergulat dengan persoalan yang sama, yaitu keterjangkauan dan akses, kebutuhan pasar untuk tambahan berbagai jenis produk asuransi biaya medis menjadi semakin terbuka. Dihadapkan pada kenyataan, bahwa mereka tidak bisa menemui *provider* asuransi saat dibutuhkan, sebagai contoh, sebagian nasabah Canada mencari perlindungan asuransi di AS sebagai cadangan. Orang-orang Meksiko juga mencari perusahaan asuransi AS untuk perlindungan atas tindakan operasi yang memakan biaya tinggi, seperti transplantasi, atau operasi *by pass* koroner.

Dua pasar lain yang potensial bagi perusahaan asuransi biaya medis AS adalah:

- orang asing yang melakukan perjalanan di AS
- nasabah di negara Eropa Timur, Rusia, dan Ukraina yang mampu membayar asuransi sebagai tambahan atau suplemen, atau sebagai pengganti sistem asuransi mereka.

---

<sup>8</sup> Untuk informasi lebih lanjut mengenai pelayanan pelanggan, lihat Bab 7

Perusahaan asuransi biaya medis yang melihat pasar non domestik sebagai kesempatan akan memperoleh akses yang lebih besar di pasar global yang sedang tumbuh.

### 3.8. Ringkasan

Produk asuransi biaya medis dirancang untuk memenuhi kebutuhan pasar perlindungan atas biaya perawatan kesehatan yang tak terduga yang berhubungan dengan sakit atau kecelakaan. Melalui riset pasar perusahaan asuransi melakukan analisa kebutuhan nasabah hingga mampu membuat produk asuransi yang lebih baik untuk memenuhi kebutuhan nasabah tersebut. Di samping melalui agen dan *broker*, perusahaan asuransi juga sedang menjangkau pelanggan baru melalui koperasi, internet dan bank. Pemecahan masalah berbasis pasar akan terus menjadikan asuransi kesehatan lebih terjangkau dan tersedia bagi lebih banyak pelanggan.

### 3.9. Istilah Kunci

*Agent – Agen*

*Association sales – Penjualan asosiasi*

*Broker – Perantara, pialang*

*Copayment – Pembayaran pendamping*

*Customers – Nasabah, pelanggan*

*Deductible – Pengurang*

*Direct selling – Penjualan langsung*

*Distribution – Distribusi*

*Employee benefit plan – Paket manfaat karyawan*

*Errors and omissions (E&O) insurance – Asuransi kesalahan dan kelalaian*

*Fee-for-service – Pembayaran tunai atas layanan jasa*

*Field office system – Sistem kantor cabang*

*Health insurance purchasing cooperative (HIPC) – Koperasi pembelian asuransi kesehatan*

*Health maintenance organization (HMO) – Organisasi pemeliharaan kesehatan*

*Indemnity – Indemnitas, ganti rugi*

*Internet*

*Managed care – Perawatan terkendali*

*Market – Pasar*

*Market research – Riset pasar*

*Marketing mix – Bauran pemasaran*

*Nondomestic market – Pasar non domestik*

*Out-of-pocket maximum – Maksimum yang dibayar sendiri*

*Payroll deduction programs – Program pemotongan gaji*

*Point of sale (POS)*

*Preferred provider organization (PPO)*

*Price – Harga*

*Product – Produk*

*Promotion – Promosi*

*Risk pools – Pool risiko*

## Bab 4 – Penentuan Premi

*Pendahuluan*  
*Komponen Premi*  
*Memperkirakan Biaya Klaim*  
*Menetapkan Cadangan*  
*Struktur Tarif*  
*Tarif Pengalaman*  
*Metode Pendanaan*  
*Masalah Regulasi*  
*Ringkasan*  
*Istilah Kunci*

### 4. 1. Pendahuluan

Penentuan besarnya premi yang baik, sangat penting bagi sebuah produk asuransi biaya medis. Premi yang terlalu tinggi akan membuat produk tidak terjangkau konsumen. Premi yang terlalu rendah akan bisa mengakibatkan kerugian bagi perusahaan asuransi.

Tidak seperti klaim pada jenis-jenis asuransi lainnya, tidak ada tabel standar yang menentukan besarnya pengeluaran klaim medis. Hal ini disebabkan karena adanya variasi yang luas pada rancangan dan biaya paket, serta perbedaan dalam praktek pelayanan kesehatan dari satu daerah dengan daerah yang lainnya, dan juga dari satu *provider* pelayanan kesehatan dengan yang lainnya. Oleh karena itu, sebuah perusahaan asuransi tergantung pada aktuaris untuk mengembangkan sebuah tarif manual bagi paket yang ditawarkannya. Bab ini membahas bagaimana para perusahaan asuransi memperkirakan biaya klaim dan menentukan premi berdasarkan perkiraan tersebut.

### 4. 2. Komponen Premi

Komponen dasar dari premi adalah biaya klaim (*claim cost*), cadangan klaim (*claim reserve*), biaya operasional (*operational cost*), serta margin kontingensi dan margin keuntungan (*profit and contingency margin*). Persistensi dan mortalitas juga memberi dampak pada premi. Lihat tabel 4.1.

#### a. Biaya Klaim

Komponen yang paling penting dari premi adalah biaya klaim. Istilah morbiditas seringkali digunakan untuk menggambarkan ukuran biaya klaim. Biaya klaim merupakan bagian dari premi yang membayar manfaat yang diberikan oleh polis. Bagi asuransi biaya medis, biaya klaim merupakan fungsi dari 2 variabel yaitu Frekuensi dan Severitas.

- Frekuensi (*frequency*) adalah ukuran jumlah berapa kali sebuah klaim terjadi selama periode tertentu.
- Severitas (*severity*) adalah ukuran dari seberapa besar dan parah sebuah klaim.

Tabel 4.1. Komponen tarif premi.



Frekuensi dan severitas seringkali berbeda menurut jenis manfaat. Sebagai contoh, manfaat pemeriksaan diagnostik, obat-obatan yang diresepkan dokter, dan kunjungan ke dokter seringkali memiliki frekuensi klaim yang tinggi, akan tetapi severitas agak kecil. Sebaliknya, manfaat rawat inap atau pembedahan memiliki frekuensi klaim yang lebih rendah, sedangkan severitas dari klaim ini jauh lebih besar.

Biaya klaim keseluruhan merupakan biaya klaim bagi tiap manfaat. Tabel 4.2 menggambarkan penilaian dari sebuah polis kesehatan dengan 5 manfaat bagi seorang pria berusia 35 tahun. Dalam contoh ini, biaya klaim tahunan adalah \$300 per polis. Perusahaan asuransi membuat biaya klaim menurut umur (atau kelompok umur) dan *gender* bagi tiap manfaat yang ditawarkan dalam polis.

Biaya klaim biasanya sudah termasuk sebuah margin kontingensi untuk menanggulangi klaim yang lebih besar dari yang diperkirakan. Biaya klaim hanya sebuah perkiraan, tidak ada yang memperkirakan dengan tepat berapa besarnya biaya yang dibutuhkan. Margin kontingensi memberikan perusahaan perlindungan tambahan terhadap klaim yang lebih tinggi dari pada yang diperkirakan.

Tabel 4.2. Perhitungan biaya klaim pada polis biaya medis dengan 5 manfaat (untuk pria 35 tahun)

Manfaat (a)	Manfaat maksimum (b)	Frekuensi klaim tahunan (per 1000) (c)	Ukuran klaim rata-rata (d)	Biaya klaim setahun (e) = (c) x (d)
Rawat inap RS	\$300/hari	(0,06)	\$2.300	\$138
Pembedahan	\$3.000/tindakan	(0,05)	\$700	\$35
Pemeriksaan diagnostik	\$100/tes	(0,20)	\$85	\$17
Kunjungan dokter	\$75/kunjungan	(1,00)	\$50	\$50
Obat resep	\$50/resep	(2,00)	\$30	\$60
Jumlah biaya klaim setahun:				\$300

### b. Cadangan Klaim

Cadangan klaim (*claim reserve*) adalah sebuah mekanisme yang digunakan para perusahaan asuransi biaya medis untuk membiayai klaim yang telah dilaporkan, tetapi akan dibayar pada tanggal tertentu. Karena sifatnya, klaim medis biasanya memerlukan waktu beberapa minggu, bahkan beberapa bulan untuk mengumpulkan semua informasi yang dibutuhkan untuk menyelesaikan proses sebuah klaim. Aktuaris memperkirakan cadangan klaim untuk mencerminkan kewajiban klaim yang sesuai dan memperhitungkan premi yang cocok pada periode tersebut. Estimasi ini penting, terutama bagi produk asuransi biaya medis kumpulan, yang harga preminya berdasarkan pengalaman dan disesuaikan setiap tahun, untuk mencerminkan pengalaman yang sebenarnya terjadi dan kecenderungan yang ada. Kecenderungan (*trend*) merupakan tingkat pertumbuhan premi yang diperlukan untuk menutupi klaim ditambah biaya-biaya operasional. Contoh biaya medis kumpulan berikut ini melukiskan pentingnya cadangan klaim dalam menghitung premi.

Periode pengalaman:	Tahun kalender 1996
Tanggal pembaharuan polis:	1 Januari 1997
Premi yang didapat pada tahun 1996:	\$1.000.000
Klaim yang dibayar selama tahun 1996:	\$450.000
Cadangan pada awal tahun (BOP, awal periode 1/1/96):	Tidak ada (kelompok baru)
Cadangan pada akhir tahun (EOP, akhir periode 31/12/96):	\$250.000

BOP: beginning of the period  
EOP: end of the period

Karena ini merupakan kumpulan baru, maka tidak ada pengalaman yang dapat memberikan contoh untuk mendasari cadangan klaim. Cadangan klaim diperkirakan sebagai beberapa persentase (diasumsikan disini sebesar 25%) dari premi yang didapat berdasarkan pengalaman dari kumpulan lain yang sejenis.

Rasio kerugian (*Loss Ratio*) merupakan rasio dari klaim termasuk cadangan premi. Rasio kerugian untuk periode tahun 1996 dihitung sebagai berikut:

Rasio kerugian:	$\frac{\text{(Klaim yang dibayar - cadangan awal BOP + cadangan akhir EOP)}}{\text{Premi yang diterima}}$
	$(\$450.000 - 0 + \$250.000) : \$1.000$
	70%

Premi yang baru harus memperhitungkan rasio kerugian dalam periode sebelumnya yang diperkirakan 70%. Estimasi klaim yang diambil sebesar \$700.000 selama periode tersebut sangat berbeda dari klaim yang dibayar yaitu sebesar \$450.000. Perbedaan ini adalah kewajiban klaim telah terjadi pada periode tersebut, tetapi belum dibayarkan.

### c. Pengeluaran

Pengeluaran (*expenses*) adalah biaya yang dimasukkan oleh perusahaan asuransi untuk memasarkan dan merawat polis. Premi asuransi biaya medis harus cukup untuk menutupi pengeluaran ini. Ada enam macam tipe utama pengeluaran yang umumnya terdapat pada polis asuransi biaya medis kumpulan dan perorangan. Lihat Tabel 4.3 sebagai contoh pengeluaran yang umumnya terdapat pada polis biaya medis perorangan.

Tabel 4.3. Contoh pengeluaran pada polis biaya medis perorangan dengan premi tahunan rata-rata \$1.500 dan rasio kerugian diperkirakan 70%

Pengeluaran		Tahun pertama	Pembaharuan
Komisi penjualan	25% dari premi tahun pertama, 10% dari premi tahun berikutnya	\$375,00	\$150,00
Biaya akuisisi	\$75 per polis (hanya tahun pertama)	75,00	0,00
Biaya administrasi polis	\$20 per polis per tahun	20,00	20,00
Biaya administrasi klaim	5% dari klaim yang dibayar	52,50	52,50
Biaya <i>overhead</i> perusahaan	3% dari premi	45,00	45,00
Pajak premi	2% dari premi	30,00	30,00
	Total pengeluaran	\$597,50	\$297,50
	Prosentase dari premi tahunan	39,83%	19,83%

### Komisi Penjualan

Komisi penjualan (*sales commission*) dibayar kepada agen untuk menjual dan memasarkan produk asuransi biaya medis. Komisi biasanya dialokasikan sebagai persentase premi, ada perusahaan yang memberikan komisi yang lebih besar pada tahun pertama, kemudian menurun

pada tahun-tahun berikutnya, namun ada juga perusahaan yang memberikan komisi tetap setiap tahun (*level commissions*)

### *Biaya Akuisisi*

Biaya akuisisi (*aquisition expense*) merupakan biaya yang timbul pada kantor pusat untuk perizinan dan lisensi bisnis. Biaya ini dihitung dengan dasar per polis yang dibuat, atau dengan dasar per polis yang diterbitkan. Biaya *underwriting* biasanya cukup besar bagi polis biaya medis perorangan.

### *Biaya Administrasi Polis*

Biaya administrasi polis (*policy administration expense*) merupakan biaya yang dikeluarkan terus-menerus untuk merawat sebuah polis termasuk tagihan, pelayanan pelanggan, konservasi (yaitu, mencegah batalnya polis atau berpindahnya kepada perusahaan lain), dan biaya laporan. Biaya ini dialokasikan dengan dasar per polis atau per sertifikat polis pada asuransi kumpulan.

### *Biaya Administrasi Klaim*

Pengeluaran administrasi klaim mencakup biaya investigasi, pemrosesan, dan administrasi pembayaran klaim. Biaya ini dialokasikan dapat sebagai persentase dari klaim yang dibayar, persentase atas dasar premi, atau per polis.

### *Biaya Overhead Perusahaan*

Biaya *overhead* perusahaan (*company overhead expense*) merupakan biaya operasi lainnya yang tidak dialokasikan di atas. Diantaranya termasuk gaji manajemen, biaya perekrutan dan training, dan kadangkala perabotan kantor dan sewa. *overhead* dialokasikan sebagai persentase dari premi.

### *Pajak Premi*

Pajak premi (*premium tax*) ini, yang ditarik oleh pemerintah negara bagian (*states*), biasanya dialokasikan sebagai persentase dari premi.

Di Indonesia setiap orang yang membeli polis asuransi dikenakan ketentuan perpajakan yakni pajak pertambahan nilai (PPN) 10% terhadap premi asuransi mulai tahun 2006.<sup>9</sup> Jika premi dibayar oleh perusahaan, maka premi tersebut dianggap sebagai penghasilan sehingga menghitung pajak penghasilannya setelah ditambah premi yang dibayar oleh perusahaan.

### ***d. Margin Keuntungan dan Margin Kontingensi***

Margin keuntungan (*profit margin*) merupakan komponen dari premi yang memberikan keuntungan bagi perusahaan sebagai imbalan atas investasi yang telah ditanamkan. Bagi sebuah perusahaan untuk mengembangkan produk asuransi, menyediakan pelayanan asuransi kepada konsumennya, dan tetap memiliki dana klaim yang cukup, kapital yang ada harus diinvestasikan

---

<sup>9</sup> Premi untuk asuransi kesehatan yang dibayar sendiri oleh Wajib Pajak orang pribadi tidak boleh dikurangkan dari penghasilan bruto, dan pada saat orang pribadi dimaksud menerima penggantian atau santunan asuransi, penerimaan tersebut bukan merupakan Objek Pajak. Apabila premi asuransi tersebut dibayar atau ditanggung oleh pemberi kerja, maka bagi pemberi kerja pembayaran tersebut boleh dibebankan sebagai biaya dan bagi pegawai/karyawan yang bersangkutan merupakan penghasilan yang merupakan Objek Pajak.

dan produk harus memberikan keuntungan yang cukup pada investasi ini. Kebanyakan produk asuransi biaya medis diberi harga untuk mengembalikan sejumlah keuntungan tertentu. Selain margin keuntungan tersebut dimasukkan juga suatu margin kontingensi (*contingency margin*), untuk menyangga (*buffer*) dari peristiwa klaim yang buruk.

Produk asuransi biaya medis telah menghasilkan margin keuntungan yang agak kecil pada beberapa tahun terakhir ini. Tekanan peraturan serta kecenderungan harga pelayanan kesehatan mengakibatkan biaya klaim perlahan-lahan naik, dan banyak perusahaan asuransi sulit untuk tetap bertahan dengan biaya ini. Margin kontingensi (biaya tak terduga) dan margin keuntungan dapat berkurang dengan cepat, kecuali jika preminya disesuaikan dengan kenaikan biaya. Sebagai tambahan, perusahaan asuransi yang memiliki asuransi biaya medis kumpulan dan perorangan tradisional, menemukan kesulitan untuk memberikan premi yang cukup untuk mendapatkan margin keuntungan yang cukup dan bersaing dengan paket *managed care* serta paket swa-dana (*self-funded plan*).

### e. *Persistensi dan Mortalitas*

Sepanjang usia paket biaya medis, sejumlah tertentu cakupan diterminasi atau dihentikan, karena tertanggung yang secara sengaja membiarkan polis *lapse*, atau karena kematian tertanggung. Perusahaan asuransi menggunakan tiga tolok ukur bagi penghentian polis tersebut:

- Tingkat pembatalan (*lapse rate*), yaitu suatu tolok ukur dari polis yang dibatalkan secara sengaja dibandingkan dengan jumlah polis yang dikeluarkan atau diterbitkan.
- Persistensi (*persistency*), yaitu sebuah tolok ukur dari jumlah polis yang masih berlaku atau masih hidup (*in force*) dibandingkan dengan jumlah polis yang dikeluarkan.
- Mortalitas (*mortality*), yaitu sebuah tolok ukur dari jumlah polis yang dihentikan secara tidak sengaja karena kematian tertanggung.

Ketika menentukan premi pada asuransi biaya medis kumpulan dan perorangan, mortalitas tidak sebesar tingkat pembatalan (*lapse rate*) dan seringkali asumsi mortalitas dimasukkan ke asumsi pembatalan. Sebagai contoh, tingkat pembatalan biasanya pada tahun pertama sebesar 30% dan tingkat mortalitas biasa sebesar 0,5%. Maka tingkat persistensinya menjadi 69,5% ( $1 - 0,30 - 0,05$ ) menunjukkan bahwa 69,5% dari tertanggung yang sebelumnya diharapkan untuk tetap ada hingga tahun kedua.

### *Akibat dari Tingkat Pembatalan*

Tingkat pembatalan dapat memberikan efek yang besar pada dasar demografi polis kumpulan atau perorangan dan pada probabilitas, seperti yang digambarkan oleh contoh-contoh berikut:

**Contoh #1.** Tingkat pembatalan biasanya lebih tinggi pada tertanggung yang lebih muda dari pada tertanggung yang lebih tua, kecuali pada usia pensiun. Lebih muda dan lebih sehat, tertanggung lebih sering membatalkan asuransi dibandingkan dengan yang lebih tua dan yang lebih lemah. Pola ini mengakibatkan tertanggung menjadi tua lebih cepat dari normal, yang juga akan mengakibatkan pengalaman klaim yang negatif.

**Contoh #2.** Tingkat pembatalan biasanya berkurang dengan lamanya masa berlaku polis. Lebih lama sebuah polis berlaku, lebih kecil kemungkinannya seseorang membatalkan asuransi tersebut. Tingkat pembatalan perorangan dapat mencapai 30% hingga 40% pada tahun pertama

polis, dan lama-kelamaan turun menjadi 10-12% pada tahun keenam polis. Biasanya tingkat pembatalan merata setelah jangka waktu tertentu.

**Contoh #3.** Kenaikan tingkat dan premi juga memiliki efek yang lumayan besar pada tingkat pembatalan. Sebuah produk terlalu tinggi preminya kemungkinan memiliki tingkat pembatalan yang lebih tinggi dari normal. Kenaikan harga yang tinggi atau sering, juga mengakibatkan tingkat pembatalan yang tinggi. Kenaikan tingkat yang seperti itu biasanya berakibat mereka yang lebih sehat mencari jaminan yang lebih murah di tempat lain, dan menyisakan mereka yang kurang sehat dalam paket yang ditinggalkan.

**Contoh #4.** Tingkat pembatalan dibedakan berdasarkan jenis produk dan ketentuan pembaharuan polis. Tingkat pembatalan pada polis yang tidak dapat dibatalkan (*non cancellable*) biasanya rendah, oleh karena premi yang ada dijamin selama polis berlaku.

### 4.3. Memperkirakan Biaya Klaim

Ada perbedaan dalam cara menentukan premi asuransi biaya medis kumpulan dan perorangan. Umumnya polis kumpulan membuat premi untuk suatu cakupan kumpulan berdasarkan tabel tarif standar perusahaan asuransi. Sedangkan untuk polis perorangan menggunakan tabel morbiditas, yaitu tabel statistik yang menunjukkan jumlah rata-rata penyakit yang terjadi dalam sekelompok besar manusia.

#### a. Tarif Manual Kumpulan

Bagian terbesar dari premi polis biaya medis merupakan biaya klaim. Bagi polis kumpulan, biaya klaim biasanya diperkirakan menggunakan tarif manual kumpulan.

Sebuah tarif manual dibuat aktuaris dan didalamnya terdapat biaya bermacam-macam manfaat yang terdapat dalam paket, seperti rawat inap atau tes diagnostik. Dalam manual tersebut juga terdapat frekuensi rata-rata bagi tiap manfaat dan faktor penyesuaian bagi tiap aspek dari paket yang dapat mempengaruhi harga. Menggunakan informasi ini, *underwriter* kelompok melakukan seleksi manfaat yang sesuai dan memperhitungkan harga manual bagi paket tersebut.

Faktor yang mungkin mempengaruhi tarif manual bagi kumpulan, termasuk didalamnya faktor demografi dan faktor rancangan paket. Begitu tarif manual selesai dibuat, ia bisa disesuaikan berdasarkan analisis kecenderungan atau penelitian pengalaman. Satu contoh dari penyesuaian tersebut, misalkan sebuah paket mempunyai tarif manual sebesar \$250, dan seluruh tarif manual efektif mulai tanggal 1 Januari 1998. Ada sebuah tren kenaikan tahunan sebesar 10%, dan polis ini tidak akan efektif hingga 1 juli 1998. Berdasarkan itu, tarif manual memerlukan penyesuaian tren naik selama 6 bulan. Tarif manual yang telah disesuaikan adalah:

$$(\$250) \times (1,10)^{1/2} = \$262,20$$

#### b. Statistik Perorangan

Aktuaris menggunakan tabel morbiditas untuk membuat tarif manual bagi polis medis perorangan. Sumber statistik populasi medis merupakan titik permulaan yang baik. Sumber data yang terbaik berasal dari pengalaman perusahaan yang ada bagi produk yang serupa. Namun, jika perusahaan asuransi tersebut sedang memperkenalkan produk yang baru, pengalaman perusahaan tidak mungkin didapat. Pada kasus-kasus ini, aktuaris beralih ke sumber data lain untuk merancang biaya klaim asuransi biaya medis perorangan.

Sumber-sumber yang sering digunakan diantaranya:

- Studi antar perusahaan yang dikumpulkan periodik dan diterbitkan jurnal *Transactions of the Society of Actuaries*;
- Statistik populasi medis yang dapat diperoleh dari bermacam-macam sumber pemerintah;
- Statistik industri tentang tertanggung dan data populasi dari *Health Insurance Association of America* (sekarang *AHIP – American Health Insurance Plans*);
- Statistik khusus, seperti data kecelakaan dari *National Safety Council* dan statistik kanker tahunan dari *American Cancer Society*.

Ketika menggunakan data populasi atau studi antar perusahaan, aktuaris harus menyesuaikan data untuk memperhitungkan *underwriting* dan falsafah klaim perusahaan mereka.

### **c. Variasi Tarif manual**

Faktor lain yang mempengaruhi tarif manual kumpulan dan perorangan, aktuaris perlu membuat penyesuaian bagi alasan-alasan berikut: aspek demografi yang mempengaruhi kumpulan atau perorangan, rancangan paket, ketentuan jaminan premi dan pembaharuan polis, analisis kecenderungan, dan falsafah *underwriting* perusahaan.

#### **Faktor Demografi**

Faktor demografi (*demographic factors*) yang mempengaruhi tarif manual antara lain adalah daerah geografi, usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan industri.

##### **Daerah geografi.**

Praktek medis bervariasi dari satu daerah ke daerah yang lain, mempengaruhi biaya pelayanan. Biaya juga berbeda di daerah urban (kota) dan di daerah rural (pedesaan). Aktuaris seringkali menggunakan kode pos atau faktor tarif wilayah untuk memperhitungkan variasi dalam biaya menurut daerah geografi. Situasi lain harus diperhitungkan juga, seperti ketika tertanggung tinggal di daerah suburban (tepi kota) yang murah tapi, mendapat perawatan di daerah pusat metropolitan dengan biaya hidup tinggi.

##### **Usia dan Jenis Kelamin.**

Usia merupakan faktor yang penting dalam pengembangan biaya klaim, karena hampir seluruh statistik klaim medis bervariasi menurut usia. Biaya klaim medis juga berbeda menurut gender, dan variasi ini seringkali tergantung pada usia serta jenis manfaatnya. Sebagai contoh, manfaat makan dan kamar rumah sakit seringkali lebih rendah bagi wanita berusia di bawah 30 tahun dan di atas usia 50 tahun serta bagi pria antara usia 30 dan 50 tahun.

##### **Pekerjaan dan industri.**

Aktuaris memperhitungkan faktor pekerjaan dengan berbagai cara. Lebih mudah memperkirakan persentase dari karyawan kerah-putih (*white-collar*), dibandingkan pekerja kerah-biru (*blue-collar*) dalam kumpulan. Jika klasifikasi sebuah industri dipergunakan, biasanya didasarkan kepada kode Standard Industrial Classification (SIC). Industri tertentu seperti, pelayanan bank dan keuangan, dapat menerima diskon pada tarif manual. Industri lainnya, seperti tambang atau konstruksi, dapat menerima faktor beban yang ditambahkan pada tarif manual. Faktor beban (*loading factor*) adalah jumlah yang ditambahkan pada premi bagi sebuah kumpulan untuk menutupi kemungkinan terjadinya kerugian yang lebih besar dari pada yang diperkirakan oleh

statistik, karena karyawannya bekerja dalam industri yang berbahaya. (beban juga ditambahkan karena rata-rata usia yang lebih tua, persentase karyawan yang tidak terlatih lebih tinggi, serta pengalaman yang merugikan atau *adverse experience*.) Diskon dan beban bisa berkisar antara 5 hingga 50% dari biaya klaim.

### *Faktor Rancangan Paket*

Fitur rancangan paket (yang mempengaruhi harga termasuk diantaranya *deductible* dan *coinsurance*, pelayanan yang dijamin, kondisi yang dijamin, fitur *cost containment*, serta limitasi dan pengecualian.

Kebanyakan paket memiliki *deductible*, yaitu jumlah yang harus dibayar oleh pemegang polis sebelum berhak menerima pembayaran manfaat. Beberapa paket terdapat didalamnya *deductible* rawat inap yang terpisah, yang harus dipenuhi sebelum klaim rawat inap di rumah sakit dapat diperoleh. *Deductible* yang lebih tinggi membuat premi dan klaim yang lebih rendah.

Bahkan setelah *deductible* telah terpenuhi, sebagian besar paket mengharuskan pemegang polis membayar sebuah *coinsurance*, yaitu persentase dari tagihan yang tersisa. Paket yang memerlukan tingkat *coinsurance* yang lebih tinggi memiliki premi dan klaim yang lebih rendah.

Biaya klaim sangat bervariasi tergantung dari tipe pelayanan yang diberikan. Beberapa paket menjamin hanya pengeluaran yang dikeluarkan selama pemegang polis dirawat di rumah sakit. Paket ini lebih murah. Paket lain yang lebih komprehensif menjamin hampir semua pengeluaran yang berhubungan secara medis. Beberapa manfaat seperti, imunisasi, pemeriksaan berkala, atau obat-obatan beresep, dapat ditawarkan sebagai pilihan, dan jumlah premi tertentu ditambahkan kepada harga untuk suatu penjaminan (*coverage*).

Fitur-fitur *cost containment*, seperti audit medis dan program telaah rawat inap (*hospital stay review program*), dapat mengurangi biaya klaim. Audit medis, terutama tagihan rumah sakit, membantu perusahaan asuransi dengan tagihan-tagihan yang tidak masuk akal, atau tagihan ganda. Program telaah rawat inap membantu menentukan kesesuaian dari sebuah perawatan seorang pasien. Telaah seperti itu dapat memperpendek masa rawat inap, dan akan menghindari biaya yang tidak perlu.

Pembatasan dan pengecualian menekan harga dengan melindungi paket dari klaim yang sangat besar. Kebanyakan paket memiliki maksimum seumur hidup; umumnya \$1 juta. Banyak paket membatasi jumlah yang dapat dibayar bagi gangguan mental dan saraf, walaupun peraturan pemerintah negara bagian mungkin akan memberikan jumlah minimum yang harus diberikan. Juga sudah umum untuk tidak memasukkan pengobatan eksperimental dari cakupan paket biaya medis. Fitur-fitur ini melindungi paket dari klaim yang besar dan oleh karena itu bisa mengurangi biaya klaim.<sup>10</sup>

### *Ketentuan Jaminan Tarif dan Ketentuan Pembaharuan Polis*

Karena klaim asuransi biaya medis sangat dipengaruhi oleh inflasi medis, premi yang ada harus sering disesuaikan untuk tetap seimbang dengan biaya yang terus naik. Akibat tingginya tingkat inflasi pada biaya medis, biaya klaim yang pada tahun ini mencukupi, mungkin tidak akan mencukupi pada tahun depan. Bila premi asuransi biaya medis dijamin untuk tetap sama selama

---

<sup>10</sup> Bahasan tentang pembatasan dan pengecualian yang lebih rinci, lihat Bab 1: Asuransi Biaya Medis Kumpulan Utama serta Bab 2: Asuransi Rawat Inap & Bedah Perorangan.

jangka waktu tertentu (*rate guarantees provision*), harga preminya harus di tetapkan pada permulaan periode untuk mencerminkan jaminan ini. Bagi asuransi kumpulan, premi bisa bervariasi, tergantung dari lamanya periode jaminan (biasanya 1-3 tahun), serta tingkat inflasi medis yang diantisipasi. Pada akhir periode, asuransi kesehatan kumpulan dapat diperbaharui dengan menerapkan premi yang baru.

Bagi asuransi perorangan, ada 4 pilihan pembaharuan (*renewal*) yang dirancang untuk ditawarkan kepada tertanggung untuk proteksi terhadap pembatalan jaminan oleh karena turunnya kondisi kesehatan. Setiap pilihan memberikan implikasi yang berbeda bagi tingkat perlindungan dan harga. Pilihannya antara lain: perpanjangan opsional (*optionally renewable*), tidak bisa diperpanjang untuk sebab-sebab yang telah ditentukan (*nonrenewable for stated reasons only*), perpanjangan yang digaransi (*guaranteed renewable*) dan tidak bisa dibatalkan (*noncancelable*). HIPAA mengharuskan semua polis biaya medis perorangan dijamin pembaharuannya (*guaranteed renewable*), kecuali terjadi hal-hal tertentu (misalnya penipuan atau *fraud*). Ketentuan pembaharuan HIPAA sama seperti ketentuan tidak bisa diperpanjang oleh karena sebab-sebab yang telah disetujui. Kontrak biasanya diperbaharui untuk satu tahun dengan premi yang disesuaikan dengan inflasi medis.

### *Analisa Kecenderungan*

Aktuaris sering harus menyesuaikan dengan kecenderungan pada tarif manual. Berdasarkan data, inflasi pada asuransi biaya medis yang jauh lebih tinggi daripada inflasi umum. Suatu tarif manual medis biasanya memiliki periode waktu tertentu dimana harganya masih sesuai. Jika harga yang diterapkan untuk sebuah polis dengan tanggal efektif polis yang terjadi sebelum atau sesudah yang telah ditentukan, maka sebuah koreksi penyesuaian harus dibuat. Komponen dari kecenderungan ini antara lain adalah inflasi medis, perubahan utilisasi, pemindahan atau penggeseran biaya (*cost shifting*), inflasi ekonomi, dan kemajuan teknologi medis. Setiap kecenderungan dapat diteliti sendiri-sendiri meskipun sulit untuk dibedakan secara jelas. Sebagai contoh, teknologi baru mempengaruhi praktek medis telah diterima dan sebaliknya akan mempengaruhi utilisasi. Kebanyakan perusahaan menganalisis kecenderungan keseluruhan dalam klaim biaya medis, berbeda dengan bila dipertimbangkan secara sendiri-sendiri.

### *Inflasi Medis.*

Inflasi medis (*medical inflation*) adalah kenaikan biaya pada pelayanan kesehatan. Hal tersebut akan berbeda tergantung pada tipe pelayanannya. Contohnya, ongkos rumah sakit dapat naik lebih cepat dari pada tagihan dokter. Inflasi medis diukur dengan membandingkan data historis dengan data yang paling baru.

### *Pola Utilisasi.*

Perubahan dalam utilisasi (*utilization pattern*) dapat mempengaruhi kecenderungan. Sebagai contoh, jika sebuah polis kumpulan telah berlaku untuk jangka waktu tertentu, rata-rata usia mungkin akan bertambah, akan menaikkan frekuensi klaim dalam kumpulan. Atau jika sebuah paket dirancang untuk mengurangi pembedahan rawat inap melalui penggunaan *deductible* rawat inap, lalu perusahaan asuransi tersebut mungkin akan menemukan bahwa penggunaan rawat jalan akan bertambah. Perubahan-perubahan lain dalam praktek medis, seperti penggunaan obat-obatan baru, juga mempengaruhi biaya paket.

### *Pemindahan biaya.*

Pemindahan biaya (*cost shifting*) terjadi ketika satu kelompok pasien ditagih lebih besar dari biaya yang sebenarnya, guna mengganti atas kerugian pendapatan dari kelompok yang lain. Contohnya, jika sebuah rumah sakit menyediakan perawatan bagi sejumlah besar orang yang tidak mampu membayar, lalu rumah sakit harus mendapatkan kembali pengeluaran mereka dengan menagih jumlah yang lebih besar kepada pasien yang mampu membayar.

### *Inflasi ekonomi.*

Inflasi ekonomi (*economic inflation*) ini mempengaruhi bagian pengeluaran dari premi. Pengeluaran perusahaan dapat naik dari tahun ke tahun: kenaikan biaya tenaga kerja, kenaikan sewa, kenaikan harga peralatan, dan sebagainya. Setiap pengeluaran perusahaan yang terus-menerus terjadi, merupakan akibat dari inflasi, dan kenaikan-kenaikan ini dibebankan kepada nasabah.

### *Teknologi medis yang baru.*

Oleh karena semakin mudahnya teknologi baru didapat oleh *provider* medis, harga paket medis dapat naik atau turun. Beberapa teknologi baru seperti pembedahan laparaskopi, dapat menurunkan harga, karena proses pembedahan yang tadinya memerlukan perawatan inap yang lama dapat dilakukan melalui basis rawat jalan, dengan perawatan dalam waktu yang lebih singkat. Tetapi, obat-obatan baru seringkali lebih mahal daripada obat-obatan yang lama, karena perusahaan obat-obatan harus membebankan ongkos penelitian dan pengembangan kepada nasabah. Namun, bila suatu terapi dengan obat bisa menggantikan perawatan yang lebih mahal, maka ini juga merupakan salah satu cara penghematan.

Teknologi yang membutuhkan peralatan khusus yang harus dibeli, seperti ultrasound, mungkin akan merupakan alat yang termahal. Peralatannya sendiri sudah mahal, dan biaya tersebut akan dibebankan kepada pasien. Terlebih lagi, patut dipertanyakan apakah penggunaan peralatan seperti itu memang harus dilakukan.

### *Falsafah Underwriting*

Praktek *underwriting* sebuah perusahaan asuransi memberikan pengaruh pada besarnya tagihan premi. Praktek *underwriting* akan berbeda berdasarkan kepada siapakah paket tersebut dipasarkan, apakah kepada kumpulan atau kepada perorangan. Bagian berikut ini menjelaskan *underwriting* dari sudut penentuan premi.<sup>11</sup>

#### *Untuk paket kumpulan.*

*Underwriting* kumpulan berbeda-beda tergantung pada besarnya kumpulan serta tergantung besarnya tingkat partisipasi. Bagi kumpulan yang besar, hanya diperlukan *underwriting* yang minimum. Diasumsikan bahwa terdapat cukup banyak orang-orang sehat dalam kumpulan untuk menanggulangi klaim tinggi yang mungkin diakibatkan hanya oleh beberapa orang yang sakit. Bahkan, mungkin ada sejumlah kecil biaya yang harus dibayar, misalnya 50%, untuk melindungi paket dari antiseleksi.

Bagi kumpulan yang lebih kecil (dengan anggota 50 orang atau kurang), efek dari klaim yang besar, lebih terasa karena tidak adanya jumlah premi yang besar untuk menyerapnya. Jumlah peserta asuransi kumpulan yang lebih kecil biasanya memiliki jumlah premi yang lebih besar untuk bisa diterima. Jumlah peserta asuransi kumpulan yang lebih kecil, biasanya memiliki

---

<sup>11</sup> Untuk informasi lebih lanjut, lihat Bab 6: *Underwriting*.

kebutuhan partisipasi yang lebih besar – paling tidak 75% – dan memiliki *underwriting* yang lebih ketat. Untuk kumpulan yang sangat kecil (di bawah 10 jiwa), mungkin akan diperlukan *underwriting* perorangan.

Klausula atau pasal jaminan diterbitkan (*guaranteed issue clause*) memperbolehkan setiap orang dalam kumpulan dapat diterima sebagai peserta paket medis, untuk diberikan jaminan dengan tidak memperdulikan riwayat medisnya. Untuk kelompok yang sangat besar, klausula ini berpengaruh sedikit terhadap biaya klaim keseluruhan. Namun, untuk kumpulan yang lebih kecil, tarif akan sangat terpengaruh. Selain itu, faktanya bahwa tidak adanya sebuah basis premi yang cukup besar untuk menyerap klaim yang besar dan itu merupakan suatu masalah.

#### *Untuk asuransi perorangan.*

Untuk asuransi perorangan, *underwriting* dilakukan secara perorangan. Terdapat risiko anti seleksi lebih besar pada paket kesehatan perorangan, karena orang dengan kesehatan yang buruk akan memilih ikut asuransi. Derajat tingkat seleksi risiko asuransi perorangan mempunyai dampak yang besar pada premi. Lebih ketat suatu *underwriting* dilakukan, lebih besar biayanya, tetapi, landasan pertanggungan awal lebih sehat, akan mengakibatkan biaya klaim keseluruhan menjadi lebih rendah. *Underwriting* yang dipermudah dapat mengakibatkan antiseleksi yang lebih tinggi dan mungkin klaim yang lebih besar, tetapi biaya *underwriting* lebih kecil. Pada *guaranteed issue*, dengan tidak adanya *underwriting* medis, dapat dilakukan dengan biaya yang sekecil-kecilnya, namun dapat mengakibatkan antiseleksi yang tinggi dan klaim-klaim yang sangat besar.

Falsafah *underwriting* perorangan yang ketat, bisa mengelompokkan tertanggung ke dalam kelas-kelas tarif yang cocok. Pengelompokan seperti ini memungkinkan perusahaan tersebut untuk memberikan jaminan risiko *substandard* dan menagih premi yang lebih sesuai. Mereka yang memiliki risiko yang lebih besar tetap berhak menjadi peserta untuk memperoleh jaminan, tetapi mungkin akan perlu membayar premi yang lebih tinggi.

#### *Untuk asuransi kumpulan dan perorangan.*

Klausula kondisi yang ada sebelumnya, bersama *underwriting*, bisa bekerja dengan baik agar biaya klaim tetap rendah. Klausula kondisi yang ada sebelumnya (*pre existing condition*) hanya membatasi jumlah manfaat yang dapat dibayar untuk kondisi yang sedang dalam perawatan sebelum tanggal efektif paket. Batasan ini melindungi paket dari antiseleksi.

Klausula kondisi yang ada sebelumnya mungkin tidak termasuk jaminan bagi kondisi-kondisi apapun, dimana tertanggung mencari perawatan dalam jangka satu tahun, sebelum tanggal efektif cakupan. Pengecualian ini dapat berlangsung hingga jaminan berlaku (*in-force*) selama satu tahun. Oleh karena itu, dengan klausula kondisi yang ada sebelumnya, tertanggung tidak mendapatkan insentif, jika ia menunggu hingga menderita penyakit yang berat sebelum membeli jaminan.

#### *Underwriting dari waktu ke waktu*

*Underwriting* memberikan pengaruh yang besar pada tarif pada tahun-tahun awal paket biaya medis, setelah waktu berlalu, pengaruh *underwriting* biasanya hilang. Pada akhirnya, orang-orang muda yang terdaftar akan bertambah tua dan orang-orang yang sehat akan menderita sakit. Pembatasan keadaan sebelumnya akan berakhir setelah setahun cakupan. Namun, klausula *underwriting* dan kondisi yang ada sebelumnya tetap penting bagi pendaftar yang baru.

*Underwriting* akan membantu menekan biaya pada tahun-tahun awal paket, dan itu dapat membantu untuk menekan antiseleksi seiring dengan tumbuhnya paket.

## 4. 4. Menetapkan Cadangan

Cadangan klaim (*claim reserve*) disisihkan untuk khusus menutupi kewajiban klaim yang belum dibayar. Dua macam cadangan klaim yang ada adalah cadangan klaim pending (*pending reserves*) dan cadangan klaim yang terjadi tetapi belum dilaporkan (*incurred but not reported reserve, IBNR reserve*).

### a. Cadangan klaim pending

Cadangan klaim *pending* (*pending claim reserve*) dibuat untuk klaim yang telah dilaporkan tetapi belum dibayar. Pada banyak kasus, beberapa informasi tambahan diperlukan sebelum pembayaran tersebut dapat dilaksanakan. Cadangan klaim *pending* biasanya merupakan bagian kecil dari cadangan klaim keseluruhan asuransi biaya medis.

### b. Cadangan klaim yang terjadi tetapi belum dilaporkan

Cadangan klaim yang terjadi tetapi belum dilaporkan (*incurred but not reported reserve, IBNR claim reserve*) dibuat untuk klaim yang belum dilaporkan kepada perusahaan. Biasanya ada jeda waktu dari saat klaim diajukan, hingga diserahkan untuk pembayaran. Untuk laporan yang akurat tentang pengeluaran paket, perkiraan cadangan klaim IBNR yang setepat mungkin adalah sangat penting.

### c. Metode yang dipakai untuk memperkirakan cadangan klaim

Ada banyak cara untuk memperhitungkan cadangan klaim yang sesuai. Pembahasan ini menjelaskan dua metode yang paling umum dipakai: metode rasio kerugian (*loss ratio method*) dan metode pengembangan (*development method*). Metode rasio kerugian merupakan salah satu metode yang paling sederhana untuk memperkirakan cadangan. Rumus metode ini adalah cadangan sama dengan premi yang telah ada dikalikan persentase rasio kerugian dikurangi klaim yang telah dibayar. Contohnya, jika suatu polis asuransi kumpulan dengan premi sebesar \$150,000, dengan rasio kerugiannya sebesar 80%, dan klaim yang telah dibayar sebesar \$90,000. maka cadangan untuk polis asuransi kumpulan ini adalah:

$$\$150,000 \times 80\% - \$90,000 = \$30,000.$$

Metode pengembangan merupakan cara yang lebih rumit dibandingkan dengan metode rasio kerugian, tetapi hasil yang didapat lebih akurat. Metode ini yang juga disebut metode *lag* (*lag method*), tergantung pada penelitian dan model dari pola klaim. Sebuah tabel dibuat untuk melaporkan perbandingan klaim menurut bulan terjadinya peristiwa terhadap bulan pembayaran.

Dari tabel ini, keseluruhan faktor dihitung yaitu, persentase klaim total yang telah terjadi yang dimasukkan selama bulan tersebut, yang telah dibayar. Tabel 4.4 menggambarkan metode pengembangan dimaksud.

Tabel 4.4. Contoh Metode Pengembangan untuk memperkirakan klaim.

1. Klaim dijumlah menurut bulan pembayaran vs bulan kejadian							
Bulan Kejadian	Bulan pembayaran						Total
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	
Jan	10.000	50.000	30.000	10.000	0	0	100.000
Feb		7.000	44.000	19.000	5.000	0	75.000
Mar			12.000	54.000	32.000	10.000	108.000
Apr				10.000	49.000	33.000	101.000

2. Hitung tarif kumulatif jumlah klaim yang dibayar setelah satu bulan, dua bulan, dan seterusnya							
Bulan Kejadian	Bulan pembayaran						
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	
Jan	0,100	0,600	0,900	1,000	1,000	1,000	
Feb		0,093	0,680	0,933	1,000	1,000	
Mar			0,111	0,611	0,907	1,000	
Apr				0,099	0,584	0,911	

3. Faktor-faktor ini digunakan untuk menghitung perkiraan klaim masa depan untuk cadangan IBNR							
--	--	--	--	--	--	--	--

## 4. 5. Struktur Tarif

Untuk pemerataan pelayanan diantara para pemegang polis, premi seringkali distrukturkan menjadi kelas tarif yang berbeda untuk mencerminkan kategori yang berbeda. Premi bervariasi tergantung dari ukuran besarnya kumpulan, usia pemegang polis, jumlah keluarga yang tercakup, lokasi geografi, serta faktor lainnya. Ada juga struktur tarif yang berbeda untuk polis asuransi biaya medis kumpulan dan untuk perorangan.

### a. Struktur Tarif Kumpulan (*Group rating structures*)

Faktor yang menentukan berapa banyaknya tarif yang dikembangkan dan seperti apa tarif itu adalah pilihan kelompok dari klasifikasi keluarga. Beberapa polis asuransi kumpulan memiliki satu tarif untuk jaminan khusus karyawan dan satu lagi untuk jaminan keluarga. Polis asuransi kumpulan lainnya memiliki tarif yang terpisah masing-masing yang khusus bagi karyawan, karyawan dan pasangannya, karyawan dan anak-anaknya (tetapi tidak dengan pasangannya), serta karyawan dan keluarganya.

Tarif berdasarkan rentang-umur (*age banded*) dapat ditawarkan untuk kelompok yang kecil. Tarif ini didasarkan pada usia karyawan, biasanya dengan jarak rentang antara 5 atau 10 tahun. Berikut ini merupakan contoh dari tarif berdasarkan pengelompokan umur yang umum dipakai:

Karyawan lajang	Tarif per bulan
Di bawah usia 30	\$150
Usia 30-39	200
Usia 40-49	275
Usia 50-59	375
Usia 60 ke atas	525

*Contoh Penyusunan Premi  
untuk polis asuransi kumpulan dari perusahaan dengan 200 karyawan.*

Asumsi yang digunakan:

- Distribusi jenis kelamin dan usia sama saja dengan apa yang terdapat di manual perusahaan.
- Tidak dibuat penyesuaian industri ataupun yang berhubungan dengan pekerjaan.
- Cadangan klaim dibiayai sepenuhnya.
- Perusahaan memakai struktur tarif 4-cara (*four-way rate structure*), dengan distribusi berikut:

Jumlah karyawan	Paket cakupan
100	Karyawan saja
30	Karyawan bersama pasangannya
20	Karyawan bersama anak-anaknya
50	Karyawan bersama keluarganya
200	Jumlah

Pedoman atau manual mencantumkan frekuensi, biaya, dan premi netto tahunan untuk karyawan dalam kumpulan dengan karakteristik berikut ini.

Jenis layanan (a)	Frekuensi tahunan (b)	Biaya tahunan rata-rata (c)	Premi tahunan netto (d) = (b) x (c)
Rawat inap RS	0,10	\$7.000	\$700
Pembedahan	0,30	1.500	450
Kunjungan dokter (termasuk tes dan laboratorium)	0,85	500	425
Obat resep	0,75	200	150
		Jumlah	\$1.725

Perhitungan manual menyatakan, bahwa biaya pasangan 20% lebih tinggi dari biaya karyawan, dan biaya anak-anak 40% lebih rendah dari biaya karyawan. Jadi, jumlah total premi netto tahunan (biaya klaim) karyawan adalah \$1,725. Untuk pasangan, tambahkan 20% pada biaya ini untuk mendapatkan \$2.070 untuk anak-anak kurangi 40% sehingga jumlahnya adalah \$1,035.

Untuk mendapatkan klaim yang diperkirakan dengan perhitungan manual bagi keseluruhan kumpulan, gunakan informasi yang ada dan jumlahkan jaminan pada tiap kategori keluarga:

	Peserta (a)	Faktor (b)	Biaya klaim per orang (c)	Perkiraan klaim (d) = (a) x (c)
Employee	200	100%	\$1.725	\$345.000
Spouse	30 + 50 = 80	120%	120% x 1.725 = \$2.070	\$165.000
Children	20 + 50 = 70	60%	60% x 1.725 = \$1.035	\$72.450
Manual-Expected Claims :				\$583.050

Klaim yang diperkirakan oleh perhitungan manual adalah \$ 583,050.

Selanjutnya, tambahkan sebuah contingency margin, pengeluaran, dan beban keuntungan (*profit load*). *Contingency margin* sebesar 10% dari keseluruhan premi, dan pajak premi negara bagian sebesar 2% dari premi. Ada biaya kantor pusat sebesar \$5 per sertifikat per bulannya, sehingga totalnya menjadi \$12,000 untuk kumpulan ini. Akhirnya, perusahaan menginginkan keuntungan 2% dari premi pada kasus ini. Berdasarkan ini, premi bruto yang dibutuhkan untuk kasus ini adalah:

$$\text{Premi bruto} = \frac{\text{Biaya Klaim} + \text{Margin} + \text{Pengeluaran Kantor Pusat}}{1 - \text{Biaya Pemasaran} - \text{Pajak Premi} - \text{Laba}}$$

atau

$$\text{Premi bruto} = \frac{\$583.050 + \$29.153 + \$12.000}{1 - 0,10 - 0,02 - 0,02} = \$725.817$$

Jadi, total pengeluaran adalah:

Total expenses:		
Kantor Pusat	\$5/karyawan/bulan x 200 orang x 12 bulan	\$12.000
Pemasaran	10% x \$725.817	72.582
Pajak Premi	2% x \$725.817	14.516
	Total expenses:	\$99.098

Keuntungan perusahaan sebesar 2% dari \$725,817 atau \$14,516.

Jumlah dari pada margin sebesar \$29,153, total pengeluaran sebesar \$99,098, dan keuntungan atau laba sebesar \$14,516 adalah sebesar \$142,767, atau jumlah ini adalah 19,7% dari premi bruto.

Sekarang, tarif bruto bulanan dapat dihitung.

Pertama, bagilah premi neto tahunan dengan faktor (1 – 0,197) untuk mendapatkan premi bruto tahunan, lalu bagi lagi dengan 12 untuk mendapatkan premi bulanan:

	Premi tahunan netto (a)	Premi tahunan bruto (b) = (a) : (1 - 0,197)	Premi bulan bruto (c) = (b) : 12
Employee (karyawan)	\$1.725	\$2.148	\$179,02
Spouse (pasangan)	\$2.070	\$2.578	\$214,82
Children (anak-anak)	\$1.035	\$1.289	\$107,41

Lalu, gabungkan premi yang sesuai untuk mendapatkan struktur tarif yang diinginkan:

		Tarif bulanan
Karyawan	\$179,02	\$179,02
Karyawan dengan pasangannya	\$179,02 + \$214,82	\$393,84
Karyawan dengan anak-anaknya	\$179,02 + \$107,41	\$286,43
Karyawan dengan keluarganya	\$179,02 + \$214,82 + \$107,41	\$501,25

## b. Struktur Tarif Perorangan

Ada sejumlah kelas tarif yang digunakan oleh polis asuransi biaya medis. Jumlah kelas tarif yang digunakan dan kompleksitas perhitungan tarif manual, bervariasi dari satu perusahaan asuransi ke perusahaan asuransi lainnya. Bagian ini membahas enam karakteristik umum struktur tarif perorangan.

### Kelas Keluarga

Asuransi medis seringkali dibeli untuk menjamin para anggota keluarga, selain tertanggung utama. Premi bervariasi, tergantung pada jumlah anggota keluarga yang dicakup. Kelas keluarga (*family classes*) umumnya adalah perorangan, suami-istri, keluarga orangtua tunggal (*single parent*), dan keluarga.

### Kelas Tembakau

Struktur premi yang membedakan pengguna tembakau dengan yang tidak, merupakan hal yang umum dalam asuransi jiwa selama ini. Klasifikasi kelas tembakau (*tobacco classes*) ini menjadi lebih umum pada asuransi biaya medis perorangan. Klasifikasi ini memungkinkan perusahaan asuransi menawarkan premi yang lebih rendah dan kompetitif pada mereka yang tidak menggunakan tembakau yang umumnya lebih sehat dan menanggung risiko lebih rendah daripada pengguna tembakau.

### Kelas Gender

Statistik klaim medis menunjukkan perbedaan yang besar antara harga premi untuk pria dan wanita. Perbedaan kelas gender (*gender classes*) ini bervariasi tergantung usia. Tarif yang dibedakan oleh jenis kelamin sudah digunakan pada asuransi biaya medis perorangan selama ini, tetapi regulasi anti diskriminasi sekarang mengharuskan perusahaan menggunakan tarif yang sama, yaitu satu tarif untuk pria dan wanita.

## *Kelas Underwriting*

Dalam usaha untuk mengasuransikan jumlah orang yang lebih besar, beberapa perusahaan menggunakan kelas *underwriting* (*underwriting classes*) yang berbeda. Perusahaan mungkin akan menggunakan sebuah tarif kelas standar atau substandar yang memungkinkan mereka menagih premi yang sesuai untuk risiko yang diambil. Sehingga pemohon dengan risiko yang lebih tinggi tetap dapat diasuransikan.

## *Kelas Usia*

Klaim medis bervariasi tergantung kelas usia (*age classes*), dan kebanyakan perusahaan asuransi perorangan menagih premi berdasarkan usia. Premi dapat berbeda setiap usia tertentu, akan tetapi kebanyakan perusahaan asuransi membuat kelompok umur yang berbeda setiap 5 tahun atau 10 tahun.

Ada tiga metode tarif usia (*age-rating method*) yang umum dipakai:

### *Attained age rates.*

Premi akan naik saat pemegang asuransi mencapai usia tertentu. Beberapa premi *attained age* naik setiap tahunnya dan beberapa premi dinaikkan setiap 5 atau 10 tahun. Struktur tarif semacam ini memberikan persistensi yang paling rendah.

### *Age at entry rates.*

Premi awal bervariasi tergantung dari usia saat masuk dan akan tetap sama selama usia polis. Tarif renewal mungkin berubah setelah beberapa waktu untuk mencerminkan pengalaman secara keseluruhan, tetapi tidak berubah karena usia. Struktur ini memberikan persistensi yang lebih besar daripada struktur *attained age rates*.

### *Level rate.*

Kelas usia tidak berpengaruh sama sekali dan tarif yang ditagih sama untuk semua umur. Struktur tarif ini, yang dapat digunakan apabila distribusi umur dapat diprediksi, umumnya dipakai pada pasar paket pemotongan gaji langsung. Kesederhanaan tarif ini menarik bagi bagian pembukuan perusahaan. Dalam hal ini penting untuk dapat memprediksi distribusi usia tertanggung secara tepat untuk mengurangi risiko *level rate*.

## *Faktor Tarif Wilayah*

Kebanyakan tarif manual perorangan menggunakan faktor tarif wilayah atau daerah (*area rating factor*) untuk mencerminkan perbedaan pada biaya perawatan medis oleh daerah geografi. Struktur tarif dasar dihitung berdasarkan biaya rata-rata dan ditambah atau didiskon untuk mencerminkan daerah geografi. Daerah geografi dapat dibedakan menurut negara bagian, *county*, daerah, atau kode pos.

## **4. 6. Tarif Pengalaman**

Tarif pengalaman (*experience rating*) ini merupakan metode tarif yang menggunakan riwayat klaim pemegang polis dalam menentukan tarif. Asuransi biaya medis kumpulan merupakan contoh yang tepat untuk tarif pengalaman, karena frekuensi klaim yang tinggi dan jumlah klaim yang relatif rendah. Karakteristik ini membuat biaya klaim cukup mudah diprediksi.

### a. Tarif Pengalaman untuk Asuransi Kumpulan

Tarif pengalaman sering digunakan dalam asuransi kumpulan, karena itu memberikan ekuitas yang lebih besar diantara kumpulan dari pada tarif manual. Tekanan pesaing juga menyebabkan perusahaan asuransi untuk menentukan tarif berdasar pengalaman, karena pada kumpulan dengan klaim yang lebih rendah dari rata-rata, akan tertarik pada tarif yang lebih rendah daripada yang diperbolehkan dari tarif pengalaman. Jika mereka tidak dapat memperoleh tarif yang lebih rendah dari satu perusahaan, mereka mungkin akan mencari perusahaan lain yang bisa memberikan tarif yang lebih rendah.

Jika sebuah kelompok yang tidak cukup besar untuk diberi tarif pengalaman sendiri, maka pengalaman kelompok tersebut dapat digabungkan dengan kelompok lain yang mirip. Pada dasarnya ini mirip dengan menggunakan tarif manual. Kadang-kadang hanya klaim yang berada di atas jumlah uang tertentu yang dikumpulkan. Sebuah tarif pengalaman dihitung berdasarkan klaim-klaim yang lebih kecil. Pengumpulan tagihan ini dibebankan untuk menutupi risiko atas klaim yang besar.

Contohnya, sebuah perusahaan dengan jumlah karyawan 100 orang memiliki klaim sebesar \$325.000 dalam 12 bulan silam, termasuk adanya satu klaim sebesar \$50.000. Kelompok tersebut dikenakan tarif pengalaman, tetapi klaim di atas \$25.000 diberlakukan *pooling*. Tagihan *pooling* adalah \$15 per bulan per karyawan. Klaim yang dimasukkan untuk digunakan menghitung premi tersebut adalah:

$$\$325.000 - \$50.000 + (\$15/\text{karyawan/bulan} \times 100 \text{ karyawan} \times 12 \text{ bulan}) = \$293.000.$$

Tagihan gabungan (*pooling charge*) tetap ditambahkan setiap tahun, walaupun kumpulan tidak mengalami klaim yang besar pada tahun sebelumnya. Tagihan gabungan dapat meratakan beban klaim yang diterima setiap tahunnya.

Beberapa polis asuransi kumpulan menginginkan manfaat dari tarif pengalaman, walaupun mereka tidak cukup besar agar pengalaman mereka bisa memenuhi syarat. Dalam kasus ini, perusahaan asuransi mungkin akan menggunakan tarif campuran (*blending*), atau tarif pengalaman parsial (*partial experience rating*). Untuk melakukan hal ini, perusahaan asuransi menetapkan sejumlah persentase kredibilitas (*credibility percentage*) kepada suatu kumpulan. Persentase ini dipakai pada tarif pengalaman, sementara sisanya dipakai tarif manual.

Kembali pada contoh sebelumnya, misalkan sebuah kumpulan karyawan sebesar 100 orang dianggap sebagai 20% kredibel. Tarif pengalamannya adalah \$244,17 ( $\$293.000 / 100 \text{ karyawan} / 12 \text{ bulan}$ ). Misalkan tagihan manualnya adalah \$275,00. menggunakan campuran, tarif yang ditagih adalah sebesar:

$$20\% (\$244,17) + 80\% (\$275,00) = \$268,83.$$

Bersamaan dengan klaim yang dimasukkan, premi yang diberi tarif pengalaman memiliki bagian lain yang disebut retensi (*retention*). Retensi termasuk tagihan untuk pengeluaran, juga kontribusi terhadap surplus. Mungkin akan ada tagihan retensi tetap (*fixed retention charges*), yang didalamnya adalah biaya tetap, juga tagihan retensi variabel (*variable retention charges*), yang termasuk pajak premi serta pengeluaran lainnya yang dinyatakan sebagai persentase dari premi.

Pada akhir tahun polis, premi yang ditagih kepada kumpulan, diberi tarif pengalaman, ternyata melebihi klaim yang dikeluarkan plus retensi, maka surplus akan dimasukkan ke cadangan

stabilisasi tarif (*rate stabilization reserve*). Pada tahun-tahun selanjutnya, suatu polis asuransi kumpulan mungkin akan mengalami kerugian yang lebih tinggi daripada yang diperkirakan. Cadangan stabilisasi tarif akan menutupi keseluruhan atau sebagian dari kerugian itu, dan akan membantu mencegah kenaikan tarif yang besar. Umumnya, sebuah cadangan stabilisasi tarif dapat dikembalikan kepada pemegang polis jika polis berakhir. Cadangan ini juga disebut cadangan fluktuasi klaim (*claim fluctuation reserve*).

### **b. Tarif Perpanjangan untuk Asuransi perorangan**

Untuk asuransi biaya medis perorangan, prosedur perpanjangan sama pentingnya dengan penentuan premi awal. Biaya klaim medis dipengaruhi oleh sejumlah faktor dan sulit untuk diproyeksikan terlalu jauh ke depan dengan tingkat akurasi apapun. Premi awal (*initial premium*) dapat dirancang berdasarkan sejumlah asumsi aktuarial, tetapi ini akan berubah seiring dengan berjalannya waktu. Premi perpanjangan (*renewal premium*) harus memperhitungkan perubahan yang mungkin terjadi pada biaya klaim, dan cukup untuk menutupi jaminan tarif apapun pada periode tertentu. Kunci pengaturan portfolio kesehatan perorangan yang berhasil adalah penyesuaian tarif yang tepat waktu.

Pengalaman polis diteliti secara periodik, umumnya setiap 3 bulan, dan dibandingkan dengan hasil yang diharapkan. Pengalaman dianalisis pada tahun atau bulan yang berjalan, atau berdasarkan tahun polis. Premi dikumpulkan setiap bulan, harus mencukupi tingkat klaim tertentu yang diajukan selama bulan tersebut. Klaim yang terjadi merupakan klaim yang dibayar, ditambah *outstanding* cadangan klaim, untuk klaim yang terjadi selama bulan tersebut. Lalu, rasio kerugian klaim yang dimasukkan dibandingkan dengan rasio kerugian yang diperkirakan. Pengalaman bulanan seringkali tidak kredibel, dan dengan pengalaman selama beberapa bulan, biasanya tiga atau enam bulan, dapat memberikan hasil yang lebih kredibel. Rasio kerugian selama tiga atau enam bulan tersebut diteliti seiring dengan berjalannya waktu untuk memperlihatkan adanya kecenderungan. Pengalaman ini kemudian diproyeksikan untuk mendapatkan tarif premi yang baru.

Menganalisis pengalaman berdasarkan tahun polis adalah penting. Pengalaman berdasarkan tahun polis, menunjukkan efek seleksi *underwriting*. Rasio kerugian pada tahun-tahun awal polis, harus lebih rendah daripada tahun-tahun selanjutnya, karena efek seleksi *underwriting* berkurang seiring dengan berjalannya waktu. Rasio kerugian pada tahun-tahun pertama polis, memperbolehkan aktuaris untuk menganalisis dan menyesuaikan faktor seleksi yang digunakan pada penentuan premi awal.

## **4. 7. Metode Pendanaan**

Saat manfaat asuransi naik cepat pada tahun 1970-an, perusahaan asuransi dan para pengusaha mencari metode alternatif untuk mengatasi kenaikan biaya ini. Tujuan metode pendanaan (*funding method*) alternatif, antara lain mengendalikan arus kas, mengurangi atau menghilangkan pajak premi, mengurangi biaya administrasi, dan risiko yang dibayar kepada perusahaan asuransi, serta mengurangi biaya klaim dengan menghindari manfaat yang diwajibkan oleh pemerintah negara bagian.

### **a. Paket Diasuransikan Sepenuhnya**

Perjanjian pendanaan tradisional untuk cakupan asuransi adalah paket diasuransikan sepenuhnya atau terasuransi penuh (*fully insured plan*). Dalam paket ini, perusahaan asuransi mengumpulkan premi, membayar klaim, dan mengelola dana cadangan. Perusahaan asuransi menanggung risiko klaim yang lebih besar dari yang diperkirakan, tetapi ia juga yang menerima keuntungan bila ada klaim yang lebih kecil daripada yang diperkirakan. Pajak premi negara bagian dibayar untuk tiap premi yang dikumpulkan, dan kontrak tunduk pada undang-undang pemerintah negara bagian.

### **b. Paket Premi Minimum**

Satu metode untuk mengurangi premi dan menaikkan arus kas untuk pemegang polis, adalah sebuah kontrak atau paket premi minimum (*minimum premium plan*). Pada metode ini, dana yang terpisah disediakan untuk pembayaran klaim. Persentase klaim yang diperkirakan dari premi dibayar langsung ke dana tersebut, dan tidak menjadi premi. Sebagian dari premi dipakai membayar pengeluaran, dan cadangan-cadangan dibayar kepada perusahaan asuransi. Keuntungan utama dari metode pendanaan ini adalah tidak adanya pajak premi pada pembayaran kepada akun klaim. (Ini tidak berlaku di California, dimana pemerintah negara bagian mewajibkan pajak premi dibayar berdasarkan biaya keseluruhan dari paket.)

Perusahaan asuransi biasanya terbebani oleh klaim yang melebihi jumlah dana klaim, juga *outstanding* klaim apapun yang ada pada akhir polis. Kewajiban tersebut merupakan sebab mengapa sebuah cadangan diperlukan.

### **c. Pengaturan Premi Retrospektif**

Pada pengaturan premi retrospektif (*retrospective premium arrangement*), premi awal dikurangi hingga jumlah tertentu. Seringkali jumlah tersebut sama dengan, atau berhubungan dengan *contingency margin* yang dibuat dalam tarif premi. Pada akhir tahun paket, apabila biaya klaim keseluruhan lebih besar daripada premi yang dibayar, maka pemegang polis kemudian melunasi jumlah yang kurang itu kepada perusahaan asuransi, kemungkinan berdasarkan atas jumlah maksimum tertentu. Namun, jika biaya klaim lebih kecil dari premi yang dibayar, maka perusahaan asuransi mengembalikan premi yang berlebih tersebut kepada pemegang polis sebagai *refund*. Dalam banyak kasus, suatu *refund (experience refund)* digunakan untuk membiayai sebuah cadangan stabilisasi tarif (*rate stabilization reserve*).

