

Asuransi Kesehatan Suplemen

**Diterjemahkan oleh :
Prastuti Chusnun, SE, MPH, Dr.PH**

**Edisi Revisi 2011
Dra. Nurhayati, MHP, HIA, AAK**

**Diterbitkan oleh :
Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI
PT. (Persero) Asuransi kesehatan**

Asuransi Kesehatan Suplemen

**Diterjemahkan oleh :
Prastuti Chusnun, SE, MPH, Dr.PH**

**Edisi Revisi 2011
Dra. Nurhayati, MHP, HIA, AAK**

**Diterbitkan oleh :
Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI
PT. (Persero) Asuransi kesehatan**

Edisi Revisi 2011
Dra. Nurhayati, MHP, HIA, AAK

Asuransi Kesehatan Suplemen

Diterjemahkan oleh :
Prastuti Chusnun, SE, MPH, Dr.PH

Hak Cipta dilindungi undang – undang

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

diterbitkan oleh Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI
dan PT (Persero) Asuransi Kesehatan
depok

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)

Daftar Isi

<i>Bab</i>		<i>Halaman</i>
Bab I	Perkenalan Produk Asuransi Kesehatan Suplemen	1
Bab II	Suplemen Medicare	21
Bab III	Asuransi Ganti Rugi Rumah Sakit	45
Bab IV	Asuransi Penyakit Tertentu	59
Bab V	Asuransi Kecelakaan	73
Bab VI	Asuransi Perawatan Gigi	91
Bab VII	Asuransi Khusus	109
Bab VIII	Pasar Asuransi Kesehatan Suplemen	124
	Lampiran E / <i>Appendix E</i>	128
	Daftar Istilah	129

Bab I

Perkenalan Produk Asuransi Kesehatan Suplemen

Pendahuluan

Karakteristik Produk Secara Umum

Pasar Asuransi Kesehatan Suplemen

Gambaran Dari Produk Suplemen

Pengelompokan Produk Suplemen

Kesimpulan

Karakteristik Pasar dari Sisi Pembeli

Istilah-Istilah Penting

Pendahuluan

Suplemen - Sesuatu yang ditambahkan untuk melengkapi sesuatu, menutup kesenjangan, atau memperluas atau memperkuat keseluruhan

Definisi ini diambil dari *The American Heritage Dictionary of the English Language, third Edition*, memberikan gambaran yang rinci tentang alasan keberadaan dan popularitas dari banyak bentuk asuransi kesehatan suplemen. Secara sederhana dijabarkan bahwa banyak konsumen yang mempunyai keinginan yang kuat untuk membeli asuransi suplemen karena akan melengkapi asuransi kesehatan yang telah dimiliki. Perluasan asuransi kesehatan atau paket jaminan pegawai dari apa yang sudah mereka miliki saat ini dapat dikembangkan dengan menyediakan tambahan perlindungan dengan harga yang terjangkau, dengan mempertimbangkan risiko yang paling dikhawatirkannya. Selanjutnya, produk yang termasuk dalam klasifikasi ini telah tersedia dan mudah dibeli.

Pasar asuransi suplemen memainkan peran yang lebih dari hanya sekedar memenuhi kebutuhan konsumen saat ini. Ia menyediakan perusahaan asuransi dengan wadah untuk mengembangkan pasar asuransi kesehatan yang baru. Contohnya, produk *the nursing home insurance* tahun 1970 yang dapat dianggap sebagai asuransi kesehatan suplemen. Produk-produk tersebut hanya menyediakan cakupan untuk *skilled nursing care* setelah keluar dari rawat inap rumah sakit. Karena perusahaan asuransi sudah terbiasa dengan risiko ini, cakupan secara bertahap diperluas. Saat ini, produk *the nursing home insurance* telah berkembang secara perlahan menjadi *long-term care insurance* - sebuah produk yang berdiri sendiri. (tersedia buku panduan HIAA - *Long-Term Care: Knowing the Risk, Paying the Price* - dan dengan demikian tidak dibahas dalam buku ini). Asuransi perawatan gigi dan mata saat ini dipertimbangkan sebagai bagian dari pasar asuransi suplemen, meskipun secara perlahan asuransi ini dimasukkan dalam paket dasar kesehatan kelompok.

Buku ini mencakup produk asuransi kesehatan suplemen yang ada sekarang ini. Dimulai dengan bab pendahuluan, yang menjelaskan berbagai macam produk yang saat ini tersedia bagi konsumen dan mencari informasi tentang kebutuhan konsumen yang memenuhi masing-masing jenis produk. Penjelasan ringkas termasuk jenis utama produk suplemen dan besarnya pasar yang dicakup.

Bab selanjutnya dalam buku ini memberikan informasi rinci tentang masing-masing dari enam jenis produk utama yang umumnya dianggap sebagai asuransi kesehatan suplemen. Produk tersebut terdiri dari : suplemen medicare, cakupan ganti rugi rumah sakit, produk penyakit tertentu, cakupan kecelakaan, paket perawatan gigi, dan paket tertentu (termasuk obat dengan resep, perawatan mata, dan suplemen TRICARE [sebelumnya disebut *Civilian Health and Medical Paket of the Uniformed Services*, atau CHAMPUS]). Pembahasan termasuk kebutuhan konsumen tertentu yang dipenuhi oleh tiap jenis seperti halnya informasi mengenai metode distribusi dan administrasi produk. Struktur manfaat tertentu, karakteristik struktur penentuan premi, dan pertimbangan peraturan juga ditinjau untuk masing-masing produk. Bab terakhir mempertimbangkan masa depan pasar asuransi suplemen.

Pasar Asuransi Kesehatan Suplemen

Pasar asuransi kesehatan suplemen berisi susunan produk yang didistribusikan kepada konsumen dalam berbagai cara di pasar kompetitif. Agen dan broker asuransi seringkali menjual produk perorangan langsung kepada konsumen. Sistem distribusi agen terdiri dari penjual yang beroperasi dibawah kontrak dengan perusahaan asuransi melalui perjanjian manajemen. Para penjual ini bisa merupakan agen atau broker. Agen bisa dari karyawan perusahaan asuransi atau agen dimana mereka bekerja, meskipun sebagian besar agen adalah kontraktor yang independen. Agen melakukan penjualan aktual dan juga berperan penting dalam penilaian risiko di lapangan, pelayanan bagi pemegang polis dan hubungan ke publik.

Perusahaan, baik dengan atau tanpa agen dan broker, dapat menjual asuransi kesehatan suplemen melalui pemasaran massal sebagai cara untuk memperoleh prospek dalam jumlah besar secara sekaligus. Beberapa teknik pemasaran massal termasuk pos langsung, sponsor asosiasi pihak ketiga, mesin vending, dan penjualan langsung.

Lokasi distribusi yang berkembang paling cepat adalah tempat kerja konsumen. Upaya di tempat kerja ditawarkan melalui perusahaan tempat konsumen bekerja dan dirancang untuk memperkaya paket jaminan perusahaan. Paket tersebut bisa terdiri dari produk kelompok yang sukarela bagi karyawan yang melengkapi formulir keanggotaan setelah mempelajari brosur deskriptif. Hal lain, pendekatan distribusi ini dapat menggunakan produk perorangan untuk karyawan yang melengkapi aplikasi dengan bantuan penjual yang secara pribadi menjelaskan pilihan asuransi yang tersedia selama waktu kerja.

Produk suplemen juga ditawarkan melalui internet. Beberapa perusahaan asuransi dan agen asuransi mempunyai *Web Sites* yang memberikan informasi pada konsumen yang potensial tentang kebutuhan asuransi, produk suplemen, dan tarifnya.

Sulit untuk menentukan ukuran besarnya pasar asuransi kesehatan suplemen. Seringkali cakupan ini ditambahkan pada produk dasar sebagai *rider*. Sebagai contoh, mungkin saja menambahkan *accidental death rider* atau *critical illness rider* untuk penyakit tertentu pada polis asuransi jiwa. *Rider* ini biasanya tidak dihitung dalam survey produk apapun. Lebih lagi, polis kelompok perusahaan dapat menjalankan administrasi sendiri dan hanya melaporkan premi dan bukan tabulasi dari tertanggung yang dicakup. Bahkan jika jumlah tertanggung yang dilaporkan, jumlah tersebut biasanya hanya mewakili jumlah karyawan yang tertanggung dan bukan anggota keluarganya.

Masalah lain dalam penentuan besarnya pasar adalah bahwa tersedia banyak sumber untuk mendapat informasi ini, dan tiap sumber mempunyai cara pengumpulan data yang berbeda.

Dengan kondisi ini, dapat dikatakan bahwa lebih dari \$20 milyar premi tahunan diterbitkan setiap tahunnya, yang menyediakan cakupan untuk lebih dari 85 juta orang. Penting untuk disadari bahwa orang yang mempunyai lebih dari satu cakupan suplemen mungkin cakupannya akan dihitung lebih dari satu kali.

Produk suplemen Medicare adalah cakupan yang paling populer dari semua cakupan suplemen. Hampir 85% dari orang yang berusia 65 tahun atau lebih yang memiliki produk suplemen Medicare akan menyediakan cakupan lebih dan di atas apa yang telah Medicare tawarkan dan/atau bayar. Sekitar 80% dari pasar dipenuhi oleh 25 perusahaan asuransi. Pasar secara relatif dipisah secara rata menjadi dua diantara produk yang disediakan oleh organisasi *Blue Cross*, produk yang dipasarkan pada asosiasi dan kelompok afiliasi lainnya, dan polis perorangan yang dijual langsung pada konsumen. Volume total premi dari asuransi kesehatan suplemen Medicare pada tahun 1995 adalah \$12.5 milyar. Secara keseluruhan \$8.6 milyar dari premi adalah untuk polis perorangan, dan sisa \$3.9 milyar untuk bentuk polis kelompok.

Asuransi suplemen kedua terpopuler yang dilihat dari aspek penjualan premi adalah cakupan khusus kecelakaan dimana lebih dari \$2.22 milyar premi terjual, menurut hasil survey asuransi suplemen yang diselenggarakan oleh HIAA dari 95 perusahaan anggota. Polis khusus kecelakaan biasanya mencakup biaya hanya akibat kecelakaan tertentu. Karena premi rata-rata untuk polis khusus kecelakaan adalah sekitar 1/10 dari premi polis suplemen Medicare, popularitas dari cakupan yang dilihat dari jumlah tertanggung adalah cukup berarti. Diperkirakan bahwa lebih dari 30 juta orang memiliki asuransi suplemen khusus kecelakaan, yang berkisar antara polis kecelakaan pada tempat kerja yang dibeli oleh majikan untuk karyawan untuk satu trip penerbangan yang dijual di bandara. Sekurangnya 35 perusahaan asuransi secara aktif menawarkan dengan dasar kelompok, dan lebih dari 80 perusahaan menawarkan dengan menggunakan produk perorangan.

Asuransi perawatan gigi menyediakan cakupan untuk prosedur preventif dan kuratif adalah produk suplemen terpopuler berikutnya, yang memproduksi sekitar \$1.7 juta dari premi tahunan. Hampir 40 perusahaan menawarkan produk ini, umumnya dengan dasar kelompok. Hal ini tidak termasuk paket perawatan gigi suplemen yang merupakan bagian dari paket *managed care* seperti *health maintenance organizations* (HMOs) atau *self-insured group medical trust*. Termasuk didalamnya, cakupan perawatan gigi yang masuk sebagai garis produk suplemen terbesar kedua.

Setelah 3 produk tersebut, paket suplemen populer berikutnya adalah cakupan penyakit tertentu seperti asuransi kanker - yang menyediakan cakupan hanya untuk biaya yang berkaitan dengan kanker, dan paket indemnity rumah sakit, yang menyediakan cakupan harian untuk rawat inap. Menurut survey suplemen HIAA, polis-polis kanker dan paket ganti rugi rumah sakit secara berturut-turut telah mengumpulkan \$1.1 milyar dan \$0.8 milyar dalam bentuk premi tahunan. Sekitar 65 perusahaan menawarkan polis penyakit tertentu, dan lebih dari 100 perusahaan memasarkan Paket indemnity rumah sakit. Sebagian besar cakupan ini ditentukan dalam polis perorangan.

Pengelompokan Produk Suplemen

Asuransi kesehatan adalah serangkaian cakupan yang luas yang menyediakan pembayaran cakupan untuk kerugian akibat biaya medis, kecelakaan, kecacatan, dan kematian karena kecelakaan atau kehilangan anggota tubuh akibat kecelakaan. Konsumen membeli asuransi kesehatan, baik dasar dan suplemen, dengan berbagai alasan. Beberapa produk memberikan perlindungan terhadap biaya pelayanan kesehatan. Perlindungan ini sering dianggap sebagai keharusan. Kebutuhan universal untuk perlindungan ini adalah salah satu dari upaya yang secara periodik mempercepat proses reformasi pelayanan kesehatan. Asuransi kesehatan lain dibeli untuk memberikan perlindungan atas risiko berkurangnya penghasilan atau kehilangan sumber keuangan sebagai akibat dari sakit atau kecelakaan.

Cakupan dasar (non-suplemen) yang dibeli baik sebagai bagian dari kelompok karyawan atau perorangan, sangat jarang menyediakan cakupan total. Hampir selalu ada kesenjangan yang berarti. Contohnya, produk medis baik untuk kelompok maupun perorangan memiliki nilai maksimum *deductible*, *coinsurance* dan cakupan maksimal. Bahkan paket *managed care* memiliki *co-payment* dan batasan pada PPK yang dapat digunakan. Selanjutnya, paket cuti sakit hanya dapat tersedia untuk tingkat strata karyawan tertentu, dan paket kecacatan mempunyai periode bebas manfaat dan waktu tunggu.

Hanya sedikit perusahaan yang mampu membuat paket kelompok sangat komprehensif sehingga dapat menampung seluruh kebutuhan asuransi untuk semua karyawan. Sejalan dengan meningkatnya biaya paket manfaat, perusahaan secara bertahap mengharuskan karyawan untuk menanggung risiko yang lebih besar. Sementara sebagian besar dari risiko umum dilindungi melalui paket jaminan kelompok, dimana tiap karyawan mempunyai kondisi perorangan atau keluarga yang khas.

Untuk orang yang membeli asuransi perorangan, beberapa jenis produk dasar perorangan mungkin tidak tersedia karena usia seseorang, pekerjaan, atau karena risiko. Perlindungan penghasilan akibat kecacatan mungkin tidak dapat terjangkau oleh banyak konsumen.

Ada kondisi lain dimana orang dengan asuransi kesehatan kelompok atau perorangan akan sadar bahwa diri mereka terkena risiko yang tidak tercakup dalam paket asuransi dasar. Ada kebutuhan khusus yang berkaitan dengan kesehatan tertentu untuk satu atau lebih anggota keluarga. Dan juga, *risk-averse* individual mungkin tidak pernah merasa bahwa semua kebutuhan asuransinya secara penuh tercakup dalam asuransi dasar. Asuransi suplemen dapat mengisi semua kesenjangan ini.

Penting untuk memahami bahwa setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda terhadap risiko dan mungkin lebih atau kurang *risk-averse* dibanding orang lain. Persepsi risiko sering muncul dari pengalaman pribadi yang dialami oleh seseorang, anggota keluarganya, atau teman akrab. Risiko juga dapat terkait dengan kemampuan seseorang untuk menghitung dampak keuangan dari kecelakaan atau sakit dengan menggunakan tabungan yang ada atau perlindungan asuransi dasar yang tersedia.

Polis asuransi suplemen dirancang, diberi harga dan dijual sebagai pelayanan tambahan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dasar bagi perorangan atau keluarga. Jaminan asuransi suplemen umumnya dibayar pada tertanggung, yang memiliki kebebasan untuk menentukan bagaimana mereka menggunakan asuransinya. Biasanya jaminan digunakan untuk tiga tujuan:

- Untuk mencakup biaya medis (dokter, rumah sakit, klinik, obat, tes, dsb) yang tidak tercakup oleh cakupan dasar; dan
- Untuk mencakup biaya terkait (perjalanan, penginapan, konsultasi, dsb.) yang tidak dapat terjadi kecuali karena sakit atau kecelakaan; dan
- Untuk mencakup kerugian penghasilan yang mungkin tidak hilang kecuali akibat sakit atau kecelakaan.

Cakupan Suplemen untuk Biaya Medis

Cakupan perawatan kesehatan dasar bermaksud secara langsung mengganti biaya bertanggung atau PPK untuk biaya aktual yang muncul dari kebutuhan pelayanan kesehatan dalam rangka pemulihan atau pemeliharaan kesehatan seseorang sampai pada taraf yang secara umum diterima oleh komunitas medis sesuai dengan usia dan riwayat kesehatan seseorang. Produk suplemen dalam kategori ini memperluas cakupan, mengisi kesenjangan dalam manfaat, atau memenuhi kebutuhan tertentu jangka pendek.

Jenis-Jenis Produk Biaya Medis Suplemen

Memperluas jenis kondisi bertanggung. Asuransi perawatan gigi dan mata adalah dua contoh dari jenis produk suplemen ini. Sebagian besar paket medis dasar hanya menyediakan cakupan perawatan gigi akibat kecelakaan. Cakupan perawatan mata disediakan baik sebagai akibat kecelakaan atau ketika kondisi medis tertentu seperti glaukoma atau katarak terjadi. Asuransi perawatan gigi suplemen memperluas cakupan dengan menyediakan biaya untuk pemeriksaan gigi rutin, perawatan gigi biasa, dan alat-alat untuk mulut. Asuransi suplemen perawatan mata memperluas cakupan dengan menyediakan biaya pemeriksaan mata rutin dan lensa mata.

Mengisi kesenjangan. Asuransi suplemen Medicare dirancang untuk mengisi kesenjangan yang ditawarkan oleh pemerintah - yaitu asuransi pelayanan kesehatan untuk orang tua- dengan meningkatkan jumlah hari cakupan rawat inap dan dengan mencakup *deductible*, *coinsurance* dan kelebihan tagihan. Asuransi suplemen ini juga dapat memperluas cakupan *managed care* dengan menyediakan biaya pengobatan selama perjalanan ke luar negeri, penyembuhan di rumah, perawatan medis *preventive*, dan obat dengan resep dokter. Beberapa manfaat tersebut mengandung semua polis suplemen Medicare yang sudah distandarisasi sementara manfaat lainnya adalah pilihan.

Variasi asuransi suplemen Medicare disediakan oleh kontrak *Medicare SELECT*. Polis ini mencakup biaya yang muncul untuk pelayanan medis yang disediakan dalam jaringan khusus yang ditawarkan di PPK. Premi dari polis tersebut cenderung lebih rendah dibanding paket standar. Akan tetapi pelayanan diluar jaringan perawatan diperbolehkan dalam kondisi pengobatan darurat.

Mencakup kebutuhan jangka pendek tertentu. Beberapa produk menyediakan biaya pelayanan medis untuk kebutuhan jangka pendek, seperti partisipasi dalam kegiatan atletik atau untuk penyelamatan, evakuasi, dan perawatan medis untuk pendaki gunung, atau pemain ski. Produk jangka pendek lainnya yang menyediakan cakupan perawatan kesehatan untuk orang Amerika yang melakukan perjalanan ke luar negeri atau untuk pengunjung dari luar negeri ke Amerika. Umumnya masalah asuransi untuk jenis cakupan suplemen ini berlaku hanya apabila kegiatan tersebut dicakup.

Kebutuhan akan Cakupan Suplemen untuk Biaya Medis

Nilai dalam asuransi kesehatan suplemen berasal dari persepsi konsumen untuk risiko yang terlibat. Merawat orang yang tidak sehat - orang tua, contohnya, atau anak-anak - umumnya diterima sebagai sesuatu yang patut, atau pantas secara moral untuk dilakukan. Di Amerika Serikat, upaya memperpanjang usia untuk anggota keluarga, bahkan untuk beberapa minggu atau bulan, seringkali dilakukan dengan berapapun biayanya, bahkan jika menghabiskan sejumlah besar sumber keuangan keluarga.

Asuransi kesehatan suplemen, seperti polis suplemen *Medicare*, dilihat sebagai cara untuk menyerap potensi biaya perawatan yang tinggi dari penyakit yang sering menjadi ancaman hidup yang biasanya diderita oleh usia lanjut. Diantara populasi tersebut, ada banyak kemungkinan bencana medis dengan dampak keuangan yang besar untuk diabaikan.

Tidak berarti bahwa pendekatan Amerika untuk menggunakan pengobatan yang mahal adalah sesuatu yang khas. Mungkin situasi kebudayaan ini adalah akibat karena mempunyai akses untuk teknologi medis yang paling terkini di dunia. Atau mungkin ada kepercayaan bahwa semua orang harus memiliki kesempatan terbaik untuk kesehatan yang baik dan umur yang panjang. Di beberapa negara lain, rasio sumber perawatan kesehatan adalah sebuah fungsi dari Paket kesehatan nasional.

Sebagai contoh, gagal ginjal adalah salah satu kondisi fisik yang umum terjadi sebelum kematian orang yang berusia lanjut. Dengan berbagai cara, ini hanya merupakan bagian dari proses kematian alami. Akan tetapi, ada kemungkinan untuk mengobati gagal ginjal dengan dialisis. Di Jerman, dialisis ginjal jarang dilakukan untuk setiap orang yang berusia di atas 70 tahun. Di Amerika Serikat, ini adalah pengobatan yang paling umum diterima untuk setiap orang pada usia berapapun.

Ada beberapa contoh pengobatan medis yang berdampak pada orang dari segala usia. Bedah jantung lebih umum dilakukan saat ini dibanding lima tahun yang lalu. Terapi genetik dapat menawarkan kemungkinan medis yang tidak terpikirkan sampai saat ini. Karena banyak orang Amerika yang mempercayai bahwa mereka berhak untuk bentuk pelayanan medis yang termahal sekalipun, mereka bersedia mempersiapkan kebutuhan untuk perawatan tersebut dengan membeli asuransi suplemen.

Sementara beberapa jenis cakupan perawatan kesehatan suplemen dirancang untuk situasi bencana medis seperti beberapa yang dijelaskan di atas, jenis lainnya dibangun untuk membantu keluarga dengan jenis pelayanan yang lebih rutin dilakukan untuk pemeliharaan kesehatan. Asuransi perawatan gigi dan mata termasuk dalam kategori ini. Disini manfaat maksimum relatif murah. Akan tetapi, dengan memiliki jenis asuransi ini, konsumen didorong untuk mencari pelayanan yang sering dan rutin yang memperkecil kebutuhan untuk pekerjaan yang lebih mahal atau lebih luas. Cakupan ini menyediakan cara yang mudah untuk menganggarkan pembiayaan untuk pengobatan yang sesuai. Lebih penting lagi, cakupan seringkali termasuk akses untuk jaringan provider perawatan gigi atau mata yang menawarkan pelayanan mereka dengan potongan harga atas struktur standar harga eceran, sehingga menawarkan kepada tertanggung pelayanan yang lebih baik dengan harga lebih murah dibanding yang mampu ia peroleh.

Asuransi obat yang diresepkan juga memberikan akses kepada tertanggung untuk pelayanan yang lebih murah dengan potongan harga yang tersedia untuk obat generik atau untuk obat-obatan yang dibeli dalam jumlah besar melalui pos.