### **d. Paket Swa-asuransi**

Dalam paket swa-asuransi (*self insured plan*), pengusaha menjadi penanggung risiko utama dan perusahaan asuransi menyediakan pelayanan administrasi saja (*administrative service only, ASO*), seperti rancangan paket manfaat, pemrosesan klaim, pemeliharaan dan analisis data, serta cakupan *stop-loss (stop-loss coverage)*. Dalam paket swa-asuransi, pengusaha menanggung pembayaran semua klaim dan biaya yang ditimbulkan paket. Dana untuk membayar semua biaya ini didepositokan dalam sebuah *trust* (dana perwalian, dana wali amanah). Sebuah perusahaan asuransi atau administrator pihak ketiga (*third-party administrator, TPA*), biasanya dikontrak untuk membayar klaim dan menangani pekerjaan-pekerjaan administrasi lainnya bagi paket. *Fee* untuk administrasi seperti ini seringkali lebih kecil dari *fee* retensi yang terdapat dalam kontrak tertanggung, karena tidak adanya pajak premi, dan karena tidak adanya risiko asuransi yang diterima administrator. Biaya-biaya klaim juga mungkin lebih rendah bagi perusahaan, karena ia

menanggung semua risiko untuk klaim yang berlebih. Klaim yang sangat tinggi akan membatasi tingkat keuntungan pengusaha.

#### ***e. Asuransi stop-loss***

Sebuah perusahaan dengan paket biaya medis yang swa-asuransi (*self-insured*), mungkin akan memilih untuk membeli proteksi risiko klaim yang besar dalam bentuk polis asuransi *stop-loss* (*stop-loss insurance*). Perusahaan yang lebih kecil mungkin akan sangat tertarik pada jaminan *stop-loss*, karena paket yang lebih kecil kurang mampu menyerap biaya yang dikeluarkan oleh klaim yang besar.

Ada dua macam asuransi *stop-loss* yang dapat diperoleh. Asuransi *stop-loss* agregat (*aggregate stop-loss insurance*) melindungi terhadap risiko terjadinya seluruh klaim yang lebih tinggi daripada yang diperkirakan. Sebuah polis *stop-loss* agregat dapat mulai membayar ketika klaim melebihi 125% dari klaim yang diperkirakan atau jumlah lain yang telah dijelaskan. Asuransi *stop-loss* spesifik (*specific stop-loss insurance*) melakukan proteksi bila terjadi klaim sendiri-sendiri yang melebihi sebuah jumlah yang telah ditentukan sebelumnya, seperti \$100.000.

Jika asuransi *stop-loss* agregat dan asuransi *stop-loss* spesifik dibeli berbarengan, maka *stop-loss* spesifik yang dipakai terlebih dahulu. Penggantian klaim yang melebihi batas *stop-loss* spesifik dikurangi dulu dari jumlah total klaim; kemudian *subtotal* tersebut dibandingkan dengan batas ambang *stop-loss* agregat, untuk menentukan apakah paket tersebut memenuhi syarat untuk penggantian di bawah cakupan tersebut.

### **4. 8. Masalah Regulasi**

Undang-undang dan peraturan mengenai asuransi biaya medis seringkali mempengaruhi tarif beberapa cakupan. Apabila undang-undang membuat peraturan mengenai manfaat yang harus diberikan, atau kepada siapa harus ditawarkan, tarif akan terpengaruh. Beberapa undang-undang sangat spesifik mengenai apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan dalam proses penentuan tarif premi.

#### ***a. Manfaat yang diwajibkan oleh negara bagian***

Beberapa negara bagian (*states*) mewajibkan polis biaya medis mencakup pengeluaran tertentu. Beberapa manfaat yang diwajibkan oleh negara bagian (*state-mandated benefits*) yang populer, antara lain cakupan penggantian rawat inap minimum untuk beberapa macam pembedahan, atau menyediakan manfaat kesehatan (*wellness benefit*) tertentu seperti skrining kanker atau imunisasi. Manfaat yang wajib ini mungkin akan memberikan pengaruh yang besar pada biaya klaim. Pada beberapa kasus, memasukkan manfaat seperti itu tidak diwajibkan, tetapi harus ditawarkan sebagai manfaat pilihan. Pada situasi seperti ini, tergantung pada pemegang polis untuk memutuskan, apakah ia akan menerima manfaat tambahan, dan tentu membayar biaya tambahannya.

#### ***b. Undang-Undang Kelompok Kecil (small group laws)***

Dalam upaya untuk memenuhi apa yang dibutuhkan mereka yang tidak terasuransikan, dengan menyediakan jaminan asuransi kepada lebih banyak pekerja atau tanggungannya pada perusahaan kecil yang memiliki 25 orang karyawan atau kurang, the National Association of Insurance Commissioners (NAIC) mengadopsi dua model hukum yaitu: *the Premium Rates and*

*Renewability of Coverage for Health Insurance Sold to Small Groups Model Act* dan *the Small Insurer Health Insurance Availability Model Act*. Revisi untuk model-model ini dibuat pada tahun 1995.

Hampir semua negara bagian mengadopsi bentuk dari hukum ini, yang mempengaruhi proses pembuatan tarif bagi kelompok pengusaha kecil. Ada peraturan mengenai seberapa jauh perbedaan antara tarif tertinggi dan terendah untuk perusahaan kecil. Ada juga batasan untuk kenaikan premi, dan beberapa undang-undang tersebut mengharuskan jaminan untuk kelompok pengusaha kecil. Perusahaan apapun yang menjual asuransi biaya medis kepada kelompok pengusaha kecil harus sadar, bahwa persyaratan yang berhubungan dengan penentuan tarif yang terdapat dalam undang-undang ini.

### ***c. Peraturan Tarif Perorangan (individual rate regulation)***

Ber macam-macam usaha telah dilakukan untuk mengatur tarif asuransi kesehatan perorangan. Peraturan NAIC yang berlaku sekarang didasarkan pada kriteria bahwa mengukur kewajaran antara manfaat dengan premi yang ditagih. Banyak negara bagian yang telah mengadopsi peraturan ini dan beberapa negara bagian bahkan telah memberlakukan lebih ketat lagi. Untuk mengatur tarif premi pada polis kesehatan perorangan, aktuaris harus bisa menjelaskan bahwa rasio kerugian minimumnya memenuhi standar (*minimum loss ratio standard*) tertentu dan menyatakan, bahwa manfaatnya wajar dalam hubungannya dengan premi yang ditagih. Standar ini adalah:

- Untuk polis yang baru, standar rasio kerugian minimum, harus dipenuhi selama polis itu berlaku sejak saat polis dibuat.
- Untuk polis yang direvisi, standar rasio kerugian minimum harus dipenuhi selama masa polis itu berlaku di masa depan, sejak tanggal revisi tarif.

Standar ini dirancang agar perusahaan tidak melakukan upaya menebus kerugian (*recovering*) yang terjadi di masa lalu pada polis dengan riwayat rasio kerugian yang tinggi. Beberapa negara bagian membatasi jumlah kenaikan tarif yang disetujui pada satu waktu, dan beberapa membatasi jumlah pendaftaran tarif yang dapat dilaksanakan selama periode tertentu.

Standar rasio kerugian minimum dibedakan oleh ketentuan pembaharuan polis dan ketentuan besarnya premi. Standar rasio kerugian minimum dapat disesuaikan untuk memenuhi formula premi rata-rata yang lebih rendah ataupun yang lebih tinggi.

### ***d. Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996***

HIPAA yang baru (P.L. 104-191) bisa mempengaruhi penarifan asuransi biaya medis dalam beberapa cara. Beberapa persyaratan yang lebih signifikan yang terdapat dalam peraturan itu berlaku bagi polis biaya medis kumpulan, dan yang berhubungan dengan penentuan tarif adalah:

- Membatasi lamanya periode maksimum pengecualian atas kondisi yang telah ada sebelumnya (*pre-existing conditions exclusion period*)
- Memberikan kredit atau poin atas cakupan sebelumnya, yang diperhitungkan ke dalam periode atau masa pengecualian yang baru apabila seorang karyawan berganti pekerjaan;
- Melarang adanya diskriminasi berdasarkan status kesehatan pada waktu menentukan eligibilitas atau kelayakan saat pendaftaran, dan saat menentukan kontribusi premi;
- Garansi perpanjangan (*guaranteed renewability*)

- Garansi diterbitkan (*guaranteed issue*) untuk pasar kelompok kecil.

Dalam pasar kumpulan, tidak ada pengecualian kondisi yang telah ada sebelumnya yang melebihi 12 bulan lamanya (18 bulan untuk pendaftaran yang terlambat). Selain itu, ketentuan portabilitas dari satu kumpulan-ke-kumpulan lainnya, mewajibkan perusahaan untuk mengurangi periode pengecualian bulan-ke-bulan untuk cakupan sebelumnya bila karyawan mengganti paket kesehatan kumpulan. Ketentuan non-diskriminasi ini akan menghilangkan *carving out*, dan membuat pengaturan khusus, untuk perorangan yang berisiko tinggi pada sebuah kumpulan.

Perusahaan yang melayani pasaran kumpulan kecil tersebut, (didefinisikan sebagai 2 hingga 50 orang karyawan) kini wajib menawarkan cakupan kepada seluruh pengusaha kecil dengan dasar garansi penerbitan (*guaranteed issue basis*). Dan garansi pembaharuan (*guaranteed renewability*) untuk semua produk yang ditawarkan oleh perusahaan asuransi kumpulan juga diharuskan.

HIPAA juga mempengaruhi pembuatan tarif polis medis perorangan melalui ketentuan-ketentuan berikut:

- Garansi penerbitan (*guaranteed issue*) tanpa pengecualian *pre-existing conditions* untuk perorangan yang memenuhi persyaratan portabilitas kumpulan ke perorangan (kecuali jika pemerintah negara bagian menggunakan cara yang berbeda di bawah undang-undang tersebut); dan
- Garansi perpanjangan (*guaranteed renewability*)

Karena undang-undang ini mempengaruhi cara produk asuransi biaya medis perorangan dirancang, dan ditentukan tarifnya, maka akan berdampak pada premi yang lebih tinggi.

### ***e. Regulasi di Indonesia<sup>12</sup>***

Peraturan khusus tentang produk baru dan premi asuransi diatur dalam Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 422/KMK.06/2003 yang tertuang dalam Bab II tentang Produk Asuransi baru pasal 2 dan 3 dan Bab IV pasal 19. Produk asuransi kesehatan termasuk asuransi kerugian dan dapat dipasarkan oleh perusahaan asuransi kerugian dan perusahaan asuransi jiwa. Perusahaan asuransi berkewajiban melaporkan setiap produk baru yang akan dipasarkan.

Dalam melaporkan produk baru sesuai pada pasal 3, perusahaan asuransi kerugian harus dilengkapi dengan :

- a. Spesimen Polis Asuransi
- b. Pernyataan tenaga ahli yang berisi uraian dan dasar perhitungan tingkat premi dan cadangan teknis, lengkap dengan asumsi-asumsi dan data pendukungnya.
- c. Proyeksi underwriting untuk 3 (tiga) tahun mendatang
- d. Dukungan reasuransi untuk produk asuransi dimaksud.
- e. Uraian cara pemasaran dan contoh brosur yang dipergunakan
- f. Perjanjian kerja sama dalam hal produk asuransi dimaksud dipasarkan bersama pihak lain
- g. Pengesahan oleh Dewan Pengawas Syariah bagi Perusahaan Asuransi atau kantor cabang Perusahaan Asuransi yang diselenggarakan dengan prinsip syariah.

---

<sup>12</sup> Diambil dari Buku Modul Dasar-dasar Asuransi Kesehatan, Bab 5. Regulasi Asuransi Kesehatan, PAMJAKI, 2005

Pada Bab IV tentang Premi pasal 19 ayat 1 dinyatakan bahwa perhitungan premi harus didasarkan pada asumsi yang wajar dan praktek asuransi yang berlaku umum, sedangkan ayat 2 berbunyi Penetapan tarif premi asuransi kerugian harus dilakukan dengan mempertimbangkan sekurang-kurangnya :

- a. Premi murni yang dihitung berdasarkan profil kerugian jenis asuransi yang bersangkutan untuk sekurang-kurangnya 5 tahun terakhir.
- b. Biaya akuisisi, biaya administrasi dan biaya umum lainnya.

### *Regulasi Cadangan Teknis Asuransi Kerugian*

Sesuai Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 424/KMK.06/2003 Tentang Kesehatan keuangan Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi Bab IV tentang Kewajiban bagian kedua tentang Cadangan Teknis Asuransi kerugian pasal 28 dinyatakan sebagai berikut :

Besarnya cadangan atas premi yang belum merupakan pendapatan (*unearned premium*) bagi jenis asuransi kerugian, paling sedikit sebesar :

- a. 10% (sepuluh per seratus) dari premi Neto untuk polis dengan masa pertanggungan tidak lebih dari 1 (satu) bulan; dan
- b. 40% (empat puluh per seratus) dari premi Neto untuk polis dengan masa pertanggungan lebih dari 1 (satu) bulan.

Pasal 29 menyatakan sebagai berikut :

Pembentukan cadangan klaim bagi jenis Asuransi kerugian harus memenuhi ketentuan sebagai berikut :

- a. Untuk cadangan atas klaim yang masih dalam proses penyelesaian, dihitung berdasarkan estimasi yang wajar atas klaim yang sudah terjadi dan sudah dilaporkan tetapi masih dalam proses penyelesaian, berikut biaya jasa penilai kerugian asuransi, dikurangi dengan beban klaim yang akan menjadi bagian penanggung ulang;
- b. Untuk cadangan atas klaim yang sudah terjadi tetapi belum dilaporkan (*Incurred But Not Reported* atau IBNR), dihitung berdasarkan estimasi yang wajar atas klaim yang sudah terjadi tetapi belum dilaporkan dengan menggunakan metode rasio klaim atau salah satu dari metode segitiga (*triangle method*), berikut biaya jasa penilai kerugian asuransi, dikurangi dengan beban klaim yang akan menjadi bagian penanggung ulang;
- c. Penggunaan metode perhitungan cadangan klaim sebagaimana dimaksud dalam huruf b, harus dilakukan secara konsisten.

## **4. 9. Ringkasan**

Biaya klaim mewakili bagian terbesar dari premi polis asuransi biaya medis. Faktor yang mempengaruhi biaya klaim antara lain, adalah demografi, rancangan paket, serta kecenderungan asuransi biaya medis. Tarif untuk polis kumpulan biasanya didasarkan kepada tabel tarif standar perusahaan asuransi, dan tarif untuk polis perorangan biasanya didasarkan pada tabel morbiditas. Tarif pengalaman juga sering digunakan untuk polis kumpulan. Hal lainnya yang mempengaruhi tarif terakhir, adalah kalkulasi cadangan dan metode pendanaan untuk paket tersebut. Seperti pada tipe asuransi lainnya, pengeluaran perusahaan asuransi, dan keuntungan atau laba yang diinginkan juga diperhitungkan dalam proses penentuan tarif.

## 4. 10. Istilah Kunci

*Age at entry rates – Tarif saat usia masuk*

*Age-banded rates – Tarif rentang usia tertentu*

*Aggregate stop-loss insurance – Asuransi stop-loss agregat*

*Area rating factors – Faktor tarif wilayah*

*Claim costs – Biaya klaim*

*Claim reserve – Cadangan klaim*

*Coinsurance – Koasuransi*

*Contingency margin – Margin kontingensi*

*Cost containment features – Fitur penghematan biaya, pembendungan atau penahanan biaya*

*Deductible – Pengurang*

*Development method – Metoda pengembangan*

*Experience rating – Tarif pengalaman*

*Fixed retention – Retensi tetap*

*Frequency – Frekuensi*

*Fully insured plan – Paket diasuransikan seluruhnya*

*Guaranteed issue – Garansi penerbitan*

*Guaranteed renewable – Garansi perpanjangan*

*Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)*

*Unearned Premium – Premi yang belum merupakan pendapatan*

*Incurred but not reported reserves – Cadangan terjadi tetapi belum dilaporkan*

*Lapse rate – Tingkat pembatalan*

*Loss ratio method – Metode rasio kerugian*

*Minimum premium plan – Paket premi minimum*

*Morbidity – Morbiditas*

*Mortality – Mortalitas*

*Noncancelable – Tidak dapat dibatalkan*

*Nonrenewable for stated reasons only – Tidak bisa diperpanjang hanya oleh sebab yang telah dinyatakan*

*Optionally renewable – Diperpanjang opsional*

*Partial experience rating – Tarif pengalaman parsial*

*Pending reserves – Cadangan pending*

*Persistency – Persistensi*

*Pooling – Penggabungan*

*Pre-existing condition – Kondisi yang sudah ada sebelumnya*

*Premium rate – Tarif premi*

*Rate manual – Manual tarif, pedoman tarif*

*Rate stabilization reserve – Cadangan stabilisasi tarif*

*Rating classes – Kelas tarif*

*Retention – Retensi*

*Retrospective premium arrangement – Pengaturan premi retrospektif*

*Self-insured plan – Paket swa-asuransi*

*Severity – Severitas*

*Small group laws – Undang-Undang kelompok kecil*

*Specific stop-loss insurance – Asuransi stop-loss spesifik*

*State-mandated benefits – Manfaat yang diwajibkan pemerintah negara bagian*

*Stop-loss insurance – Asuransi stop-loss*

*Trend – Kecenderungan*

*Variable retention – Retensi variabel*



## Bab 5 – Ketentuan Kontrak

*Pengantar*

*Ketentuan Kontrak Biaya Medis Kumpulan yang terkait dengan Pemegang Polis*

*Ketentuan Kontrak Biaya Medis Kumpulan yang terkait dengan Tertanggung*

*Ketentuan Kontrak Biaya Medis Perorangan*

*Perkembangan Kontrak Biaya Medis Perorangan dan Kumpulan*

*Ringkasan*

*Istilah kunci*

### 5.1. Pendahuluan

Kontrak asuransi biaya medis mengandung sejumlah definisi spesifik, dan pasal yang menjelaskan syarat dan ketentuan (*provision*) pengaturan asuransi, serta hak dan kewajiban para pihak dalam polis, termasuk:

- persyaratan bahwa seorang anggota kumpulan atau perorangan harus memenuhi syarat untuk diasuransikan;
- jenis dan tingkat manfaat kesehatan yang tersedia dalam polis;
- ketentuan yang berhubungan dengan klaim, administrasi, dan aspek hukum;
- keadaan dimana asuransi dapat dibatalkan; dan
- manfaat yang tersedia bagi tertanggung setelah asuransi berakhir.

Beberapa ketentuan secara umum terdapat pada semua kontrak asuransi kesehatan. Beberapa ketentuan lainnya hanya berlaku, bagi pemegang polis saja, ataupun bagi tertanggung peserta kumpulan pada polis asuransi kumpulan, atau bagi pemegang polis dan tertanggung, atau dalam kasus polis perorangan, bagi mereka yang tercakup dalam polis tersebut. Ketentuan kontrak *lainnya* memberikan hak-hak tertentu kepada pemegang polis, tertanggung, atau perusahaan asuransi. Bab ini membahas ketentuan kontrak asuransi biaya medis kumpulan dan perorangan, serta menerangkan mengapa ketentuan-ketentuan ini penting bagi para pihak yang terlibat.

### 5.2. Ketentuan Kontrak Biaya Medis Kumpulan yang Berkaitan dengan Pemegang Polis

Polis biaya medis kumpulan diterbitkan baik sebagai polis yang terpisah atau digabungkan dikombinasikan dalam satu polis kumpulan yang mencakup semua perlindungan paket, misalnya, manfaat medis utama komprehensif (*comprehensive major medical benefit*), gigi (*dental*), penglihatan (*vision*), jiwa (*life*), kematian dan kehilangan anggota tubuh karena kecelakaan (*accidental death and dismemberment, AD&D*), serta disabilitas jangka pendek (*short-term disability*) dan disabilitas jangka panjang (*long-term disability*). Menggabungkan semua perlindungan menjadi satu polis kumpulan menghindari duplikasi ketentuan polis yang umum untuk semua cakupan, dan untuk mengurangi biaya administrasi. Beberapa polis asuransi kumpulan menggunakan pendekatan gabungan.

#### a. Halaman Depan

Halaman depan (*cover page*) polis menyatakan dan mengungkapkan informasi administrasi sebagai berikut:

- nama, alamat, dan logo perusahaan asuransi;
- nama pemegang polis;
- nomor polis;
- tanggal efektif polis dan tanggal ulang tahun, tanggal penerbitan polis; dan
- negara bagian atau tempat penerbitan polis yang digunakan untuk menentukan domisili undang-undang negara bagian yang mengatur polis tersebut.

Halaman depan juga dapat mencakup informasi sekilas hal berikut: jenis polis (asuransi kumpulan), jenis pertanggung (jiwa, kecelakaan dan kesehatan), dan indikasi apakah polis itu *noncontributory* atau *contributory*, serta *participating* (berhak atas dividen) atau *nonparticipating* (tidak berhak atas dividen)

## ***b. Karyawan yang akan diasuransikan***

### *Karyawan yang memenuhi syarat*

Ketentuan yang menetapkan definisi karyawan yang berhak atau yang memenuhi syarat (*eligible employees*), seperti berikut ini:

- uraian hubungan antara karyawan (*employee*) yang berhak dengan majikan (*employer*), atau dengan entitas lain yang menyediakan manfaat medis kumpulan sesuai polis, termasuk nama pemegang polis;
- daftar kelas karyawan yang berhak (misalnya, karyawan tetap yang digaji bulanan (*salaried*) dan karyawan yang digaji jam-jaman, atau karyawan yang bekerja di lokasi tertentu);
- persyaratan kelayakan tertentu, seperti masa percobaan (*probationary period*), jumlah jam kerja minimum per minggu, atau keanggotaan dalam serikat buruh/pekerja;
- daftar kelas karyawan tertentu untuk dikecualikan dari cakupan polis;
- persyaratan karyawan harus mendaftarkan diri untuk asuransi, mengisi formulir permohonan pendaftaran, dan surat kuasa pemotongan gaji untuk kontribusi asuransi;
- pernyataan tentang pekerjaan di masa lalu dengan majikan sebelumnya yang akan dikreditkan diperhitungkan ke dalam pekerjaan yang baru, untuk memenuhi masa percobaan;
- uraian jelas tentang kapan karyawan dinyatakan memenuhi syarat, dan
- uraian jelas tentang kapan cakupan asuransi karyawan dimulai.

*Sertifikat Dengan Nama vs. Tanpa Nama (Name vs no-name certificates).*

Tergantung dari jenis sertifikat asuransi (nama atau tanpa nama) yang diterbitkan perusahaan asuransi, perusahaan asuransi tersebut bisa memilih untuk menggunakan ketentuan karyawan yang diasuransikan pada sertifikat sebagai bagian dari polis, atau mencantumkan ketentuan eligibilitas yang spesifik. Perusahaan asuransi menggunakan *Sertifikat Dengan Nama* tergantung pada label sertifikat untuk mengidentifikasi nama tertanggung dan tanggal efektif berlakunya asuransi, juga untuk mengindikasikan apakah jaminan bagi tanggungannya juga diberikan. *Sertifikat Tanpa Nama* diterbitkan tanpa merujuk pada tertanggung perorangan tertentu.

*Kewajiban tentang eligibilitas (eligibility mandates).*

HIPAA tahun 1996 tidak memperbolehkan pengusaha/majikan atau perusahaan asuransi untuk membuat peraturan eligibilitas bagi asuransi biaya medis kumpulan berdasarkan faktor-faktor yang terkait dengan status kesehatan. Undang-undang tersebut juga mensyaratkan:

- Para perusahaan asuransi yang melayani pasar kelompok kecil (yang hanya memiliki 2 – 50 orang karyawan) harus melayani pengusaha kecil yang mengajukan cakupan dan karyawan yang berhak (dan tanggungannya) yang mendaftar saat ia sudah memenuhi syarat; dan
- Perusahaan asuransi memberikan kredit atau poin untuk cakupan sebelumnya pada paket yang disetujui, untuk mengurangi periode pengecualian atas kondisi yang telah ada sebelumnya (*pre-existing condition exclusion period*), bila ada, selama tidak ada pemutusan atau pelanggaran (*break*) yang berarti pada cakupan.

### Tanggal Eligibilitas

Biasanya seorang karyawan berhak atau memenuhi syarat atas asuransi pada tanggal efektif paket, jika ia termasuk di dalam kelas tertentu yang memenuhi syarat pada tanggal tersebut. Tanggal ini disebut sebagai tanggal eligibilitas (*eligibility date*). Seorang karyawan yang menggunakan pelayanan setelah tanggal efektifitas paket, menjadi *eligible* (memenuhi syarat) sehari setelah tanggal karyawan tersebut melewati periode percobaan, jika ia termasuk kelas yang *eligible*.

### Tanggal Efektif

Tanggal efektif (*effective date*) asuransi bagi seorang karyawan yang terdaftar pada asuransi *noncontributory*, adalah hari dimana karyawan memenuhi syarat eligibilitas asuransi.

Tanggal efektif asuransi *contributory* adalah:

- Hari ketika karyawan memenuhi syarat, jika pengusaha menerima permohonan asuransi atau sebelum hari karyawan tersebut memenuhi syarat; atau
- Hari ketika karyawan mendaftar, jika pengusaha menerima permohonan asuransi dalam periode pendaftaran awal (umumnya 31 hari).

### Pengecualian

Pengecualian (*exception*) merupakan situasi tertentu yang menanggukkan tanggal efektif manfaat, membatasi jaminan, atau menghilangkan persyaratan tertentu. Contoh sebuah pengecualian, seorang karyawan tidak sedang bekerja pada hari cakupan asuransi, dan cakupan mulai berlaku pada saat ia sudah memenuhi syarat yang ditentukan polis. Pengecualian kondisi yang telah ada sebelumnya (*pre-existing condition*) merupakan contoh lain penundaan tanggal efektif untuk manfaat yang berhubungan dengan kondisi medis yang telah ada sebelumnya.

### Kesempatan Pendaftaran Khusus

Beberapa karyawan menolak mendaftar paket kesehatan kumpulan di perusahaan walaupun mereka berhak dan ditawarkan untuk mendaftar. HIPAA tahun 1996 mewajibkan pengusaha untuk memperbolehkan karyawan dan tanggungannya, untuk mendaftar pada tanggal berikutnya tanpa ada sanksi, jika mereka mendaftar dalam jangka waktu 31 hari setelah hal-hal atau situasi tertentu. Contohnya saat seorang karyawan kehilangan haknya atas jaminan kumpulan yang lain, atau saat seorang anak dilahirkan atau diadopsi. Sebuah polis kumpulan dapat menetapkan situasi khusus tertentu (*special enrollment opportunities*), ketika karyawan dan/atau tanggungannya memenuhi syarat untuk diasuransikan tanpa penalti atau sanksi atas pendaftaran yang terlambat.

## *Pendaftaran yang Terlambat*

HIPAA tahun 1996 tidak mewajibkan perusahaan untuk memperbolehkan karyawannya mendaftar pada saat lain selain saat kesempatan pendaftaran pertama atau masa pendaftaran tertentu. Jika perusahaan memperbolehkan pendaftaran yang terlambat, paket kesehatan kumpulan harus menerima semua pendaftar yang terlambat lainnya yang juga ingin mendaftar. (Bagi karyawan yang memenuhi syarat, bukti insurabilitas mungkin tidak dibutuhkan bagi pendaftar yang terlambat.) Sebagai tambahan, HIPAA tidak mewajibkan perusahaan asuransi untuk menerima pendaftar yang terlambat, selama perusahaan asuransi menerapkan peraturan tersebut secara seragam dan juga menolak semua pendaftar yang terlambat. Perusahaan asuransi yang menolak membuat cakupan bagi pendaftar yang terlambat akan membatasi pasarnya sendiri kepada kelompok perusahaan yang tidak memperbolehkan pendaftaran yang terlambat (*late enrollment*).

## *Penghentian Cakupan*

Sebagai bagian dari ketentuan eligibilitas keseluruhan yang diterapkan kepada karyawan, beberapa perusahaan asuransi dapat memilih untuk memasukkan daftar keadaan dimana cakupan bisa berakhir, seperti disebabkan premi tidak dibayar atau pindah lokasi di luar daerah jaringan pelayanan paket. Penentuan peraturan dan keadaan yang berhubungan dengan penghentian cakupan (*coverage termination*), sebuah ketentuan eligibilitas dimaksudkan untuk memberikan gambaran menyeluruh tentang eligibilitas, termasuk juga tentang kehilangan eligibilitas tersebut.

### *c. Tanggungan yang akan diasuransikan*

#### *Tanggungan yang memenuhi syarat*

Ketentuan tentang tanggungan, mendefinisikan tanggungan dan anak-anak yang memenuhi syarat (*eligible dependents*). Definisi tanggungan biasanya termasuk didalamnya pasangan, anak-anak yang belum menikah di bawah usia 19 tahun, dan mahasiswa di bawah usia 23 atau 25 tahun yang menjadi tanggungan karyawan.

Definisi anak-anak, termasuk anak-anak yang masih tergantung pada karyawan seperti anak tiri, anak angkat, anak adopsi tinggal bersama karyawan, *foster children* (anak asuh), dan anak yang menjadi tanggungan karyawan karena keterbelakangan mental atau cacat fisik. Anak-anak pada kategori ini dapat menjadi tanggungan walaupun usianya telah melampaui batas usia yang tercantum dalam kontrak.

#### *Tanggal Eligibilitas dan Tanggal Efektif*

Polis memperinci tentang saat tanggungan memenuhi syarat untuk dilindungi asuransi (*eligibility date*) dan saat asuransi dinyatakan efektif (*effective date*).

#### *Pengecualian*

Polis menyatakan keadaan tertentu yang bisa menunda tanggal efektif cakupan, membatasi cakupan, atau menghilangkan persyaratan tertentu. Contoh dari pengecualian (*exception*) ini adalah sebagai berikut:

- Tanggungan belum dapat dilindungi asuransi sebelum tanggal karyawan menjadi bertanggung.

- Peraturan khusus berlaku bagi anak tanggungan, agar sesuai dengan isi peraturan tentang bantuan kesehatan tertentu (perintah pengadilan yang mewajibkan cakupan kesehatan sebagai bagian dari bantuan bagi anak tersebut).

### *Penghentian Cakupan*

Dalam polis ini ada bahasa atau kalimat yang menguraikan keadaan yang menyebabkan tanggungan tidak lagi memenuhi syarat untuk menerima cakupan (*coverage termination*).

#### ***d. Ketentuan yang berhubungan dengan HMO pada Kontrak Indemnitas***

Pengusaha boleh menyediakan pilihan HMO bagi para karyawan dan tanggungannya di bawah paket program medis perusahaan. Polis biaya medis indemnitas atau ganti-rugi kumpulan yang diterbitkan untuk pengusaha yang mengambil pilihan ini, terdapat ketentuan dalam paket:

- Mengeluarkan nama karyawan yang memenuhi syarat dan tanggungan mereka yang memilih cakupan di bawah HMO
- Mengeluarkan dari pembayaran manfaat setiap biaya yang terjadi, karena pelayanan sudah diberikan melalui cakupan HMO

Juga terdapat ketentuan yang menyangkut pemindahan dari paket HMO ke polis biaya medis.

### *Transfer dari Cakupan HMO*

Polis menyatakan keadaan dimana seorang karyawan boleh pindah dari cakupan HMO ke cakupan asuransi. Contohnya, karyawan tersebut boleh pindah apabila:

- mendaftar untuk pindah selama periode pendaftaran dibuka; atau
- pindah cakupan ketika karyawan pindah ke tempat baru yang di luar daerah jangkauan pelayanan HMO, atau jika HMO tersebut berhenti beroperasi.

### *Kapan Cakupan Dimulai*

Ketentuan ini menyatakan kapan cakupan dimulai bagi perorangan yang pindah dari cakupan HMO ke cakupan di bawah polis medis kumpulan.

#### ***e. Daftar Cakupan Asuransi***

Ketentuan daftar cakupan asuransi (*schedule of insurance*), yang memuat ringkasan fitur paket, merupakan salah satu ketentuan yang amat berguna dalam polis medis. Berikut ini merupakan contoh informasi yang terdapat pada ketentuan ini.

### *Ringkasan Pembayaran Manfaat Paket*

Batas biaya serta rincian-rincian pembayaran lainnya seringkali diuraikan pada daftar cakupan asuransi. Ringkasan ini memuat:

- Besarnya batas jumlah biaya yang diperbolehkan atau yang tersedia dalam paket, seperti jumlah *deductible* per tahun kalender bagi perorangan dan keluarga, dan daftar pengeluaran yang dijamin yang tidak dikenakan *deductible*;

- Daftar pengeluaran yang dijamin dan persentase manfaat yang diberikan (misal 100%, 80%, atau 50%);
- Batas maksimum pembayaran tunai di atas manfaat yang diberikan hingga 100%;
- Biaya manfaat maksimum keseluruhan (misal, tidak terbatas atau \$1 juta seumur hidup); dan
- Setiap maksimum internal seperti maksimum tahun kalender atau maksimum seumur hidup.

### *Rujukan Daftar Cakupan Asuransi*

Umumnya, rujukan dibuat untuk daftar cakupan asuransi yang terdapat dalam buku saku (*booklet*) sertifikat yang diberikan kepada tertanggung. Proses ini memperbolehkan sertifikat asuransi dan polis medis kelompok untuk memiliki satu daftar cakupan asuransi yang sama.

### *Klasifikasi Tertanggung dan Manfaat Paket*

Sebuah daftar tentang klasifikasi dan manfaat yang diberikan kepada tertanggung berdasarkan kelas kontrak (*contract class*). Berikut ini hal-hal yang dicantumkan dalam daftar:

- Kelas karyawan tertanggung;
- Cakupan yang diberikan kepada setiap kelas karyawan tertanggung yang memenuhi syarat dan cakupan yang diberikan bagi tanggungannya;
- Tanggal efektif paket bagi tiap kelas; serta
- Buku saku sertifikat yang dapat digunakan tiap karyawan tertanggung.

### *f. Pemutusan dan Perpanjangan Asuransi*

Ketentuan tentang pemutusan (*termination*) dan perpanjangan (*continuance*) asuransi menjelaskan kapan asuransi berakhir serta situasi keadaan, hak, dan kemudahan-kemudahan yang didapat di bawah polis biaya medis kumpulan untuk meneruskan dan memperpanjang cakupan.

#### *Pemutusan Asuransi (Kapan Asuransi Berakhir)*

Polis medis kumpulan menyatakan bahwa asuransi kesehatan berakhir jika terjadi salah satu kejadian berikut ini:

##### *Bagi karyawan, saat:*

- Karyawan keluar dari pekerjaannya atau tidak lagi memenuhi syarat pada kelasnya;
- Karyawan menghentikan pembayaran yang dibutuhkan untuk cakupannya;
- Karyawan pindah ke program alternatif berbeda dengan yang disponsori oleh perusahaan (misal, pindah ke paket HMO); atau
- Jika paket atau polis medis kumpulan telah berakhir.

##### *Bagi tanggungannya, saat:*

- Cakupan untuk karyawan sudah berakhir;
- Tanggungan tidak memenuhi syarat lagi sebagai tanggungan;
- Pembayaran yang dibutuhkan bagi cakupan tanggungan terhenti;
- Tanggungan pindah ke cakupan HMO yang ditawarkan melalui perusahaan karyawannya; atau
- Paket atau polis medis kumpulan telah berakhir.

## Perpanjangan Cakupan

Ketentuan ini membolehkan pemegang polis untuk menganggap karyawan yang masih bekerja bagi perusahaannya yang bertujuan untuk meneruskan asuransi karyawan dan tanggungannya apabila karyawan tersebut tidak aktif bekerja lagi karena keadaan-keadaan tertentu.

Tabel 5.1 menggambarkan contoh alasan-alasan untuk penghentian masa kerja aktif dan masa perpanjangan maksimum yang diperbolehkan pada polis medis kumpulan. Asuransi untuk tanggungannya boleh diteruskan jika status kerja karyawan dianggap masih akan berlanjut setelah masa kerja aktif berhenti dengan alasan-alasan yang telah ditulis pada tabel perpanjangan (*table of continuance*).

Tabel 5.1. Tabel perpanjangan

Alasan penghentian kerja	Periode maksimum perpanjangan
Ketidakhadiran akibat sakit atau kecelakaan yang menyebabkan karyawan tidak dapat melakukan pekerjaan seperti biasanya	Akhir dari periode satu tahun setelah hubungan kerja berakhir
PHK**, mangkir, dinas militer, atau pindah sementara ke pekerjaan paruh waktu	Akhir dari 3 bulan polis setelah berakhirnya hubungan kerja penuh
	Di bawah aturan COBRA – 18 bulan setelah hubungan kerja berakhir*
Persetujuan cuti dari majikan/pengusaha sesuai Federal Family and Medical Leave Act	Akhir dari cuti yang diperkenankan
Pensiun atau purna tugas	Akhir dari periode dimana karyawan tidak lagi termasuk kategori pensiunan

\* Pemutusan hubungan kerja kecuali untuk sebab tertentu

\*\* Pemutusan hubungan kerja (*lay-off*)

## Peraturan Perpanjangan Federal dan Negara Bagian

Peraturan perpanjangan federal dan negara bagian mengamatkan polis untuk memperbolehkan seorang karyawan atau tanggungannya untuk meneruskan cakupan kesehatan di bawah persyaratan hukum negara bagian atau federal. Seorang karyawan atau tanggungannya dapat memilih untuk meneruskan asuransi kesehatan di bawah perpanjangan negara bagian (jika pemerintah setempat mengharuskannya) atau perpanjangan federal seperti yang diamanatkan di bawah *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)* (jika perusahaan karyawan tersebut terkena peraturan federal tersebut).

## Perpanjangan untuk Veteran

Ketentuan perpanjangan yang diamanatkan *Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1993* mengharuskan cakupan dalam polis, apabila asuransi berakhir karena karyawan dipanggil untuk aktif dalam dinas militer.

### ***g. Ketentuan Premi***

Ketentuan premi (*premium provision*) memberi pemegang polis, informasi penting mengenai tarif dan premi, seperti tanggal jatuh tempo premi (*premium due date*), dan hak perusahaan asuransi untuk mengubah tarif premi.

Perusahaan asuransi boleh membuat hak untuk mengganti premi pada tanggal jatuh tempo premi kapan saja, setelah polis berlaku paling tidak sudah selama satu tahun, dengan pemberitahuan 31 hari sebelumnya terlebih dahulu kepada pemegang polis. Tarif premi dapat berubah jika terjadi:

- Perubahan polis;
- Ada kenaikan atau penurunan (misalnya 10%) dalam jumlah tertanggung dalam polis pada tanggal efektif atau pada ulang tahun polis berikutnya; atau
- Terjadi perubahan kewajiban perusahaan asuransi disebabkan adanya peraturan pemerintah negara bagian atau federal.

### ***h. Pemutusan Polis dan Cakupan***

Polis biaya medis kumpulan memberikan pemegang polis, hak untuk membatalkan polis atau cakupan medis yang ada dalam polis, dengan nota atau pemberitahuan tertulis kepada perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi berhak untuk membatalkan polis hanya dalam situasi-situasi tertentu.

#### ***Pembatalan oleh Pemegang Polis***

Pemegang polis dapat membatalkan polis biaya medis kumpulan, atau, dengan persetujuan perusahaan asuransi, cakupan apapun yang didapatkan dalam polis, atas tanggal berakhirnya premi dengan memberikan pemberitahuan tertulis di muka kepada perusahaan asuransi. Jika premi sama sekali tidak dibayar sebelum masa tenggang (*grace period*) berakhir, polis tersebut secara otomatis batal saat masa tenggang tersebut berakhir.

#### ***Pembatalan oleh Perusahaan Asuransi***

HIPAA tahun 1996 membatasi hak membatalkan polis biaya medis kumpulan. Perusahaan asuransi hanya dapat membatalkan bila pemegang polis tidak membayar premi, adanya kecurangan (*fraud*), atau tidak mampu memenuhi syarat kontribusi minimum atau tingkat partisipasi minimum, atau perusahaan asuransi keluar dari pasar industri asuransi.

### ***i. Ketentuan Umum***

Polis biaya medis kumpulan berisi sejumlah ketentuan umum (*general provision*) yang bersifat administratif. Ketentuan umum yang paling sering dicantumkan adalah seperti berikut ini.

- Ketentuan kontrak (*contract provision*) mendefinisikan kontrak serta bagaimana kontrak dapat diubah.
- Ketentuan sertifikat karyawan (*provision on employee certificate*) yang menyatakan kewajiban perusahaan asuransi mempersiapkan sertifikat bagi karyawan tertanggung serta menyerahkannya kepada pemegang polis untuk dapat didistribusikan kepada karyawan tertanggung.
- Ketentuan pernyataan yang salah atau kesalahan penulisan (*provision on misstatements or clerical errors*) yang menyatakan bahwa penyesuaian akan dibuat berdasarkan jumlah

manfaat yang dapat dibayar atau premi yang dapat dibayar oleh karena pernyataan yang salah tentang usia tertanggung. Kesalahan penulisan tidak membatalkan asuransi yang telah berlaku atau melanjutkannya setelah polis seharusnya sudah berakhir.

- Ketentuan masa tenggang (*grace period provision*) sebagai periode 31 hari dimana asuransi tetap berlaku (*in force*) setelah polis berada dalam posisi gagal (*default*) akibat dari premi belum dibayar yang seharusnya sudah dibayar. Polis dibatalkan pada akhir *grace period*, dan pemegang polis punya kewajiban membayar premi yang tidak dibayar termasuk juga premi selama *grace period*.
- Ketentuan *retroactive rate-reduction-dividend* menguraikan hak pengurangan tingkat premi untuk tahun sebelumnya berdasarkan pengalaman tingkat harga saham asuransi, atau pembagian dividen berdasarkan formula dividen asuransi bersama (*mutual insurance*).
- Ketentuan fasilitas pembayaran (*facility of payment provision*), menguraikan hak perusahaan asuransi untuk melepaskan kewajibannya membayar klaim, bila karyawan tertanggung meninggal atau tidak dapat memberikan kuitansi klaim yang sah.

## **j. Aplikasi Polis**

Sebuah aplikasi polis (*policy application*) dipersiapkan perusahaan asuransi beserta duplikatnya untuk ditandatangani oleh wakil pemegang polis yang berwenang. Aplikasi ini menyatakan bahwa pemegang polis mengajukan asuransi seperti yang tertulis di polis. Dengan menandatangani aplikasi polis, wakil pemegang polis menyatakan bahwa polis tersebut telah disetujui dan diterima oleh pemegang polis. Aplikasi tersebut diikutsertakan sebagai lampiran dan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari polis. Pemegang polis dan perusahaan asuransi memiliki salinan polis tersebut dan satu salinan aplikasi polis yang ditandatangani.

Aplikasi polis berisi informasi berikut:

- Nama dan alamat perusahaan asuransi;
- Nama dan alamat pemegang polis;
- Nomor polis;
- Lokasi, kota dan negara bagian, dimana aplikasi ditandatangani;
- Tanggal polis ditandatangani; serta
- Tanda tangan orang yang menandatangani aplikasi dan gelarnya.

## **k. Policy Riders**

### *General Riders*

Polis biaya medis kumpulan dapat diubah dengan suatu amandemen pada polis. *Rider* atas polis (*policy rider*) digunakan untuk menyampaikan ketentuan amandemen, dan amandemen tersebut akhirnya menjadi bagian dari polis. *Rider* ini diberi tanggal dan nomor urut agar perusahaan asuransi dan pemegang polis dapat mudah menemukan ketentuan polis baru dan tingkat manfaatnya.

Contoh dari jenis perubahan terhadap polis biaya medis kumpulan oleh *rider* yang umum (*general riders*) antara lain adalah:

- Perubahan nama pemegang polis;
- Penambahan atau pengurangan kelas karyawan yang memenuhi syarat;

- Perubahan pada tingkat manfaat (misal, kenaikan jumlah *deductible* atau batas maksimum medis utama seumur hidup); dan
- Penambahan dalam pengaturan dengan *managed care* seperti HMO atau PPO.

### *Financial Riders*

*Financial riders* merupakan amandemen polis biaya medis kumpulan dengan mengubah pengaturan keuangan atau metode pendanaan asuransi yang dibuat dalam polis. Pengaturan keuangan antara pemegang polis dan perusahaan asuransi biasanya tidak mempengaruhi manfaat bagi perorangan dalam polis. Empat *financial riders* yang umum adalah berikut ini.

#### *Combination riders.*

*Combination rider* mengelompokkan biaya administrasi, keuntungan dan kerugian di dalam polis medis kumpulan dengan polis kumpulan lainnya – seperti asuransi jiwa kumpulan, asuransi disabilitas jangka pendek kumpulan, dan polis gigi kumpulan – yang diterbitkan untuk pemegang polis yang sama. Kombinasi pengalaman polis-polis tersebut pada tutup buku laporan keuangan setiap polis, memberikan proteksi keuangan dan stabilitas premi kepada pemegang polis. Proteksi ini tergantung pada kemungkinan kerugian suatu polis akan ditutupi dengan keuntungan polis yang lain, sehingga memberikan kestabilan tarif pada semua polis.

#### *Retrospective premium rider.*

Pada *rider* ini, perusahaan asuransi setuju untuk mengurangi premi yang ditagih. Pengurangan ini tergantung pada hak perusahaan asuransi untuk mengumpulkan premi pada akhir tahun polis, jika rasio klaim melebihi tingkat tertentu. Perjanjian keuangan ini tidak mengubah seluruh kewajiban pemegang polis membayar premi. Perjanjian premi retrospektif umumnya digunakan oleh kelompok berukuran besar saat terjadi kenaikan di luar kewajaran pada klaim yang baru yang tidak dapat dikatakan sebagai kejadian yang permanen.

#### *Minimum premium rider.*

*Minimum premium rider* membolehkan pemegang polis untuk melakukan swa-dana (*self-fund*) sebagian besar (sekitar 90%) dari biaya klaim medis yang diperkirakan. Fitur utama dari pengaturan minimum ini bagi pemegang polis adalah:

- Penghematan arus kas (*cash flow savings*) yang berasal pembayaran klaim yang terjadi sebanding dengan pembayaran premi;
- Menghindari pajak premi pada klaim-klaim yang dibayar dengan cara swa-dana; dan
- Memindahkan cadangan klaim medis dari perusahaan asuransi kepada pemegang polis.

Pengaturan premi minimum umumnya dipakai oleh kelompok-kelompok yang berukuran besar.

#### *Claims stabilization reserve rider*

*Claims stabilization reserve rider*, atau *rider* stabilisasi cadangan premi, membolehkan perusahaan asuransi untuk mengumpulkan bagian dari dividen atau pembayaran premi retrospektif menjadi sebuah dana yang digunakan untuk mengantisipasi kenaikan premi di masa depan.

## 5. 3. Ketentuan Kontrak Biaya Medis Kumpulan yang berhubungan dengan Tertanggung

### a. Sertifikat Asuransi

Semua ketentuan yang dikenakan kepada tertanggung dicantumkan pada sertifikat asuransi, yang diberikan kepada tertanggung perorangan di bawah cakupan polis biaya medis kumpulan. Sertifikat asuransi, seringkali diberikan dalam sebuah buku saku sertifikat dan merupakan bagian dari polis biaya medis kumpulan.

Sertifikat asuransi mencantumkan informasi perusahaan asuransi, pemegang polis, nomor polis, dan tanggal efektif paket. Sertifikat menyatakan bahwa asuransi mengikuti syarat polis biaya medis kumpulan. Sertifikat tersebut secara umum merujuk pada tanggal eligibilitas dan tanggal efektif serta kategori utama cakupan yang disediakan dalam polis. Sertifikat ini umumnya terdiri dari daftar isi, yang mempermudah pemegang asuransi untuk melihat ketentuan pokok yang terkait pada paket medis.

Halaman sertifikasi asuransi juga bisa menyatakan:

- Sertifikat ini menggantikan sertifikat yang lama yang dimiliki oleh tertanggung.
- Sertifikat ini bukan merupakan kontrak asuransi; polis biaya medis kumpulan dan aplikasi pemegang polis adalah merupakan kontraknya.
- Sertifikat ini merupakan bukti asuransi di bawah polis biaya medis kumpulan.
- Asuransi hanya berlaku bagi tertanggung dan diasuransikan sesuai dengan persyaratan polis biaya medis kumpulan.

### b. Daftar Cakupan Asuransi

Daftar cakupan asuransi (*schedule of insurance*) merupakan bagian dari sertifikat asuransi dan dihimpun pada halaman atau formulir yang berbeda. Daftar ini merupakan ringkasan atas fitur utama paket dan batasan biaya (lihat Tabel 5.2). Daftar cakupan asuransi mungkin meliputi beberapa fitur eligibilitas seperti:

- Tanggal efektif paket (*plan effective date*);
- Definisi kelas eligibilitas (*definition of eligible classes*); dan
- Masa percobaan (*probationary period*).

Tabel 5.2. Contoh Paket rawat inap & bedah dasar dan Paket biaya medis utama suplemen

Asuransi biaya medis dasar	
<b>Layanan rumah sakit – Rawat inap</b>	
- Deductible	\$250 setiap rawat inap
- Maksimum kamar dan makan	Tarif biasa kamar semi-privat
<b>Maksimum pengeluaran lainnya</b>	\$2.000 setiap rawat inap
<b>Maksimum hari di rumah sakit</b>	31 hari setiap rawat inap
<b>Layanan pembedahan</b>	
- Maksimum manfaat bedah	100% s/d \$1.000
- Maksimum manfaat asisten bedah	100% s/d \$750
- Maksimum manfaat anestesi	100% s/d \$750
<b>Kunjungan dokter rumah sakit</b>	
- Maksimum biaya kunjungan	100\$ s/d \$50
<b>Maksimum hari rawat inap</b>	31 hari setiap rawat inap
<b>Manfaat suplemen kecelakaan</b>	\$300
Asuransi medis utama	
<b>Deductible per tahun kalender</b>	
- Per orang	\$100 ditambah manfaat paket dasar
- Per keluarga	\$300 ditambah manfaat paket dasar
<b>Pendapat kedua ahli bedah</b>	100%
<b>Pemeriksaan preadmissi rumah sakit</b>	100%
<b>Pengeluaran lainnya yang dijamin</b>	80%
<b>Manfaat maksimum</b>	
- Semua pengeluaran yang dijamin kecuali yang tertera di bawah	\$1 juta per tertanggung
- Ketergantungan pada bahan kimia	\$30.000 seumur hidup

### c. Eligibilitas dan Awal Berlakunya Asuransi

Sertifikat asuransi menyajikan rincian karyawan calon tertanggung dan tanggungannya, untuk menentukan apakah mereka memenuhi syarat untuk mendapatkan asuransi, kapan mereka mendapatkannya, dan kapan efektifnya.

### d. Ketentuan Manfaat

Bagian manfaat dari sertifikat asuransi atau polis biaya medis kumpulan adalah inti dari polis manfaat medis manapun. Bagian ini memberikan ketentuan manfaat (*benefit provision*) apa sajakah yang dapat diterima tertanggung dan manfaat apa saja yang tidak disediakan oleh paket. Juga mendefinisikan kewajiban manfaat yang telah disetujui untuk ditanggung oleh pemegang polis kepada tertanggung perorangan dan risiko keuangan yang disetujui diterima oleh perusahaan asuransi di bawah polis kumpulan.

## *Klausula Mengasuransikan*

Klausula mengasuransikan (*insuring clause*) adalah ketentuan dalam polis asuransi yang menyatakan jenis kerugian yang dicakup oleh polis dan para pihak dalam kontrak asuransi. Hal ini juga mendefinisikan keadaan dimana biaya medis akan dipertimbangkan untuk dibayar sebagai beban polis medis kumpulan. Semua klaim atas pembayaran manfaat yang diajukan bertanggung harus memenuhi kriteria di bawah ini.

Berikut ini adalah komponen utama klausula tersebut:

- Jenis manfaat yang dapat dibayar (misal, manfaat rawat inap & bedah dasar atau manfaat medis utama);
- Jenis tagihan yang dapat dibayar (misal, tagihan rumah sakit atau fasilitas perawatan bagi pelayanan rumah sakit; tagihan dokter untuk operasi pembedahan; atau tagihan yang dijamin atau pengeluaran yang dijamin oleh manfaat medis utama);
- Pernyataan bahwa tagihan harus terjadi pada karyawan atau tanggungan karyawan yang ditanggung asuransi di bawah polis biaya medis kumpulan;
- Pernyataan bahwa tagihan harus untuk biaya pelayanan atau peralatan yang disediakan atau atas perintah dokter dan penting secara medis untuk diagnosis dan perawatan akibat suatu kecelakaan, sakit, atau kehamilan yang dicakup oleh polis

## *Manfaat yang dapat dibayar*

Sertifikat asuransi menguraikan jenis manfaat yang diberikan dalam polis biaya medis kumpulan, juga jenis manfaat yang dibatasi dan/atau yang tidak termasuk.<sup>13</sup>

Maksimum manfaat medis utama yang dapat dibayar (*benefits payable*) sepanjang hidup tertanggung tercantum pada sertifikat asuransi. Nilai maksimum ini berlaku bagi seluruh manfaat yang dapat dibayar, selama orang tersebut ditanggung di bawah paket medis utama, baik cakupan orang tersebut berlangsung terus-menerus atau terputus, ataupun polis tersebut diperpanjang.

## *Pengeluaran yang dijamin*

Sertifikat biaya medis biasanya menyatakan bahwa manfaat yang dapat dibayarkan atas pengeluaran atau tagihan yang dijamin (*covered expenses*), merupakan tagihan wajar dan biasa untuk pelayanan dan peralatan yang disediakan dan diberikan oleh dokter dan yang secara medis diperlukan.

## *Limit Pengeluaran yang dijamin*

Beberapa pengeluaran yang dijamin memiliki batasan internal (*covered expense limits*); batasan ini dinyatakan secara jelas dalam sertifikat asuransi. Sebagai contoh sebuah batas pengeluaran yang dijamin dapat berbentuk salah satu pengeluaran atau tagihan yang diajukan untuk perawatan ketergantungan obat.

---

<sup>13</sup> Contoh manfaat yang dijamin dapat dilihat pada Bab 1: Asuransi Biaya Medis Utama Kumpulan.

## *Pengeluaran yang tidak dijamin*

Sertifikat asuransi menyatakan pengeluaran atau tagihan apa saja yang tidak dijamin. Contoh pengeluaran atau tagihan yang tidak dijamin oleh kontrak manfaat medis utama dapat dilihat pada Bab 1.

## *Pembatasan Umum*

Ketentuan ini memuat daftar pembatasan yang terdapat pada semua jaminan yang terpisah dalam polis atau sertifikat asuransi. Manfaat yang tidak dibayar oleh ketentuan pembatasan umum (*general limitation*) diantaranya tagihan untuk pelayanan dan bahan medis:

- Yang disebabkan oleh luka atau sakit biasa;
- Untuk pelayanan asuhan (*custodial care*);
- Yang diberikan atau dibayar oleh pemerintah atau badan pemerintah, kecuali yang dilarang peraturan; dan
- Bagi luka atau sakit yang disebabkan oleh perang atau tindakan perang.

## *Paket Managed Indemnity*

Kebanyakan paket medis kumpulan yang dibuat dewasa ini, memiliki ketentuan tentang *managed care*. Fitur-fitur *managed care* yang paling sering digunakan adalah telaah utilisasi (*utilization review, UR*), paket *provider* pilihan (PPO), dan paket *provider* eksklusif (EPO).

### *Telaah utilisasi.*

Apabila telaah utilisasi menjadi bagian dari polis biaya medis, sertifikat asuransi harus memberitahukan kepada tertanggung atas pelayanan kesehatan apa sajakah yang membutuhkan telaah utilisasi, bagaimana melakukan telaah utilisasi, kapan memerlukannya, sanksi apa jika tidak memberi pemberitahuan, dan bagaimana mengajukan banding atas hasil telaah utilisasi.

Proses telaah utilisasi adalah:

- Pra-sertifikasi pelayanan rawat inap rumah sakit dan rawat jalan;
- Telaah perawatan darurat;
- Proses pengajuan banding dan keluhan;
- Sanksi jika tertanggung lalai menghubungi bagian telaah utilisasi untuk memulai proses telaah utilisasi tersebut.

### *Paket provider pilihan.*

Bila manfaat *provider* pilihan (*preferred provider plans*) menjadi bagian dari polis biaya medis, sertifikat asuransinya harus menjelaskan tentang paket manfaat *provider* pilihan yang dimaksudkan seperti apa, bagaimana tertanggung mengaksesnya, manfaat yang diberikannya, manfaat yang didapat jika tertanggung tidak menggunakan jaringan *provider* pilihan, dan prosedur mengajukan keluhan untuk masalah-masalah yang dihadapi ketika menggunakan jaringan.

Paket *provider* pilihan memberikan tingkat manfaat yang lebih tinggi bagi pemegang asuransi yang memilih menggunakan pelayanan *provider* pilihan dan tingkat manfaat yang lebih rendah bagi pelayanan *non-provider*. Sebagai contoh, tingkat manfaat *provider* pilihan mungkin setinggi 90% sedangkan tingkat manfaat *non-provider* hanya sebesar 70%. Lagi pula, untuk

meningkatkan penggunaan dokter jaringan, semua kunjungan mungkin membutuhkan sejumlah *copayment* nominal tertentu kepada *provider* pilihan.

Beberapa paket *provider* pilihan mengharuskan semua perawatan dianjurkan dan disetujui oleh dokter keluarga (*primary care physician*) yang dipilih oleh tertanggung dari daftar dokter keluarga.

### *Paket provider eksklusif.*

Bila manfaat *provider* eksklusif (*exclusive provider plans*) merupakan bagian dari polis biaya medis, sertifikat asuransi harus menjelaskan apakah paket manfaat *provider* eksklusif itu, bagaimana pemegang asuransi mengaksesnya, sanksi yang dikenakan jika tidak menggunakan *provider* eksklusif, dan prosedur mengajukan keluhan bagi masalah-masalah yang dihadapi ketika menggunakan jaringan.

Paket *provider* eksklusif memberikan tingkat manfaat yang tinggi dan seringkali dirancang agar dapat setara dengan paket manfaat sebuah HMO. Selain pelayanan bagi perawatan darurat, paket *provider* eksklusif umumnya hanya menyediakan paket manfaat jika tertanggung memilih menggunakan pelayanan yang diberikan *provider* eksklusif. Kebanyakan paket *provider* eksklusif mewajibkan semua perawatan dianjurkan dan disetujui oleh seorang dokter keluarga. Beberapa paket *provider* eksklusif menyediakan manfaat terbatas untuk layanan di luar jaringan, dimana tertanggung membayar jumlah *coinsurance* yang lebih besar.

### *Koordinasi Manfaat*

Ketentuan koordinasi manfaat (*coordination of benefits, COB*) menangani situasi dimana tertanggung terdaftar pada manfaat yang sama di bawah dua atau lebih paket kumpulan lain. Dalam ketentuan ini, manfaat yang diterima oleh tertanggung tidak boleh lebih dari 100% dari pengeluaran yang terjadi. Ketentuan koordinasi manfaat tertulis di dalam sertifikat asuransi dan umumnya merupakan bagian yang tak terpisahkan dari polis.

Ketentuan ini termasuk peraturan pembatalan manfaat, yang menentukan paket apa yang merupakan paket utama atau primer – yaitu, paket yang memberikan manfaatnya terlebih dahulu dianggap tidak ada jaminan lainnya – dan paket asuransi manakah yang sekunder. Jumlah manfaat yang dapat diterima dari paket sekunder dikurangi, sehingga jumlah total dari paket tidak lebih dari 100% tagihan yang dicakup.<sup>14</sup>

### *Berakhirnya Asuransi*

Sertifikat asuransi memberikan rincian khusus yang membolehkan karyawan tertanggung dan tanggungannya untuk menentukan kapan asuransi karyawan berakhir, kapan asuransi tanggungannya berakhir, kapan asuransi boleh diteruskan melalui program pemerintah negara bagian atau federal, kapan tertanggung dapat memperoleh manfaat yang diperpanjang, dan kapan tertanggung memenuhi syarat memiliki hak istimewa untuk konversi (*conversion privilege*).

Manfaat yang diperpanjang bisa diperoleh jika tertanggung mengalami cacat total pada tanggal akhir asuransi. Manfaat yang didapat akibat kondisi yang menyebabkan dirinya cacat umumnya dibayar hingga peristiwa berikut ini mana yang terjadi lebih dulu:

---

<sup>14</sup> Untuk informasi yang lebih jelas tentang koordinasi manfaat, termasuk susunan aturan penentuan manfaat, lihat Bab 8: Administrasi Klaim.

- Hari ketika yang bersangkutan memenuhi syarat kembali atas manfaat untuk kondisi tersebut di bawah paket kumpulan lainnya;
- Hari ketika kecacatan atau disabilitas berakhir;
- Tiga bulan setelah asuransi perorangan berakhir.

## 5. 4. Ketentuan Kontrak Biaya Medis Perorangan

Polis biaya medis perorangan sama dalam berbagai aspek dengan polis biaya medis kumpulan, dalam segi bahasa yang digunakan dan manfaat medis yang diberikan menurut ketentuan polis. Satu hal yang berbeda adalah pada asuransi perorangan, biasanya pemegang polis dan tertanggung merupakan orang yang sama.

Berikut ini merupakan ketentuan penting yang ditemukan dalam polis biaya medis perorangan, dengan fokus utama pada manfaat biaya medis utama.

### a. Ketentuan Dasar (*Basic Provisions*)

#### *Klausula Mengasuransikan*

Klausula mengasuransikan (*insuring clause*) pada biaya medis utama menyatakan bahwa perusahaan asuransi akan membayar manfaat yang telah dijanjikan atas penyakit dan kecelakaan yang telah disebutkan di dalam polis dan manfaat tersebut diatur dalam syarat-syarat polis.

#### *Pertimbangan*

Klausula pertimbangan (*consideration*) menjelaskan bahwa antara premi yang dibayar dan aplikasi yang dilengkapi oleh pemohon dan ketergantungan perusahaan asuransi atas jawaban-jawaban pertanyaan pada lembar aplikasi untuk menentukan selanjutnya polis akan berlaku yakni sebagai tanggal efektif. Salinan dari aplikasi ini akan dilampirkan pada polis.

#### *Hak untuk Memeriksa Polis*

Polis biaya medis perorangan memiliki hak 10 hari untuk memeriksa polis (*right to examine policy*). Perusahaan asuransi harus mengembalikan premi yang telah dibayar sebelumnya jika tertanggung tidak puas oleh sebab apapun dan mengembalikan polis kepada perusahaan asuransi dalam waktu 10 hari setelah menerimanya.

#### *Ketentuan Pembaharuan*

HIPAA tahun 1996 mewajibkan polis perorangan dijamin dapat diperbaharui (*guaranteed renewable*) sebagai pilihan pemegang polis, dengan beberapa pengecualian tertentu. Ketentuan pembaharuan (*renewal provision*) ini tercantum pada polis. (lihat Pembatalan cakupan, pada halaman berikutnya.)

#### *Daftar Isi*

Bagian ini berisi semua ketentuan utama polis menurut abjad dan di halaman berapa letaknya di dalam polis. Daftar isi (*table of content*) ini memberi tertanggung rujukan untuk menemukan ketentuan utama dalam polis.

## Jadwal Polis

Jadwal polis (*policy schedule*) dibuat sesuai kebutuhan pemegang polis. Didalamnya terdapat uraian tentang informasi polis dan manfaat yang penting, seperti berikut ini:

- **Data polis**
  - Nomor polis
  - Nama perusahaan asuransi
  - Peserta yang dijamin di dalam kontrak (tertanggung, pasangan, anak)
  - Premi awal
  - Premi yang harus dibayar (setiap bulan, 3 bulan, semester, tahunan)
  - Garansi tarif awal (12 bulan)
  - Tanggal perpanjangan pertama
  - Premi baru
- **Manfaat**
  - Deductible*
  - Coinsurance*
  - Jumlah maksimum seumur hidup
  - Batas pembayaran tunai bagi perorangan dan keluarga
  - Ketentuan *cost containment*
  - Manfaat maksimum seumur hidup untuk penyakit mental
  - Tambahan manfaat pemeriksaan fisik rutin (manfaat per pemeriksaan)
  - Tambahan *provider* yang berpartisipasi (tingkat manfaat PPO dan non-PPO)

## Definisi

Untuk membantu tertanggung memperoleh pengertian yang baik tentang syarat-syarat polis biaya medis perorangan, dalam polis terdapat daftar definisi dari istilah-istilah kunci yang dipakai dalam polis.

## Eligibilitas Cakupan (*Eligibility for Coverage*)

Ketentuan eligibilitas cakupan (*eligibility of coverage*) pada polis biaya medis perorangan mendefinisikan bahwa orang-orang yang memenuhi standar-standar *underwriting* perusahaan asuransi termasuk antara lain:

- Tertanggung
- Pasangan tertanggung;
- Anak tertanggung yang berusia lebih dari 14 hari dan belum berusia 19 tahun, atau 19 tahun atau lebih tua dan di bawah 25 jika merupakan mahasiswa lembaga pendidikan terakreditasi atau tinggal bersama tertanggung.

## Pengakhiran Cakupan

Pada polis biaya medis perorangan, cakupan berakhir (*termination of coverage*) ketika peristiwa berikut ini terjadi lebih dulu (yang mana saja):

- Akhir dari *grace period* bagi premi yang belum dibayar;
- Bagi pasangan, tanggal pembayaran premi berikutnya setelah tanggal perceraian atau pembatalan perkawinan;

- Bagi seorang anak, tanggal pembayaran premi berikutnya setelah (mana saja yang lebih dulu): usianya yang ke-25, pernikahannya, atau tanggal ia tidak menjadi tanggungan lagi seperti yang tertulis di polis;
- Tertanggung pindah ke luar daerah jaringan paket; atau
- Ketika penanggung tidak meneruskan penawaran jaminan jenis ini di suatu daerah, seperti yang dibolehkan oleh HIPAA tahun 1996.

Seorang anak dengan kondisi cacat yang terjadi sebelum ia mencapai batas usia tertentu dapat memperoleh cakupan seterusnya setelah usia tersebut.

Jika tertanggung meninggal sementara polis masih berlaku, cakupan boleh diberikan kepada siapa saja merupakan anggota yang tertanggung yang masih hidup hingga asuransinya berakhir sesuai dengan ketentuan pengakhiran.

### ***b. Ketentuan Manfaat (Benefit Provision)***

Seperti pada polis biaya medis kumpulan, ketentuan manfaat (*benefits provisions*) yang terdapat pada polis perorangan menjelaskan manfaat apa sajakah yang diperoleh tertanggung dan manfaat apa sajakah yang tidak didapatnya. Bagian ini menjelaskan manfaat yang telah dibeli oleh tertanggung dan risiko keuangan yang ditanggung oleh perusahaan asuransi dalam polis perorangan.

Secara garis besar, manfaat yang diberikan oleh polis perorangan sama dengan manfaat yang diberikan oleh polis kumpulan. Banyak polis perorangan yang memiliki struktur yang sama dengan polis kumpulan dan memiliki ketentuan yang sama untuk menjelaskan manfaat mana saja yang diperoleh.

#### ***Paket Managed Indemnity***

Sebagian besar polis biaya medis perorangan memiliki elemen *managed care*. Program-program *managed care* seperti telaah utilisasi, dan paket *provider* pilihan, dimasukkan ke dalam polis biaya medis perorangan.

#### ***Perluasan Manfaat***

Polis biaya medis perorangan menyediakan bermacam-macam tingkat dari manfaat yang diperluas (*extension of benefits*). Berikut ini merupakan alasan perluasan manfaat.

- Tertanggung harus menyandang cacat dulu, atau menginap di rumah sakit dulu, atau pada fasilitas perawat terlatih dulu, saat asuransi dibatalkan oleh perusahaan asuransi.
- Manfaat diteruskan hanya apabila kondisinya menyebabkan tertanggung cacat atau mengalami disabilitas, atau dirawat.
- Manfaat diperpanjang hingga peristiwa mana yang terjadi lebih dulu: tanggal yang bersangkutan tidak cacat lagi; tanggal maximum perorangan dilampaui; atau akhir periode tertentu yang setelah tanggal asuransi berakhir (misalkan, tiga bulan).

#### ***Konversi***

Konversi (*conversion*) pada polis medis perorangan dapat terjadi, jika asuransi pasangannya berakhir karena perceraian, atau jika cakupan seorang anak berakhir karena usianya.

Beberapa perusahaan asuransi menawarkan konversi menjadi polis suplemen Medicare (MediSup, MediGap).

### ***c. Ketentuan lainnya (Other Provision)***

Polis biaya medis perorangan memiliki beberapa ketentuan lain (*other provisions*), yang seringkali bersifat administratif dan sangat penting bagi tertanggung serta penanggung. Contohnya antara lain adalah ketentuan bagi pembayaran premi dan klaim.

#### ***Ketentuan premi.***

Ketentuan premi (*premium provisions*) yang menjelaskan saatnya premi sudah harus dibayar, penjelasan perincian premi perpanjangan polis, prosedur untuk mengganti premi karena perubahan alamat atau perubahan usia, ketentuan *grace period*, dan ketentuan pemulihan polis yang membolehkan perusahaan asuransi menerima premi yang terlambat di bawah ketentuan *grace period* tanpa membutuhkan aplikasi pemulihan polis. Polis yang dipulihkan hanya boleh menutupi kerugian yang terjadi oleh karena kecelakaan yang terjadi setelah tanggal pemulihan dan penyakit yang diderita 10 hari setelah tanggal pemulihan.

#### ***Ketentuan pembayaran klaim.***

Ketentuan pembayaran klaim (*claim payment provision*) termasuk ketentuan pemberitahuan klaim dan bukti klaim serta ketentuan yang membolehkan perusahaan asuransi untuk memenuhi kewajibannya membayar klaim, jika tertanggung meninggal, kepada *estate* atau sejumlah manfaat tertentu bagi seseorang yang berhubungan dengan tertanggung yang dianggap berhak menerima manfaat dari perusahaan asuransi.

## **5. 5. Perkembangan Kontrak Biaya Medis Perorangan dan Kumpulan**

Polis biaya medis kumpulan dan perorangan harus dapat berkembang bersamaan dengan perubahan yang terjadi dalam pasar asuransi, serta peraturan pemerintah negara bagian dan federal. Agar dapat tetap seimbang, staf yang menyiapkan kontrak di perusahaan asuransi perlu bekerja sama dengan departemen hukum, pemasaran, *underwriting*, medis, aktuaria, dan klaim untuk membuat produk baru yang meningkatkan penawaran manfaat medis yang telah ada. Proses perkembangan kontrak juga mengharuskan formulir polis dibuat dalam bentuk *draft* dulu, ditelaah oleh seluruh staf kantor pusat yang terkait, serta dicatatkan dan didaftarkan, serta disetujui oleh yurisdiksi pemerintah yang bersangkutan. Perusahaan asuransi harus memastikan bahwa polis dan sertifikat asuransi yang disahkan sama dengan produk yang dijual.

## **5. 6. Ringkasan**

Kontrak asuransi biaya medis berisi persyaratan dan ketentuan polis. Kontrak memberikan rincian yang khas tentang jaminan dan hak serta tanggung jawab setiap pihak terhadap kontrak. Kontrak kumpulan adalah antara perusahaan asuransi dan pemegang polis kumpulan, biasanya adalah majikan atau pengusaha. Pemegang polis kontrak perorangan biasanya adalah tertanggung itu sendiri.

## 5. 7. Istilah Kunci

*Benefits payable* – Manfaat yang bisa dibayar

*Certificate of insurance* – Sertifikat asuransi

*COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) Continuation* – Kelangsungan COBRA

*Consideration* – Pertimbangan

*Continuance of coverage* – Kelanjutan cakupan

*Continuance of insurance* – Kelanjutan asuransi

*Contract* – Kontrak

*Conversion* – Konversi

*Coordination of benefits* – Koordinasi manfaat

*Cover page* – Halaman sampul, halaman depan

*Covered expenses* – Biaya yang dicakup, pengeluaran yang dijamin

*Effective date* – Tanggal efektif

*Eligible dependent* – Tanggungan yang memenuhi syarat

*Eligible employee* – Karyawan yang memenuhi syarat

*Eligibility date* – Tanggal eligibilitas

*Expenses not covered* – Biaya yang tidak dicakup, pengeluaran yang tidak dijamin

*Extension of benefits* – Perpanjangan manfaat, perluasan manfaat

*Facility of payment* – Fasilitas pembayaran

*Financial rider* – Rider finansial, rider keuangan

*General rider* – Rider umum

*Grace period* – Masa tenggang

*HMO transfer* – Transfer HMO, pemindahan HMO

*Insuring clause* – Klausula asuransi, pasal mengasuransikan

*Limitations* – Pembatasan, limitasi

*Managed indemnity programs* – Program ganti rugi (indemnitas) terkendali

*Misstatement* – Salah pernyataan

*Policyholder* – Pemegang polis

*Precertification review* – Telaah pra-sertifikasi

*Premium provision* – Ketentuan premi

*Renewal provision* – Ketentuan perpanjangan

*Retroactive rate reduction* – Penurunan tarif berlaku surut

*Right to examine – Hak untuk memeriksa*

*Schedule of insurance – Jadwal asuransi*

*Termination of coverage – Pemutusan cakupan, penghentian cakupan*

*Utilization review – Telaah pemanfaatan, telaah utilisasi*



## Bab 6 – Underwriting

*Pendahuluan*

*Bagian Underwriting*

*Faktor-faktor Seleksi Risiko*

*Underwriting Kumpulan Lainnya*

*Masalah Underwriting pada Asuransi Biaya Medis*

*Manajemen Underwriting*

*Reasuransi*

*Ringkasan*

*Istilah Kunci*

### 6.1. Pendahuluan

*Underwriting* adalah proses yang menentukan apakah sebuah permohonan asuransi diterima dan berdasarkan kondisi apa. Proses ini melibatkan pengembangan praktek seleksi risiko yang bertujuan untuk melindungi bisnis asuransi. Dalam hal ini *adverse selection* adalah ancaman terbesar dalam proses *underwriting*. *Adverse selection* adalah kegiatan seseorang untuk dirinya sendiri ataupun untuk orang lain yang motivasinya, baik langsung maupun tak langsung mengambil keuntungan finansial dari sistem klasifikasi risiko.

*Underwriting* asuransi jiwa sangat mementingkan mortalitas, yaitu insiden kematian dari sebuah populasi tertentu. *Underwriting* asuransi kesehatan sangat mengutamakan morbiditas, yaitu insiden kecelakaan dan kesakitan di dalam populasi tertentu dikalikan dengan biaya rata-rata per kali insiden. Kemajuan kedokteran mungkin mengurangi mortalitas, namun pada saat yang sama mereka meningkatkan morbiditas. Misalnya, beberapa tahun yang lalu bayi kembar lahir prematur dengan berat hampir setengah kilo gram hampir dipastikan tidak akan hidup. Sekarang, ilmu kedokteran memberikan kesempatan hidup yang jauh lebih baik pada kasus tersebut. Berbagai kemajuan ilmu kedokteran ini sangat dihargai semua pihak termasuk asuransi, namun memerlukan biaya yang sangat tinggi, kadang-kadang mencapai ratusan ribu dollar. Perusahaan asuransi hanya bisa menutupi jaminan itu dengan meningkatkan premi.

Penyeleksi risiko (*underwriter*) menggunakan berbagai alat dan sumber informasi untuk membantu penentuan risiko sebuah aplikasi baru, dan menentukan dalam kondisi apa asumsi risiko itu diambil. Bab ini mendiskusikan prinsip-prinsip yang dipergunakan dalam melakukan seleksi risiko, bagaimana penerapan prinsip-prinsip tersebut untuk kondisi perorangan, dan proses pengelolaan semua kasus secara kolektif

### 6.2. Bagian Underwriting

Bagian atau departemen *underwriting* bekerja secara rutin dengan semua kegiatan asuransi, baik secara internal maupun eksternal. Bagian ini bekerja sama dengan kegiatan klaim dan selalu mendapat informasi tentang kondisi klaim yang sedang berjalan dan masalah administrasi yang berhubungan dengan rancangan manfaat. Bagian itu juga berhubungan erat dengan kegiatan penjualan di lapangan dan dengan bagian premi/*billing*. Bagian *underwriting* inilah yang mempunyai wewenang akhir dalam penentuan eligibilitas, penunggak premi, dan permintaan pemulihan polis (*policy reinstatement*). Bagian *underwriting* juga berinteraksi dengan bagian

hukum mengenai perjanjian khususnya dengan pemegang polis, menangani keluhan pemegang polis dan keluhan dari bagian lain, dan juga menangani berbagai isu peraturan perundangan.

Selain itu bagian *underwriting* bekerja sama dengan personil yang mengurus kepatuhan terhadap kontrak/polis serta penyiapan proposal, dengan tenaga pemasaran dalam hal pengembangan produk, dengan aktuaris tentang harga, dengan bagian bisnis tentang pembuatan laporan, dengan tenaga penerbitan polis setelah aplikasi diterima, dan broker, agen dan pemegang polis dalam proses pembuatan proposal dan renewal polis. Perusahaan asuransi umumnya menggunakan salah satu dari dua struktur organisasi dasar dalam menyiapkan bagian *underwriting*, yaitu struktur fungsional atau struktur garis produksi (*product-line structure*).

### **a. Struktur Fungsional**

Dalam struktur fungsional, ada unit *underwriting* yang mengurus aplikasi asuransi kesehatan dan asuransi jiwa perorangan, serta sebuah unit yang terpisah mengurus aplikasi asuransi kumpulan. Beberapa perusahaan membagi lagi unit *underwriting* kumpulan menjadi 2 sub-unit, sebuah mengurus kumpulan kecil (25 karyawan atau kurang) dan sebuah memegang kumpulan besar (lebih dari 25 karyawan). Struktur ini memungkinkan *underwriter* untuk mengembangkan keahlian dalam seleksi risiko untuk segmen pasar tertentu.

Beberapa perusahaan membentuk unit-unit terpisah untuk bisnis jenis Taft-Hartley, bisnis pemerintah, asosiasi multi pengusaha (*multiple employer trust*), dan sumber bisnis lainnya. Hanya perusahaan asuransi yang sangat besar dapat membiayai banyak unit *underwriting* terpisah semacam itu. Kendala dari banyaknya unit terpisah itu adalah tumbuhnya falsafah *underwriting* yang berbeda dalam sebuah perusahaan, dan terbentuknya identitas majemuk (*multiple*) dalam pasar yang sama.

### **b. Struktur Lini Produksi**

Menurut struktur ini, bagian *underwriting* diatur berdasarkan spesialisasi produk yang dihasilkan. Ada unit yang mengurus seluruh aplikasi asuransi kesehatan perorangan, dan unit lain yang mengurus seluruh aplikasi asuransi jiwa perorangan. Sebuah unit terpisah mungkin mengurus aplikasi asuransi kesehatan kumpulan dan sebuah lagi mengurus aplikasi asuransi jiwa kumpulan, atau asuransi kesehatan gigi kumpulan, dan seterusnya. Banyak perusahaan asuransi menganggap struktur ini menguntungkan, karena tingginya tingkat kompetisi dalam industri asuransi dan kebutuhan akan tingkat keahlian yang tinggi tentang produk yang dihasilkan. Perusahaan asuransi mendorong tumbuhnya falsafah *underwriting* yang terpisah, dalam setiap lini produksi begitu tingkat keahlian untuk produk tersebut meningkat.

Kekurangan struktur ini adalah perlunya koordinasi untuk melakukan penelaahan seluruh produk agar tercapai kualifikasi yang sama dalam proposal. Tanpa koordinasi ini, misalnya seorang pengusaha yang meminta asuransi kesehatan, asuransi jiwa, asuransi kesehatan gigi, dan asuransi disabilitas jangka panjang (*long-term disability*), ia akan dihadapkan pada pertanyaan yang sama oleh *underwriter* yang berbeda-beda dari perusahaan asuransi yang sama dan ia akan mendapat penawaran yang berbeda-beda.

### **c. Organisasi Regional**

Selain kedua cara pengorganisasian di atas, beberapa perusahaan asuransi membentuk tim *underwriting* regional yang memfokuskan pada pasar wilayah tertentu. Adanya tim regional ini

memungkinkan *underwriter* untuk mengetahui lebih mendalam mengenai agen lapangan dan komunitas perantara atau pialang (*broker*) mereka, karakteristik ekonomi dan risiko dalam wilayah itu, dan lingkungan perundang-undangan regional. Beberapa perusahaan asuransi bahkan telah mengembangkan pusat regional sehingga berbagai tim dapat bekerja dalam zona yang sama dan mengembangkan keberadaannya untuk pasar yang terpencil.

Organisasi regional ini banyak diterapkan oleh perusahaan-perusahaan asuransi besar di Indonesia, yaitu dengan memberikan wewenang kepada kantor regional atau kantor cabangnya untuk menerbitkan polis bila sudah mempunyai suatu bagian *underwriting* sendiri.

#### **d. Bekerja Dengan Agen Lapangan**

Karena tenaga *underwriting* bekerja di kantor pusat atau dalam lingkungan kantor regional dan tidak atau sedikit berhubungan dengan pembeli, ia sangat tergantung pada agen lapangan. Komunikasi yang efektif dengan agen lapangan sangat penting untuk *underwriter* dan juga untuk agen itu sendiri.

*Underwriter* meminta tolong kepada agen agar mengkomunikasikan secara tepat dan cepat keputusan *underwriting* dan membuka atau mengungkapkan bila ada fakta risiko sensitif yang diketahui atau yang dicurigai mengenai calon tertanggung atau pemohon. Agen lapangan meminta nasehat *underwriter* tentang status aplikasi yang belum diputuskan. Dalam kasus keputusan penolakan, agen memerlukan informasi tentang hal yang melatarbelakangi keputusan itu, sebanyak yang bisa diberikan secara legal agar dapat mengkomunikasikan secara hati-hati dan efektif terhadap pemohon.

### **6.3. Faktor-faktor Seleksi Risiko**

Banyak faktor yang berdampak terhadap minat akan risiko tertentu. Seorang pemohon asuransi mungkin memenuhi persyaratan yang diperlukan untuk mencapai status risiko yang diminati, tetapi kemudian terpaksa ditolak karena timbulnya suatu isu — misalnya sebuah kumpulan kecil dengan potensial klaim yang katastrofik, stabilitas keuangan yang dipertanyakan, atau tingkat kontribusi pengusaha yang tidak cukup.

Bagian *underwriting* menyusun kriteria risiko yang dirancang untuk mengarahkan kegiatan penjualan ke arah risiko yang lebih diminati atau dikehendaki. Dalam setiap aplikasi atau permintaan proposal, *underwriter* memerlukan informasi rinci tentang pemohon dan orang-orang yang akan dijamin. Pertimbangan medis penting dalam menyeleksi risiko jaminan biaya medis. Riwayat medis dan kondisi fisik sekarang ini, adalah indikator dasar tentang kemungkinan masalah masa datang yang mungkin akan menjadi pengeluaran biaya rumah sakit dan terapi. Untuk kumpulan besar (lebih dari 1000 karyawan), *underwriter* melihat riwayat klaim kumpulan secara keseluruhan dan menerima informasi itu sebagai indikator yang dapat dipercaya tentang dugaan tingkat klaim di masa depan. Untuk kumpulan kecil (kurang dari 10 karyawan), riwayat klaim tidak begitu kredibel, dan *underwriter* memerlukan pernyataan tentang kesehatan dari setiap karyawan dan keluarga yang dijamin. Pemohon tertentu mungkin perlu menjalani pemeriksaan darah atau pemeriksaan fisik. *Underwriter* hampir selalu memerlukan pernyataan kesehatan dari setiap pemohon perorangan dan dari pendaftar yang terlambat dalam polis kumpulan. *Underwriter* memeriksa informasi yang ada, dan kadang-kadang memerlukan informasi tambahan atau klarifikasi tentang informasi yang diberikan.

### **a. Kontrak Asuransi Biaya Medis Kumpulan**

Faktor seleksi risiko besar yang mempengaruhi kontrak atau polis asuransi biaya medis kumpulan, adalah besarnya kelompok perusahaan peserta, industri atau pekerjaan yang terlibat, komposisi kumpulan, lokasi, rancangan manfaat (*benefit design*), kontribusi pengusaha, pengalaman klaim sebelumnya, paket asuransi kumpulan sebelumnya, keperluan administrasi, komisi *broker* dan agen, dan perkiraan persistensi.

#### *Ukuran*

Menurut HIPAA tahun 1996, asuransi yang menjual kepada pasar kumpulan kecil (jumlah karyawan 2-50) dilarang untuk menolak setiap kumpulan kecil. Namun masih diperlukan *underwriting* untuk menentukan premi kumpulan kecil.

Sampai saat ini belum ada Undang-Undang khusus yang mengatur ketentuan pelaksanaan khusus Asuransi Kesehatan di Indonesia, sehingga banyak terjadi praktek penolakan akseptasi aplikasi pasar kelompok kecil (2-25/50 orang) tanpa ada sanksi apapun.

Morbiditas cenderung lebih besar pada kumpulan kecil dari pada kumpulan besar. Hal ini terjadi karena adverse selection lebih sering terjadi pada kumpulan yang lebih kecil. Misalnya, pengusaha kecil mungkin ingin menjamin seorang karyawan atau anggota keluarga yang sakit atau yang sedang menghadapi terapi medis yang mahal yang diduga lebih besar dibandingkan dengan premi yang harus dibayarkan.

Besarnya kelompok pengusaha (*employer*) adalah faktor penting dalam menghitung beban biaya administrasi premi. Persentase premi untuk pengeluaran tertentu jauh lebih tinggi pada kumpulan yang ukurannya lebih kecil. Hal ini terjadi karena beberapa pengeluaran paket bersifat biaya tetap berapapun ukuran kumpulan (misalnya penerbitan biaya kontrak dan administrasi premi). Komisi *broker* dan agen secara persentase premi juga lebih besar pada kumpulan yang lebih kecil. Komisi pada kumpulan kecil mulai dari 15% dan kemudian menurun dengan meningkatnya premi, sedang komisi untuk kumpulan yang lebih besar sifatnya rata sekitar 1 sampai 2,5%.

#### *Industri*

Tingkat morbiditas beberapa industri dan pekerjaan tertentu cenderung lebih tinggi, contohnya yaitu:

- Pekerjaan dengan tingkat *stress* tinggi, seperti polisi atau pemadam kebakaran
- Pekerjaan yang akses pelayanannya sudah tersedia, seperti karyawan rumah sakit
- Industri yang tingkat penyalah-gunaan obat dan alkohol tinggi, seperti kelab malam

*Underwriter* menggunakan jenis industri dan pekerjaan untuk menyesuaikan premi mereka dengan perkiraan morbiditas yang lebih tinggi. Selain itu industri tertentu mungkin merupakan risiko yang tidak bisa diterima *underwriter*, seperti kumpulan yang karyawannya sering keluar masuk, atau yang sering terkontaminasi dengan bahan berbahaya.

## *Komposisi*

Tingkat morbiditas sangat tergantung dari karakteristik demografi kumpulan. Yang disebut faktor demografi adalah termasuk kelas atau golongan karyawan yang dijamin, distribusi umur dan gender, serta pendapatan.

### *Kelas atau golongan karyawan yang dijamin.*

Umumnya seorang *underwriter* ingin menjamin semua pegawai tetap yang bekerja secara aktif karena risiko yang disebar secara luas bisa mengurangi *adverse selection* dan bisa membagi biaya tetap berdasarkan dengan jumlah anggota yang lebih besar. Pekerja paruh waktu, musiman dan sementara merupakan risiko yang kurang menarik minat, karena cenderung sering berganti (*turn over*) sehingga meningkatkan biaya administratif. Tambahan lagi, salah satu sebab mereka tidak bisa bekerja penuh waktu adalah karena kondisi kesehatan mereka yang buruk. Pekerja jam-jaman dapat dikeluarkan dari definisi eligibilitas bila mereka dijamin dengan ketentuan tawaran kolektif yang terpisah.

### *Distribusi umur.*

Penentuan premi secara manual biasanya sangat sensitif terhadap umur, dengan tarif yang lebih tinggi pada umur yang lebih tua. Orang yang lebih tua mempunyai morbiditas yang lebih tinggi dari karyawan yang lebih muda dan tarif manualnya adalah refleksi dari tingkat morbiditas yang tinggi itu.

*Underwriter* juga mempertimbangkan distribusi umur di perusahaan untuk mengetahui apakah ada deviasi nilai normal karena sebab lain. Misalnya, sebuah kumpulan dengan rata-rata umur yang tua menunjukkan bahwa kumpulan itu tidak mengangkat pegawai baru. Jika benar, maka rata-rata umur akan meningkat dan perusahaan asuransi akan menemukan bahwa tarif awal tidak memadai lagi. Di lain pihak, sebuah kumpulan yang sangat muda mungkin menandai adanya pergantian karyawan yang tinggi, yang dapat menyebabkan biaya administrasi yang lebih tinggi untuk perusahaan asuransi.

### *Distribusi Gender.*

Morbiditas perempuan lebih tinggi dari laki-laki, khususnya pada masa reproduktif dan juga berlanjut ke umur lima puluh dan enam puluh tahunan. Premi asuransi biaya medis jauh lebih tinggi untuk kumpulan tersebut. Perusahaan yang sebagian besar karyawannya wanita membayar asuransi kesehatan lebih besar dibandingkan dengan perusahaan yang seluruh karyawannya laki-laki.

### *Tingkat Pendapatan.*

Gaji karyawan dapat mempengaruhi seleksi risiko melalui beberapa cara. Orang-orang yang pendapatannya lebih tinggi dari rata-rata cenderung untuk menggunakan paket kesehatannya lebih sering dibanding karyawan yang pendapatannya lebih rendah. Kumpulan dengan pendapatan lebih rendah dari rata-rata mempunyai risiko yang dapat membuat *underwriter* khawatir. Pekerjaan bergaji rendah sering berhubungan dengan kondisi kerja yang buruk, karyawan dan keluarganya dengan masalah kesehatan yang belum tertangani, kesulitan menjaga tingkat partisipasi yang cukup dan menyebabkan tingkat pergantian yang tinggi.

**Table 6.1 Average Charges for Inpatient Services**

State	Average daily charges for room and board		Average total charges per day		Average total charges per admission	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995
Alabama	\$367	\$451	\$2,034	\$2,544	\$10,147	\$12,108
Alaska	550	724	1,540	2,026	11,410	10,481
Arizona	612	584	2,314	2,547	12,834	12,611
Arkansas	249	318	1,174	1,559	6,482	8,793
California	908	879	3,093	3,154	15,437	16,346
Colorado	529	483	1,947	1,939	11,888	9,362
Connecticut	*	*	*	*	*	*
Delaware	*	*	*	*	*	*
District of Columbia	*	*	*	*	*	*
Florida	492	507	2,108	2,344	10,977	12,015
Georgia	431	396	1,846	1,600	9,997	8,660
Hawaii	*	*	*	*	*	*
Idaho	446	446	1,642	1,859	7,487	6,051
Illinois	576	609	2,030	2,209	11,013	10,694
Indiana	459	512	1,533	1,713	8,339	6,991
Iowa	402	389	1,514	1,442	8,231	7,251
Kansas	530	475	1,454	1,797	9,242	8,017
Kentucky	543	538	1,849	1,912	10,105	9,584
Louisiana	404	413	1,870	1,795	11,003	8,402
Maine	*	*	*	*	*	*
Maryland	511	474	1,375	1,199	5,799	4,428
Massachusetts	699	570	1,732	1,523	16,241	12,977
Michigan	717	511	2,427	1,542	11,771	9,121
Minnesota	486	515	1,448	1,844	10,017	8,461
Mississippi	235	281	1,137	1,419	6,467	6,870
Missouri	474	478	2,068	1,867	11,036	9,387
Montana	416	468	1,458	1,635	8,137	8,437
Nebraska	403	398	1,693	1,790	9,529	9,721
Nevada	474	475	2,853	3,194	14,858	14,154
New Hampshire	*	*	*	*	*	*
New Jersey	837	1,000	1,550	2,018	9,608	8,390
New Mexico	469	468	1,460	1,548	8,732	8,971
New York	701	668	1,386	1,471	7,533	7,819
North Carolina	421	470	1,677	1,713	9,021	9,087
North Dakota	277	372	914	1,451	9,252	5,701
Ohio	463	495	1,587	1,772	8,769	8,323
Oklahoma	347	361	1,666	1,527	10,075	8,283
Oregon	524	474	1,716	1,733	10,071	11,135
Pennsylvania	622	947	1,919	3,091	10,042	16,935
Rhode Island	*	*	*	*	*	*
South Carolina	394	427	1,431	2,062	8,922	10,985
South Dakota	387	363	1,532	1,495	6,114	7,117
Tennessee	365	416	1,688	1,919	8,981	10,306
Texas	493	520	2,001	2,295	9,807	11,704
Utah	517	608	1,168	1,410	11,253	11,690
Vermont	*	*	*	*	*	*
Virginia	401	498	1,430	1,991	8,642	8,794
Washington	563	647	1,699	2,149	8,743	10,949
West Virginia	373	385	1,518	1,286	8,127	6,062
Wisconsin	396	351	1,406	1,854	6,590	7,409
Wyoming	421	351	1,507	1,183	7,292	7,289
<b>Nation Average</b>	<b>\$484</b>	<b>\$496</b>	<b>\$1,779</b>	<b>\$1,952</b>	<b>\$9,923</b>	<b>\$9,959</b>

Source: *Current Trends in Health care Costs and Utilization*, Mutual of Omaha Companies, 1996.

\* Does not meet publication standards.

**Table 6.2. Inpatient Utilization Statistics**

State	Admissions per 1,000 people		Average length of stay (days)		Inpatient days per 1,000 people	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995
Alabama	86.5	78	5.0	4.8	432	369
Alaska	51.7	52.6	7.4	5.2	383	272
Arizona	57.9	63.2	5.5	5.0	321	313
Arkansas	69.6	70.4	5.5	5.6	384	397
California	52.7	52.7	5.2	5.2	263	273
Colorado	52.0	52.8	6.1	4.8	317	255
Connecticut	*	*	*	*	*	*
Delaware	*	*	*	*	*	*
District of Columbia	*	*	*	*	*	*
Florida	67.5	67.4	5.2	5.1	351	346
Georgia	73.5	68.1	5.4	5.4	398	369
Hawaii	*	*	*	*	*	*
Idaho	52.0	74.8	4.6	3.3	237	244
Illinois	69.8	66.2	5.4	4.8	379	321
Indiana	69.0	66.1	5.4	4.1	375	270
Iowa	56.7	54.4	5.4	5.0	308	273
Kansas	48.4	54.5	6.4	4.5	308	243
Kentucky	68.2	59.4	5.5	5.0	373	298
Louisiana	85.1	75.7	5.9	4.7	501	354
Maine	*	*	*	*	*	*
Maryland	39.7	50.1	4.2	3.7	167	185
Massachusetts	64.3	59.4	9.4	8.5	603	506
Michigan	45.3	56.0	4.9	5.9	211	332
Minnesota	54.9	59.8	6.9	4.6	380	274
Mississippi	112.6	76.7	5.7	4.8	641	371
Missouri	65.7	59.4	5.3	5.0	351	299
Montana	65.4	72.4	5.6	5.2	365	374
Nebraska	59.3	61.8	5.6	5.4	334	336
Nevada	56.7	62.7	5.2	5.4	296	278
New Hampshire	*	*	*	*	*	*
New Jersey	41.0	42.1	6.2	4.2	254	175
New Mexico	77.7	67.0	6.0	5.8	465	388
New York	53.2	75.0	5.4	5.3	289	398
North Carolina	49.2	59.4	5.4	5.3	266	315
North Dakota	85.0	59.6	10.1	3.9	265	234
Ohio	67.6	59.3	5.5	4.7	374	279
Oklahoma	48.8	50.6	6.0	5.4	295	275
Oregon	40.2	38.7	5.0	5.4	236	248
Pennsylvania	43.0	51.3	5.4	5.5	233	281
Rhode Island	*	*	*	*	*	*
South Carolina	85.8	85.1	6.2	5.3	535	453
South Dakota	46.0	59.6	4.0	4.8	183	284
Tennessee	77.6	78.4	5.3	5.4	413	421
Texas	75.1	71.4	4.9	5.1	368	364
Utah	79.9	87.6	9.6	8.3	770	726
Vermont	*	*	*	*	*	*
Virginia	67.3	64.8	6.0	4.4	407	286
Washington	46.0	49.0	5.1	5.1	237	250
West Virginia	55.1	72.4	5.4	4.7	295	341
Wisconsin	58.1	61.7	4.7	4.0	272	247
Wyoming	43.3	54.7	4.8	6.2	210	337
<b>Nation Average</b>	<b>62.3</b>	<b>63.2</b>	<b>5.6</b>	<b>5.1</b>	<b>347</b>	<b>322</b>

Source: *Current Trends in Health care Costs and Utilization*, Mutual of Omaha Companies, 1996.

\* Does not meet publication standards.

## Lokasi

Morbiditas sangat sensitif terhadap tempat tinggal kumpulan, karena bervariasinya biaya pelayanan kesehatan dan utilisasi. Secara umum, rumah-sakit di wilayah tenggara AS menarik ongkos yang lebih rendah dari pada wilayah timur laut, dan mereka yang di wilayah barat-tengah mempunyai tarif yang cenderung lebih rendah dibandingkan dengan wilayah tenggara (lihat Tabel 6.1). Tetapi, tingkat utilisasi juga berbeda menurut area, dan penyusunan tarif yang lebih tinggi akan diimbangi dengan tingkat utilisasi yang lebih rendah (lihat Tabel 6.2). Misalnya, California mempunyai tarif rumah sakit yang lebih tinggi dari kebanyakan daerah lain, dan menjalankan program *managed care* lebih besar. Keduanya akan mengurangi tingkat utilisasi rumah sakit. Tarif manual biasanya secara otomatis akan disesuaikan dengan kode pos kumpulan tersebut. Untuk kumpulan yang berada lebih dari satu daerah akan digunakan penyesuaian rata-rata tertimbang (*weighted average*).

*Underwriter* juga mempertimbangkan kedekatan letak kumpulan dengan fasilitas pelayanan perusahaan asuransi dan menyesuaikan biaya administrasi seperlunya. Permohonan, pemasangan instalasi dan pelayanan seterusnya adalah hal-hal yang dipengaruhi oleh lokasi. Misalnya biaya mendaftarkan 100 karyawan pada daerah yang terletak pada 500 mil dari kantor asuransi terdekat adalah lebih mahal dari pada bila letaknya di seberang jalan. *Underwriter* akan enggan menerima kumpulan kecil di daerah yang tidak ada fasilitas kantor perusahaan asuransi itu. Sebagai alternatif, kumpulan itu mungkin diterima bila pengusaha yang menanggung seluruh biaya administrasinya.

Sebagai tambahan, wilayah tertentu mempunyai tingkat pengangguran yang lebih tinggi, atau kejatuhan industri sehingga mengancam keseluruhan kestabilan komunitas bisnis di wilayah itu

## Rancangan Paket

Dua komponen dasar dari sebuah paket asuransi adalah eligibilitas dan struktur manfaat. Eligibilitas menetapkan siapa yang dapat diasuransikan. Struktur manfaat menetapkan ruang lingkup dan tingkat jaminan yang disediakan

### Eligibilitas.

Kondisi eligibilitas harus berkaitan dengan hal-hal yang berhubungan dengan pekerjaan. Persyaratan itu tidak boleh berdasarkan suku, umur, dan jenis kelamin karena ketiga hal itu bukanlah kondisi pekerjaan. HIPAA tahun 1996 melarang perusahaan asuransi dan pengusaha untuk menetapkan persyaratan eligibilitas yang dihubungkan dengan status kesehatan karyawan ataupun tanggungannya. Eligibilitas biasanya ditetapkan untuk karyawan tetap yang bekerja dalam jumlah minimal jam seminggunya (misalnya 30 jam seminggu). Paket ini juga menetapkan eligibilitas tanggungan. Tanggungan yang masuk dalam paket adalah pasangan nikah sah karyawan dan semua anak-anak di bawah umur 19 tahun atau sampai umur 25 tahun kalau mereka belum menikah dan masih sekolah. Beberapa perusahaan asuransi juga terus menjamin di atas umur itu untuk anak cacat juga mereka tidak bisa berdiri sendiri.<sup>15</sup>

Tanggungan di Indonesia adalah istri yang sah, karena banyak perusahaan yang menganggap pekerja wanita walau bersuami atau berkeluarga tetap dianggap lajang sehingga suami tak termasuk dalam kriteria tanggungan (*dependent*), sedang anak yang menjadi tanggungan berusia

---

<sup>15</sup> Lihat lebih lanjut pada Bab 5: Ketentuan kontrak.

di bawah 23 tahun atau sampai 25 tahun bila belum menikah atau masih sekolah. Untuk anak-anak yang cacat (*handicapped children*) belum ada ketentuan yang mengaturnya

Salah satu ketentuan penting tentang eligibilitas dari sudut *underwriting*, adalah mengenai kapan jaminan dimulai. Biasanya jaminan bermula pada bulan pertama setelah karyawan bekerja penuh 30 hari. Hal ini berlaku kalau ada masa tunggu atau masa percobaan. Cara ini dilakukan untuk mengurangi biaya memelihara catatan untuk karyawan sementara (*short-term employee*).

### *Struktur manfaat.*

Rancangan paket haruslah menyediakan manfaat dalam tingkat yang wajar dengan biaya yang wajar pula. Seorang *underwriter* umumnya curiga bila ada permintaan paket dengan manfaat minimal, sebab hal ini menunjukkan adanya masalah finansial dalam bisnis, atau adanya tingkat pergantian yang tinggi, sebab karyawan lebih memilih bekerja pada perusahaan yang memberi manfaat asuransi yang lebih baik. Manfaat asuransi yang tinggi juga perlu diwaspadai karena akan meningkatkan utilisasi.

Rancangan paket yang disukai, adalah yang meminta bertanggung untuk membayar tunai sebagian pengeluaran. Umumnya *underwriter* meminta paket dengan *deductible* dan membayar 80% dari \$5.000 atau \$10.000 tagihan pertama. Iur biaya ini membantu pengendalian utilisasi, karena karyawan akan enggan untuk overutilisasi manfaat kalau mereka tahu harus membayar \$200 *deductible* dan lalu harus membayar 20% dari \$5.000 tagihan berikutnya secara tunai.

### *Kontribusi Pengusaha*

Sebuah paket dapat bersifat *noncontributory* (yaitu pengusaha membayar 100%), *contributory* penuh (karyawan membayar 100%) atau diantaranya. Kalau karyawan mendapat penggantian tinggi maka *underwriter* membolehkan kontribusi pengusaha yang lebih rendah (misalnya 50% dari tarif karyawan dan 50% tarif tanggungannya)

Di Indonesia saat ini hampir sebagian besar paket asuransi kesehatan kumpulan adalah bersifat *noncontributory* dan sudah berlangsung puluhan tahun.

Pada Undang-Undang SJSN yang sedang dalam taraf persiapan untuk dilaksanakan, prinsip iuran atau premi adalah *contributory*, sehingga pada pelaksanaannya undang-undang tersebut kemungkinan besar akan menghadapi kendala dari buruh, pekerja, karyawan.

Dari sudut *underwriting*, paket *noncontributory* lebih disenangi karena cara itu memastikan partisipasi penuh. Untuk kumpulan kecil, *underwriter* dapat memaksa agar paket dibuat *noncontributory* untuk memastikan partisipasi penuh. Cara ini juga dapat diharuskan, bila pengusaha mempunyai banyak lokasi yang terpencil agar administrasi dan pendaftaran menjadi sederhana.

Seorang pengusaha yang tidak mau berkontribusi membayar biaya paket (paket *noncontributory*) menunjukkan tidak adanya perhatian, yang dapat mengakibatkan administrasi yang buruk dan tidak adanya kerja sama dengan pihak asuransi. Ketidakmauan pengusaha ini juga merupakan indikator kesulitan finansial dan menimbulkan pertanyaan tentang stabilitas jangka panjang perusahaan. Dalam kondisi itu juga sulit meminta partisipasi minimal dan meskipun pada mulanya dapat dicapai, kemudian akan sulit dijaga.

## *Pengalaman Klaim Sebelumnya*

Pada asuransi biaya medis kumpulan, seperti hampir semua asuransi, *underwriter* sangat tertarik dengan riwayat kejadian yang lalu. Jika pesertanya atau tertanggungnya lebih kecil, kredibilitasnya memang lebih rendah. Misalnya pada kumpulan dengan karyawan kurang dari 100 orang, *underwriter* akan mengkombinasikan pengalaman 2 tahun terakhir agar kredibilitasnya meningkat. Pengalaman klaim biasanya dibuat normal dengan mengeluarkan setiap klaim besar sebelum memproyeksikan kewajiban di masa depan. Jika sebuah kumpulan kecil mempunyai beberapa klaim besar yang berasal dari seseorang yang tidak lagi dijamin oleh asuransi, maka pengalaman itu dapat dikeluarkan.

Tetapi bila mereka yang terkena klaim besar tetap berada di dalam kelas yang harus dijamin dan kecenderungan klaim besar itu tetap akan berlanjut di masa depan, maka klaim tersebut harus diperhitungkan. Untuk kumpulan dengan 1000 orang karyawan atau lebih, maka pengalaman 12 bulan terakhir cukup digunakan sebagai dasar menghitung tarif, dengan mengeluarkan beberapa klaim yang besar.

## *Paket Asuransi Kumpulan Sebelumnya*

Untuk memastikan bahwa *underwriter* membandingkan dengan baik (*apple to apple*), maka dilakukan penilaian melalui salinan kontrak atau polis yang sedang berjalan, atau salinan dari beberapa buku saku (*booklet*) atau sertifikat asuransi yang dipunyai karyawan. Hal itu dilakukan karena beberapa alasan:

Pertama, seorang *underwriter* ingin memastikan bahwa pengalaman klaim yang terjadi dihasilkan melalui paket manfaat yang dihitung oleh *underwriter*. Hal ini penting untuk kumpulan yang lebih besar, yang peranan pengalaman masa lalunya sangat kredibel. Jika klaim itu dihasilkan oleh paket yang lebih kecil, maka penyusunan tarif yang dikembangkan akan tidak cukup untuk menyokong paket yang baru. Jika klaim itu dihasilkan melalui paket manfaat yang lebih besar, maka tarif akan menjadi tidak kompetitif.

Kedua, jika ada perbedaan paket, pembeli perlu diberi tahu sebelum penerimaan kontrak/polis. Jika tidak dinyatakan, pengusaha akan mempunyai asumsi bahwa *underwriter* akan membuat paket dengan tingkat manfaat yang seimbang.

Ketiga, *underwriter* perlu memeriksa ketentuan perpanjangan manfaat yang menetapkan tanggung jawab perusahaan asuransi yang tengah menyiapkan asuransi biaya medis kepada tertanggung ketika kontrak berakhir. Kewaspadaan terhadap ketentuan itu perlu terutama untuk negara bagian yang tidak mempunyai peraturan tentang format penghentian dan penggantian (*Discontinuance & Replacement, D&R*). Tetapi sebagian besar negara bagian mempunyai undang-undang D&R, yang menetapkan tanggung jawab perusahaan asuransi kepada perorangan setelah tanggal pengakhiran kontrak. Umumnya tanggung jawab perusahaan asuransi yang kontraknya berakhir terbatas untuk menjamin perawatan dari mereka yang cacat atau mengalami disabilitas berkaitan dengan kondisi kecacatannya itu, dan perusahaan asuransi yang meneruskannya bertanggung-jawab pada pengeluaran lain dari tertanggung atau tanggungannya. Dari sudut manajemen risiko, undang-undang D&R disambut hangat, saat negara bagian mendefinisikan dengan jelas ketentuan penghentian dan penggantian (D&R), serta kesempatan untuk seleksi asuransi oleh perusahaan asuransi lainnya dihilangkan.

Akhirnya, *underwriter* ingin meninjau definisi eligibilitas, masa tunggu, ketentuan khusus meninggalkan pekerjaan dari paket yang lalu, atau ketentuan pembayaran sendiri lainnya ketika karyawan tidak dijamin asuransi dan mereka membayar tagihan rumah sakitnya sendiri. Setiap ketentuan itu mengandung risiko yang signifikan. Semua ketentuan itu, yaitu paket yang eligibilitasnya longgar, tidak adanya masa tunggu, ketentuan meninggalkan pekerjaan yang berlebihan dan pembayaran sendiri yang tanpa batas akan meningkatkan *adverse selection*.

### *Kebutuhan Administratif*

Kebutuhan administratif bervariasi antar perusahaan asuransi dan antar pemegang polis kumpulan. Misalnya, proses administrasi tagihan dan premi dapat berbeda, pernyataan tagihan tunggal (*single billing*) vs tagihan banyak tempat (*multisite billing*), dan sering kali tingkat toleransi dalam kasus tunggakan premi berbeda. *Underwriter* memperhatikan seluruh isu ini dan membahasnya ketika terjadi proses penawaran untuk memastikan pengusaha mendapat kejelasan tentang produk yang mereka beli. Agen penjualan biasanya terlatih untuk mendiskusikannya sesuai standar perusahaan asuransi, atau meminta prosedur non-standar ke *underwriter*.

Pada kelompok besar, permintaan proposal melalui wakil pengusaha, membutuhkan administrasi yang diminta pengusaha secara tertulis. *Underwriter* melakukan penilaian yang mendalam atas dokumen tersebut untuk memastikan seluruh kebutuhan itu dipenuhi atau dibalas juga secara tertulis.

### *Komisi Broker dan Agen*

Perusahaan asuransi cenderung untuk menggunakan daftar komisi standar yang umumnya lebih rendah dengan mengecilnya ukuran kumpulan. Makin besar kumpulan, makin besar kemungkinannya kebutuhan komisi ditetapkan oleh *broker* atau agen. *Underwriter* lebih menyukai *level commission* dibandingkan komisi tahun pertama yang tinggi, sebab yang terakhir ini dapat mendorong *broker* dan agen untuk sering berpindah bisnis. Praktek pemberian komisi untuk *broker* dan agen di Indonesia cenderung ke arah *level commission*.

### *Persistensi yang Diharapkan*

Biaya akuisisi yang besar, terjadi saat perusahaan asuransi mendapatkan kumpulan baru. Biaya ini termasuk pengeluaran yang berhubungan dengan proses *underwriting*, proposal, penjualan, pendaftaran, penerbitan kontrak atau polis, kartu identifikasi, buku manual (*booklet*) dan penyiapan tagihan.

Dari sudut tarif bisnis yang baru, tidak mungkin membebankan 100% biaya akuisisi ke dalam tarif tahun pertama. Melakukan hal itu akan membuat tarif tahun pertama tidak kompetitif. Karena itu *underwriter* mencicil biaya akuisisi dalam waktu yang panjang—biasanya dalam 3 sampai 5 tahun. Karena itu, *underwriter* menginginkan semacam jaminan agar bisnis yang baru ini tetap dibukukan sampai biaya ini terbayar. *Underwriter* akan menghindari bisnis yang pendek umurnya, seperti sebuah proyek khusus atau pengusaha mempunyai riwayat sering berganti asuransi.

## *Situasi Khusus*

### *Aplikasi Stop-loss.*

Di dalam sebuah paket kesehatan swa-dana yang disponsori pengusaha, pengusaha menanggung risiko sepenuhnya atas kewajiban seperti disebut dalam dokumen paket. Pengusaha membeli jaminan *stop-loss* untuk melindungi pengusaha dari kerugian yang katastrofik (*specific stop-loss*), dan atau dari biaya total yang melebihi anggaran pengusaha (*aggregate stop-loss*).

Meskipun pengusaha dapat menemukan banyak keuntungan dari swa-dana, seperti *cash flow* dan tidak adanya pajak premi, namun juga ada risikonya. Pengusaha yang membeli jaminan *stop-loss* akan mendapatkan, bahwa tarif perpanjangannya disesuaikan secara signifikan karena kondisi klaim yang sedang terjadi. Pengusaha itu juga mendapati, bahwa satu atau beberapa klaim yang secara potensial katastrofik tidak dijamin pada kontrak perpanjangan atau *renewal*. Banyak perusahaan asuransi yang memberikan jaminan *stop-loss* mempertahankan aturan di atas (misal, tidak menjamin klaim tertentu) hanya pada situasi pengambilalihan bisnis baru.

Pada situasi pengalihan bisnis baru, *underwriter* secara hati-hati memastikan tidak ada risiko yang belum waktunya dialihkan ke perusahaan asuransi melalui masa transisi. Seorang pengusaha yang tadinya tidak mempunyai jaminan *stop-loss* dan sekarang memintanya mungkin sedang mengalihkan situasi klaim katastrofik ke perusahaan asuransi yang baru. *Underwriter* perlu bertanya kepada pengusaha untuk menunjukkan atau mengidentifikasi semua klaim yang potensial katastrofik. Bila situasi tersebut ada, *underwriter* akan meminta rincian yang lengkap.

### *Kasus swa-dana meminta kontrak tertanggung.*

*Underwriter* akan curiga pada pengusaha yang meminta asuransi menjamin paket swa-dana mereka yang sedang berjalan. Biasanya pengusaha mulai memikirkan untuk mengembalikan pengaturan tertanggung setelah mereka terkena dampak risiko yang abnormal, umumnya risiko yang sedang berlangsung. *Underwriter* akan menghindari upaya tersebut, serta menyeleksi. Oleh karena itu pengusaha harus memberikan alasan yang lebih kuat, agar *underwriter* mau melakukan menawarkan pertanggung.

## ***b. Kontrak Biaya Medis Perorangan***

*Underwriter* asuransi biaya medis perorangan dan kumpulan menaruh perhatian pada faktor-faktor risiko yang sama, seperti umur, gender, lokasi dan pendapatan atau penghasilan. Namun fokusnya berbeda, *underwriter* kumpulan mempunyai perhatian terutama pada karakteristik dan komposisi kumpulan secara keseluruhan. Subsidi pengusaha, kebutuhan partisipasi minimum, dan peraturan pemohon yang terlambat (*late applicant*) perlu dilihat untuk mencegah terjadinya *adverse selection* di dalam kumpulan tersebut. Tetapi pada asuransi perorangan, setiap pemohon perlu dinilai sendiri-sendiri. *Underwriter* perorangan tidak dapat bergantung pada pembelian kumpulan untuk menyebar risiko, karena setiap pemohon menentukan sendiri apakah akan membeli atau tidak.

Para *underwriter* asuransi biaya medis perorangan sangat menaruh perhatian mengenai riwayat kesehatan perorangan dan status kesehatan sekarang dari setiap pemohon. *Underwriter* perorangan mungkin memerlukan pemohon untuk melakukan pemeriksaan fisik, tes darah, dan analisis urin. *Underwriter* asuransi biaya medis kumpulan mungkin memerlukan informasi terperinci seperti itu dari semua pemegang asuransi potensial, hanya jika kumpulan tersebut kecil

(kurang dari 10 karyawan), dan untuk mengurangi efek ‘rata-rata’ dari pembelian polis kumpulan.

Karena semua kontrak dirancang untuk mencakup perorangan atau keluarga, proses permohonan, aplikasi, *underwriting review*, dan penerbitan polis harus dirampingkan untuk menekan biaya agar rasio terhadap premi menjadi minimum. Umumnya pemohon memiliki pilihan paket yang terbatas dengan fleksibilitas rancangan yang kecil atau tidak ada sama sekali. Walaupun begitu, dengan skala kerugian ekonomi asuransi kumpulan, pengeluaran administratif cenderung merupakan persentase premi yang lebih tinggi untuk polis perorangan dibandingkan polis kumpulan. Tingkat komisi adalah tetap dan tidak dapat dinegosiasikan. Biaya akuisisi sebagai persentase dari premi juga lebih tinggi pada paket perorangan.

Bagian berikut membahas faktor-faktor risiko yang ditangani secara berbeda oleh *underwriter* paket perorangan.

### *Riwayat Medis*

*Underwriting* medis mungkin merupakan aspek yang paling kritis dari penilaian aplikasi polis biaya medis perorangan. Riwayat medis dan kondisi fisik pemohon harus dipertimbangkan. *Underwriter* mencari sejumlah hal yang berbeda, seperti:

- Bukti apapun tentang pengeluaran medis yang terjadi saat ini
- Kondisi medis apapun yang membutuhkan atau akan membutuhkan perawatan dalam waktu dekat; dan
- Kondisi fisik apapun, seperti kadar kolesterol yang tinggi, yang meningkatkan kemungkinan sakit di masa depan.

Kadangkala satu kondisi seperti diabetes, memberikan implikasi biaya kesehatan di saat ini dan masa depan. Diabetes yang tergantung pada insulin (*insulin dependent diabetes mellitus, IDDM*) memerlukan perawatan medis yang terus menerus dan juga dapat mengakibatkan komplikasi yang serius. Adalah penting untuk membedakan kondisi yang akan sering terulang atau kambuh seperti luka lambung, dan dengan kelainan akut yang tidak akan terjadi lagi jika dirawat dengan baik, seperti retak tulang atau apendektomi.

Melakukan evaluasi medis pada seorang pendaftar membutuhkan keterampilan dan penilaian *underwriting* yang tinggi. Evaluasi dimulai dengan aplikasi dan pernyataan agen (*agent's statement*). Jika bukti kondisi kesehatan yang tidak baik terlihat, maka bukti selanjutnya diminta dan diperiksa hingga *underwriter* memiliki bukti yang cukup untuk mengevaluasi risiko tersebut dengan pasti. Bukti tersebut mungkin termasuk pernyataan dokter (*attending physician's statement*), pemeriksaan medis atau paramedis (jika belum diminta), tes atau penelitian tertentu (seperti urinalisis, pemeriksaan darah, atau elektrokardiogram). Riwayat diabetes keluarga mungkin akan berakibat permintaan sebuah urinalisis; menemukan gula dalam urin mungkin akan mengakibatkan sebuah permintaan pemeriksaan toleransi glukosa (*glucose tolerance test*).

Untuk kondisi yang sedang atau telah diderita, *underwriter* mengevaluasi:

- Biaya perawatan yang sedang berlangsung saat ini;
- Efek pada kesehatan umum tertanggung;
- Kemajuan normal kondisi kesehatan
- Kemungkinan komplikasi di masa depan; dan

- Kemungkinan interaksi dengan kondisi yang tidak ada hubungan dengan penyakitnya di masa depan.

Karena masalah kesehatan cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya usia, pedoman underwriting kebanyakan perusahaan asuransi biaya medis perorangan memerlukan penggunaan pemeriksaan medis yang lebih sering dan pernyataan dokter yang bertugas (*APS, Attending Physician Statement*) untuk pemohon yang lebih tua.

### *Pekerjaan*

*Underwriter* perorangan amat memperhatikan pekerjaan pemohon yang spesifik, sedangkan *underwriter* kumpulan lebih memperhatikan (*concerned*) tentang keseluruhan jenis industri suatu perusahaan. Untuk memahami perbedaannya, contohnya seorang akuntan yang bekerja untuk sebuah pertambangan batubara. Sebagai sebuah kumpulan, pekerja tambang mungkin akan menghadapi risiko yang besar. Tetapi sebagai seorang individu, akuntan tersebut merupakan risiko yang sangat baik, karena ia bekerja dalam sebuah kantor dan bukan di tambang (*mining*).

Umumnya, pekerjaan merupakan faktor yang kurang penting untuk jaminan biaya medis dari pada jaminan kecacatan. Namun, tetap memberikan pengaruh yang besar pada biaya klaim. Orang-orang dalam beberapa profesi mungkin terlalu berbahaya untuk diasuransikan, seperti petinju profesional, penyelam laut dalam, atau pemotong rumput. Pekerjaan lain mungkin memiliki biaya rata-rata yang lebih tinggi atau lebih rendah, yang dicerminkan dalam tarif manual perusahaan asuransi. Walaupun paket kompensasi buruh (*Worker's Compensation Plan, WCP*) dapat digunakan untuk menjamin luka dan sakit yang disebabkan oleh pekerjaan, jenis pekerjaan tersebut penting bagi *underwriting* perorangan, karena berfungsi sebagai yang mewakili untuk beberapa faktor sosio-ekonomi tertentu, seperti pendidikan, pendapatan, dan gaya hidup, yang mempengaruhi pengeluaran kesehatan dan medis perorangan.

### *Hobi*

Hobi (*avocation*) memberikan masalah khusus untuk *underwriter*. Karena taraf hidup yang meningkat, lebih banyak orang yang memiliki hobi yang berbahaya. Beberapa perusahaan asuransi membutuhkan dilengkapinya lembar pertanyaan tertentu, jika ada bukti bahwa aplikasi itu melibatkan hobi yang berbahaya, seperti menyelam (*scuba diving*), layang gantung, mendaki gunung, atau balap motor, dan lain-lainnya. Dari lembar pertanyaan ini, seorang *underwriter* dapat menentukan apakah bahaya yang ditanggung minimum dan dapat diacuhkan atau bisa berlebihan risikonya

Jika sebagian besar populasi berpartisipasi dalam aktivitas yang berbahaya, biaya dari bahaya ekstra akan tertutup oleh struktur premi biasa. Namun, jika hanya persentase kecil yang berpartisipasi, *underwriter* tersebut harus menentukan kenaikan persentase bahaya. Dimana diizinkan oleh peraturan hukum, *underwriter* bisa memiliki beberapa pilihan, seperti penggunaan sebuah *rider* yang mengecualikan risiko tertentu, atau mengenakan premi ekstra.

### *Asuransi Lain*

*Overinsurance* adalah cakupan asuransi yang melebihi 100% dari kerugian yang sebenarnya, yang disebabkan oleh adanya duplikasi polis. Masalahnya bukan duplikasi jaminan, tetapi masalah yang disebabkan oleh *overinsurance* yang mengakibatkan pembayaran asuransi yang melebihi jumlah kerugian finansial sebenarnya yang diajukan oleh tertanggung

Kebanyakan Polis asuransi biaya medis mengandung ketentuan koordinasi *manfaat (coordination of benefits, COB)* yang menghindari duplikasi jaminan dan *overinsurance*. Namun, ketentuan ini lebih jarang tertera dalam kontrak perorangan. Karena ketentuan polis yang efektif tidak memadai, hal ini menjadi penting bagi metode *underwriting* dan pembuatan program. Sebuah telaah yang komprehensif tentang sumber jaminan lainnya harus dilengkapi sebelum keputusan untuk mengambil risiko dibuat. Penerapan COB masih relatif jarang dilakukan oleh para perusahaan asuransi di Indonesia. Seharusnya sebelum proses akseptasi pada deklarasi aplikasi harus dicantumkan pertanyaan, apakah pemohon dijamin oleh asuransi lain dan asuransi mana yang akan dijadikan penjamin utama (*lead insurer*)-nya, sehingga pada saat proses klaim bisa dicegah adanya *overinsurance* tersebut.

### *Moral Hazard*

*Moral hazard* adalah elemen penting dalam seleksi risiko perorangan. Ini merupakan salah satu elemen yang mempersulit evaluasi pemohon perorangan. Orang-orang yang *melakukan moral hazard* adalah yang mungkin tidak jujur dalam membuat perjanjian dengan perusahaan asuransi. *Underwriter* harus melakukan pendekatan masalah itu dengan sudut pandang yang adil, objektif dan modern, melihat bahwa jenis pekerjaan atau lingkungan tempat tinggal dan cara hidup yang dimiliki seorang individu. Tanda-tanda peringatan adanya praktek bisnis yang tidak etis atau patut dipertanyakan, kebangkrutan, arsip kriminal, *overinsurance* aktual atau percobaannya, serta pengalaman klaim yang berlebihan

### *Penyalahgunaan Bahan Kimia*

Penggunaan alkohol yang berlebihan dan kecanduan obat-obatan merupakan masalah yang terus berkembang bagi *underwriter*. Kecanduan obat-obatan biasanya berakibat dengan penolakan jaminan, dan ada banyak tingkat dari penggunaan alkohol yang berlebihan. *Underwriter* mungkin akan bertindak dengan melakukan akseptasi sesuai risiko standar, atau membuat tarif premi ekstra, hingga sampai menolak jaminan.

### *Anggota Keluarga*

Jika jaminan yang diterapkan termasuk asuransi biaya medis diperluas hingga memasukkan anggota keluarga yang *eligible* selain pemohon, *underwriter* harus memiliki informasi cukup tentang tiap anggota keluarga. Beberapa perusahaan asuransi kemungkinan juga membutuhkan pernyataan bahwa jaminan telah diminta untuk semua anggota keluarga yang *eligible*. Jika setiap anggota keluarga yang memenuhi syarat tidak dimasukkan, perusahaan asuransi dapat bertanya tentang kelalaian ini. Kelalaian ini mungkin terjadi karena adanya asuransi lain, *uninsurability* yang diketahui, atau dinas militer dari anak perempuan atau anak laki-laki. Perusahaan asuransi membutuhkan informasi ini untuk menghindari seleksi terhadapnya yang dapat mengakibatkan penambahan anggota keluarga khusus yang banyak mengajukan klaim.

Informasi juga diminta mengenai formulir asuransi serupa dengan yang sedang berlaku atau diajukan untuk anggota keluarganya dimana cakupan telah diminta. Permintaan ini penting dalam usaha perusahaan asuransi untuk menghindari duplikasi jaminan yang mungkin akan mengakibatkan overutilisasi.

## *Opsi-opsi Penerbitan Polis*

*Underwriter* menelaah setiap bagian informasi *underwriting* dan menentukan kapan informasi yang ada cukup untuk membuat keputusan *underwriting* final. Ketika membuat sebuah keputusan, *underwriter* tersebut melakukannya sesuai dengan standar (tepat seperti yang diajukan), ditolak, atau dimodifikasi.

### *Penerbitan standar.*

Keputusan *underwriting* biasa disetujui sesuai dengan apa yang dimohonkan. Kebanyakan perusahaan asuransi akan menyetujui 70% hingga 80% dari aplikasi asuransi mereka dengan basis ini.

### *Penolakan penerbitan polis.*

Putusan *underwriting* yang paling drastis adalah untuk menolak mengeluarkan jaminan apapun. Pilihan ini dilakukan hanya untuk alasan medis yang serius atau karena seorang pendaftar benar-benar di luar parameter risiko yang khusus ditanggung perusahaan tersebut untuk alasan pekerjaan atau finansial khusus. Sebagian besar perusahaan asuransi memiliki tingkat penolakan di bawah 10%.

### *Modifikasi penerbitan polis.*

Persetujuan *underwriting* yang dimodifikasi mungkin merupakan aspek yang paling sulit dari *underwriting* asuransi biaya medis perorangan. Modifikasi tersebut mungkin merupakan *rider* pengecualian, premi tambahan, perubahan manfaat, atau kombinasi dari beberapa pendekatan ini.

Perusahaan asuransi kesehatan telah lama menggunakan *exclusion rider* (disebut juga *waivers*) sebagai alat untuk membuat jaminan bagi orang-orang yang seharusnya ditolak. *Rider* seperti itu menyatakan bahwa perusahaan asuransi tidak akan membayar biaya medis yang disebabkan oleh masalah kesehatan tertentu (seperti kelainan punggung) atau aktivitas yang berbahaya (seperti balap mobil). Dalam *rider* tersebut mungkin disebutkan boleh mengecualikan kelainan tertentu seperti hernia, atau mungkin mengecualikan sebuah keseluruhan sistem, atau daerah tubuh tertentu seperti kelainan pada perut atau usus. Penyusunan kata yang sebenarnya ditentukan oleh sifat dan seriusnya riwayat medis pendaftar atau cacat, dan juga oleh falsafah *underwriting* perusahaan asuransi.

Walaupun *exclusion rider* umumnya mengecualikan semua kewajiban untuk kondisi yang disebutkan oleh *rider*, beberapa perusahaan asuransi menggunakan periode *waiver* terbatas. Contohnya, sebuah perusahaan asuransi dapat mengecualikan jaminan untuk pengeluaran yang muncul dari kondisi *waiver* selama dua tahun dan menyediakan manfaat penuh setelah itu. Jenis periode *waiver* terbatas ini diterapkan pada kondisi yang kemungkinan tidak akan terjadi lagi setelah pasien benar-benar pulih.

Kebanyakan perusahaan asuransi cenderung menggunakan premi ekstra (*extra premium*) pada pendekatan *exclusion rider* untuk modifikasi jaminan untuk beberapa kondisi yang kemungkinan terdapat terlalu banyak komplikasi yang mungkin bisa dikeluarkan, seperti obesitas, hipertensi, atau diabetes. Pembayaran premi tambahan, yang memungkinkan pemegang asuransi mendapatkan jaminan penuh, biasanya lebih dapat diterima pemohon dari pada sebuah pengecualian. Perusahaan asuransi menempatkan tertanggung dalam kelas tarif khusus dan menagih premi tambahan sebagai persentase dari premi standar. Premi tambahan tersebut

biasanya antara 25% hingga 100% dari premi standar, walaupun beberapa perusahaan asuransi mungkin akan menggunakan tarif yang lebih tinggi.

Modifikasi lainnya adalah untuk mengubah manfaatnya (*change the benefits*) ke manfaat lainnya selain yang diminta pemohon. Contohnya, adalah *deductible* yang lebih besar pada polis biaya medis. Modifikasi ini seringkali digunakan ketika keuangan, situasi pasar, atau masalah medis ringan mengindikasikan bahwa jaminan standar bisa diperoleh, tetapi risiko yang diinginkan akan ditanggung, masih dipertimbangkan.

Untuk menawarkan jaminan menjadi sejumlah risiko yang dimodifikasi, beberapa perusahaan asuransi telah mengembangkan polis khusus yang menyediakan cakupan terbatas untuk kondisi yang telah ditentukan (*limited coverage for specified(qualified) conditions*) dan jaminan penuh untuk kerugian lainnya. Pendekatan ini dapat mengurangi tingkat penolakan perusahaan asuransi dan juga mengizinkan penawaran jaminan untuk pendaftar dengan masalah kesehatan yang serius. Sebuah polis khusus untuk kondisi yang terkualifikasi menggunakan klausula asuransi terpisah, disusun per kata untuk menjamin kondisi yang telah ada sebelumnya (*pre-existing conditions*) yang diindikasikan pada aplikasi, dan juga tarif khusus untuk kondisi itu.

## 6.4. Underwriting Kumpulan Lainnya

### a. Labor Unions and Taft-Hartley Health and Welfare Trust Plans

Dewasa ini, sangat jarang perusahaan asuransi yang menerbitkan polis langsung kepada sebuah serikat buruh/pekerja, karena kebanyakan serikat buruh memiliki manfaat mereka sendiri yang disediakan melalui perjanjian tawar-menawar kolektif di bawah ketentuan-ketentuan Undang-Undang Taft-Hartley di AS. Di bawah pasal tersebut, sebuah perwakilan legal dibentuk oleh satu atau lebih organisasi buruh dengan jumlah representatif yang sama mewakili buruh dan pengusaha yang berfungsi sebagai pengawas. Tingkat manfaat dan tarif kontribusi per jam kerja dinegosiasikan untuk periode waktu tertentu (misalnya, satu hingga tiga tahun).

Kadang-kadang, organisasi buruh lokal mencari manfaat untuk anggotanya langsung dari sebuah perusahaan asuransi. Jaminan seringkali dibayar penuh anggotanya, yang merupakan masalah terbesar dalam paket yang dibayar penuh oleh karyawan. Sebagai tambahan, keanggotaan dalam organisasi buruh tidak selalu diwajibkan, yang menciptakan situasi dimana mereka yang bergabung dalam organisasi mungkin hanya ingin mendapatkan manfaat saja. Dalam kasus yang ekstrim, organisasi buruh itu sendiri mungkin didirikan hanya untuk mendapatkan asuransi demi kepentingan anggotanya.

#### Masalah Underwriting Paket Taft-Hartley

Ada sejumlah faktor unik dalam paket kesehatan dan kesejahteraan dana perwalian Taft-Hartley (*trust fund*) yang perlu dipertimbangkan oleh seorang *underwriter* untuk menentukan akseptasinya.