Cakupan Suplemen dari Biaya yang Terkait

Banyak kecelakaan dan sakit yang mengakibatkan dampak keuangan yang berarti yang berpengaruh luas terhadap gaya hidup orang atau keluarga yang terkait. Banyak polis suplemen yang menyediakan jaminan tunai untuk orang yang memiliki pengalaman kecelakaan atau penyakit yang menghabiskan biaya dalam jangka panjang. Jaminan tersebut mencakup biaya yang terkait dan kerugian penghasilan pada saat seseorang lemah/lumpuh atau dirawat di rumah sakit. Tidak ada kaitan langsung untuk biaya medis yang muncul kecuali bahwa jaminan tunai itu dibayar ketika peristiwa medis tertentu terjadi. Ini kemudian tergantung pada kebebasan tertanggung dalam menentukan untuk memakai jaminan tersebut terhadap pembayaran biaya-biaya yang terkait (biaya-biaya tersebut baik medis dan nonmedis yang secara alami, yang tidak pernah terjadi kecuali akibat kecelakaan atau sakit) dan untuk menggantikan kerugian kehilangan penghasilan.

Tingkat jaminan tunai yang dipilih oleh tertanggung tergantung pada tingkat dimana tertanggung bersedia untuk menerima standar hidup lebih rendah atau mengasuransikan sendiri (*self-insured*) segala kemungkinan. Asuransi sendiri biasanya berarti bergantung pada tabungan, keluarga, atau teman-teman untuk menyediakan bantuan keuangan yang diperlukan.

Jenis-jenis Cakupan Suplemen untuk Biaya Terkait

Satu dari penggunaan yang paling umum dari asuransi kesehatan suplemen adalah untuk menyediakan penghasilan dalam hal apabila tertanggung sakit atau lumpuh dan tidak mampu untuk bekerja. Banyak orang bekerja untuk perusahaan yang tidak mempunyai cuti sakit jangka pendek atau Paket *disability* (kecacatan), dan mereka dibayar hanya jika mereka bekerja. Maka, bagaimanapun, beberapa keadaan dapat menimbulkan ketidakmampuan untuk bekerja. Asuransi ganti rugi rumah sakit dan asuransi kecacatan hanya akibat kecelakaan adalah dua jenis produk asuransi suplemen yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Produk suplemen lainnya mencakup biaya nonmedis akibat kecelakaan atau sakit. Contohnya, jika tertanggung membutuhkan pengobatan khusus pada fasilitas medis berjarak jauh dari tempat tinggalnya, biaya perjalanan untuk tertanggung dan anggota keluarganya dapat terjadi. Atau anggota keluarga mungkin perlu mengurangi jumlah waktu kerja yang dapat mereka luangkan untuk merawat tertanggung pada saat ia dirawat di rumah. Biaya lainnya yang dapat muncul untuk modifikasi alat tertentu di rumah setelah stroke yang melumpuhkan atau *paralysis* akibat kecelakaan. Biaya untuk pemasangan *ramp* atau *lift* kursi roda dan pembuatan kamar mandi, dapur, atau mobil yang dapat dinaiki yang tidak dapat digantikan biayanya melalui Paket asuransi medis dasar apapun. Produk asuransi kesehatan suplemen yang dapat menyediakan jenis-jenis manfaat tersebut termasuk cakupan penyakit tertentu, seperti kanker atau asuransi penyakit kronis, dan paket asuransi kecelakaan perorangan.

Kebutuhan Untuk Cakupan dari Biaya-Biaya yang Terkait

Perlindungan suplemen dibutuhkan untuk membantu perorangan atau keluarga pulih dari (a) kerugian kehilangan penghasilan akibat kecelakaan atau sakit yang lebih dari yang disediakan oleh polis kecacatan dasar atau (b) biaya-biaya nonmedis tambahan yang menyertai kecelakaan atau sakit parah. Pada banyak kasus, memperluas cakupan seseorang untuk hal-hal yang tidak termasuk dalam asuransi dasar atau paket manfaat karyawan.

Suplemen pengganti pendapatan. Kebutuhan untuk menggunakan produk suplemen kesehatan dan suplemen kecelakaan sebagai substitusi penghasilan dasar ternyata jauh lebih besar dibanding dari yang para profesional asuransi sadari. Menurut *The Employee Benefits Research Institute*, 48 persen dari seluruh pekerja (bukan petani) di perusahaan swasta tidak memiliki paket cuti sakit jangka pendek. Jumlah yang ternyata cukup besar ini didukung oleh studi terakhir yang mengindikasikan bahwa 50 persen dari seluruh pekerja di sektor swasta tidak memiliki cakupan cuti sakit.

Informasi ini menunjukkan bahwa kebanyakan orang hanya dibayar bila bekerja, dan mereka akan tetap bekerja meskipun menderita luka atau sakit ringan, atau tinggal di rumah sesingkat mungkin. Sudah jelas mereka tidak dapat bekerja bila dirawat di Rumah Sakit. Dan kondisi yang membutuhkan perawatan rumah sakit cenderung cukup serius sehingga membutuhkan masa penyembuhan yang lebih lama.

Cakupan ganti rugi rumah sakit mempunyai daya tarik yang sangat besar terutama berkaitan dengan risiko kehilangan penghasilan setelah perawatan di rumah sakit. Tunjangan harian dapat kurang lebih menyamai kehilangan penghasilan. Bahkan tunjangan untuk anggota keluarga lainnya dapat dianggap sebagai pengganti kehilangan penghasilan karena pasangan atau orang tua tidak bekerja penuh waktu sehingga dapat menemani anggota keluarga yang sakit. Bagi 50 persen dari pegawai sektor swasta yang tidak memiliki cuti sakit disarankan untuk mempunyai cakupan pengganti biaya rumah sakit, asuransi suplemen berbiaya rendah yang memberikan perlindungan terhadap kerugian pendapatan dalam situasi tertentu seperti luka-luka atau penyakit parah.

Produk "*Disability Income Traditional*" dapat mensubstitusi penghasilan dengan cara yang lebih lengkap. Sayangnya, produk-produk ini sering tidak tersedia atau tidak terjangkau oleh para pekerja. Produk "*Traditional Replacement Income*" biasanya dijual dengan menggunakan "*extensive financial*" dan kontrak fisik sehingga biaya meningkat dan juga mengabaikan masyarakat berisiko tinggi. Cakupan substitusi *disability* umumnya melakukan penilaian resiko yang tidak kaku.

Terlepas dari dampak penilaian resiko, paket substitusi penghasilan masih belum tersedia untuk semua orang yang mencari perlindungan cacat jasmani seperti pekerja separuh waktu atau pegawai dengan profesi-profesi tertentu.

Walaupun cakupan itu tersedia, "*traditional disability income protection*" mungkin tidak terjangkau oleh mereka yang berpenghasilan menengah. Contohnya, penghasilan menengah untuk keluarga beranggota 4 orang di Amerika Serikat adalah sekitar \$40,000. Setelah dipotong pajak penghasilan, seorang pekerja rendah seperti tukang pipa atau tukang kayu dapat mengeluarkan \$1500 atau hampir 4 persen dari gaji tahunannya, untuk mendapat cakupan yang dimulai setelah 30 hari masa tenggang dan mempunyai cakupan jaminan selama hanya 5 tahun. Biaya-biaya ini dapat lebih tinggi untuk orang-orang berisiko tinggi dan biaya lebih rendah untuk supervisor dan pekerja kantor. Kebanyakan keluarga berpenghasilan \$40,000 akan merasa sulit untuk mengalokasikan \$1,500 untuk asuransi penghasilan karena akan mengambil porsi yang besar dari sumber keuangan yang terbatas. Sehingga, cakupan ini sering tidak dibeli.

Selain asuransi ganti rugi rumah sakit, asuransi hanya untuk cacat jasmani karena kecelakaan adalah produk suplemen untuk proteksi kehilangan penghasilan jangka pendek. Produk yang relatif murah ini menarik bagi banyak orang. Selain itu, cakupan ini sering

disediakan sejak hari pertama cacat jasmani, faktor yang secara alamiah menarik porsi besar pekerja yang tidak memiliki cuti sakit.

Untuk pekerja muda yang jarang sakit atau pekerja tua yang sehat, asuransi cacat jasmani karena keelakaan ini adalah cukup bagus. Asuransi ini menyediakan cakupan untuk kecelakaan tak terduga dan dapat menjaga agar biaya keseluruhannya masih dalam jangkauan. Banyak orang yang sadar akan kesehatannya merasa tidak perlu untuk mengeluarkan tambahan biaya untuk cakupan. Meskipun kelihatannya seperti membuang uang dengan membeli sesuatu yang tidak berguna, akan tetapi, setiap tahun, berdasarkan National Safety Council, 19,3 juta orang mengalami kecacatan lebih dari satu hari akibat kecelakaan.

Cakupan Suplemen untuk Pengeluaran Terkait. Konsekuensi keuangan sebagai akibat kecelakaan atau sakit, sering kali melebihi kerugian penghasilan, biaya medis Rumah Sakit, dokter, dan perawatan. Bila seorang anggota keluarga menerima perawatan medis, tambahan biaya muncul, seperti biaya hidup selama tidak berada di rumah, perawatan anak-anak, transportasi, dan bantuan rumah tangga. Selain itu, sering menjadi hal yang penting bila seorang anggota keluarga cuti dari pekerjaannya agar dapat berperan sebagai perawat selama masa penyembuhan.

Ketika dirawat di Rumah Sakit, anggota keluarga ingin berada di dekatnya. Tidak jarang mereka menunggu secara intensif di Rumah Sakit, mereka mengunjungi Rumah Sakit setiap hari. Biaya-biaya yang muncul adalah seperti: Biaya transportasi, biaya makan di luar rumah, dan bila mempunyai anak, akan ada biaya menjaga anak. Kadang-kadang, tambahan biaya hidup muncul bila salah seorang anggota keluarga ingin selalu berada di dekat pasien di Rumah Sakit. Dalam situasi ini, dia akan menginap di sebuah motel dekat rumah sakit. Ini biasanya terjadi jika pasien memerlukan perawatan khusus yang ditawarkan di sebuah Rumah Sakit daerah atau bahkan jika tempat tinggalnya lebih dari satu atau dua jam perjalanan dari Rumah Sakit setempat.

Dampak pada keluarga yang menderita penyakit atau kecelakaan serius adalah sangat besar. Sebuah studi menunjukkan bahwa lebih dari 2.100 keluarga pasien yang pernah dirawat untuk satu dari sembilan penyakit serius seperti gagal pernapasan, gagal jantung, gangguan paru-paru dan kanker usus besar, jelas mengalami dampak ini. Tiap sembilan kondisi diatas, berkaitan dengan harapan 30-70% tingkat kematian dalam jangka waktu 6 bulan. Dengan kata lain, kondisi tersebut cukup serius. Hasil dari studi ini menunjukkan bahwa 1/3 dari pasien memerlukan perawatan yang intensif yang diberikan oleh anggota keluarga. Beban berat dari para keluarga ini yang dilaporkan oleh keluarga adalah termasuk kebutuhan perubahan pola hidup yang besar karena merawat pasien dan ketidakmampuan berfungsi normal karena stres. Kurang dari 31% keluarga melaporkan telah kehilangan hampir seluruh tabungannya. Sebagian keluarga (29%) melaporkan kehilangan sebagian besar sumber pendapatan rumah tangganya. Setidaknya satu dampak yang besar adalah membutuhkan lebih dari sekedar asisten perawat, menurut pengalaman 55% dari keluarga.

Studi ini diperuntukkan bagi individu dibawah usia 65 tahun dan pada para senior. Ditemukan pula bahwa keluarga dari pasien berusia muda lebih cenderung untuk mengalami beban keuangan yang sangat berat. Ini berkaitan dengan rendahnya tingkat tabungan keluarga muda. Sedangkan untuk pasien yang berusia diatas 65 tahun, jarang mengalami kerugian penghasilan bila penyakit parah dialami. Dampak keuangan pada situasi ini dapat dikurangi dengan berbagai produk suplemen asuransi proteksi keuangan, termasuk asuransi kanker, asuransi penyakit kritis, dan asuransi ganti rugi Rumah Sakit.

Karakteristik Pasar dari Sisi Pembeli

Berbagai studi telah menunjukkan bahwa produk-produk suplemen tidak dikonsumsi oleh orang dari tipe demografik tertentu. Tetapi, mereka tampak mewakili seluruh penduduk. Kenyataannya, orang yang membeli asuransi kesehatan suplemen, cenderung termasuk dalam golongan menengah orang Amerika dilihat dari aspek pendapatan, pendidikan dan pekerjaan.

Sebuah studi menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara konsumen yang memiliki dan tidak memiliki satu dari produk suplemen – asuransi ganti rugi Rumah Sakit – dalam setiap variabel analitik. Para peneliti terkesima bagaimana dua kelompok konsumen yang kelihatannya berbeda ternyata memiliki sikap dan perilaku yang hampir sama tentang : “bahwa rawat inap yang lama di rumah sakit adalah hal yang biasa, orang yang menolak risiko, dan orang yang tergantung pada penghasilan pekerjaannya atau yang memiliki sedikit uang .

Mungkin yang lebih penting, studi menunjukkan bahwa orang membeli cakupan ini bukan untuk mengganti asuransi pengeluaran medis dasar, melainkan untuk tambahannya. Untuk sebagian hal ini mungkin terjadi karena kenyataan bahwa polis medis dasar ini memiliki keterbatasan manfaat “*room and board*”. Sebuah studi yang dilakukan oleh sebuah perusahaan besar asuransi suplemen kesehatan menunjukkan bahwa 80% dari pemegang polis telah terjamin di bawah paket pemeliharaan kesehatan dasar, seperti asuransi kesehatan umum, HMOs, atau paket pemeliharaan kesehatan yang lain. Studi ini juga menunjukkan pasar demografik untuk produk-produk suplemen perusahaan untuk pendapatan, pendidikan dan pekerjaan.

Pendapatan

75% pemegang asuransi kesehatan suplemen memiliki pendapatan tahunan antara \$10,000 dan \$49,000. 61% dari populasi Amerika berpenghasilan antara jumlah tersebut. Maka, pembeli asuransi ini adalah orang-orang yang berpendapatan menengah, dan sebagian kecil yang berpendapatan rendah dan tinggi. Ini dimungkinkan karena asuransi ini tidak dipasarkan untuk orang yang memenuhi syarat untuk Medicaid, dan orang yang berpenghasilan lebih tinggi mungkin lebih mampu untuk mengasuransikan dirinya pada banyak suplemen berisiko.

Pendidikan

77% dari pembeli asuransi suplemen adalah lulusan sekolah menengah atas atau di atasnya, prosentase yang hampir menyamai populasi penduduk Amerika yang memegang diploma sekolah menengah atas dan tingkat akademi-78% pada tahun 1991. Ini merupakan indikasi lain bahwa produk-produk asuransi suplemen telah secara luas menjadi daya tarik dan bahwa jumlah pembeli asuransi ini hampir menyamai jumlah seluruh populasi.

Pekerjaan

Satu per tiga dari pemegang polis adalah para manajer, pemilik usaha, atau para profesional, yang lebih besar dibandingkan rata-rata penduduk Amerika. Separuh dari kelompok (52%) sebagai pekerja kasar (dibandingkan dengan rata-rata penduduk Amerika adalah 43%), dan mungkin yang paling menarik, 54% bekerja untuk perusahaan-perusahaan yang tenaga kerjanya kurang dari 25

orang. Perusahaan jenis ini adalah salah satu yang tidak mampu untuk menyediakan tunjangan-tunjangan yang menguntungkan bagi karyawannya.

Karakteristik Produk Secara Umum

Produk-produk asuransi suplemen memiliki beberapa karakteristik unik yang membedakan mereka dari asuransi yang lain (yang memiliki penilaian resiko yang lebih lengkap, premi lebih besar, tingkat kelas yang lebih luas, peningkatan biaya, masa eliminasi, dan koordinasi manfaat). Satu-satunya pengecualian adalah polis *Medicare supplement*, yang mempunyai peningkatan tarif. Karakteristik produk-produk suplemen ini tercakup dalam pembahasan berikut.

Penilaian resiko

Hampir semua paket asuransi kesehatan dan suplemen kecelakaan ditawarkan dengan sedikit atau tanpa penilaian resiko, sehingga jumlah orang yang masuk kualifikasi untuk cakupan ini maksimal. Pendekatan ini memungkinkan karena sifat pemicu atau pencetus manfaat ada didalamnya. Contohnya, polis khusus kecelakaan menunjukkan bahwa suatu kecelakaan harus terjadi; polis penggantian biaya Rumah Sakit mengharuskan perawatan Rumah sakit. Beberapa keuntungan yang muncul tersebut dapat mengurangi kemungkinan para pengguna memanipulasi situasi klaim mereka.

Untuk beberapa produk suplemen, ada beberapa penilaian resiko yang dibutuhkan. pertanyaan dalam aplikasi terbatas dari pertanyaan-pertanyaan kesehatan yang berhubungan langsung dengan penilaian resiko yang disediakan. Contohnya, aplikasi asuransi kanker dapat menanyakan tentang riwayat kanker dari pemohon. Polis lain menolak dampak dari anti-seleksi dengan mengabaikan setiap kondisi sebelumnya dari penilaian resiko selama 6 atau 12 bulan pertama polis tersebut berlaku. Alternatif-alternatif penilaian resiko tersebut membantu dalam mengurangi biaya untuk penilaian resiko dan dalam kecepatan proses penerbitan polis.

Pendekatan penilaian resiko untuk paket-paket *Medicare supplement* ini dilindungi oleh hukum negara bagian. Pada saat orang memenuhi syarat untuk Medicare, mereka dijamin bahwa polis-polis suplemen akan dikeluarkan tanpa pertanyaan mengenai penilaian resiko. Beberapa kontrak dikeluarkan menjamin seluruh kondisi, sementara yang lain mengabaikan kondisi-kondisi “*pre-existing*” untuk jangka waktu sampai 6 bulan. Setelah seseorang telah diikutsertakan dalam Medicare selama 6 bulan, pertanyaan-pertanyaan penilaian resiko mungkin akan ditanyakan terhadap setiap aplikasi polis yang baru. Akan tetapi, apabila polis *Medicare supplement* ini menggantikan polis suplemen Medicare yang sudah ada, maka polis yang baru harus memperhitungkan periode waktu dimana polis yang asli telah memasukkan setiap periode pengecualian kondisi “*pre-existing*” .

Kondisi “pre-existing”

Berdasarkan *National Association of Insurance Commissioners (NAIC)*, kondisi “*pre-existing*” adalah gejala-gejala yang biasanya mengakibatkan seseorang mencari diagnosa, perawatan, atau pemeliharaan dalam periode 5 tahun sebelum tanggal efektif cakupan dari orang yang diasuransikan, atau kondisi dimana anjuran atau perawatan medis direkomendasikan atau

diterima dari dokter dalam periode 5 tahun sebelum tanggal efektif cakupan dari orang yang diasuransikan.

Perusahaan asuransi mendefinisikan kondisi “*pre-existing*” secara berbeda dengan menggunakan kerangka waktu kurang (tapi tidak pernah lebih) dari 5 tahun yang disusun dalam model *NAIC*. Beberapa perusahaan menyediakan cakupan segera untuk kondisi “*pre-existing*”. sementara perusahaan lain hanya memberlakukan kondisi “*pre-existing*.” Selama 6, 12, atau 24 bulan tergantung dari tanggal efektif cakupan.

Perusahaan asuransi juga dapat mengubah jangka waktu yang dibutuhkan oleh pemegang polis untuk menunggu sebelum kondisi “*pre-existing*” mereka dijamin. Beberapa perusahaan menyediakan cakupan segera. Yang lainnya mengharuskan pemegang asuransi menunggu selama beberapa bulan. Beberapa kondisi “*pre-existing*” ditiadakan dari cakupan.

Premi Tetap

Penetapan harga dasar untuk produk-produk suplemen seringkali dibuat agar harga tidak secara otomatis berubah menurut usia tertanggung. Dalam beberapa kasus, hal ini ditetapkan dengan memberikan harga yang sama untuk semua usia. Dalam hal lain, nasabah dibebani harga yang berbeda-beda tergantung pada usia tertanggung pada saat premi itu dibayar. Hal ini dilakukan untuk mengantisipasi tertanggung akan melanjutkan pembayaran premi dengan harga yang sama selama polis tersebut berlaku. Kenaikan harga hanya diperlukan apabila biaya manfaat melampaui harga yang diperkirakan pada saat produk dibuat.

Pemberian manfaat di bawah polis asuransi suplemen dibayar pada harga tetap dalam basis harian atau bulanan. Manfaat biasanya tidak naik sejalan dengan inflasi.

Walaupun dalam produk-produk suplemen dimana manfaat biasanya meningkat, seperti suplemen *Medicare*, kenaikan biasanya sejalan dengan kenaikan *Medicare deductible* dan *co-payment* dan inflasi kenaikan harga kesehatan.

Premi Kecil

Selain premi *Medicare supplement*, yang rata-rata ditutup pada angka \$1,000 per orang per tahun, Tarif tahunan untuk paket suplemen biasanya kurang dari \$500, dan dalam beberapa kasus kurang dari \$200. Premi yang murah dari produk-produk ini memiliki banyak implikasi sehubungan dengan polis yang dilaksanakan. Administrasi harus sangat efisien dalam rangka menjalankan operasional dengan uang yang tersedia pada margin harga. Ongkos premi dan pengumpulannya harus ditangani dengan biaya yang efektif. Fungsi penilaian resiko dan klaim harus mengurangi waktu dan biaya yang dikeluarkan untuk mengkualifikasi nasabah. Seringkali, manfaat dirancang sedemikian rupa untuk membantu proses ini. Meskipun menggunakan pendekatan administratif yang mengurangi biaya, pengeluaran-pengeluaran ini cenderung lebih tinggi proporsinya pada premi, dibanding produk-produk dengan premi yang lebih besar.

Guaranteed Renewable atau Non-cancelable

Pembeli dari cakupan suplemen menginginkan asuransi yang memungkinkan mereka untuk melanjutkan cakupan apabila terjadi perubahan kondisi kesehatan. Kontrak *guaranteed renewable* menyediakan jenis asuransi seperti ini. Di bawah polis ini, harga dapat dinaikkan apabila manfaat melampaui harga yang diharapkan. Polis *Medicare supplement*, kontrak penyakit tertentu, dan kebanyakan produk-produk suplemen lainnya termasuk dalam jenis polis ini.

Beberapa produk-produk suplemen dibuat agar tidak dapat dibatalkan (*non cancelable*). Dengan produk ini, perusahaan menjamin bahwa tarif tidak akan diubah dan polis dapat diperbaharui untuk selama waktu yang diinginkan oleh nasabah, sampai sekurangnya usia tertentu, misalnya 65 tahun. Hal ini memungkinkan karena stabilitas dari risiko yang dijamin. Jenis yang dapat diperbaharui ini seringkali ditemukan pada cakupan khusus kecelakaan dan kadang-kadang pada cakupan ganti rugi biaya Rumah Sakit.