- *Underwriter* perlu menelaah dokumen dana perwalian untuk memastikan kumpulan tersebut adalah paket Taft-Hartley dan bukan hanya merupakan organisasi buruh biasa, untuk menentukan bagaimana premi dibayar, serta untuk menentukan eligibilitas.
- *Underwriter* perlu menelaah jumlah anggota dari bulan ke bulan untuk melihat apakah ada perubahan yang radikal. Keanggotaan yang perlahan-lahan menurun adalah tanda bahwa dana perwalian kemungkinan sedang pecah. Kenaikan jumlah anggota yang mendadak

mungkin merupakan tanda penambahan organisasi yang besar atau bergabung dengan dana wali amanah atau dana perwalian lain yang menginginkan tarif atau manfaat yang lebih baik.

### *Eligibilitas*

Yang menjadi perhatian utama *underwriter* adalah menentukan siapakah yang eligible di bawah paket kesehatan dan kesejahteraan Taft-Hartley. Ada tiga metode yang berbeda yang digunakan bagi organisasi-organisasi buruh untuk menentukan eligibilitas.

- Pertama, adalah melihat kerja karyawan dalam jumlah hari, minggu, atau bulan pada perusahaan tertentu sebelum menjadi bertanggung. Metode ini sesuai untuk situasi dimana pekerja itu stabil, bukan pekerja pindahan atau musiman, dan perpindahan pekerja antar perusahaan yang hanya sedikit.
- Yang kedua, adalah jumlah jam kerja karyawan tersebut yang telah dikumpulkan selama periode yang disebut sebagai periode akumulasi. Sebagai contoh, orang yang telah bekerja sebanyak 300 jam kerja dalam satu kwartal tahun yang lalu menjadi *eligible* untuk manfaat selama kwartal berikutnya. Metode ini dapat dipakai untuk industri yang stabilitas karyawannya rendah.
- Sedangkan yang ketiga, adalah seluruh jam seorang karyawan bekerja dikreditkan dalam semacam *bank jam anggota*. Ini disebut sebagai pengaturan bank cadangan (*reserve bank arrangement*). Seorang karyawan yang telah mengumpulkan sejumlah jam minimum menjadi *eligible* untuk memperoleh manfaat. Untuk tiap bulan individu tersebut mendapatkan jaminan (*coverage*), dan sejumlah jam tertentu dikurangi dari bank. Ketika jam tersebut telah habis untuk memenuhi jaminan bulan depan asuransi berhenti.

Metode kedua dan ketiga cocok untuk industri seperti perusahaan bangunan, dimana karyawan seringkali bekerja untuk pengusaha yang berbeda pada hari yang berbeda. Di bawah situasi pekerja yang tidak stabil inilah, memiliki jumlah uang yang cukup dalam dana perwalian untuk menutupi sifat pindahan dari para karyawan adalah pertimbangan *underwriting* yang penting.<sup>16</sup>

### *b. Kelompok multi pengusaha*

Dalam usaha untuk mendapatkan kekuatan membeli (*purchasing power*) seperti kelompok yang lebih besar, banyak pengusaha kecil bergabung di bawah sebuah perserikatan multi pengusaha (*multiple employer trust, MET*). Di masa lalu, banyak MET yang melewati batas negara bagian untuk membentuk perserikatan regional yang besar, bahkan kadangkala sebagai perserikatan nasional. Tetapi, peraturan baru negara bagian, membuat hal semacam ini hampir mustahil. Beberapa perusahaan asuransi telah sama sekali berhenti dari pasar MET; yang lain menggunakan unit *underwriting* terpisah untuk menangani MET.

Pengusaha kecil mungkin akan memilih untuk berpartisipasi dalam MET, karena mereka tidak mampu membeli produk asuransi biaya medis yang lebih kompetitif sendirian. Mereka yang mampu membelinya cenderung adalah kelompok yang lebih sehat dalam komunitas bisnis.

### *c. Kumpulan Asosiasi*

Kumpulan asosiasi mirip dengan MET dengan pengecualian bahwa pengusaha yang berpartisipasi merupakan anggota dari pasar yang sama (misalnya, dokter gigi, *law firm*).

---

<sup>16</sup> Untuk informasi lebih lanjut lihat Bab 7.

Banyak permasalahan yang sama ditemui dalam *adverse selection*. Karena partisipasi tidak wajib, maka mereka yang menjadi anggota mungkin melakukannya, karena tidak bisa mendapatkan produk yang lebih kompetitif di tempat lain. Beberapa negara bagian AS tidak mengizinkan pembuatan kontrak asuransi kumpulan pada sebuah asosiasi profesional. Dalam kasus-kasus seperti ini, perusahaan asuransi membuat kontrak-kontrak perorangan pada anggota asosiasi dengan suatu tipe *underwriting* yang telah disederhanakan.

#### **d. Organisasi Waralaba**

Organisasi-organisasi waralaba (*franchise organizations*) mirip dengan kumpulan asosiasi dalam hal partisipasinya, karena keanggotaannya tidak diwajibkan, maka *adverse selection* sangat tinggi. Pada beberapa kasus dimana partisipasi menjadi wajib atau otomatis setelah mencapai tingkat penjualan tertentu atau prestasi lainnya, *underwriter* mungkin akan memandang risiko yang lebih menguntungkan.

Administrasi paket dan definisi lain dari eligibilitas penting bagi faktor *underwriting*. Jika partisipasi adalah wajib, tetapi administrasi paket kurang disiplin atau terdesentralisasi, kumpulan itu mungkin akan ditolak. Banyak *underwriter* akan memandang sebuah kumpulan waralaba lebih menguntungkan jika kumpulan tersebut bersedia untuk menutupi para pemilik dan manajernya dengan basis *noncontributory*. Namun, jika kumpulan tersebut memutuskan untuk membuat paket tersebut dapat diperoleh oleh karyawan tetap lainnya dengan basis *self-pay* (membayar sendiri), para *underwriter* kemungkinan akan menolaknya.

#### **e. Pengusaha Publik**

Banyak perusahaan asuransi biaya medis enggan untuk membuka bisnis di sektor publik masyarakat dan mungkin akan mengategorikan kota, kabupaten, dan sekolah kecamatan sebagai kumpulan yang tidak *eligible*. Masalah *underwriting* utama untuk perusahaan asuransi adalah mengenai eligibilitas, usia rata-rata yang lebih tinggi, risiko liabilitas, serta persistensi yang rendah.

##### *Eligibilitas*

Kota, kabupaten, dan sekolah kecamatan atau distrik cenderung memiliki ketentuan eligibilitas yang rendah. Contohnya, eligibilitas mungkin termasuk anggota dewan sekolah yang terpilih, karyawan paruh waktu (pekerja cafeteria, supir bus, satpam), pemadam kebakaran sukarela, karyawan yang sedang berlibur, serta pensiunan dini (*early retirees*). Kota dan kabupaten juga cenderung memiliki kelas karyawan yang pekerjaannya lebih berbahaya dan atau lebih *stress*, seperti petugas polisi, wakil *sheriff*, penjaga penjara, pekerja masa percobaan, pemadam kebakaran, dan pekerja jalanan.

##### *Usia rata-rata yang lebih tinggi*

Peserta kumpulan pegawai kota dan kabupaten cenderung memiliki usia rata-rata yang lebih tinggi dari pada sisa populasi lainnya, yang mengakibatkan morbiditas yang lebih tinggi.

##### *Risiko Liabilitas*

Paket kesejahteraan karyawan (*employee benefit plans*) yang mengurus karyawan pemerintah negara bagian dan badan-badan pemerintah setempat tidak mendapatkan proteksi yang diberikan

oleh paket kesehatan kumpulan lainnya di bawah ERISA tahun 1974, yang membatasi terkenanya imbas *punitive damages*. Ini berarti, perusahaan asuransi yang menjamin para karyawan ini menghadapi risiko ganjaran *punitive damages*, terutama di negara bagian yang ada litigasinya.

### *Persistensi yang rendah*

Perubahan dalam kepemimpinan partai politik dan pada mereka yang diberi wewenang untuk membuat keputusan tentang asuransi kumpulan, seringkali mengakibatkan perpindahan kepada perusahaan asuransi lain. Sebagai tambahan, banyak negara bagian mempunyai peraturan yang mewajibkan paket asuransi pemerintah diadakan untuk dilelang setiap beberapa tahun. Situasi ini dapat mempengaruhi persistensi penanggung yang sekarang (*incumbent*).

### *f. Organisasi Sosial dan Fraternal/Persaudaraan*

Banyak perusahaan asuransi memandang kumpulan sosial dan fraternal, dimana keanggotaan tidak berhubungan dengan pekerjaan atau karyawan perusahaan, sebagai risiko yang tidak *eligible*. Ada kemungkinan individu bergabung dengan kumpulan tersebut hanya untuk mendapatkan asuransi. Sebagai tambahan, program-program tersebut selalu merupakan program swa-bayar (*self-pay*), yang menghadirkan semua masalah partisipasi dan *adverse selection* seperti paket swa-bayar lainnya.

Namun, ada beberapa perusahaan asuransi yang khusus menangani kumpulan sosial dan fraternal/persaudaraan semacam itu. Perusahaan asuransi itu cenderung menangani kumpulan seperti itu sebagai blok dari pemohon perorangan dan melakukan *underwriting* setiap aplikasi secara terpisah. Keuntungan dari perjanjian seperti itu bagi perusahaan asuransi adalah dukungan organisasi.

## 6.5. Masalah Underwriting Asuransi Biaya Medis

Setelah menentukan apakah sebuah kumpulan atau seorang individu merupakan risiko yang menguntungkan, *underwriter* tersebut memiliki 4 masalah utama yang perlu diperhatikan:

- Kemungkinan *adverse selection* (a.l., membayar klaim yang berhubungan dengan kondisi mental dan syaraf sama seperti kondisi lainnya yang mungkin memberikan masalah seleksi pada *underwriting* pada pekerjaan yang tingkat *stress*-nya tinggi seperti polisi, pengajar dan administrasi sekolah negeri);
- Kemungkinan paket dengan manfaat yang tinggi – yang memiliki *deductible* dan *coinsurance* yang rendah bagi pemegang asuransi – akan mempromosikan overutilisasi;
- Potensi kesulitan administratif yang dibuat oleh rancangan manfaat nonstandar (non standard benefit designs);
- Memastikan bahwa semua aspek paket yang diminta memenuhi hukum pemerintah negara bagian dan federal.

### *a. Jenis Paket*

#### *Paket Medis Utama Komprehensif*

Di bawah kebanyakan paket medis utama komprehensif (*comprehensive mayor medical plans*), pengklaim diwajibkan untuk membayar *deductible* dan *coinsurance* hingga maksimum *out-of-*

*pocket* tertentu sebelum perusahaan asuransi mengambil tanggung jawab 100%. Penelitian aktuarial menunjukkan bahwa utilisasi berkurang seiring dengan naiknya persentase klaim dollar pertama (*first dollar claims*). *Underwriter* menginginkan jumlah *deductible* yang wajar dalam hubungannya dengan pasar dimana produk tersebut dijual. Contohnya, sebuah *deductible* \$100 per tahun mungkin dapat diterima di daerah rural selatan AS, dimana paket dengan *deductible* seperti itu sudah umum, tetapi mungkin tidak di California Selatan, dimana *deductible* antara \$400 dan \$500 lebih umum.

Kebanyakan perusahaan asuransi mewajibkan paket mereka mengandung fitur-fitur penekanan pengeluaran (*cost containment features*) seperti preadmission rumah sakit, telaah rawat inap bersamaan (*concurrent stay review*), manajemen kasus klaim besar, serta program-program kesehatan mental dan penyalahgunaan obat. Dalam *underwriting* sebuah produk biaya medis, fitur penghematan dan pengeluaran ini harus dipertimbangkan. Diperkirakan, fitur-fitur biaya bisa berkurang antara 5% hingga 7% per tahun. Bagaimanapun juga, ini membuat kenaikan antara 1,5% hingga 2% biaya perusahaan asuransi untuk mengadministrasi paket. Kedua faktor ini perlu diperhitungkan dalam premi yang ditagihkan.

### *Paket Medis Utama Suplemen*

Paket rawat inap & bedah dasar (*basic hospital-surgical plan*) menawarkan manfaat tanpa pengenaan *deductible* (*first-dollar coverage*) hingga batasan internal tertentu, dengan tagihan yang tersisa dibayar oleh paket medis utama suplemen (*supplemental major medical plan*) yang mengenakan *deductible* dan *coinsurance*. Fitur dollar pertama seringkali mempromosikan penggunaan pelayanan, dan telah menjadi sangat mahal di sebagian besar negara bagian. Dimana paket semacam itu diberlakukan, *underwriter* memeriksa statistik utilisasi klaim secara reguler. Seiring dengan naiknya biaya dan utilisasi, *underwriter* seringkali mengganti paket dollar pertama seperti itu, dengan menerapkan insentif tarif atau meminta *deductible* yang terpisah. Sebagai contoh, jika kunjungan ke ruang gawat darurat dianggap tinggi, maka *underwriter* akan membutuhkan sebuah *deductible* untuk ruang gawat darurat.

### *HMO (Health Maintenance Organization)*

*Underwriter* membutuhkan perubahan dalam cara berpikir mereka saat melakukan *underwriting* paket HMO. *Underwriter* paket indemnitas menggunakan *deductible* yang tinggi dan tingkat penggantian *coinsurance* yang lebih rendah untuk memindahkan biaya kepada pasien untuk mengurangi utilisasi paket. HMO mempergunakan insentif pada *provider* untuk mengurangi utilisasi, terutama dengan meminta bertanggung untuk menggunakan dokter keluarga (*primary care physician, PCP*) sebagai penjaga gawang (*gatekeepers*) untuk mendapatkan pelayanan perawatan kesehatan. PCP dibayar dengan gaji tetap per bulan dan tidak ada insentif untuk memeriksa pasien bila melebihi dari pada yang dibutuhkan. HMO juga biasanya memberi bonus pada PCP jika mereka bisa mengurangi biaya perawatan spesialis dan rumah sakit. Sebaliknya, dokter dalam lingkungan asuransi indemnitas punya insentif finansial bila menaikkan utilisasi.

Banyak HMO telah mulai menuju ke pengaturan kapitasi global (*global capitation arrangement*). Kapitasi global terjadi ketika sebuah HMO mengontrak komunitas *provider* lokal untuk menerima 100% risiko perawatan pasien. Pada kapitasi global, risiko apapun yang diambil *underwriter* diserahkan otomatis pada organisasi *provider*. Namun, organisasi *provider* yang dikontrak tergantung pada *underwriter* untuk menggunakan manajemen risiko yang baik, dan

seleksi praktek dalam *underwriting* HMO. *Underwriter* sadar bahwa praktek risiko manajemen yang buruk, dapat menyebabkan kontrak HMO tidak kompetitif di masa depan.

### ***b. Bukti Insurabilitas (Evidence of Insurability)***

Dalam situasi tertentu, perusahaan asuransi memerlukan bukti insurabilitas perorangan (*individual evidence of insurability*) untuk cakupan biaya medis kumpulan. Ini biasanya melibatkan pernyataan kesehatan, pemeriksaan kesehatan, dan pernyataan dari dokter yang bertugas atau merawat. Penyerahan bukti insurabilitas dibatasi bagi pemohon yang terlambat mendaftar (mereka yang sebelumnya menolak jaminan), walaupun informasi ini mungkin akan diminta bagi semua karyawan dan tanggungannya yang memenuhi syarat pada kelompok kecil, seperti mereka dengan karyawan kurang dari 24 orang.

Pada dasarnya proses ini memperlakukan pemohon yang terlambat, seperti jika ia mendaftar untuk cakupan perorangan. Dengan tidak menerima tawaran jaminan kumpulan ketika pertama kali ditawarkan, pemohon yang terlambat ditolak perlindungannya untuk mencegah adanya anti-seleksi sesuai dengan mekanisme asuransi kumpulan.

### ***c. HIPAA 1996***

Fitur utama dari undang-undang ini telah dibahas pada Bab 4 dan Bab 5 sebelumnya. Ketentuan-ketentuan berikut ini mempengaruhi *underwriting* secara khusus:

- Perluasan definisi yang termasuk ahli waris;
- Menjamin akses kepada semua karyawan atau tanggungan; yang memenuhi kualifikasi
- Menyediakan jaminan penerbitan polis kepada kumpulan 2 s/d 50 karyawan;
- Membatasi maksimum periode pengecualian yang diperbolehkan bagi kondisi-kondisi yang telah ada sebelumnya;
- Meminta perusahaan asuransi untuk mengakui dan memperhitungkan periode eksklusi dari cakupan sebelumnya;
- Memperpanjang masa eligibilitas COBRA;
- Menyediakan garansi pembaharuan polis; dan
- Menyediakan garansi ketersediaan cakupan dalam pasar perorangan bagi individu tertentu yang kehilangan cakupan kumpulan.

Undang-undang tersebut tidak menyebut isu tarif, sehingga memungkinkan perusahaan asuransi untuk memberlakukan metodologi penyusunan tarif blok untuk kelompok kecil. Penyusunan tarif seperti itu akan menempatkan pengusaha pada klaim yang diproyeksikan lebih tinggi (dengan *adverse risk*) dalam jangkauan di atas tarif blok mereka, dan memperbolehkan perusahaan asuransi menawarkan tarif yang telah didiskon kepada kumpulan dengan klaim yang lebih rendah dari rata-rata (*a clean risk*).

### ***d. Reinstatement pada maksimum Paket Medis Utama***

Kebanyakan paket medis utama memasukkan *reinstatement* (pemulihan) tahunan otomatis sebagian maksimum dari paket (misalnya, \$2,000 hingga \$5,000 per orang). Beberapa perusahaan mempertimbangkan permintaan untuk *reinstatement* maksimum paket berdasarkan telaah pernyataan kesehatan, mirip dengan yang diminta bagi pemohon yang terlambat. Contohnya, karyawan yang telah menghabiskan sebagian besar dari batas maksimum seumur hidup (yaitu, \$15,000) yang disebabkan oleh karena penyakit katastrofik, mungkin akan

meminta *reinstatement* manfaat penuh kembali. Perusahaan asuransi cenderung menolak melakukannya, tanpa bukti-bukti medis yang menyatakan bahwa kondisi penyakit itu cenderung tidak kambuh kembali.

### ***e. Permohonan kembali (Resolicitation)***

Ketika tingkat partisipasi paket menurun secara signifikan di bawah persyaratan minimum, *underwriter* mungkin akan meminta permohonan kembali untuk menaikkan partisipasi dalam kumpulan. Di bawah permohonan kembali seperti itu, persyaratan pemohon terlambat normal dapat dihilangkan (*waived*) seluruhnya atau dikurangi sebagian. Ada potensi untuk *adverse selection* dalam situasi pendaftaran yang terbuka seperti itu, dan *underwriter* perlu mempertimbangkan pengaruh potensial positif dari penyebaran risiko yang lebih luas terhadap pengaruh potensial negatif saat memperkirakan risiko kesehatan yang belum pasti (belum diketahui).

Biasanya, periode permohonan kembali mempunyai jangka waktu yang pendek (a.l., dua minggu) untuk menciptakan suasana mendesak (*urgency*) diantara semua yang terlibat untuk menyelesaikan suatu proyek. *Underwriter* perlu jumlah partisipan tambahan minimum untuk menghilangkan (*waive*) persyaratan *evidence of insurability*. Biasanya, jumlah tersebut adalah 75% dari semua karyawan yang memenuhi syarat, atau 50% dari semua yang saat ini tidak dijamin, yang mana yang lebih banyak.

### ***f. Underwriting Pembaharuan (Renewal Underwriting)***

Polis asuransi biaya medis dirancang dengan semua ketentuan terjamin dalam periode waktu tertentu – biasanya selama 12 bulan. Sebelum waktu jaminan tarif tersebut berakhir, *underwriter* mengindikasikan kondisi pembaharuan untuk *renewal*. HIPAA mengharuskan perusahaan-perusahaan untuk memperbaharui semua kontrak kumpulan berdasarkan permintaan pemegang polis. Namun, *renewal underwriting* masih tetap penting, hingga pengalaman klaim kumpulan dapat direfleksikan dalam tarifnya. Menelaah kembali rancangan manfaat juga penting untuk kesesuaian dengan peraturan-peraturan negara bagian dan federal

Jumlah hari pemberitahuan pendahuluan (*advance notice*) dari kondisi pembaharuan dijelaskan dalam kontrak. Kebanyakan kontrak membutuhkan waktu 30 hari, walaupun beberapa negara bagian membutuhkan waktu minimum 60 hari. Beberapa pemegang polis membutuhkan pemberitahuan pembaharuan yang lebih awal – kadang selama 90 hari hingga 180 hari.

Pemberitahuan kondisi pembaharuan yang terjadi lebih dari 30 hari merugikan *underwriter*, karena itu memberikan waktu kepada pemegang polis untuk berbicara dengan perusahaan asuransi lain. Jika pengalamannya membaik, maka *underwriter* ditekan untuk memberi diskon tarif pembaharuan. Jika pengalamannya memburuk, maka *underwriter* dianggap bertanggungjawab atas tarif-tarif *renewal* yang tidak mencukupi. Biaya proses pembaharuan juga meningkat seiring dengan membesarnya celah kemungkinan bernegosiasi.

*Renewal* yang lebih jarang, merupakan pendekatan yang lebih dipilih oleh pemegang polis, akan mengurangi waktu *underwriter* menangani kumpulan. Dikarenakan sulit memprediksi biaya dan utilisasi lebih dari 12 bulan, banyak perusahaan asuransi tidak mengizinkan cakupan tarif paket indemnitas digaransi lebih dari 1 tahun. Karena HMO memiliki kendali lebih kuat atas *provider* dan utilisasi paket, mereka lebih bersedia memberikan jaminan tarif untuk periode 2 atau 3 tahun.

Tujuan pembaharuan oleh *underwriter* adalah untuk menyusun tarif bisnis lanjutan dengan memadai. Setiap pemegang polis ditelaah dengan pertimbangan yang sama dengan aplikasi awal, kecuali bila tertanggung telah memiliki klaim, utilisasi, dan data relevan lainnya pada kumpulan itu. Perubahan signifikan dalam rancangan paket, kontribusi pengusaha, partisipasi karyawan dan/atau tanggungan, ukuran kumpulan, indikator ekonomi, kontrak *provider* lokal, dan rancangan program *managed care* dapat mempengaruhi analisis *underwriting* pada penyusunan tarif yang sesuai. Analisis data kumpulan yang terperinci ditelaah *underwriter* untuk mencari perkembangan situasi-situasi *adverse claim*, hal-hal yang menyebabkan overutilisasi, atau *adverse selection*. Adanya klaim yang berpotensi katastrofik mungkin memberikan pengaruh yang signifikan pada tingkat cadangan yang digunakan untuk tujuan pembaharuan tarif.

Polis perorangan hanya tidak dapat diperbaharui untuk alasan-alasan yang telah ditetapkan. Premi *renewal* didasarkan pada pengalaman dari semua polis yang mirip, tidak pada pengalaman kesehatan atau klaim pemegang polis tertanggung tertentu. Beberapa alasan-alasan untuk *non-renewal* polis perorangan adalah:

- Kecurangan atau *fraud* yang ditemukan pada aplikasi;
- Riwayat kesehatan yang signifikan yang tidak dinyatakan pada aplikasi (misrepresentasi);
- Penyerahan klaim yang tidak jujur atau tidak legal;
- Pindah keluar daerah jaringan pelayanan paket; dan
- Pindah keluar negeri.

## 6.6. Manajemen Underwriting

Proses *underwriting* tidak berhenti dengan diterbitkannya polis atau diterimanya penawaran pembaharuan. *Underwriter* bertanggungjawab atas manajemen harian untuk setiap kumpulan secara sendiri-sendiri dan semua kumpulan secara kolektif.

*Underwriter* menegakkan proses untuk memantau dan bereaksi atas perubahan dalam demografi kumpulan, situasi-situasi yang berpotensi menjadi klaim yang katastrofik, perubahan-perubahan dalam partisipasi pada paket dan kontribusi pengusaha, pelanggaran-pelanggaran pedoman (*guidelines*) administrasi paket, terjadinya pengembangan *adverse selection*, masalah overutilisasi serta masalah penting lainnya.

### a. Perubahan Manfaat

Permintaan seorang pengusaha untuk modifikasi rancangan paket tidak selalu bersamaan dengan waktu *renewal*. Permintaan perubahan manfaat yang tidak bersamaan dengan tanggal *renewal* sering terjadi. Ketika *underwriter* menerima permintaan sebuah perubahan rancangan paket, pengalaman klaim kumpulan yang terbaru diperiksa untuk menentukan apakah kenaikan tarif diperlukan berdasarkan paket manfaat yang ada. Faktor yang mungkin mempengaruhi berapa banyak poin *underwriting* yang positif bagi *underwriter* untuk perubahan paket termasuk bagaimana pengalaman paket berlaku dalam hubungannya dengan premi yang diterima dan lamanya sebelum sebuah penetapan tarif lainnya dimasukkan di dalam kontrak/polis

### b. Penambahan kelas baru

Pemegang polis seringkali ingin meluaskan jaminan hingga ke kelas karyawan tambahan. Kelas tambahan itu mungkin adalah karyawan sementara yang sebelumnya telah terjamin di tempat

lain (a.l., di bawah sebuah perwalian Taft-Hartley), sebuah divisi dari perusahaan yang sebelumnya dijamin di bawah kontrak tersendiri, atau sebuah *subsidiary* (anak perusahaan) baru.

Jika jumlah karyawan yang ditambahkan hanya sedikit, jika dibandingkan dengan jumlah total karyawan yang tercakup polis, maka *underwriter* bisa mengesahkan tambahan tersebut tanpa mengubah tarif yang ada. Namun, dalam situasi tertentu, *underwriter* itu mungkin ingin melakukan *underwriting* kelas yang baru dengan ketentuannya sendiri. Contoh-contoh dari situasi seperti itu adalah:

- Jika jumlah karyawan yang ditambahkan signifikan terhadap jumlah karyawan yang telah tercakup polis;
- Jika kelas yang baru dilokasikan pada area yang biaya perawatannya sangat berbeda; atau
- Jika komposisi usia atau gender sangat berbeda.

Hasilnya mungkin adalah sebuah keputusan *underwriting* yang memerlukan kelas tarif yang berbeda bagi karyawan baru, atau perubahan dalam tarif yang sedang berlaku untuk menyerap kelas yang baru.

*Underwriter* mungkin ingin memberlakukan restriksi yang berbeda atau pembatasan pada kelas (karyawan atau pekerja) yang baru, jika akuisisinya terjadi dalam industri dengan tingkat pergantian yang tinggi (a.l., sebuah perusahaan makanan cepat saji), *underwriter* mungkin akan ingin membuat masa tunggu (*waiting period*) yang lebih lama untuk dimulainya jaminan agar mengurangi jumlah karyawan jangka pendek masuk ke dalam paket.

## 6.7. Reasuransi

Kebanyakan perusahaan asuransi membeli reasuransi (*reinsurance*) untuk polis biaya medis dari sebuah perusahaan reasuransi khusus untuk ikut menjamin risiko berlebihan (*risks in excess*) hingga persentase tertentu. Perusahaan asuransi yang memindahkan risiko disebut perusahaan *ceding*. Perusahaan asuransi yang menerima risiko disebut *reinsurer*. Jumlah risiko yang dikurangi perusahaan asuransi tergantung dari besarnya blok bisnisnya dan jumlah risiko yang diperkirakan dapat ditanggung. Perusahaan *ceding* seringkali meminta petunjuk dan pengalaman bagi seleksi risiko pada *reinsurer*, terutama jika perusahaan *ceding* adalah perusahaan asuransi kecil. Dalam asuransi kumpulan, ada dua metode utama dimana risiko diserahkan atau diberikan: *quota share* dan risiko berlebih (*excess risk*).

### a. Quota share

Sebuah perjanjian reasuransi *quota share* adalah ketika *reinsurer* mengambil persentase tertentu risiko yang ada sebagai ganti dari persentase dari keseluruhan premi. *Reinsurer* mengganti juga sebagian pengeluaran perusahaan *ceding* seperti komisi, pajak dan pemasaran. Jika sebagian asumsi risiko ternyata menghasilkan *experience refund* untuk pemegang polis, maka *reinsurer* akan mengembalikan juga sebagian premi sepatutnya.

### b. Excess risk

Sebuah perjanjian reasuransi risiko berlebih (*excess risk*) adalah ketika perusahaan *reinsurer* mengambil seluruh atau sebagian besar risiko yang melebihi batas retensi perusahaan *ceding* untuk setiap orang. Contohnya, *reinsurer* mungkin akan mengambil risiko bagi semua klaim medis yang lebih dari \$100.000 untuk seseorang peserta.

## 6.8. Ringkasan

*Underwriting* asuransi biaya medis adalah suatu proses yang berlangsung terus-menerus yang membutuhkan manajemen situasi risiko individual agar sukses secara keseluruhan. Faktor risiko utama untuk penyusunan tarif polis kumpulan, termasuk demografi kumpulan, rancangan paket, pengalaman klaim awal, persyaratan administrasi, serta persistensi yang diharapkan. Untuk pemegang polis perorangan, faktor utama seleksi risiko adalah usia, jenis kelamin, lokasi, pendapatan, serta riwayat kesehatan dan status kesehatan pemohon sekarang. *Underwriter* mengidentifikasi situasi-situasi *adverse risk* dan membuat paket untuk mengatasinya, serta mengembangkan bisnis baru dan memperbaharui strategi yang dirancang untuk meningkatkan *market share* perusahaan asuransi.

## 6.9. Istilah Kunci

*Acceptable group* – Kelompok yang diterima

*Adverse selection*

*Census data* – Data sensus

*Contributory plan* – Paket kontributori dimana sebagian kontribusi ditanggung karyawan

*Coordination of benefits (COB)* – Koordinasi manfaat

*Credibility* – Kredibilitas

*Discriminatory* – Diskriminasi

*Duplicate coverage* – Cakupan ganda, duplikasi cakupan

*Eligibility* – Eligibilitas

*Eligible group* – Kelompok yang memenuhi persyaratan

*Employment conditions* – Kondisi kerja, ketenaga-kerjaan

*Enrollment* – Pendaftaran

*Evidence of insurability* – Bukti insurabilitas

*Excess risk* – Risiko berlebih

*Insurability* – Insurabilitas

*Key employees* – Karyawan kunci, karyawan inti

*Late entrants* – Pemohon yang terlambat daftar

*Medical underwriting* – Underwriting medis

*Minimum participation* – Partisipasi minimum

*Multiple employer trust (MET)* – Dana perwalian multi pengusaha

*Noncontributory plan* – Paket nonkontributori, seluruhnya dibayar oleh pengusaha

*Overutilization* – Overutilisasi

*Participation* – Partisipasi

*Persistency – Persistensi*

*Quota share*

*Reinsurer – Perusahaan reasuransi*

*Renewal underwriting – Underwriting pembaharuan polis*

*Resolicitation – Pembaharuan*

*Risk – Risiko*

*Single employer group – Kelompok pengusaha atau majikan tunggal (satu perusahaan)*

*Spread of risk – Penyebaran risiko*

*Stop-loss*

*Taft-Hartley health and welfare trust plans*

*Transferred risk – Risiko yang dialihkan*

*Turnover – Perputaran atau pertukaran*

*Underwriter – Penilai risiko, petugas yang melakukan underwriting*



## Bab 7 – Administrasi Polis

*Pendahuluan*

*Akun Asuransi baru*

*Administrasi Lanjutan: Pelayanan Pelanggan*

*Administrasi Paket-paket Multi-Kelompok*

*Administrasi Pihak Ketiga*

*Administrative Service Only*

*Persyaratan Pelaporan ERISA Bagi Paket Welfare*

*Ringkasan*

*Istilah Kunci*

### 7.1. Pendahuluan

Selama proses pembuatan dan administrasi lanjutan sebuah polis asuransi biaya medis kumpulan atau perorangan, komunikasi dan pelayanan pelanggan sangat penting. Kerjasama dalam semua bidang dalam perusahaan asuransi meyakinkan konsumen kumpulan dan perorangan bahwa asuransi mereka ditangani oleh orang-orang ahli. Bab ini membicarakan beberapa masalah yang dihadapi oleh pekerja administrasi yang mengurus asuransi biaya medis. Berbagai jenis paket kumpulan, termasuk diantaranya paket yang tidak disponsori oleh perusahaan, memiliki nuansa yang memerlukan prosedur khusus.

### 7.2. Akun Asuransi Baru

Sekali polis biaya medis perorangan atau kumpulan baru terjual dan disetujui, perusahaan asuransi membuat arsip pelayanan pemegang polis untuk memungkinkan perusahaan asuransi melakukan kegiatannya. Arsip yang berisi catatan-catatan berkaitan pemegang polis baru ini disebut catatan atau akun asuransi baru (*new insurance account*).

#### a. Akun Biaya Medis Kumpulan

##### *Membuat Arsip Akun*

Bagi paket yang dikelola oleh perusahaan asuransi, informasi dimasukkan dan disimpan dalam dua tingkat bagi akun kumpulan: pertama, informasi tentang kumpulan atau pengusaha itu, dan kedua, informasi tentang karyawan.

Bagi paket yang dikelola oleh pemegang polis sendiri, perusahaan asuransi tidak menyimpan informasi karyawan karena materi pendaftaran dan informasi persyaratan dipegang oleh pemegang polis. Pemegang polis mensahkan pemenuhan persyaratan itu pada formulir klaim pada saat diberikan kepada perusahaan asuransi.

##### *Informasi kumpulan.*

Informasi kumpulan terdiri dari fakta dasar tentang paket kumpulan, seperti:

- Nama, alamat, email, dan nomor telepon pemegang polis;
- Tanggal efektif polis kumpulan;
- Sifat bisnis perusahaan tersebut;

- Nama dan nomor telepon orang yang akan mengelola paket tersebut pada perusahaan;
- Deskripsi kelas atau kelas karyawan yang memenuhi syarat untuk jaminan dalam paket;
- Masa tunggu (*waiting periode*) yang diterapkan pada para karyawan; serta
- Jumlah jam karyawan harus bekerja setiap minggunya untuk memenuhi syarat bagi jaminan dalam paket.

Informasi agen atau *broker*, seperti nama, alamat, dan kode identifikasi agen yang digunakan perusahaan asuransi, juga dimasukkan agar proses pembayaran komisi dapat dimulai.

Komponen lain dari informasi kumpulan yang dipakai yang berhubungan dengan manfaat terdapat dalam polis, agar klaim dapat dibayar. Informasi ini termasuk:

- Jumlah *deductible* perorangan dan keluarga untuk satu tahun kalender;
- Tingkat *coinsurance*;
- Batas pengeluaran pembayaran sendiri (*out-of-pocket*);
- *Copayment* perorangan, jika ada, untuk pelayanan seperti kunjungan ke dokter; dan
- Informasi jaringan *managed care* yang sesuai, seperti nama jaringan dan jenis telaah utilisasi yang akan digunakan untuk kasus.

### *Informasi karyawan.*

Karyawan perorangan dimasukkan dalam daftar dari informasi pada formulir aplikasi. Informasi ini termasuk data demografi dan pekerjaan seperti:

- Nama;
- Tanggal lahir;
- Jenis kelamin;
- Nomor jaminan sosial (*social security*);
- Tanggal mulai bekerja;
- Kelas karyawan;
- Lokasi bekerja;
- Nama dan tanggal-tanggal lahir tanggungan yang dijamin; serta
- Pemilihan cakupan.

### *Materi Administrasi*

Sekali saja informasi kumpulan dan karyawan telah tercatat, bermacam-macam jenis keluaran yang dapat dihasilkan. Polis induk dibuat berdasarkan ketentuan dan manfaat paket yang terdapat pada arsip kumpulan. Sertifikat karyawan, atau sertifikat dengan buku pedoman/saku (*booklet*), serta kartu tanda peserta dikeluarkan oleh informasi kumpulan dan karyawan.

Perusahaan asuransi menyediakan buku pedoman administrasi bagi pemegang polis yang dirancang untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang paling sering ditanyakan mengenai prosedur administrasi dan klaim. Buku pedoman ini membantu mengurangi korespondensi antara pemegang polis dengan perusahaan asuransi. Buku pedoman yang dipersiapkan untuk paket yang dikelola perusahaan asuransi sifatnya kurang detail dibandingkan dengan yang dipersiapkan untuk paket yang dikelola oleh pemegang polis kumpulan (*self-administered plan*, paket yang dikelola sendiri).

Yang biasanya terdapat dalam buku pedoman itu adalah:

- Instruksi mengenai tanggal jaminan efektif;
- Verifikasi mengenai keakuratan sertifikat;
- Nomor telepon dan alamat-alamat untuk korespondensi dengan departemen pelayanan pelanggan dan klaim perusahaan asuransi;
- Petunjuk untuk memproses kenaikan dan pengurangan jumlah tertanggung, pemutusan karyawan, kesinambungan, konversi, dan klaim; serta
- Instruksi khusus perusahaan asuransi atau pemegang polis untuk masalah-masalah, seperti telaah utilisasi, manfaat yang fleksibel, atau manajemen kasus medis (*medical case management*).

Format buku pedoman administrasi sangat bervariasi. Beberapa perusahaan asuransi memasukkan instruksi yang sangat rinci; dan yang lain hanya langkah-langkah umum. Beberapa perusahaan asuransi memakai sebuah kartu plastik untuk instruksi administrasi dan klaim. Kartu tersebut memberikan instruksi umum dan merupakan versi manual yang sangat ringkas dan mudah dimengerti. Keuntungannya, harga produksi kartu tersebut lebih murah dari pada membuat buku pedoman administrasi.

Bagi perusahaan asuransi yang mengeluarkan buku pedoman administrasi, *word processing* telah menjadikannya lebih mudah untuk menyesuaikan buku pedoman tersebut untuk kebutuhan paket tertentu.

Biaya tambahan yang dikeluarkan untuk kartu plastik setara dengan administrasi dan komunikasi yang lebih baik dengan pemegang polis.

Polis induk (*master policy*), pernyataan tagihan awal, sertifikat jaminan atau buku sertifikat, kartu identifikasi, buku pedoman administrasi, dan daftar jaringan *provider* paket *managed care* dikirim kepada pemegang polis baru, bersamaan dengan sejumlah formulir yang digunakan pemegang polis dalam administrasi paket. Material ini dikirim langsung melalui pos ke alamat pemegang polis atau dikirim ke agen atau *broker* untuk kemudian dikirim secara personal ke pemegang polis.

Sering kali material ini dikirim dalam sebuah map surat “selamat datang/bergabung” dari perusahaan asuransi, atau lebih spesifik, perwakilan pelayanan pelanggan yang bertanggungjawab atas administrasi catatan atau akun kumpulan. Di dalam surat ini, perusahaan asuransi dapat:

- Mengucapkan terima kasih pada pelanggan baru itu karena memilih perusahaan asuransi itu;
- Menjelaskan nomor akun yang harus digunakan oleh pemegang polis dan anggota yang bertanggung ketika berkorespondensi dengan perusahaan asuransi atau mengisi klaim;
- Menyediakan daftar nama dan alamat kontak pelayanan; serta
- Untuk kumpulan yang mengurus administrasi sendiri, diberikan penjelasan bagaimana melakukan beberapa prosedur tagihan awal.

Tujuan surat selamat bergabung ini bukan untuk memberikan instruksi administratif yang komprehensif, yang dapat ditemukan di buku pedoman administrasi, tetapi untuk menggaris-bawahi langkah awal yang baik untuk hubungan perusahaan asuransi dan pemegang polis. Surat ini seringkali diikuti dengan telepon dari wakil pelayanan pelanggan yang bertanggungjawab atas akun itu, untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan apapun dari administrator paket tersebut.

## Penyimpanan Data

Perusahaan asuransi menyimpan semua dokumen peserta baru dan juga dokumen yang berhubungan dengan administrasi lanjutan paket tersebut. Dokumen-dokumen peserta baru termasuk aplikasi induk, formulir pendaftaran dan bukti-bukti medis anggota, usulan tingkat premi yang dipergunakan ketika menjual, dan korespondensi tertulis apapun yang terjadi selama pendaftaran, *underwriting*, dan tahap penerbitan polis yang baru. Perusahaan asuransi menggunakan berbagai variasi metode untuk mendapatkan berbagai dokumen ini sebagai referensi di masa depan.

### Arsip Kertas.

Metode paling lama yang pernah digunakan adalah arsip *kertas* (*paper files*). Pendekatan ini memerlukan tempat penyimpanan yang luas. Pengarsipan sejenis ini juga menghabiskan waktu lama bagi personil untuk menyimpan dan mengumpulkan dokumen. Walaupun para perusahaan asuransi sekarang mulai menggunakan metode penyimpanan dan pencarian data yang lebih maju, tetapi sebagian besar tetap menyimpan arsip kertas untuk akun atau peserta lama, dari pada memindahkannya kepada media yang baru, karena ini dapat menjadi proses yang menghabiskan waktu dan tenaga yang banyak padahal arsip tersebut jarang dipergunakan.

### Microfilm dan microfiche.

Sebagian besar perusahaan asuransi membuat bentuk *microfilm* dari dokumen kertas yang mereka terima dan tangani. Proses *microfilm* merupakan metode yang cepat dan murah untuk menyimpan sejumlah besar dokumen dalam tempat yang relatif kecil. Karena pengambilan dokumen dari *microfilm* agak lambat, beberapa perusahaan asuransi yang besar juga menggunakan metode baru yang mempergunakan *digital imaging*.

Alternatif lain dari *microfilm* adalah *microfiche*, yang juga membuat foto kecil atas dokumen sehingga sangat menghemat tempat penyimpanan. Walaupun pengambilan dokumen bahkan lebih lambat dari pada *microfilm*, *microfiche* banyak digunakan oleh perusahaan asuransi untuk menyimpan *output* yang besar, seperti salinan dari pernyataan tagihan, atau pengiriman pemegang polis secara massal dengan tingkat pengambilan yang relatif rendah. Proses fotografi tersebut dapat digabungkan dengan keluaran dokumen untuk menambah efisiensi.

### Arsip elektronik on-line.

Beberapa perusahaan asuransi menggunakan alat-alat elektronik untuk mendokumentasi korespondensi dan pembicaraan telepon dengan konsumen mereka. Contohnya, seorang representatif pelayanan pelanggan dapat memasukkan sebuah ringkasan yang berisi tanggal dan waktu telepon, nama penelepon (jika ditelepon) atau individu dan nomor telepon yang ditelepon oleh representatif (jika menelepon), serta sebuah ringkasan pendek dari pembicaraan yang terjadi. Arsip atau berkas ini dapat dibuka oleh siapa saja yang memiliki kewenangan akses terhadap sistem *on-line* perusahaan asuransi.

Arsip elektronik *on-line* tidak membutuhkan tempat penyimpanan fisik apapun dan mempermudah serta mempercepat pengambilan data. Namun, arsip ini memakan banyak *bytes* pada memori komputer. Banyak perusahaan memiliki siklus eliminasi data dengan mengunduh (*download*) ringkasan lama diubah kepada media lain, seperti *microfilm* atau *microfiche*, dan dihapus dari memori komputer untuk memperoleh ruang yang lebih luas.

### *Digital imaging (document scanning).*

Bentuk terbaru dari penyimpanan data adalah *digital imaging*, dengan melakukan *scanning* terhadap tulisan dari kertas langsung ke dalam komputer perusahaan asuransi. Cara ini menghapus kebutuhan tenaga *data entry* dan tenaga pengurusan arsip. Informasi tersebut berjalan dalam sistem komputer perusahaan dalam bentuk digital untuk disajikan di atas layar monitor komputer kapan saja diperlukan.

### *Kompilasi Data Statistik*

Setiap tahunnya, divisi kumpulan perusahaan asuransi mengumpulkan bermacam-macam data statistik tentang pemegang polis yang dipergunakan untuk berbagai macam tujuan, termasuk persiapan dari laporan tahunan. Kegunaan lainnya adalah untuk:

- Penelitian pengalaman klaim;
- Penelitian pengeluaran;
- Laporan mengenai terputusnya dan pembaharuan polis;
- Menentukan *unearned premium reserves*;
- Laporan mengenai jumlah jiwa yang dipertanggungjawabkan, jumlah premi, dan premi yang berlaku (*in force*); serta
- Laporan mengenai premi tahun pertama dan berikutnya, pengeluaran, dan komisi.

Melalui penggunaan peralatan pengolahan data elektronik, sebuah sistem administrasi perusahaan asuransi dapat memberikan sebagian besar data statistik yang dibutuhkan dan menganalisisnya secara otomatis.

### *b. Akun Biaya Medis Perorangan*

Administrasi polis asuransi biaya medis perorangan berbeda dengan polis kumpulan karena perusahaan asuransi bekerja langsung dengan tertanggung dan bukan melalui pemegang polis kumpulan. Meskipun aplikasi perorangan baru mungkin saja datang melalui seorang agen atau *broker*, perusahaan asuransi biasanya berurusan langsung dengan tertanggung itu sendiri, mengirim semua materi polis yang baru langsung ke alamat rumahnya.

Arsip akun tertanggung yang baru, dibangun dengan hanya satu tingkat. Isinya adalah semua informasi demografi tentang tertanggung, manfaat medis polis (*deductible* tahunan, tingkat *coinsurance*, batasan pengeluaran tunai, dan sebagainya), dan informasi tagihan premi.

Berdasarkan catatan akun *on-line* perusahaan, dibuatlah polis asuransi. Polis tersebut menjelaskan jaminan dan ketentuan polis. Persyaratan khusus pemerintah negara bagian dapat saja mempersulit proses, tetapi sistem informasi dapat membantu perusahaan asuransi membuat polis yang khusus untuk daerah tertentu.

Penerbitan polis tidak berarti pemrosesan polis selesai. Seringkali ada pekerjaan administrasi tambahan, seperti memastikan tertanggung menandatangani formulir perbaikan dengan sebuah salinan yang dikembalikan kepada perusahaan asuransi untuk arsip kantor pusat. Perusahaan asuransi umumnya memiliki sistem *internal audit* khusus untuk memastikan semua tugas administrasi diselesaikan.

Oleh karena besarnya jumlah pemegang polis perorangan yang dilayani oleh departemen pelayanan pelanggan, surat selamat datang/bergabung atau telepon tidak biasa diterapkan.

Perusahaan asuransi seringkali tergantung pada agen atau *broker* untuk memastikan pemegang polis terbiasa dengan prosedur korespondensi dan pelaporan perubahan kepada perusahaan asuransi.

### 7.3. Administrasi lanjutan: Pelayanan pelanggan

#### a. Pentingnya pelayanan pelanggan

Para perusahaan asuransi menawarkan produk-produk yang mirip dalam rancangan dan harga dengan pesaing, sehingga pelayanan pelanggan (*customer service*) yang baik seringkali merupakan kunci untuk menarik dan mempertahankan konsumen. Agen dan *broker* dapat menggunakan reputasi pelayanan pelanggan perusahaan asuransi sebagai unggulan penjualan, tetapi wakil pelayanan pelanggan dalam departemen atau bagian administrasi perusahaan asuransi penting untuk menjaga agar nasabah itu tetap memakainya.

Karena lebih mahal bagi sebuah perusahaan asuransi untuk mencari konsumen yang baru dari pada menjaga yang lama, kinerja pelayanan pelanggan memberikan efek langsung pada pendapatan perusahaan. Sebagai tambahan, perusahaan asuransi dengan reputasi pelayanan pelanggan yang baik lebih mungkin menarik dan mempertahankan agen dan *broker* untuk berbisnis dengan perusahaan. Berdasarkan hal itu, sebagian besar perusahaan asuransi menanam modal dalam pelatihan pelayanan pelanggan bagi karyawannya (lihat Tabel 7.1.)

Tabel 7.1. Model pelatihan untuk memperbaiki ketrampilan pelayanan pelanggan

Sistem 6-langkah kepuasan pelanggan	Formula 4-langkah pemecahan masalah
1. Menyapa orang	1. Pahami masalah
2. Menghargai orang	2. Identifikasi penyebab
3. Tanyakan bagaimana bisa menolong orang	3. Diskusikan solusi
4. Dengarkan orang	4. Pecahkan masalah
5. Menolong orang	
6. Undang orang kembali	

Sumber: Diambil dari Paula Hauser, "All about the Customer," *Comment* (September 1995), p.11.

#### Komitmen Perusahaan

Perusahaan asuransi dengan pelayanan pelanggan yang kuat memiliki beberapa karakteristik yang sama, termasuk sebuah komitmen terhadap pelayanan pelanggan yang sangat baik harus bermula dari pimpinan puncak dan dengan sebuah metode objektif untuk mengukur kinerja pelayanan pelanggan mereka. Seorang pimpinan sebuah perusahaan asuransi mendorong lingkungan pelayanan pelanggan mereka dengan motto, "Kualitas lebih merupakan sebuah perjalanan dari pada suatu tujuan." (*Quality is more a journey than a destination*)<sup>17</sup>

Contoh lainnya, seorang wakil direktur untuk kepuasan pelanggan mengatakan hal ini tentang visi perusahaannya bagi pelayanan pelanggan yang sangat penting:

<sup>17</sup> Koob Cannie, Joan. 1995. *Seeking Customers for Life*, New York, NY: AMACOM.

“Visi kami adalah untuk menjadi perusahaan pilihan untuk perorangan, kumpulan, dan bisnis serta karyawan mereka. Kami percaya bahwa melayani konsumen kami merupakan alasan dasar eksistensi kami, dan melakukan ini dengan baik akan memungkinkan kami mencapai visi kami. Untuk menjadi perusahaan pilihan, kami mengetahui bahwa konsumen adalah yang berhak untuk menentukan apakah sebuah produk atau pelayanan bagus atau tidak. Oleh karena itu, kami berusaha mencari apa yang mereka hargai dan mempermudah mereka untuk menjalin bisnis dengan kami. Akhirnya, kami percaya dengan mengambil langkah ini, kami akan menarik dan mempertahankan lebih banyak konsumen, yang nantinya menaikkan keuntungan dan nilai produk dan pelayanan kami kepada konsumen kami”.<sup>18</sup>

Tanpa komitmen semacam ini dari manajemen puncak, usaha untuk memperbaiki lingkungan pelayanan pelanggan perusahaan akan sulit berhasil.

### *Mengukur kinerja pelayanan pelanggan*

Penelitian menunjukkan bahwa konsumen asuransi memperhatikan hal-hal berikut:

- *Reliability* (a.l., peringatan yang dikirim sesuai jadwal dan benar);
- *Responsiveness* (a.l., memproses semua klaim dengan cepat);
- *Tangibles* (a.l., cabang yang mudah didapat dan dengan peralatan modern);
- *Assurance* (a.l., bahwa data pribadi akan tetap dirahasiakan); dan
- *Empathy* (a.l., mudah dimengerti, diskusi dan koresponden yang bebas jargon).

Perusahaan asuransi kesehatan semakin mengembangkan cara-cara untuk mengukur kinerja pelayanan pelanggan mereka – contohnya, dengan membandingkan ekspektasi nasabah dengan kinerja perusahaan, mengirim survei pelayanan pelanggan setiap empat bulan kepada para nasabahnya untuk mendapatkan umpan balik tentang seberapa baik mereka telah bekerja, dan menanyakan kepada bekas konsumen mereka mengapa mereka menutup akun mereka agar perusahaan dapat menentukan area mana saja yang memerlukan perbaikan.

### *b. Menyesuaikan pelayanan dengan tipe konsumen*

Pelayanan pelanggan disesuaikan dengan keperluan khusus konsumen. Berikut ini diuraikan tinjauan tentang pelayanan pelanggan khusus yang diperlukan pemegang polis kumpulan, peserta kumpulan, pemegang polis perorangan, pemasaran, dan konsumen internal. Secara sederhana, pelayanan pelanggan yang baik (*good customer service*) adalah yang cepat, sopan, akurat, dan rahasia.

### *Pemegang Polis Kumpulan*

Pengelolaan paket asuransi biaya medis kumpulan cukup rumit dan seringkali membingungkan. Baik pada paket yang dikelola oleh perusahaan asuransi ataupun yang dikelola sendiri oleh pemegang polis, komunikasi yang baik antara perusahaan asuransi dan pemegang polis memegang peranan penting. Pemegang polis bergantung pada perusahaan asuransi untuk pemahaman tentang asuransi dan mengetahui tentang ketentuan polis yang dapat dipakai, prosedur dan peraturan yang mempengaruhi paket kumpulannya. Sebaliknya, perusahaan asuransi tergantung pada administrator paket pemegang polis untuk memberikan informasi yang

---

<sup>18</sup> The principal Financial Group memorandum, November 1996.

akurat dan tepat waktu yang dapat mempengaruhi paket kumpulan dan jaminan bagi anggotanya. Selama keduanya menjalankan tugasnya dengan baik, pihak bertanggung dan perusahaan asuransi akan mendapatkan keuntungan. Tugas-tugas pelayanan pelanggan yang penting yang dilakukan oleh perusahaan asuransi termasuk didalamnya memberikan informasi yang akurat dan tepat waktu, menggunakan cara-cara pengendalian mutu, mempersiapkan tagihan premi kumpulan, dan menagih premi.<sup>19</sup>

### *Menyediakan informasi yang akurat dan mutakhir.*

Petugas pelayanan pelanggan bertanggungjawab untuk pengolahan pendaftaran bagi karyawan baru. Karena informasi yang dimasukkan oleh petugas ke dalam arsip catatan atau akun diambil dari formulir pendaftaran, formulir yang lengkap dengan informasi yang akurat sangat penting. Jika formulir pendaftaran tidak lengkap atau tidak benar, petugas pelayanan pelangganlah yang menghubungi pemegang polis untuk klarifikasi rinciannya. Jika paket tersebut dikelola oleh perusahaan asuransi, formulir pendaftaran itu dipegang oleh perusahaan asuransi. Jika paket dikelola sendiri oleh pemegang polis, maka formulir dipegang oleh pemegang polis.

Perusahaan asuransi juga bertanggungjawab atas perawatan arsip akun polis dengan menyimpan data perubahan, penambahan, atau pengurangan yang terjadi pada pendaftaran kumpulan. Penanganan klaim dan penagihan premi yang akurat hanya dapat terjadi jika sensus peserta kumpulan dan cakupannya dalam sistem perusahaan asuransi cukup akurat. Pengolahan yang tepat waktu atas perubahan ini juga membantu memastikan bahwa tagihan mencerminkan status kumpulan yang paling mutakhir (*up-to-date*).

*Automated voice response system* (AVRS) dipakai luas oleh perusahaan asuransi untuk membuat laporan dan administrasi. AVRS memberikan cara yang sederhana dan akurat bagi pemegang polis kumpulan untuk melakukan perubahan akunnya atau untuk membuat permintaan dengan hanya menggunakan telepon. Nomor bebas pulsa memberikan akses yang mudah pada nasabah untuk melakukan kegiatan seperti merubah akun atau catatan, memesan buku-saku atau pedoman anggota atau kartu peserta, atau memeriksa saldo akun. Untuk menjaga kerahasiaan agar data tentang akun kumpulan hanya diberikan kepada pemegang polis kumpulan dan bukan kepada karyawan, pemegang polis diberikan sebuah nomor identifikasi pribadi (*personal identification number, PIN*). Nomor ini harus digunakan untuk mengakses informasi tersebut. AVRS juga dapat digunakan untuk menyediakan informasi akun kepada pemegang polis perorangan.

Dengan menggunakan telepon *touch-tone*, penelepon ditunjukkan melalui beberapa seri menu untuk bisa meminta informasi dari sistem komputer perusahaan asuransi, atau membuat perubahan data tanpa berbicara pada seorang petugas pelayanan pelanggan. Ini juga dapat dilakukan di luar jam kerja. AVRS merupakan salah satu langkah maju dalam usaha industri asuransi untuk memenuhi permintaan nasabah yang terus berubah.

### *Penerapan pengukuran pengendalian mutu.*

Sebagai akibat dari permintaan keakuratan dan kecepatan dalam menangani pembaharuan catatan atau akun, perusahaan asuransi mengembangkan beberapa cara pengendalian mutu yang ketat. Beberapa cara ini berkisar mulai dari proses pemeriksaan formal, yaitu para supervisor atau bagian/departemen pengendalian mutu (*quality control*) akan memantau pekerjaan yang dilakukan oleh setiap petugas pelayanan pelanggan, hingga pendekatan *employee-accountable*, yaitu setiap karyawan bertanggungjawab atas mutu dan jadwal waktu pekerjaannya sendiri.

---

<sup>19</sup> Untuk informasi mengenai pembayaran klaim, lihat Bab 8: Administrasi Klaim Biaya Medis.

Pendekatan manapun yang dipakai, perusahaan asuransi menyadari apa yang dipertaruhkan jika terjadi kesalahan atau proses yang tidak tepat waktu. Bukan hanya pemegang polis kumpulan dan tertanggung yang terpengaruh, tetapi publikasi negatif yang disebabkan pelayanan pelanggan yang negatif ini sulit diatasi.

#### *Penyiapan laporan premi asuransi kumpulan.*

Prosedur akuntansi asuransi kumpulan akan tergantung pada apakah paket tersebut administrasinya dikelola sendiri atau dikelola perusahaan asuransi.

Dengan paket yang dikelola sendiri, pemegang polis melaksanakan hampir semua pekerjaan administrasi. Pemegang polis memelihara catatan rinci dari peserta kumpulan, permintaan proses rutin seperti perubahan nama dan alamat, dan dalam beberapa kasus menyiapkan sertifikat bagi peserta baru. Setiap bulan pemegang polis kumpulan menyiapkan laporan premi yang memperlihatkan perhitungan premi jatuh tempo, yang dikirimkan bersama pembayaran premi ke perusahaan asuransi. Kantor pusat secara berkala melakukan audit atas perhitungan premi ini.

Apabila paket diadministrasikan oleh perusahaan asuransi, perusahaan asuransi tersebut melaksanakan pekerjaan administrasi, yang meliputi pula perhitungan premi jatuh tempo dan mengirim pemberitahuan ini ke pemegang polis kumpulan, biasanya bulanan. Jumlah total premi kumpulan bisa berubah setiap bulan, karena adanya peserta baru dan yang keluar dari kumpulan itu. Apabila kumpulan itu kecil, maka pada tagihan juga disajikan daftar nama setiap tertanggung dan besarnya premi untuk peserta tersebut. Pada kumpulan yang besar, laporan ini sering hanya menyajikan angka jumlah anggota untuk beberapa klasifikasi, dengan jumlah premi setiap klasifikasi tersebut.

#### *Masalah-masalah mengenai pengumpulan premi yang terlambat.*

Salah satu bidang yang penting, sensitif dan sering terjadi dalam administrasi polis kumpulan adalah pengumpulan premi yang telah jatuh waktu tetapi belum dibayar.

Polis asuransi kesehatan kumpulan biasanya memiliki ketentuan masa tenggang (*grace period*) selama 31 hari. Jaminan asuransi yang disediakan oleh polis tetap berlaku selama masa tenggang tersebut. Jika pemegang polis kumpulan tidak membayar premi hingga akhir masa tenggang, polis kumpulan tersebut akan batal atau berhenti. Ketentuan masa tenggang pada sebuah polis asuransi kesehatan kumpulan menyatakan bahwa jika polis terbatal oleh karena premi yang tidak terbayar, maka pemegang polis kumpulan harus membayar premi selama masa tenggang tersebut.

Jika seorang pemegang polis terlambat membayar premi kepada perusahaan asuransi, maka jaminan semua peserta dan tanggungan yang dicakup dalam paket kumpulan akan terancam. Para perusahaan asuransi biasanya membolehkan pembayaran yang melewati periode tenggang waktu beberapa kali. Jika pemegang polis biasanya membayar tepat waktu, tetapi oleh karena sebab-sebab yang tak diduga terlambat membayar, maka perusahaan asuransi akan bekerja sama dengan pemegang polis untuk mengembalikan polis dalam kondisi yang baik lagi.

Apabila pemegang polis terlambat membayar preminya hingga waktu yang melebihi dari apa yang diperbolehkan perusahaan asuransi, polis tersebut akan dihentikan. Sementara itu perusahaan asuransi terkena tanggung jawab untuk klaim yang diberikan selama masa tenggang, dan klaim yang terjadi setelah itu tidak akan diterima. Petugas pelayanan pelanggan memiliki tanggung jawab untuk menagih premi dari nasabah tersebut yang tidak menjadi tertanggung lagi.

Hal ini mungkin akan menjadi tugas yang sulit, dan beberapa perusahaan asuransi memiliki personil khusus untuk menangani hal ini. Sebagai tambahan, agen penagih swasta dapat dihubungi untuk menagih hutang yang tidak dapat diambil oleh perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi biasanya menempuh jalan ini sebagai langkah terakhir, sebab agen penagihan biasanya mengambil sebagian besar dari uang yang tertagih sebagai ongkosnya. Banyak perusahaan asuransi memilih untuk menghapus jumlah hutang yang kecil, setelah penagihan secara internal gagal dilakukan, dari pada menggunakan cara penagihan dengan agen eksternal.

Polis kumpulan yang batal karena tunggakan premi, ataupun dibatalkan atas permintaan pemegang polis, bertanggung berhak atas konversi untuk cakupan mereka pada paket perorangan. Pemberitahuan tentang hak ini dapat dilakukan oleh perusahaan asuransi itu sendiri atau oleh pemegang polis, tetapi harus dilakukan dalam jangka waktu 31 hari setelah tanggal berakhirnya cakupan kumpulan. Penandatanganan formulir dan pemberitahuan premi dikirim kepada para karyawan disertai penjelasan cara-cara bagaimana melengkapi dan mengembalikan formulir serta pembayaran premi awal.

### *Mendokumentasi cakupan untuk memenuhi ketentuan HIPAA.*

HIPAA mewajibkan pengusaha/majikan (pemegang polis) atau perusahaan asuransi untuk mengeluarkan sebuah sertifikat cakupan kumpulan ketika karyawan bertanggung atau tanggungannya menghentikan cakupan di bawah polis kumpulan. Sertifikat tersebut mencantumkan keterangan tentang berapa lama bertanggung sudah memiliki cakupan kumpulan. Informasi ini dibutuhkan agar karyawan dapat menggunakan hak berpindah asuransi di bawah ketentuan HIPAA. Ketika seorang karyawan berpindah dari satu paket kesehatan kumpulan ke yang lainnya, HIPAA mengharuskan paket yang sebelumnya digunakan untuk mengurangi masa pengecualian sebelumnya (*pre-existing exclusion*) yang mungkin didapat karyawan pada paket yang baru. Jika karyawan tersebut tidak memenuhi syarat untuk cakupan kumpulan maupun lainnya, namun memiliki cakupan yang bisa dikreditkan/diperhitungkan selama 18 bulan, yang berasal dari paket kesehatan kumpulan sebelumnya, karyawan tersebut dijamin pasti mendapatkan cakupan pada pasar perorangan.

### *Peserta Kumpulan*

Peserta kumpulan biasanya mendapatkan informasi administratif dari administrator paket asuransi kumpulan perusahaan mereka, tetapi kadang-kadang mereka bertanya langsung kepada perusahaan asuransi tentang paket. Seringkali, peserta itu ingin mengetahui bagaimana caranya menambahkan tanggungan, seperti istri atau anak yang baru lahir, ke dalam paket.

Oleh karena riwayat kesehatan perorangan itu bersifat rahasia, petugas pelayanan pelanggan perusahaan asuransi menangani semua komunikasi secara pribadi. Contohnya, seorang karyawan mungkin memiliki kondisi kesehatan yang telah diberitahukan kepada petugas pelayanan pelanggan, tetapi karyawan tersebut mungkin tidak ingin informasi ini diketahui oleh pengusaha. Kerahasiaan dan sensitifitas juga diperlukan ketika peserta atau pasangannya bertanya tentang kemungkinan memenuhi persyaratan saat mereka bercerai atau berpisah secara legal.

Ketika karyawan berhenti bekerja atau tanggungan kehilangan eligibilitasnya, kelanjutan cakupan asuransi kumpulan, atau konversi ke polis perorangan dapat dilakukan. Pada kasus berhentinya seorang karyawan, suatu hubungan positif antara karyawan dan perusahaan tempatnya bekerja sebelumnya tidak boleh ada lagi. Sekali lagi, sensitifitas dan profesionalisme diperlukan ketika menangani permintaan pemberitahuan dan komunikasi lainnya.

## *Pemegang Polis Perorangan*

Perusahaan asuransi mengurus arsip akun atau catatan pemegang polis perorangan dengan cara yang hampir sama seperti paket kumpulan. Komunikasi dilakukan baik secara langsung dengan pemegang polis, atau melalui agen atau *broker*.

Contoh pelayanan pelanggan yang diberikan oleh perusahaan asuransi kepada pemegang polis perorangan antara lain adalah menjawab pertanyaan bertanggung tentang polis mereka; melayani pembaharuan administratif seperti nama, alamat, dan perubahan eligibilitas tanggungan; menangani premi yang terhutang; memulihkan kembali polis yang batal; dan menutup arsip polis yang dibatalkan. Seperti pada asuransi kumpulan, HIPAA mewajibkan perusahaan asuransi mendokumentasikan bertanggung pada polis perorangan selama waktu tertentu.

## *Agen dan Broker*

Agen dan *broker* seringkali dianggap sebagai tangan perusahaan asuransi, dan mereka sebenarnya juga merupakan nasabah yang berharga. Jika mereka tidak mendapatkan kualitas pelayanan yang seharusnya menurut mereka dan kliennya, mereka akan mencari perusahaan asuransi lain.

Arsip atau catatan yang dibuat dan dirawat oleh petugas administrasi, berhubungan langsung dengan bagian yang menghitung dan membayar komisi untuk agen dan *broker*. Penanganan penambahan, perubahan, dan penghapusan pada arsip polis asuransi kumpulan atau perorangan yang tidak akurat dan tidak tepat waktu, dapat mempengaruhi kompensasi yang diterima oleh agen dan *broker*. Pelayanan pelanggan yang tidak baik pada bidang ini adalah hal yang paling sering membuat seorang agen atau *broker* untuk pindah kepada perusahaan asuransi lain.