Kelas Tarif yang Luas

Cakupan suplemen secara tipikal menggunakan struktur tarif. Contohnya, tarif tidak dibedakan oleh umur, atau oleh jenis pekerjaan. Jika jenis pekerjaan yang digunakan, struktur ini akan sangat beraneka ragam. Contohnya, sebuah paket suplemen akan memiliki satu tarif untuk semua pekerja kantor dan tarif yang berbeda untuk selain pekerja kantor. Polis kehilangan penghasilan tradisional memiliki empat atau lima kelas tarif dan sebuah panduan yang menjelaskan kelas yang sesuai dengan jenis pekerjaan tertentu. Penggunaan tarif untuk perokok dan bukan perokok serta tarif dibawah standar (*sub-standard*) jarang dilakukan. Struktur tingkat premi berdasarkan usia pada saat diterbitkan (*age-at-issue*) bisa dibuatkan atau disesuaikan. Struktur tarif yang disederhanakan ini memudahkan administrasi dan pengertian bagi nasabah.

Milik Pribadi

Paket suplemen dimiliki dan dibayar oleh perseorangan. Polis bisa saja tetap berlaku (*in force*), bila ada perubahan pekerjaan atau tempat tinggal, merupakan keleluasaan pribadi si pembeli. Sama halnya, pembayaran klaim dilakukan secara langsung kepada pemegang polis bisa digunakan untuk tujuan apa saja.

Tidak ada koordinasi manfaat

Paket suplemen perorangan dibayar tanpa memperhatikan cakupan lainnya dan tidak dikoordinasikan dengan jaminan lain. Ini adalah ciri-ciri khas dari paket suplemen yang bisa menambah daya tariknya. Paket suplemen memberikan pilihan yang luas kepada konsumen untuk menggunakan manfaatnya.

Gambaran Dari Produk Suplemen

Saat ini banyak jenis produk yang mencakup situasi yang mungkin terjadi dalam pasar asuransi kesehatan suplemen. Untuk menjadi daya tarik bagi kebutuhan konsumen, seringkali produk dibuat sedemikian rupa untuk situasi atau segmen pasar tertentu. Berikut ini adalah pembahasan mengenai produk-produk suplemen yang dijabarkan secara lengkap dalam buku ini.

Asuransi *Medicare supplement*

Asuransi Kesehatan perlu memperhatikan orang-orang yang berusia 65 tahun atau lebih, untuk jumlah yang sangat besar, yang berada dibawah naungan *federal Medicare program*. Karena Medicare bersifat *deductible, co-insurance*, dan paket jaminan yang terbatas, para lanjut usia tidak diproteksi penuh untuk kerugian yang diakibatkan karena perawatan di Rumah Sakit dalam waktu yang lama, atau pengeluaran biaya-biaya medis yang berkepanjangan. Asuransi *Medicare supplement* dapat membantu biaya-biaya tersebut.

Pada bulan November 1991, seluruh polis *Medicare supplement* telah distandarisasikan ke dalam 10 paket. Semua perusahaan asuransi yang memasarkan paket-paket ini harus menawarkan paket utamanya, dan kemudian mereka dapat menawarkan sebagian atau semua dari sembilan paket lainnya. Semua paket yang telah distandarisasikan tersebut mencakup bentuk yang sama dari manfaat utama. Penerima manfaat dari *Medicare* juga dapat menerima manfaat-manfaat tambahan tersebut dengan menjadi peserta paket *managed care*. Manfaat dasar mengisi kesenjangan dalam paket *Medicare* dengan menyediakan:

- penggantian biaya Rumah Sakit untuk masa perawatan 61 sampai 90 hari.
- penggantian biaya Rumah Sakit bekerja sama dengan “*insured’s lifetime reserve bank*” untuk masa perawatan 91 sampai 150 hari.
- seluruh biaya lainnya (di bawah 150 hari) selama masa perawatan di Rumah Sakit, sampai jangka waktu 365 hari.
- pembayaran untuk transfusi darah; dan
- asuransi Medicare bagian B.

Selanjutnya, sembilan paket lainnya menyediakan kombinasi yang beraneka ragam untuk jaminan-jaminan sebagai berikut:

- Penggantian setiap hari untuk penggunaan fasilitas tenaga perawat ahli untuk jangka waktu 21 hari sampai dengan 100 hari;
- Deductible dari Medicare bagian A ;
- cakupan untuk perjalanan ke luar negeri;
- pembayaran untuk masa penyembuhan di rumah;
- perawatan medis preventif;
- obat-obatan resep dokter; dan
- Deductible dari Medicare bagian B .

Asuransi Ganti rugi Rumah Sakit

Cakupan ganti rugi Rumah Sakit memberikan manfaat kepada nasabah untuk setiap hari masa perawatan di Rumah Sakit. Manfaat dibayarkan untuk setiap hari perawatan Rumah Sakit, baik karena sakit atau kecelakaan. Periode manfaat maksimum dapat berkisar antara 365 hari atau selama hidup. Manfaat ganti rugi Rumah Sakit biasanya dibayar tanpa memperhatikan manfaat lainnya. Manfaat biasanya ditetapkan dalam nilai dollar yang rata setiap harinya. Nilai indemnity berkisar antara \$30 sampai \$400 per hari. Produk ini seringkali menyediakan jumlah yang lebih tinggi per harinya untuk jenis perawatan di unit perawatan intensif atau unit perawatan jantung.

Selanjutnya, produk ganti rugi Rumah Sakit seringkali menyediakan manfaat harian untuk masa pemulihan di rumah setelah dirawat di Rumah Sakit. Manfaat untuk masa pemulihan ini bisa dalam jumlah yang sama dengan manfaat selama di Rumah sakit atau bisa juga dalam jumlah yang sudah dikurangi, seperti 50% dari manfaat harian. Pembayaran akan berlanjut untuk selama masa pemulihan tersebut, seperti satu atau dua kalinya jumlah hari rawat, atau bisa dilanjutkan selama periode manfaat tertentu dari masa sakit, misalnya sampai 6 bulan.

Asuransi Penyakit Tertentu

Jenis polis penyakit tertentu yang paling umum adalah Asuransi Kanker. Banyak asuransi yang menawarkan satu atau lebih polis kanker untuk perorangan dan keluarga yang memenuhi kebutuhan proteksi suplemen kanker.

Asuransi Kanker dibeli untuk mengisi kesenjangan dalam cakupan medis dan atau untuk biaya-biaya yang terkait. (misalnya *deductible*, *coinsurance* dan biaya yang tidak dijamin). Manfaat ini biasanya dibayarkan tanpa memperhatikan jenis asuransi medis lainnya. Asuransi Kanker juga menyediakan proteksi terhadap biaya-biaya tambahan seperti makanan dan penginapan selama perjalanan untuk pengobatan di luar kota, biaya perawatan anak, dan biaya transportasi yang seringkali berhubungan dengan perawatan pasien kanker.

Beberapa polis Kanker menyediakan jaminan seperti polis medis utama dan membayarkan jaminan untuk hal-hal seperti *screening test* kanker, kamar termasuk mondok dan makan, kunjungan dokter, perawat, dan obat-obatan. Manfaat maksimum biasanya sebesar \$50,000 sampai \$150,000. Manfaat ini biasanya dibayar dengan mengabaikan beberapa jenis asuransi medis lainnya.

Jenis Asuransi penyakit tertentu lainnya adalah Cakupan penyakit Kritis. Polis ini menyediakan manfaat secara sekaligus atas diagnosa pertama dari salah satu penyakit serius atau jenis tertentu dari operasi khusus. Beberapa polis mengharuskan tertanggung untuk dapat mempertahankan hasil diagnosa atau operasi selama sekurangnya 30 hari agar dapat memenuhi syarat untuk memperoleh manfaat. Persyaratan ini memperjelas fakta bahwa produk tersebut dibuat untuk membantu tertanggung selama masa penyembuhan, dari pada menjadi bentuk yang terbatas dari asuransi jiwa. Penyakit-penyakit tersebut biasanya meliputi Kanker, serangan jantung, dan stroke. Selanjutnya, kondisi kritis lainnya dapat disertakan, seperti gagal ginjal, penggantian organ penting, pembedahan jantung, tumor otak, *multiple sclerosis*, kecacatan atau kelumpuhan, luka bakar parah, atau kebutaan.

Cakupan Penyakit Kritis menjadi lebih populer karena telah dipercayai bahwa lebih banyak pasien yang bisa bertahan selama masa sakit tersebut dibanding sebelumnya, dan bahwa dibutuhkan lebih banyak perawatan untuk masa pemulihan pasien. Meskipun manfaat yang dipilih umumnya adalah 100% dari lump sum/ penggantian sekaligus, namun untuk beberapa kondisi prosentase yang lebih rendah juga dapat dipakai.

Asuransi Kecelakaan

Ada beberapa macam polis kecelakaan yang dibuat untuk menjamin kebutuhan tertentu.

Asuransi biaya medis akibat kecelakaan

Klaim manfaat biaya medis kecelakaan, umumnya diajukan maksimal dalam waktu tertentu (maksimal 3 atau 6 bulan) sejak tanggal kecelakaan. Manfaat adalah sebuah subyek untuk seluruh manfaat maksimum dari sebuah kecelakaan. Beberapa asuransi menawarkan paket medis kecelakaan perorangan yang melebihi manfaat maksimum tersebut. Beberapa paket memiliki *deductible* kecil (mis: \$25); yang lainnya menyediakan cakupan untuk dollar pertama.

Manfaat ini, baik kelompok atau perorangan, mencakup perawatan yang diperlukan setelah kecelakaan. Biasanya manfaat berikut ini disertakan:

- Perawatan dokter;
- Perawatan Rumah Sakit;
- Perawat terdaftar (*Registered Nursing*); dan
- X-ray dan tes laboratorium.

Polis Asuransi ganti rugi rumah sakit akibat kecelakaan

Polis Asuransi ganti rugi rumah sakit akibat kecelakaan sama dengan polis ganti rugi Rumah Sakit kecuali bahwa manfaat dibayarkan hanya pada saat perawatan Rumah sakit karena kecelakaan. Jumlah yang dibayarkan untuk setiap hari masa pemulihan secara khusus dijelaskan di dalam polis. Dalam beberapa polis, manfaat pemulihan harian meningkat setiap tahunnya. Tambahan pembayaran manfaat untuk penyembuhan akibat kecelakaan lainnya seringkali termasuk dalam polis ini, seperti manfaat harian untuk perawatan intensif atau masa pemulihan setelah dirawat di Rumah Sakit, manfaat untuk unit gawat darurat, kematian, kehilangan anggota badan, kecacatan, atau perawatan medis.

Asuransi kematian dan kecacatan akibat kecelakaan (AD&D Accidental Death and Dismemberment Insurance)

Manfaat *AD&D* dibayar ketika tertanggung meninggal atau kehilangan salah satu atau kedua matanya, atau kehilangan salah satu lengan atau kakinya, yang diakibatkan kecelakaan. Pada beberapa produk, tertanggung dapat memperoleh manfaat hanya karena kehilangan kemampuan atau kelumpuhan dari salah satu tangan atau kakinya. Kehilangan anggota badan tidak selalu diperlukan. Cakupan ini dikenal sebagai Asuransi 24 jam atau Asuransi Tidak Terkait Pekerjaan (*non-occupational insurance*). Asuransi 24 jam ini menyediakan manfaat pada setiap saat untuk kecelakaan yang terjadi pada saat atau di luar waktu kerja. Asuransi Tidak Terkait Pekerjaan tidak menyediakan manfaat untuk kecelakaan yang terjadi di luar hubungan kerja.

Kecacatan karena Kecelakaan (Accident Disability)

Manfaat kecacatan karena kecelakaan, yang memberikan pendapatan bulanan kepada tertanggung, dibayarkan hanya jika penyebab kecacatan adalah karena kecelakaan. Seperti pada *AD&D*, asuransi kecacatan karena kecelakaan dijual baik sebagai cakupan 24 jam atau cakupan tidak terkait pekerjaan.

Kecelakaan dalam Perjalanan

Asuransi kecelakaan dalam perjalanan mencakup kecelakaan kendaraan bermotor dan kecelakaan pesawat terbang yang sudah terjadwal, dan jenis kendaraan lainnya, termasuk taxi, bis, dan kereta. Cakupan bisa untuk sekali perjalanan, periode tertentu atau berkelanjutan. Manfaat hanya dibayar jika bertanggung mengalami kecelakaan selama perjalanan yang sudah dicakup. Pembayaran manfaat biasanya secara sekaligus sampai sejumlah \$1 juta untuk pesawat yang terjadwal. Beberapa paket menambah manfaat perawatan Rumah Sakit harian untuk luka karena kecelakaan selama perjalanan yang sudah dicakup.

Asuransi Perawatan Gigi

Manfaat perawatan gigi menyediakan penggantian untuk biaya perawatan dan peralatan gigi, termasuk perawatan preventif. Klasifikasi utama dari perawatan gigi termasuk:

- Diagnosa;
- Preventif;
- Perbaikan (termasuk tambal, kikir, dan kepala gigi);
- Prosthodontics (pemasangan dan perawatan gigi palsu);
- Operasi;
- Periodontics atau endodontics (perawatan gusi); dan
- Orthodontics (perawatan kerapihan)

Manfaat bisa disediakan melalui paket yang terkait dengan cakupan asuransi biaya medis, atau paket yang tercatat secara terpisah dari cakupan lainnya (bukan gabungan atau berdiri sendiri).

Paket Gabungan

Biaya perawatan gigi dalam paket gabungan disatukan kedalam biaya cakupan dari paket manfaat medis utama. Umumnya cakupan berbasis *usual and customary* atau *nonscheduled*. *Deductible* harus dilakukan pada setiap tahun kalender oleh biaya medis, biaya perawatan gigi, atau keduanya. Jumlah yang dibayarkan untuk perawatan medis dan gigi biasanya merupakan subyek dengan presentasi *coinsurance* yang sama. Kadang-kadang biaya perawatan gigi dipisahkan dari kelas atau kategori pelayanan lainnya (perbaikan, prosthodontics, orthodontics, dan lain-lain), dengan tingkat *coinsurance* yang berbeda pada masing-masing kelas.

Paket Bukan Gabungan

Biaya perawatan gigi dengan paket bukan gabungan dicakup terpisah baik dalam basis *scheduled* atau *nonscheduled*. pelayanan gigi berbasis *scheduled*, mirip dengan jadwal pembedahan, memerlukan prosedur khusus. Penggantian untuk biaya dokter gigi tergantung pada jumlah yang ditentukan dalam jadwal untuk setiap prosedur. Paket gigi tidak terjadwal menyediakan penggantian untuk biaya dokter gigi untuk semua perawatan gigi yang dijamin pada basis biasa dan basis yang disesuaikan, sama dengan paket gabungan.

Paket Khusus

Saat ini ada beberapa paket suplemen khusus di pasaran. Buku ini membahas tiga diantaranya; obat-obatan resep dokter, perawatan mata, dan TRICARE Supplement. Contoh dari paket khusus lainnya adalah paket yang menyediakan perawatan medis darurat untuk mereka yang melakukan perjalanan ke luar negeri; perawatan medis untuk peserta lomba atletik; atau pertolongan dan perawatan medis untuk pejalan kaki, penerbang, dan pendaki gunung.

Asuransi Obat yang diresepkan

Asuransi obat yang diresepkan mencakup obat-obatan yang dibeli menurut resep dokter. Kebanyakan paket ditawarkan melalui para pekerja secara kelompok dengan biaya sangat murah atau tanpa biaya untuk pemegang asuransi. Ada dua Paket dasar: penggantian dan pelayanan.

Paket Penggantian

Paket penggantian mengharuskan seseorang untuk membayar resep obat dan menyerahkan biaya-biaya tersebut kepada perusahaan asuransi dalam formulir klaim yang dilengkapi oleh apoteker atau bertanggung. Pembayaran diberikan kepada nasabah berdasarkan ketentuan asuransi dan biaya yang telah disesuaikan.

Paket Pelayanan

Paket pelayanan merujuk kepada sistem dimana pembayaran oleh perusahaan asuransi langsung kepada provider untuk pelayanan atau produk yang dicakup dalam polis asuransi tanpa mengharuskan bertanggung membuat berkas klaimnya. Paket pesan-antar obat resep dokter melalui pos menyediakan 60 sampai 90 hari persediaan obat dan mengharuskan bertanggung untuk melakukan pembayaran (*copayment*), yang biasanya berkisar antara \$5 sampai \$15. Pihak asuransi membayar sisanya kepada provider.

Asuransi Perawatan mata

Asuransi perawatan mata dibuat untuk menyediakan manfaat untuk perawatan rutin dan pengobatan mata. Biasanya dibuat untuk melengkapi cakupan kelompok. Tujuan dasarnya adalah untuk mendorong pemeriksaan mata secara reguler atau periodik sehingga pengukuran untuk koreksi yang tepat dapat diperoleh. Pada hampir semua paket perawatan mata, pelayanan yang tercakup memerlukan pengesahan dari *ophthalmologist* atau *optometrist*.

Jaminan perawatan mata ini menyediakan penggantian untuk:

- Tes mata (termasuk refraksi);
- Lensa untuk single vision, bifocal dan trifocal;
- Lensa kontak;
- Bantuan lain untuk penglihatan tidak normal lainnya; dan
- Bingkai kaca mata(jumlah dollar terbatas, tergantung kepada biaya variable dari jenis ini)

Penggantian paket perawatan mata kepada tertanggung dilakukan dengan salah satu dari tiga cara berikut :

- Sejumlah tetap *dollar* per-orang (mis: \$150) untuk seluruh pelayanan yang disediakan dalam tahun kalender;
- Cakupan berbasis *usual and customary*;
- Cakupan berdasarkan *specified schedule*.

TRICARE Supplement

TRICARE adalah paket asuransi kesehatan untuk anggota *Uniformed Services* dan anggota keluarga mereka dalam komunitas penduduk sipil. Pada saat penggantian dari *Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services (CHAMPUS)* tahun 1997, TRICARE menjamin para pasangan dan tanggungan/keluarga anggota yang masih aktif bertugas, pasukan cadangan, dan pensiunan yang terdaftar di Angkatan Bersenjata Amerika Serikat, Pasukan Penjaga Pantai, Pelayanan Kesehatan Masyarakat, dan Badan Kelautan dan Angkasa Amerika Serikat. Kepesertaan pada TRICARE berakhir pada usia 65 tahun, yaitu pada saat peserta memenuhi syarat untuk Medicare.

Produk TRICARE Supplement umumnya mencakup sebagian dari *deductible*, *coinsurance* dan sejumlah urun biaya terkait dengan paket TRICARE.

Kesimpulan

Polis kesehatan suplemen memainkan peran penting dalam pasar asuransi dengan mengisi kesenjangan yang ditimbulkan oleh asuransi perawatan kesehatan dasar. Jenis ini memperluas cakupan untuk manfaat yang disediakan oleh perusahaan dan membantu orang untuk meningkatkan standar hidup dalam kondisi keuangan yang tidak menguntungkan akibat kecelakaan atau sakit.

Jenis yang beragam dari produk suplemen yang tersedia ini bisa diharapkan, karena banyak kebutuhan akan aneka macam jenis asuransi yang diperlukan untuk melindungi seseorang. Beberapa produk memfokuskan pada cakupan biaya medis; yang lainnya memfokuskan kepada cakupan biaya yang terkait, dan beberapa mengganti kehilangan penghasilan. Konsumen dapat menggunakan seluruh paket asuransi mereka untuk memenuhi kepentingan dan kebutuhan khusus mereka.

Produk tersebut dibeli oleh banyak ragam penduduk. Biasanya, termasuk jenis produk yang mudah dipahami, manfaat yang dapat diperkirakan, dan tarif yang relatif stabil. Umumnya, kepuasan konsumen cukup tinggi. Faktor-faktor ini telah memperluas penerimaan terhadap produk-produk suplemen dan mendorong perluasan pasar asuransi kesehatan suplemen.

Istilah Penting

Accident hospital indemnity insurance (Asuransi ganti rugi rumah sakit akibat kecelakaan)

Accident medical expense insurance (Asuransi biaya medis akibat kecelakaan)

Accidental death and dismemberment (AD&D) insurance (Asuransi kematian dan kecacatan akibat kecelakaan)

Dental insurance (Asuransi perawatan gigi)

First-day coverage (Cakupan hari pertama)

Guaranteed renewable (Dijamin bisa diperbaharui)

Health care coverage (Cakupan perawatan kesehatan)

Hospital indemnity insurance (Asuransi ganti rugi rumah sakit)

Medical expenses (Biaya-biaya medis)

Medicare supplement insurance (Asuransi suplemen Medicare)

Premiums (Premi)

Prescription drug insurance (Asuransi obat yang diresepkan)

Rate classes (Kelas Tarif)

Related expenses (Biaya terkait)

Specified disease insurance (Asuransi penyakit tertentu)

Supplemental health insurance (Asuransi kesehatan suplemen)

TRICARE supplement (TRICARE Supplement)

Underwriting (Penilaian resiko)

Vision insurance (Asuransi perawatan mata)

Bab II

Suplemen Medicare

Pendahuluan

Penentuan Tarif

Kebutuhan Pelanggan

Peraturan

Manfaat

Kesimpulan

Penilaian resiko

Istilah-istilah penting

Pendahuluan

Lebih dari 38 juta usia lanjut dan orang cacat di Amerika memperoleh manfaat perawatan kesehatan dari *Medicare*, sebuah paket asuransi kesehatan negara federal yang didirikan pada tahun 1965 dalam Amandemen *Social Security Act* (Undang Undang Asuransi Kesehatan untuk Usia Lanjut - Bab XVIII). Sebelum adanya *Medicare*, hanya 50% penduduk berusia lanjut yang memiliki asuransi kesehatan untuk jenis apapun. Sekarang, hanya 1% usia lanjut yang tidak diasuransikan. Paket Medicare membayar sejumlah \$176.9 milyar kepada para Penerima manfaat pada tahun 1995 (rata-rata \$4,660 per anggota). Diestimasikan jumlah ini akan mencapai \$295 milyar pada tahun 2000. Dengan jumlah penduduk yang lebih besar dan harapan hidup yang lebih panjang, keanggotaan Medicare akan terus meningkat.

Untuk memahami kebutuhan suplemen *Medicare*, penting untuk memahami paket Medicare negara federal. *Medicare* terdiri dari dua paket layanan kesehatan; paket manfaat rumah sakit (Bagian A) dan paket jasa medis (Bagian B). Paket asuransi kesehatan Medicare ini diperuntukan bagi orang yang berusia 65 tahun atau lebih, usia relatif muda dengan cacat/lumpuh, dan orang yang menderita gagal ginjal permanen. Akan tetapi, karena persyaratan *deductible* dan *coinsurance* serta keterbatasan tarif yang diperkenankan oleh *Medicare*, orang yang dijamin oleh *Medicare* tidak secara penuh terproteksi terhadap kerugian besar sebagai akibat dari hari rawat inap yang panjang atau biaya perawatan medis yang berkepanjangan dan mahal. Suplemen *Medicare* (sering disebut sebagai polis *Medigap* atau *MedSup*) dirancang untuk mengisi kesenjangan Manfaat dalam paket *Medicare*.

Medicare dijalankan oleh *Health Care Financing Administration (HCFA)*, Departemen Kesehatan dan Pelayanan Masyarakat Amerika (DHHS). *The Social Security Administration* membantu *HCFA* dengan mendaftarkan orang-orang yang memenuhi syarat masuk menjadi anggota paket *Medicare* dan mengumpulkan premi *Medicare*.

Bagian A dari *Medicare* dibiayai dari sebagian pajak pendapatan yang ditahan untuk manfaat sosial yang dibayar oleh pekerja dan pemberi kerja dan sebagian dari pajak pendapatan yang dibayar oleh wiraswastawan. Umumnya tidak ada premi bulanan pada usia 65 tahun jika seseorang telah bekerja selama sekurangnya 10 tahun di perusahaan yang dijamin oleh *Medicare*. Ini termasuk pekerja yang telah membayar pajak manfaat sosial baik melalui pengusaha atau jika wiraswasta, melalui pajak wiraswastanya. Individu yang tidak memenuhi syarat untuk mendapat bebas premi bagian A dapat membeli jika mereka berusia sekurangnya 65 tahun dan memenuhi persyaratan tertentu. Premi bulanan didasarkan dari jumlah kuartal yang dicakup oleh *Medicare-covered employment*.

Bagian B adalah paket sukarela. Orang yang memenuhi syarat secara otomatis menjadi anggota paket ini, jika mereka berhak untuk bebas premi pada Bagian A, kecuali bila mereka menyatakan bahwa mereka tidak menginginkannya. Dua-puluh-lima persen biaya bagian B dibayar oleh anggota dalam bentuk premi; sisanya dibayar oleh pemerintah negara federal. Premi Bagian B dipotong dari peserta jaminan sosial, pensiunan jawatan Kereta Api, atau pensiunan pelayanan sipil. Bagian B juga dibeli ketika seseorang tidak memenuhi syarat untuk mendapat bebas premi di Bagian A.

Undang-undang tentang Anggaran Berimbang (*The Balanced Budget Act*) pada tahun 1997 menetapkan Bagian C – *Medicare + Choice*. Anggota *Medicare+Choice* membayar premi bagian B. Sebagai alternatif untuk memilih paket yang ada dari paket Medicare melalui paket Medicare tradisional *fee-for-services*, tiap individu berhak pada Medicare Bagian A dan ikut serta di Bagian B yang memungkinkan untuk memilih paket berikut ini:

- Paket *fee-for-service* swasta;
- Organisasi Layanan Kesehatan terpilih (*Preferred Provider Organization*);
- *Health Maintenance Organizations* (HMOs), beberapa dengan bentuk *point-of service* (POS);
- *Provider-sponsored Organizations* (PSOs);
- *Medical Savings Account* (MSA) dan paket *deductible* tinggi; paket demonstrasi yang terbatas pada 390,000 Penerima manfaat; dan
- *Private Fee-for-service opt-out* (tanpa penggantian Medicare atau Medicare+Choice).

Kebutuhan Konsumen

Kesenjangan Manfaat

Karena *Medicare* dirancang dengan *deductibles* dan *coinsurance* dan dengan batasan manfaat pelayanan, sejak awal sudah terjadi kesenjangan manfaat. Tabel 2.1 menunjukkan jumlah *deductible* dan *coinsurance* sejak tahun 1966, tahun pertama paket *Medicare*, sampai tahun 1998. Jumlah *deductible* dan *coinsurance* untuk bagian A meningkat setiap tahun sejak tahun 1969; *deductible* bagian B telah meningkat dua kali lipat selama periode yang sama.

Seiring dengan peningkatan jumlah *deductible* dan *coinsurance*, kebutuhan akan polis suplemen *Medicare* juga meningkat, untuk manfaat yang tidak dibayar oleh *Medicare*. Secara rata-rata, manfaat Medicare hanya mencakup sekitar 45% dari total biaya kesehatan orang yang berusia 65 tahun atau lebih (70% biaya rumah sakit, 61% jasa dokter, dan 15% jasa perawatan kesehatan pribadi lainnya). Kepuasan tertanggung terhadap kombinasi cakupan Medicare dan suplemen Medicare ini sangat tinggi dibandingkan dengan kepuasan terhadap manfaat Medicare saja. (lihat gambar 2.1.)

Bagian A (Rawat Inap)

Manfaat *Medicare* untuk rumah sakit dan *Skilled Nursing Facility* (bagian A) dibayar berdasarkan periode manfaat. Periode manfaat dimulai pada hari pertama orang menerima jasa layanan yang dicakup Medicare sebagai pasien di sebuah rumah sakit yang berkualitas dan berakhir ketika tertanggung meninggalkan rumah sakit atau fasilitas lainnya yang secara khusus menyediakan *Skilled Nursing Facility* atau jasa rehabilitasi selama 60 hari secara terus menerus. Jika dia kembali ke rumah sakit sesudah 60 hari, Periode manfaat baru dimulai, manfaat rumah sakit dan *Skilled Nursing Facility* akan diperbaharui dan *deductible* rumah sakit harus dibayar lagi. Tidak ada batasan jumlah Periode manfaat untuk manfaat bagian A.

untuk digunakan sendiri - 22

Tabel 2.1

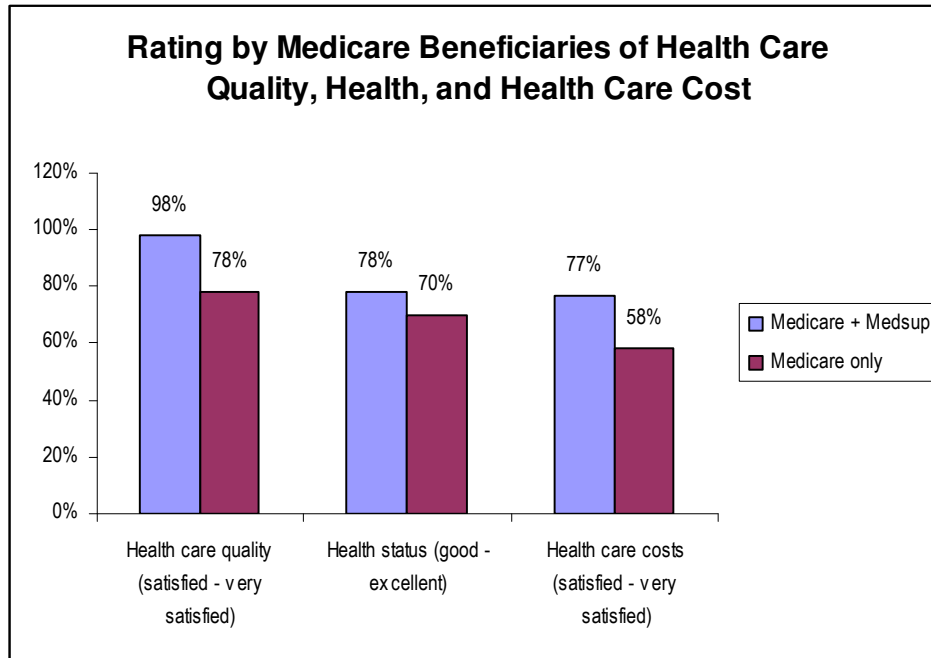
History of Medicare Components

Year	Part A inpatient hospital deductible	Part A Inpatient Hospital coinsurance 61 - 90 days	Part A inpatient hospital coinsurance 91 - 150 days (lifetime reserve)	Part A coinsurance skilled nursing facility 21 - 100 days	% Change	Annual Part B deductible	% change	Part B premium	% change
1966	40.00	10.00	N/A	N/A	N/A	50.00	N/A	3.00	N/A
1967	40.00	10.00	N/A	5.00	0.0	50.00	0.0	3.00	0.0
1968	40.00	10.00	20.00	5.00	0.0	50.00	0.0	4.00	33.3
1969	44.00	11.00	22.00	5.50	10.0	50.00	0.0	4.00	0.0
1970	52.00	13.00	26.00	6.50	18.2	50.00	0.0	5.30	32.5
1971	60.00	15.00	30.00	7.50	15.4	50.00	0.0	5.60	5.7
1972	68.00	17.00	34.00	8.50	13.3	50.00	0.0	5.80	3.6
1973	72.00	18.00	36.00	9.00	5.9	60.00	20.0	6.30	8.6
1974	84.00	21.00	42.00	10.50	16.7	60.00	0.0	6.70	6.4
1975	92.00	23.00	46.00	11.50	9.5	60.00	0.0	6.70	0.0
1976	104.00	26.00	52.00	13.00	13.0	60.00	0.0	7.20	7.7
1977	124.00	31.00	62.00	15.50	19.2	60.00	0.0	7.70	6.9
1978	144.00	36.00	72.00	18.00	16.1	60.00	0.0	8.20	6.5
1979	160.00	40.00	80.00	20.00	11.1	60.00	0.0	8.70	6.1
1980	180.00	45.00	90.00	22.50	12.5	60.00	0.0	9.60	10.3
1981	204.00	51.00	102.00	25.50	13.3	60.00	0.0	11.00	14.6
1982	260.00	65.00	130.00	32.50	27.5	75.00	25.0	12.20	10.9
1983	304.00	76.00	152.00	38.00	16.9	75.00	0.0	12.20	0.0
1984	356.00	89.00	178.00	44.50	17.1	75.00	0.0	14.60	19.7
1985	400.00	100.00	200.00	50.00	12.4	75.00	0.0	15.50	6.2
1986	492.00	123.00	246.00	61.50	23.0	75.00	0.0	15.50	0.0
1987	520.00	130.00	260.00	65.00	5.7	75.00	0.0	17.90	15.5
1988	540.00	135.00	270.00	67.50	3.8	75.00	0.0	24.80	38.5
1989	560.00				N/A	75.00	0.0	27.90	12.5
1990	592.00	148.00	296.00	74.00	N/A	75.00	0.0	28.60	2.5
1991	628.00	157.00	314.00	78.50	6.1	100.00	33.0	29.90	4.5
1992	652.00	163.00	326.00	81.50	3.8	100.00	0.0	31.80	6.3
1993	676.00	169.00	338.00	84.50	3.7	100.00	0.0	36.60	15.1
1994	696.00	174.00	348.00	87.00	2.9	100.00	0.0	41.10	12.3
1995	716.00	179.00	358.00	89.50	2.9	100.00	0.0	46.10	12.2
1996	736.00	184.00	368.00	92.00	2.8	100.00	0.0	42.50	(7.8)
1997	760.00	190.00	380.00	95.00	3.3	100.00	0.0	43.80	3.1
1998	764.00	191.00	382.00	95.50	0.005	100.00	0.0	43.80	0.0
1999									
2000									

*None due to passage by Congress of the Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988 Act was repealed by Congress in 1989

NOTE: N/A = Not Applicable

Gambar 2.1



Bagian B (Medis)

Manfaat medis (bagian B) dibayar menurut sistem tahun kalender (1 Januari sampai 31 Desember). Tiap tahun kalender, setiap orang harus membayar *deductible* (\$100 pada tahun 1998). Kemudian Medicare menyediakan cakupan sebesar 80% dari jumlah yang disetujui oleh Medicare untuk semua jasa layanan yang diterima selama tahun kalender tersebut. Tertanggung Medicare berkewajiban untuk membayar 20% dari biaya yang disetujui dan biaya lain yang tidak termasuk dalam manfaat.

Tabel 2.2 dan 2.3 menggambarkan jasa layanan yang dicakup oleh paket Medicare, jumlah yang dibayarkan oleh Medicare untuk tiap layanan, dan jumlah yang harus dibayar dari kantong sendiri bila tertanggung menerima tagihan rumah sakit dan jasa medis.

Biaya yang Tidak Dicakup

Berikut ini adalah jasa-jasa yang tidak dicakup oleh Medicare:

- Akupuntur;
- hampir semua jasa *chiropractic*
- bedah kosmetik (kecuali setelah kecelakaan);
- *custodial care*;
- perawatan gigi;
- hampir semua obat yang diresepkan dan yang dikonsumsi di rumah;

- kacamata dan pemeriksaan mata untuk resep atau ganti kacamata ;
- perawatan kaki yang rutin;
- hampir semua perawatan kesehatan orang Kanada dan Meksiko;
- alat bantu dengar dan pemeriksaan pendengaran untuk pemasangan atau penggantian alat bantu dengar;
- jasa perawatan rumah
- imunisasi (kecuali vaskinasi untuk pneumonia, hepatitis B, atau virus flu dan imunisasi karena kecelakaan atau risiko infeksi);
- injeksi yang dilakukan sendiri;
- makanan yang dikirim ke rumah;
- jasa *naturopathic*;
- jasa perawat penuh waktu di rumah;
- sepatu *orthopedic* (kecuali bagian dari *leg brace*);
- hal-hal yang berkenaan dengan kesenangan individu (seperti telepon, radio, atau televisi di rumah sakit /*Skilled Nursing Facility*);
- pemeriksaan dan test fisik rutin;
- perawat swasta;

Tabel 2.2

Layanan Rumah Sakit Medicare (Bagian A) – Per Periode manfaat

Jasa layanan	Dibayar oleh Medicare	Dibayar oleh Tertanggung
Perawatan Rumah Sakit		
Kamar dan makanan semi-privat, servis perawatan umum, dan aneka servis dan keperluan lainnya. 60 hari pertama	Semua selain \$764.0 (Bagian A deductible)	\$764
hari ke 61 - 90	Semua selain \$191 per hari	\$191 per hari
hari ke 91 - 150 (pada saat menggunakan masa “cadangan seumur hidup”)	\$382 per hari	\$382 per hari
lebih dari 150 hari	tidak ada	Semua biaya
Pelayanan Fasilitas Perawat Terlatih		
Anda harus memenuhi persyaratan Medicare, termasuk telah berada di Rumah Sakit untuk sekurangnya 3 hari dan masuk fasilitas Medicare yang disetujui dalam 30 hari setelah meninggalkan Rumah Sakit.	100% dari jumlah yang disetujui	Tidak ada
20 hari pertama	Semua selain \$95.50 per hari	Sampai \$95.50 per hari
tambahan 80 hari	Tidak ada	Semua biaya
lebih dari 100 hari		
Pelayanan Rumah Sakit		
Tersedia selama dokter anda menjamin bahwa anda benar sakit dan anda terpilih untuk menerima pelayanan ini.	Semua, tetapi biaya dibatasi untuk obat bagi pasien yang tidak dirawat di RS serta pasien RS yang dalam masa istirahat	Biaya terbatas untuk obat-obatan pasien luar RS dan pasien RS yang dalam masa istirahat
Darah		
3 pint pertama	Tidak ada	Untuk 3 pint pertama
pint tambahan	Semua biaya	Tidak ada

Catatan: Masa Manfaat dimulai pada hari pertama anda menerima pelayanan sebagai pasien RS dan diakhiri setelah anda keluar dari RS dan tidak menerima perawatan fasilitas lain selama 60 hari.

untuk digunakan sendiri - 25

Tabel 2.3

Pelayanan Rumah Sakit Medicare (Bagian B) – Per Tahun Kalender

Pelayanan	Dibayar oleh Medicare	Dibayar oleh Anda
Biaya-biaya Medis		
Seperti tenaga dokter, perawatan medis, pembedahan dan perlengkapan di RS dan diluar RS, terapi fisik dan kemampuan bicara, tes percobaan, kelengkapan medis yang tahan lama		
\$100 pertama dari jumlah yang disetujui oleh <i>Medicare</i>	Tidak ada (deductible Bagian B)	\$100
Sisa dari jumlah yang disetujui oleh Medicare	Umumnya 80%	Umumnya 20%
Biaya lebih Bagian B (diatas jumlah yang disetujui Medicare)	Tidak ada	Semua biaya
Darah		
3 pint pertama	Tidak ada	Semua biaya
pint tambahan	80% dari jumlah yang disetujui Medicare (setelah deductible \$100)	20% dari jumlah yang disetujui Medicare (setelah deductible 100%)
Pelayanan Laboratorium Klinis		
Tes darah, urin dan lainnya	Umumnya 100% dari jumlah yang disetujui	Tidak ada

Catatan: Sekali anda telah ditagih \$100 dari jumlah yang disetujui *Medicare* untuk pelayanan yang diterima, *deductible* Bagian B anda akan mencapai `.

Medicare Bagian A dan B

Pelayanan	Dibayar oleh Medicare	Dibayar oleh Anda
Perawatan Kesehatan di Rumah		
Perawatan profesional paruh waktu atau sementara, pelayanan perawat di rumah serta kelengkapan lainnya	100% dari jumlah yg disetujui untuk pelayanan	Tidak ada
Peralatan medis yang tahan lama		
\$100 pertama dari jumlah yang disetujui <i>Medicare</i>	Tidak ada	\$100 (deductible Bagian B)
Sisa jumlah yang disetujui <i>Medicare</i>	80% dari jumlah yang disetujui <i>Medicare</i>	20% dari jumlah yang disetujui <i>Medicare</i>

- kamar pribadi;
- jasa yang diberikan oleh saudara atau anggota rumah tangga ;
- jasa yang dibayarkan oleh: kompensasi pegawai, asuransi Penilaian resiko kecelakaan atau asuransi *no-fault*, paket kesehatan perusahaan untuk pegawai dan pasangannya, paket kesehatan perusahaan untuk orang yang berhak mendapat *Medicare* karena penyakit kelenjar ginjal (*end-stage renal stage*), atau paket pemerintah lainnya; dan
- jasa lainnya yang tidak wajib dibayar.

Metode Distribusi

Paket suplemen *Medicare* telah ada di pasaran sejak awal berdirinya paket *Medicare*. Sekarang, lebih dari 29 juta orang dicakup dalam polis suplemen Medicare. Polis ini dijual atau ditawarkan melalui berbagai saluran distribusi termasuk agen dan broker, perusahaan, asosiasi dan pemasaran masal. Sekitar 82% dari orang yang berusia diatas 65 tahun memiliki manfaat

untuk digunakan sendiri - 27

suplemen, 39% membeli paket suplemen Medicare pribadi; 36% memiliki manfaat suplemen yang disediakan oleh majikan yang dulu atau sekarang; dan 7% lainnya memiliki keduanya.

Agen / Broker

Agen asuransi mungkin dapat mewakili sebuah perusahaan (sering disebut *captive agent*) atau mewakili beberapa perusahaan yang berbeda. Agen harus mempunyai ijin dari negara bagian untuk menjual dan memberikan jasa asuransi suplemen *Medicare* kepada masyarakat.

Agen yang menempatkan bisnis suplemen *Medicare* pada lebih dari satu perusahaan dan mewakili tertanggung dari pada perusahaan asuransi, disebut *broker*. Broker juga harus mendapat ijin dari negara bagian dimana polis tersebut dijual. Baik agen atau broker keduanya menerima komisi untuk tiap penjualan polis suplemen *Medicare*.

Asosiasi

Jika pendaftar adalah anggota sebuah asosiasi profesional atau perdagangan, dia akan memenuhi kriteria untuk menjadi anggota kumpulan asuransi suplemen *Medicare*. Asuransi asosiasi mencakup seluruh anggota kelompok dalam satu polis utama. Setiap anggota menerima sertifikat asuransi dan bukan polis asuransi perorangan. Asosiasi juga mungkin menyerahkan premi kepada perusahaan asuransi untuk setiap anggotanya.

Sementara cakupan asuransi asosiasi juga harus patuh kepada peraturan negara federal dan negara bagian sebagai paket suplemen *Medicare* perorangan, produk asosiasi kelompok diminta untuk mencapai 75% *lifetime loss ratio*, hal ini berbeda dibandingkan dengan *lifetime loss ratio* untuk produk perorangan yaitu sebesar 65%.

Pemberi kerja/Perusahaan

Pemberi kerja mungkin menawarkan untuk membantu membayarkan premi suplemen *Medicare* pada pensiunan pegawainya atau membayar keseluruhan premi sebagai bagian dari paket asuransi kesehatan mereka. Paket mungkin dapat dijual dengan basis perorangan atau kelompok.

Pemasaran Masal

Banyak perusahaan menawarkan suplemen *Medicare* kepada orang yang memenuhi kriteria melalui pos. Seringkali orang memilih cara ini karena mereka ingin membuat keputusan untuk membeli berdasarkan pertimbangan sendiri, tanpa keterlibatan agen atau broker. Perusahaan yang masuk di pasar ini mengirim ribuan lembar surat setiap tahunnya kepada individu yang mencapai usia 65 tahun. Diperkirakan bahwa 5,000 orang mencapai usia 65 tahun setiap harinya, dan pada tahun 2050 populasi yang memenuhi kriteria mendapat manfaat *Medicare* akan bertambah dari jumlah 38 juta sekarang sampai lebih dari 69 juta.

Layanan Pelanggan

Menyediakan layanan pelanggan yang terbaik adalah bagian penting dari hampir semua tujuan strategis perusahaan. Pada perusahaan yang menawarkan produk-produk standar, jasa layanan adalah komponen penting yang ikut menentukan keputusan pembeli. Orang berharap, bahkan banyak yang meminta jasa layanan pelanggan yang terbaik yang diberikan tiap kali dan

untuk digunakan sendiri - 28

tiap waktu mereka berkomunikasi dengan perusahaan asuransi. Perusahaan yang tidak memberikan tingkat layanan yang tinggi akan mengalami kondisi dimana bisnis suplemen *Medicare* digantikan oleh pesaing mereka.

Banyak perusahaan berusaha untuk menambah nilai bisnis suplemen *Medicare*. Manfaat dengan tambahan nilai ini terdiri dari banyak bentuk. Klaim elektronik, sebagai contoh, adalah lebih cepat dan lebih mudah dibanding proses klaim tradisional dan bebas dari kesulitan, tanpa memerlukan kertas untuk proses klaim.

Manfaat

Ada 10 standar paket suplemen *Medicare* (paket A sampai J) yang mencakup manfaat dasar dan manfaat lainnya yang dirancang untuk mengisi kesenjangan manfaat dalam paket *Medicare*. Tabel 2.4 menunjukkan manfaat standar untuk tiap paket dan distribusi penjualan untuk tiap paket. Semua suplemen *Medicare* diminta untuk secara otomatis meningkatkan manfaat untuk disesuaikan dengan perubahan jumlah *deductible* dan *coinsurance Medicare*. Selanjutnya, suplemen *Medicare* dijamin dapat diperbaharui, yang berarti bahwa perusahaan asuransi tidak dapat membatalkan sebuah polis untuk alasan apapun kecuali premi yang tidak dibayar. Premi, bagaimanapun juga dapat direvisi dengan basis kelas.

Paket A

Paket A sering disebut sebagai paket dasar/inti, karena struktur manfaat dasar paket A ini termasuk dalam 9 polis suplemen *Medicare* lainnya. Manfaat dasar paket A ini menyediakan manfaat sebagai berikut :

- Jumlah *coinsurance* bagian A dari 61 hari sampai 90 hari masa rawat inap dalam setiap Periode manfaat *Medicare*;
- Jumlah *coinsurance* bagian A dari 91 hari sampai 150 hari (jumlah hari ini mewakili 60 hari masa rawat inap yang tidak dapat diperbaharui);
- Setelah 150 hari, ketika manfaat *Medicare* sudah habis, 100% *Medicare* bagian A – mencakup biaya rumah sakit (dibatasi maksimal 365 hari tambahan hari rawat inap selama masa berlaku asuransi);
- Biaya yang rasional untuk 3 pint pertama transfusi darah dalam bagian A dan B; dan
- Jumlah *coinsurance* bagian B (umumnya 20% dari jumlah yang disetujui atau 50% dari tarif yang disetujui untuk jasa rawat jalan layanan kesehatan mental) setelah *deductible* \$ 100 untuk tiap tahun kalender.