## *Konsumen Internal*

Konsumen internal adalah karyawan perusahaan asuransi yang mencari informasi dan pelayanan dari departemen atau bagian administrasi. Sebagai contoh, seseorang dari bagian klaim memerlukan akses atas arsip informasi pada tingkat departemen – tingkat peserta – untuk membayar manfaat secara akurat dan cepat. Contoh lain, apabila suatu perselisihan terjadi dalam penanganan klaim, pemeriksa klaim (*claim examiner*) menghubungi bagian administrasi untuk membantu memecahkan masalahnya, bila menyangkut tanggal eligibilitas atau terminasi jaminan. Agar perusahaan asuransi berhasil, semua bagian di perusahaan harus bekerja secara harmonis satu sama lain, dan berusaha untuk memberikan pelayanan pelanggan yang terbaik (*service excellence*).

## **7.4. Administrasi Paket-paket Multi Kelompok**

Multi kelompok yang terlibat dalam pembelian asuransi biaya medis adalah asosiasi profesional dan asosiasi dagang, *negotiated trusteeships*, dan *multiple employer trusts* (MET). Paket-paket multi kelompok ini dapat saja dikelola baik oleh perusahaan asuransi, pemegang polis sendiri atau administrator pihak ketiga (TPA).

### ***a. Asosiasi Dagang***

Sebuah asosiasi dagang terdiri dari banyak kumpulan perusahaan yang berada dalam industri yang sama. Kemampuan administrator melakukan sejak permohonan awal dan selanjutnya

terhadap peserta, memelihara catatan dengan baik, menagih dan mengumpulkan premi, proses klaim, dan mengurus paket secara efisien, sangat penting untuk keberhasilan kasus-kasus asosiasi dagang. Untuk menghindari pemutusan paket kumpulan atau penunjukan *broker* lainnya, maka agen atau *broker* awal harus mengawasi apakah administrasinya ditangani dengan baik dan biaya klaim tidak disalah-gunakan.

Untuk mendukung biaya administrasi bagi yang ditangani oleh perusahaan asuransi, atau oleh TPA, administrator biasanya mengumpulkan tagihan biaya tambahan, dan memisahkannya dalam sebuah dana cadangan untuk pengeluaran, premi tertunggak, serta biaya tak terduga lainnya. Pendekatan lainnya adalah dengan menagih perusahaan anggota, sejumlah uang tertentu atau persentase dari tiap karyawan bertanggung.

### *Prosedur Administrasi*

Prosedur yang digunakan untuk mengelola kumpulan asosiasi dagang sangat mirip dengan yang digunakan untuk kasus kumpulan kecil. Dua perbedaan utama adalah tingkat keterlibatan asosiasi, dan alokasi premi pada polis tunggal yang diterbitkan untuk asosiasi bagi setiap perusahaan anggota. Instruksi administratif yang disederhanakan dan sejumlah formulir yang diperlukan untuk mendaftarkan karyawan baru, perubahan proses, dan berkas klaim dikirim ke masing-masing pengusaha/perusahaan yang berpartisipasi.

Bagi paket asosiasi yang bukan swa-kelola, administrator menyiapkan daftar tagihan bulanan (pernyataan yang menunjukkan semua anggota bertanggung serta preminya) dan mengirimkan salinan tagihan kepada asosiasi, atau sebuah daftar premi yang ditagih kepada setiap pengusaha untuk setiap tagihan. Administrator juga mengirim sebuah daftar pengusaha/perusahaan yang cakupannya dibatalkan, baik itu atas permintaan atau karena premi tidak dibayar, serta menyiapkan ringkasan premi yang ditagih dan premi yang tertagih secara berkala kepada asosiasi.

Masalah-masalah administratif khusus untuk kasus-kasus asosiasi dagang antara lain:

- Kerjasama dengan pengusaha yang berbeda (dan biasanya kecil) yang tersebar di daerah yang cukup luas;
- Kesulitan menangani tagihan, pembayaran premi, penyimpanan data, serta pengolahan atau pembayaran klaim; dan
- Penentuan jumlah karyawan minimum atau persentase minimum setiap perusahaan yang *eligible* untuk berpartisipasi.

Total biaya administrasi pada kasus-kasus asosiasi dagang, umumnya lebih tinggi dari pada yang ditagih untuk sebuah paket asuransi serupa untuk sebuah perusahaan saja. Meskipun ada permohonan lanjutan dari pengusaha yang sudah terdaftar dan dari pengusaha baru (terutama karyawan baru dari pengusaha yang sudah terdaftar) keduanya memakan waktu dan cukup mahal, adalah sangat penting untuk memelihara tingkat partisipasi yang tepat. Kecuali jika ada beberapa karyawan yang baru dan lebih muda masuk dalam paket, tarif premi cenderung naik secara signifikan seiring naiknya tingkat usia dari karyawan bertanggung.

### *Dana Cadangan*

Untuk menjalankan sebuah paket asosiasi dagang, pemegang polis harus merawat dana cadangan untuk pengeluaran tidak terduga, tunggakan pembayaran premi dari perusahaan anggota yang

berpartisipasi, dan penyesuaian tarif. Sumber dana cadangan biasanya diambil dari perusahaan anggota dengan menaikkan premi perusahaan secukupnya untuk menutupi biaya tambahan ini.

### *Audit*

Tidak mungkin perusahaan asuransi untuk mengaudit setiap perusahaan/pengusaha bertanggung pada paket asosiasi dagang. Arsip dan pembukuan yang disimpan oleh administrator asosiasi umumnya diaudit secara berkala. Administrator yang baik berusaha untuk menghilangkan semua penyalahgunaan oleh pengusaha yang mungkin terjadi, seperti misalnya hanya mengasuransikan karyawan yang senior saja padahal semua karyawan seharusnya dicakup, atau malah mengasuransikan kerabat yang bukan karyawan tetap di perusahaan.

Sebuah teknik yang efektif digunakan oleh banyak administrator untuk mengendalikan sejumlah penyalahgunaan yang potensial, adalah dengan mengirim kepada pengusaha anggota sebuah formulir yang membutuhkan sertifikasi. Formulir ini mendata semua karyawan perusahaan yang terdaftar dalam paket dan menanyakan secara spesifik apakah mereka semua pekerja tetap, apakah salah satu dari mereka tidak bekerja sejumlah jam tertentu, dan apakah ada karyawan yang *eligible* yang tidak diasuransikan. Sertifikasi semacam ini memiliki tujuan ganda yaitu membawa masalah tersebut langsung kepada pengusaha untuk melakukan kajian kembali, dan menekankan tentang perlunya mengikuti prosedur pendaftaran paket.

### *b. Asosiasi Profesi*

Kasus-kasus asosiasi profesi memiliki sejumlah karakteristik yang sama dengan kasus-kasus asosiasi dagang, yaitu:

- Anggota memiliki pekerjaan yang sama;
- Keanggotaan biasanya tersebar di wilayah yang luas;
- Keberhasilan paket dipengaruhi oleh jumlah dukungan yang diberikan oleh asosiasi;
- Diperlukan penawaran yang berkesinambungan;
- Diperlukan administrasi yang efisien dan baik;

Perbedaan utama antara kasus asosiasi profesi dan kasus asosiasi dagang adalah administrasi asosiasi profesi antara lain:

- Berurusan dengan anggota perorangan dan bukan anggota pengusaha;
- Menagih premi berdasarkan usia; dan
- Secara ekstensif menggunakan bukti-bukti insurabilitas (*evidence of insurability*) pada proses *underwriting* tiap anggota.

Sering permohonan anggota diperlukan bukti insurabilitas untuk mempertahankan tingkat partisipasi yang memadai dalam paket. Pada kebanyakan kasus, hampir semua penawaran melalui pos, kadangkala ada juga penawaran pribadi yang aktif dengan kontak dari tenaga asosiasi, administrator, atau tenaga penjualan perusahaan asuransi. Kontak secara langsung, bila dapat dilaksanakan dengan biaya yang relatif kecil, akan menghasilkan persentase partisipasi yang lebih tinggi dari pada pendekatan lewat pos saja.

Biaya pelayanan kesehatan yang terus-menerus naik, menyebabkan kesulitan untuk menjaga tingkat premi yang sama dalam waktu yang panjang. Untuk menerima kenaikan tarif seringkali lebih sulit karena sifat paket asosiasi profesi yang anggotanya membayar penuh. Jika ada

kenaikan dalam tarif premi, baik administrator maupun individu harus dijual menurut tarif yang baru.

### *Persyaratan Pemerintah Negara Bagian*

Beberapa pemerintah negara bagian AS tidak memasukkan asosiasi profesi sebagai jenis polis kumpulan. Bahkan di negara bagian yang mengizinkan polis kumpulan seperti itu, persyaratan atau pertimbangan lainnya mungkin akan mendikte anggota yang ada melalui polis perorangan. Pada kasus-kasus seperti itu, perusahaan asuransi akan mengalami bermacam-macam masalah administratif yang mahal.

Pada negara bagian yang mengharuskan mengisi formulir polis perorangan, biasanya dibuat secara pribadi, mungkin akan terjadi keterlambatan. Formulir aplikasi bagi cakupan semacam ini, seperti pada kasus polis perorangan, harus didaftarkan untuk persetujuan. Formulir itu juga digunakan oleh perusahaan asuransi untuk merekam informasi dan bukan sebagai kartu pendaftaran. Setelah dua atau tiga perubahan paket, perusahaan asuransi umumnya mencetak dan menyebarkan kembali sertifikat kumpulan kepada semua tertanggung. Dan hal ini tidak mungkin dilakukan pada polis perorangan. Sekali paket dibuat, setiap paket diganti – apakah itu perubahan manfaat yang kecil ataupun yang besar – dilakukan dengan melampirkan sebuah addendum pada polis awal. Membuat indeks, penyimpanan, serta mendata polis apa saja yang telah diterbitkan, kepada siapa, dan kapan diterbitkan, bisa menjadi masalah besar bagi administrator.

### *c. Negotiated Trusteeship (Paket Kesehatan dan Kesejahteraan Taft-Hartley)*

Sebuah *negotiated-trusteeship* terjadi melalui perjanjian formal para karyawan melalui perjanjian kolektif, atau karyawan dari 2 perusahaan yang telah menandatangani perjanjian perwalian. Persyaratan administratif bagi sebuah paket kesehatan dan kesejahteraan dapat ditangani oleh perserikatan, perusahaan asuransi, atau TPA. Pekerjaan ini dipersulit oleh adanya fakta bahwa satu orang karyawan boleh bekerja bagi banyak perusahaan selama periode satu bulan. Juga, sebuah perusahaan boleh mempekerjakan banyak karyawan untuk berbagai periode waktu selama satu bulan. Menentukan eligibilitas seorang karyawan lebih dipersulit jika perusahaan tidak memenuhi kontribusi mereka atau gagal untuk menyimpan data karyawan yang akurat. Untuk mencegah penyalahgunaan oleh beberapa pengusaha, beberapa perserikatan menghentikan anggota mereka kepada perusahaan sampai tunggaknya dibayar.

### *Eligibilitas*

Eligibilitas untuk cakupan pada paket umumnya berbentuk dalam jumlah jam atau hari karyawan bekerja pada perusahaan tersebut. Banyak karyawan yang tercakup menjadi tidak *eligible* untuk mendapatkan manfaat karena mereka tidak memiliki jam yang cukup. Mereka dapat memenuhi persyaratan kembali, jika mereka mengumpulkan kredit jam/hari kerja yang diperlukan. Karena paket ini kebanyakan *noncontributory*, metode efisien untuk pendaftaran karyawan baru dan untuk pencatatan eligibilitas mereka diperlukan.<sup>20</sup>

Jika administrasi tidak efisien, sertifikat bisa menjadi masalah yang serius, karena karyawan bisa *eligible* pada tanggal yang berbeda. Setiap karyawan yang *eligible* berhak atas sebuah sertifikat

---

<sup>20</sup> Untuk melihat paket Taft-Hartley, lihat Bab 6: Underwriting.

pada saat mereka *eligible* untuk mendapatkan cakupan paket. Sertifikat pengganti tidak diberikan bila karyawan yang *eligible* tersebut pindah perusahaan.

### *Dana Cadangan*

Untuk memastikan administrasi paket berada pada basis keuangan yang kuat, sebagian penerimaan dana disimpan sebagai cadangan. Naik turunnya pendapatan premi bisa berbeda jauh, dan sebuah cadangan dibutuhkan untuk melanjutkan asuransi dan pembayaran premi lanjutan selama periode saat kontribusi perusahaan lebih rendah oleh karena adanya pengangguran musiman atau kondisi ekonomi yang sedang turun. Alasan lain untuk membuat sebuah cadangan, adalah untuk mengatasi kenaikan tarif pelayanan kesehatan selama periode yang disetujui dalam perjanjian. *Negotiated-trusteeship* tidak memiliki hak untuk melakukan negosiasi memperoleh pendapatan tambahan pada periode tersebut, akan tetapi premi boleh diubah oleh perusahaan asuransi. Kontribusi atas nama karyawan yang tidak bekerja dengan jam kerja yang cukup agar *eligible*, dan kontribusi atas nama karyawan yang bekerja lebih dari jumlah jam minimum yang diperlukan, biasanya dialokasikan untuk akumulasi cadangan.

### *Penerapan Kode Etik*

Sebagian besar dari paket kesehatan dan kesejahteraan cara ini memiliki administrator pihak ketiga (TPA) yang membayar klaim asuransi kesehatan. Berbagai penerapan kode etik (*Code of Ethical Practices*) yang diadopsi oleh NAIC untuk menjamin manfaat pada suatu perwalian dana kesejahteraan terkait dengan masalah ini.

#### *Membayar manfaat dan menyelenggarakan audit.*

Menurut kode etik, adalah kewajiban perusahaan asuransi untuk membayar manfaat sesuai polis secara cepat, adil, dan tanpa diskriminasi. Perusahaan asuransi secara berkala melakukan audit pembayaran klaim yang dibuat atas nama mereka oleh administrator dana atau orang lain. Hasil audit seperti itu dapat diperoleh untuk tiap dana perwalian. Aktuaris perusahaan asuransi, mempertimbangkan riwayat klaim dalam paket, memperhatikan bahwa prosedur klaim dan akun digunakan oleh administrator, agar cadangan yang cukup disediakan perusahaan asuransi untuk membayar perkiraan klaim yang ada namun belum ditagih.

#### *Laporan akuntansi.*

Setiap akhir tahun polis, perusahaan asuransi dari sebuah dana kesejahteraan atau dana perwalian wajib memberikan sebuah laporan akuntansi kepada pemegang polis yang secara terpisah mengenai hal-hal berikut ini:

- Premi yang diterima;
- Pembayaran manfaat;
- Komisi, ongkos, serta pengeluaran lainnya;
- Dividen, refund premi berdasarkan riwayat peringkat, atau pengembalian premi yang dibayar kepada paket; dan
- Neraca terakhir.

#### *Laporan Ringkasan.*

Bagian lain dari kode etik, menyatakan bahwa perusahaan asuransi harus mendorong tiap perwalian dana kesejahteraan untuk membuat laporan ringkasan tentang pengelolaan dana

tersebut paling tidak setahun sekali kepada mereka yang memiliki kepentingan bisnis pada paket tersebut. Perusahaan asuransi sepenuhnya membantu mereka menyiapkan laporan. Laporan tentang premi dan pembayaran klaim yang tepat waktu oleh administrator, merupakan kewajiban perusahaan asuransi untuk mengikuti aturan ini.

#### **d. Multiple Employer Trusts**

Suatu *multiple employer trust* (MET) adalah merupakan perseroan legal yang dibuat oleh satu sponsor paket yang mengumpulkan sejumlah perusahaan kecil dengan tujuan untuk memberikan cakupan pelayanan kesehatan kumpulan kepada tertanggung, atau berbasis swa-dana (*self-funded basis*). Pendekatan MET digunakan oleh banyak perusahaan asuransi untuk pasar kumpulan perusahaan kecil. Walaupun tadinya ditujukan untuk perusahaan dengan karyawan yang memenuhi syarat kurang dari 10 orang, beberapa perusahaan asuransi juga menggunakan paket MET bagi perusahaan besar.

Umumnya, perusahaan asuransi mensponsori dan mengelola paket MET secara langsung, tetapi sejumlah paket yang sukses telah dimulai oleh organisasi lainnya (umumnya *broker*) dan dikelola oleh *broker* itu sendiri, perusahaan asuransi, atau administrator pihak ketiga (TPA). Pada semua tipe paket MET ini, biasanya perseroan hanya berperan minimal: untuk menerima dan memegang dana perseroan dan polis kumpulan yang diberikan oleh perusahaan asuransi.

Paket MET mirip dengan kasus asosiasi dagang yang mencakup sejumlah besar perusahaan kecil. Tujuan pengelolaannya adalah termasuk efisiensi yang tinggi, sentralisasi, serta *underwriting* aplikasi setiap perusahaan yang berpartisipasi.

Sejumlah besar pengusaha harus berpartisipasi dalam paket MET sehingga jumlah signifikan dalam kekuatan bisnis atau volume premi cukup besar untuk dikembangkan.. Administrasinya dibuat otomatis dan dibuat sesederhana mungkin untuk menekan biaya. Prosedur administrasi yang sederhana mungkin antara lain:

- Menyediakan pengusaha sebuah salinan sah perjanjian partisipasi dan pedoman administrasi polis dan bukan sekedar polis kumpulan;
- Penggunaan metode penarikan cek yang telah ditandatangani lebih dahulu untuk meningkatkan persistensi;
- Pengaturan *lock-box* bagi pengumpulan premi untuk meningkatkan arus kas (*cash flow*) dan meningkatkan pendapatan investasi; serta
- Pembayaran komisi tahun pertama yang tetap dan komisi tahun berikutnya (*level commission*) untuk menyederhanakan perhitungan komisi.

Setiap paket MET mungkin memiliki tanggal ulang tahun yang berbeda untuk perubahan tarif. Perpanjangan (*renewal*) bisa dilakukan pada saat ulang tahun polis (*policy anniversary*), atau pada saat ulang tahun perubahan tarif (*postanniversary renewal rating date*). Hal ini dapat disatukan untuk keseluruhan paket MET. Jika paket MET berdasarkan ulang tahun tarif, perubahan tarif akan efektif pada tanggal perpanjangan – biasanya 3 bulan setelah ulang tahun dalam paket.

### **7.5. Administrasi Pihak Ketiga**

Pelayanan yang diberikan oleh TPA (*third party administrator*) biasanya dihubungkan dengan kasus-kasus khusus, seperti paket asosiasi dan perwalian, serta kadang kala paket perusahaan-

karyawan yang dikelola sendiri oleh pemegang polis. Tanpa melihat jenis pemegang polis, administrator melakukan tugasnya atas nama pemegang polis. Kontrak atau persetujuan dengan pemegang polis atau perusahaan asuransi menjelaskan pelayanan seperti ini, yang termasuk tugas-tugas berikut:

- Menagih premi;
- Mengumpulkan premi;
- Menangani pengiriman dana kepada perusahaan asuransi;
- Menyaring aplikasi perusahaan untuk cakupan asuransi;
- Menyaring aplikasi perorangan untuk asuransi;
- Mengeluarkan sertifikat atau buku sertifikat kepada tertanggung;
- Memelihara arsip atau catatan asuransi;
- Pengolahan dan pembayaran klaim;
- Memberikan informasi dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tentang manfaat; dan
- Menghadiri pertemuan pada paket dana perwalian (mempersiapkan dan menyebarkan agenda seperlunya) serta membantu perwalian menyiapkan laporannya.

Kontrak atau perjanjian berisi ketentuan yang merinci hak dan kewajiban para pihak yang terlibat, serta dasar untuk menentukan gaji administrator atau kompensasi. Jika diberikan oleh perusahaan asuransi, gaji administrator mungkin berupa persentase dari total premi yang ditagih. Beberapa perusahaan asuransi memperbolehkan TPA untuk mengambil gaji dari premi yang dibayar, tetapi kebanyakan mengharuskan mereka untuk menyerahkan premi keseluruhan dan membayar gaji administrator secara terpisah. Jika perusahaan asuransi yang membayar klaimnya, pembayaran administrator dianggap mencakup persiapan klaim rutin dan sertifikat eligibilitas untuk manfaat. Namun, jika administrator membayar klaim, ada ongkos tambahan dibayar untuk ini.

## 7.6. Administrative Services Only (ASO)

Banyak perusahaan asuransi menawarkan pelayanan administrasi dan pembayaran klaim mereka pada paket swa-asuransi (*self-insured plan*). Di dalam sebuah paket swa-asuransi, perusahaan mengambil risiko klaim dan mencadangkan semua dana klaim yang diperlukan untuk membayar klaim. Perusahaan asuransi dibayar untuk memberikan pelayanan administratif dan membayar klaim dari sebuah akun rekening bank yang dibuat pemegang polis untuk membiayai paket. Perusahaan hanya membayar jumlah tertentu bagi pelayanan ASO. Besarnya dinyatakan sebagai persentase dari klaim yang dibayar, atau ongkos per perusahaan, atau ongkos per transaksi.

Pengaturan ASO membantu aliran kas keuangan perusahaan, karena dana hanya disediakan seperlunya pada rekening bank paket. Perusahaan juga memegang cadangan yang diperlukan untuk menutupi klaim serta pengeluaran yang datang kemudian setelah paket berakhir. Perusahaan dapat menggunakan dana ini sampai memang benar-benar diperlukan untuk membayar klaim dan pengeluaran di masa depan. Keuntungan tambahannya adalah, sebagian besar negara bagian AS tidak mengambil pajak premi pada paket-paket swa-asuransi.

### a. Pelayanan yang Diberikan

Sebuah perusahaan asuransi yang menyediakan pelayanan administratif memberikan sebuah perusahaan yang melakukan pelayanan swa-asuransi yang diperlukan untuk operasi harian paket biaya medis kumpulannya.

Pelayanan-pelayanan itu antara lain:

- Dokumentasi paket yang telah dipersiapkan;
- Buku pedoman administratif;
- Materi yang telah dipersiapkan dan dicetak, seperti draft klaim atau cek, formulir klaim, buku saku pedoman, kartu pendaftaran, serta kartu peserta;
- Pembayaran klaim;
- Administrasi program *cost containment*;
- *Underwriting*, klaim, dan laporan manajemen paket; serta
- Pelayanan *underwriting* dan aktuarial.

### **b. Risiko-risiko yang diambil oleh perusahaan**

Sebelum memutuskan untuk memakai pengaturan ASO, sebuah perusahaan harus sadar akan risiko-risiko berikut:

- Perusahaan memegang seluruh tanggung jawab finansial untuk biaya pembayaran manfaat paket dan pengeluaran yang ada. Perusahaan harus membayar semua pengeluaran dan klaim yang lebih besar dari pada yang diduga yang mungkin terjadi selama usia paket.
- Biaya paket ASO bulanan bervariasi dari bulan ke bulan. Ini membuat anggaran lebih sulit dari pada metode asuransi biasa, dimana premi bulanan mewakili seluruh kewajiban perusahaan.
- Perusahaan merupakan sponsor tunggal di bawah pengaturan ASO. Akibatnya, pertanggungjawaban paket tersebut dan operasinya tergantung sepenuhnya pada perusahaan.
- Jika karyawan-karyawan yang tercakup menyumbang sebagian dari biaya paket, paket swa-asuransi tersebut akan terkena atau menjadi subjek dari peraturan ERISA. Ini berarti bahwa perusahaan mungkin akan diminta untuk membuat aturan perwalian khusus untuk melindungi kontribusi karyawan.

## **7.7. Persyaratan Laporan ERISA untuk Paket Kesejahteraan**

ERISA memiliki beberapa persyaratan laporan dan *disclosure* (penyingkapan) bagi paket-paket kesejahteraan yang mensponsori asuransi biaya medis. Administrator paket bertanggungjawab atas kepatuhan dengan persyaratan ERISA. Pada kebanyakan kasus, administrator paket merupakan pemegang polis (atau perusahaan yang berpartisipasi, jika paket merupakan sebuah *multiple employer trust*). Namun, ada beberapa keadaan yang didalamnya yang menjadi administrator paket adalah sebuah asosiasi perusahaan, sebuah gabungan badan perwakilan perusahaan-karyawan, atau organisasi lainnya.

### **a. Ringkasan Deskripsi Paket (Summary Plan Description, SPD)**

Semua paket yang tunduk pada ketentuan laporan dan *disclosure* ERISA harus menyiapkan dan menyebarkan ringkasan paket kepada peserta paket. Deskripsi tersebut mungkin dapat berupa buku panduan (*booklet*) manfaat asuransi kumpulan, atau sertifikat dan sebuah halaman tambahan yang memuat informasi persyaratan ERISA.

Perusahaan asuransi bertanggungjawab atas aspek keuangan atau administrasi (termasuk pembayaran klaim) paket tersebut, nama serta alamat perusahaan tersebut harus diberikan pula sebagai informasi tambahan. Kantor Departemen Tenaga Kerja AS setempat, para peserta paket

dan penerima manfaat (*beneficiaries*) mendapatkan bantuan atau informasi mengenai hak-hak mereka di bawah ketentuan ERISA.

Ringkasan deskripsi paket harus diberikan kepada semua partisipan atau peserta paket sebelum atau bertepatan dengan waktu-waktu berikut:

- 90 hari setelah karyawan menjadi partisipan paket; atau
- dalam jangka waktu 120 hari setelah paket dibuat atau tunduk sesuai ketentuan persyaratan laporan dan *disclosure* ERISA.

Apabila sebuah paket diubah, maka ringkasan dari perubahan yang terjadi harus dibuat untuk partisipan paket. Ringkasan deskripsi paket yang telah diperbaiki, yang mencakup semua perubahan harus dibuat setidaknya setiap lima tahun sekali.

Paket dengan partisipan atau peserta lebih dari 100 orang harus membuat salinan dari ringkasan deskripsi paket untuk Departemen Tenaga Kerja AS. Jika ringkasan deskripsi paket yang berbeda disiapkan bagi kelas yang berbeda, masing-masing harus dilaporkan dan didaftarkan. Sebuah daftar yang mengidentifikasi setiap ringkasan deskripsi paket, harus juga terdapat dalam arsip. Ringkasan deskripsi paket harus dilaporkan dan didaftarkan kembali segera saat ada perubahan amandemen paket. Batas waktu pengarsipan bagi Departemen Tenaga Kerja memiliki batas waktu yang sama seperti distribusi ringkasan deskripsi paket kepada partisipan paket.

### ***b. Laporan Tahunan (Form 5500)***

Paket dengan jumlah partisipan 100 orang atau lebih harus membuat laporan tahunan tiap tahun pada hari terakhir bulan ketujuh setelah tahun paket berakhir. Laporan tersebut yang disebut Form 5500, dikirim kepada Internal Revenue Service (IRS) dan Departemen Tenaga Kerja AS. Paket yang tidak membuat laporan, atau yang terlambat terkena denda finansial.

Paket tunduk pada peraturan laporan tahunan ini juga harus membuat sebuah Schedule A sebagai bagian dari form 5500. Pada banyak kasus, informasi asuransi dibutuhkan untuk melengkapi sebuah Schedule A diberikan dan disahkan oleh perusahaan asuransi.

### ***c. Ringkasan Laporan Tahunan (Summary Annual Report, SAR)***

Paket diminta untuk melaporkan dan mendaftarkan laporan tahunan, dan juga harus menyiapkan dan menyebarkan ringkasan laporan tahunan kepada peserta paket. Laporan tersebut, yang harus mengikuti sebuah format yang diberikan oleh Departemen Tenaga Kerja AS, membuat ringkasan informasi finansial yang ada dalam laporan tahunan. Administrator paket harus memberikan setiap peserta paket sebuah kopi dari ringkasan laporan tahunan dalam waktu 2 bulan setelah Form 5500 dilaporkan dan didaftarkan.

## **7.8. Ringkasan**

Pelayanan administrasi yang diperlukan untuk memelihara polis asuransi biaya medis termasuk berbagai prosedur khusus, dari mengumpulkan dan menyimpan informasi yang akurat tentang akun perorangan dan akun kumpulan, sampai mengumpulkan premi yang tertunggak. Prosedurnya berbeda bagi polis kumpulan dan perorangan, serta bagi pembeli multi kelompok, seperti asosiasi dagang dan asosiasi profesi, paket-paket kesehatan dan kesejahteraan Taft-Hartley, dan *multiple employer trusts*. Administrasi polis merupakan proses yang terus-menerus bagi perusahaan asuransi, dan membutuhkan pelayanan yang cepat, akurat, serta professional

bagi seluruh nasabah. Paket kesejahteraan di bawah ERISA dan paket dengan administrator pihak ketiga (TPA) dan pengaturan ASO memiliki kebutuhan pengelolaan yang khusus.

## 7.9. Istilah Kunci

*Accounting statement – Laporan akuntansi*

*Administration manual – Pedoman administrasi*

*Administrative services only (ASO) – Layanan administrasi saja*

*Audit*

*Automated voice response system (AVRS)- Sistem respon suara otomatis*

*Case- Kasus*

*Code of Ethical Practices – Praktek Kode Etik*

*Continuing administration – Administrasi berkelanjutan*

*Customer service – Pelayanan pelanggan*

*Customer service representative – Petugas pelayanan pelanggan*

*Digital imaging (document scanning) – Pencitraan digital (pemindaian dokumen)*

*Electronic record – Catatan elektronik, arsip elektronik*

*Eligibility- Eligibilitas*

*Employee information – Informasi karyawan*

*Employee Retirement – Pensiun karyawan*

*Income Security Act (ERISA) – Undang-Undang tentang penghasilan di AS (ERISA)*

*Group information – Informasi kelompok atau kumpulan*

*Insurer administered – Diadministrasikan oleh perusahaan asuransi (penanggung)*

*Microfilm/microfiche*

*Multiple employer trust (MET)*

*Negotiated trusteeship*

*New insurance account – Akun asuransi baru*

*Overdue premium collection – Pengumpulan premi tertunggak atau terhutang*

*Paper file – Berkas kertas*

*Plan administrator – Administrator paket*

*Policyholder – Pemegang polis*

*Professional association – Asosiasi profesi*

*Recordkeeping – Pembukuan*

*Reserve fund – Dana cadangan*

*Self-administered plan – Paket swa-administrasi, diadministrasikan sendiri pemegang polis*

*Service record – Catatan pelayanan*

*Taft-Hartley health and welfare trust plan*

*Third-party administrator (TPA) – Administrator pihak ketiga*

*Trade association – Asosiasi dagang*

*Welcome letter – Surat selamat datang*



## Bab 8 – Administrasi Klaim

*Pendahuluan*

*Prosedur Administrasi Klaim*

*Pemrosesan Klaim dan Penerapan Ketentuan Polis yang Spesifik*

*Kewenangan yang berhubungan dengan Klaim dan Investigasi*

*Penuntutan Hukum dan Denda Kerugian*

*Pengolahan Klaim Elektronik*

*Ringkasan*

*Istilah Kunci*

### 8.1. Pendahuluan

Fungsi utama dari administrasi klaim asuransi biaya medis adalah untuk menyediakan manfaat bagi semua klaim yang valid atau sah. Untuk melakukannya, departemen atau bagian klaim aktif dalam berbagai kegiatan, antara lain:

- Menentukan eligibilitas;
- Membuat kategori klaim berdasarkan prosedur dan diagnosis untuk menentukan manfaat yang tepat;
- Menerapkan ketentuan paket, seperti *deductible*, *coinsurance*, manfaat maksimum (*maximum benefit*), daftar atau pembatasan paket, serta koordinasi manfaat (*coordination of benefit*, *COB*).
- Mengurus otorisasi untuk melepaskan informasi (*to release information*); dan
- Mematuhi penerusan atau penugasan manfaat (*assignment of benefit*).

Bab ini membahas berbagai prosedur dasar bagaimana klaim biaya medis diserahkan dan diproses oleh perusahaan asuransi.

### 8.2. Prosedur Administrasi Klaim

Perusahaan asuransi biaya medis memiliki banyak pendekatan untuk mengelola fungsi klaim. Pengajuan klaim dan organisasi pengelolaannya, termasuk penggunaan administrator pihak ketiga (*third-party administrators*, *TPA*) serta pelayanan klaim saja (*claim services only*, *CSO*) untuk pemegang polis kumpulan, dibahas disini.

#### *a. Pengajuan Klaim*

Klaim biasanya diserahkan langsung oleh tertanggung. Dalam beberapa kasus, pemegang polis kumpulanlah yang menyerahkan klaim atas nama karyawan sebagai tertanggung.

#### *Pengajuan klaim Langsung*

Di bawah metode langsung (*direct submission*) atau metode sertifikasi penyerahan klaim asuransi biaya medis, tertanggung diberikan formulir klaim dan instruksi tentang bagaimana caranya menyerahkan klaim, dan tertanggung mengirim klaim tersebut langsung kepada perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi menjaga semua informasi tentang perorangan serta mengesahkan manfaat pada saat klaim diajukan. Perusahaan asuransi kemudian membayar klaim

tersebut langsung kepada tertanggung atau, dan bila manfaat diteruskan (*assigned*), dibayarkan kepada *provider*.

Pengajuan klaim langsung dikembangkan untuk mempermudah beban administrasi pemegang polis, untuk merampingkan proses pembayaran klaim, serta untuk melindungi informasi pribadi dan kesehatan. Cara ini juga menempatkan perusahaan asuransi dalam posisi yang lebih kompetitif dengan paket organisasi jenis pelayanan dan paket pra-bayar, seperti HMO, yang membebaskan pemegang polis dari kewajiban melakukan verifikasi informasi eligibilitas setiap anggota yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Untuk asuransi kumpulan, pemegang polis memberikan informasi eligibilitas kepada perusahaan asuransi setiap periode tertentu. Baik asuransi kumpulan atau perorangan, informasi tersebut menunjukkan eligibilitas seseorang bagi cakupan dan durasi eligibilitas tersebut. Perusahaan asuransi menggunakan informasi ini untuk menentukan apakah seseorang *eligible* untuk cakupan pada saat klaim diajukan. Informasi eligibilitas juga digunakan untuk menentukan batasan-batasan paket yang sesuai, untuk menentukan manfaat bagi perorangan yang dicakup.

Ada dua cara tertanggung untuk menyerahkan klaim langsung kepada perusahaan asuransi: pendekatan klaim-kit (*claim-kit approach*) dan kartu khusus (*card-only approach*).

#### *Pendekatan klaim-kit (claim-kit approach).*

Di bawah pendekatan klaim-kit umumnya, setiap tertanggung diberikan sebuah klaim-kit yang didalamnya terdapat formulir klaim yang menanyakan kelengkapan yang hanya diisi oleh tertanggung dan *provider*. Klaim-kit ini berisi instruksi tentang bagaimana mengisi formulir dan menyerahkan klaim. Untuk asuransi kumpulan, pemegang polis tidak bertanggung-jawab untuk pengisian formulir klaim.

#### *Pendekatan kartu khusus (card only approach).*

Di bawah pendekatan ini, setiap tertanggung diberikan sebuah kartu yang mengidentifikasi dirinya sebagai tertanggung untuk manfaat yang tertulis di kartu. Kartu tersebut, menjelaskan bahwa manfaat dapat dibayar langsung kepada *provider* oleh perusahaan asuransi, diterima oleh *provider* sebagai bukti bahwa manfaat dapat diperoleh, tanpa diperlukan formulir klaim, dan *provider* pelayanan medis mengirim tagihan langsung ke perusahaan asuransi dengan identifikasi yang cukup, perincian, serta informasi lainnya yang dibutuhkan untuk mensahkan pembayaran.

Mungkin akan ada masalah jika seorang pasien menerima pelayanan untuk sebuah prosedur yang tidak tercakup dalam polis, atau ketika beberapa atau semua manfaatnya yang telah dihabiskan oleh klaim sebelumnya. Walaupun ada masalah-masalah seperti ini, pendekatan kartu khusus ini menarik bagi pemegang polis perorangan serta pemegang polis kumpulan karena tidak memerlukan banyak kertas kerja. Namun, administrasi paket kartu lebih mahal bagi perusahaan asuransi, karena prosedur pengendalian yang rumit diperlukan untuk melacak eligibilitas.

#### *Pengajuan oleh Pemegang Polis*

Pengajuan klaim oleh pemegang polis (*policyholder submission*) merupakan bentuk lama dari administrasi klaim yang masih digunakan oleh beberapa kelompok. Di bawah perjanjian ini, pemegang polis memberikan pengaju klaim (*claimant*) suatu formulir klaim, dan pengaju klaim menyerahkan klaimnya kepada pemegang polis. Pemegang polis memeriksa kelengkapan klaim, mensahkan eligibilitas, lalu mengajukan klaim tersebut kepada perusahaan asuransi.

## *b. Organisasi Administratif*

Fungsi klaim dapat dilakukan dari kantor pusat (*home office*) perusahaan asuransi atau dari kantor wilayah (*regional office*), juga melalui kantor cabang (*field office*). Selain itu, klaim juga dapat diatur oleh sebuah administrator pihak ketiga (TPA) atau sebuah perusahaan asuransi yang memberikan pelayanan klaim saja (CSO).<sup>21</sup>

### *Administrasi Klaim Kantor Pusat*

Administrasi klaim kantor pusat umumnya digunakan oleh perusahaan asuransi yang memiliki sistem pembayaran klaim yang tersentralisasi. Tipe administrasi ini mungkin meliputi departemen atau bagian klaim yang terpisah untuk tiap-tiap produk atau departemen klaim tunggal. Keuntungan dari administrasi klaim kantor pusat adalah kemudahan komunikasi di dalam bagian klaim, seperti pemberitahuan perubahan selama dalam penanganan dan pelatihan administratif, serta kemudahan komunikasi dengan sumber daya kantor pusat lainnya, seperti pengacara dan dokter.

### *Administrasi Klaim Kantor Cabang*

Administrasi klaim pada kantor cabang menggunakan metode pemrosesan klaim yang sama dengan administrasi kantor pusat. Namun, karena jalur komunikasi yang lebih pendek antara kantor cabang dengan pemegang polis atau tertanggung, ada kesempatan yang lebih besar untuk melakukan pelayanan pribadi dari pada bila semua klaim ditangani oleh kantor pusat.

Perusahaan asuransi yang menawarkan pelayanan klaim yang desentralisasi menyatakan bahwa itu lebih banyak diminati dari pada pendekatan sentralisasi karena:

- Pemegang polis atau tertanggung mendapatkan pelayanan klaim yang lebih cepat ketika diberikan oleh kantor klaim cabang dalam komunitas yang sama atau terdekat.
- Banyak pemegang polis atau asuransi yang memilih membayar di kantor cabang dari pada ke kantor pusat yang jauh.
- Kantor cabang memiliki kesempatan yang lebih besar dari pada kantor pusat untuk mengidentifikasi dan mengendalikan penyalahgunaan dalam wilayah pelayanan mereka sendiri.
- Jarak kantor klaim cabang kepada *provider* pelayanan kesehatan memungkinkan adanya penyelesaian yang cepat dari klaim yang bermasalah.

### *Administrasi Pihak Ketiga (TPA)*

Metode lain dari administrasi klaim adalah pemrosesan klaim oleh sebuah administrator pihak ketiga (TPA). Pihak ketiga paling sering digunakan oleh paket kesejahteraan serikat buruh (*union welfare plans*), kelompok multi pengusaha (*multiple employer groups*), kelompok asosiasi (*association groups*), serta sponsor paket lainnya yang mendanai sendiri manfaat biaya medis mereka. Perusahaan asuransi yang kecil bisa menggunakan administrator pihak ketiga untuk memproses klaim mereka. Dalam kasus seperti itu, pihak ketiga diberikan sejumlah pedoman dan wewenang untuk membayar klaim menggunakan dana dari perusahaan asuransi.

---

<sup>21</sup> Untuk informasi lebih lanjut tentang TPA dan CSO, lihat Bab 7: Administrasi Polis.

### *Fitur Utama (essential features).*

Fitur dari administrator pihak ketiga (TPA) untuk paket asuransi adalah sebagai berikut:

- Administrator dipilih oleh pemegang polis kumpulan dan disetujui oleh perusahaan asuransi.
- Administrator biasanya mendapat kompensasi atas pelayanannya dari pemegang polis, tetapi kadangkala dibuat pengaturan untuk pengeluaran atau tagihan dibayar oleh perusahaan asuransi.
- Perjanjian yang ditandatangani oleh kedua belah pihak, yang menyatakan fungsi dan wewenang administrator melindungi pemegang polis dan perusahaan asuransi terhadap penyalahgunaan dana.

Ada sejumlah perusahaan administrasi profesional yang mengkhususkan diri untuk mengelola klaim untuk perusahaan asuransi. Perusahaan ini, sama seperti kantor cabang klaim sebuah perusahaan asuransi, umumnya memiliki sejumlah besar karyawan tetap untuk melakukan kegiatan pembayaran klaim. Beberapa agen dan *broker* berfungsi sebagai administrator pihak ketiga tetapi dalam skala yang lebih kecil.

Apabila sebuah kumpulan swa-dana (*self-funded group*) menggunakan administrator pihak ketiga, fitur dasarnya juga sama.

- Sponsor paket memilih administrator.
- Kontrak antara sponsor paket dan administrator menyatakan bagaimana pembayaran klaim akan dibiayai dan bagaimana administrator akan diberi kompensasi, dan membagi tanggung jawab antara administrator dan sponsor paket.

### *Keuntungan TPA*

Ada beberapa alasan yang sah bagi pemegang polis kumpulan untuk membuat kontrak dengan administrator pihak ketiga.

- Administrator lebih murah dari pada perusahaan asuransi, karena administrator memiliki biaya administratif yang lebih rendah.
- Administrator lebih fleksibel dari pada perusahaan asuransi dalam memenuhi permintaan nasabah.
- Jika sebuah perusahaan asuransi tidak memiliki kantor klaim cabang, administrator pihak ketiga akan memungkinkan pelayanan klaim setempat bagi pemegang polis (dengan volume peserta cukup besar).

### *Kerugian TPA*

Namun, ada juga beberapa kerugian administrasi pihak ketiga.

- Kebanyakan administrator profesional menggunakan sistem keputusan klaim mereka sendiri, yang mungkin tidak selalu sesuai (*compatible*) dengan perusahaan asuransi tersebut.
- Administrator mungkin memiliki atau mengembangkan interpretasi mereka sendiri dari ketentuan polis dan praktek administratif, dari pada mengikuti yang ditentukan oleh perusahaan asuransi; contohnya, apakah sebuah pelayanan dibutuhkan secara medis mungkin akan ditentukan berbeda oleh sebuah TPA dan oleh perusahaan asuransi.
- Penambahan pihak ketiga mungkin akan menambah biaya keseluruhan (*overall cost*) dari paket asuransi kumpulan, yang mungkin akan mempengaruhi persistensi jaminan karena tarif premi mungkin naik.

- Administrator pihak ketiga mungkin tidak akan memiliki sumber daya sebanyak perusahaan asuransi (konsultan medis, penasehat hukum, konsultan klaim, dan sebagainya).

### *Pelayanan Klaim Saja (Claim Service Only, CSO)*

Kebanyakan kelompok besar mendanai sendiri (*swa-dana, self-funded*). Sebagian kecil dari kelompok yang swa-dana memilih untuk swa-kelola (*self-administrator*) klaim mereka. Banyak kelompok yang swa-dana memilih untuk menggunakan administrator pihak ketiga. Yang lain membuat kontrak dengan perusahaan asuransi atau paket Blue Cross/Blue Shield (BCBS) untuk pelayanan klaim saja (CSO). Perjanjian ini juga disebut pelayanan administrasi saja (ASO). Beberapa organisasi membuat perbedaan antara ASO dan CSO, dengan ASO termasuk pelayanan tambahan, seperti *underwriting* dan mempersiapkan deskripsi ringkasan paket.

Di Indonesia kegiatan tambahan TPA juga menyediakan jaringan *provider*, pendaftaran (*enrollment*) dan pelaporan manajemen (*management report*).

## 8.3. Pemrosesan Klaim dan Penerapan Ketentuan Polis yang Spesifik

Pemrosesan klaim menggunakan aplikasi dengan fitur yang spesifik untuk setiap polis. Ini termasuk *deductible*, *coinsurance*, manfaat maksimum (*maximum benefits*), kode yang dipergunakan dalam pemrosesan klaim, pembayaran tagihan wajar dan biasa (*reasonable and customary*), koordinasi manfaat (*coordination of benefits, COB*), serta pengecualian kondisi yang telah ada sebelumnya (*pre-existing condition exclusions*)

### *a. Deductible*

*Deductible* merupakan jumlah yang harus dipenuhi tertanggung sebelum paket bisa memberikan manfaat. Tujuan dari *deductible* adalah untuk mengeliminasi pembayaran klaim dan pengeluaran yang berhubungan dengan sejumlah besar kerugian kecil, sehingga premi bisa ditekan lebih rendah. *Deductible* perorangan – *all cause, per cause, corridor, integrated*, dan *variable or sliding*.<sup>22</sup> Bab ini memberikan informasi terinci tentang *deductible* keluarga.

Sebuah *deductible* keluarga (*family deductible*) membatasi jumlah *deductible* yang diterapkan pada sebuah keluarga selama satu tahun kalender. *Deductible* keluarga umumnya dinyatakan sebagai:

- Jumlah *deductible* lengkap yang akan diambil setiap keluarga, biasanya tiga atau dua orang tidak memperdulikan jumlah total tanggungan; atau
- Jumlah *deductible* yang diterapkan selama tahun kalender per keluarga, biasanya tidak lebih dari tiga atau dua kali *deductible* perorangan per jiwa.

### *Jumlah Deductible per Keluarga*

Jika *deductible* keluarga dinyatakan sebagai 2 atau 3 *deductible* per keluarga, prosedur penanganan klaim umumnya adalah sebagai berikut:

- Masukkan semua pengeluaran ke *deductible* perorangan hingga tiga (atau dua) *deductible* perorangan terpenuhi, yang sekaligus melunasi *deductible* keluarga. Sekali *deductible*

<sup>22</sup> Hal ini dibahas pada Bab 1: Asuransi Biaya Medis Utama Kumpulan.

keluarga terlunasi, tidak diperlukan *deductible* tambahan yang diterapkan pada anggota keluarga lainnya untuk periode manfaat tersebut (biasanya, satu tahun kalender).

- Identifikasi pengeluaran yang melunasi *deductible* ketiga (atau dua) anggota keluarga. Tanggal pengeluaran biaya ini merupakan tanggal pelunasan *deductible* keluarga.
- Periksa atau analisis klaim pada semua anggota keluarga yang *deductible* perorangannya belum terlunasi. Pengeluaran yang sudah diberikan pada *deductible* perorangan, yang diajukan sebelum tanggal *deductible* keluarga terpenuhi, tetap diperhitungkan dalam *deductible* perorangan. Pengeluaran yang diajukan setelah tanggal pelunasan *deductible* keluarga tidak diperhitungkan dalam *deductible* itu. Perusahaan asuransi memperhatikan lagi seluruh pengeluaran ini dan memberikan manfaat yang sesuai.

Tagihan-tagihan yang terjadi ke depan ditangani sebagai berikut:

- Periksa tanggal pengeluaran dalam tagihan yang diserahkan untuk menentukan apakah *deductible* keluarga akan terpenuhi pada tanggal yang lebih awal. Jika itu kasusnya, tentukan tanggal pengajuan yang baru *deductible* keluarga dan sesuaikan klaim anggota keluarga lainnya jika diperlukan.
- Jangan terapkan *deductible* apapun pada pengeluaran yang diajukan setelah tanggal *deductible* keluarga terpenuhi, tanpa memperdulikan anggota keluarga manakah yang mengajukan klaim. Berikan manfaat yang sesuai.

### *Jumlah Deductible per Tahun*

Terapkan *deductible* perorangan hingga jumlah total semuanya mencapai dua atau tiga kali jumlah per pengaju klaim.

Jika *deductible* keluarga dinyatakan dengan cara ini, *deductible* tersebut dapat dilunasi, walaupun ada anggota keluarga yang belum melunasi *deductible*-nya sendiri. Penghitungan kembali klaim tidak diperlukan jika pengeluaran diserahkan tanpa urutan tanggal pengeluaran. Pendekatan ini lebih sederhana dari pada pendekatan tiga (atau dua) *deductible*. Kebanyakan sistem komputer diprogram untuk besar *deductible* dan bukan berapa banyak *deductible*-nya.

### *Contoh*

Jika sebuah polis mencakup 4 anggota keluarga (a.l., tertanggung, pasangan, dan dua anak), sebuah *deductible* perorangan sebesar \$200, dan sebuah *deductible* keluarga dengan cara dua *deductible* perorangan. Suami-istri tersebut memiliki klaim yang melunasi *deductible* perorangan mereka pada tanggal 30 April dan 31 Mei, berturut-turut. Jika klaim untuk seorang anak diserahkan pada bulan Juni, manfaat akan diberikan tanpa terkena *deductible* perorangan karena *deductible* keluarga telah terlunasi. Jika anak yang satu lagi harus mendapatkan pelayanan medis pada bulan Maret, dan tagihannya baru diberikan belakangan, tagihan tetap terkena *deductible*. Jika klaim ini cukup untuk memenuhi *deductible* tanggungan keluarga, *deductible* keluarga akan terpenuhi pada tanggal 30 April (suami dan satu anak) dan bukan pada tanggal 31 Mei, dan klaim sang istri akan dihitung kembali, tanpa dikenai *deductible*. Jika *deductible* keluarga itu ditetapkan sebesar \$400 dan bukan dengan cara dua *deductible*, maka klaim anak pada bulan Maret dapat dipertimbangkan tanpa dikenai *deductible*. Jadi tidak diperlukan penghitungan ulang.

## b. Coinsurance

Paket biaya medis utama mengharuskan pemegang polis menanggung sebagian (biasanya 20%) pengeluaran selebihnya setelah *deductible*. Ini disebut *coinsurance*, karena pemegang polis ikut menjamin biaya pelayanan kesehatannya. Walaupun paket indemnitasi tradisional mengharuskan paket membayar persentase tetap (biasanya 80%) dari pengeluaran, ada bermacam-macam variasi.

Sebagai contoh, paket *preferred provider organizations* (PPOs) dan *point-of-service* (POS) mengganti pengeluaran dengan persentase yang lebih tinggi, jika seorang pasien menggunakan *provider* yang berada dalam jaringan kerja dari pada *provider* yang berada di luar jaringan kerja. Dimulai dari 80%, beberapa paket memberikan insentif untuk menggunakan *provider* yang ada dalam jaringan kerja dengan mengganti 100% *provider* yang berada dalam jaringan dan 80% untuk penyedia yang berada di luar jaringan kerja. Paket lain memberikan penalti untuk yang tidak menggunakan *provider* dalam jaringan kerja, dengan membayar 80% untuk *provider* dalam jaringan kerja dan 60% untuk *provider* di luar jaringan kerja. Ada juga paket lain yang membagi perbedaan tersebut, 90% untuk jaringan kerja dan 70% untuk yang di luar jaringan. Ada berbagai variasi lainnya.

## c. Manfaat Maksimum

Manfaat maksimum *all-cause* yang dikumpulkan merupakan fitur yang membedakan paket biaya medis utama dengan paket rawat inap & bedah dasar. Paket rawat inap & bedah memberikan jumlah manfaat yang telah ditentukan (daftar manfaat *scheduled benefit*) untuk jumlah hari tertentu (selama sakit) untuk rawat inap dan jumlah kunjungan dokter, serta jumlah yang ada dalam daftar untuk tiap prosedur bedah. Tidak ada pembatasan secara umum. Sedangkan paket biaya medis utama, memiliki sedikit *limit internal*; namun sebuah pembatasan umum diletakkan pada semua pengeluaran yang dapat dibayar oleh paket.

Maksimum manfaat yang ada pada daftar manfaat dari paket biaya medis utama memiliki fitur berikut:

- Maksimum manfaat mengenai setiap orang yang tercakup dalam paket.
- Merupakan pembatasan seumur hidup (jumlah maksimum yang dapat dibayar selama periode paket tersebut berlaku).
- Merupakan pembatasan umum dan *all-cause* yang dikenakan pada semua pengeluaran yang tercakup, tanpa memperdulikan sebab, sepanjang usia orang yang tercakup, tidak seperti paket *per cause* dan rawat inap & bedah dasar.

Sebagai tambahan, banyak paket biaya medis utama yang memasukkan maksimum tahunan untuk kelas-kelas pengeluaran tertentu, seperti pelayanan kesehatan di rumah (*home health care*). Pada kasus-kasus seperti itu, kedua maksimum berlaku bagi tiap orang yang tercakup. Kebanyakan paket memiliki maksimum seumur hidup dan tahun bagi kelainan mental dan saraf. HIPAA 1996 menyatakan bahwa untuk paket yang dimulai pada tahun 1998, kelompok dengan anggota lebih dari 50 orang tidak boleh memiliki pembatasan seumur hidup atau tahunan bagi pelayanan kesehatan mental yang berbeda dari pembatasan seumur hidup atau tahunan di bawah paket manapun.

Pada paket yang memiliki maksimum *per cause*, *deductible* terpisah dan maksimum yang terpisah, berlaku bagi seluruh periode sakit yang disebabkan oleh hal yang sama. Beberapa

perusahaan asuransi menentukan manfaat total yang dapat dibayar untuk satu penyakit tidak melebihi jumlah manfaat maksimum.

Sebagai contoh, jika sebuah paket memiliki maksimum kesehatan utama seumur hidup sebesar \$1 milyar, maka saat sebuah paket telah membayar jumlah tersebut bagi satu orang, tidak mungkin mendapatkan manfaat lagi. Manfaat akan tetap didapatkan oleh anggota keluarga lainnya. Namun, jika sebuah paket memiliki maksimum *per cause* sebesar \$50.000, maka setelah terbayar jumlah tersebut untuk sebab apapun (a.l., sakit jantung), tidak akan diberikan manfaat lagi di bawah kondisi itu. Namun, jika sang pasien menderita penyakit lain (a.l., kanker), akan diberikan hingga sebesar \$50.000 (dan tiap kondisi tambahan).

#### d. Kode yang Digunakan dalam Memproses Klaim

Sistem komputerisasi klaim zaman sekarang didukung oleh kode prosedur dan diagnosis. Ketika pemeriksa klaim memasukkan kode prosedurnya, sistem, berdasarkan penggunaan data tagihan wajar & biasa (R&C) yang digunakan oleh perusahaan, menentukan tingkat penggantian, dan menghitung *deductible* dan *coinsurance* yang sesuai. Kode diagnosis dapat digunakan untuk menentukan apakah limit tertentu berlaku, seperti pembatasan pada pelayanan penyalahgunaan obat.

#### *Physicians' Current Procedural Terminology (CPT)*

CPT adalah daftar kode deskriptif dan identifikasi untuk membuat laporan pelayanan kesehatan dan prosedur-prosedur yang dilakukan oleh seorang dokter (Tabel 8.1). Kode CPT dirawat oleh CPT Editorial Panel dari American Medical Association, dan diterbitkan setiap bulan Oktober setiap tahunnya. Kode CPT ini menggambarkan layanan medis, pembedahan, dan diagnosis dan dirancang untuk mengkomunikasikan informasi yang seragam tentang pelayanan medis dan prosedur medis, di kalangan para dokter, pemrogram atau coder, pasien, organisasi akreditasi, dan pembayar, untuk tujuan administratif, keuangan, dan analisis.<sup>23</sup>

Tabel 8.1. Current Procedural Terminology (CPT) Codes.

	Category	Code range
I	Evaluation and Management	99201 to 99499
	Anesthesia	00100 to 01999, 99100 to 99150
	Surgery	10021 to 69990
	Radiology	70010 to 79999
	Pathology & Laboratory	80047 to 89398
	Medicine	90281 to 99189, 99500 to 99607
II	Performance Measurement (optional)	0001F to 7025F
III	Emerging Technology	0016T to 0207T

CPT membuat kode 5 digit untuk tiap prosedur atau pelayanan. Kode CPT biasanya berdasarkan praktek medis yang ada yang dipakai oleh kebanyakan dokter pada berbagai lokasi. Penggunaan

<sup>23</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/Current\\_Procedural\\_Terminology](http://en.wikipedia.org/wiki/Current_Procedural_Terminology)

kode CPT mempermudah identifikasi dan gambaran pelayanan yang diberikan pada pasien. CPT juga digunakan oleh perusahaan asuransi untuk keperluan manajemen dalam memproses klaim. Perusahaan asuransi mengumpulkan tagihan dokter dengan kode CPT untuk membuat data sebagai dasar penentuan tarif wajar dan biasa (R&C).

Setiap bagian dari CPT memiliki batasan, rincian subseksi, dan *modifiers* untuk digunakan dengan kode dalam bagian tersebut. *Modifiers* penting karena mereka memberikan informasi tentang penjelasan pelayanan primer dan mungkin akan berpengaruh pada jumlah manfaat yang akan diberikan perusahaan asuransi untuk pelayanan tersebut. Contohnya, hanya ada satu kode untuk pembedahan spesifik, tetapi suatu modifier mungkin akan ditambahkan untuk menandakan bahwa telah dilakukan berbagai prosedur dalam sesi operasi yang sama, atau suatu prosedur telah dilakukan secara bilateral, atau dilakukan teknik-teknik tertentu. Indikator ini akan memberi tanda untuk penyesuaian pada tarif ganti rugi perusahaan asuransi bagi pelayanan tersebut.

Sebagai contoh, kode CPT untuk mendeskripsikan orang dengan sakit abdominal yang mengunjungi dokter keluarga adalah 99214. Dokter tersebut mungkin juga akan meminta sebuah urinalisis, dengan kode tagihan 81000. Jika pasien akhirnya harus menjalani appendektomi, dokter bedah akan menggunakan kode prosedur 44950, dan jika ada perbaikan hernia dilakukan pada sesi operasi yang sama, dokter akan menggunakan kode 49505-51.

## *International Classification of Diseases (ICD)*

### *ICD-9-CM*

International Classification of Diseases (ICD), 9th Revision<sup>24</sup>, Clinical Modification: ICD-9-CM adalah daftar standar penyakit dan prosedur bedah, diagnostik, dan terapeutik. Diterbitkan oleh Health Care Financing Administration, ICD dirancang untuk klasifikasi informasi morbiditas dan mortalitas untuk maksud statistik, dan untuk pemberian indeks arsip rumah sakit berdasarkan penyakit dan prosedur, untuk penyimpanan data dan pengambilan data.

ICD-9-CM adalah publikasi dengan tiga volume, diatur sebagai berikut:

- Volume I: Penyakit: Daftar Tabular (Tabel 8.2) (dalam kode tiga digit tambah satu atau dua digit setelah sebuah desimal, dengan pengecualian kode V (Tabel 8.3) dan kode E (Tabel 8.4), yang berupa dua digit tambah satu atau dua digit setelah tanda desimal).
- Volume II: Penyakit: Indeks Alphabetical
- Volume III: Prosedur: Daftar Tabular dan Indeks Alphabetical (prosedur-prosedur bedah, diagnostik, dan terapeutik dalam kode dua digit tambah satu atau dua digit setelah tanda desimal).

Volume I dan II mengandung informasi yang sama, tetapi penyakit-penyakit dalam Volume I didaftar secara numerik dan dalam Volume II didaftar secara alfabetik. Volume III ada daftar numerik dan alfabetikal dari prosedur.

Pemeriksa atau verifikator klaim diharapkan untuk memasukkan paling tidak tiga digit pertama dari kode diagnostik primer untuk tiap klaim, tergantung dari ketentuan perusahaan asuransi, dan beberapa administrator meminta lima digit untuk paling banyak tiga kode diagnostik. Pada beberapa kasus, kode diagnostik menentukan tingkat manfaat yang dapat dibayar; oleh yang lain direkam hanya untuk maksud-maksud statistik. Beberapa sistem komputer menyaring semua

---

<sup>24</sup> Terakhir ICD-9 edisi 10 (1999 s/d sekarang), dikoreksi dan efektif berlaku 1 Oktober 2011

klaim untuk memastikan usia dan kelamin pasien serta kode prosedur yang konsisten dengan kode diagnostik.

Kode prosedur ICD digunakan pada tagihan rumah sakit. Kebanyakan administrator klaim non-Medicare juga menggunakan kode ini dalam sistem mereka.

Tabel 8.2. ICD-9 Codes by Disease.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-9 Codes	
Codes	Category
(001–139)	Infectious and parasitic diseases
(140–239)	Neoplasms
(240–279)	Endocrine, nutritional and metabolic diseases, and immunity disorders
(280–289)	Diseases of the blood and blood-forming organs
(290–319)	Mental disorders
(320–359)	Diseases of the nervous system
(360–389)	Diseases of the sense organs
(390–459)	Diseases of the circulatory system
(460–519)	Diseases of the respiratory system
(520–579)	Diseases of the digestive system
(580–629)	Diseases of the genitourinary system
(630–679)	Complications of pregnancy, childbirth, and the puerperium
(680–709)	Diseases of the skin and subcutaneous tissue
(710–739)	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
(740–759)	Congenital anomalies
(760–779)	Certain conditions originating in the perinatal period
(780–799)	Symptoms, signs, and ill-defined conditions
(800–999)	Injury and poisoning

Tabel 8.3. ICD-9 Codes by Health Status and Health Service Use.

V codes - Supplementary classification of factors influencing health status and contact with health services	
Code	Subject
(V01-V06)	Persons with potential health hazards related to communicable diseases
(V07-V09)	Persons with need for isolation, Other potential health hazards and Prophylactic measures
(V10-V19)	Persons with potential health hazards related to personal and family history
(V20-V29)	Persons encountering health services in Circumstances related to Reproduction and development
(V30-V39)	Live-born infants according to type of birth
(V40-V49)	Persons with a condition influencing their health status
(V50-V59)	Persons encountering health services for specific procedures and aftercare
(V60-V69)	Persons encountering health services in other circumstances
(V70-V82)	Persons without reported diagnosis encountered during examination and investigation of individuals and populations
(V83)	Genetics
(V84-V85)	Body mass index
(V86)	Estrogen receptor Status

Tabel 8.4. ICD-9 Codes by External Causes of Injury and Poisoning

E codes - External causes of injury	
Code	Subject
(E800-E807)	Railway accidents
(E810-E819)	Motor vehicle traffic accidents
(E820-E825)	Motor vehicle non-traffic accidents
(E826-E829)	Other road vehicle accidents
(E830-E838)	Water transport accidents
(E840-E845)	Air and space transport accidents
(E846-E848)	Vehicle accidents not elsewhere classifiable
(E849)	Place of Occurrence
(E850-E858)	Accidental poisoning by drugs, medicinal substances, and biologicals
(E860-E869)	Accidental poisoning by other solid and liquid substances, gases, and vapors
(E870-E876)	Misadventures to patients during surgical and medical care
(E878-E879)	Surgical and medical procedures as the cause of abnormal reaction of patient or later complication, without mention of misadventure at the time of procedure
(E880-E888)	Accidental falls
(E890-E899)	Accidents caused by fire and flames
(E900-E909)	Accidents due to natural and environmental factors
(E910-E915)	Accidents caused by submersion, suffocation, and foreign bodies
(E916-E928)	Other accidents
(E929)	Late effects of accidental injury
(E930-E949)	Drugs, medicinal and biological substances causing adverse effects in therapeutic use
(E950-E959)	Suicide and self-inflicted injury
(E960-E969)	Homicide and injury purposely inflicted by other persons
(E970-E978)	Legal intervention
(E979)	Terrorism
(E980-E989)	Injury undetermined whether accidentally or purposely inflicted
(E990-E999)	Injury resulting from operations of war

### ICD-10<sup>25</sup>

ICD-10 (dianjurkan untuk menggantikan ICD-9) merupakan daftar klasifikasi medis untuk pengkodean penyakit, tanda dan gejala, temuan abnormal, keluhan, keadaan sosial, dan penyebab eksternal karena cedera atau penyakit, dikelola oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO). Himpunan kode ICD-10 terdiri dari 14.400 kode untuk pelacakan berbagai diagnosis. Dan menggunakan sub-klasifikasi opsional, kode ICD-10 dapat diperluas menjadi lebih dari 16.000 kode, hal ini dimaksudkan untuk pelaporan data, dimana tingkat rincian yang dilaporkan oleh ICD dapat lebih ditingkatkan, dengan menggunakan pendekatan multiaksial yang *disederhanakan (simplified multiaxial approach)*. WHO menyusun ICD-10 dimulai dari tahun 1983 dan selesai pada tahun 1992. ICD telah diterjemahkan ke dalam 42 bahasa, namun versi Bahasa Indonesia belum termasuk didalamnya.

WHO juga memberikan informasi rinci tentang ICD secara *online*, dan membuat menyediakan satu set materi secara *online*, seperti *browser* untuk ICD-10 secara *online*, pelatihan ICD-10 pelatihan dan dukungan teknisnya secara *online*, serta bahan panduan studi yang bisa diunduh (*download*).

<sup>25</sup> <http://en.wikipedia.org/wiki/ICD-10>

Versi Internasional ICD jangan dikacaukan dengan Modifikasi Klinis Nasional setiap negara yang mencakup rincian yang bisa lebih banyak, dan kadang-kadang memiliki bagian terpisah untuk prosedur. Misalnya, AS ICD-10 CM memiliki sekitar kode 155.000 untuk prosedur.

Amerika Serikat akan mulai menggunakan secara resmi ICD-10 pada tanggal 1 Oktober 2013, dengan menggunakan Modifikasi Klinis (*Clinical Modification*) ICD-10-CM untuk pengkodean diagnosis, dan Sistem Kode Prosedur (*Procedure Coding System*) ICD-10 Sistem-PCS untuk pengkodean prosedur rawat inap di rumah sakit. Semua lembaga yang diatur HIPAA harus menyesuaikan diri, suatu pra-syarat ICD-10 adalah penerapan EDI (electronic data interchange) versi 5010 1 Januari 2012. Penerapan ICD-10 telah tertunda dari jadwal Januari 2009 (direncanakan 1 Oktober 2011), yang ditunda selama dua tahun, menjadi 1 Oktober 2013. Tabel 8.5 adalah daftar ICD-10 yang dikeluarkan oleh WHO tersebut.

Tabel 8.5. ICD-10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision

Chapter	Blocks	Title
I	A00–B99	Certain infectious and parasitic diseases
II	C00–D48	Neoplasms
III	D50–D89	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism
IV	E00–E90	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
V	F00–F99	Mental and behavioural disorders
VI	G00–G99	Diseases of the nervous system
VII	H00–H59	Diseases of the eye and adnexa
VIII	H60–H95	Diseases of the ear and mastoid process
IX	I00–I99	Diseases of the circulatory system
X	J00–J99	Diseases of the respiratory system
XI	K00–K93	Diseases of the digestive system
XII	L00–L99	Diseases of the skin and subcutaneous tissue
XIII	M00–M99	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
XIV	N00–N99	Diseases of the genitourinary system
XV	O00–O99	Pregnancy, childbirth and the puerperium
XVI	P00–P96	Certain conditions originating in the perinatal period
XVII	Q00–Q99	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
XVIII	R00–R99	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
XIX	S00–T98	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
XX	V01–Y98	External causes of morbidity and mortality
XXI	Z00–Z99	Factors influencing health status and contact with health services
XXII	U00–U99	Codes for special purposes

### *ICD-10-CM (U.S. ICD-10 Clinical Modification)*<sup>26</sup>

ICD-10-CM disediakan oleh *Centers for Medicare dan Medicaid Services* (CMS) dan *National Center for Health Statistics* (NCHS), untuk pengkodean dan pelaporan medis di Amerika Serikat. ICD-10-CM adalah klasifikasi morbiditas berisi klasifikasikan diagnosis dan alasan kunjungan pasien pada semua penyedia perawatan kesehatan Amerika. ICD-10-CM didasarkan pada, ICD-10 yang diterbitkan oleh WHO yang menggantikan ICD-9. Tabel 8.6 menggambarkan kode diagnosis tersebut.

Kode diagnosis ICD-10-CM harus digunakan dan dilaporkan dengan mencantumkan nomor digit tertinggi yang tersedia. Kode diagnosis ini terdiri dari kode dengan 3, 4 5, 6 atau 7 digit. Tiga

<sup>26</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/ICD-10\\_Clinical\\_Modification](http://en.wikipedia.org/wiki/ICD-10_Clinical_Modification)

digit digunakan sebagai judul kategori, dan kode diagnosis ini dapat dibagi lagi dengan menggunakan digit keempat dan / atau kelima (didahului dengan tanda desimal, misalnya A00.1 Cholera due to *Vibrio cholerae* 01, biovar eltor), yang menyediakan diagnosis lebih rinci. Suatu kode tidak valid, jika kode tersebut belum sepenuhnya mencantumkan karakter yang diperlukan, termasuk karakter ke-7, jika ada.

Tabel 8.6. U.S. ICD-10 Clinical Modification

Chapter	Blocks	Title
1	(A00-B99)	Certain infectious and parasitic diseases
2	(C00-D48)	Neoplasms
3	(D50-D89)	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism
4	(E00-E90)	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
5	(F01-F99)	Mental and behavioral disorders
6	(G00-G99)	Diseases of the nervous system
7	(H00-H59)	Diseases of the eye and adnexa
8	(H60-H95)	Diseases of the ear and mastoid process
9	(I00-I99)	Diseases of the circulatory system
10	(J00-J99)	Diseases of the respiratory system
11	(K00-K93)	Diseases of the digestive system
12	(L00-L99)	Diseases of the skin and subcutaneous tissue
13	(M00-M99)	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
14	(N00-N99)	Diseases of the genitourinary system
15	(O00-O99)	Pregnancy, childbirth and the puerperium
16	(P00-P96)	Certain conditions originating in the perinatal period
17	(Q00-Q99)	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
18	(R00-R99)	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
19	(S00-T98)	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
20	(V01-Y99)	External causes of morbidity
21	(Z00-Z99)	Factors influencing health status and contact with health services

### ICD-10-PCS (U.S. ICD-10 Procedure Coding System)<sup>27</sup>

ICD-10 *Procedure Coding System* (ICD-10-PCS) adalah sistem klasifikasi medis AS yang digunakan untuk pengkodean prosedural. National Center for Health Statistics (NCHS) diberi izin oleh WHO (badan yang bertanggung jawab atas penerbitan ICD) untuk membuat ICD-10-PCS sebagai pengganti Volume 3 dari ICD -9-CM dan merupakan modifikasi klinis asli ICD-10.

Setiap kode terdiri dari tujuh karakter alfanumerik. Yang karakter kedua sampai karakter ketujuh berarti hal yang sama dalam setiap bagian, tetapi bisa berarti hal yang berbeda dalam bagian lain. Setiap karakter dapat berupa salah satu dari 34 nilai yang mungkin, sepuluh digit 0-9, dan 24 huruf AH, JN dan PZ bisa digunakan dalam setiap karakter. Huruf O dan I dikecualikan untuk menghindari kebingungan terhadap angka 0 dan 1. Tidak ada tanda desimal dalam ICD-10-PCS. Dari 72.081 kode dalam ICD-10-PCS, sebanyak 62.022 berada di bagian pertama, yakni bagian Medis dan pembedahan (*Medical and surgical*). Tabel 8.7 merupakan daftar kategori prosedur yang terdapat pada ICD-10-PCS, dan Tabel 8.8 merupakan contoh dari pengkodean salah satu prosedur tersebut, disini digambarkan khusus untuk bagian Medis dan Pembedahan saja.

<sup>27</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/ICD-10\\_Procedure\\_Coding\\_System](http://en.wikipedia.org/wiki/ICD-10_Procedure_Coding_System)

Tabel 8.7. U.S. ICD-10-PCM Codes by Procedure Category.

Character 1	Category
0	Medical and Surgical
1	Obstetrics
2	Placement
3	Administration
4	Measurement and Monitoring
5	Extracorporeal Assistance and Performance
6	Extracorporeal Therapies
7	Osteopathic
8	Other Procedures
9	Chiropractic
B	Imaging
C	Nuclear medicine
D	Radiation oncology
F	Physical rehabilitation and Diagnostic Audiology
G	Mental health
H	Substance abuse Treatment

Tabel 8.8. Contoh Kode ICD-10-PCM khusus untuk bagian *Medical and Surgical*

Character 1	Character 2	Character 3	Character 4	Character 5	Character 6	Character 7
0 Medical and Surgical	Body System	Root Operation	Body Part	Approach	Device	Qualifier
	00 Central nervous system; 01 Peripheral nervous system; 02 Heart and Great vessels; 03 Upper arteries; 04 Lower arteries; 05 Upper veins; 06 Lower veins; 07 Lymphatic and Hemic system; 08 Eye; 09 Ear, Nose, Sinus; 0B Respiratory System; 0C Mouth and Throat; 0D Gastrointestinal system; 0F Hepatobiliary System and Pancreas; 0G Endocrine system; 0H Skin and Breast; 0J Subcutaneous tissue; 0K Muscles; 0L Tendons; 0M Bursae and Ligaments; 0N Head and Facial bones; 0P Upper bones; 0Q Lower bones; 0R Upper joints; 0S Lower joints; 0T Urinary system; 0U Female reproductive system; 0V Male reproductive system; 0W Anatomical regions, General; 0X Anatomical regions, Upper extremities;	070 alteration; 071 bypass; 072 change; 073 control; 074 creation; 075 destruction; 076 detachment; 077 dilation; 078 division; 079 drainage; 07B excision; 07C extirpation; 07D extraction; 07F fragmentation; 07G fusion; 07H insertion; 07J inspection; 07K map; 07L occlusion; 07M reattachment; 07N release; 07P removal; 07Q repair; 07R replacement; 07S reposition; 07T resection; 07U supplement; 07V restriction; 07X transfer; 07Y transplantation		0 Open; 3 Percutaneous; 4 Percutaneous Endoscopic; 7 Via Natural or Artificial Opening; 8 Via Natural or Artificial Opening Endoscopic; F Via Natural or Artificial Opening Endoscopic with Percutaneous Endoscopic Assistance; X External Y Anatomical regions, Lower extremities		

### e. Tagihan Wajar dan Biasa

Kebanyakan definisi pengeluaran yang tercakup termasuk sebuah pernyataan yang menyatakan bahwa mereka berada di bawah limit tagihan wajar dan biasa (*reasonable and customary charges, R&C*). Istilah itu didefinisikan sebagai berikut:

- Biasa (*customary*): dalam jangkauan tagihan yang biasa (yang biasa ditagih oleh suatu provider untuk pelayanan tertentu) diberikan oleh dokter yang memiliki pengalaman dan riwayat yang mirip untuk pelayanan yang sama dalam suatu daerah geografis tertentu.
- Wajar (*reasonable*): bayaran yang telah memenuhi kriteria di atas atau dapat diterima jika mempertimbangkan kondisi khusus dari kasus di atas.

### Tagihan yang Tunduk pada Ketentuan Ini

Pada mulanya, pembatasan tagihan R&C diterapkan pada tagihan bedah, termasuk untuk asisten dokter bedah dan *anaesthesiologist*. Pembatasan tagihan R&C sekarang digunakan untuk berbagai pelayanan lainnya, termasuk pelayanan medis, radiologi dan patologi, perbaikan gigi, dan peralatan medis, obat-obatan, dan persediaan. Pembatasan tagihan R&C dapat digunakan oleh paket dengan cakupan yang terjadwal dalam daftar manfaat. Pada paket seperti itu, R&C yang lebih kecil atau jumlah yang tercatat dalam daftar yang dibayar.

### Sumber Data

Pada paket yang tidak terjadwal (*open-end*), persentase wajar dan biasa atau limit tagihan ditentukan melalui penggunaan satu atau lebih sumber data baik secara tunggal ataupun secara kombinasi. Sebagai hasilnya, penentuan limit tagihan wajar dan biasa tidak sama diantara paket kesehatan.<sup>28</sup>

Sumber data seperti itu dapat berasal dari sponsor atau administrator paket, seperti seorang pengusaha, perusahaan asuransi, atau organisasi pembayar klaim lainnya. Organisasi ini lalu dapat menghasilkan data tersebut secara internal, jika mereka mempunyai informasi yang cukup, atau membeli data dari sumber-sumber luar. Tanpa memperdulikan sumber data tersebut, tujuannya adalah untuk mewakili secara adil dan konsisten dengan jumlah yang ditagih oleh *provider* pelayanan kesehatan yang mirip untuk prosedur yang mirip, biasanya dalam area geografis tertentu. Dari jumlah-jumlah ini, limit tagihan wajar dan biasa ditentukan oleh pengguna *database*.

Secara umum, ada dua metode yang berbeda untuk menghasilkan pilihan tagihan yang representatif, berdasarkan prosedur dan berdasarkan wilayah. Yang pertama adalah dengan menghasilkan beberapa statistik tagihan aktual dari arsip-arsip klaim terbaru; yang kedua adalah dengan membuat model dari jumlah tagihan yang diharapkan menggunakan faktor konversi dan unit nilai yang relatif bagi tiap prosedur.

Sebagai contoh, HIAA melakukan sebuah program yang dikenal sebagai *Prevailing Healthcare Charges System (PHCS)*, yang tergantung pada pendekatannya. Data tagihan yang sudah ditagih diambil setiap enam bulan dari 100 organisasi pembayar klaim di seluruh negeri, termasuk perusahaan asuransi, administrator pihak ketiga, Paket Blue Cross Blue Shield, paket kesehatan gigi Delta, dan kumpulan swa-asuransi. Data tersebut dikumpulkan, diproses, dan dilaporkan atas dasar 4 elemen berikut:

- Kode prosedur (*procedure code*)
- Kode pos (*zip code area*)
- Tanggal pelayanan (*date of service*) dan
- Jumlah tagihan yang ditagih (*billed charge amount*)

<sup>28</sup> Lihat Dasar-dasar Asuransi Kesehatan, Bagian B, Bab 3: Administrasi Klaim.

Data tagihan dikumpulkan menjadi rata-rata tagihan, modus tagihan, dan tagihan pada delapan tingkat persentil yang menghasilkan angka yang mirip dengan apa yang diperlihatkan pada tabel 8.9. Data yang disajikan memperbolehkan penggunaannya untuk menggunakan informasi tersebut sebaik mungkin, termasuk penentuan limitasi tagihan wajar dan biasa.

Program PHCS juga membuat model tagihan yang diharapkan, yang dikenal sebagai tagihan turunan (*derived charges*) menggunakan faktor konversi dan unit relatif untuk data tagihan aktual yang tidak dapat diperoleh karena prosedurnya baru atau jarang dilaporkan.

Nilai relatif dimaksudkan untuk merefleksikan perbedaan – seperti waktu, keterampilan, parahnya penyakit, risiko pasien, dan risiko dokter – dalam prosedur dan pelayanan.

Dua contoh daftar nilai relatif berdasarkan kode prosedur diterbitkan dalam *Relative Values for Physicians dan Resource Based Relative Value Scale (RBRVS)*, yang digunakan oleh Medicare.

Faktor konversi hanya merupakan nilai dollar per unit dari nilai relatif. Mereka dihitung dengan membagi data tagihan aktual yang dapat diperoleh untuk sebuah prosedur dengan jumlah unit relatif yang dikaitkan dengan prosedur tersebut. Tagihan turunan kemudian dapat dihitung untuk sebuah prosedur yang tidak mungkin diperoleh dengan mengalikan (1) nilai relatif prosedur tersebut dengan (2) faktor konversi dari bagian kode prosedur menjadi apa yang dihasilkan prosedur. Pemasok (*vendor*) lain menggunakan berbagai pendekatan alternatif model lain untuk menyajikan tagihan mereka.

### *Aksi Bantahan (Rebuttal Actions)*

Jika seorang pasien atau dokter tidak puas dengan penentuan yang manakah umum dan biasa, kantor klaim harus meminta dan mengevaluasi informasi tambahan apapun yang mungkin relevan. Biasanya, laporan operasi akan menyediakan informasi yang cukup tentang sebuah prosedur bedah yang dilakukan. Laporan dokter juga mungkin bermanfaat dalam membayar tarif tertentu untuk pelayanan yang telah diberikan. Paket kumpulan tunduk pada ketentuan permohonan dari ERISA (Employee Retirement Income Security Act), beberapa undang-undang asuransi negara bagian AS juga merinci prosedur permohonan.

### *f. Koordinasi Manfaat*

Koordinasi manfaat (COB) adalah proses ketika dua perusahaan asuransi, yang mengasuransikan orang yang sama untuk asuransi kesehatan dengan manfaat yang sama, digunakan untuk membatasi manfaat total hingga jumlahnya tidak melebihi jumlah aktual dari pengeluaran pelayanan kesehatan yang diizinkan yang terjadi.

Contohnya, misalkan seseorang yang memiliki 2 paket pelayanan kesehatan kumpulan untuk manfaat biaya medis kumpulan yang identik dan yang memberikan tagihan \$1,000 dari pengeluaran pelayanan kesehatan. Logikanya, manfaat yang dapat diambil adalah sebesar \$2,000, kecuali jika ada ketentuan COB dalam salah satu polis. Maksud dari COB adalah membatasi agar manfaat total yang dapat diterima seorang tertanggung di bawah kedua paket tidak melebihi 100% dari pengeluaran yang diizinkan (\$1,000 dalam kasus ini). Oleh karena itu tertanggung dicegah untuk mengambil keuntungan dari klaim asuransi kesehatan.

COB umumnya digunakan dalam kontrak asuransi-kumpulan, tetapi juga dilihat dalam polis perorangan. Paket perorangan memiliki istilah yang hampir sama dengan COB (yaitu, *deductible*

bervariasi). Meninjau rincian polis penting untuk memastikan apakah sebuah klaim betul atau tidak. Bagian ini membahas COB paket kumpulan.

Tabel 8.9.

PROCEDURE	NAME	NUMBER OF CHARGES	MEAN CHARGE	MODE CHARGE	PERCENTILES													
					50	55	60	65	70	75	80	85	90	95				
49505	REP HERNIA INGUINAL 5 YRS & UP	908	1167	1000	1199	1200	1250	1460	1500	1600	1600	1799						
49507	REP HERNIA INGUINAL 5 YRS & UP- INCARC	44	1426	1500*	1500	1600	1700	1800	1800	1950	1950	2000						
49520	REP HERNIA INGUINAL RECURRENT	97	1321	1500	1400	1500	1500	1500	1595	1600	1600	2000						
49521	REP HERNIA INGUINAL RECURRENT- INCARC	11	1682	2500*	1600	1700	1800	1860	1860	2000	2000	2000						
49525	REP HERNIA INGUINAL- STING	21	308	1200	1200	1470	1500	1500	1800	1800	2000	2500						
49550	REP HERNIA FEMORAL ANY AGE	19	1217	1340*	1200	1500	1540	1540	1540	1584	2000	2500						
49560	REP HERNIA INCISIONAL INITIAL	180	1303	1500	1500	1500	1670	1600	1628	1678	2128	2200						
49563	REP HERNIA INCISIONAL- INCARCERATED	37	1841	1800	1700	1788	1800	1800	1800	2000	2000	2240						
49565	REP HERNIA INCISIONAL RECURRENT	32	1241	1500*	1500	1700	1800	1800	2000	2116	2116	2371						
49568	REP HERNIA INCISIONAL RECUR- INCARC	12	1445	1500	1500	1850	1940	2000	2000	2000	2000	2754						
49570	REP HERNIA INCISIONAL/IMPLANT MESH	149	560	500	500	675	700	750	750	800	800	800						
49573	REP HERNIA EPIDIDYMO-ORCHIDOPLEXY	29	1063	1415*	1150	1200	1238	1238	1318	1418	1418	1500						
49586	REP HERNIA UMBILICAL < AGE 5	17	1244	1700*	1320	1500	1500	1600	1600	1766	1766	1766						
UN 49588	REP HERNIA UMBILICAL < AGE 5	28	1167	1216	1216	1216	1216	1216	1250	1250	1250	1250						
UN 49585	REP HERNIA UMBILICAL > AGE 5	6	1568	1951*	615	615	1176	1500	1500	1500	1500	1500						
UN 49587	REP HERNIA UMBILICAL > AGE 5- INCARC	14.8	1100	1000	1000	1160	1250	1470	1500	1500	1500	1600						
UN 49590	REP HERNIA SP/IBELIAN	54	1126	1100	1100	1200	1300	1320	1300	1300	1300	1600						
UN 49905	OMENTAL FLAP	8	1386	1943*	1000	1000	1100	1100	1500	1500	1500	1943						
		6	3210	1540*	500	1177	1250	1250	1540	1540	1540	1540						
CF	40490-49995 DIGESTIVE SYSTEM	35820	137.6		139.0	144.7	150.9	155.9	162.3	169.7	179.4	193.2						
50320	BRAIN ABSCESS RENAL/PERITONEAL	17	1698	320	350	350	500	900	992	1080	1080	3600						
50040	NEPHROSTOMY PERCUT LESS 2 CM	9	2804	3050	2800	3050	3050	3050	3050	3050	3050	3050						
50200	BIPSY RENAL NEEDLE/BIOPSY	132	873	656	680	682	623	650	652	635	636	636						
50220	NEPHRECTOMY W PART URETERECTOMY	38	243	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500						
50230	NEPHRECTOMY RAD W PART URETERECT	29	3602	4800	4800	4000	4000	4494	4500	4500	4500	4641						
50234	NEPHRECTOMY W URETERECT SAME INCLIS	10	3530	4580	3600	3600	4580	4580	4580	4580	4580	4580						
50248	NEPHRECTOMY PARTIAL	19	3435	2500	3100	3800	4150	4275	4557	4557	4557	5537						
50320	TRANSPLANT RENAL ALLOGRAFT	11	4006	5834	3570	3720	4800	5834	5834	5834	5834	5834						
50365	TRANSPLANT RENAL W NEPHRECTOMY	28	6078	3520	3520	3520	3520	3520	3520	3520	3520	3520						
50380	ASPIRATE/INJECT RENAL CYST NEEDLE	16	5200	3200	3200	3200	3200	3200	3200	3200	3200	3200						
50382	INSERT CATH RENAL PELVIS	48	581	511	551	566	566	571	571	571	571	571						
50388	INJECT CATH URETER	46	393	482	521	600	600	722	722	756	756	740						
50389	INJECT FOR PYELOGRAPHY	28	857	800	678	678	800	800	853	870	876	1007						
50399	INTRODUCE GUIDE RENAL/URETER	127	744	158	150	150	158	153	153	153	153	158						
50398	CHANGE TUBE NEPHROSTOMY/PYELOSTOMY	41	660	509	565	700	779	809	938	965	976	986						
50398	CHANGE TUBE NEPHROSTOMY/PYELOSTOMY	63	150	63	207	207	207	207	207	207	227	227						
UN 50400	PYELOPLASTY (FOLLY Y) SIMPLE	8	2817	3740	1875	2015	2500	2500	2500	2500	2500	2500						
50405	PYELOPLASTY COMPLICATED	15	4380	5260	2260	2260	2260	2260	2260	2260	2260	2260						
50590	LITHOTRIPSY EXTRACORP SHOCK WAVE	345	2224	2100	2100	2100	2500	2446	2446	2446	2446	2446						
50640	INJECT FOR URETEROGRAPHY	72	190	150	150	150	150	150	150	150	150	150						
50688	CHANGE URETEROSTOMY TUBE	13	175	175	175	175	175	175	175	175	175	175						
50690	INJECT FOR URETEROPYELOG/LIHAL COND	21	102	93	93	93	93	100	100	100	100	100						
50715	URETEROLYSIS	11	2061	2000	2000	2000	2400	2400	2400	2400	2400	2400						
UN 50740	URETEROPYELOSTOMY	5	3380	3300	3300	3300	3300	3300	3300	3300	3300	3300						

COPYRIGHT HEALTH INSURANCE ASSOCIATION OF AMERICA 1975, 1997  
(CPT ONLY COPYRUGHT 1993, 1996 AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION)

AREA : XXX - XXX & AREAS (XXX,XXX)

## Urutan Penentuan Manfaat

Di bawah COB, poin pertama adalah menentukan paket manakah yang utama (*order of benefit determination, OBD*). Proses ini akan berbeda dari negara bagian ke wilayah negara bagian lainnya. Menggunakan Model Regulasi NAIC, jika hanya satu paket yang memiliki ketentuan COB, paket yang tidak memiliki ketentuan COB membayar manfaatnya lebih dulu dan paket dengan ketentuan COB mengkoordinasikan manfaatnya dengan manfaat yang dibayar oleh paket lainnya.

Ketika kedua paket memiliki ketentuan COB, urutan penentuan manfaat umumnya adalah sebagai berikut:

- *Tanggungans/Non-Tanggungans (Non Dependent/Dependent)*

Manfaat dari paket yang mencakup orang tersebut sebagai karyawan, anggota, atau peserta (maksudnya, selain tanggungan) ditentukan sebelum yang tercakup paket memasukkan orang tersebut sebagai tanggungan.

- *Tanggungans Anak/Orang tua Tidak Terpisah atau Bercerai (Dependent Child/Parents Not Separated or Divorced)*

Manfaat dari paket pada orang tua yang berulang tahun lebih awal ditentukan sebelum yang berulang tahun belakangan.

Jika kedua orangtua memiliki ulang tahun yang sama, manfaat paket yang telah menutupi satu orangtua lebih lama ditentukan sebelum yang lebih baru.

Namun, jika paket yang satunya tidak memiliki peraturan yang disebutkan di atas, tetapi memiliki peraturan yang berdasarkan kelamin orangtua, dan jika, sebagai akibatnya, paket tidak setuju dengan urutan manfaat, peraturan berdasarkan kelamin akan menentukan urutan manfaat.

- *Tanggungans anak/Orangtua Terpisah atau Bercerai (Dependent Child/Parents Separated or Divorced)*

Jika dua atau lebih paket menutupi seseorang sebagai tanggungan anak dari orangtua yang terpisah atau bercerai, manfaat untuk sang anak ditentukan dalam urutan sebagai berikut: pertama, paket orangtua yang memegang hak perwalian; lalu paket pasangan (jika ada) orangtua yang memegang hak perwalian; dan terakhir, paket orangtua yang tidak memegang hak perwalian.

Namun, jika pengadilan menentukan bahwa salah seorang dari orangtua yang bertanggungjawab atas biaya kesehatan si anak, dan orang tersebut bertanggungjawab membayar atau menyediakan manfaat paket dari orangtua tersebut yang mengetahui syarat-syarat itu, manfaat dari paket itu ditentukan lebih dahulu. Paket dari orangtua yang satunya adalah paket sekunder.

Jika pengadilan menentukan bahwa orangtua membagi hak perwalian, tanpa menyatakan salah satu orang tua yang bertanggungjawab atas biaya pelayanan kesehatan sang anak, paket yang mencakup sang anak mengikuti peraturan penentuan manfaat untuk tanggungan anak/orangtua yang tidak terpisah atau bercerai.

### *Karyawan aktif/non-aktif.*

Manfaat paket yang menjamin seseorang sebagai karyawan (atau tanggungannya) yang belum dipecat atau pensiun ditentukan sebelum paket yang menjamin seseorang sebagai karyawan yang dipecat atau pensiun (atau tanggungannya). Jika paket yang satu lagi tidak memiliki peraturan ini, dan jika sebagai hasilnya, paket tersebut tidak menyetujui urutan manfaat, peraturan ini dianggap tidak berlaku.

### *Penerusan cakupan (continuation coverage).*

Manfaat dari paket yang melindungi seseorang selain sebagai penerusan ditentukan sebelum paket yang menutupi orang sebagai penerusan *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)* atau di bawah peraturan pemerintah negara bagian.

### *Panjang/Pendeknya suatu Cakupan.*

Jika tidak ada peraturan di atas yang menentukan urutan manfaat, manfaat paket yang menjamin seorang karyawan, anggota, atau pelanggan yang lebih panjang ditentukan sebelum menentukan untuk paket yang lebih pendek.

### *Administrasi COB*

Sebelum ketentuan tersebut berlaku, perlu ditentukan apakah cakupan lainnya ada dan tepatnya manfaat apa saja yang dapat dibayar. Mendapatkan informasi ini tanpa bantuan pemegang polis kumpulan, tertanggung, provider pelayanan kesehatan, dan perusahaan asuransi lainnya hampir mustahil. Pentingnya dukungan masyarakat dan pemahaman dalam administrasi ketentuan COB tidak dapat diabaikan.

### *Sumber informasi cakupan majemuk (multiple coverage).*

Tertanggung-adalah sumber informasi utama tentang paket asuransi kesehatan lainnya dimana ia atau tanggungannya tercatat. Pemegang polis kumpulan juga dapat memberikan informasi yang penting bagi perusahaan asuransi. Pertanyaan-pertanyaan mengenai asuransi kesehatan lainnya ditanyakan kepada tertanggung dan kepada pemegang polis pada formulir klaim perusahaan asuransi. Formulir dokter (HCFA 1500) dan formulir rumah sakit (UB-92) memiliki bagian-bagian khusus dimana *provider* memberitahukan apakah mereka mengetahui adanya cakupan lainnya.

### *Memproses klaim cakupan multiple.*

Umumnya klaim diproses berdasarkan jawaban atas pertanyaan yang ada di formulir klaim dan juga atas indikator lainnya tentang cakupan ganda atau lebih. Contohnya, jika tertanggung menyerahkan klaim biaya medis untuk pasangannya, dan formulir klaim mengindikasikan bahwa pasangannya tersebut bekerja, ada kemungkinan bahwa ia memiliki asuransi-kumpulan. Indikator lainnya adalah, jika tertanggung menyerahkan foto kopi dari tagihan dan bukan yang asli. Masalah itu akan diusut apakah ia memiliki asuransi lainnya. Ketika nama perusahaan asuransi yang menjamin pasangannya itu ditemukan, perusahaan tersebut akan dihubungi. Keuntungan dari saling tukar-menukar informasi dengan bebas bagi perusahaan asuransi sangat jelas. Hak untuk menerima dan mengeluarkan informasi yang diperlukan sesuai dengan ketentuan model NAIC, sangat penting untuk mendukung kerjasama antara perusahaan asuransi.

Seringkali hanya cukup menelepon ke perusahaan asuransi lain untuk mendapatkan informasi yang diperlukan, untuk melakukan koordinasi manfaat. Beberapa perusahaan asuransi mungkin

akan lebih memilih menggunakan sebuah lembar pertanyaan DCI (*Duplicate Coverage Inquiry*). Formulir ini dirancang untuk memastikan keberadaan cakupan lainnya, pengeluaran yang diizinkan berdasarkan kontrak itu, dan manfaat yang dapat diperoleh jika tidak ada cakupan asuransi kumpulan lain.

Satu masalah yang terjadi adalah sikap beberapa tertanggung terhadap konsep manfaat nonduplikasi. Sebagian tertanggung berpendapat bila mereka membayar premi ke dua asuransi (paket kontributori), mereka menganggap akan menerima manfaat penuh dari kedua asuransi tersebut. Kesalahpahaman dan ketidakpuasan bisa saja terjadi untuk hal ini.

Beberapa keterlambatan penyelesaian klaim diakibatkan oleh adanya cakupan ganda. Perlunya membuat urutan pembayaran manfaat dan untuk menentukan pengeluaran yang disetujui, diantara perusahaan asuransi memerlukan komunikasi antar perusahaan – merupakan suatu proses yang membutuhkan waktu. Dalam banyak kasus, perusahaan asuransi primer dapat menentukan dengan cepat, bahwa ia merupakan yang utama dan akan membayar manfaatnya tanpa memperhatikan cakupan lain. Namun, perusahaan asuransi yang sekunder harus mengetahui apa yang telah dibayar perusahaan primer untuk menentukan manfaatnya secara tepat/ untuk menghindari timbulnya masalah pelayanan pelanggan yang muncul akibat penundaan klaim, kebanyakan perusahaan asuransi mencoba untuk menyelesaikan masalah COB dalam jangka waktu 30 hari.

### Contoh-contoh COB

Tanpa ketentuan COB. Ny. Jones menyerahkan klaim sebesar \$2.400 dengan perusahaan A dan perusahaan B. Perusahaan A mengasuransikan Ny. Jones sebagai karyawan dengan paket yang menutupi 80% dari pengeluaran yang memenuhi syarat setelah membayar \$100. Perusahaan B mengasuransikan ia sebagai tanggungan pasangan di bawah paket yang membayar 75% dari pengeluaran yang memenuhi syarat setelah membayar \$100. Karena tidak adanya COB, maka kedua perusahaan tersebut harus membayarnya sebagai berikut:

Perusahaan A		Perusahaan B	
Pengeluaran	\$2.400	Pengeluaran	\$2.400
<i>Deductible</i>	(100)	<i>Deductible</i>	(100)
Sisa	\$2.300	Sisa	\$2.300
<i>Coinsurance</i> 20% x \$2.300	(460)	<i>Coinsurance</i> 25% x \$2.300	(575)
Manfaat yang dibayarkan	\$1.840	Manfaat yang dibayarkan	\$1.725

Tanpa COB kedua perusahaan harus membayar manfaat penuh, dimana dalam kasus ini sebesar \$3,565. sehingga pemegang asuransi akan menerima \$1,165 lebih besar dari tagihan yang sebenarnya.

Dengan ketentuan COB. Menggunakan contoh yang sama, misalkan kedua paket memiliki ketentuan COB. Perusahaan A harus membayar pertama karena ia menanggung Ny. Jones sebagai karyawan. Karena perusahaan A membayar pertama, perusahaan tersebutlah yang membayar penuh, seakan-akan tidak ada cakupan yang satu lagi.

Dalam menentukan manfaatnya, perusahaan B harus mempertimbangkan cakupan yang diberikan oleh perusahaan A. Ketentuan NAIC COB, mengharuskan pengeluaran yang bisa

diperbolehkan dalam polis kumpulan apapun menjadi pengeluaran yang bisa diperbolehkan untuk setiap polis kumpulan. Oleh karena itu, dalam perhitungan manfaatnya, perusahaan B harus memasukkan pengeluaran apapun yang diperbolehkan di bawah paket perusahaan A. Sekali saja perusahaan A menentukan dan membayar manfaatnya, klaimnya Ny. Jones lalu dipertimbangkan juga oleh perusahaan B.

Ganti rugi COB hingga 100% dari pengeluaran yang diperbolehkan. Dalam kasus ini, kedua perusahaan harus membayar Ny. Jones sebagai berikut:

Perusahaan A		Perusahaan B	
Pengeluaran	\$2.400	Pengeluaran	\$2.400
<i>Deductible</i>	(100)	Dikurangi manfaat Perusahaan A	(1.840)
Sisa	\$2.300		
<i>Coinsurance</i> 20% x \$2.300	(460)		
Manfaat yang dibayarkan	\$1.840	Manfaat yang dibayarkan	\$560

Di bawah COB, perusahaan B hanya membayar \$560 dan bukan \$1.725 seperti dalam contoh sebelumnya. Ny. Jones menerima \$2.400. Metode ini menghasilkan penghematan dana bagi perusahaan B sebanyak \$1.165, berkat Ny. Jones yang akan diterapkan pada klaim apapun di masa depan yang diserahkan pada perusahaan B selama periode penentuan/determinasi klaim. Kemudahan (*credit*) ini dapat digunakan untuk menyediakan manfaat yang mungkin tidak akan dibayar. Contohnya, jika polis dengan perusahaan A tidak menutupi tagihan kamar rumah sakit dan manfaat lain yang umum untuk hal ini dari perusahaan B sebanyak 80%, penghematan dana berkat Ny. Jones memungkinkan paket perusahaan B untuk membayar biaya penuh rawat inap rumah sakit. Efek dari COB dalam kasus Ny. Jones adalah adanya 2 perusahaan asuransi yang memberikannya ganti rugi sebesar \$2.400 dan memiliki kredit sebanyak \$1.165 dengan perusahaan B yang dapat digunakan untuk mengganti kerugian penuh pengeluaran lainnya yang tidak tercakup dalam periode klaim.

Pada contoh sebelumnya, Ny. Jones diganti 100% pengeluaran medisnya, walaupun ia tidak mendapatkan keuntungan dari klaim. Akibatnya, COB menghilangkan ketentuan penghematan biaya yang dibuat dalam paket, yaitu ketentuan *deductible* dan *coinsurance*. Keprihatinan tentang keputusan seperti itulah yang membuat NAIC merekomendasikan pemerintah negara bagian menyetujui perusahaan asuransi dapat mengurangi manfaat hingga ke tingkat di bawah 100% dari pengeluaran yang diperbolehkan. Di bawah ini adalah contoh-contoh dari dua metode alternatif menghitung COB.

#### *Alternatif 1: Total pengeluaran yang diperbolehkan dengan coinsurance.*

Di bawah metode perhitungan COB ini, paket sekunder diizinkan membayar perbedaan antara beberapa persentase (umumnya tingkat coinsurance, 80%) dari total pengeluaran yang diperbolehkan yang diserahkan dan jumlah yang dibayar oleh penanggung primer. Dalam contoh di atas, kedua perusahaan harus membayar Ny. Jones sebagai berikut:

Perusahaan A		Perusahaan B	
Pengeluaran	\$2.400	Pengeluaran	\$2.400
<i>Deductible</i>	(100)	<i>Coinsurance</i> 20% x \$2.400	(480)
Sisa	\$2.300	Sisa	\$1.920
<i>Coinsurance</i> 20% x \$2.300	(460)	Dikurangi manfaat Perusahaan A	(1.840)
Manfaat yang dibayarkan	\$1.840	Manfaat yang dibayarkan	\$80

### *Alternatif 2: pendekatan pemeliharaan manfaat.*

Di bawah pendekatan ini, paket sekunder (perusahaan B) diperbolehkan membayar perbedaan antara apa yang seharusnya dibayar jika ia menjadi paket primer, dan apa yang telah dibayar paket primer (perusahaan A). Metode ini sering disebut ketentuan nonduplikasi manfaat.

Dalam contoh yang menyangkut Ny. Jones, setiap perusahaan harus membayar sebagai berikut:

Perusahaan A (Primer)		Perusahaan B (Sekunder)	
Pengeluaran	\$2.400	Pengeluaran	\$2.400
<i>Deductible</i>	(100)	<i>Deductible</i>	(100)
Sisa	\$2.300	Sisa	\$2.300
<i>Coinsurance</i> 20% x \$2.300	(460)	<i>Coinsurance</i> 25% x \$2.300	(575)
Manfaat yang dibayarkan	\$1.840	Manfaat yang dibayarkan	\$1.725

*Karena pembayaran perusahaan A melebihi pembayaran perusahaan B (\$1840 > \$1725), maka tidak ada manfaat yang diberikan oleh perusahaan B.*

### *g. Pengecualian Kondisi yang Telah Ada Sebelumnya*

Banyak paket biaya medis utama memasukkan klausula pengecualian ini. Di bawah ketentuan seperti itu, klaim peserta baru dihubungkan dengan kondisi medis yang telah ada sebelumnya tidak dicakup di bawah kontrak atau polis selama periode tertentu (misalnya, 6 bulan). Penggunaan pengecualian kondisi yang telah ada sebelumnya (*pre-existing condition exclusion*), mencegah perorangan mengelabui sistem dengan sering berganti antara ada cakupan dan tidak ada cakupan, atau antara paket yang lebih komprehensif dan yang kurang komprehensif, menurut keperluannya akan pelayanan medis.

Umumnya, sebuah perusahaan asuransi tidak mengevaluasi setiap perorangan untuk kondisi medis yang telah ada sebelumnya jika ia menjadi bertanggung untuk pertama kalinya. Hal ini bukanlah merupakan tindakan yang menghemat biaya. Setelah orang itu mengajukan satu atau lebih klaim, barulah administrator klaim memeriksa aplikasi perorangan, atau sumber-sumber informasi medis lain bagi keberadaan kondisi yang telah ada sebelumnya. Jika kondisi seperti itu didokumentasikan, pembayaran boleh ditolak untuk klaim yang berhubungan dengan kondisi yang telah ada sebelumnya, yang berawal selama periode pengecualian kondisi yang telah ada sebelumnya (*pre-existing condition exclusions*) yang tertulis di kontrak atau polis perorangan.

Perusahaan asuransi harus memastikan bahwa ketentuan kontrak yang berhubungan dengan kondisi yang telah ada sebelumnya sesuai dengan peraturan negara bagian. Banyak negara bagian telah membatasi periode pengecualian maksimum, definisi kondisi yang telah ada

sebelumnya, atau aspek-aspek lain dari pengecualian kondisi yang telah ada sebelumnya. HIPAA tahun 1996 membuat persyaratan federal baru tentang penggunaan pengecualian kondisi yang telah ada sebelumnya oleh perusahaan asuransi pada pasar kumpulan. Satu persyaratan HIPAA, khususnya, memberikan efek yang besar pada administrasi klaim. Di bawah HIPAA, perusahaan asuransi tidak boleh menolak pembayaran klaim di bawah pengecualian kondisi yang telah ada sebelumnya sebelum orang tersebut diberi tahu secara tertulis tentang lamanya periode pengecualiannya. (Persyaratan ini tidak muncul dalam pasal itu sendiri, tetapi terdapat dalam peraturan tambahan sementara terakhir yang disahkan pada tanggal 8 April 1997, untuk menerapkan ketentuan portabilitas, akses, dan pembaharuan HIPAA.)

Sebagai hasil dari persyaratan HIPAA ini, perusahaan asuransi yang ada dalam pasar kumpulan dibebani oleh tanggung jawab yang baru ketika mengelola klaim di bawah kontrak atau polis-polis yang mengandung pengecualian kondisi yang telah ada sebelumnya. Dalam waktu yang berdekatan dengan tanggal pendaftaran karyawan baru, perusahaan asuransi harus mengevaluasi dokumentasi orang tersebut sebelum cakupan, jika ada (seperti yang diberikan untuk di bawah HIPAA); mengurangi periode pengecualian per bulan untuk kualifikasi cakupan sebelumnya; dan memberitahukan pendaftar tentang lamanya periode pengecualian dirinya, tidak memperdulikan apakah orang tersebut telah mengajukan klaim atau belum. Proses ini akan menambah biaya administrasi cakupan kumpulan yang menggunakan pengecualian kondisi yang telah ada sebelumnya.

HIPAA tidak membuat batasan penggunaan pengecualian kondisi yang telah ada sebelumnya pada pasar perorangan, tetapi memberikan satu pengecualian. Perusahaan asuransi tidak boleh memberlakukan batasan kondisi yang telah ada sebelumnya pada cakupan yang diberikan kepada perorangan yang memenuhi syarat untuk portabilitas kumpulan-ke-perorangan di bawah pasal tersebut.

## 8.4. Kewenangan yang terkait Klaim dan Investigasi

Dua kewenangan umum yang terkait berhubungan dengan klaim adalah penerusan atau penugasan *manfaat* (*assignment of benefits*) dan pelepasan informasi (*release of information*).

### a. Penugasan Manfaat

Penugasan manfaat terjadi jika tertanggung mengizinkan perusahaan asuransi membayar manfaat langsung kepada provider pelayanan kesehatan (dokter, rumah sakit, dan sebagainya). Pada kasus seperti itu, perusahaan asuransi mengirimkan atau mentransfer dananya secara elektronik langsung ke provider medis. Formulir standar (HCFA 1500 dan UB-92) memiliki tempat spesifik yang menyediakan informasi semacam ini. Penugasan manfaat mungkin akan menggunakan berbagai bentuk tetapi dalam sebagian besar kasus, akan ada tanda tangan asli dari pasien atau pernyataan "*assignment on file*". Jika terlibat lebih dari satu perusahaan asuransi, penting bagi pemeriksa klaim untuk memastikan perusahaan asuransi yang manakah yang dimaksud.

Form HCFA 1500

PLEASE DO NOT STAPLE IN THIS AREA



1500C

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

PICA

1. MEDICARE <input type="checkbox"/> Medicare #	MEDICAID <input type="checkbox"/> (Medicaid #)	CHAMPUS <input type="checkbox"/> (Sponsor's SSN)	CHAMPVA <input type="checkbox"/> (VA File #)	GROUP HEALTH PLAN <input type="checkbox"/> (SSN or ID)	FECA BLK LUNG <input type="checkbox"/> (SSN)	OTHER <input type="checkbox"/> (ID)	1a. INSURED'S I.D. NUMBER (FOR PROGRAM IN ITEM 1)																																																																																								
2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)			3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY		SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)																																																																																									
5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street)  CITY STATE ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code)			6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>		7. INSURED'S ADDRESS (No., Street)  CITY STATE ZIP CODE TELEPHONE (INCLUDE AREA CODE)																																																																																										
9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)			10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO:		11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER																																																																																										
a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER			a. EMPLOYMENT? (CURRENT OR PREVIOUS) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		a. INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																																										
b. OTHER INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			b. AUTO ACCIDENT? PLACE (State) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		b. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME																																																																																										
c. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME			c. OTHER ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME																																																																																										
d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME			10d. RESERVED FOR LOCAL USE		d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <i>If yes, return to and complete item 9 a-d.</i>																																																																																										
<p><b>READ BACK OF FORM BEFORE COMPLETING &amp; SIGNING THIS FORM.</b></p> <p>12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below.</p> <p>SIGNED _____ DATE _____</p>																																																																																															
14. DATE OF CURRENT: <input type="checkbox"/> ILLNESS (First symptom) OR <input type="checkbox"/> INJURY (Accident) OR <input type="checkbox"/> PREGNANCY (LMP) MM DD YY			15. IF PATIENT HAS HAD SAME OR SIMILAR ILLNESS. GIVE FIRST DATE MM DD YY		16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY																																																																																										
17. NAME OF REFERRING PHYSICIAN OR OTHER SOURCE			17a. I.D. NUMBER OF REFERRING PHYSICIAN		18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM DD YY TO MM DD YY																																																																																										
19. RESERVED FOR LOCAL USE			20. OUTSIDE LAB? \$ CHARGES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		22. MEDICAID RESUBMISSION CODE ORIGINAL REF. NO.																																																																																										
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY. (RELATE ITEMS 1,2,3 OR 4 TO ITEM 24E BY LINE)			23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER		23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER																																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>24. A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>G</th> <th>H</th> <th>I</th> <th>J</th> <th>K</th> </tr> <tr> <th>DATE(S) OF SERVICE From MM DD YY To MM DD YY</th> <th>Place of Service</th> <th>Type of Service</th> <th>PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER</th> <th>DIAGNOSIS CODE</th> <th>\$ CHARGES</th> <th>DAYS OR UNITS</th> <th>EPSDT Family Plan</th> <th>EMG</th> <th>COB</th> <th>RESERVED FOR LOCAL USE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>								24. A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	DATE(S) OF SERVICE From MM DD YY To MM DD YY	Place of Service	Type of Service	PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER	DIAGNOSIS CODE	\$ CHARGES	DAYS OR UNITS	EPSDT Family Plan	EMG	COB	RESERVED FOR LOCAL USE																																																																		
24. A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K																																																																																					
DATE(S) OF SERVICE From MM DD YY To MM DD YY	Place of Service	Type of Service	PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER	DIAGNOSIS CODE	\$ CHARGES	DAYS OR UNITS	EPSDT Family Plan	EMG	COB	RESERVED FOR LOCAL USE																																																																																					
25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER		SSN EIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	26. PATIENT'S ACCOUNT NO.		27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For govt. claims, see back) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	28. TOTAL CHARGE \$	29. AMOUNT PAID \$	30. BALANCE DUE \$																																																																																							
31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.)			32. NAME AND ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE RENDERED (if other than home or office)		33. PHYSICIAN'S, SUPPLIER'S BILLING NAME, ADDRESS, ZIP CODE & PHONE #																																																																																										
SIGNED _____ DATE _____			PIN# _____ GRP# _____																																																																																												

(APPROVED BY AMA COUNCIL ON MEDICAL SERVICE 8/88)

PLEASE PRINT OR TYPE

APPROVED OMB-0938-0008 FORM CMS-1500 (12-90), FORM RRB-1500, APPROVED OMB-1215-0055 FORM OMCP-1500, APPROVED OMB-0720-0001 (CHAMPUS)

Form UB-92

APPROVED OMB NO. 0938-0278

1	2		3 PATIENT CONTROL NO.				4 TYPE OF BILL											
5 FED. TAX NO.		6 STATEMENT COVERS PERIOD FROM THROUGH		7 COVD	8 NCD	9 CID	10 LRD	11										
12 PATIENT NAME				13 PATIENT ADDRESS														
14 BIRTHDATE	15 SEX	16 MS	17 DATE	18 ICD	19 TYPE	20 SRC	21 DHR	22 STAT	23 MEDICAL RECORD NO.	24	25	26	27	28	29	30	31	
32 OCCURRENCE DATE	33 OCCURRENCE DATE	34 OCCURRENCE DATE	35 OCCURRENCE DATE	36 OCCURRENCE DATE	37 OCCURRENCE SPAN FROM THROUGH		38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
42 REV. CD	43 DESCRIPTION			44 HCPCS / RATES	45 SERV DATE	46 SERV UNITS	47 TOTAL CHARGES	48 NON-COVERED CHARGES	49									
50 PAYER	51 PROVIDER NO.			52 REL INFO	53 ADD BEN	54 PRIOR PAYMENTS	55 EST. AMOUNT DUE	56										
<b>DUE FROM PATIENT</b>																		
58 INSURED'S NAME				59 P REL	60 CERT. - SSN - IHC - ID NO.		61 GROUP NAME		62 INSURANCE GROUP NO.									
63 TREATMENT AUTHORIZATION CODES			64 ESC	65 EMPLOYER NAME			66 EMPLOYER LOCATION											
67 PRN. DIAG. CD	68 CODE	69 CODE	70 CODE	71 CODE	72 CODE	73 CODE	74 CODE	75 CODE	76 ADM. DIAG. CD	77 E-CODE	78							
79 ICD	80 PRINCIPAL PROCEDURE CODE	81 OTHER PROCEDURE CODE	82 ATTENDING PHYS. ID	83 OTHER PHYS. ID	84 OTHER PHYS. ID	85 PROVIDER REPRESENTATIVE	86 DATE											
84 REMARKS	A	B	C	D	E	X												

UB-92 HCFA-1450

OCR/ORIGINAL

I CERTIFY THE CERTIFICATIONS ON THE REVERSE APPLY TO THIS BILL AND ARE MADE A PART HEREOF.

## ***b. Pelepasan Informasi***

Kerahasiaan informasi medis sangat penting dalam pembayaran klaim. Ada peraturan negara bagian dan pemerintah federal yang mengatur pelepasan informasi medis. Tandatanganan bertanggung pada kebanyakan formulir klaim biasanya juga mencakup izin pelepasan informasi medis dari provider pelayanan medis yang diperlukan untuk memproses klaim. Jika tidak ada surat kuasa seperti itu atau berada dalam negara bagian yang memiliki peraturan yang lebih ketat, pemeriksa klaim harus mendapatkan surat izin yang lebih spesifik langsung dari bertanggung atau pasien, sebelum meminta informasi medis dari provider pelayanan medis.

## ***c. Prinsip-prinsip Penyelidikan Klaim***

International Claim Association (ICA), membuat prinsip berikut bagi administrasi klaim kesehatan dan jiwa, untuk menjaga kepercayaan masyarakat terhadap industri asuransi, yang digunakan perusahaan asuransi sebagai garis-garis besar praktek perusahaan dalam investigasi klaim:

- Siapa saja yang memiliki atau percaya bahwa ia patut mendapatkan klaim berhak atas perlakuan yang sopan dan adil, serta akan mendapatkan komunikasi mengenai klaim tersebut secepatnya.
- Setiap pengaju klaim berhak atas investigasi yang cepat tentang semua fakta, sebuah evaluasi yang objektif, dan akan diberikan klaimnya setelah kewajiban atau liabilitasnya jelas.
- Pengaju klaim harus diperlakukan secara adil dan tanpa pertimbangan, kecuali seperti yang tertera dalam ketentuan kontraknya.
- Pengaju klaim tidak diwajibkan untuk melakukan tuntutan atau litigasi yang tidak diperlukan untuk mendapatkan klaimnya, dan ketidakberhasilan untuk menyelesaikan suatu klaim mempengaruhi penyelesaian polis lain atau bagian lain dari polis.
- Mengenali kewajiban untuk membayar semua klaim yang sah, juga ada kewajiban untuk melindungi masyarakat pembeli asuransi dari biaya yang membengkak yang disebabkan oleh penipuan atau klaim yang tidak seharusnya diajukan.
- Prosedur dan pelaksanaan harus dibuat untuk mencegah salah pengertian atas fakta atau ketentuan polis yang penting, untuk menghindari keuntungan yang tidak adil yang dikarenakan oleh pengetahuan yang lebih, dan untuk merawat kerahasiaan dan keutamaan arsip klaim asuransi yang akurat.
- Standar yang wajar akan diberlakukan untuk membayar personil, sistem, dan prosedur yang baik untuk melayani klaim dengan efektif. Standar ini dibuat sedemikian rupa agar tidak terdapat penundaan atau persyaratan yang tidak diperlukan, pemaksaan penggunaan teknis, dan pemeriksaan atau penilaian yang berlebihan. Personil klaim akan didukung dan dibantu dengan penambahan pengetahuan, keterampilan, dan profesionalisme pada bidang administrasi klaim.

Biasanya investigasi diperlukan karena informasi klaim tidak cukup atau jelas atau meragukan dalam hal apakah biaya tersebut memenuhi syarat berdasarkan ketentuan paket. Menjelaskan hal-hal yang meragukan dapat dilakukan lewat telepon dengan bertanggung atau dokter yang bertugas. Verifikator/pemeriksa klaim seharusnya yang menanganinya dengan cara menelepon, mendokumentasikan pembicaraan, dan mengajukan biayanya.

Beberapa investigasi harus dilakukan bagi kerugian-kerugian yang terjadi selama periode yang meragukan dalam kontrak, dan bukti tertulis akan dicari. Kebanyakan kesalahpahaman

menyangkut riwayat kesehatan pemohon sebelum tanggal efektifitas kumpulan atau tanggal pendaftaran asuransi perorangan. Tujuan investigasi klaim selama periode meragukan, adalah untuk mengembangkan informasi yang terperinci tentang pelayanan tertanggung yang terjadi sebelum tanggal-tanggal ini. Dokter yang merawat tertanggung dan rumah sakit atau klinik yang baru dimasuki, dikunjungi tertanggung. Tanggal-tanggal timbulnya gejala dan/atau pelayanan didapatkan dari dokter, pembuatan diagnosis, dan tanggal dimana tertanggung diberitahukan hasil pemeriksaan dokter. Untuk asuransi-kumpulan dan perorangan, informasi yang didapat mungkin akan berubah menjadi pembatasan kondisi yang telah ada sebelumnya, seperti yang dijelaskan di atas dalam bab ini.

Jenis-jenis investigasi klaim lainnya, antara lain untuk menentukan:

- Apakah pelayanan tersebut benar-benar diperlukan,
- Status pelajar adalah seorang tanggungan, atau
- Apakah terjadi penipuan/*fraud*.

Semua investigasi di atas adalah harus dilaksanakan bagi pemeriksa untuk bekerja secara cepat dan teliti, dokumentasi dari keputusan yang ia ambil, dan berkomunikasi dengan tertanggung selama proses. Kebanyakan-negara bagian meminta pemeriksaan lanjutan untuk informasi yang diperlukan dengan periode tertentu. Sebuah telepon mungkin akan membuat *provider* pelayanan medis memberikan informasi yang diperlukan. Ketika menelaah informasi tersebut, pemeriksa akan menentukan apakah klaim dapat dibayar atau tidak. Jika hasil dari investigasi adalah penolakan untuk membayar klaim, sebuah penjelasan tertulis yang mendetil harus dikirim ke tertanggung.

## 8.5. Penuntutan Hukum dan Denda Kerugian (Lawsuits and Punitive Damages)

Litigasi/tuntutan hukum terhadap klaim asuransi biaya medis naik dengan cepat dalam tahun-tahun terakhir. Bertambahnya kompleksitas bisnis, dan juga bertambahnya kesadaran pada pihak pengaju klaim, mengenai kemudahan litigasi sebagai cara untuk mendapatkan manfaat dimana mereka merasa berhak mendapatkannya telah mendukung kecenderungan ini.

Sekarang ini ada prinsip hukum yang telah diterima bahwa sebuah kontrak asuransi mengandung suatu perjanjian kepercayaan dan penanganan yang adil pada kedua belah pihak. Sebagai tambahan, banyak hukum negara bagian termasuk ketentuan yang berhubungan dengan praktek dagang yang tidak adil. Umumnya, beban bukti ada pada perusahaan asuransi ketika klaim yang dimaksud menjadi obyek litigasi. Ini menjadikan perusahaan asuransi memperhatikan klaim seperti yang tertera di polis, cenderung ke arah yang menguntungkan tertanggung, dan hanya mengurus litigasi masalah-masalah polis yang dapat ditetapkan dengan jelas.

Sebuah tuntutan hukum atas klaim asuransi dapat dipandang sebagai aksi tiga pilar: (1) pelanggaran kontrak (*breach of contract*), (2) penggantian kerugian (*compensatory damages*), dan (3) hukuman atas kerugian (*punitive damages*).

### a. Pelanggaran Kontrak

Untuk menentukan apakah sebuah pelanggaran kontrak terjadi atau tidak, pengadilan harus menentukan apakah perusahaan asuransi telah menahan manfaat dengan tidak semestinya. Jumlah dari kerugian yang terjadi berhubungan dengan jumlah klaim yang ditahan.

## ***b. Penggantian Kerugian***

Untuk menentukan apakah seorang pengaju klaim berhak atas penggantian kerugian, pengadilan harus menentukan apakah perusahaan asuransi mengambil keputusan dengan tidak adil dengan cara menahan manfaat dan apakah tindakan seperti itu, sebagai akibat, menyebabkan kesulitan keuangan atau stress emosional pada pengaju klaim. Jumlah yang diminta umumnya lebih tinggi dari pada yang terdapat pada pelanggaran kontrak dan tergantung dengan kesulitan atau penderitaan yang terjadi.

## ***c. Hukuman atas kerugian***

Hukuman di luar kontrak dimaksudkan untuk menghukum perusahaan asuransi atas kesalahan yang dilakukan secara sengaja disebut denda kerugian. Di masa lalu, suatu tindakan hukum yang menyangkut sebuah polis asuransi kesehatan, kerugian di atas batas manfaat polis tidak memungkinkan bagi pelanggaran sebuah kontrak, walaupun pelanggaran oleh perusahaan asuransi ditemukan dilakukan dengan sengaja dan merupakan penipuan. Batas kerugian ini yang didasarkan pada batasan-batasan hukum yang mengatakan hanya jumlah yang tertulis dalam kontrak dapat diberikan kepada pihak manapun dalam kontrak atau interpretasi hukum umum oleh pengadilan.

Batasan ini berubah pada tahun 1964, ketika hakim memberikan keputusan melawan kewajiban sebuah perusahaan asuransi untuk hukuman atas kerugian sebesar \$27.000. Namun, jumlah itu berkurang menjadi \$1.500. Pada tahun 1966, sebuah tindakan hukuman atas kerugian pada sebuah polis asuransi kesehatan sebesar \$500.000, yang akhirnya berkurang menjadi \$200.000. Sejak tahun 1966, kerugian yang dapat di hukum telah diberikan dalam banyak kasus untuk jumlah-jumlah yang semakin besar, beberapa sampai berjuta dollar besarnya.

Pemeriksaan umum digunakan untuk menentukan apakah hukuman atas kerugian harus dilaksanakan jika membutuhkan bukti dari bertanggung mengenai perlakuan perusahaan asuransi yang menolak memberikan manfaat, sehingga menyebabkan kerugian yang lumayan besar dan juga dilakukan dengan sengaja serta dengan niat jahat, melalui penipuan, secara menekan, atau melanggar hukum. Oleh karena itu, pemeriksa klaim harus membuktikan dan mendokumentasikan niat baik perusahaan asuransi dalam penanganan klaim mereka dengan jelas.

Kemungkinan paket manfaat karyawan (yang tercakup di bawah Title I ERISA, seperti yang telah diperbaharui) dapat dituntut untuk kerugian yang dapat dihukum bisa dikurangi secara signifikan, walaupun tidak dihilangkan sepenuhnya, oleh keputusan Pengadilan tertinggi AS dalam kasus *Pilot Life Insurance Co. vs. Dedeaux*, 481 U.S. 41 (1987)<sup>29</sup>. Keputusan atas Asuransi Jiwa Pilot tersebut menyatakan bahwa tindakan hukuman umum pemerintah negara bagian batal karena paket ERISA. Sebagai akibat dari keputusan ini dan keputusan-keputusan lainnya, tampaknya, undang-undang pemerintah negara bagian yang berlaku bagi kerugian yang dapat dihukum bertentangan dengan ERISA. Paket manfaat karyawan dapat dituntut di bawah ERISA itu sendiri untuk pengeluaran-pengeluaran lain, seperti biaya legal, dan perihal liabilitas untuk kerugian yang dapat diganti dan dihukum di bawah ERISA belum diputuskan oleh *Supreme Court* (Mahkamah Agung).

---

<sup>29</sup> <http://supreme.justia.com/us/481/41/>

Dalam kasus apapun, praktek penanganan klaim yang baik mengurangi kemungkinan perusahaan asuransi terkena litigasi, terutama denda kerugian. Pertimbangan utama pada praktek seperti itu harus wajar dari sudut pandang tertanggung. Oleh karena itu, administrator klaim harus:

- Mengakui kuitansi klaim secepat mungkin dan menjelaskan kepada pengaju klaim apapun alasan keterlambatan yang diperkirakan.
- Melakukan investigasi klaim dengan cepat, teliti, dan keseluruhan untuk mendapatkan semua fakta, terutama yang mendukung pembayaran klaim.
- Mengambil tindakan yang konsisten dengan falsafah perusahaan asuransi dan juga praktek dan prosedur yang berlaku. Kelalaian apapun dapat dipandang sebagai keteledoran.
- Mendokumentasi keseluruhan berkas klaim dengan informasi faktual, tidak memasukkan pendapat pribadi atau orang lain, dan merinci segala tindakan, termasuk telepon.
- Menghindari menggaris-bawahi atau penekanan sebagian dari arsip klaim. Dengan menggaris-bawahi dan penekanan dapat memberikan anggapan bahwa perusahaan asuransi berprasangka buruk mengenai fakta tertentu atau pendapat yang tertulis dalam arsip klaim.
- Membuat keputusan berdasarkan fakta yang kuat, bukan asumsi, kesan, atau prasangka.

Sebelum menolak sebuah klaim atau mengakhiri sebuah manfaat, administrator klaim harus menanyakan:

- Apakah saya telah bertindak dengan seharusnya, dengan adil, dan dengan cepat?
- Apakah saya telah bertindak menurut kepentingan tertanggung dengan pertimbangan yang paling tidak sama dengan yang diberikan oleh perusahaan asuransi?
- Apakah ada hal lain yang dapat saya lakukan untuk memberikan penyebab agar klaim tersebut disetujui?

Pengaju klaim harus diberi nasihat mengenai hak-hak mereka untuk mengadukan dan didukung untuk memberikan bukti-bukti atau informasi tambahan yang mungkin dapat membantu pengaju klaim manfaat. ERISA membutuhkan untuk naik banding jawaban yang menyertai penolakan klaim.

## 8.6. Pengolahan Klaim Elektronik

Tidak seperti proses keputusan klaim manual di masa lalu, keputusan klaim di masa kini ditangani dengan sistem yang otomatis, apakah itu dibuat sendiri atau dibeli, yang disimpan dalam komputer perusahaan asuransi. Data yang relevan dari klaim yang diajukan dimasukkan ke dalam sistem. Data ini termasuk nomor, nomor polis, nama pasien, kode diagnosis, tanggal pelayanan, kode prosedur, dan pembayaran. Pemeriksa diharapkan untuk menelaah dan mengevaluasi data, serta tergantung pada seberapa majunya sistem keputusan, menentukan manfaat dan menyetujui klaim yang sesuai. Dengan sistem yang kurang canggih, proses penanganan klaim memakai tenaga manual yang lebih banyak, karena pemeriksa harus melakukan beberapa fungsi yang lebih mendasar, seperti perhitungan matematis yang ada dalam menentukan manfaat.

Beberapa sistem menggunakan logika program yang membuat edit-edit tertentu dilakukan sebelum dilihat oleh pemeriksa. Sistem tersebut menandai hal-hal yang harus dilihat oleh pemeriksa. Contohnya, sistem mungkin akan menandai kode prosedur yang sudah kadaluarsa, meminta kode CPT yang baru sebelum melanjutkan pemeriksaan.

Efisiensi sistem keputusan klaim didukung cara dimana klaim diajukan, diterima, dan dimasukkan kepada sistem itu sendiri. Ada kecenderungan yang selalu bertambah dari klaim kertas ke arah pengajuan klaim elektronik, dan mengurangi beban kerja manual, seperti membuka, memilah, dan menyebarkan surat-surat. Tugas-tugas seperti itu memakan waktu banyak dan cenderung menimbulkan masalah pengendalian mutu.

### **a. Pertukaran Data Elektronik**

Pertukaran data elektronik (*Electronic Data Interchange, EDI*) adalah proses sistem komputer otomatis yang mengirim data antara dua komputer. EDI telah digunakan selama 20 tahun dalam industri-industri seperti bank, transportasi, dan pelayanan keuangan, tetapi tidak digunakan secara luas dalam industri pelayanan kesehatan hingga beberapa tahun terakhir. Data yang dikirim melalui EDI biasanya berupa transaksi bisnis seperti pemesanan atau pembayaran untuk pelayanan atau barang yang diterima. Dalam industri pelayanan kesehatan, transaksi bisnis yang mungkin dikirim melalui EDI mungkin akan berupa pengajuan klaim medis, pembayaran klaim, eligibilitas untuk cakupan pelayanan medis dan permintaan status klaim. Tujuan terakhir dari EDI dalam industri asuransi kesehatan adalah untuk mengirim secara elektronik semua transaksi asuransi antara provider dan pembayar.

Ada banyak manfaat dari EDI. Manfaat tersebut antara lain adalah kualitas klaim yang meningkat dari format dan transmisi standar, pengajuan dan pembayaran klaim yang lebih cepat, serta pengurangan biaya administratif yang signifikan. Biaya administratif yang tinggi telah diketahui sebagai penyebab utama tingginya biaya dalam industri pelayanan kesehatan zaman sekarang. Di AS sendiri, ada kurang lebih 4 milyar klaim medis yang diajukan per tahun. Diperkirakan, \$100 milyar dihabiskan tiap tahunnya untuk memproses kertas yang berhubungan dengan klaim medis dan pembayaran. Jika industri pelayanan kesehatan berpindah ke EDI, diperkirakan akan terjadi penghematan antara \$8 – \$20 milyar per tahunnya.

Pada tahun 1990, HIAA melakukan survei sistem kode dan klaim yang digunakan oleh perusahaan-perusahaan asuransi dalam industri. Melihat langkah-langkah yang diambil dalam 5 tahun terakhir – termasuk review Congress mengenai biaya administratif industri; pembentukan dan swastanisasi atau privatisasi Workgroup EDI (WEDI)<sup>30</sup>, yang memberikan informasi tentang perkembangan EDI kepada industri; serta pengembangan standar data dari American National Standards Institute (ANSI) untuk transaksi yang digunakan oleh industri – HIAA melakukan survei anggotanya pada tahun 1995 untuk mengumpulkan informasi tentang status industri asuransi kesehatan.

Hasil survei tahun 1995 mengindikasikan bahwa ada kenaikan yang dramatis pada jumlah klaim dan persentase klaim total yang diterima secara elektronik. Secara keseluruhan, perusahaan-perusahaan melaporkan menerima 24% dari klaim mereka secara elektronik; 19% dari klaim dokter, 24% dari klaim rumah sakit dan 36% klaim lainnya (dental, laboratorium, resep obat, dan sebagainya) diterima secara elektronik. Sedangkan pada tahun 1990, responden mengindikasikan bahwa hanya 1% dari klaim dokter dan 2% dari klaim rumah sakit yang diterima secara elektronik.

Kecenderungan menuju pertukaran data elektronik menjadi lebih terfokus ketika dibuat peraturan HIPAA tahun 1996 menangani masalah yang ditimbulkan oleh bentuk kertas, telepon, dan penundaan komunikasi yang berhubungan dengan administrasi asuransi dan perlunya untuk

---

<sup>30</sup> <http://www.wedi.org/>

mengembangkan standar dimana transaksi-transaksi ini dapat dilakukan secara elektronis. Industri memperkirakan bahwa implementasi penuh ketentuan ini akan menghemat hingga \$9 milyar per tahun biaya operasional, yang juga termasuk administrasi klaim, tanpa mengurangi kualitas ataupun jumlah pelayanan kesehatan.