Paket B

Paket B mencakup semua manfaat dasar dari paket inti, ditambah cakupan berikut ini:

- Bagian A *deductible* untuk pasien rawat inap rumah sakit.

Paket C

Paket C mencakup semua manfaat dasar dari paket inti, ditambah manfaat berikut ini:

- Bagian A *deductible* untuk pasien rawat inap rumah sakit;
- Layanan *Skilled Nursing Facility* yang mencakup mulai dari hari ke 21 sampai hari ke 100, untuk tiap Periode manfaat;

untuk digunakan sendiri - 29

- Bagian B *deductible* untuk kalender tahunan; dan
- 80% untuk jasa layanan darurat yang diberikan di luar negeri, setelah *deductible* sejumlah \$250, sampai maksimum yang berlaku seumur hidup sebesar \$50,000.

Paket D

Paket D mencakup semua manfaat dasar dari paket inti, ditambah manfaat berikut ini:

- Bagian A *deductible* untuk pasien rawat inap rumah sakit;
- Layanan *Skilled Nursing Facility* yang dihitung mulai hari ke 21 sampai hari ke 100, per Periode manfaat;
- 80% untuk jasa layanan darurat yang diberikan di luar negeri, setelah *deductible* sejumlah \$250, sampai maksimum yang berlaku seumur hidup sebesar \$50,000.
- Sampai dengan \$1,600 per tahun untuk jangka pendek, bantuan di rumah untuk kegiatan sehari-hari (misal: mandi, berpakaian, kebersihan pribadi) selama masa pemulihan dari sakit, luka atau operasi.

Paket E

Paket E mencakup semua manfaat dasar dari paket inti, ditambah manfaat berikut ini:

- Bagian A *deductible* untuk pasien rawat inap rumah sakit;
- Layanan *Skilled Nursing Facility* yang dihitung mulai hari ke 21 sampai hari ke 100, per Periode manfaat;
- 80% untuk jasa layanan darurat yang diberikan di luar negeri, setelah *deductible* sejumlah \$250, sampai maksimum yang berlaku seumur hidup sebesar \$50,000.
- Sampai dengan \$120 per tahun untuk pemeriksaan fisik, tes kolesterol, tes pendengaran, pemeriksaan diabetes, dan tes fungsi thyroid.

Paket F

Paket F mencakup semua manfaat dasar dari paket inti, ditambah manfaat berikut ini:

- Bagian A *deductible* untuk pasien rawat inap rumah sakit;
- Layanan *Skilled Nursing Facility* yang dihitung mulai hari ke 21 sampai hari ke 100, per Periode manfaat;
- Deductible Bagian B per tahun kalender (\$ 100)
- 80% untuk jasa layanan darurat yang diberikan di luar negeri, setelah *deductible* sejumlah \$250, sampai maksimum yang berlaku seumur hidup sebesar \$50,000.
- 100% dari pembebanan biaya ekstra bagian B. Cakupan ini membayar selisih antara biaya aktual *Medicare* bagian B seperti tertera dalam tagihan dengan tarif yang disetujui *Medicare*, tanpa melebihi Batas tagihan yang ditetapkan oleh *Medicare* (115% dari jumlah yang disetujui *Medicare*). Hanya dokter yang tidak menerima penugasan dari *Medicare* yang akan menagih pasien lebih tinggi dari besaran tarif yang telah disetujui oleh *Medicare*. Sebagai contoh, bila *Medicare* menyetujui layanan tertentu sebesar \$100, maka dokter yang tidak menerima penugasan akan membebani pasiennya sampai dengan \$115 untuk jasa layanan; paket ini akan diganti sampai dengan \$15.

Tabel 2.4

Sepuluh Standar Paket Suplemen Medicare dan distribusi Penjualan

Manfaat dasar dimasukkan dalam semua paket:

Rawat Inap: Asuransi Bagian B ditambah manfaat untuk tambahan 385 hari setelah Manfaat *Medicare* berakhir.

Biaya Medis: Asuransi Bagian B (umumnya 20% dari biaya yang disetujui Medicare).

Darah: 3 pint pertama setiap tahun.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Manfaat dasar	Manfaat dasar	Manfaat dasar	Manfaat dasar	Manfaat dasar	Manfaat dasar	Manfaat dasar	Manfaat dasar	Manfaat dasar	Manfaat dasar
		Manfaat perawat terlatih	Manfaat perawat terlatih	Manfaat perawat terlatih	Manfaat perawat terlatih	Manfaat perawat terlatih	Manfaat perawat terlatih	Manfaat perawat terlatih	Manfaat perawat terlatih
	Deductible bagian A	Deductible bagian A	Deductible bagian A	Deductible bagian A	Deductible bagian A	Deductible bagian A	Deductible bagian A	Deductible bagian A	Deductible bagian A
		Deductible bagian B			Deductible bagian B				Deductible bagian B
					Kelebihan Bagian B (100%)	Kelebihan Bagian B (80%)		Kelebihan Bagian B (100%)	Kelebihan Bagian B (100%)
		Darurat perjalanan LN	Darurat perjalanan LN	Darurat perjalanan LN	Darurat perjalanan LN	Darurat perjalanan LN	Darurat perjalanan LN	Darurat perjalanan LN	Darurat perjalanan LN
			Masa pemulihan di rumah			Masa pemulihan di rumah		Masa pemulihan di rumah	Masa pemulihan di rumah
							Manfaat obat dasar (batas: \$1,250)	Manfaat obat dasar (batas: \$1,250)	Manfaat obat dasar (batas: \$3,000)
									Perawatan preferentif
Distribusi penjualan (1992 – 1993)									
7.0%	16.3%	22.0%	4.4%	1.2%	32.7%	2.3%	6.0%	3.3%	4.8%

Sumber: Health Care Financing Administration, 1997 Guide to Health Insurance for People with Medicare, Distribusi penjualan dari tahun 1992-1993, survey pemegang asuransi tahun 1996, Laporan tahunan untuk Kongres Physician Payment Review Commission.

Paket G

Paket G mencakup semua manfaat dasar dari paket inti, ditambah manfaat berikut ini:

- Bagian A *deductible* untuk pasien rawat inap rumah sakit;
- Layanan *Skilled Nursing Facility* yang dihitung mulai hari ke 21 sampai hari ke 100, per Periode manfaat;
- 80% dari Kelebihan tagihan bagian B. Cakupan ini membayar selisih antara biaya aktual *Medicare* Bagian B sesuai tagihan dan tarif yang disetujui *Medicare*, tidak melebihi Batas tagihan yang ditetapkan *Medicare* (115% dari jumlah yang disetujui *Medicare*).
- 80% untuk jasa layanan darurat yang diberikan di luar negeri, setelah *deductible* sejumlah \$250, sampai maksimum yang berlaku seumur hidup sebesar \$50,000.
- Sampai dengan \$1,600 per tahun untuk jasa bantuan aktifitas sehari-hari di rumah untuk jangka pendek (mis: mandi, berpakaian, kebersihan pribadi) selama masa pemulihan dari sakit, luka atau operasi.

untuk digunakan sendiri - 31

Paket H

Paket H mencakup semua manfaat dasar dari paket inti, ditambah manfaat berikut ini:

- Bagian A *deductible* untuk pasien rawat inap rumah sakit;
- Layanan *Skilled Nursing Facility* yang mencakup mulai dari hari ke 21 sampai hari ke 100, untuk tiap Periode manfaat;
- 80% untuk jasa layanan darurat yang diberikan di luar negeri, setelah *deductible* sejumlah \$250, sampai maksimum yang berlaku seumur hidup sebesar \$50,000. dan
- 50% dari biaya resep obat sampai manfaat maksimum \$1,250, setelah *deductible* sebesar \$250 untuk satu kalendar tahunan. Manfaat resep obat dokter ini disebut sebagai manfaat obat dasar.

Paket I

Paket I mencakup semua manfaat dasar dari paket inti, ditambah manfaat berikut ini:

- Bagian A *deductible* untuk pasien rawat inap rumah sakit;
- Layanan *Skilled Nursing Facility* yang mencakup mulai dari hari ke 21 sampai hari ke 100, untuk tiap Periode manfaat;
- 100% dari pembebanan biaya yang melebihi bagian B. Cakupan ini membayar selisih antara biaya aktual *Medicare* Bagian B sesuai tagihan dan tarif yang disetujui *Medicare*, tidak melebihi Batas tagihan yang ditetapkan *Medicare* (115% dari jumlah yang disetujui *Medicare*);
- 80% untuk jasa layanan darurat yang diberikan di luar negeri, setelah *deductible* sejumlah \$250, sampai maksimum yang berlaku seumur hidup sebesar \$50,000;
- Sampai dengan \$1,600 per tahun untuk jasa bantuan aktifitas sehari-hari di rumah untuk jangka pendek (mis: mandi, berpakaian, kebersihan pribadi) selama masa pemulihan dari sakit, luka atau operasi; dan,
- 50% dari biaya resep obat sampai manfaat maksimum \$1,250, setelah *deductible* sebesar \$250 untuk satu kalendar tahunan. Manfaat resep obat dokter ini disebut sebagai manfaat obat dasar.

Paket J

Paket J mencakup kombinasi dari seluruh manfaat yang ditawarkan dalam paket suplemen *Medicare* lainnya. Paket ini adalah produk suplemen *Medicare* yang terlengkap yang dapat dibeli. Paket J terdiri dari semua manfaat dasar dari paket inti, ditambah manfaat berikut ini:

- Bagian A *deductible* untuk pasien rawat inap rumah sakit;
- Layanan *Skilled Nursing Facility* yang mencakup mulai dari hari ke 21 sampai hari ke 100, untuk tiap Periode manfaat;
- *Deductible* bagian B untuk satu tahun kalender (\$100).
- 100% dari pembebanan biaya yang melebihi bagian B. Cakupan ini membayar selisih antara biaya aktual *Medicare* Bagian B sesuai tagihan dan tarif yang disetujui *Medicare*, tidak melebihi Batas tagihan yang ditetapkan *Medicare* (115% dari jumlah yang disetujui *Medicare*);
- 80% untuk jasa layanan darurat yang diberikan di luar negeri, setelah *deductible* sejumlah \$250, sampai maksimum yang berlaku seumur hidup sebesar \$50,000;

untuk digunakan sendiri - 32

- Sampai dengan \$120 per tahun untuk tes fisik, kolesterol, tes pendengaran, pemeriksaan diabetes, dan tes fungsi thyroid.
- Sampai dengan \$1,600 per tahun untuk jasa bantuan aktifitas sehari-hari di rumah untuk jangka pendek (mis: mandi, berpakaian, kebersihan pribadi) selama masa pemulihan dari sakit, luka atau operasi; dan,
- 50% dari biaya resep obat sampai manfaat maksimum \$3,000, setelah deductible sebesar \$250 untuk satu kalendar tahunan setelah deductible \$250. Manfaat resep obat dokter ini mengacu pada manfaat obat yang diperluas.

Pengecualian dan Pembatasan

Semua suplemen *Medicare* memiliki pengecualian dan batasan dalam kontraknya. Lebih lagi, ada manfaat-manfaat pelayanan yang tidak dicakup dalam *Medicare*, kecuali tertera secara jelas dalam kontrak. Sebagai contoh, *Medicare* tidak menyediakan manfaat untuk resep obat dokter, tetapi resep obat dijamin dalam paket-paket terbatas seperti paket H, I dan J. Suplemen *Medicare* tidak akan dikeluarkan dengan batasan manfaat (mis: 12 bulan masa tunggu) atau penyembuhan penyakit (mis: tidak ada manfaat untuk kondisi kesehatan tertentu).

Asuransi diijinkan untuk membatasi atau meniadakan manfaat yang berkaitan dengan kondisi kesehatan *pre-existing*, ketika polis suplemen *Medicare* dijual (baik selama periode keanggotaan baru atau bukan). Batasan tersebut, bagaimanapun juga, tidak dapat dipaksakan untuk periode lebih dari 6 bulan. Individu yang menjadi anggota secara kontinyu, dijamin akan mendapat polis suplemen *Medicare* tanpa batasan *Pre-Existing Condition*. Hukum melarang perusahaan asuransi membedakan kebijakan harga polis berbasis status kesehatan individu, pengalaman klaim, penerimaan perawatan kesehatan, dan kondisi medis.

Pada saat memutuskan untuk membeli polis suplemen *Medicare*, seseorang harus mengetahui jenis jasa pelayanan dan hal-hal apa yang tidak dicakup oleh *Medicare*, sehingga mengetahui apa saja yang tidak dicakup oleh polis suplemen *Medicare* secara umum.

Medicare SELECT

Perusahaan asuransi dan *Health Maintenance Organization (HMOs)* menjual suplemen *Medicare* lain yang disebut sebagai paket *Medicare SELECT*. *Medicare SELECT* adalah sama dengan standar cakupan suplemen *Medicare*, kecuali masing masing bertanggung hanya dapat berkunjung ke Rumah sakit dan dokter terpilih (kecuali dalam situasi darurat) agar dapat dijamin atau dibayar penuh oleh manfaat *Medicare SELECT*. Paket *Medicare SELECT* umumnya lebih murah karena adanya persyaratan untuk memakai jaringan PPK agar mendapat manfaat penuh. Program *Medicare SELECT* menawarkan lebih banyak fleksibilitas dibanding *HMOs* dalam hal yang berkaitan dengan pemilihan dokter, karena bertanggung masih dapat mencari dokter diluar jaringan PPK dan masih dicakup sebagian manfaat; dimana hal ini tidak diperbolehkan dalam *HMO*.

Perusahaan asuransi yang menawarkan paket *Medicare SELECT* diharuskan mengajukan proposal rencana operasional dengan komisaris asuransi negara bagian dimana mereka akan menjual paket *Medicare SELECT*-nya. Paket harus mencakup:

- bukti-bukti bahwa semua jasa tercakup yang terbatas pada jaringan PPK memang tersedia dan dapat diperoleh melalui jaringan PPK, termasuk penjabaran bahwa (1) jasa ditawarkan dengan tepat, dengan memperhatikan lokasi geografis, jam kerja operasi, dan pelayanan

sesudah jam kerja; (2) jumlah PPK di wilayah tersebut memadai untuk jumlah pemilik polis yang diharapkan; (3) perjanjian tertulis dengan setiap PPK yang menjelaskan manfaat paket yang ditanggung; (4) perawatan darurat yang tersedia selama 24 jam sehari, 7 hari seminggu; dan (5) PPK tidak boleh meminta penggantian langsung dari individu yang dicakup dalam paket *Medicare SELECT*;

-
- pernyataan atau peta yang menyatakan keterangan jelas tentang wilayah layanan;
- keterangan mengenai prosedur keluhan yang digunakan;
- keterangan mengenai program kendali mutu, termasuk (1) struktur organisasi yang formal; (2) kriteria tertulis untuk seleksi, pemeliharaan, dan pergantian jaringan PPK; dan (3) prosedur untuk mengevaluasi kualitas layanan yang disediakan oleh jaringan PPK serta proses untuk inisiasi tindakan yang benar jika diperlukan;
- daftar dan keterangan, menurut spesialisasinya, dari jaringan PPK;
- salinan dari semua informasi tertulis yang digunakan oleh perusahaan asuransi; dan
- informasi lain yang diminta oleh komisar asuransi.

Kongres telah menciptakan *Medicare SELECT* sebagai program percobaan dan awalnya telah menyetujui program sebagai bagian dari *Omnibus Reconciliation Act* pada tahun 1990 (*OBRA-90*) untuk digunakan di 15 negara bagian. Tetapi kemudian Kongres menyetujui untuk digunakan di seluruh 50 negara bagian dan diperpanjang sampai tahun 1998. Pemegang asuransi harus menyediakan manfaat jika paket *SELECT* tidak dilanjutkan. Perusahaan asuransi harus menyediakan Manfaat yang sama dengan Manfaat yang termasuk dalam paket *Medicare SELECT*.

Meskipun paket Medicare *SELECT* dapat tersedia di tiap negara bagian dibawah hukum federal, tidak setiap negara bagian telah menyetujui paket ini untuk dijual. Informasi ini seharusnya tersedia dengan menghubungi departemen asuransi di negara bagian tertentu.

Medicare dan HMOs

Sebagai alternatif antara paket A sampai J, baik yang biasa atau *Medicare SELECT*, penerima manfaat dapat mengikuti paket resiko yang mencakup semua Manfaat *Medicare* dan umumnya sejumlah Manfaat suplemen, seperti tes mata, alat bantu dengar, tes fisik rutin, dan imunisasi terjadwal dengan tidak menambah premi atau dengan tambahan premi yang kecil. Perorangan harus terus membayar premi bagian B *Medicare*-nya. Jumlah *deductible* dan *coinsurance* Medicare dibayar oleh *HMO*, bukan oleh anggota. *HMOs* juga tidak membutuhkan kertas kerja atau membutuhkan sedikit kertas kerja saja.

Keanggotaan *HMO* meningkat dengan cepat. Pada tahun 1995, 3.3 juta anggota *Medicare* memilih *HMO* –meningkat 23% antara tahun 1994 dan 1995. Pada tahun 2000, 11.8 juta anggota *Medicare* diharapkan akan menjadi anggota *HMO*. Jumlah anggota *HMO* yang memiliki kontrak dengan *HCFA* juga terus bertambah. Tahun 1995, hampir satu pertiga dari semua *HMO* komersial (168 paket) memiliki kontrak untuk melayani penerima manfaat *Medicare*. 71% anggota paket ini dikonsentrasikan di 6 negara bagian: California, Florida, Minnesota, New York, Oregon dan Texas.

Umumnya, paket *Medicare Risk* harus memiliki jaringan rumah sakit, fasilitas perawat ahli, agen kesehatan rumah, dokter, dan profesional lainnya sendiri. Tergantung pada bagaimana paket tersebut diorganisir, pelayanan biasanya disediakan baik pada satu atau lebih lokasi fasilitas kesehatan yang terpusat atau kantor praktek pribadi dokter, dan PPK kesehatan lainnya yang

menjadi bagian dari paket. Semua perawatan yang dijamin harus diterima melalui PPK paket atau dari perawatan kesehatan profesional lainnya kepada siapa saja paket tersebut ditujukan, sedangkan untuk perawatan yang lainnya tidak dijamin.

Sebagian besar paket mengharuskan anggotanya untuk memilih dokter perawat utamanya. Dokter perawat utama ini bertanggung jawab untuk mengatur perawatan medis anggota, rujukan ke rumah sakit, dan anjuran untuk ke spesialis. Anggota diperbolehkan untuk mengubah dokter perawat utamanya selama dokter perawat utama yang lain tersebut terafiliasi dalam paket.

Paket Berdasarkan Resiko dan Biaya

Ada dua jenis kontrak *HMO* dengan *Medicare*: resiko dan biaya.

1. **Paket Resiko:** Paket resiko memiliki persyaratan yang mengikat yang menjelaskan semua bentuk perawatan yang harus diterima melalui paket atau melalui rujukan oleh paket. Dalam beberapa kasus, kecuali pelayanan yang diterima dari PPK yang ditunjuk, baik paket maupun *Medicare* tidak akan membayar. Satu-satunya pengecualian adalah pelayanan darurat yang diterima dimanapun di Amerika Serikat dan untuk pelayanan darurat yang dibutuhkan pada saat anggota berada diluar wilayah pelayanan paket. Pengecualian lainnya yang ditawarkan oleh sedikit paket resiko adalah pilihan *Point of Service* (POS). Dengan pilihan *POS* ini paket membolehkan seseorang untuk menerima pelayanan tertentu diluar wilayah jaringan PPK dan paket akan membayar prosentase tarifnya. Fleksibilitas tambahan paket ini seringkali mengharuskan anggotanya untuk membayar sekurangnya 20% dari total biaya. Pilihan *POS* adalah gambaran dari banyak *HMO* dan tidak dibatasi pada paket *Medicare Risk*. Mulai tahun 1999, anggota kontrak resiko akan dipertimbangkan untuk disertakan dalam kenggotaan paket *Medicare+Choice*, yang akan dibahas selanjutnya dalam bab ini.
2. **Paket Biaya:** Paket biaya tidak memiliki persyaratan yang mengikat. Pada saat menjadi anggota paket biaya, orang dapat pergi ke PPK perawatan kesehatan yang terafiliasi, atau PPK diluar paket. Pada saat pelayanan diterima diluar paket, maka tidak akan ada manfaat, tetapi manfaat *Medicare* akan dibayarkan.

Medicare membayar bagian yang dijaminnya sesuai biaya yang disetujui. Anggota paket menanggung jumlah *deductible* dan *coinsurance* dari *Medicare*, apabila menerima perawatan dalam system *fee-for-services*. Paket Biaya adalah pilihan yang lebih baik bagi seseorang yang sering bepergian atau tinggal di negara bagian lain untuk beberapa bulan, atau yang menginginkan dokter perawat yang tidak terafiliasi dengan paket.

Prosedur Keanggotaan Health Maintenance Organization (HMO)

Banyak penerima manfaat yang memiliki pilihan untuk menerima manfaat *Medicare* melalui *HMO*. Nama-nama *HMO* dalam sebuah wilayah tersedia di departemen asuransi negara bagian. Agar dapat memenuhi syarat untuk menjadi anggota, seseorang:

- Harus memiliki *Medicare* Bagian B dan terus membayar premi Bagian B;
- Harus tinggal di wilayah pelayanan paket;
- Tidak sedang menerima perawatan di rumah sakit bersertifikasi; dan
- Tidak sedang menderita gagal ginjal permanen pada saat menjadi anggota.

Semua *HMO* yang mempunyai kontrak dengan *Medicare* harus mempublikasikan periode pembukaan keanggotaan setidaknya 30 hari sekali setiap tahun. Paket harus mendaftarkan penerima manfaat dalam setiap aplikasi mereka. Tidak ada yang ditolak akibat kesehatannya yang buruk, kecuali untuk penderita penyakit ginjal tingkat akhir (akut).

Apabila satu wilayah dilayani oleh lebih dari satu paket, seseorang mungkin ingin membandingkan kualifikasi dokter, fasilitas, premi, pembayaran, dan manfaat untuk memutuskan paket mana yang dapat memenuhi kebutuhan mereka. Sebelum mengambil keputusan, adalah tindakan yang bijaksana untuk menilai keuntungan dan kerugian dari keanggotaan paket dengan manfaat lainnya yang mungkin tersedia.

Jika orang menjadi anggota *HMO* dan kemudian memutuskan untuk keluar dari keanggotaan dan kembali ke paket *fee-for-service Medicare*, mereka harus mengirim pemberitahuan yang ditandatangani kepada paket atau kepada kantor Administrasi Keamanan Sosial setempat, atau jika memungkinkan, kepada Badan Pensiun Jawatan Kereta. Mereka akan kembali menjadi anggota paket *fee-for-service Medicare* pada hari pertama bulan berikutnya setelah paket menerima permintaan untuk keluar dari keanggotaan.