Sekretaris Health and Human Services (HHS) harus mengadopsi berbagai standar untuk bermacam-macam transaksi asuransi kesehatan pada bulan Februari 1998. Lalu industri asuransi kesehatan memiliki 24 bulan untuk menerapkan standar tersebut, dengan paket kecil (seperti yang ditentukan oleh Sekretaris) memiliki 36 bulan untuk pelaksanaannya.

### ***b. Keputusan Klaim Elektronik***

Klaim yang diterima secara elektronis dapat dipresentasikan secara efisien ke dalam sistem pengambilan keputusan klaim perusahaan asuransi (*Electronic Claim Adjudication*). Banyak sistem memiliki sebuah interface antara penerjemah EDI, yang bertanggungjawab atas pemetaan format data yang diterima menjadi format yang dapat digunakan sistem itu, dan logika keputusan. Data klaim dapat diterima secara elektronis, diberikan ke sistem keputusan klaim secara elektronis, melalui edit klaim dasar secara elektronis, diputuskan menurut ketentuan polis secara elektronis, dan dilepas secara elektronis, dengan sebuah penjelasan manfaat (*Explanation of Benefits, EOB*) yang di kirim kepada tertanggung dan/atau provider pelayanan kesehatan dalam beberapa situasi, suatu transfer dana elektronis (*Electronic Funds Transfer, EFT*) manfaat dapat dilakukan kepada pihak yang berhak. Sehingga, kwitansi klaim elektronis dikelompokkan dengan keputusan elektronis dan memberikan lingkungan yang bebas campur tangan manusia dimana klaim diterima dan diputuskan dengan tepat waktu dan efisien.

Kemajuan-kemajuan ini dalam penanganan klaim, tidak boleh mengurangi peran pemeriksa dalam proses penanganan klaim. Keputusan secara elektronik membolehkan klaim yang mudah atau nilainya kecil ditangani oleh sistem, membiarkan pemeriksa untuk memusatkan diri pada klaim yang lebih rumit dan kompleks. Seiring dengan berkembangnya sistem keputusan klaim, masa depan lingkungan klaim akan menjadi lebih tergantung pada sistem untuk melakukan logika keputusan dasar (*basic logic adjudication*), menggunakan logika berbasis aturan (*rules-based logic*) dan penalaran berbasis kasus (*case-based reasoning*) untuk menentukan eligibilitas dan manfaat yang benar. Sistem klaim juga akan menggunakan sebuah *database* rasional (*relational database*) untuk mengatur data eligibilitas dan klaim, mencatat semua tindakan yang menyangkut tertanggung tertentu, termasuk penanganan klaim dan pembicaraan teleponnya.

Sebuah manfaat sistem keputusan klaim dengan cara ini adalah dalam kemampuannya untuk melaporkan dan mengurut. Fungsi audit ditingkatkan karena laporan dapat dibuat berfokus pada bagian manapun dari data klaim. Review penanganan klaim pada daerah tertentu, tertanggung tertentu, kode diagnosis tertentu, kode prosedur tertentu, dan sebagainya, dapat dilakukan tanpa membutuhkan kerja manual yang banyak.

## **8.7. Ringkasan**

Proses keputusan klaim biaya medis telah berevolusi. Dalam beberapa kasus, proses tersebut telah disederhanakan, terutama akibat dari ditemukannya sistem kwitansi elektronik dan sistem keputusan klaim yang canggih. Namun, dalam situasi lain, seperti *managed care*, fungsi penanganan klaim menjadi lebih terlibat. Sebuah pelayanan yang diberikan mungkin dilihat dari berbagai sudut, tergantung pada ketentuan polis tertanggung. Sebuah paket rawat inap & bedah

mungkin akan memberikan satu tingkat manfaat, paket medis utama mungkin akan memberikan tingkat yang lain, sementara sebuah paket PPO mungkin akan memberikan tingkat yang lain lagi. Kenaikan kompleksitas dari praktek medis dan juga kode paket yang rumit untuk diagnosa dan kode prosedur membuat pemeriksa memelihara tingkat keahlian yang tinggi dalam terminologi medis, literasi komputer, serta interpretasi kontrak. Di masa depan, pemeriksa dapat memperkirakan untuk berkonsentrasi pada klaim yang lebih kompleks dan lebih besar. Pemeriksa harus dapat menyesuaikan diri pada perubahan-perubahan dalam industri asuransi dan yang berhubungan dengannya serta memberikan tingkat kualitas yang tinggi dalam lingkungan yang berorientasi pada produksi.

## 8.8. Istilah Kunci

*Assignment – Penunjukan, penerusan*

*Authorization to release information – Otorisasi untuk pelepasan informasi*

*Auto-adjudicate – Keputusan otomatis*

*Breach of contract – Pelanggaran kontrak*

*Card-only approach – Pendekatan kartu khusus*

*Claim-kit approach – Pendekatan klaim-kit*

*Claim services only (CSO – Pelayanan klaim saja*

*Coinsurance – Koasuransi*

*Compensatory damages*

*Coordination of benefits (COB)*

*Current Procedural Terminology (CPT)*

*Deductible – Pengurang*

*Direct submission – Penyerahan langsung*

*Duplicate coverage inquiry (DCI)*

*Electronic data interchange (EDI) – Pertukaran data elektronik*

*Electronic funds transfer (EFT) – Transfer dana elektronik*

*Explanation of benefits (EOB) – Penjelasan manfaat*

*Field office claim administration – Administrasi klaim kantor cabang*

*Home office claim administration – Administrasi klaim kantor pusat*

*International Claims Association (ICA)*

*International Classification of Diseases (ICD)*

*Lifetime maximum – Maksimum seumur hidup*

*Maximum benefit – Manfaat maksimum*

*Order of benefits determination (OBD)*

*Policyholder submission – Penyerahan oleh pemegang polis*

*Prevailing Healthcare Charges System (PHCS)*

*Pre-existing condition – Kondisi yang telah ada sebelumnya*

*Punitive damages – Kerugian akibat hukuman yang dijatuhkan.<sup>31</sup>*

*Reasonable and customary (R&C) charges – Pengeluaran yang wajar dan biasa*

*Third-party administrator (TPA) – Administrator pihak ketiga*

---

<sup>31</sup> Identik dengan kerusakan contoh (exemplary damages), kerugian diberikan dalam gugatan sebagai hukuman dan contoh kepada orang lain untuk tindakan berbahaya, kejahatan atau penipuan.



# Bab 9 – Industri Asuransi Biaya Medis

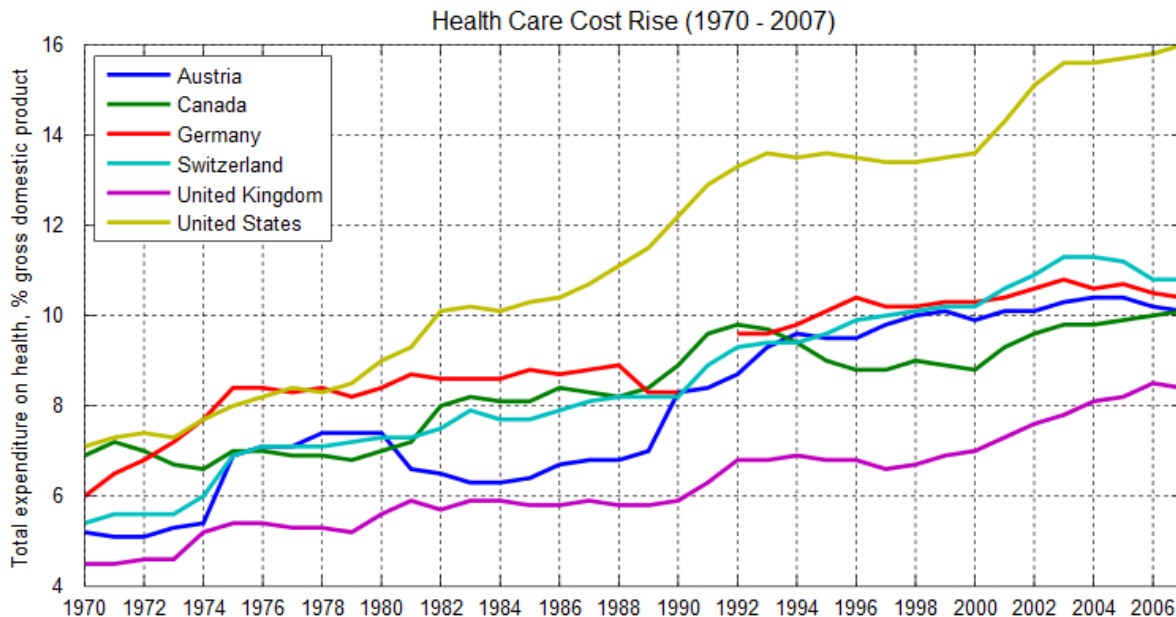
- Pendahuluan*
- Aspek Legal*
- Sistem Distribusi*
- Kecenderungan Biaya*
- Reformasi Medicare*
- Ringkasan*

## 9.1. Pendahuluan

Selama ini bisnis penyediaan asuransi biaya medis terus mengalami perubahan-perubahan. Dan perubahan mendasar terjadi pada pembeli, pada penjual asuransi, serta pada produk itu sendiri. Berikut ini adalah beberapa perubahan yang telah mempengaruhi industri asuransi ini:

- Biaya pelayanan kesehatan naik secara signifikan, baik bagi pihak penanggung maupun bagi pihak tertanggung. Seluruh pembayaran oleh perusahaan asuransi kesehatan swasta AS sebesar \$28.4 milyar di tahun 1975, menjadi \$166.8 milyar pada tahun 1994. Sementara itu, tertanggung perorangan membayar dari kantongnya sendiri di tahun 1974 sebesar \$170 dan meningkat menjadi \$646 di tahun 1994.<sup>32</sup> Pengeluaran di AS bagi perawatan kesehatan melampaui \$23 trilyun di tahun 2008, lebih dari tiga kali dari \$714 milyar di tahun 1990, dan lebih dari delapan kali dari \$253 milyar di tahun 1980.<sup>33</sup> Secara nasional, AS menghabiskan biaya perawatan kesehatan sekitar 16% dari GDP, jauh melebihi negara maju lainnya.<sup>34</sup>

Gambar 9.1. Kenaikan biaya perawatan kesehatan beberapa negara maju dalam % dari GDP.

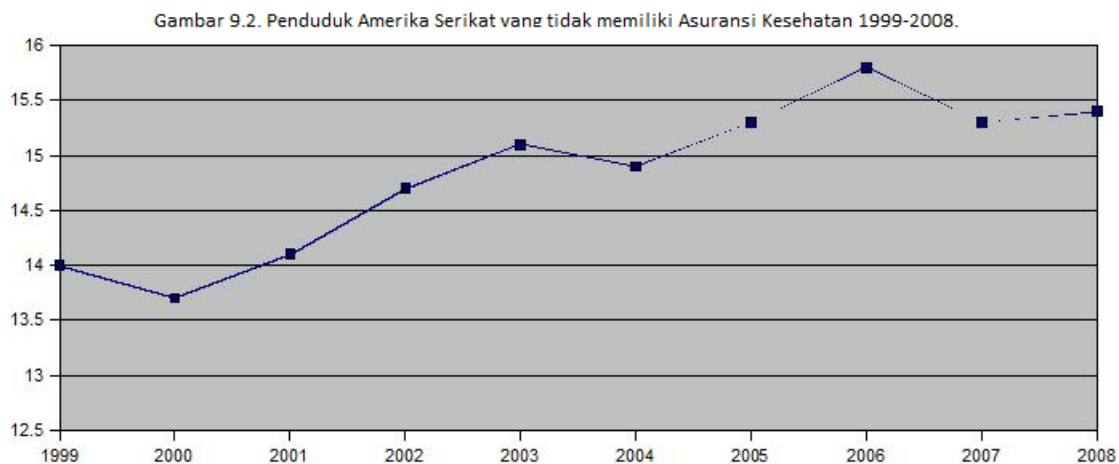


<sup>32</sup> Health Insurance Association of America, 1996, *Source Book of Health Insurance Data – 1996*. Washington, DC: Health Insurance Association of America.

<sup>33</sup> <http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/US-Health-Care-Costs/Background-Brief.aspx>

<sup>34</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_care\\_in\\_the\\_United\\_States](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_the_United_States)

- Asuransi mandiri (swa-asuransi, *self-insurance*) tumbuh secara cepat dan meluas mengakibatkan menurunnya cakupan kesehatan dengan asuransi (*fully-insurance*) yang berasal dari perusahaan asuransi swasta. Demikian pula paket perawatan kesehatan yang disponsori pengusaha menunjukkan dominasinya. Menurut U.S. Bureau of Labor Statistics, 71% karyawan swasta AS memiliki program kesehatan akses ke yang disponsori pengusaha pada tahun 2006. Kaiser Foundation pada November 2008 melaporkan program kesehatan akses ke yang disponsori pengusaha mengalami penurunan di kalangan pekerja berpendapatan rendah, dan premi kesehatan bagi pekerja meningkat 114% dalam dekade terakhir. Laporan Thomson Reuters pada Maret 2010 melaporkan bahwa biaya kesehatan yang disponsori pengusaha naik 7,3% pada tahun 2009 dibandingkan dengan 4,8% untuk seluruh pengeluaran kesehatan AS tahun itu. Usaha kecil kurang kemampuan dibandingkan pengusaha besar untuk bisa menyediakan asuransi kesehatan. Menurut U.S. Chamber of Commerce, kesehatan adalah manfaat paling mahal yang dibayar oleh para pengusaha (12%).<sup>35</sup>
- Pembeli perusahaan besar telah bergabung, dan berupaya mendapatkan akuntabilitas yang lebih besar dari *provider* pelayanan kesehatan mereka.
- *Managed care* mulai mengakar, serta membawa berbagai macam hal yang baru pada rancangan manfaat, manajemen biaya dan pada hampir semua aspek bisnis yang ada.
- Jumlah warga negara Amerika yang tidak memiliki asuransi semakin bertambah. Peraturan federal dan negara bagian yang baru cukup membantu mempermudah didapaknya asuransi biaya medis. Pada tahun 2009 hasil sensus menunjukkan terdapat 15.5% penduduk AS yang tidak memiliki asuransi kesehatan (Gambar 9.2.)<sup>36</sup>



Ke depan, pergerakan *managed care* menghadapi tantangan-tantangan yang besar dari komunitas medis serta dari masyarakat sendiri. Penggabungan dan akuisisi mengubah kepemilikan dan struktur organisasi pada industri ini. Banyak diantara paket-paket Blue Cross-Blue Shield sudah tidak dapat dikenali lagi, karena berubah menjadi entitas *for-profit*, *go public*, serta memperluas jaringannya hingga melewati batas-batas negara bagian. Dan sistem medis *for-profit* nasional berkembang secara pesat.

<sup>35</sup> <http://www.cfr.org/health-science-and-technology/healthcare-costs-us-competitiveness/p13325>

<sup>36</sup> <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf>

Bab ini membahas beberapa kecenderungan utama yang membentuk masa depan industri asuransi biaya medis: aspek legal (*regulatory environment*), sistem distribusi, kecenderungan biaya, serta reformasi Medicare.

## 9.2. Aspek Legal

Asuransi kesehatan telah lama diatur pada tingkat negara bagian. Bertahun-tahun kemudian, dibuatlah peraturan federal untuk mendapatkan aturan non-diskriminasi, kesinambungan cakupan dan manfaat lainnya yang berhubungan dengan asuransi kesehatan. Keluarnya Undang-Undang Health Insurance Portability and Accountability (HIPAA) tahun 1996 merupakan contoh peraturan federal tentang asuransi kesehatan.

### a. Peraturan Negara Bagian

Selama lebih dari 80 tahun, National Association of Insurance Commissioners (NAIC), yang terdiri dari para regulator bidang asuransi negara-negara bagian AS, membuat model perundang-undangan. Sehingga, peraturan-peraturan industri asuransi di setiap negara bagian mengikuti garis besar yang diusulkan NAIC. Tetapi masih ada perbedaan yang cukup besar antara negara bagian yang satu dengan lainnya untuk mengakomodasi variasi daerah dalam pasar asuransi dan keinginan konsumen – sebagai contoh, perbedaan pada prevalensi paket berbasis jaringan, banyaknya aktivitas pembelian oleh korporasi besar, keikutsertaan perusahaan asuransi swasta dalam Medicaid, dan program-program publik tingkat *county* (daerah setingkat kabupaten).

Sementara peraturan negara bagian memiliki kelebihan, ada juga kekurangannya. Perusahaan asuransi yang beroperasi lintas negara bagian (*multistate insurance carriers*) telah lama mengeluhkan berbagai halangan dan biaya yang dikeluarkan untuk usaha penyesuaian dengan hukum negara bagian. Cakupan manfaat harus disesuaikan untuk memenuhi persyaratan tentang manfaat mana saja yang harus ada. Hal ini sangat memberatkan terutama pada paket pengusaha besar yang beroperasi di berbagai negara bagian. Reformasi kelompok kecil bermacam-macam dari satu negara bagian ke negara bagian lainnya, dalam mengatur *pre-existing condition*, kegiatan *underwriting* dan penentuan tarif premi, dan persyaratan lainnya. Dengan makin banyaknya negara bagian yang telah membuat reformasi pasar kelompok kecil dan pasar perorangan, untuk kepentingan industri dan politik, kepatuhan terhadap peraturan menjadi sedemikian sulitnya dipenuhi perusahaan *multistate insurance carriers*. Sebagai balasan, beberapa carriers telah mengusulkan multi daerah. Perusahaan-perusahaan ini menginginkan adanya peraturan federal yang seragam bisa berlaku di semua negara bagian.

### b. Supremasi ERISA dan terkikisnya kewenangan negara bagian

ERISA (Employee Retirement Income Security Act tahun 1974) disusun agar ada peraturan federal yang seragam tentang cakupan atau jaminan pensiun untuk melindungi hak pensiun karyawan bila mereka berpindah majikan atau pekerjaan. Sementara ERISA yang menjamin hak pemerintah negara bagian membuat peraturan asuransi, menunjukkan dominasi atau supremasi hukumnya atas peraturan negara bagian dengan memberikan suatu mekanisme legal pada paket kesehatan karyawan untuk terhindar dari peraturan asuransi pemerintah negara bagian melalui paket swa-asuransi (*self-insurance*). ERISA sendiri hanya berisi ketentuan tentang standar minimum untuk cakupan kesehatan swa-asuransi.

Cakupan swa-asuransi telah berkembang pesat, di tahun 1995 hampir setengah (46%) karyawan dengan asuransi kesehatan yang disponsori pengusaha dicakup oleh paket-paket swa-asuransi.<sup>37</sup> Pada awalnya swa-asuransi umumnya hanya ditemui dalam kelompok besar (sekitar 500 karyawan atau lebih). Tetapi lama-kelamaan, kelompok yang lebih kecil juga mengikutinya, dengan berbagai macam alternatif keuangan kreatif termasuk dengan cakupan *stop-loss*. Kurang-lebih 15% perusahaan dengan jumlah karyawan 26-100 orang, serta 7% perusahaan dengan jumlah karyawan 25 orang atau kurang, menawarkan cakupan swa-asuransi.<sup>38</sup>

Perusahaan kecil mulai berusaha meningkatkan kesempatan swa-asuransi di bawah ERISA melalui undang-undang federal (bukannya undang-undang negara bagian) yang dikenal dengan pengaturan *multiple employer welfare arrangements* (MEWA). Dengan cara ini, pengusaha kecil dapat menghindari biaya serta berbagai halangan peraturan asuransi negara bagian, seperti yang dilakukan oleh pengusaha besar.

Kebanyakan paket swa-asuransi untuk pengusaha tunggal (*single-employer*) menyediakan cakupan yang bagus untuk karyawan dan keluarganya. Tetapi, kadangkala terjadi juga penyalahgunaan. Pengusaha diketahui seringkali mengeluarkan karyawannya dari cakupan ketika menderita sakit parah, atau mengurangi manfaat untuk membatasi pertanggung-jawaban terhadap karyawan tertentu. Berkali-kali pemerintah negara bagian mengatur paket swa-asuransi ditolak oleh pengadilan. Penyalahgunaan ini, meskipun hanya merupakan kekecualian, memberi alasan untuk timbulnya undang-undang federal tentang cakupan kesehatan kumpulan.

### c. HIPAA

HIPAA 1996 menciptakan kerangka pengaturan asuransi kesehatan yang baru. Undang-undang ini otomatis mengamandemen ERISA, menciptakan standar perturan federal yang seragam baik untuk paket swa-asuransi maupun untuk paket asuransi kumpulan. Pelaksanaannya diserahkan kepada pemerintah federal untuk paket swa-asuransi, dan kepada pemerintah negara bagian untuk paket asuransi kumpulan.

Undang-undang ini memperbolehkan pemerintah federal memaksa perusahaan asuransi hanya jika pemerintah negara bagian tidak bisa memenuhi ketentuan yang tertulis dalam undang-undang ini. Pemerintah federal serta negara bagian menerapkan undang-undang tersebut, dan sekarang masih terlalu dini untuk mengetahui apakah negara bagian melakukan apa yang diperlukan untuk menghindari pengaturan federal atas asuransi di bawah undang-undang ini.

Namun, keberadaan HIPAA itu membuka jalan bagi peraturan federal yang lain terkait dengan asuransi kesehatan dan akan lebih mudah bagi Congress untuk memperbaiki peraturan federal yang sudah ada dari pada membuat peraturan yang sama sekali baru. Dua mandat federal tentang cakupan kesehatan dibuat sebagai amandemen HIPAA dalam awal berlakunya – pertama tentang manfaat kesehatan jiwa, dan kedua tentang tingkat minimum untuk cakupan melahirkan di rumah sakit. Adanya peraturan federal tahun 1996 tentang kesehatan ini, perusahaan asuransi di masa depan harus menyeimbangkan baik dengan persyaratan negara bagian maupun federal.

---

<sup>37</sup> Jensen, Gail A. et al. 1997. "New Dominance of Managed Care: Insurance Trends in the 1990s." *Health Affairs* (January-February).

<sup>38</sup> Butler, Patricia, and Karl Polzer. 1996. "Private-Sector Health Coverage: Variation in Consumer Protections Under Erisa and State Law." Washington, DC: The George Washington University (June).

### 9.3. Sistem Distribusi

Aspek lain dari perubahan pada asuransi medis adalah cara perusahaan asuransi menjual produk kepada nasabah. Sebagian besar paket asuransi biaya medis tersedia dalam paket besar yang disponsori pengusaha, sebagian besar produk dijual melalui agen dan *broker* kepada perorangan dan pengusaha kecil. Agen dan *broker* asuransi medis menghadapi kompetisi yang lebih besar dalam menaikkan penjualan pada masa yang akan datang dengan banyaknya alternatif distribusi yang memperluas jangkauan produk.

#### a. Bank dan Asuransi

Dunia perbankan dewasa ini makin tertarik dalam penjualan produk asuransi. Pada bulan November 1996, *Comptroller of the Currency* mengeluarkan izin bagi bank untuk menjual produk asuransi. Beberapa bank mengartikannya, bahwa bank diizinkan untuk melakukan *underwriting* selain menjual asuransi.

Secara terpisah, HIPAA sudah memberi kesempatan baru bagi perbankan sebagai administrator rekening atau akun tabungan medis (*medical saving account, MSA*.)<sup>39</sup> Beberapa bank membuat kerjasama dengan perusahaan asuransi untuk menjual dan mengelola rekening tersebut dengan asuransi biaya medis dengan *deductible* yang tinggi. Rekening medis ini diberi keringanan pajak untuk pembayaran pengeluaran untuk keperluan kesehatan yang dibayar sendiri oleh pemilik rekening.

#### b. Kelompok Pembeli

Selama beberapa tahun, pengusaha kecil banyak yang bergabung dalam kelompok pembelian agar mendapat keuntungan yang sama dengan perusahaan besar yang menerapkan paket swa-asuransi dan mendapat perlindungan ERISA terhadap peraturan asuransi di tingkat negara bagian. Paket swa-asuransi akan terhindar dari ketentuan manfaat negara bagian, pajak premi negara bagian serta pengeluaran perusahaan lainnya, dan pembatasan dalam tarif pengalaman yang diatur oleh undang-undang reformasi kelompok kecil di berbagai negara bagian. Dengan pengaruh pasar yang kuat mereka mampu berunding untuk mendapatkan diskon yang cukup dari *provider*.

Para pengusaha kecil yang adar akan keuntungan ini, para pebisnis kecil melobi untuk pembaharuan ERISA yang akan membolehkan mereka juga melakukan cakupan swa-asuransi melalui MEWA yang diatur oleh ERISA, dan bukan diatur oleh undang-undang asuransi negara bagian. Cakupan semacam ini belum lazim, karena pengalaman klaim kelompok kecil kurang bisa diperkirakan, sehingga lebih berisiko daripada pengalaman klaim kelompok besar. Selain itu, pengusaha kecil perorangan tidak memiliki cukup dana untuk mengambil risiko itu. cakupan asuransi melalui MEWA juga belum memiliki rekam jejak yang baik dan tidak diatur dengan peraturan yang baik.

---

<sup>39</sup> Amerika Serikat memiliki dua program rekening tabungan medis atau kesehatan, yakni pertama rekening tabungan medis (*medical saving account, MSA*) yang dimulai 1993, masih terjadi berjalan di California, dan kedua rekening tabungan kesehatan (*health saving account, HSA*) dibuat 2003, menggantikan MSA, lebih banyak tersedia di berbagai negara bagian.

Congress AS mendiskusikan untuk memberi pengusaha kecil semua keuntungan di atas, dengan pengecualian dalam beberapa kasus, seperti pembebasan dari pajak premi daerah. Dan bila ini terjadi, ada kemungkinan menggusur cakupan asuransi pengusaha kecil yang sekarang dominan.

Koperasi pembeli asuransi kesehatan (*health insurance purchasing cooperatives*, HIPC) dan cakupan asosiasi semakin populer. Mereka akan makin populer apabila peraturan federal dimasa depan akan mengecualikan mereka dari ketentuan asuransi negara bagian.

Ada kemungkinan bahwa cakupan pekerja juga akan berkembang, akan mengorbankan cakupan pasar perorangan dan mereka yang belum diasuransikan, sebagai akibat dari ketentuan yang nondiskriminasi serta pelarangan *underwriting* dan penolakan terhadap kelompok kecil di bawah aturan HIPAA.

## 9.4. Kecenderungan biaya

Setelah beberapa dekade membungahnya pengeluaran medis, inflasi medis terus menurun dan hampir berhenti.<sup>40</sup> Pengeluaran kesehatan nasional total hanya meningkat sebesar 5,4% pada tahun 1994, turun dari 11,0% pada tahun 1990. Indeks Biaya Milliman dan Robertson, berdasarkan data survai *provider* di rumah sakit, ongkos dokter dan obat resep menunjukkan kenaikan 3,2% per kapita pengeluaran pada tahun 1995, dibandingkan dengan kenaikan 10,9% pada tahun 1990.

Bukti dari survei pengusaha malahan lebih dramatis. Survei pengusaha Hay-Huggins tentang ongkos kesehatan hanya menunjukkan kenaikan premi sebesar 1,2% pada tahun 1995, sangat kontras dengan kenaikan 11,2% pada tahun 1992. Survei KPMG Pear Marwick pada tahun 1996 menunjukkan turunnya kenaikan premi 2 tahun berturut-turut, pada tingkat yang sangat rendah, yaitu kenaikan 0,5% dari musim semi 1995 sampai ke musim semi 1996. Kecenderungan turunnya premi ini sangat luas, meliputi paket *managed care* dan *fee for service*.

Laporan PwC's Health Research Institute tahun 2011<sup>41</sup> menyatakan bahwa kecenderungan biaya medis diperkirakan meningkat dari 8% pada 2011 menjadi 8,5% pada tahun 2012. Penyebabnya merupakan perpaduan atas reaksi terhadap resesi, lambatnya pemulihan ekonomi, reformasi kesehatan, dan variabel lainnya menjadi faktor dalam kecenderungan biaya medis pada tahun 2012. Beberapa fakta yang penting, meliputi tentang kecenderungan memberikan kontribusi terhadap peningkatan biaya (akselerator, inflator) serta terhadap penurunan biaya (deflator).

### *Faktor inflator:*

- Konsolidasi masih *provider* terus berlanjut
- Pengalihan biaya (*cost-shifting*) dari Medicare dan Medicaid makin meningkat
- Pasca-resesi masih menekan lapangan kerja, dengan tingkat pengangguran 9%-10%<sup>42</sup>

### *Faktor deflator:*

- Obat bermerek banyak yang sudah habis hak patennya, seperti Lipitor, Seroquel, Actos, Zyprexa dan Levaquin pada tahun 2011, serta Plavix, Enbrel, Singulair, Lexapro dan Lovenox pada tahun 2012.

<sup>40</sup> Center for Studying Health System Change. 1997. "Tracking Health care Costs: A Slowing Down of the Rate of Increase." *Issue Brief* (6).

<sup>41</sup> <http://www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/behind-the-numbers-medical-cost-trends-2012.jhtml>

<sup>42</sup> <http://data.bls.gov/timeseries/LNS14000000>

- Adanya peningkatan *provider* di luar jaringan, dimana jumlah paket medis dengan *deductible* \$1.000 ke atas, khusus layanan di luar jaringan naik dari 29% pada tahun 2010 menjadi 44% pada tahun 2011.
- Paket *high-deductible* memaksa lebih banyak lagi adanya iur biaya (*cost sharing*), dan pada tahun 2011 pengusaha yang memiliki paket ini mencapai 17%.

### a. Pengeluaran Sendiri

Ketika pengusaha menikmati tidak adanya kenaikan biaya kesehatan, pengalaman para konsumen tidak terlalu cerah. Menurut survei Louis A. Harris dan kawan-kawan yang dilakukan pada tahun 1996 untuk *Center for Studying Health System Change*, 64% dari 5.111 responden melaporkan bahwa pengeluaran tunai mereka (*out-of-pocket*) bertambah dalam tiga tahun terakhir.<sup>43</sup> 26% mengatakan bahwa biaya kesehatan agak atau sudah lepas kendali. 9 dari 10 responden memperkirakan bahwa besarnya pengeluaran tunai tersebut akan naik.

Satu sebab mengapa konsumen kurang bernasib baik adalah karena karyawan membayar sebagian besar dari preminya. Survei KPMG Peat Marwick menunjukkan bahwa persentase premi yang ditanggung karyawan naik dari 23.6% pada tahun 1992 menjadi 28.9% pada tahun 1995. Hal itu mengakibatkan kenaikan tahunan rata-rata 5.0% pada seluruh premi selama periode tersebut berarti kenaikan tahunan rata-rata sebesar 12.3% pada pembayaran premi karyawan.

Alasan lainnya mengapa pengeluaran konsumen dapat naik, dikaitkan dengan perpindahan karyawan dari cakupan yang stabil dari paket *fee-for-service* kepada paket berbasis jaringan (*network-based*), seperti HMO, PPO, dan POS. Karyawan yang memilih *provider* di luar jaringan biasanya mendapat *deductible* yang tinggi, *copayment*, dan *coinsurance*. Mereka juga terkena tagihan selisih biaya, yang berarti mereka harus membayar seluruh selisih antara biaya pengeluaran pada *provider* di luar jaringan dan maksimum paket yang dijamin berdasarkan biaya yang biasa dan wajar (*R&C Provider*) yang melayani pasien di dalam jaringan biasanya setuju untuk menerima pembayaran paket kesehatan sebagai seluruh pembayaran biaya.

### b. Efektivitas *Managed care*

Pertumbuhan *managed care* memang berpengaruh pada turunnya kenaikan premi, tetapi seberapa banyak pengaruh tersebut belum diketahui. Beberapa kenaikan minimum mungkin terjadi akibat dari siklus *underwriting* pada premi asuransi kesehatan, yaitu, ketika penanggung memperoleh laba diatas rata-rata, kenaikan premi seringkali menjadi lebih rendah dua tahun berikutnya. Tahun 1993 adalah tahun yang sangat menuntungkan bagi asuransi kesehatan, maka kenaikan premi yang rendah pada tahun 1995 sudah dapat ditebak – baik pada paket *managed care* maupun bukan. Sama halnya dengan itu, laba yang besar pada tahun 1994 dan 1995 menjamin kenaikan premi yang minimum untuk tahun 1996 dan 1997.<sup>44</sup>

Penyebab lain kenaikan premi yang lebih rendah, adalah efisiensi yang tercipta melalui konsolidasi industri melalui merger dan akuisisi, peningkatan kompetisi harga pada pasar tertentu, dan reaksi atas reformasi pelayanan kesehatan yang diajukan pada sekitar tahun 1990-an.

<sup>43</sup> Center for Studying Health System Change. 1997. "Tracking Health care Costs: A Slowing Down of the Rate of Increase." *Issue Brief* (6).

<sup>44</sup> Jensen, Gail A. et al. 1997. "New Dominance of Managed Care: Insurance Trends in the 1990s." *Health Affairs* (January-February).

Kemampuan *managed care* untuk terus melakukan penghematan biaya pelayanan kesehatan diperdebatkan publik secara luas. Sebagai contoh, beberapa laporan dalam berita perekonomian menuliskan bahwa banyak HMO sedang mengalami tekanan fiskal dan kenaikan premi yang lebih tinggi mungkin akan terjadi. Namun, para ahli industri kesehatan menjawab bahwa masih banyak penghematan yang akan terjadi (lihat Tabel 9.1).

Tabel 9.1. Pro/Kontra: Dapatkah *Managed Care* Mengendalikan Pengeluaran Medis?

Sebagian besar penghematan telah dicapai	<i>Managed care</i> dapat melakukan penghematan lebih jauh
HMO model staf yang sudah berlangsung lama ada mungkin telah mencapai potensi penghematan mereka.	Paket <i>managed care</i> menguasai hampir 50% paket asuransi yang disponsori pengusaha; 50% sisanya dan pasar perorangan merupakan ladang penghematan di masa depan.
Dengan meningkatnya pangsa pasar, HMO mulai merambah populasi yang lebih beragam dan lebih menantang secara medis, mungkin sulit bagi HMO untuk mencapai hasil yang sama dengan sebelumnya dalam menurunkan penggunaan sumber daya.	Paket PPO dan POS lebih populer dari pada HMO, tetapi pada masa yang akan datang ada kemungkinan pengusaha dan perorangan akan tertarik pada paket yang lebih terkendali untuk mendapat keuntungan yang lebih banyak atau premi yang lebih rendah.
Meluasnya penggunaan berbagai metoda <i>managed care</i> untuk mengevaluasi penggunaan rumah sakit (misalnya <i>retrospective utilization review, concurrent utilization review, pre-admission screening</i> ) telah memberi penghematan dalam penggunaan layanan rumah sakit.	Penggunaan pelayanan tambahan telah berkembang secara pesat dengan disiplin yang lebih tinggi pada penggunaan rawat inap. Diharapkan akan timbul berbagai inovasi pada bidang ini di masa depan.
Program farmasi terkendali ( <i>managed pharmaceutical</i> ) telah menghasilkan penghematan yang cukup besar pada berbagai paket kesehatan.	Pengaturan keuangan yang kreatif tampaknya akan terus muncul pada kontrak antara pembeli dan pembayar, pembayar dan <i>provider</i> , dan antara pembeli dan <i>provider</i> . Pembelian berkelompok oleh pengusaha kecil akan lebih banyak dilakukan dan akan menghasilkan berbagai penghematan administrasi.

## 9.5. Kecenderungan Pengeluaran Kesehatan di masa depan

Pembiayaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan telah mengalami perubahan mendasar pada tahun-tahun terakhir ini. Masa atau periode pengeluaran yang tak terkendali telah berlalu. Sistem *managed care* telah membuat pengeluaran kesehatan menjadi lebih terbuka dan lebih terpercaya. Perubahan menjadi *for-profit* untuk berbagai tindakan perawatan medis telah menciptakan suatu disiplin finansial yang baru yang sebelumnya belum pernah dikenal.

Tetapi, masih banyak perubahan yang harus terjadi, diantaranya adalah:

- Tidak jelas apakah penurunan biaya yang terjadi disebabkan oleh *managed care* merupakan fenomena yang hanya terjadi sekali saja, atau suatu fitur atau ciri yang akan terus-menerus terjadi pada sistem.
- Tanggung jawab untuk membiayai Medicaid dan Medicare untuk orang miskin serta orang tua harus segera ditangani.
- Keinginan negara untuk memiliki akses kepada diagnosis dan perawatan medis yang paling mutakhir bagi seluruh warganya belum berubah, dan tidak akan berubah.

## 9.6. Reformasi Medicare

Reformasi Medicare, seperti kebanyakan perubahan sistem kesehatan swasta, didorong oleh karena permasalahan anggaran. Wali amanat (*trustee*) dari Sistem Jaminan Sosial AS (*Social Security System*) memperingatkan Congress dalam laporannya pada tahun 1995, bahwa Hospital Trust Fund, yang membiayai Medicare Part A, sudah hampir bangkrut. Kenaikan pengeluaran perawatan kesehatan Medicare Part B rata-rata sebesar 15% setahun selama 20 tahun terakhir. Tanpa intervensi dari Congress, anggaran pemerintah federal yang diperlukan untuk mengimbangi pengeluaran Medicare akan menambah defisit anggaran pemerintah.

Krisis pembiayaan Medicare terjadi karena pertumbuhan pengeluaran kesehatan yang terjadi terus-menerus. Khususnya kenaikan pengeluaran per kapita adalah membengkaknya pembiayaan Medicare Part A. Sejalan dengan tumbuhnya *baby boomers*, jumlah orang yang memanfaatkan akan bertambah jauh lebih cepat daripada jumlah karyawan yang membayar pajak penghasilan untuk Medicare Part A. Rasio karyawan dengan orang berumur 65 tahun atau lebih tua adalah 4:1, tetapi diperkirakan akan menurun menjadi 2:4 pada tahun 2035.<sup>45</sup>

Pengketatan anggaran Medicare pada masa lalu tercapai melalui pengurangan pembayaran *provider*. Perdebatan serius tentang reformasi Medicare dimulai tahun 1996 dan terus berlanjut sampai saat ini. Tujuan utama reformasi yang terjadi sekarang adalah untuk meningkatkan kepesertaan pengguna pada paket-paket *managed care* swasta. Penghematan program akan direalisasikan melalui penggunaan sumber-sumber medis oleh paket swasta secara lebih efisien dan mungkin juga melalui kompetisi harga antar paket swasta, juga melalui penawaran kompetitif untuk kontrak-kontrak Medicare. Sementara itu, meskipun tujuan utama Congress kemungkinan adalah sistem kupon (*voucher system*), yang akan membuat rencana anggaran federal lebih dapat diperkirakan dan dikendalikan, tampaknya tidak mungkin Congress akan mau atau mengalihkan risiko peningkatan pengeluaran kepada pengeluaran paket swasta atau penerima manfaat di masa mendatang.

Ada dua isu pada proposal reformasi Medicare yang sangat diperhatikan oleh perusahaan asuransi. Salah satunya adalah kemungkinan bahwa reformasi perundangan yang akan memperbolehkan Health Care Financing Administration (HCFA), yang bertanggungjawab atas Medicare, untuk menjalin kerjasama dengan paket jaringan yang disponsori *provider* (*provider-sponsored network plan*, PSN) yang tidak berlisensi untuk menerima pendaftaran penerima manfaat dalam suatu pengaturan *managed care*. Dewasa ini, Medicare dapat mengkontrak lembaga penanggung risiko yang memiliki lisensi negara bagian. Satu isu lainnya adalah kemungkinan bahwa reformasi yang terjadi akan membutuhkan penerbitan bergaransi suatu polis tambahan Medicare, agar para penerima manfaat yang tidak puas dengan paket *managed care* dapat kembali kepada Medicare tradisional yang dikombinasikan dengan cakupan MediGap/MediSup swasta.

Keberatan perusahaan asuransi terhadap PSN muncul dari pertimbangan pemerataan dan perlindungan konsumen. Paling tidak pada proposal yang diajukan, PSN akan menikmati beban peraturan yang lebih ringan daripada yang dihadapi oleh perusahaan asuransi yang berlisensi. Otorisasi pemerintah federal terhadap PSN, tanpa alasan yang bisa diterima, akan menciptakan persaingan yang tidak adil.

---

<sup>45</sup> Liu, John C., and Robert E. Moffit. 1995. "A Taxpayer's Guide to the Medicare Crisis.", Washington, DC: The Heritage Foundation (Sept. 7).

Momentum politis di belakang prasyarat penerbitan Medigap bergaransi tampaknya sangat kuat. Namun, perusahaan asuransi yakin bahwa polis semacam ini tidak baik dan berpandangan sempit. Jika para penerima manfaat diperbolehkan untuk memilih keluar dan masuk dari paket-paket *managed care* sesuai dengan keinginannya, apakah merupakan keputusan yang rasional—untuk pindah ke paket *managed care* ketika mereka cukup sehat, dan kembali lagi ke paket Medicare tradisional dengan paket suplemen Medigap ketika mereka memerlukan pelayanan kesehatan yang lebih banyak – akan menghasilkan harga paket Medigap sangat tinggi (dan lebih lagi, kemungkinan produk tersebut akan dihentikan dan perusahaan asuransi dengan produk Medigap akan keluar dari pasar). Sebagai tambahan, *adverse selection* terhadap Medicare tradisional menjadi sangat ekstrim, menghapus semua kesempatan pengendalian anggaran Medicare tradisional.

Para pengamat tidak optimistis tentang prospek untuk mencapai stabilitas finansial dalam jangka panjang atas program Medicare. Mengubah Medicare menjadi *managed care* dan mewujudkan adanya penghematan atas penerapan *managed care* akan memerlukan waktu. Harus ditemukan solusi masalah rancangan program serta hambatan politis, untuk mengubah pengaturan federal secara politis.

## 9.7. Ringkasan

Diantara masalah utama yang dihadapi perusahaan asuransi biaya medis adalah lingkungan peraturan, sistem distribusi, kecenderungan biaya, serta reformasi Medicare. Salah satu perubahan yang paling besar pada dasawarsa terakhir ini adalah pembuatan undang-undang yang mengatur asuransi kesehatan. Pengaturan asuransi kesehatan telah lama menjadi dominasi pemerintah negara bagian. Perusahaan asuransi menghadapi tekanan-tekanan yang semakin besar untuk meningkatkan akses terhadap asuransi kesehatan dan mengendalikan biaya perawatan kesehatan.

## 9.8. Istilah Penting

*Cost trend – Kecenderungan biaya*

*Employee Retirement Income Security Act (ERISA)*

*Health Insurance Portability and Accountability Act tahun 1996 (HIPAA)*

*Health insurance purchasing cooperatives (HIPC) – Koperasi pembelian asuransi kesehatan*

*Managed care – Perawatan kesehatan terkendali*

*Medical saving accounts – Rekening tabungan medis*

*Medicare Part A*

*Medicare Part B*

*Medicare reform – Reformasi Medicare*

*Medigap, MediSup – Suplemen Medicare*

*Multiple employer welfare arrangements (MEWA)*

*National Association of Insurance Commissioners (NAIC)*

*Out-of-pocket spending – Pengeluaran tunai*

*Provider-sponsored network plan (PSN) – Paket jaringan yang disponsori provider*

*Self-insurance – Swa-asuransi, asuransi mandiri*

*Underwriting cycle – Siklus underwriting*



# Daftar Istilah

## A

ACTUARY (aktuaris)	<i>An accredited insurance mathematician who calculates premium rates, dividends, and reserves, and prepares statistical studies and reports. [21]</i>	Matematikawan yang terakreditasi di bidang asuransi, anuitas dan industri keuangan lainnya; bertugas menghitung tarif premi, dividen, dan cadangan, dan mempersiapkan studi dan laporan statistik.
ADMINISTRATION (Administrasi)	<i>The handling of all functions related to the operation of the group insurance plan once it becomes effective. The claim function may or may not be included. [21]</i>	Penanganan semua fungsi yang terkait dengan operasi paket asuransi kumpulan agar menjadi efektif. Fungsi klaim bisa dimasukkan atau bisa tidak.
ADMINISTRATION MANUAL (Manual Administrasi)	<i>A book of instructions given to the policyholder by the insurer that outlines and explains the duties of the plan administrator. [21]</i>	Sebuah buku petunjuk yang diberikan kepada pemegang polis oleh perusahaan asuransi, yang menguraikan dan menjelaskan tugas administrator paket.
ADMINISTRATIVE SERVICES ONLY (ASO) AGREEMENT, administrative services only (ASO) contract	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>A contract for the provision of certain services to a group employer, eligible group, trustee, and so forth by an insurer or its subsidiary. Such services often include actuarial activities, benefit plan design, claim processing, data recovery and analysis, employee benefits communication, financial advice, medical care conversions, preparation of data for reports to governmental units, and stop-loss coverage. [21]</i></li> <li>▪ <i>A service in which a third party provides administrative services to an employer group. Primarily used by employers with a self-funded health plan. The employer is at risk for the cost of the health care services it provides. [22]</i></li> </ul>	Suatu kontrak untuk penyediaan layanan tertentu kepada pengusaha, kelompok yang memenuhi syarat, perwalian (trustee), dan sebagainya oleh perusahaan asuransi atau anak perusahaannya. Layanan tersebut biasanya termasuk kegiatan aktuarial, merancang paket manfaat, pengolahan klaim, pemulihan dan analisis data, komunikasi manfaat kepada karyawan, nasihat keuangan, konversi perawatan medis, penyiapan data untuk laporan ke pihak pemerintah, dan cakupan stop-loss (stop-loss coverage).
ADMINISTRATOR	<i>The individual or third-party firm responsible for the administration of a group insurance program. Accounting, certificate issuance, and claims settlement may be included activities. [21]</i>	Perorangan atau perusahaan pihak ketiga bertanggung jawab atas administrasi program asuransi kumpulan. Akuntansi, penerbitan sertifikat, dan penyelesaian klaim bisa termasuk kegiatan tersebut.
ADVERSE SELECTION (Seleksi Terbalik)	<i>The actions of individuals, acting for themselves or for others, who are motivated directly or indirectly to take financial advantage of the risk classification system. [21]</i>	Tindakan perorangan, yang bertindak untuk diri sendiri atau untuk orang lain, yang secara langsung atau tidak langsung termotivasi untuk mengambil keuntungan finansial dari sistem klasifikasi risiko.
AGENT (Agen)	<i>A state-licensed insurance company representative who solicits, negotiates, or effects contracts of insurance, and services the policyholder for the insurer. [21]</i>	Representatif penjualan atau pemasaran produk asuransi dari perusahaan asuransi berlisensi negara bagian, bertugas memohonkan, melakukan negosiasi, atau memberlakukan kontrak asuransi, dan melayani pemegang polis atas nama perusahaan asuransi.
ALL CAUSE DEDUCTIBLE	<i>A policy provision under which the deductible amount is met by the accumulation of all eligible expenses for any variety of covered claims. [21]</i>	Ketentuan polis jumlah deductible dipenuhi dengan akumulasi semua pengeluaran yang memenuhi syarat untuk berbagai klaim yang ditanggung.
ALLOCATED BENEFITS (Alokasi Manfaat)	<i>Benefits for which the maximum amount payable for specific services is itemized in the contract. [21]</i>	Manfaat dimana jumlah maksimum yang dapat dibayarkan untuk layanan tertentu dirinci dalam kontrak.

AMBULATORY CARE (Pelayanan Rawat Jalan)	<i>Medical services provided on an outpatient (non-hospitalized) basis. Services may include diagnosis, treatment, surgery, and rehabilitation. [21]</i>	Pelayanan medis yang diberikan berbasis rawat jalan (outpatient, non-hospitalized). Jasa pelayanan dapat mencakup diagnosis, perawatan, pembedahan, dan rehabilitasi.
ANCILLARY CHARGES (Tagihan Lain-lain)	<i>Miscellaneous hospital expenses, other than room and board, including medications, radiology services, laboratory services, surgical and medical supplies, equipment fees, and operating room fees. [21]</i>	Biaya rumah sakit lain-lain, selain kamar dan makan, termasuk pengobatan, layanan radiologi, pelayanan laboratorium, bedah dan obat-obatan, biaya peralatan, dan biaya ruang operasi.
APPLICATION (Aplikasi)	<i>Statement of relevant facts signed by an individual who is seeking insurance or by a prospective group policyholder; the application is the basis for the insurer's decision to issue a policy. The application usually is incorporated into the policy. [21]</i>	Pernyataan fakta-fakta relevan yang ditandatangani oleh seseorang yang mencari asuransi atau oleh calon pemegang polis kumpulan; aplikasi adalah dasar bagi keputusan perusahaan asuransi untuk mengeluarkan polis. Biasanya aplikasi tersebut dimasukkan ke dalam polis.
BASE PLAN (Paket Dasar)	<i>Any basic medical care plan that provides limited first-dollar hospital, surgical, or medical benefits, as contrasted with major medical benefit plans that provide comprehensive hospital, surgical, and medical benefits. [21]</i>	Setiap paket perawatan medis dasar yang menyediakan pembiayaan awal terbatas (limited first-dollar) pada manfaat rumah sakit, pembedahan, atau medis, berbeda sekali dengan paket manfaat medis utama yang menyediakan manfaat rumah sakit, pembedahan, dan medis secara komprehensif.

## B

BASIC COVERAGE (Cakupan Dasar)	<i>Refers to base plan benefits over which major medical benefits may be superimposed. [21]</i>	Mengacu pada manfaat paket dasar, dimana di atas itu bisa merupakan tambahan pada manfaat medis utama.
BENEFIT (Manfaat)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>The amount payable by the insurer to a claimant, assignee, or beneficiary when the insured suffers a loss covered by the policy. [21]</i></li> <li>▪ <i>Amount payable by an insurance company to a claimant, assignee, or beneficiary when the insured suffers a loss covered by the policy. [22]</i></li> </ul>	Jumlah yang dapat dibayar oleh perusahaan asuransi kepada pengaju klaim, pihak yang ditunjuk, atau penerima manfaat saat bertanggung menderita kerugian yang dicakup dalam polis.
BENEFIT MAXIMUM, maximum limit (Manfaat Maksimum)	<i>The maximum amount for which benefits are payable under an insurance contract. [21]</i>	Jumlah maksimum manfaat yang dapat dibayarkan di bawah kontrak asuransi untuk klaim yang timbul karena penyakit atau kecelakaan.
BENEFIT PERIOD (Periode Manfaat) (periode pembayaran manfaat)	<i>The period of time for which benefits are payable under an insurance contract. [21]</i>	Periode waktu dimana manfaat dapat dibayarkan di bawah kontrak asuransi.
BENEFIT PROVISION (Ketentuan Manfaat)	<i>The promises made by the insurer, explained in detail in the contract. [21]</i>	Janji-janji yang dibuat oleh perusahaan asuransi, dijelaskan secara rinci dalam kontrak.
BENEFIT WAITING PERIOD (Periode Menunggu Manfaat)	<i>The period of time that must elapse before benefits are payable under a group insurance contract. [21]</i>	Periode waktu yang harus dilalui sebelum manfaat dapat dibayar di bawah kontrak asuransi kumpulan.
BLUE CROSS	<i>A nonprofit membership corporation providing protection against the costs of hospital care in a limited geographic area. [21]</i>	Sebuah korporasi keanggotaan nirlaba di AS yang memberikan perlindungan terhadap biaya perawatan rumah sakit di wilayah geografis terbatas.
BLUE SHIELD	<i>A nonprofit membership corporation providing protection against the costs of surgery and other items of medical care in a limited geographic area. [21]</i>	Sebuah korporasi keanggotaan nirlaba di AS yang memberikan perlindungan terhadap biaya pembedahan dan perawatan medis lainnya di wilayah geografis terbatas.

BROKER, brokerage company (perantara) (perusahaan pialang)

*A state-licensed person who places business with several insurers and who represents the insurance buyer rather than the insurance company, even though paid commissions by the insurer. [21]*

Seseorang (sebuah badan) yang berlisensi negara bagian melakukan bisnis dengan beberapa perusahaan asuransi sebagai pialang secara eksklusif; dan yang mewakili pembeli asuransi bukan perusahaan asuransi, meskipun komisi dibayar oleh perusahaan asuransi.

## C

CANCELLABLE CONTRACT, cancellable policy

*A contract of health insurance that may be canceled during the policy term by the insurer. [21]*

Sebuah kontrak asuransi kesehatan yang dapat dibatalkan selama masa berlakunya polis oleh perusahaan asuransi dengan alasan apapun, dan semua premi yang telah dibayarkan dikembalikan.

CAPITATION (Kapitasi)

- *A method of payment for health services in which a physician or hospital is paid a fixed amount for each person served regardless of the actual number or nature of services provided to each person. [21]*
- *Method of payment for health services in which a physician or hospital is paid a fixed amount for each enrollee regardless of the actual number or nature of services provided to each person. [22]*

Metode pembayaran untuk layanan kesehatan dimana dokter atau rumah sakit dibayar jumlah yang tetap untuk setiap peserta terlepas dari jumlah sebenarnya atau sifat layanan yang diberikan kepada setiap pasien. Hal ini biasanya dilakukan per bulan dan dibayar di muka.

CARRIER

- *A term sometimes used to identify the party (insurer) to the group contract that agrees to underwrite (carry the risk) and provide certain types of coverage and service. [21]*
- *Private organizations, such as insurers and Blue Cross and Blue Shield companies, that perform administrative functions for Medicare Part B. [22]*

Istilah yang kadang digunakan untuk mengidentifikasi pihak (perusahaan asuransi) untuk kontrak kumpulan yang setuju untuk menanggung (menerima risiko) dan menyediakan beberapa jenis dan cakupan layanan. Contohnya, organisasi swasta, seperti perusahaan asuransi, dan Blue Cross dan Blue Shield, yang melakukan fungsi administratif untuk Medicare Bagian B.

CASE (Kasus)

*The term used to refer to the entire group plan of a policyholder. [21]*

Istilah yang digunakan untuk merujuk kepada seluruh paket kumpulan dari pemegang polis.

CEDE

*Activity of an insurer under a reinsurance treaty. [21]*

Kegiatan perusahaan asuransi di bawah perjanjian reasuransi, mengalihkan sebagian atau seluruh risiko kepada perusahaan reasuransi

CEDING INSURER, ceding company

*The insurer that insures part of a financial risk with another insurer, called the reinsurer. [21]*

Perusahaan asuransi yang menjamin seluruh atau sebagian risiko keuangan dengan perusahaan asuransi lain, yang disebut perusahaan reasuransi.

CERTIFICATE HOLDER (Pemegang Sertifikat)

*The insured person under a group plan who has been issued a certificate of insurance. [21]*

Tertanggung di bawah paket kumpulan yang telah diterbitkan sertifikat asuransinya.

CERTIFICATE OF INSURANCE (Sertifikat Asuransi)

*The document delivered to an individual that summarizes the benefits and principal provisions of a group insurance contract. May be distributed in booklet form. [21]*

Dokumen yang disampaikan kepada seseorang yang berisi rangkuman manfaat dan ketentuan utama dari kontrak asuransi kumpulan. Bisa saja didistribusikan dalam bentuk brosur atau buku saku.

CHARGE (Tagihan)

*The term used when referring to dollar amounts or fees (e.g., for the services provided by a physician). [21]*

Istilah yang digunakan ketika merujuk pada jumlah uang atau biaya (misalnya, untuk layanan yang diberikan dokter).

CLAIM (Klaim)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>A demand to the insurer by, or on behalf of, the insured person for the payment of benefits under a policy. [21]</i></li> <li>▪ <i>Demand to the insurer by or on behalf of an insured person for the payment of benefits under a policy. [22]</i></li> </ul>	Sebuah permintaan pembayaran atas manfaat kepada perusahaan asuransi oleh, atau atas nama, tertanggung untuk pembayaran manfaat di bawah polis, menyusul terjadinya suatu kerugian yang ditanggung,
CLAIM RESERVES (Cadangan Klaim)	<i>Funds retained by an insurer to settle incurred but unpaid claims that may also include reserves for potential claim fluctuation. [21]</i>	Dana yang disimpan oleh sebuah perusahaan asuransi untuk menyelesaikan klaim yang sudah diajukan tetapi belum dibayar yang bisa juga termasuk cadangan untuk kemungkinan fluktuasi klaim.
CLAIMANT	<i>The insured or beneficiary exercising the right to receive benefits. [21]</i>	Tertanggung atau penerima manfaat yang menggunakan hak mereka untuk menerima manfaat.
CLASS, class of policies (Kelas)	<i>The category into which insureds are placed to determine the amount of coverage for which they are eligible under the policy. [21]</i>	Kategori dimana tertanggung ditempatkan untuk menentukan jumlah cakupan untuk yang mereka yang memenuhi syarat di bawah polis.
COINSURANCE (koasuransi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>The arrangement by which the insurer and the insured share a percentage of covered losses after the deductible is met. [21]</i></li> <li>▪ <i>Portion of incurred medical expenses, usually a fixed percentage, that the patient must pay out of pocket. Also referred to as co-payment. [22]</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dalam kaitannya dalam asuransi kesehatan, merupakan bagian dari biaya medis yang dikeluarkan setelah deductible dipenuhi, biasanya berupa persentase tetap, dimana pasien harus membayar dari saku sendiri. Juga disebut sebagai pembayaran pendamping (copayment).</li> <li>▪ Dalam kaitannya dengan reasuransi, merupakan pengaturan reasuransi proporsional dimana perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi berbagi kewajiban atas polis, termasuk membayar manfaat kematian, dan nilai nonforfeiture, serta membuat cadangan premi..</li> </ul>
COMMISSION (Komisi)	<i>The part of an insurance premium an insurer pays an agent or broker for services in procuring and servicing insurance. [21]</i>	Bagian dari premi asuransi untuk membayar agen atau broker asuransi dalam penjualan dan jasa pelayanan asuransi.
COMPLIANCE (kepatuhan)	<i>In insurance, the act of conforming to or observing regulatory requirements. [21]</i>	Tindakan perusahaan asuransi dan para agennya agar sesuai dengan, atau mematuhi persyaratan peraturan yang berlaku.
COMPLICATION OF PREGNANCY (Komplikasi Kehamilan)	<i>A condition of pregnancy that substantially increases the level of medical care and treatment required for the management of the pregnancy [21]</i>	Kondisi kehamilan yang secara substansial menaikkan tingkat pengobatan dan perawatan medis yang diperlukan dalam pengelolaan kehamilan.
COMPREHENSIVE MEDICAL EXPENSE INSURANCE (Asuransi Biaya Medis Komprehensif)	<i>A form of health insurance that provides, in one policy, protection for both basic hospital expense and major medical expense coverage. [21]</i>	Bentuk asuransi kesehatan yang memberikan, dalam satu polis, perlindungan untuk cakupan biaya rumah sakit dasar dan biaya medis utama. Lihat juga supplemental major medical insurance
CONTESTABLE PERIOD (Periode contestable) (masa yang dapat disanggah)	<i>That time allowed an insurer after a policy is issued to investigate possible misrepresentation in the application and contest the policy's validity. (See "Rescission.") [21]</i>	Jangka waktu setelah polis diterbitkan, dimana perusahaan asuransi memiliki hak untuk membatalkan atau menyatakan polis tidak sah, dengan menyelidiki kemungkinan kekeliruan dalam aplikasi permintaan asuransi dan memeriksa keabsahan polis. (Lihat "Rescission.")
CONTRACT (Kontrak)	<i>A binding agreement between two or more parties. A contract of insurance is a written document called the policy. [21]</i>	Perjanjian yang mengikat antara dua pihak atau lebih. Sebuah kontrak asuransi adalah dokumen tertulis yang disebut polis.

CONTRACT RATE (Tarif Kontrak)	<i>The premium rate for a group insurance coverage that is specified in a master policy. [21]</i>	Tingkat premi untuk asuransi kumpulan yang ditetapkan dalam polis master.
CONTRIBUTION (Kontribusi)	<i>That part of the insurance premium paid by either the policyholder or the insured or both. [21]</i>	Bagian dari premi asuransi yang dibayar baik oleh pemegang polis atau tertanggung atau keduanya.
CONTRIBUTORY PLAN (Paket kontributori) (program kontribusi)	<i>A group insurance plan under which the employer requires employees to share in its cost. In a fully contributory plan, employees pay 100 percent of the premium. [21]</i>	Paket asuransi kumpulan dimana pengusaha membutuhkan karyawannya untuk berbagi biaya. Dalam fully contributory plan (paket dengan kontribusi penuh), karyawan membayar 100% bagian premi.
CONVERSION PRIVILEGE (hak-hak khusus konversi)	<i>The right given to an insured person under a group insurance contract to change coverage, without evidence of medical insurability, to an individual policy upon termination of the group coverage. [21]</i>	Hak yang diberikan kepada tertanggung kontrak asuransi kumpulan untuk mengubah cakupan, tanpa mengajukan bukti asuransibilitas (insurabilitas) medis, bagi polis perorangan saat penghentian cakupan kumpulannya.
COORDINATION OF BENEFITS, coordination of benefits (COB) provision (Koordinasi Manfaat)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>A method of integrating benefits payable under more than one group health insurance plan so that the insured's benefits from all sources do not exceed 100 percent of allowable medical expenses. [21]</i></li> <li>▪ <i>Method of integrating benefits payable under more than one health insurance plan so that the insured's benefits from all sources do not exceed allowable medical expenses or eliminate appropriate patient incentives to contain costs. [22]</i></li> </ul>	Metode memadukan manfaat yang dapat dibayar di bawah lebih dari satu paket asuransi kesehatan kumpulan sehingga tertanggung menerima manfaat dari semua sumber – swasta dan pemerintah – tidak melebihi 100% dari biaya medis yang diizinkan. Hal ini untuk mencegah pembayaran manfaat ganda pada biaya perawatan medis yang sama oleh lebih dari satu perusahaan asuransi atau oleh suatu program pemerintah, atau menghapus biaya medis pasien sesuai insentif untuk mengendalikan biaya.
COPAYMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>The arrangement by which the insured pays a specified charged for a specified service (e.g., \$10 for an office visit). [21]</i></li> <li>▪ <i>See Coinsurance. [22]</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berkenaan dengan paket obat resep, suatu jumlah tertentu yang harus dibayar oleh tertanggung atas biaya setiap resep.</li> <li>▪ Biaya yang dikenakan pada para peserta HMO setiap kali mereka mendapatkan layanan perawatan medis.</li> <li>▪ Pengaturan dimana tertanggung membayar biaya tertentu untuk layanan tertentu (misalnya, \$10 untuk sekali kunjungan layanan).</li> </ul> <p>Lihat juga coinsurance.</p>
CORRIDOR DEDUCIBLE	<i>A fixed out-of-pocket amount (e.g., \$100) that the insured must pay above covered benefits of a basic plan before supplemental major medical plan benefits are payable. [21]</i>	Jumlah tetap dari saku sendiri (out-of-pocket) (misalnya, \$100) dimana tertanggung harus membayar atas manfaat yang dicakup paket dasar sebelum manfaat paket medis utama tambahan dapat dibayar.
COSMETIC SURGERY (Bedah Plastik)	<i>Surgery done to alter the texture or configuration of the skin or the configuration or relationship of contiguous structures of any feature of the human body for primarily personal reasons. [21]</i>	Pembedahan dilakukan untuk mengubah tekstur atau konfigurasi kulit atau hubungan konfigurasi atau susunan struktur dari setiap fitur tubuh manusia terutama untuk alasan pribadi.
COST MANAGEMENT (Manajemen Biaya)	<i>Efforts by medical providers, insurance companies, insureds, or other interested groups to control health care costs. [21]</i>	Upaya penyedia layanan medis, perusahaan asuransi, tertanggung, atau pihak lain yang berkepentingan untuk mengendalikan biaya perawatan kesehatan.
COST SHARING (Pembagian Biaya)	<i>Policy provisions that require insureds to pay, through deductibles and coinsurance, a portion of their health insurance expenses. [21]</i>	Ketentuan polis yang mengharuskan tertanggung untuk membayar, melalui deductible dan coinsurance, sebagian dari biaya asuransi kesehatan mereka.

COVERAGE (Cakupan)	<i>A major classification of benefits provided by a policy (i.e., short-term disability, major medical), or the amount of insurance or benefit stated in the policy for which an insured is eligible. [21]</i>	Klasifikasi utama manfaat yang diberikan oleh suatu polis (yaitu, disabilitas jangka pendek, medis utama), atau jumlah asuransi atau manfaat yang tercantum dalam polis dimana tertanggung layak diasuransikan.
COVERED CHARGES (Tagihan yang ditanggung)	<i>Charges for medical care or supplies, which, if incurred by an insured or other covered person, create a liability for the insurer under the terms of a group policy. [21]</i>	Biaya perawatan atau persediaan medis, yang, jika dikeluarkan oleh tertanggung atau orang lain yang dicakup, menciptakan kewajiban bagi perusahaan asuransi di bawah persyaratan polis kumpulan.
COVERED EXPENSES (Pengeluaran yang ditanggung)	<i>Those specified health care expenses that an insurer will consider for payment under the terms of a health insurance policy. [21]</i>	Pengeluaran biaya perawatan kesehatan dimana perusahaan asuransi akan mempertimbangkan pembayarannya di bawah persyaratan polis asuransi kesehatan.
COVERED PERSON (Orang yang ditanggung)	<i>Any person entitled to benefits under a policy (insured or covered dependent). [21]</i>	Setiap orang berhak atas manfaat di dalam polis (tertanggung atau tanggungan yang tercakup).

## D

DAILY BENEFIT (Manfaat Harian)	<i>A specified daily maximum amount payable for room and board charges under a hospital or major medical benefits policy. [21]</i>	Jumlah maksimum harian yang dapat dibayarkan untuk biaya kamar dan makan di bawah polis manfaat rumah sakit atau medis utama.
DEDUCTIBLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>The amount of covered expenses that must be incurred and paid by the insured before benefits become payable by the insurer. [21]</i></li> <li>▪ <i>Amount of covered expenses that must be incurred and paid by an insured person before benefits become payable by the insurer. [22]</i></li> </ul>	Jumlah biaya yang dicakup yang harus dikeluarkan dan dibayar oleh tertanggung sebelum manfaat menjadi dapat dibayar oleh perusahaan asuransi.
DELINQUENT PREMIUM (Tunggakan Premi)	<i>Premium due the insurer that has not been paid by the end of the grace period. [21]</i>	Premi asuransi yang belum dibayar pada akhir masa tenggang (grace period).
DEPENDENT (Tanggungan)	<i>An insured's spouse (wife or husband), not legally separated from the insured, and unmarried children) who meet certain eligibility requirements and who are not otherwise insured under the same group policy. The precise definition of a dependent varies by insurer. [21]</i>	Pasangan tertanggung (istri atau suami), tidak terpisah secara hukum dari tertanggung, dan anak-anak yang belum menikah), yang memenuhi persyaratan tertentu dan serta sebaliknya tidak diasuransikan di bawah polis kumpulan yang sama. Definisi yang tepat tentang tanggungan bervariasi antar perusahaan asuransi.
DISTRIBUTION (Distribusi) (distribusi)	<i>The separation of all insureds (prospective or in force) under a group insurance plan by age, sex, location, income, dependency status, and benefit class for the purpose of computing gross premium rates. [21]</i>	<p>Pengelompokan penyebaran semua tertanggung (calon atau yang berlaku) di bawah paket asuransi kumpulan menurut usia, jenis kelamin, lokasi, pendapatan, status ketergantungan, dan kelas manfaat untuk tujuan komputasi tarif premi kotor (bruto).</p> <p>Semua kegiatan dan sumber-daya yang terlibat di dalam proses penyediaan produk bagi konsumen.</p>
DOMICILE, domiciliary state (Domisili)	<i>The legal residence of an individual or the jurisdiction in which a corporation maintains its center of corporate affairs. [21]</i>	Kediaman resmi secara hukum seseorang atau yurisdiksi dimana perusahaan menjalankan pusat kegiatan utama perusahaan.
DUPLICATE COVERAGE (Cakupan ganda)	<i>Coverage of an insured under two or more policies for the same potential loss. [21]</i>	Cakupan tertanggung di bawah dua atau lebih polis untuk kerugian potensial yang sama.

# E

EFFECTIVE DATE (Tanggal Efektif)	<i>The date that insurance coverage goes into effect [21]</i>	Tanggal mulai diberlakukannya cakupan asuransi.
ELIGIBILITY (Eligibilitas)	<i>The provisions of the group policy that state the requirements that members of the group and/or their dependents must satisfy to become insured. [21]</i>	Ketentuan polis kumpulan yang menyatakan persyaratan bahwa anggota kumpulan dan / atau tanggungan mereka harus memenuhi untuk menjadi dapat diasuransikan.
ELIGIBILITY DATE (Tanggal Eligibilitas)	<i>The date on which a member of an insured group may apply for insurance. [21]</i>	Tanggal mulai dimana tertanggung anggota kumpulan dapat mendaftar untuk ikut asuransi.
ELIGIBILITY PERIOD (Periode Eligibilitas)	<i>The time following the eligibility date (usually 31 days) during which a member of an insured group may apply for insurance without evidence of insurability. [21]</i>	Jangka waktu setelah tanggal kelayakan (biasanya 31 hari setelah masa percobaan) dimana tertanggung anggota kumpulan dapat mengajukan permohonan asuransi tanpa bukti asuransibilitas (insurabilitas). Juga dikenal sebagai enrollment period.
ELIGIBILITY REQUIREMENTS (Persyaratan Eligibilitas)	<i>Underwriting requirements the applicant must satisfy in order to become insured. [21]</i>	Persyaratan underwriting yang harus dipenuhi pemohon untuk dapat diasuransikan.
ELIGIBLE EMPLOYEES (Karyawan yang eligible)	<i>Those employees who have met the eligibility requirements for insurance set forth in the group policy. [21]</i>	Karyawan yang telah memenuhi persyaratan untuk diasuransikan yang diberlakukan dalam polis kumpulan.
ELIGIBLE GROUP (Kelompok yang Eligible)	<i>A group of persons permitted, under state insurance laws and insurer underwriting practices, to be insured under a group policy; usually includes individual employer groups, multiple employer groups, labor union groups, and certain association groups. [21]</i>	Sekelompok orang yang diizinkan, menurut undang-undang asuransi negara bagian dan praktek underwriting perusahaan asuransi, untuk diasuransikan di bawah polis kumpulan; biasanya mencakup kelompok karyawan dari satu pengusaha tunggal, kelompok karyawan beberapa pengusaha, kelompok anggota serikat buruh, dan kelompok anggota asosiasi tertentu lainnya.
ELIGIBLE MEDICAL EXPENSE (Biaya Medis yang Memenuhi Syarat)	<i>A term describing the various types of expense the policy covers. The provision that describes these expenses commonly contains limitations applicable to certain of these expenses. [21]</i>	Istilah yang menggambarkan berbagai jenis pengeluaran yang dicakup polis. Ketentuan tersebut menjelaskan biaya tersebut umumnya berisi pembatasan yang diberlakukan pada pengeluaran tertentu.
ELIMINATION PERIOD (Periode Eliminasi)	<i>A specified number of days at the beginning of each period of disability during which no disability income benefits are paid. [21]</i>	Jumlah hari tertentu pada awal setiap periode disabilitas dimana tidak ada manfaat pendapatan disabilitas dibayar. Juga dikenal sebagai waiting period.
EMPLOYEE RETIREMENT INCOME SECURITY ACT OF 1974 (ERISA), Employee Retirement Income Security Act (Undang-undang Jaminan Pendapatan Pensiun Pegawai)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Federal legislation that affects pension and profit-sharing plans. It mandates reporting and disclosure requirements for group health and life insurance plans. [21]</i></li> <li>▪ <i>A law that mandates reporting and disclosure requirements for group health plans including MCOs. [22]</i></li> </ul>	Undang-undang federal yang mempengaruhi paket pensiun dan pembagian keuntungan. Undang-undang ini membuat persyaratan pelaporan dan pengungkapan untuk paket asuransi jiwa dan kesehatan kumpulan, termasuk MCO.
EMPLOYER CONTRIBUTION (Kontribusi Pemilik perusahaan)	<i>The amount an employer contributes toward the premium costs of the group insurance plan. [21]</i>	Jumlah kontribusi pengusaha terhadap biaya premi paket asuransi kumpulan.
EXCLUSIONS, EXCEPTIONS, (Eksklusi, Pengecualian)	<i>Specified conditions or circumstances, listed in the policy, for which the policy will not provide benefits. [21]</i>	Persyaratan atau keadaan tertentu, yang tercantum dalam polis, dimana polis yang tidak akan memberikan manfaat, polis namun sebaliknya bila keadaan tersebut tidak terjadi maka polis akan membayar manfaat tersebut

EXCLUSIVE PROVIDER ORGANIZATION (EPO) (Organisasi Penyedia Eksklusif)	<i>Form of managed care in which participants are reimbursed for care received only from affiliated providers. [21]</i>	Suatu bentuk managed care dimana peserta akan diganti biaya untuk perawatan yang diterima hanya dari penyedia layanan yang terafiliasi.
EXPENSE LOADING	<i>That portion of a group insurance premium required to cover acquisition and administration costs. [21]</i>	Bagian dari premi asuransi kumpulan yang diperlukan untuk menutup biaya akuisisi dan administrasi.
EXPENSE RATIO (Rasio Pengeluaran)	<i>A percentage showing the relationship of expenses to earned premiums. [21]</i>	Persentase yang menunjukkan hubungan antara pengeluaran dengan perolehan premi.
EXPENSES (Pengeluaran) (pengeluaran/biaya)	<i>The term used when referring to categories of bills or charges that may or may not be covered under a policy. [21]</i>	Istilah yang digunakan ketika merujuk pada kategori tagihan atau biaya yang mungkin atau mungkin tidak tercakup dalam polis.
EXPERIENCE RATING (peringkat pengalaman)	<i>The process of determining the premium rate for a group risk based wholly or partially on that risk's experience. [21]</i>	Proses penentuan tingkat premi untuk paket berbasis risiko kumpulan baik seluruhnya atau sebagian pada pengalaman risiko yang ada.

## F

FEE SCHEDULE (Daftar tarif)	<i>Maximum dollar or unit allowances for health services that apply under a specific contract. [21]</i>	Maksimum dana atau tunjangan satuan pelayanan kesehatan yang berlaku di bawah kontrak tertentu.
FEE-FOR-SERVICE	<i>A method of charging whereby a physician or other practitioner-bills for each visit or service rendered. [21]</i>	Metode penagihan dimana tagihan dokter atau tenaga medis lainnya untuk setiap kunjungan atau layanan yang diperlihatkan.
FIRST-DOLLAR COVERAGE	<i>A hospital or surgical policy with no deductible amount. [21]</i>	Polis asuransi rumah sakit atau bedah tanpa jumlah deductible, perusahaan asuransi membayar bertanggung untuk biaya perawatan medis yang memenuhi syarat tanpa mengharuskan bertanggung untuk mengeluarkan biaya sendiri
FRANCHISE INSURANCE	<i>Individual insurance contracts issued to members of a specific group (such as employees of a common employer or members of an association) under a group-like arrangement in which the employer or association collects and remits premiums and the insurer waives its right to cancel or modify any policy unless done for all persons in the group. [21]</i>	Kontrak asuransi perorangan diberikan kepada anggota kumpulan tertentu (seperti karyawan sebuah perusahaan umum atau anggota asosiasi) di bawah pengaturan seperti kumpulan di mana asosiasi atau pengusaha mengumpulkan dan meneruskan premi asuransi dan menghapuskan haknya untuk membatalkan atau memodifikasi polis apa pun kecuali dilakukan untuk semua orang dalam kumpulan tersebut.
FRATERNAL INSURANCE, fraternal benefit society	<i>A cooperative type of insurance provided by social organizations for their members. The social group may pay premiums into a fund and withdraw monies to pay claims upon the death of one of its members. [21]</i>	Sebuah jenis koperasi asuransi yang diberikan oleh organisasi sosial untuk para anggotanya. Perkumpulan sosial ini dapat membayar premi ke dalam himpunan dana dan menarik uang untuk membayar klaim atas kematian salah satu anggotanya.
FREQUENCY (Frekuensi)	<i>A measure of the number of times a claim occurs during a given period. [21]</i>	Ukuran berapa kali klaim terjadi selama periode tertentu.

## G

GRACE PERIOD (masa tenggang) (masa leluasa)	<i>A specified time (usually 31 days) following the premium due date during which the insurance remains in force and a policyholder may pay the premium without penalty. [21]</i>	Jangka waktu tertentu (biasanya 31 hari) setelah tanggal jatuh tempo premi dimana asuransi tetap berlaku dan pemegang polis dapat membayar premi tanpa dikenakan denda.
---	---	---

GROSS PREMIUM (premi bruto)	<i>The contracted premium before applying any discounts. [21]</i>	Premi kotor (bruto) sesuai dikontrak, sebelum dikenakan diskon. Premi kotor ini setara dengan premi bersih (net) ditambah biaya-biaya (loading).
GROUP CONTRACT, group insurance policy (Kontrak Kelompok) (polis asuransi kumpulan)	<i>A contract of health insurance made with an employer or other entity that covers a group of persons as a single unit. The entity is the policyholder. [21]</i>	Kontrak asuransi kesehatan yang dibuat dengan pengusaha atau lembaga lainnya yang mencakup sekelompok orang sebagai satu kesatuan. Lembaga tersebut adalah pemegang polis.
GROUP INSURANCE (Asuransi Kelompok)	<i>An arrangement for insuring a number of people under a single, master insurance policy. [21]</i>	Pengaturan untuk mengasuransikan sejumlah orang di bawah satu master polis asuransi.
GROUP POLICYHOLDER (Pemegang Polis Kelompok) (pemegang polis kumpulan)	<i>The legal entity to which the master policy is issued. [21]</i>	Badan hukum dimana polis master diterbitkan, sebagai pihak yang menandatangani kontrak asuransi kumpulan dengan suatu perusahaan asuransi.
GROUP REPRESENTATIVE (Representative Kelompok)	<i>A salaried employee of the insurer whose principal tasks are to assist agents and brokers in developing and soliciting prospects for group insurance and to install and service group contracts. [21]</i>	Karyawan organik perusahaan asuransi yang mempunyai tugas utama membantu agen dan broker dalam mengembangkan dan mencari prospek asuransi kumpulan serta untuk memberlakukan dan melayani kontrak kumpulan.
GUARANTEED RENEWABLE POLICY (Polis yang dijamin dapat diperbaharui)	<i>A contract under which an insured has the right, commonly up to a certain age, to continue the policy in force by the timely payment of premiums. However, the insurer reserves the right to change premium rates by policy class. [21]</i>	Kontrak dimana tertanggung berhak, biasanya sampai usia tertentu, untuk memperpanjang polis yang berlaku selama pembayaran premi tepat waktu. Namun, perusahaan asuransi berhak untuk mengubah tarif premi sesuai kelas polisnya.

## H

HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996, Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)	<i>Federal legislation to improve portability and continuity of health insurance coverage; to combat waste, fraud, and abuse; to promote the use of medical savings accounts; and to improve access to long-term care services and coverage. [21]</i>	Peraturan federal untuk meningkatkan portabilitas dan berlanjutnya cakupan asuransi kesehatan; untuk memerangi pemborosan, penipuan, dan penyalahgunaan; untuk mempromosikan penggunaan rekening tabungan medis serta untuk meningkatkan akses terhadap layanan dan cakupan perawatan jangka panjang.
HEALTH INSURANCE PURCHASING COOPERATIVE (HIPC)	<i>Privately or state-sponsored groups through which small businesses can offer their employees a choice of medical expense plans, the way large employers do. [21]</i>	Melalui kelompok yang disponsori negara atau swasta, perusahaan-perusahaan kecil dapat menawarkan karyawan mereka pilihan paket biaya medis, seperti yang dilakukan oleh pengusaha besar.
HEALTH INSURANCE, health insurance policy (Asuransi Kesehatan) (polis asuransi kesehatan)	<i>Coverage that provides for the payments of benefits as a result of sickness or injury. Includes insurance for losses from accident, medical expense, disability, or accidental death and dismemberment. [21]</i>	Cakupan yang menyediakan pembayaran manfaat sebagai akibat penyakit atau kecelakaan. Mencakup asuransi untuk kerugian dari kecelakaan, biaya medis, ketidakmampuan, atau kematian dan kehilangan anggota badan.
HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION (HMO)	<i>An organization that provides for a wide range of comprehensive health care services for a specified group at a fixed periodic prepayment. [21]</i>	Organisasi yang menyediakan berbagai layanan kesehatan komprehensif bagi anggota kelompok tertentu, dengan prabayar tetap secara periodik, di suatu daerah geografis tertentu
HOME HEALTH CARE (Perawatan Kesehatan Rumah)	<i>A comprehensive, medically necessary range of health services provided by a recognized provider organization to a patient at home. [21]</i>	Pelayanan kesehatan komprehensif yang secara medis dibutuhkan dan diberikan oleh organisasi penyedia layanan yang diakui, pada seorang pasien di rumah.

HOME OFFICE ADMINISTRATION (Administrasi Kantor Pusat)	<i>The method of insurance plan administration in which the insurer maintains the basic records for the persons covered. [21]</i>	Metode administrasi paket asuransi dimana perusahaan asuransi yang menyimpan catatan dasar orang-orang yang tercakup. Lihat juga Self-Administration.
HOSPITAL DAILY BENEFIT (Manfaat harian rumah sakit)	<i>The maximum amount payable for hospital room and board per day of hospital confinement. [21]</i>	Jumlah maksimum yang dapat dibayarkan untuk kamar dan makan per hari di rumah sakit.
HOSPITAL INDEMNITY INSURANCE (Asuransi Indemnitas rumah sakit)	<i>A form of health insurance that provides a stipulated daily, weekly, or monthly payment to an insured during hospital confinement, without regard to the actual expense of the confinement. [21]</i>	Bentuk asuransi kesehatan yang menyediakan pembayaran tertentu secara harian, mingguan, atau bulanan kepada tertanggung selama tinggal di rumah sakit, tanpa memperhatikan biaya sebenarnya.
HOSPITAL-SURGICAL INSURANCE (Asuransi Rumah sakit-Bedah)	<i>A form of health insurance that provides specific benefits for hospital services, including daily room and board and surgery, during a hospital confinement. [21]</i>	Bentuk asuransi kesehatan yang memberikan manfaat khusus untuk pelayanan rumah sakit, termasuk kamar dan makan sehari-hari dan pembedahan, selama tinggal di rumah sakit.
IDENTIFICATION CARD (Kartu Identifikasi)	<i>A form provided to insureds that identifies them as members of a particular insurance plan and may provide basic information about their coverage. Although such cards do not guarantee eligibility for medical care benefits at any given time, they provide procedures for providers to follow to verify that a patient has health coverage. [21]</i>	Kartu yang diberikan kepada tertanggung untuk identitas mereka sebagai anggota paket asuransi tertentu dan memberikan informasi dasar mengenai cakupannya. Meskipun kartu tersebut tidak menjamin pemenuhan syarat untuk manfaat perawatan medis pada waktu tertentu, perusahaan asuransi mereka menyediakan penyedia layanan suatu prosedur yang harus diikuti untuk memastikan pasien memiliki cakupan kesehatan.
IN FORCE	<i>The total volume of insurance on the lives of covered employees at any given time (measured in terms of cases, lives, amount [volume] of insurance, or premium). [21]</i>	Volume total asuransi dari karyawan yang tercakup pada waktu tertentu (diukur dalam hal kasus, jiwa, jumlah [volume] asuransi, atau premi).
INCCURRED BUT NOT PAID CLAIMS	<i>Claims that have not been paid as of some specified date (may include both reported and unreported claims). [21]</i>	Klaim yang belum dibayar hingga tanggal tertentu (bisa termasuk klaim yang dilaporkan dan yang tidak).
INCONTESTABLE CAUSE, incontestable clause	<i>The provision in a group life and/or health insurance policy that prevents the insurance company from disputing the validity of certain coverage under specific insurance conditions after the policy has been in effect for a certain time (usually two years). [21]</i>	Ketentuan dalam polis asuransi jiwa dan / atau kesehatan kumpulan yang mencegah perusahaan asuransi untuk mempertanyakan validitas cakupan tertentu di bawah kondisi asuransi tertentu setelah polis berlaku selama jangka waktu tertentu (biasanya dua tahun).
INCURRED BUT NOT REPORTED CLAIMS (IBNR)	<i>Claims that have not been reported to the insurer as of some specified date. [21]</i>	Klaim biaya yang sudah dikeluarkan tetapi belum dilaporkan kepada perusahaan asuransi hingga tanggal tertentu.
INCURRED CLAIMS	<i>An amount equal to the claims paid during the policy year plus the change of the claim reserves as of the end of the policy year. The change in reserves represents the difference between the end of the year and beginning of the year claim reserves. [21]</i>	Jumlah yang sama dengan klaim yang dibayarkan selama tahun polis ditambah perubahan cadangan klaim pada akhir tahun polis. Perubahan cadangan merupakan perbedaan antara akhir tahun dan awal tahun cadangan klaim.
INDEMNITY, indemnity benefits (manfaat-manfaat kerugian) (manfaat ganti rugi)	<i>A benefit paid by an insurance policy for an insured loss. [21]</i>	Manfaat yang dinyatakan dengan jumlah maksimum yang akan dibayarkan oleh polis asuransi untuk kerugian yang termasuk di dalam pertanggungan.

INDIVIDUAL INSURANCE (Asuransi Individu)	<i>Policies that provide protection to the policyholder and/or his or her family. Sometimes called personal insurance as distinct from group insurance. [21]</i>	Polis yang memberikan perlindungan kepada tertanggung perorangan dan / atau keluarganya. Kadangkala disebut asuransi perorangan untuk membedakan dengan asuransi kumpulan.
INELIGIBLE EXPENSES, individual insurance policy (polis asuransi individu)	<i>A term describing the various types of expenses not eligible under the policy. [21]</i>	Istilah yang menggambarkan berbagai jenis pengeluaran yang tidak memenuhi syarat di bawah polis.
INITIAL RATE	<i>A premium rate that is charged on the effective date of a new group policy. [21]</i>	Tarif premi yang ditagih pada tanggal efektif polis kumpulan baru.
INSURABILITY (Asuransibilitas, Insurabilitas)	<i>Refers to the physical, moral, occupational, and financial status of a risk and its acceptability to the insurer. [21]</i>	Mengacu pada fisik, moral, pekerjaan, dan keuangan dan status risiko yang dapat diterima perusahaan asuransi.
INSURABLE RISK	<i>The conditions that make a risk insurable are the following: (a) the peril insured against must produce a definite loss not under the control of the insured; (b) there must be a large number of homogeneous exposures subject to the same perils; (c) the loss must be calculable and the cost of insuring it must be economically feasible; (d) the peril must be unlikely to affect all insureds simultaneously; and (e) the loss produced by a risk must be definite and have a potential to be financially serious. [21]</i>	Kondisi-kondisi yang membuat risiko yang dapat diasuransikan adalah sebagai berikut: (a) bahaya yang ditanggung asuransi harus menghasilkan kerugian yang pasti tidak di bawah kendali tertanggung; (b) harus ada sejumlah besar obyek asuransi homogen yang bisa terkena pada bahaya yang sama; (c) kerugian harus dapat dihitung dan biaya mengasuransikannya harus layak secara ekonomi; (d) harus bahaya tidak boleh mempengaruhi semua tertanggung secara bersamaan, dan (e) kerugian yang dihasilkan oleh risiko harus pasti dan memiliki potensi serius secara finansial.
INSURANCE (Asuransi)	<i>A plan of risk management that, for a price, offers the insured an opportunity to share the costs of possible economic loss through an entity called an insurer. [21]</i>	Paket manajemen risiko itu, dengan harga tertentu, menawarkan tertanggung kesempatan untuk berbagi biaya dari kemungkinan kerugian ekonomi melalui suatu lembaga yang disebut perusahaan asuransi.
INSURANCE COMPANY (Perusahaan Asuransi)	<i>Any corporation primarily engaged in the business of furnishing insurance protection to the public. [21]</i>	Perusahaan yang usaha utamanya menyediakan perlindungan asuransi kepada masyarakat.
INSURED (Pemegang Asuransi) (tertanggung)	<i>The person and dependent(s) who are covered for insurance under a policy and to whom, or on behalf of whom, the insurer agrees to pay benefits. [21]</i>	Seseorang dan tanggungannya yang tercakup asuransi di bawah polis dan untuk siapa, atau atas nama siapa, perusahaan asuransi setuju untuk membayar manfaat.
INSURER	<i>The party to the insurance contract that promises to pay losses or benefits. Also, any corporation primarily engaged in the business of furnishing insurance protection to the public. [21]</i>	Para pihak dalam kontrak asuransi yang menjanjikan untuk membayar kerugian atau manfaat. Selain itu, setiap perusahaan yang usaha utamanya adalah menyediakan perlindungan asuransi kepada masyarakat.
INSURING CLAUSE (Klausula Asuransi)	<i>The clause in a policy that names the parties to a contract and states what is covered by the policy. [21]</i>	Klausula dalam sebuah polis yang menyebutkan nama pihak-pihak dalam kontrak dan menyatakan apa yang tercakup polis.
INTEGRATED DEDUCTIBLE	<i>A high fixed amount (e.g., \$1,000) or the sum of the benefits paid under a base medical care plan, whichever is greater, that must be exceeded before supplemental major medical benefits are payable. [21]</i>	Jumlah yang tinggi (misalnya, \$1.000) atau jumlah manfaat yang dibayar di bawah paket perawatan medis dasar, yang mana yang lebih besar, yang harus dilampaui sebelum manfaat medis utama tambahan dapat dibayar.
INTENSIVE CARE BENEFIT (Manfaat Perawatan Intensif)	<i>An extra benefit, in addition to the hospital daily benefit, which is payable for each day a patient is confined to an intensive care, critical care, or cardiac care unit. [21]</i>	Manfaat tambahan, di samping manfaat harian rumah sakit, yang dibayarkan untuk setiap hari kepada pasien terbatas pada perawatan intensif, perawatan kritis, atau unit perawatan jantung.

## L

LAPSE RATE (tingkat lapse)	<i>A measure of the number of policies voluntarily canceled to the total number of policies issued. [21]</i>	Ukuran jumlah polis yang dibatalkan secara sukarela dibandingkan dengan jumlah total polis yang diterbitkan.
LAPSED COVERAGE	<i>Termination of coverage provided in an insurance contract because of the nonpayment of a premium within the time period. [21]</i>	Penghentian cakupan yang disediakan dalam kontrak asuransi karena tidak mampu membayar premi dalam periode waktu tertentu.
LATE APPLICANT (Pendaftar yang Terlambat)	<i>An eligible person who applies for insurance after the normal 31-day open enrollment period. [21]</i>	Seseorang yang memenuhi syarat yang berlaku untuk mendaftar asuransi setelah masa pendaftaran normal dibuka 31-hari.
LIMITATION (Limitasi)	<i>A provision that sets a cap on specific coverage. [21]</i>	Ketentuan yang menetapkan batas cakupan tertentu.
LOADING FACTOR, loading (pembebanan)	<i>The amount added to the net premium rate determined for a group insurance plan to cover the possibility that losses will be greater than statistically expected because of older average age, hazardous industry, large percentage of unskilled employees, or adverse experience. [21]</i>	Jumlah yang ditambahkan ke tarif premi bersih ditentukan untuk paket asuransi kumpulan untuk menutupi kemungkinan kerugian yang akan lebih besar dari pada statistik diperkirakan karena usia rata-rata lebih tua, industri berbahaya, persentase besar karyawan tidak terampil, atau pengalaman buruk.
LOSS (rugi)	<i>(1) The amount of insurance or benefit for which the insurer becomes liable when the event insured against occurs; (2) the happening of the event insured against. [21]</i>	(1) Besarnya asuransi atau manfaat dimana perusahaan asuransi menjadi bertanggung jawab ketika peristiwa yang diasuransikan terjadi; (2) terjadinya peristiwa yang diasuransikan.
LOSS RATIO	<i>The ratio of incurred claims to premiums (incurred claims divided by earned premiums). [21]</i>	Rasio klaim yang dikeluarkan terhadap premi (klaim yang terjadi dibagi dengan premi yang diterima).

## M

MAJOR MEDICAL EXPENSE INSURANCE, major medical insurance plans	<i>A form of health insurance that provides benefits for most types of medical expense up to a high maximum benefit. Such contracts may contain internal limits and usually are subject to deductibles and coinsurance. [21]</i>	Bentuk asuransi kesehatan yang memberikan manfaat sebagian besar jenis biaya medis – seperti biaya rumah sakit, biaya pembedahan, dan biaya dokter – dengan manfaat maksimum yang tinggi. Kontrak tersebut mungkin memiliki batasan internal dan biasanya dikenakan deductible dan coinsurance deductible.
MANAGED CARE	<i>The term used to describe the coordination of financing and provision of health care to produce high-quality health care on a cost-effective basis. [21]</i>	Istilah yang digunakan untuk menggambarkan koordinasi pembiayaan dan penyediaan perawatan kesehatan untuk menghasilkan perawatan kesehatan yang berkualitas tinggi berdasarkan biaya yang efektif.
MANDATED BENEFITS	<i>Certain coverages required by state law to be included in health insurance contracts. [21]</i>	Cakupan tertentu yang diwajibkan oleh hukum negara bagian untuk dimasukkan dalam kontrak asuransi kesehatan.
MANUAL PREMIUM	<i>The premium developed for a group's coverage from the insurer's standard rate tables. [21]</i>	Premi untuk cakupan kumpulan yang dikembangkan dari tabel tarif standar perusahaan asuransi.

MANUAL RATE, manual rating	<i>The premium rate developed for a group's coverage from the insurer's standard rate tables, usually contained in its rate manual or underwriting manual. [21]</i>	Tarif premi untuk cakupan kumpulan yang dikembangkan dari tabel tarif standar perusahaan asuransi, biasanya terdapat dalam pedoman tarif atau pedoman underwriting. Perusahaan asuransi biasanya menggunakan pengalaman masa lalunya – dan kadang-kadang juga menggunakan pengalaman perusahaan asuransi lain – untuk memperkirakan besarnya klaim yang akan terjadi serta pengeluaran terhadap suatu kelompok
MARKETING (pemasaran)	<i>The sum total of all corporate functions and activities directly or indirectly involved in the selling of products to the consumer. [21]</i>	Seluruh fungsi dan kegiatan perusahaan yang terlibat secara langsung atau tidak langsung dalam penjualan produk kepada konsumen. Hal tersebut merupakan cara perusahaan asuransi mengenali pasar, menentukan dan membuat produk yang diinginkan pasar, serta menjual dan mendistribusikan produk.
MATERIAL MISREPRESENTATION (penyajian keterangan yang tidak benar yang bersifat material) (keterangan yang tidak benar yang bersifat material)	<i>A false or misleading statement of fact on an application for an insurance policy, that influences the insurer's decision as to the prospective insured's insurability. Such statements may serve as a basis for voiding the policy. (See Rescission.) [21]</i>	Sebuah pernyataan tidak benar atau menyesatkan fakta pada aplikasi polis asuransi, yang mempengaruhi keputusan perusahaan asuransi mengenai asuransibilitas (insurabilitas) calon tertanggung; dapat menyebabkan pengambilan keputusan underwriting yang berbeda. Pernyataan seperti itu bisa menjadi dasar untuk pembatalan polis. (Lihat rescission.)
MATERNITY BENEFIT	<i>Benefits for a normal pregnancy are paid under this provision of the hospital or medical policy rather than the regular provisions that apply to sickness, since maternity is not normally considered a sickness. [21]</i>	Manfaat untuk kehamilan normal yang dibayar berdasarkan ketentuan dalam polis rumah sakit atau medis dari pada ketentuan yang biasa berlaku untuk sakit, karena kehamilan biasanya tidak dianggap sebagai penyakit.
MAXIMUM BENEFIT PERIOD	<i>The maximum length of time for which benefits are payable during any one period. [21]</i>	Jangka waktu maksimum manfaat yang dibayarkan selama satu periode.
MAXIMUM DAILY HOSPITAL BENEFIT	<i>The maximum amount payable for hospital room and board per day of hospital confinement. [21]</i>	Jumlah maksimum yang dapat dibayarkan untuk kamar dan makan per hari selama tinggal di rumah sakit.
MEDICAL EXPENSE INSURANCE (Asuransi Biaya Medis)	<i>A form of health insurance that provides benefits for various expenses incurred for medical care. Benefits for prevention and diagnosis, as well as for treatment, are sometimes included. [21]</i>	Bentuk asuransi kesehatan yang memberikan manfaat berbagai biaya yang dikeluarkan untuk perawatan medis, baik karena penyakit ataupun kecelakaan. Manfaat untuk pencegahan dan diagnosis, serta untuk pengobatan, kadang-kadang dimasukkan.
MEDICALLY NECESSARY, medical necessity	<i>Term used by insurers to describe medical treatment that is appropriate and rendered in accordance with generally accepted standards of medical practice. [21]</i>	Istilah yang digunakan oleh perusahaan asuransi untuk menggambarkan perawatan medis yang sesuai dan diberikan sesuai dengan standar yang diterima secara umum dalam praktek medis. Kriteria prosedur medis ini (1) yang dianggap efektif dan yang biasa digunakan untuk penyakit atau kecelakaan tertentu dan (2) tidak melebihi cakupan, durasi atau intensitas tingkat perawatan demi pemberian diagnosis atau pengobatan yang aman, memadai dan sesuai.

MEDICARE	<i>Government program that provides hospital benefits (Medicare Part A) and medical benefits (Medicare Part B) to persons aged 65 and older, and to some others – (Medicare covers short-term acute medical conditions rather than long-term, chronic conditions that require custodial care.) Medicare is administered by the Social Security Administration. [21]</i>	Program pemerintah AS yang menyediakan manfaat rumah sakit (Medicare Bagian A) dan manfaat medis (Medicare Bagian B) kepada penduduk berusia 65 tahun ke atas, dan untuk beberapa orang tertentu lainnya – (Medicare mencakup kondisi medis akut jangka pendek dari pada jangka panjang, kondisi kronis yang memerlukan perawatan kustodial atau asuhan.) Medicare dikelola oleh Social Security Administration.
MEDIGAP, Medicare supplement	<i>Private insurance that can be purchased to supplement Medicare. [21]</i>	Asuransi swasta yang dapat dibeli untuk melengkapi Medicare. Juga dikenal sebagai polis MediGap atau MediSup.
MINIMUM GROUP	<i>The fewest number of employees permitted under a state law to constitute a group for insurance purposes; the purpose of minimum group is to maintain a distinction between individual and group insurance. [21]</i>	Jumlah karyawan minimum yang diizinkan di bawah hukum negara bagian untuk membentuk sebuah kumpulan untuk tujuan asuransi; tujuan kumpulan minimum adalah untuk mempertahankan perbedaan antara individu dan kumpulan asuransi.
MINIMUM PREMIUM PLAN	<i>A combination approach to funding an insurance plan aimed primarily at premium tax savings. The employer self-funds a fixed percent (e.g., 90 percent) of the estimated monthly claims and the insurance company insures the excess. [21]</i>	Pendekatan kombinasi pendanaan paket asuransi ditujukan terutama penghematan pajak premi. Pengusaha mendanai sendiri pada persentase tertentu (misalnya, 90%) dari perkiraan klaim bulanan dan perusahaan asuransi menjamin kelebihannya.
MORBIDITY (morbidity)	<i>The frequency and severity of sicknesses and accidents in a well-defined class or classes of persons. [21]</i>	Frekuensi dan tingkat keparahan penyakit dan kecelakaan dalam suatu kelas tertentu atau kelas-kelas kelompok orang.
MORTALITY (mortalitas) (mortalitas/kematian)	<i>The death rate in a group of people as determined from prior experience. [21]</i>	Tingkat kematian dalam kumpulan orang seperti yang ditetapkan dari pengalaman sebelumnya.
MULTIPLE EMPLOYER GROUP	<i>Employees of two or more employers, such as trade associations of employers in the same industry or union members who work for more than one employer, covered under one master contract. [21]</i>	Karyawan dari dua atau lebih perusahaan, seperti asosiasi dagang para pengusaha dalam industri yang sama atau para anggota serikat buruh yang bekerja dari lebih dari satu majikan, tercakup dalam satu master kontrak.
MULTIPLE EMPLOYER TRUST (MET)	<i>A legal trust established by a plan sponsor that brings together a number of small, unrelated employers for the purpose of providing group medical care coverage on an insured or a self-funded basis. [21]</i>	Perwalian (trust) resmi yang didirikan oleh sponsor paket yang menghimpun sejumlah pengusaha kecil yang tidak memiliki hubungan bertujuan menyediakan cakupan perawatan medis kumpulan berbasis diasuransikan atau berbasis swa dana.

## N

NATIONAL ASSOCIATION OF INSURANCE COMMISSIONERS (NAIC) (Komisi Nasional Asosiasi Asuransi)	<i>A national organization of state officials who are charged with the regulation of insurance. It was formed to promote national uniformity in the regulation of insurance. It has no official power but wields tremendous influence. [21]</i>	Organisasi nasional non pemerintah para pejabat negara bagian AS yang membuat peraturan asuransi. Lembaga ini dibentuk untuk mempromosikan keseragaman dalam peraturan asuransi nasional. Tidak memiliki kekuasaan resmi namun pengaruhnya yang sangat besar.
NEGOTIATED TRUSTEESHIPS	<i>A policy issued to the trustees of a fund established by a formal agreement concerning employees subject to collective bargaining, or employees of two employers who have signed the trust agreement. An example of a negotiated trusteeship is a Taft-Hartley health and welfare trust plan. [21]</i>	Polis yang dikeluarkan untuk para wali amanah dari dana yang didirikan oleh perjanjian resmi mengenai karyawan sebagai alat tawar-menawar kolektif, atau karyawan dari dua majikan yang menandatangani perjanjian perwalian. Contoh perwalian yang dinegosiasikan adalah paket kesehatan dan perwalian kesejahteraan Taft-Hartley.

NET COST	<i>In group insurance it equals claims plus reserves plus expenses. [21]</i>	Dalam asuransi kumpulan berarti sama dengan klaim ditambah cadangan ditambah biaya-biaya.
NET PREMIUM (premi netto)	<i>Amount paid or earned premium after discounts. [21]</i>	Jumlah premi yang dibayar atau diterima setelah diskon, yakni jumlah uang yang diperlukan oleh perusahaan asuransi dari sebuah polis agar dapat membayarkan manfaat atas polis tersebut
NONCANCELLABLE POLICY	<i>A contract the insured can continue in force by the timely payment of the set premium until at least age 50 or, in the case of a policy issued after age 44, for at least five years from its date of issue. The insurer may not unilaterally change any contract provision of the in-force policy, including premium rates. [21]</i>	Kontrak dimana tertanggung dapat berlanjut berlaku selama pembayaran premi tepat waktu yang ditetapkan sampai usia tertentu, setidaknya usia 50 atau, dalam kasus polis yang dikeluarkan setelah umur 44, untuk setidaknya selama lima tahun dari tanggal penerbitan. Perusahaan asuransi tidak boleh mengubah kontrak secara sepihak ketentuan dalam polis, termasuk tarif preminya.
NONCONTRIBUTORY PLAN	<i>A group insurance plan under which the employer does not require employees to share in its cost. [21]</i>	Paket asuransi kumpulan dimana pengusaha tidak membutuhkan karyawan untuk berbagi biaya, berarti seluruh premi dibayar oleh pengusaha sebagai pemegang polis asuransi kumpulan, para tertanggung yakni karyawan tidak membayar bagian premi untuk pertanggungannya mereka, dan pertanggungannya berlaku otomatis untuk semua anggota kumpulan tersebut yang memenuhi persyaratan
NONDUPLICATION CLAUSE, nonduplication of benefits provision (Klausula Nonduplikasi)	<i>A policy provision that results in a stricter application of coordination of benefits principles. When an individual is covered by two or more policies, this provision excludes expenses incurred that are covered by another policy. [21]</i>	Ketentuan polis yang mengakibatkan penerapan ketat prinsip koordinasi manfaat. Ketika seseorang dicakup oleh dua polis atau lebih, ketentuan ini tidak memasukkan pengeluaran yang dilindungi oleh polis lain. Ketentuan ini, jika dicantumkan dalam paket sekunder, akan membatasi jumlah yang harus dibayar oleh paket sekunder terhadap selisih, antara jumlah yang harus dibayar oleh paket primer dan jumlah yang harus dibayar oleh paket sekunder, jika ada kalau saja paket tersebut adalah paket primer.
NONRENEWABLE FOR STATED-REASONS-ONLY POLICY	<i>A contract of health insurance under which the insurer has the right to terminate the coverage for only those reasons specified in the contract. [21]</i>	Kontrak asuransi kesehatan dimana perusahaan asuransi mempunyai hak untuk mengakhiri cakupan dengan alasan-alasan hanya yang ditentukan dalam kontrak.
NONRENEWABLE POLICY	<i>A policy issued for a single term that is designed to cover the insured during a period of short-term risk. [21]</i>	Polis yang dikeluarkan untuk satu jangka waktu yang dirancang untuk menjamin tertanggung selama periode risiko jangka pendek.
NOTICE OF CLAIM	<i>A written notice to the insurer by an insured claiming a covered loss. [21]</i>	Pemberitahuan tertulis kepada perusahaan asuransi oleh tertanggung yang mengklaim kerugian yang tercakup.
		
OCCUPATIONAL HAZARDS	<i>Dangers inherent in the insured's occupation that expose him or her to greater than normal physical danger by their very nature. [21]</i>	Bahaya yang melekat pada pekerjaan tertanggung yang membuat dia lebih besar dari pada bahaya fisik normal oleh sifat alami pekerjaan itu.

OPTIONALLY RENEWABLE POLICY	<i>A contract of health insurance under which the insurer has the right to terminate the coverage at any policy anniversary or, in some cases, at any premium due date. [21]</i>	Kontrak asuransi kesehatan dimana perusahaan asuransi mempunyai hak untuk mengakhiri cakupan setiap ulang tahun polis atau, dalam beberapa kasus, pada setiap tanggal jatuh tempo premi.
OUT-OF-POCKET EXPENSE	<i>Those medical expenses that an insured must pay that are not covered under the group contract. [21]</i>	Biaya medis yang harus dibayar tertanggung yang tidak tercakup dalam kontrak kumpulan.
OVERHEAD EXPENSE INSURANCE, overhead expenses	<i>A form of health insurance for business owners designed to help offset continuing business expenses during an insured's total disability. [21]</i>	Bentuk asuransi kesehatan bagi para pemilik usaha yang dirancang untuk membantu menanggulangi kelangsungan pengeluaran rutin bisnis selama tertanggung mengalami disabilitas total. Biaya rutin yang diperlukan perusahaan termasuk gaji karyawan, sewa tempat, biaya telepon, biaya penggunaan listrik dan gas, serta biaya lainnya yang digunakan untuk menjaga perusahaan agar tetap beroperasi.

## P

PARTICIPATION	<i>The number of insureds covered under the group plan in relation to the total number eligible to be covered, usually expressed as a percentage. [21]</i>	Jumlah tertanggung yang tercakup dalam paket kumpulan dalam kaitannya dengan jumlah yang memenuhi syarat untuk dicakup, biasanya dinyatakan dalam persentase.
PENDING CLAIM	<i>A claim that has been reported but on which final action has not been taken. [21]</i>	Klaim yang telah dilaporkan tetapi penyelesaian akhir belum diambil.
PER CAUSE DEDUCTIBLE	<i>The flat amount that the insured must pay toward the eligible medical expenses resulting from each illness before the insurance company will make any benefit payments. [21]</i>	Jumlah tertentu (flat) yang harus dibayar tertanggung untuk biaya medis yang memenuhi syarat dari setiap penyakit sebelum perusahaan asuransi membayar manfaat apapun.
PERSISTENCY (Persistensi)	<i>The degree to which policies stay in force through the continued payment of renewal premiums. [21]</i>	Tingkat dimana polis tetap berlaku setelah pembayaran premi lanjutan dilakukan.
PHYSICIAN'S EXPENSE, physicians' expense coverage	<i>Insurance coverage that provides benefits toward the cost of such services as doctors fees for surgical care in the hospital, at home, or in a physician's office and X-rays or laboratory tests performed outside of a hospital. (Also called regular medical expense insurance.) [21]</i>	Cakupan asuransi yang memberikan manfaat terhadap biaya jasa layanan sebagai biaya dokter untuk pembedahan di rumah sakit, di rumah, atau di tempat praktek dokter dan sinar-X atau tes laboratorium yang dilakukan di luar rumah sakit. (Juga disebut asuransi biaya reguler.)
POINT-OF-SERVICE PROGRAM (POS)	<i>Health care delivery method offered as an option of an employer's indemnity program. Under such a program, employees coordinate their health care needs through a primary care physician. [21]</i>	Metode penyediaan layanan kesehatan yang ditawarkan sebagai pilihan dari paket ganti rugi dari pengusaha. Di bawah program seperti ini, karyawan mengkoordinasikan kebutuhan perawatan kesehatan melalui dokter perawatan primer.
POLICY (Polis)	<i>The document that sets forth the contract of insurance. [21]</i>	Dokumen tertulis yang memaparkan kontrak asuransi, yang memuat ketentuan dan syarat perjanjian kontraktual antara perusahaan asuransi dan pemegang polis.
POLICY ANNIVERSARY (ulang tahun polis)	<i>The manual date that separates the experience under a group policy for dividend and retroactive rate purposes. The period is normally 12 consecutive months. [21]</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>) Tanggal ulang tahun polis yang memisahkan pengalaman di bawah polis kumpulan untuk tujuan dividen dan tarif berlaku surut (retroactive). Jangka waktu biasanya 12 bulan berturut-turut.</li> <li>) Sebagai sebuah aturan umum, tanggal mulai berlakunya pertanggung dalam sebuah polis asuransi.</li> </ul>

POLICY ISSUE (penerbitan polis)	<i>The transmittal of a policy to an insured by an insurer. [21]</i>	Penyerahan polis untuk bertanggung oleh perusahaan asuransi.
POLICY NUMBER	<i>That number assigned to a group contract that contains both the account number of the policy and the policy code number. [21]</i>	Nomor yang ditetapkan pada kontrak kumpulan yang berisi nomor rekening polis dan nomor kode polis.
POLICY YEAR	<i>The time that elapses between policy anniversaries, as specified in the policy. [21]</i>	Batas waktu antar ulang tahun polis, sebagaimana ditentukan dalam polis.
POLICYHOLDER ADMINISTRATION (SELF-ADMINISTRATION)	<i>Situation whereby the group policyholder maintains all records and assumes responsibility regarding insureds covered under its insurance plan, including preparing the premium statement for each payment date and submitting it with a check to the insurer. Under this method the insurance company, in most instances, has the contractual prerogative to audit the policyholder's records. [21]</i>	Situasi dimana pemegang polis kumpulan memelihara semua catatan dan bertanggung jawab atas tanggung jawab mengenai asuransi dicakup di bawah paket, termasuk menyiapkan pernyataan premi untuk setiap tanggal pembayaran dan mengirimkannya dengan cek ke perusahaan asuransi. Dalam metode ini perusahaan asuransi, dalam banyak hal, memiliki hak kontrak untuk mengaudit catatan pemegang polis. Lihat juga Home Office Administration.
POLICYHOLDER, policyowner (Pemegang Polis)	<i>The legal entity to whom an insurer issues a contract. [21]</i>	Badan hukum (bisa perorangan secara hukum) yang membuat kontrak atau memiliki polis yang dikeluarkan perusahaan asuransi.
PREADMISSION TESTING	<i>The practice of having a patient undergo laboratory, radiology, and other prescreening tests and examinations prior to being admitted to a medical facility as an inpatient. [21]</i>	Tindakan terhadap pasien berupa tes laboratorium, radiologi, dan tes prescreening lainnya dan pemeriksaan sebelum dibawa ke fasilitas medis untuk rawat inap.
PRECERTIFICATION	<i>A utilization management program that requires the individual or the provider to notify the insurer prior to a hospitalization or surgical procedure. The notification allows the insurer to authorize payment, as well as to recommend alternate courses of action. [21]</i>	Program pengelolaan pemanfaatan yang mengharuskan seseorang atau penyedia layanan untuk memberitahu perusahaan asuransi sebelum masuk ke rumah sakit atau menjalani prosedur pembedahan. Pemberitahuan memungkinkan perusahaan asuransi untuk melakukan otorisasi pembayaran, serta merekomendasikan tindakan alternatif.
PRE-EXISTING CONDITION (kondisi yang telah ada sebelumnya)	<i>A mental or physical problem suffered by an insured prior to the effective date of insurance coverage. [21]</i>	Masalah fisik atau mental yang diderita bertanggung sebelum tanggal efektif coverage asuransi.
PRE-EXISTING CONDITIONS PROVISION (ketentuan tentang kondisi yang telah ada sebelumnya)	<i>A restriction on payments for those charges directly resulting from an accident or illness for which the insured received care or treatment within a specified period of time (e.g., three months) prior to the date of insurance. [21]</i>	Ketentuan pembatasan pembayaran atas tagihan yang diakibatkan langsung oleh kecelakaan atau penyakit dimana bertanggung menerima perawatan atau pengobatan dalam jangka waktu tertentu (misalnya, tiga bulan) sebelum tanggal asuransi.
PREFERRED PROVIDER ORGANIZATION (PPO)	<i>A managed care arrangement consisting of a group of hospitals, physicians, and other providers who have contracts with an insurer, employer, third-party administrator, or other sponsoring group to provide health care services to covered persons. [21]</i>	Pengaturan managed care terdiri dari sekumpulan rumah sakit, dokter, dan penyedia layanan lainnya yang memiliki kontrak dengan perusahaan asuransi, pengusaha, administrator pihak ketiga, atau kumpulan yang disponsori lainnya, seperti asosiasi dan serikat buruh, untuk memberikan layanan kesehatan bagi orang-orang yang dicakup.
PREMIUM (premi)	<i>The amount paid an insurer for specific insurance protection. [21]</i>	Jumlah yang dibayar kepada perusahaan asuransi perlindungan asuransi tertentu, yakni sebagai imbalan atas janjinya untuk membayar manfaat polis ketika terjadi suatu kerugian tertentu.

PREMIUM NOTICE (BILLING)	<i>The statement requesting the policyholder to pay a premium on a particular due date. The insurer may enclose a premium remittance card that should be returned with the policyholder's check. [21]</i>	Pernyataan yang meminta pemegang polis untuk membayar premi pada tanggal jatuh tempo tertentu. Perusahaan asuransi dapat melampirkan kartu penyetoran premi yang harus dikembalikan bersama cek pemegang polis.
PREMIUM RATE (Tarif Premi)	<i>The price of a unit of coverage or benefit. [21]</i>	Harga untuk satuan cakupan atau manfaat.
PREMIUM TAX (Pajak Premi)	<i>An assessment levied by a federal or state government usually on the net premium income collected in a particular jurisdiction by an insurer. [21]</i>	Pajak atau retribusi yang dikenakan pemerintah (federal atau negara bagian) biasanya atas pendapatan premi bersih yang dikumpulkan dalam yurisdiksi tertentu oleh perusahaan asuransi.
PRIMARY SURGICAL PROCEDURE	<i>For operative sessions involving more than one surgical procedure, the term used to describe the one procedure of most importance or highest complexity. [21]</i>	Pada tindakan operasi yang melibatkan lebih dari satu prosedur pembedahan, adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan satu prosedur yang paling penting atau dengan kompleksitas atau kerumitan tertinggi.
PROBATIONARY PERIOD (Masa Percobaan)	<i>A period from the policy's effective date to a specified time, usually 15 to 30 days thereafter, during which no sickness coverage is provided. [21]</i>	Jangka waktu dari tanggal efektif polis sampai waktu tertentu, biasanya 15-30 hari kemudian, dimana cakupan sakit tidak disediakan.
PROVISION (Ketentuan)	<i>A part of a group insurance contract that describes or explains a feature, benefit, condition, or requirement of the insurance protection afforded by the contract. [21]</i>	Bagian dari kontrak asuransi kumpulan yang menggambarkan atau menjelaskan fitur, manfaat, kondisi, atau persyaratan perlindungan asuransi yang diberikan oleh kontrak.

## R

RATING (pemeringkatan) (penarifan, penentuan tarif)	<i>Determining the cost of a given unit of insurance for a given year [21]</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>) Menentukan biaya satuan tertentu asuransi untuk satu tahun tertentu.</li> <li>) Menentukan persetujuan atas suatu risiko yang lebih tinggi dari pada rata-rata dengan mengenakan tingkat premi yang lebih tinggi dari pada biasanya untuk pertanggungan yang diminta, atau dengan membatasi nilai atau jenis pertanggungan yang akan diberikan.</li> </ul>
REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGE, reasonable and customary limits	<i>A charge for health care that is consistent with the average rate or charge for identical or similar services in a certain geographic area. [21]</i>	Tagihan untuk perawatan kesehatan yang konsisten dengan tarif atau tagihan rata-rata untuk layanan yang identik atau serupa di wilayah geografis tertentu.
REIMBURSEMENT	<i>An amount paid to an insured for expenses actually incurred as a result of an accident or sickness. Payment will not exceed the amount specified in the policy. [21]</i>	Jumlah yang dibayar kepada tertanggung untuk biaya yang benar-benar dikeluarkan sebagai akibat kecelakaan atau penyakit. Pembayaran tidak melebihi jumlah yang ditetapkan dalam polis.
REINSURANCE (reasuransi)	<i>Acceptance by one insurer (the reinsurer) of all or part of the risk of loss underwritten by another insurer (the ceding insurer). [21]</i>	Penerimaan perusahaan asuransi (perusahaan reasuransi) atas semua atau sebagian dari risiko kerugian yang ditanggung oleh perusahaan asuransi lain (perusahaan asuransi ceding).
RENEWAL UNDERWRITING	<i>The review of the financial experience of a group case and the establishment of the renewal premium rates and terms under which the insurance may be continued. [21]</i>	Tinjauan pengalaman keuangan terhadap suatu kasus kumpulan dan pembentukan tarif premi baru dan syarat-syarat asuransi dapat dilanjutkan.

RENEWAL, renewal provision	<i>Continuance of coverage under a policy beyond its original term by the insurer's acceptance of the premium for a new policy term. [21]</i>	Kelanjutan cakupan di bawah suatu polis karena berakhirnya periode polis dengan penerimaan premi oleh perusahaan asuransi untuk periode berikutnya.
RESCISSION (pembatalan)	<i>Voiding of an insurance contract from its date of issue by the insurer because of material misrepresentation on the application for insurance. The policy is treated as never having been issued and the sum of all premiums paid plus interest, less any claims paid, is refunded. [21]</i>	Pembatalan kontrak asuransi sejak tanggal diterbitkan oleh perusahaan asuransi karena kesalahpahaman isi pada aplikasi asuransi. Polis ini diperlakukan sebagai tidak pernah dikeluarkan dan semua premi yang dibayarkan ditambah bunga, dikurangi klaim yang dibayarkan, dikembalikan.
RESERVE, reserves (Cadangan) (cadangan dana)	<i>A sum set aside by an insurance company as a liability to fulfill future obligations. [21]</i>	Jumlah yang disisihkan oleh perusahaan asuransi sebagai kewajiban untuk memenuhi kewajiban di masa depan.
RETENTION, retention limit (Retensi) (batas retensi sendiri) (retensi sendiri)	<i>That portion of the premium kept by the insurer for expenses, contingencies, and contributions to surplus (profit). [21]</i>	Bagian dari premi asuransi yang disimpan untuk pengeluaran, kontingensi, dan kontribusi buat surplus (keuntungan).
RIDER	<i>A document that modifies or amends the insurance contract. [21]</i>	Dokumen yang memodifikasi atau memperbaiki kontrak asuransi.
RISK (Risiko) (risiko)	<i>The probable amount of loss foreseen by an insurer in issuing a contract. The term sometimes also applies to the person insured or to the hazard insured against. [21]</i>	Jumlah kemungkinan kerugian yang diramalkan oleh perusahaan asuransi dalam mengeluarkan kontrak. Istilah ini kadang-kadang juga diberlakukan kepada tertanggung atau terhadap bahaya yang diasuransikan.

## S

SCHEDULE, schedule of benefits	<i>A listing of amounts payable for specified occurrences (e.g., surgical operations, laboratory tests, X-ray services, and such). [21]</i>	Daftar jumlah yang dapat dibayar untuk kejadian-kejadian tertentu (misalnya, operasi bedah, tes laboratorium, layanan sinar X, dan sebagainya).
SECONDARY SURGICAL PROCEDURES	<i>For operative sessions involving more than one surgical procedure, the term used to describe the procedures of secondary importance, which usually are of lesser complexity. [21]</i>	Untuk operasi yang melibatkan lebih dari satu prosedur pembedahan, untuk menggambarkan pentingnya prosedur sekunder, yang biasanya lebih rendah kompleksitasnya.
SELF-ADMINISTRATION, self-administered plan	<i>Maintenance of all records and assumption of responsibility, by a group policyholder, for insureds covered under its insurance plan, including preparing the premium statement for each payment date and submitting it with a check to the insurer. The insurance company, in most instances, has the contractual prerogative to audit the policyholder's records. [21]</i>	Pemeliharaan catatan dan asumsi semua tanggung jawab, oleh pemegang polis kumpulan, atas tertanggung yang dicakup di bawah paket asuransi, termasuk menyiapkan pernyataan premi untuk tiap tanggal pembayaran dan mengirimkan bersama cek ke perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi, dalam banyak hal, memiliki hak kontrak untuk mengaudit catatan pemegang polis.
SELF-FUNDING, self-insured group insurance plan	<i>A medical benefit plan established by an employer or employee group (or a combination of the two) that directly assumes the functions, responsibilities, and liabilities of an insurer. [21]</i>	Paket manfaat medis yang didirikan oleh pengusaha atau kumpulan karyawan (atau kombinasi dari keduanya) yang secara langsung menjalankan fungsi, tanggung jawab, dan kewajiban perusahaan asuransi.
SELF-INSURANCE	<i>A program for providing group insurance with benefits financed entirely through the internal means of the policyholder, in place of purchasing coverage from commercial carriers. [21]</i>	Program untuk menyediakan asuransi kumpulan dengan manfaat sepenuhnya dibiayai pengusaha sendiri secara internal, menggantikan pembelian cakupan dari penyelenggara komersial.

SERVICES (Pelayanan)	<i>The term used to describe what is being done in terms of providing medical care (e.g., emergency room services). [21]</i>	Istilah yang digunakan untuk menggambarkan apa yang sedang dilakukan dalam hal penyediaan perawatan medis (misalnya, layanan gawat darurat).
SEVERITY (Severitas)	<i>A measure of the magnitude of a claim. [21]</i>	Ukuran besarnya klaim.
SOCIETY OF ACTUARIES	<i>A professional organization of life, health insurance, and pension insurance mathematicians. [21]</i>	Organisasi matematikawan profesional asuransi jiwa, kesehatan, dan pensiun.
STANDARD RISK (risiko standar)	<i>A person who, according to an insurer's underwriting standards, is entitled to purchase insurance protection without extra premium or special restriction. [21]</i>	Seseorang yang, menurut standar underwriting asuransi, berhak untuk membeli perlindungan asuransi tanpa tambahan premi atau pembatasan khusus.
STATE INSURANCE DEPARTMENT (Departemen Asuransi Daerah)	<i>An administrative agency that implements state insurance laws and supervises (within the scope of these laws) the activities of insurers operating within the state. [21]</i>	Lembaga administrasi negara bagian yang melaksanakan peraturan asuransi dan mengawasi (dalam lingkup peraturan ini) kegiatan operasi perusahaan asuransi dalam negara bagian itu.
STATE OF ISSUE (SITUS)	<i>The jurisdiction in which the group insurance contract is delivered or issued for delivery. [21]</i>	Yurisdiksi dimana kontrak asuransi kumpulan diberikan atau dikeluarkan untuk dikirim.
STOP-LOSS INSURANCE	<i>Protection purchased by self-funded buyers against the risk of large losses or severe adverse claim experience. [21]</i>	Perlindungan yang dibeli oleh pembeli yang mendanai sendiri programnya terhadap risiko kerugian besar atau pengalaman klaim yang merugikan.
SUBROGATION, subrogation clause	<i>The substitution of the insurer in place of an insured who claims medical expenses from a third party. [21]</i>	Penggantian perusahaan asuransi atas nama tertanggung untuk mengklaim biaya medis dari pihak ketiga.
SUPPLEMENTAL MAJOR MEDICAL INSURANCE, supplemental major medical policy	<i>A form of health insurance that augments a plan that provides basic hospital-surgical coverage. [21]</i>	Bentuk asuransi kesehatan yang menambahkan manfaat pada paket yang menyediakan cakupan rumah sakit- bedah dasar. Lihat juga comprehensive major medical insurance.
SURGICAL EXPENSE BENEFIT, surgical expense coverage (Manfaat Biaya Bedah) (pertanggunganan biaya bedah)	<i>Benefit for the physician's or surgeon's operating fees. The benefit may consist of scheduled amounts for each surgical procedure. [21]</i>	Manfaat untuk biaya dokter atau ahli bedah. Manfaat dapat terdiri dari jumlah yang dijadwalkan untuk setiap prosedur bedah.
SURGICAL SCHEDULE (Jadwal Bedah)	<i>A list of cash or unit allowances up to a maximum amount an insurer will reimburse [for various types of surgery], based on the severity of the operation. [21]</i>	Daftar uang atau harga hingga jumlah maksimum dimana perusahaan asuransi akan menggantinya [untuk berbagai jenis pembedahan], yang didasarkan pada keparahan operasi pembedahan.
SURPLUS	<i>The amount by which the value of an insurer's assets exceeds its liabilities. [21]</i>	Jumlah dimana nilai aset perusahaan asuransi en melebihi kewajibannya.

## T

TEN-DAY "FREE LOOK", free-look provision	<i>A right of the insured to examine a policy for ten days and return it for a refund of premium if not satisfied with it. A notice of this right is required to appear on the first page of health insurance policies. [21]</i>	Hak tertanggung untuk meneliti polis selama sepuluh hari dan mengembalikannya untuk pengembalian premi jika tidak puas dengannya. Pemberitahuan tentang hak ini perlu dicantumkan pada halaman pertama polis asuransi kesehatan.
THERAPEUTIC SURGERY (Bedah Terapeutik)	<i>Reparative or reconstructive surgery done to restore the patient's appearance to preinjury or presickness status, or to alleviate a severe condition that makes it impossible for the patient to function in school or business. [21]</i>	Bedah perbaikan atau rekonstruksi dilakukan untuk mengembalikan penampilan pasien seperti keadaan sebelum kecelakaan atau sebelum sakit, atau untuk meringankan kondisi parah yang membuat pasien mustahil untuk berfungsi di sekolah atau bisnis.

THIRD-PARTY ADMINISTRATION, third-party administrator	<i>That method by which an outside person or firm, not a party to a contract, maintains all records regarding the persons covered under the group insurance plan and may also pay claims using the draft book system. [21]</i>	Metode dimana orang luar atau perusahaan, bukan pihak dalam kontrak, memelihara semua catatan orang-orang yang tercakup dalam paket asuransi kumpulan dan mungkin juga membayar klaim dengan menggunakan sistem buku rancangan (draft book system).
THIRD-PARTY PAYER, third-party policy (polis pihak ketiga)	<i>Any organization, public or private, that pays or insures health or medical expenses on behalf of beneficiaries or recipients. [21]</i>	Setiap organisasi, publik atau swasta, yang membayar atau menjamin biaya kesehatan atau medis atas nama penerima manfaat.
TIME LIMIT ON CERTAIN DEFENSES, incontestability provision	<i>The two- or three-year period after which the insurer cannot deny a claim or void a policy because of pre-existing conditions or misstatements in the application. [21]</i>	Jangka waktu – dua atau tiga tahun – dimana setelah itu perusahaan asuransi tidak dapat menolak klaim atau membatalkan polis karena kondisi yang sudah ada sebelumnya atau karena pernyataan yang tidak benar dalam aplikasi asuransi.
TREND	<i>The rate of growth of the premium needed to cover claims plus expenses. [21]</i>	Laju pertumbuhan premi yang dibutuhkan untuk membayar klaim ditambah biaya-biaya.

## U

UNDERWRITER	<i>The term generally applies to (a) a company that receives the premiums and accepts responsibility for the fulfillment of the policy contract; (b) the company employee who decides whether the company should assume a particular risk; or (c) the agent who sells the policy. [21]</i>	Istilah umumnya berlaku untuk (a) sebuah perusahaan (asuransi) yang menerima premi dan menerima tanggung jawab atas pemenuhan kontrak polis; (b) karyawan perusahaan (asuransi) yang memutuskan apakah perusahaan harus mengasumsikan risiko tertentu, atau (c) agen (asuransi) yang menjual polis.
UNDERWRITING	<i>The process by which an insurer determines whether and on what basis it will accept an application for insurance. [21]</i>	Proses perusahaan asuransi untuk (1) menentukan penilaian dan penggolongan tingkat risiko yang dimiliki calon tertanggung dan (2) pengambilan keputusan untuk menerima atau menolak risiko tersebut.
UTILIZATION REVIEW	<i>A program with various approaches designed to reduce unnecessary hospital admissions and to control inpatient lengths of stay through use of preliminary evaluations, concurrent inpatient evaluations, or discharge planning. [21]</i>	Program dengan berbagai pendekatan yang dirancang untuk mengurangi penerimaan rumah sakit yang tidak perlu dan untuk mengendalikan lamanya rawat inap melalui penggunaan evaluasi awal, evaluasi bersamaan rawat inap, atau perencanaan pemulangan.
UTILIZATION, utilization management	<i>Patterns of usage for a single medical service or type of service (hospital care, prescription drugs, physician visits). Measurement of utilization of all medical services in combination usually is done in terms of dollar expenditures. Use is expressed in rates per unit of population at risk for a given period, such as number of annual admissions to a hospital per 1,000 persons over age 65 [21]</i>	Pola penggunaan untuk satu layanan medis atau jenis layanan (perawatan rumah sakit, obat resep, dokter dilihat). Pengukuran pemanfaatan semua pelayanan medis dalam bentuk kombinasi biasanya dilakukan dalam bentuk pengeluaran uang. Penggunaan dinyatakan dalam angka per unit populasi yang berisiko untuk periode tertentu, seperti jumlah admisi tahunan ke rumah sakit per 1.000 orang di atas usia 65.

## W

WAITING PERIOD (waktu tunggu)	<i>The time a person must wait from the date of entry into an eligible class or application for coverage to the date the insurance is effective. [21]</i>	Jangka waktu seseorang harus menunggu, sejak tanggal masuk ke kelas yang memenuhi syarat atau aplikasi untuk cakupan, sampai dengan tanggal asuransi efektif. Lihat juga elimination period.
-------------------------------	---	--

WORKERS' COMPENSATION  
LAW

*A statute imposing liability on employers to pay benefits and furnish care to employees injured and to pay benefits to dependents of employees killed in the course of and because of their employment. [21]*

Peraturan perundangan yang mewajibkan pengusaha untuk membayar manfaat dan memberikan perawatan kepada karyawan yang terluka dan untuk membayar manfaat bagi tanggungan dari karyawan yang meninggal dalam dinas dan karena pekerjaan mereka.

WORKERS' COMPENSATION,  
worker's compensation  
(kompensasi pekerja)

*Liability insurance requiring certain employers to pay benefits and furnish medical care to employees for on-the job injuries, and to pay benefits to dependents of employees killed by occupational accidents. [21]*

Asuransi yang mewajibkan pengusaha untuk membayar manfaat dan memberikan perawatan medis kepada karyawan untuk kecelakaan kerja, dan membayar manfaat bagi tanggungan dari karyawan yang tewas karena kecelakaan kerja.

### **Referensi:**

- [16] Asuransi Biaya Medis (PAMJAKI edisi 2000)
- [17] Administrasi Asuransi Jiwa (LOMA)
- [18] Pengoperasian Perusahaan Asuransi (LOMA)
- [19] Prinsip-prinsip Asuransi Jiwa Kesehatan dan Anuitas (LOMA)
- [20] Fraud (PAMJAKI edisi 2000)
- [21] Medical Expense Insurance (HIAA edisi 1997)
- [22] Fraud (HIAA edisi 1996)