Prosedur Keanggotaan Medicare+Choice

Mulai tahun 1998 dan berlanjut sampai tahun 2000, penerima manfaat dari *Medicare+Choice* akan dapat melanjutkan keanggotaan dan keluar dari keanggotaan, sehingga memungkinkan mereka untuk mengganti paket atau pindah ke atau keluar dari *Medicare* tradisional. Kemudian, selama 6 bulan pertama tahun 2001, masa transisi mulai berlaku. Pada saat ini, para penerima manfaat dapat mengubah paket sekali sebagai tambahan selama periode pemilihan tahunan terkoordinasi. Periode pendaftaran tahunan yang terkoordinasi diselenggarakan setiap bulan November mulai tahun 1999. Selanjutnya, mulai 1 Januari 2001, para penerima manfaat yang layak untuk *Medicare* dapat mengganti *Medicare* ke *Medicare* tradisional kapan saja selama 12 bulan pertama masa keanggotaan. Mulai tahun 2003, para penerima manfaat dapat mengubah paketnya selama 3 bulan pertama awal tahun, ditambah selama periode pemilihan tahunan terkoordinasi.

Paket *Medicare+Choice* harus menerima orang-orang yang telah memenuhi syarat tanpa terkecuali selama masa pemilihan (disebut juga sebagai periode pembukaan pendaftaran). Keanggotaan tidak dapat ditolak oleh paket atau organisasi berdasarkan faktor-faktor status kesehatan yang terkait. Keanggotaan dari para penerima manfaat tidak dapat diakhiri kecuali penerima manfaat tersebut belum membayar premi atau telah terlibat dalam perilaku yang mengganggu atau kecuali paket telah diakhiri untuk semua orang dalam suatu wilayah.

Pada saat keanggotaan dan kemudian setiap tahun sesudahnya, setiap paket harus:

- Menyediakan informasi khusus kepada anggota tentang fitur paket, termasuk informasi untuk kualitas perawatan, tinjauan pemanfaatan, dan prosedur khusus untuk keluhan dan himbauan.
- Memiliki program manfaat kualitas dan perjanjian dengan sebuah organisasi independen peninjau dan pengembangan kualitas yang telah disetujui oleh *HHS*;
- Melindungi kerahasiaan anggota berkaitan dengan informasi kesehatan anggota;
- Memiliki prosedur untuk partisipasi dokter;
- Mencegah kalimat-kalimat “lelucon” yang menghambat PPK untuk menasehati pasien mengenai status kesehatan mereka atau tindakan medis, meskipun paket tidak menyediakan tindakan medis yang diberikan tersebut.

Selanjutnya, paket tidak dapat memaksa PPK untuk mengganti kerugian paket sebagai pertanggung jawaban untuk penolakan perawatan medis yang diperlukan.

Seseorang yang menderita penyakit ginjal akut tidak dapat menjadi anggota paket *Medicare+Choice*. Namun, orang tersebut masih bisa menjadi anggota apabila didiagnosa setelah menjadi anggota.

Penilaian resiko/ *underwriting*

Ada dua jenis Penilaian resiko kesehatan yang digunakan oleh perusahaan asuransi untuk suplemen *Medicare*: *Guaranteed issue* (yi.: tidak membutuhkan pertanyaan kesehatan) dan *selective underwriting* (yi; yang membutuhkan pertanyaan tentang kesehatan).

Guaranteed Issue

Guaranteed Issue seperti namanya, berarti bahwa semua orang diterima dan akan diterbitkan polis suplemen *Medicare*, tanpa menghiraukan status kesehatannya. Meskipun pengecualian dapat tetap ada, kebanyakan non selective underwriting harus ada selama periode pendaftaran keanggotaan. Pihak asuransi dapat menggunakan formulir aplikasi yang lebih singkat (tanpa pertanyaan kesehatan) selama periode pendaftaran keanggotaan.

Selective Underwriting

Selective underwriting mengharuskan pemohon untuk menjawab sejumlah pertanyaan yang terkait dengan kesehatannya. Pihak asuransi memutuskan – berdasarkan informasi medis dalam aplikasi dan informasi medis lainnya yang diterima dari dokter pemohon – apakah akan menerbitkan manfaat. Beberapa perusahaan dapat menolak pemohon dengan sejarah kesehatan serius, seperti kanker, diabetes, penyakit jantung, atau kombinasi penyakit. Kondisi lain yang dapat mengakibatkan penolakan adalah meliputi *acquired immune deficiency syndrome* (AIDS), kecanduan obat, atau pemohon yang masih dalam perawatan rumah sakit atau rumah perawatan.

Status kesehatan pemohon bukan satu-satunya faktor pertimbangan dalam melakukan Penilaian resiko suplemen *Medicare*. Faktor lain yang dapat menyebabkan penolakan perusahaan asuransi kepada pemohon asuransi suplemen *Medicare* adalah:

- Kelayakan pemohon *Medicare* (suplemen *Medicare* tidak menyediakan Manfaat kecuali *Medicare* membayar bagiannya);
- Usia pemohon di kebanyakan negara bagian (pemohon harus berusia minimal 65 tahun)
- Memiliki suplemen asuransi *Medicare* lainnya yang masih berlaku (hanya satu suplemen yang dapat berlaku); dan
- Menjadi penerima *Medicaid*.

Pre-Existing Condition

Faktor lain yang dipertimbangkan oleh pihak asuransi ketika memasarkan polis suplemen *Medicare* adalah lama periode *Pre-Existing Condition*. Beberapa perusahaan memilih periode maksimum – enam bulan – untuk menghindari *adverse selection* (yi.: kecenderungan dari resiko “lebih buruk dari rata-rata” untuk mengajukan yang dijamin). Perusahaan lainnya mengurangi periode menjadi 3 atau bahkan dua bulan. Beberapa pemberi asuransi mengeluarkan polis yang melindungi para anggotanya sejak hari pertama manfaat. Lama waktu *Pre-Existing Condition* ini dapat mempengaruhi premi (semakin pendek periode, semakin tinggi premi), yang dapat mempengaruhi persaingan produk.

Penentuan Tarif/ *Rating*

Meskipun semua perusahaan asuransi yang memasarkan suplemen *Medicare* menyediakan Manfaat yang hampir sama dari Paket A sampai J, jumlah premi sangat bervariasi antara satu perusahaan asuransi dengan lainnya, dan dari satu wilayah dengan wilayah lainnya (mis.: satu negara bagian dengan negara bagian lainnya). Perusahaan asuransi menggunakan 3 metode yang berbeda untuk menghitung premi suplemen *Medicare*: penentuan tarif (komunitas) *attained age*, *issue age* dan *no age*.

Attained-age rating

Premi *Attained-age* didasarkan pada usia pemegang asuransi dari awal dan bertambah setiap tahunnya.

Attained-age rating dapat dihitung berdasarkan usia masing-masing individu, atau premi dapat disatukan dalam pengelompokan usia tertentu (mis: kelompok 5 sampai 10 tahun). Jika disatukan, jumlah premi meningkat pada saat pemegang asuransi memasuki kelompok usia yang lebih tua.

Untuk tahun kalender, berikut ini adalah contoh untuk *Attained-age rating*:

Tarif usia 65 tahun	= \$ 860
Tarif usia 66 tahun	= \$ 880
Tarif usia 67 tahun	= \$ 920
Tarif usia 68 tahun	= \$ 980
Tarif usia 69 tahun	= \$ 1,020

Berikut ini adalah contoh *Attained-age rating* untuk kelompok usia lima tahunan:

Usia 65 – 69 tahun	= \$ 975
Usia 70 – 74 tahun	= \$ 1,155
Usia 75 – 79 tahun	= \$ 1,280
Usia 80 – 84 tahun	= \$ 1,395

Struktur *Attained-age rating* lainnya adalah menaikkan tarif berdasarkan usia, sampai dengan usia tertentu (mis.: usia 80 tahun), kemudian tarifnya tetap. Umumnya paket *Attained-age rating* cenderung lebih mahal dibanding jenis paket suplemen *Medicare* lainnya. Akan tetapi, karena tarif naik seiring dengan penambahan usia anggota, seiring berjalannya waktu pula premi akan melampaui jenis metode penentuan tarif lainnya.

Issue-age rating

Ketika perusahaan memakai cara penentuan *Issue-age rating*, dan polis suplemen *Medicare* dibeli pada usia 65 tahun, premi akan tetap sama. Ini berarti bahwa premi tidak akan naik setiap tahun seiring dengan penambahan usia anggota.

Issue-age rating seperti pada *Attained-age rating*, dapat dihitung berdasarkan usia seseorang pada saat mendaftar, atau dalam suatu kelompok umur yang disatukan.

Penentuan Tarif *No Age*/Penentuan Tarif Komunitas

Beberapa perusahaan asuransi yang memasarkan suplemen *Medicare* dengan memberikan tarif yang sama untuk semua anggota dengan mengabaikan usia mereka. Cara ini adalah yang paling sederhana, memungkinkan anggota untuk menghitung tarif suplemen *Medicare*nya secara akurat.

Kenaikan Premi

Tidak ada perusahaan asuransi yang menawarkan polis suplemen *Medicare* yang menjamin preminya. Seiring berjalannya waktu, premi untuk semua paket suplemen *Medicare* naik, diluar cara penentuan tarif yang digunakan oleh perusahaan asuransi. Kenaikan premi dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya:

- Kenaikan inflasi biaya medis;
- Jumlah keseluruhan klaim lebih tinggi dari antisipasinya;
- Kenaikan dalam penggunaan manfaat tertentu yang dijamin dalam paket; atau
- Kenaikan deductible baik Bagian A atau B dan revisi manfaat *Medicare* lainnya yang disahkan.

Semua berkas polis dan premi suplemen *Medicare* harus disimpan dan disetujui oleh berbagai departemen asuransi negara bagian sebelum polis dijual oleh perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi tidak boleh mengubah paket suplemen *Medicare*nya atau menaikkan preminya kecuali kenaikan itu disetujui oleh departemen asuransi negara bagian dan diterapkan kepada semua orang di negara bagian yang dijamin oleh paket suplemen *Medicare* yang sama.

Potongan Harga

Karena semua paket suplemen *Medicare* menyediakan Manfaat yang sama, perusahaan asuransi saling bersaing dalam hal harga dan pelayanan. Beberapa perusahaan memakai potongan harga sebagai insentif bagi seseorang untuk membeli paket suplemen *Medicare*.

Potongan Harga untuk Para Pasangan

Jika suami dan isteri membeli suplemen *Medicare* pada saat yang bersamaan, perusahaan dapat memberikan potongan harga untuk total premi dengan prosentase tertentu (mis: 10%).

Potongan Harga untuk yang Bukan Perokok

Jika peserta tidak pernah merokok atau mengkonsumsi segala jenis produk-produk tembakau (cerutu, pipa tembakau, tembakau kunyah dll) selama 12 bulan terakhir, dia akan ditawarkan potongan harga. Potongan harga bervariasi dari 10% sampai 20%.

Potongan Harga Modal

Jika peserta membayar premi untuk satu tahun sekaligus, beberapa perusahaan memberikan potongan harga premi sampai 10%.

Potongan Harga untuk Anggota Organisasi

Potongan harga sampai 20%, lebih kecil dari jumlah premi dapat ditawarkan oleh perusahaan asuransi kepada setiap anggota organisasi dengan jumlah keanggotaan yang besar.

Peraturan

OBRA-90 mewajibkan semua negara bagian untuk merevisi peraturan paket untuk asuransi suplemen *Medicare*. Sejak itu, semua negara bagian telah mengadopsi model aturan untuk mengimplementasikan NAIC *Medicare Supplement Insurance Minimum Standards Model Act* (lihat Lampiran C), yang telah diadopsi pada tahun 1991.

Tujuan dari peraturan ini adalah:

- Untuk menyediakan pembakuan manfaat yang sesuai, dan menyederhanakan ketentuan dan manfaat polis suplemen *Medicare*;
- Untuk memudahkan pengertian masyarakat dan memudahkan perbandingan antara polis;
- Untuk menghapus ketentuan di beberapa polis yang dapat menyesatkan atau membingungkan sehubungan dengan pembelian polis atau dengan penanganan klaim; dan
- Untuk menyediakan keterangan yang lengkap dalam penjualan manfaat asuransi kesehatan kepada orang yang layak untuk *Medicare*.

Amandemen utama untuk peraturan suplemen *Medicare* yang ditetapkan sejak tahun 1990 akan dibahas dibawah ini:

Pembakuan Paket Suplemen *Medicare*

Untuk memudahkan orang yang layak *Medicare* dalam membandingkan polis asuransi suplemen *Medicare*, semua negara bagian membatasi jumlah polis yang berbeda yang dapat dijual dan tidak lebih dari 10 paket standar yang telah dijelaskan di awal bab ini. 10 Paket Standar tersebut tidak tersedia di Minnesota, Massachusetts, dan Wisconsin, karena negara-negara bagian ini memiliki paket standar alternatif yang dilaksanakan sebelum badan legislatif federal dibuat dan mereka tidak diharuskan untuk mengubah paket suplemen *Medicare*nya.

Negara bagian harus mengizinkan penjualan Paket A, dan semua perusahaan asuransi *Medicare* harus menyediakan Paket A jika mereka ingin memasarkan paket suplemen *Medicare*

di negaranya. Sementara itu tidak perlu untuk menawarkan 9 paket lainnya, kebanyakan perusahaan asuransi menawarkan hanya beberapa paket dan sebagian lainnya menawarkan kesepuluh paket. Hanya dua negara bagian – Delaware dan Vermont - yang tidak mengizinkan penjualan total 10 paket tersebut. Delaware tidak mengizinkan penjualan paket C, F, G, dan H. Vermont tidak mengizinkan penjualan paket F, G, dan I.

Pendaftaran Keanggotaan

Hukum negara dan negara bagian menentukan bahwa dalam periode 6 bulan sejak tanggal penerima manfaat *Medicare* menjadi anggota dan berusia 65 tahun atau lebih, dia dapat membeli paket suplemen *Medicare* manapun tanpa menghiraukan masalah kesehatan yang mungkin dimilikinya. Selama periode pendaftaran keanggotaan, seseorang dapat membeli paket suplemen *Medicare* manapun (bahkan Paket J, paket yang paling luas yang ditawarkan) yang dijual oleh perusahaan asuransi yang melakukan bisnis di wilayah negara bagiannya. Perusahaan asuransi tidak dapat menolak polis dikarenakan sejarah medis, status kesehatan, atau pengalaman klaim dari pemohon. Perusahaan asuransi juga tidak dapat menetapkan kondisi pada saat kapan polis diterbitkan atau mulai efektif, dan tidak juga mendiskriminasi harga polis, yang disebabkan sejarah medis pemohon, status kesehatan, atau pengalaman klaimnya. Perusahaan asuransi dapat memasukkan pembatasan *Pre-Existing Condition* sampai dengan 6 bulan dalam polis pendaftaran keanggotaan.

Balanced Budget Act memperluas penerbitan manfaat untuk polis suplemen Medicare tertentu untuk menjadi keanggotaan perorangan yang berkelanjutan, yang memungkinkan untuk masuk menjadi anggota dalam waktu 63 hari sejak berhenti dari keanggotaan yang lain. Tabel di halaman berikutnya menggambarkan proses tersebut.

Perijinan Medicare+Choice

Organisasi *Medicare+Choice* harus diatur dan diijinkan dibawah hukum negara bagian sebagai sesuatu yang dapat menanggung resiko dan layak untuk menawarkan asuransi kesehatan atau manfaat kesehatan di setiap negara bagian dimana dia menawarkan paket *Medicare+Choice*. *Provider Sponsor Organization (PSO)* harus diberi ijin oleh hukum negara bagian sebagai penanggung resiko yang menawarkan manfaat kesehatan, kecuali *PSO* meminta kepada *HHS* untuk perijinan karena negara bagian telah gagal menindaklanjuti permintaan *PSO* yang lengkap dalam waktu 90 hari. Jika negara bagian telah menolak permintaan *PSO* berdasarkan perlakuan diskriminasi atau persyaratan untuk kesanggupan pembayaran hutang yang bermacam-macam dari standar negara, *PSO* dapat meminta kepada *HHS*. *HHS* mempunyai waktu 60 hari untuk memproses permintaan tersebut. *PSO* dengan perijinan dari *HHS* harus patuh pada perlindungan konsumen serta standar mutu negara bagian. Setelah 31 Oktober 2002, *PSO* tidak dapat menghindari persyaratan perijinan negara bagian.

Peristiwa yg layak:	Untuk alasan-alasan sbb:	Paket keanggotaan yg tersedia:
Kelayakan Medicare yg diawali pada usia 65 tahun	Keanggotaan perorangan di Medicare+ Choice dan mengakhiri keanggotaan selama 12 bulan pertama.	Seluruh polis (A-J)

Perorangan mengakhiri manfaat Medigap untuk mencoba Medicare + Choice.	Perorangan menjadi anggota untuk pertama kali di paket Medicare +Choice atau demo yang serupa atau Medicare SE, dan keanggotaan lainnya akan diakhiri selama 12 bulan pertama.	Pengasuransi yang sama, dan polis yang sama seperti sebelumnya. (jika tidak tersedia, maka paket A,B,C dan F atau paket yang sebanding dalam waivered states).
Penghentian manfaat karyawan.	Paket mengakhiri atau menghentikan semua Manfaat suplemen untuk perorangan.	A,B,C and F (atau paket yang sebanding dalam waivered states).
Keanggotaan Paket Medicare+Choice tidak dilanjutkan	Kontrak dengan HCFA diakhiri, orang keluar dari wilayah pelayanan; kontrak paket yang terganggu atau salah; atau hal lainnya, HHS.	A,B,C and F (atau paket yang sebanding dalam waivered states).
Medicare Risk, biaya, Medicare SE, atau demo manfaat dihentikan	Kontrak dengan HFCA berakhir, anggota pindah dari wilayah pelayanan; kontrak paket yang terganggu atau salahpenyajiannya; atau hal lainnya, HHS.- dan, dalam hal Medicare SE, tidak ada hukum negara bagian yg diadakan untuk melanjutkan atau mengganti manfaat.	A,B,C and F (atau paket yang sebanding dalam waivered states).
Penghentian manfaat Medigap	Pengasuransi bangkrut atau penghentian yg tidak sengaja lainnya, dan tidak ada hukum negara bagian untuk diadakan untuk melanjutkan atau mengganti manfaat; kontrtrak paket yang terganggu atau pengadaan pemasaran yang salah penyajiannya.	A,B,C and F (atau paket yang sebanding dalam waivered states).

Standar Rasio Kerugian dan *Refund*, atau Kredit Premi

Polis suplemen *Medicare* tidak dapat dipasarkan kecuali polis itu diharapkan akan kembali kepada pemegang polis setidaknya 75% untuk polis kelompok, dan 65% untuk polis perorangan. Ketika perusahaan tidak dapat untuk memenuhi kerugian minimum untuk setiap paket yang ditawarkan di negara bagian, mereka harus memberikan *refund* atau kredit kepada pemegang polisnya.

Rencana Penggantian yang Diijinkan

Perusahaan asuransi dapat menyediakan komisi (atau kompensasi lainnya) kepada agen untuk penjualan polis suplemen *Medicare* hanya jika komisi tahun pertama tidak lebih dari 200% dari komisi yang dibayarkan untuk penjualan dan pelayanan polis pada periode tahun kedua. Komisi disediakan pada tahun-tahun berikutnya (pembaharuan) harus sama dengan yang disediakan di tahun kedua dan umumnya harus dibayar untuk periode tidak kurang dari 5 tahun pembaharuan, lama periode pembaharuan bervariasi di tiap negara bagian. Tidak ada perusahaan asuransi yang menyediakan komisi lebih besar dari komisi pembaharuan untuk polis pengganti, kecuali polis yang diganti menyediakan manfaat yang jauh lebih besar dari polis semula. Komisi berarti semua

untuk digunakan sendiri - 42

pembayaran kepada agen termasuk, tapi tidak terbatas kepada, bonus, bingkisan, hadiah, penghargaan, dan *finder's fee*.

Pernyataan Keterangan yang Dibutuhkan

Semua perusahaan asuransi harus memberikan uraian mengenai manfaat kepada semua pemohon pada saat mengajukan aplikasinya, kecuali untuk polis yang dikirim langsung melalui pos (polis dijual melalui pos), dalam hal ini uraian akan disertakan dalam polis yang diterbitkan. Uraian suplemen *Medicare* terdiri dari 4 bagian: halaman muka, informasi premi, halaman penjelasan, dan diagram yang menggambarkan fitur-fitur dari setiap manfaat yang ditawarkan oleh perusahaan asuransi. Uraian harus dicetak dengan ukuran tertentu dan dengan format yang sama seperti uraian di dalam bentuk peraturan.

Standar Untuk Pemasaran

Perusahaan asuransi harus menyusun prosedur yang sesuai dengan bentuk peraturan *NAIC*. Prosedur ini harus menyatakan bahwa:

- Segala perbandingan atas polis suplemen *Medicare* oleh agen adalah benar dan lengkap.
- Tidak menjual atau mengeluarkan asuransi yang berlebihan;
- Prosedur dibuat untuk menentukan secara jelas dan tepat apakah penggantian akan memberikan manfaat yang lebih besar atau tidak (bertujuan untuk mengindikasikan tahun pertama atau kompensasi yang diperbaharui)
- Pemberitahuan yang tepat - "Diberitahukan kepada pembeli: polis ini dapat tidak menjamin seluruh biaya medis" – dipasang di halaman pertama untuk setiap polis.
- Dilakukan segala upaya untuk menentukan apakah pemohon telah diasuransikan oleh jenis asuransi kesehatan dan kecelakaan yang lain; dan
- Ditetapkan prosedur yang *auditable* untuk memverifikasi kepatuhan atas prosedur tersebut.

Kegiatan pemasaran lainnya yang telah dilarang adalah pemaksaan/membujuk termasuk *tactics and twisting*. *Twisting* adalah jika sebuah agen membujuk pemegang polis untuk keluar dan pindah ke polis sejenis lainnya dari agen tersebut, agar mendapatkan komisi baru.

Larangan Terhadap *Pre-Existing Condition* untuk Penggantian

Model Regulation *NAIC* mengharuskan perusahaan asuransi untuk mengabaikan setiap periode waktu yang layak untuk *Pre-Existing Condition*, masa tunggu, masa penyisihan, dan masa percobaan dimana pemegang asuransi telah puas dengan polis yang lama pada saat dia membayar untuk manfaat serupa pada polis suplemen *Medicare* yang baru. Contohnya, jika pemegang asuransi telah merasa puas terhadap suatu polis selama 4 bulan dari masa *Pre-Existing Condition*-nya, pihak asuransi tidak boleh memaksakan lebih dari 2 bulan masa *Pre-Existing Condition* untuk polis pengganti.

Terdapat batasan maksimum 6 bulan untuk masa *Pre-Existing Condition* untuk semua polis suplemen *Medicare*. Jika polis suplemen *Medicare* telah berjalan selama lebih dari 6 bulan dan akan digantikan dengan polis suplemen *Medicare* lainnya, polis pengganti tidak boleh memaksakan masa *Pre-Existing Condition* apapun kepada pemohon.

Kesimpulan

Suplemen *Medicare* mengisi kesenjangan manfaat dalam paket *Medicare federal*. Mereka menyediakan Rumah Sakit yang bermutu dan manfaat medis kepada jutaan penerima manfaat *Medicare*. Orang membutuhkan suplemen *Medicare*, dan perusahaan asuransi berusaha untuk memuaskan kebutuhan tersebut dengan jalan menawarkan produk mereka melalui beraneka macam saluran distribusi, termasuk agen, broker, pemasaran masal, pengusaha dan asosiasi.

Kongres mengharuskan semua suplemen *Medicare* untuk distandarisasikan pada tahun 1991. Sekarang konsumen harus memilih dari 10 paket dari A sampai J. Paket *Managed Care* tersedia dalam kontrak *Medicare SELECT* dan *Medicare Risk* yang telah meningkat popularitasnya dan diharapkan akan terus meningkat.

Setiap orang berhak atas suplemen *Medicare* selama masa pendaftaran keanggotaan, dimana umumnya terjadi dalam 6 bulan sejak seseorang pertama kali menjadi anggota *Medicare* Bagian B. Tidak ada perusahaan asuransi yang menolak polis suplemen *Medicare* berdasarkan kondisi kesehatan pemohon pada saat masa pendaftaran keanggotaan.

Mungkin tidak ada produk asuransi kesehatan lainnya yang telah diatur secara ketat seperti suplemen *Medicare*. Peraturan Negara Bagian dan Federal mengatur bahasa polis, struktur manfaat, rasio kerugian, komisi, pengungkapan, dan kegiatan pemasaran. Selain semuanya itu, banyak perusahaan asuransi yang terus menawarkan satu atau lebih paket suplemen *Medicare* kepada semua orang yang memasuki usia 65 tahun.

Istilah Penting

<i>Approved charge</i> /biaya yang disetujui	<i>Electronic claims</i> /klaim elektronik	<i>Medicare SELECT</i>
<i>Assignment</i> /penugasan	<i>Exceptions and limitations</i> /pengecualian dan pembatasan	<i>Model regulation</i>
<i>Association</i> /asosiasi	<i>Excess charge</i> /kelebihan tagihan	<i>National Association of Insurance commissioners (NAIC)</i>
<i>At-home recovery</i> /pemulihan dirumah	<i>Guaranteed issue</i>	<i>Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA)</i>
<i>Attained-age rating</i>	<i>Issue-age rating</i>	<i>Open enrollment</i> /pendaftaran keanggotaan
<i>Balaced Budget Act of 1997</i>	<i>Loss ratio</i> rasio kerugian	<i>Pre-existing condition</i>
<i>Beneficiary</i> /penerima manfaat	<i>Mass marketing</i> /pemasaran masal	<i>Selective underwriting</i>
<i>Benefit period</i> /periode manfaat	<i>Medicare</i>	<i>Skilled nursing facility</i>
<i>Calendar year</i> /tahun kalender	<i>Medicare part A</i>	<i>underwriting</i> /Penilaian resiko
<i>Charge limitation</i> /batas tagihan	<i>Medicare part B</i>	
<i>Coinsurance</i>	<i>Medicare part C</i>	
<i>Commissions</i> /komisi	<i>Medicare+choice</i>	
<i>Community rating</i> /tarif komunitas	<i>Medicare supplement</i>	
<i>Deductible</i>	<i>Medicare risk</i>	

Bab III

Asuransi Ganti rugi Rumah Sakit

Pendahuluan

Penentuan Premi

Kebutuhan Pelanggan

Peraturan

Manfaat

Kesimpulan

Penilaian Resiko

Istilah-istilah penting

Pendahuluan

Polis ganti rugi rumah sakit adalah suatu bentuk asuransi kesehatan suplemen yang membantu perlindungan terhadap kerugian akibat rawat inap di Rumah Sakit. Polis ini sangat berbeda dari asuransi Kesehatan medis utama dan *managed care* baik dari sisi tujuan dan karakteristik.

- Program medis yang utama bertujuan untuk memberi perlindungan terhadap biaya yang besar sebagai akibat dari sakit parah atau kecelakaan; Program ini membayar dalam prosentase, biasanya 80% dari biaya yang disetujui, setelah *deductible* dipenuhi.
- Program *ganti rugi* rumah sakit membayar dollar dalam jumlah yang tetap setiap hari tertanggung dirawat di RS karena kecelakaan saja, atau karena kecelakaan dan sakit. Jumlah *ganti rugi* harian ini berkisar antara \$25 (atau minimum yang ditentukan oleh hukum negara bagian atau peraturan) sampai beberapa ratus dollar per hari. Tidak seperti program medis utama, yang memakai pola penggantian biaya (*reimbursement plan*), *ganti rugi* rumah sakit membayar tanpa melihat biaya medis aktual dan bahkan juga tidak berkurang jika manfaat dibayar oleh manfaat lain.

Cakupan *ganti rugi* rumah sakit pada mulanya dirancang untuk dijual sebagai suplemen program medis utama dan/atau program rumah sakit/operasi yang membayar manfaat tertentu untuk kamar per hari di rumah sakit. Dalam banyak kasus, program tidak mencakup biaya total kamar per hari di rumah sakit. Contohnya, program rumah sakit/operasi mungkin mendapat manfaat \$75 untuk kamar per hari dan biaya rata-rata untuk kamar di rumah sakit sebesar \$100. Untuk kasus demikian, Polis ganti rugi rumah sakit akan dijual dengan manfaat kamar per hari sebesar \$25.

Kebutuhan akan manfaat *ganti rugi* rumah sakit telah berubah sesuai dengan (1) perkembangan program medis utama dan *managed care*; (2) standarisasi program suplemen *Medicare*; dan (3) kenaikan biaya medis. Kini pembeli Polis ganti rugi rumah sakit umumnya telah memiliki program medis utama dan *managed care* yang menyediakan manfaat untuk sebagian besar biaya untuk kamar semi-privat. Bab ini membahas benefit suplemen yang disediakan oleh Polis ganti rugi rumah sakit, kenapa dibeli, dan bagaimana polis tersebut dijual dan diatur.

Kebutuhan Konsumen

Kesenjangan dalam Program Asuransi Kesehatan

Manfaat *ganti rugi* rumah sakit dapat digunakan untuk membayar biaya-biaya *out-of-pocket* yang berkaitan dengan rawat inap dimana perusahaan asuransi harus membayar program medis utama. Biaya-biaya ini termasuk *deductible*, *coinsurance*, batasan polis internal, dan biaya medis yang dibebankan lebih tinggi dari tarif biasa atau umum. *Ganti rugi* rumah sakit juga dapat digunakan untuk membayar biaya-biaya *out-of-pocket* yang berkaitan dengan *copayment* untuk anggota di *Health Maintenance Organizations (HMO's)*. Sebagai tambahan, program ini juga menjamin biaya ekstra yang timbul karena sakit atau kecelakaan yang biasanya tidak tercakup dalam asuransi medis, seperti perjalanan mengunjungi dokter atau kehilangan pekerjaan dalam jangka pendek.

Deductibles

Sebagian besar program medis utama memiliki batasan *deductible*, yang mengharuskan tertanggung membayar sejumlah biaya perawatan yang ditetapkan untuk mendapatkan pelayanan sebelum manfaat asuransi efektif. *Deductible* bervariasi di tiap perusahaan tapi biasanya berdasarkan tahun kalender. Artinya bahwa jika tertanggung mempunyai *deductible* tahunan \$100, maka \$100 pertama dari biaya medis dibayar oleh tertanggung. Biaya-biaya selanjutnya dijamin program medis utama. Pada awal tahun berikutnya, *deductible* yang baru muncul dan sekali lagi \$100 pertama dari biaya medis dibayar oleh tertanggung.

Dalam beberapa program, *deductible* didasarkan menurut penyebab, yang merupakan jumlah tertentu yang harus dipenuhi agar biaya medis dijamin untuk setiap kali menderita sakit, sebelum perusahaan asuransi membayar manfaat. Ini berarti bahwa penyakit tertentu atau kecelakaan merupakan subjek dari *deductible*. Contohnya jika seseorang dengan *deductible* per-penyakit mengalami patah tangan dan tiga bulan kemudian patah kaki, biaya medis yang berkaitan dengan patah tangan merupakan subjek untuk *deductible* sebesar \$250, dan biaya medis untuk patah kaki merupakan subjek untuk *deductible* sebesar \$250.

Coinsurance

Jumlah *coinsurance* merujuk pada prosentase biaya yang dijamin yang dibayar oleh perusahaan asuransi setelah *deductible* dipenuhi. Jenis prosentase *coinsurance* yang umum adalah 80/20, berarti bahwa perusahaan asuransi membayar 80% dan tertanggung membayar 20% dari biaya yang dijamin. Sebagai tambahan, tertanggung membayar 100% atas semua biaya yang tidak dijamin, seperti jumlah biaya yang melampaui tarif biasa atau umum untuk perawatan atau pelayanan.

Copayment

Sebagian besar HMO mengaplikasikan *copayment* yang berlaku untuk kamar dan makanan bagi pasien rawat inap. Program umumnya membayar 100% setelah kewajiban *copayment* dipenuhi, yang berkisar antara \$100 sampai \$500. Misalnya, individu dengan

copayment \$200 membayar \$200 pertama setiap kali menginap di rumah sakit, dan setelah itu program membayar 100%.

Umumnya, program *managed-care* juga mengharuskan anggota untuk berbagi biaya atas penyediaan pelayanan medis. Ketika anggota mengunjungi dokter yang ada di dalam jaringan, program *managed-care* biasanya meminta mereka untuk membayar tarif kunjungan, contohnya, \$12 per kunjungan, dan jika resep obat diberikan, biaya *out-of-pocket* dikenakan sampai sejumlah \$10. Program *managed-care* juga dapat meningkatkan bagian biaya ke anggota yang mendapat layanan di luar jaringan.

Maximum out-of-pocket expense

Beberapa program memberi pagu *deductible* dan *coinsurance*, menyediakan biaya maksimal untuk *out-of-pocket*. Meskipun hal ini membatasi jumlah uang yang menjadi tanggungan peserta, namun biaya yang harus dibayar oleh individu atau keluarga dalam satu tahun kalender untuk pengobatan ketika dirawat di rumah sakit, masih tergolong mahal. Misalnya, pagu ditentukan sebesar \$1,000 sampai \$3,000 atau lebih per keluarga. Dalam beberapa kasus, biaya *out-of-pocket* maksimal harus dipenuhi oleh tiap tertanggung, bukan pada seluruh keluarga. Pendekatan ini secara efektif telah melipat gandakan biaya *out-of-pocket* dengan banyaknya individu yang dicakup dalam polis. Dalam skenario ini, satu keluarga berjumlah tiga orang dengan *deductible* \$250 bisa mengeluarkan \$750 setahun sebelum persyaratan *copayment* dipenuhi.

Batas manfaat Internal

Banyak jenis cakupan medis utama yang memiliki batasan manfaat internal untuk semua pelayanan atau untuk perawatan spesifik seperti perawatan kesehatan mental. Pembayaran maksimum ini bisa didasarkan pada basis tahunan atau polis seumur hidup.

Sebagai contoh, sebuah program medis utama dasar dapat mungkin mempunyai *deductible* sebesar \$250 dan *copayment* \$10 dengan biaya *out-of pocket* maksimum sebesar \$2,500 tiap tahun. Program yang sama juga mungkin memberi batasan biaya untuk perawatan kesehatan mental dan rawat inap rumah sakit, maksimum sebesar \$25,000 seumur hidup. Jika seseorang harus dirawat di rumah sakit dengan biaya \$500 per hari, dirawat selama 20 hari, dan mengunjungi psikiater setiap hari dengan biaya tambahan \$100 per kunjungan, pasien telah menghabiskan \$12,000, atau hampir separuh dari jumlah total manfaat seumur hidup, selama satu kali perawatan. Resep obat, tes dan tarif rawat inap lainnya dapat menambah biaya sebesar \$5,000 selama rawat inap. Tambahan 30 hari untuk kunjungan lanjutan psikiater dan terapi setelah keluar rumah sakit dapat dengan cepat mengurangi sisa dana yang tersedia bukan hanya untuk keluhan awal tetapi juga untuk perawatan lain yang berkaitan dengan masalah kesehatan mental pada setiap saat dimasa depan.

Usual and customary charges

Banyak program kesehatan, termasuk *Medicare*, memakai dasar pembayaran berdasarkan tarif yang biasa dan lazim. Perusahaan asuransi mengidentifikasi kategori pelayanan di dalam wilayah geografis untuk menentukan biaya rata-rata oleh PPK atau rumah sakit untuk kategori pelayanan tersebut. Dalam hal *Medicare*, dokter dan rumah sakit yang masuk dalam jaringan

hanya dapat membebaskan tarif sampai batas biaya yang disetujui oleh *Medicare*. Akan tetapi, jika tertanggung dijamin oleh program asuransi swasta, dokter dan rumah sakit dapat membebani tarif lebih dari yang biasa dan lazim. Ini berarti bahwa dapat terjadi kesenjangan antara tarif yang dibebankan oleh dokter dan rumah sakit kepada pasien dengan manfaat yang disediakan oleh perusahaan asuransi.

Biaya-biaya Terkait

Ada berbagai macam biaya lain yang harus dibayar oleh tertanggung dan keluarganya berkaitan dengan perawatan di rumah sakit. Biaya-biaya ini termasuk:

- perjalanan ke dan dari rumah sakit, parkir, penginapan dan makanan untuk anggota keluarga jika perawatan harus dilakukan jauh dari tempat tinggal.
- perawatan anak selama waktu kunjungan rumah sakit dan kemungkinan karena tidak adanya pengasuh anak.
- telepon jarak jauh dari kamar pasien dan dari hotel pada saat keluarga menelepon ke rumah; dan
- barang-barang hiburan seperti televisi, koran, dan pakaian pasien.

Rawat inap juga dapat menyebabkan pengurangan penghasilan. Tidak semua pegawai memiliki polis untuk kelumpuhan jangka pendek atau cuti sakit yang menjamin kelanjutan penghasilan pada saat pegawai tersebut tidak bekerja karena sakit atau kecelakaan. Manfaat kelumpuhan jangka pendek dapat memiliki batas tenggang waktu 7 sampai 14 hari, dan tertanggung yang dirawat inap mungkin sudah dapat kembali bekerja pada saat manfaat akan dibayarkan. Dan juga, terjadi pada banyak keluarga dengan dua sumber penghasilan, kerugian atas penghasilan kedua akan sangat berdampak pada standar kehidupan keluarganya. Bahkan jika pasien tetap berhak menerima penghasilan, kerugian penghasilan dari pasangannya selama masa kunjungan pasien tidak dapat digantikan.

Untuk membantu mengisi kesenjangan tersebut, Polis ganti rugi rumah sakit membayar manfaat tanpa mengacu dan tanpa memperhatikan asuransi lainnya. Ini berarti bahwa manfaat yang disediakan melalui program-program tersebut dapat membantu untuk:

- membayar *deductible* dengan dasar kalender atau per-penyebab;
- *coinsurance* suplemen atau *copayment*;
- mengganti biaya-biaya *out-of-pocket*;
- menyediakan dana untuk menutup biaya-biaya yang tidak dijamin;
- membayar selisih antara tarif yang biasa dan lazim dengan tarif yang dibebankan oleh PPK; dan
- menyediakan dana untuk mengganti kerugian penghasilan dari pasien atau anggota keluarga akibat di rawat-inap di rumah sakit.

Metode Distribusi

Cakupan *ganti rugi* rumah sakit dipasarkan melalui agen dan broker dan melalui jalur marketing masal.

Agen dan Broker

Agen dan broker perorangan menawarkan cakupan *ganti rugi* rumah sakit sebagai bagian dari portfolio produk mereka, yang menyediakan produk suplemen bagi orang yang memiliki program medis utama atau *managed-care*.

Sebagian besar bisnis agen ditangani melalui pemasaran di lokasi kerja. Pemasaran di lokasi kerja menjadi cara utama untuk mendapat dukungan dari perusahaan, manfaat yang dibayar karyawan. Dalam manfaat yang dibayar pegawai, atau program sukarela, majikan membuat kontrak dengan perusahaan asuransi untuk menyediakan manfaat bagi pegawai dengan tarif grup. Pemasaran di lokasi kerja biasanya merupakan cakupan sukarela yang ditawarkan ke pegawai di tempat kerja dengan lisensi asuransi. Premi dikumpulkan melalui pemotongan gaji.

Sangat sedikit Polis ganti rugi rumah sakit yang dijual oleh agen melalui penjualan perorangan di lokasi tempat tinggal. Hal ini disebabkan oleh penurunan penjualan asuransi kesehatan individu untuk polis tersebut. Penjualan individu menurun karena kebanyakan program medis utama mencakup kamar rumah sakit semi-privat, yang membatasi kebutuhan tambahan khusus akan Manfaat kamar harian.

Mass-Marketing

Jalur distribusi utama untuk penjualan *ganti rugi* rumah sakit adalah *mass-marketing*. Kenyataannya, Polis ganti rugi rumah sakit merupakan produk kunci yang menyebabkan pertumbuhan *mass-marketing* dalam industri asuransi di tahun 1950 dan 1960. Dalam *mass-marketing*, Polis ganti rugi rumah sakit ditawarkan pada pasar yang luas atau yang dikuasakan.

Penjualan Melalui Pasar Luas. Banyak perusahaan yang mengaplikasikan *mass-marketing* menyadari bahwa polis ganti rugi rumah sakit adalah produk yang menarik untuk sebagian besar pembeli. Sekali perusahaan memperoleh pemegang polis, produk asuransi kesehatan tambahan dapat ditawarkan, seperti suplemen rawat jalan, rehabilitasi, dan perlengkapan medis dan obat. Untuk mencapai pasar yang luas, bagian pemasaran dapat membeli daftar nama yang secara demografik mempunyai karakteristik sama dengan nama-nama pembeli polis *ganti rugi* rumah sakit. Metode penjualan alternatif seperti sisipan surat kabar, televisi, telemarketing, pos langsung dan radio, juga dapat digunakan.

Polis yang disalurkan melalui metode *mass-marketing* mungkin mempunyai karakteristik khusus, termasuk premi pengenalan khusus dan periode tanpa kewajiban apapun selama 30 hari, dimana pemohon dapat merasakan cakupan tersebut.

Endorsed markets sales . Endorsed markets termasuk kelompok afiliasi seperti asosiasi, klub, koperasi simpan-pinjam, dan institusi keuangan. Asosiasi dan klub dapat menarik anggota baru dengan menyediakan akses ke cakupan pokok dan suplemen. Banyak kelompok mengembangkan program khusus untuk anggotanya dengan menawarkan premi yang dikurangi untuk mencerminkan penghematan dalam biaya akuisisi dan administrasi dari program tersebut.

Asosiasi asuransi broker atau program administrasi asuransi internal biasanya menghubungi perusahaan asuransi untuk penyediaan manfaat. Perusahaan asuransi kemudian menawarkan produk ke anggota dengan pengesahan asosiasi. Perusahaan asuransi mungkin dapat memasukkan brosur asuransi dalam amplop pos bersama dengan produk lain yang ditawarkan oleh asosiasi, sehingga dapat menekan biaya distribusi.

Agen yang berasosiasi dengan bank dan perusahaan kartu kredit juga dapat menawarkan Polis ganti rugi rumah sakit kepada nasabah dan pemegang kartu kredit, yang memungkinkan konsumen dapat memenuhi kebutuhan keuangan dan asuransi dengan baik. Sarana penagihan seperti rekening bank memungkinkan konsumen bertanggung untuk membayar premi melalui pemotongan otomatis dan mengurangi kemungkinan kecerobohan. Pemakaian sarana penagihan seperti kartu kredit ini mempermudah pembelian polis idemnity rumah sakit, mengurangi jumlah cek, dan menghemat waktu dan biaya pos oleh pemegang polis.

Customer Service

Polis ganti rugi rumah sakit dalam pelayanannya relatif sederhana. Kebanyakan perusahaan asuransi umumnya memiliki bagian telemarketing *inbound* untuk menangani perubahan pemegang polis. *Customer Service* biasanya melayani masalah jumlah premi dan pembayaran, konfirmasi tingkat manfaat, dan konfirmasi manfaat untuk anggota keluarga. Tugas Customer Service dapat digunakan sebagai peluang untuk memberi informasi ke pemegang polis atas ketersediaan peningkatan manfaat.

Dalam banyak kasus, perusahaan asuransi mass-marketing menyediakan nomor telepon bebas pulsa untuk bertanggung pada saat polis diterbitkan. Hal ini memungkinkan tertanggung menelpon perusahaan dengan mengajukan berbagai macam pertanyaan tentang bentuk dan manfaat dari program *ganti rugi* rumah sakit. Karena tidak ada agen yang terlibat dalam penjualan mass-marketing, hubungan telepon pribadi ini menjadi penting bagi pemegang polis dan dapat membantu meningkatkan kepuasan tertanggung dan juga pada persistensi dan keuntungan perusahaan.

Para agen juga menyediakan *customer service* untuk pemegang Polis ganti rugi rumah sakit yang mungkin membutuhkan bantuan untuk perubahan alamat, penerima manfaat, atau cara; menambah atau mengeluarkan pasangan atau anak dari manfaat; memperoleh formulir klaim; atau mengulas cakupan mereka.

Pelayanan Otomatis

Dengan perkembangan pelayanan telepon *voice-activated* atau *voice-response*, konsumen dapat secara rutin mengajukan pertanyaan tentang cakupan tanpa harus berbicara dengan seseorang. Pertanyaan yang khas adalah kapan premi berikutnya jatuh tempo, status klaim, dan jumlah premi. Beberapa sistem otomatis memungkinkan tertanggung untuk memperbaharui alamat dan nomor telepon. Secara bertahap, tertanggung menggunakan Internet untuk memperbaharui informasi asuransi pribadi, termasuk perubahan alamat.

Pembayaran Premi

Frekuensi pembayaran tergantung pada pilihan konsumen dan alternatif premi yang ditawarkan oleh perusahaan. Banyak perusahaan yang menawarkan Polis ganti rugi rumah sakit memiliki banyak variasi cara pembayaran, termasuk tagihan langsung tahunan, semi tahunan, kuartalan dan bulanan. Pembayaran dapat dilakukan dengan banyak cara, seperti cek pribadi, pos wesel, transfer dana elektronik, atau kartu kredit, tergantung pada pembatasan negara bagian atas penggunaan kartu kredit. Perubahan cara tagihan umumnya dapat dilakukan melalui telepon dengan perwakilan *customer service*.

Manfaat

Dalam polis dasar ganti rugi rumah sakit, Manfaat kamar harian dibayar secara langsung pada tertanggung (kecuali tertanggung mengatur untuk dibayarkan pada PPK) untuk lama hari rawat di rumah sakit akibat kecelakaan atau sakit. Kadang-kadang Polis ganti rugi rumah sakit untuk kecelakaan ditawarkan. Program ini membayar manfaat hanya untuk rawat inap Rumah Sakit sebagai akibat kecelakaan saja.

Beberapa program menawarkan satu atau lebih jenis manfaat, baik secara otomatis atau dikenakan biaya tambahan, termasuk perawatan kesehatan di rumah, manfaat kematian akibat kecelakaan, operasi, dan biaya medis rawat jalan.

Manfaat kamar harian

Manfaat utama untuk Polis ganti rugi rumah sakit adalah Manfaat kamar harian, yang menjadi efektif pada hari pertama tertanggung di rawat inap akibat sakit atau kecelakaan. Berlakunya tanggal manfaat bervariasi sesuai dengan polis. Beberapa program tidak mulai membayar sampai hari ketiga tertanggung di rawat inap sebagai akibat dari sakit. Manfaat bervariasi dari jumlah minimum yang diharuskan oleh hukum, saat ini sekitar \$20 per hari, sampai sejumlah \$400 per hari. Banyak program di pasar yang menyediakan jumlah minimum \$50 per hari.

Memberikan kesadaran kepada konsumen akan tingginya biaya rawat inap dan semakin pendek lama hari rawat untuk rata-rata rumah sakit pemerintah -dari 8.2 hari pada tahun 1970 menjadi 6.7 hari pada tahun 1994- beberapa perusahaan asuransi telah menawarkan program *ganti rugi* rumah sakit yang menyediakan manfaat yang lebih tinggi pada hari pertama rawat inap. Manfaat dasar berlipatganda pada hari pertama di rumah sakit. Dibawah polis tersebut, tertanggung dengan Manfaat kamar harian sebesar \$250, dapat dibayar sebesar \$500 pada hari pertama dirawat dan \$250 untuk hari berikutnya.

Banyak program yang secara otomatis meningkatkan manfaat rumah sakit apabila tertanggung dirawat inap akibat penyakit kanker atau serangan jantung atau dirawat di ICU, karena biaya rumah sakit untuk kondisi ini cenderung lebih mahal.

Periode Manfaat

Cakupan *ganti rugi* rumah sakit membayar manfaat untuk setiap hari tertanggung dirawat inap di rumah sakit. Periode manfaat maksimal berkisar dari 365 hari sampai seumur hidup. Karena cakupan *ganti rugi* rumah sakit dijual sebagai suplemen program medis utama dan *managed-care*, manfaat *ganti rugi* rumah sakit atas pengukuran pengendalian risiko dikembangkan oleh perusahaan medis utama dan *managed-care*. Rumah sakit menyadari bahwa cakupan utama biaya rumah sakit akan ditolak apabila pasien secara medis tidak perlu dirawat inap di rumah sakit. Oleh sebab itu, merupakan kepentingan bersama terutama dilihat dari aspek keuangan bahwa pasien dan rumah sakit perlu menghindari waktu rawat inap yang lama. Hal ini ditunjang dengan kecenderungan untuk memilih pelayanan lebih banyak di rawat jalan, maka risiko untuk menyediakan manfaat *ganti rugi* rumah sakit yang melebihi rata-rata lama hari rawat dapat diminimalisasi. Beberapa perusahaan asuransi menetapkan tingkat maksimal untuk polis

untuk digunakan sendiri - 51

manfaat yang akan dibayar, misalnya \$10,000 untuk seumur hidup, atau membatasi jumlah hari yang akan dibayar dengan dasar tahunan atau seumur hidup.

Perawatan Intensif

Kebanyakan polis indemnity rumah sakit menyediakan cakupan tambahan untuk ICU. Seringkali manfaat ini dimasukkan sebagai bagian dari program dasar atau melalui program tambahan yang diterbitkan sebagai tambahan dalam kontrak polis yang asli. Umumnya program tambahan ini memberikan manfaat yang berlipat dibanding manfaat yang biasa untuk rawat inap sementara pasien dirawat di ICU, seperti tambahan 50% atau sampai dua kali lipat dari jumlah *ganti rugi* yang dibayar untuk rawat inap.

Serangan Jantung

Banyak Polis ganti rugi rumah sakit yang juga menyediakan manfaat tambahan untuk pelayanan *Cardiac Care Unit* (CCU). Ini memungkinkan tertanggung mengumpulkan manfaat untuk perawatan kritis sehubungan dengan jenis pelayanan yang disediakan rumah sakit. Dalam beberapa program, manfaat yang lebih besar dibayar berdasarkan diagnosa dari pada tempat atau jenis perawatan.

Manfaat Pilihan

Cakupan *ganti rugi* rumah sakit seringkali termasuk manfaat pilihan seperti cakupan untuk prosedur rawat jalan, prosedur operasi, masa pemulihan, dan kematian akibat kecelakaan.

- Prosedur rawat jalan: Dibayar dengan dasar per perawatan. Umumnya membayar manfaat sebesar \$25 sampai \$75 setelah *deductible* sebesar \$25 sampai \$50 terpenuhi.
- Prosedur operasi: Membayar baik untuk tarif yang terjadwal atau tarif tertentu untuk operasi yang dilakukan di rawat inap dan rawat jalan; mungkin membayar manfaat tambahan untuk penyakit anesthesia.
- Masa pemulihan: Membayar tarif tertentu per hari sesuai dengan hari rawat yang disetujui. Manfaat biasanya dibayar untuk periode waktu lama hari rawat, dan berkisar antara \$50 sampai \$150 per hari.
- Kematian akibat kecelakaan: Umumnya menyediakan \$10,000 sampai \$100,000 jika kematian terjadi dalam waktu 365 hari setelah bertanggung mengalami kecelakaan.

Ketentuan Polis

Pre-existing condition

Pre-existing condition didefinisikan sebagai kondisi medis yang secara normal membutuhkan perawatan atau konsultasi dokter dan yang terjadi pada periode waktu tertentu sebelum polis diterbitkan. *Pre-existing condition* ditangani secara berbeda dalam Polis ganti rugi rumah sakit, tergantung pada apakah dalam polis itu telah tercantum.

- Semua *pre-existing condition* yang dicakup dalam Polis ganti rugi rumah sakit harus dicantumkan apabila kondisi-kondisi tersebut telah dijabarkan dalam aplikasi.

untuk digunakan sendiri - 52

- *Pre-existing condition* tidak dicakup dalam polis yang ditulis sebagai *guaranteed issued* yang ditawarkan hanya satu kali tanpa tertanggung harus menyediakan bukti asuransi.

Bilamana ada batasan untuk *pre-existing*, jangka waktu kondisi yang tidak tercakup bervariasi antara 6 sampai 12 bulan, tergantung pada ketentuan yang diterbitkan oleh perusahaan dan negara bagian. Contohnya, dalam polis 6 bulan, periode *Pre-existing condition*, jika tertanggung dirawat untuk kondisi dimana batasan waktu yang telah ditentukan sebelum membeli program, cakupan untuk kondisi tersebut tidak akan efektif sampai polis telah berjalan selama 6 bulan.

Penyakit Gangguan Mental dan Syaraf

Kebanyakan polis *indemnity* rumah sakit memiliki manfaat yang lebih rendah untuk kelainan mental dan syaraf dibanding kondisi lainnya. Umumnya manfaat kamar per hari dikurangi secara prosentase, misalnya 50%, dan ada jumlah hari maksimal yang dibayar per perawatan, misalnya 31 hari.

Beberapa perusahaan membayar manfaat penuh untuk kelainan mental dan syaraf tetapi memiliki nilai polis maksimum, misalnya \$10,000 selama seumur hidup, atau jumlah total hari maksimum yang akan dibayar untuk perawatan, misalnya 90 hari, dengan 60 hari waktu tenggang sebelum periode baru untuk perawatan selanjutnya berlaku. Contohnya, jika seseorang dirawat di rumah sakit karena kelainan mental selama 45 hari dan dirawat kembali setelah 40 hari, kasus ini akan dianggap sebagai satu kali perawatan. Jika orang yang sama dirawat di rumah sakit selama 45 hari dan dirawat kembali 3 bulan kemudian, akan dianggap sebagai dua kali perawatan dan tertanggung layak menerima manfaat penuh sampai 90 hari untuk perawatan rawat inap yang kedua.

Manfaat Kehamilan

Polis *indemnity* rumah sakit menangani manfaat untuk kehamilan dengan beberapa cara:

- Banyak polis menangani kondisi kehamilan *pre-existing* sama seperti *Pre-existing condition* lainnya. Dalam skenario ini, apabila tertanggung hamil pada saat membeli polis, maka tidak ada manfaat untuk kehamilan tersebut. Jika tertanggung hamil setelah pembelian polis, maka kehamilan itu dapat dicakup.
- Manfaat kehamilan tidak dicakup sampai program efektif untuk beberapa waktu - misalnya, 18 bulan.
- Tidak tersedia manfaat kehamilan.

Pengurangan Manfaat pada Usia 65 Tahun

Kebanyakan Polis ganti rugi rumah sakit menyediakan pengurangan untuk manfaat kamar per hari pada usia 65 tahun. Penyesuaian ini dikembangkan untuk mencerminkan bahwa pada usia 65 tahun kebanyakan orang Amerika layak dan menjadi anggota manfaat rumah sakit *Medicare* Bagian A. (Untuk informasi lebih jelas, lihat bab 2: Suplemen *Mediacre*.)

Umumnya manfaat menurun sampai 50%, sehingga jika tertanggung mempunyai manfaat kamar sebesar \$100 per hari, akan berkurang sampai \$50. Karena kecenderungan di rawat inap

meningkat seiring dengan usia, pengurangan ini membantu menjaga agar premi tetap terjangkau. Kebutuhan manfaat mungkin berkurang pada usia 65 tahun karena pada banyak kasus, individu juga akan memiliki program suplemen *Medicare* yang membayar 100% *deductible Medicare* untuk manfaat rumah sakit.

Pengecualian Polis

Seperti pada semua produk asuransi kesehatan, Polis ganti rugi rumah sakit mempunyai beberapa pengecualian yang bervariasi di beberapa negara bagian, termasuk berikut ini:

- perawatan yang terjadi selama polis belum berlaku;
- manfaat untuk sakit atau kecelakaan yang dibayar dengan kompensasi pegawai atau hukum kewajiban perusahaan;
- kecelakaan secara sengaja akibat diri sendiri pada saat waras atau tidak waras;
- kerugian akibat penggunaan narkotika, obat tidur atau obat lainnya kecuali yang dikendalikan dengan nasehat dokter;
- sakit atau kecelakaan akibat perang;
- sakit atau kecelakaan selama dalam keanggotaan militer;
- kelainan mental non-organik; dan
- perawatan gigi.

Penilaian Risiko / *underwriting*

Penilaian risiko untuk Polis ganti rugi rumah sakit bervariasi tergantung cara penjualannya:

- program yang dijual oleh agen, biasanya tertulis.
- program dengan *mass-marketing* biasanya dijamin diterbitkan dengan provisi dimana *Pre-existing condition* tidak tercakup untuk periode waktu tertentu.

Penilaian risiko *ganti rugi* rumah sakit jauh lebih sederhana dan tidak serumit program-program medis utama. Sejarah kesehatan dari pemohon diperiksa secara umum karena manfaat untuk program *ganti rugi* rumah sakit jumlahnya terbatas. Penilai risiko memfokuskan pada sejarah dan kondisi kesehatan pemohon untuk melihat apakah risiko sakit diatas rata-rata sehingga dapat mengakibatkan rawat inap rumah sakit.

Penilai risiko memeriksa sejarah medis pemohon, terutama perawatan medis dan penyebabnya untuk perawatan selama 7 sampai 10 tahun terakhir, dan mencari kondisi seperti tekanan darah tinggi, penyakit paru atau ginjal, kelainan jantung dan arteri, hernia, kanker, arthritis, gangguan punggung, diabetes, gangguan pencernaan, gangguan liver, gangguan darah, alkoholik, penggunaan obat terlarang, gangguan mental dan syaraf, atau penyakit seksual menular.

Penilai risiko juga mencari manfaat asuransi lain yang mungkin dimiliki oleh pemohon dari perusahaan untuk melindungi terhadap *adverse selection* dan untuk menghindari kecurangan. Sehubungan dengan potensi dari *adverse selection*, banyak perusahaan membatasi jumlah polis yang dijual ke tertanggung.

Pekerjaan dan hobi biasanya bukan merupakan faktor untuk mengevaluasi risiko dalam Polis ganti rugi rumah sakit, seperti dalam program medis utama.

Penilai risiko memiliki beberapa pilihan apabila pemohon tidak memenuhi kriteria dari risiko standar. Pilihan ini mencakup:

- pembebanan premi tambahan untuk mencakup risiko tambahan;
- pengecualian kondisi atau beberapa kondisi yang meningkatkan kemungkinan rawat inap;
- pengurangan tingkat manfaat; dan
- penolakan untuk mengeluarkan cakupan.

Penentuan Premi

Kelihatannya penentuan premi Polis ganti rugi rumah sakit adalah sederhana karena perusahaan asuransi membayar bertanggung manfaat kamar per hari bila bertanggung di rawat inap. Jumlah manfaat tetap meskipun ada kecenderungan biaya medis yang meningkat, dan naik jika hanya ada persetujuan dari bertanggung dan penilai risiko.

Aktuaris, bagaimanapun juga perlu mempertimbangkan variabel-variabel seperti jumlah admisi dan lama hari rawat untuk mengevaluasi risiko dan menentukan premi yang layak. Aktuaris juga harus mengevaluasi kecenderungan, seperti pengurangan lama hari rawat. Aktuaris harus memeriksa data dari kelompok pemakai yang lebih besar agar asumsi yang dipakai valid untuk memprediksi kecenderungan polis di masa yang akan datang.

Biaya

Dalam penentuan tarif Polis ganti rugi rumah sakit, pertimbangan utama adalah menutup biaya. Biaya termasuk biaya sistem distribusi (termasuk kompensasi untuk agen dan biaya langsung yang berkaitan dengan pemasaran); penerbitan polis, administrasi, dan biaya proses untuk polis dan klaim; biaya dana; dan tingkat keuntungan.

Faktor penentuan tarif lainnya yang berkaitan dengan rasio kerugian minimum adalah faktor yang diminta oleh negara bagian. Rasio kerugian minimum harus ditampung jika perusahaan menentukan tingkat biaya dan premi.

Adverse Selection

Karena penilaian risiko bervariasi menurut metode distribusi, asumsi yang digunakan untuk menentukan biaya-biaya morbiditas bervariasi sesuai dengan metode distribusi. Produk yang dinilai risikonya, pada awalnya, mempunyai biaya morbiditas yang lebih rendah dibanding polis *guaranteed issue*.

Adverse selection harus selalu dicantumkan dalam asumsi penentuan tarif polis *guaranteed issue*. Faktor-faktor *adverse selection* yang tercermin dalam morbiditas dipengaruhi oleh jumlah manfaat kamar per hari yang ditawarkan. Polis dengan jumlah manfaat kamar per hari yang lebih tinggi mempunyai pengalaman klaim yang lebih buruk karena *adverse selection*. Contohnya, jika manfaat kamar per hari ditawarkan sebesar \$40 dan \$60, maka manfaat kamar

per hari yang \$60 akan memiliki pengalaman klaim yang lebih buruk. Jika ditawarkan manfaat kamar per hari sebesar \$ 40, \$60 dan \$75, maka manfaat kamar per hari yang \$75 akan merupakan pengalaman klaim yang terburuk, dan manfaat kamar per hari yang \$60 akan memiliki pengalaman klaim lebih baik dibanding yang terjadi pada contoh pertama tadi.

Distribusi Menurut Usia dan Jenis Kelamin

Asumsi distribusi menurut umur adalah kritis untuk penentuan harga Polis ganti rugi rumah sakit. Kebanyakan memiliki *Age-banded rates*. Ini berarti bahwa setiap orang dalam kelompok usia tertentu membayar jumlah premi yang sama. Contohnya, kelompok umur kelipatan lima tahun, setiap orang dari umur 30 sampai 34 tahun membayar dengan tarif yang sama. Begitu pula dengan usia 35 sampai 39, 40 sampai 44, dan seterusnya. Pendekatan ini cenderung dapat menghasilkan keuntungan lebih tinggi pada kelompok umur yang lebih rendah dan keuntungan yang lebih rendah untuk kelompok umur yang lebih tinggi. Kelompok umur dapat menjadi hal yang penting untuk keuntungan produk jangka panjang.

Distribusi menurut jenis kelamin adalah faktor lain penentu tarif. Wanita dan pria memiliki sejarah biaya klaim yang berbeda. Contohnya, wanita muda dalam usia produktif kehamilan mungkin dirawat inap untuk kehamilan dan komplikasi kehamilan, seperti tekanan darah tinggi atau diabetes. Pria cenderung dirawat di rumah sakit pada usia lebih tua akibat serangan jantung.

Peraturan

Peraturan Pemerintah Pusat

Hukum federal yang mempengaruhi asuransi medis yang komprehensif umumnya dapat mempengaruhi manfaat *ganti rugi* rumah sakit.

Omnibus Budget Reconciliation Act, tahun 1990 (OBRA)

Hukum federal membatasi penjualan asuransi kepada individu yang berhak mendapat *Medicare* dimana asuransi tersebut menggandakan manfaat individu yang sudah dicakup dalam *Medicare*. Dengan perubahan OBRA tahun 1996, produk asuransi kesehatan suplemen yang membayar manfaat tanpa memperhatikan manfaat lain, tidak mempertimbangkan isu ganda. Orang yang mendaftar manfaat itu bagaimanapun juga harus melengkapi pernyataan penjelasan sebagai bagian atau bersamaan dalam aplikasi polis tersebut.

Pernyataan penjelasan dibuat untuk tiap jenis produk. Pernyataan penjelasan untuk polis yang menyediakan manfaat berdasarkan biaya yang terjadi dan *ganti rugi* yang tetap harus digunakan sebagai manfaat *ganti rugi* rumah sakit. Contoh formulir dapat dilihat pada lampiran E.

Undang-Undang Portabilitas dan Akuntabilitas Asuransi Kesehatan Tahun 1996 (HIPAA)

HIPAA dirancang untuk pengembangan cakupan asuransi kesehatan dan untuk membuat cakupan tersebut mudah dipindahkan. Undang-undang ini umumnya sesuai untuk program yang menyediakan perawatan medis, tetapi tidak sesuai untuk program yang hanya menyediakan daftar

untuk digunakan sendiri - 56

“pengecualian manfaat”. Rumah sakit atau asuransi *ganti rugi* tetap lainnya adalah “pengecualian manfaat”.

Undang-undang Federal Lainnya

Hukum federal lainnya dapat berdampak pada cakupan kecelakaan atau penawaran cakupan dalam sistem paket manfaat pegawai. Aplikasi hukum asuransi kecelakaan dan kesehatan ini akan dibahas lebih dalam dalam Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan: Bagian B.

Peraturan Negara Bagian

Polis ganti rugi rumah sakit juga harus mengikuti persyaratan yang sama dengan polis kecelakaan dan polis sakit lainnya. Hampir semua negara bagian membutuhkan kelengkapan polis individu untuk dipelajari oleh departemen asuransi sebelum digunakan. Beberapa negara bagian mengeluarkan formulir yang disetujui setelah periode tertentu, kecuali formulir itu tidak disetujui oleh negara bagian sebelum formulir tersebut diterbitkan atau dikirim di negara itu. Beberapa negara bagian lainnya mengharuskan formulir disetujui secara formal oleh negara bagian sebelum formulir itu diterbitkan atau dikirim di negara itu.

Jika Polis ganti rugi rumah sakit diserahkan untuk diperiksa, pembuat peraturan dapat menerapkan semua hukum dan peraturan terkait yang diaplikasikan pada polis umum sakit dan kecelakaan ke dalam polis tersebut.

Standar Minimum

Hampir separuh negara bagian telah mengadopsi versi *National Association of Insurance Commissioners Individual Accident and Sickness Insurance Minimum Standards Act* (Lampiran A), yang memasukan Polis ganti rugi rumah sakit. Hasilnya, Polis ganti rugi rumah sakit menjadi standar dasar ditambah beberapa hal yang secara khusus dapat diaplikasikan, yaitu:

- persyaratan agar program menyediakan manfaat per hari tidak kurang dari \$20 per hari dan manfaat tidak kurang dari 31 hari per perawatan per orang.
- definisi sakit yang membatasi lama tenggang waktu sampai 30 hari terhitung sejak tanggal berlakunya cakupan;
- *Pre-existing condition* sampai batas 12 bulan dapat diabaikan, kecuali secara khusus ditiadakan;
- persyaratan agar program menggunakan definisi yang baku tentang rumah sakit;
- garis besar persyaratan manfaat; dan
- pengungkapan informasi ini kepada konsumen.

Standar Evaluasi Tarif

Polis ganti rugi rumah sakit harus mengikuti standar pemeriksaan tarif yang sesuai untuk polis kecelakaan dan polis sakit di tiap negara bagian. Hampir semua negara bagian memiliki undang-undang yang menentukan bahwa manfaat polis kecelakaan dan sakit haruslah beralasan sehubungan dengan biaya preminya. Selanjutnya, banyak negara bagian yang telah menerapkan tolok ukur untuk menentukan apakah manfaat yang disediakan dalam satu polis masuk akal

untuk digunakan sendiri - 57

sehubungan dengan biaya preminya. Umumnya, rasio kerugian minimum untuk polis tidak bisa kurang dari 50%.

Kesimpulan

Polis indemnity rumah sakit menyediakan manfaat suplemen untuk menutup biaya akibat perawatan medis atau kecelakaan darurat di rumah sakit. Dalam rancangan dan pemasaran manfaat *ganti rugi* rumah sakit, diasumsikan bahwa pemohon telah memiliki proteksi asuransi kesehatan lainnya. Program menyediakan manfaat dengan mengabaikan asuransi yang telah dimiliki oleh individu dan tanpa memperhatikan biaya medis aktual atau besarnya iur biaya. Manfaat dapat digunakan untuk segala kebutuhan tertanggung atau anggota keluarganya, termasuk *deductible*, *copayment*, biaya yang tidak tercakup oleh program medis utama tertanggung, dan kerugian penghasilan akibat dirawat di rumah sakit.

Istilah Penting

<i>Age-banded rates</i>	<i>Internal benefit limit/batas manfaat internal</i>	<i>Outpatient medical expenses/biaya medis rawat jalan</i>
<i>Adverse selection</i>	<i>Major medical/medis utama</i>	<i>Payroll</i>
<i>Coinsurance</i>	<i>Mass marketing/Pemasaran masal</i>	<i>deductions/pemotongan gaji</i>
<i>Copayment</i>	<i>Maximum out-of-pocket expense</i>	<i>Pre-existing conditions</i>
<i>Daily room hospital benefit/manfaat kamar harian</i>	<i>NAIC Individual Accident and Sickness Insurance</i>	<i>Pricing/penetapan arga operasi</i>
<i>Deductible</i>	<i>Minimum Standards Act</i>	<i>Surgery benefits/manfaat operasi</i>
<i>Endorsed markets</i>		<i>Underwriting/penilaian resiko</i>
<i>Guaranteed issue</i>		<i>Usual and customary charges</i>
<i>Hospital indemnity policy/polis ganti rugi rumah sakit</i>		

Bab IV

Asuransi Penyakit Tertentu

Pendahuluan

Penentuan Premi

Kebutuhan Pelanggan

Peraturan

Manfaat

Kesimpulan

Penilaian Resiko

Istilah-istilah penting

Pendahuluan

Asuransi penyakit tertentu adalah cakupan manfaat asuransi yang dirancang untuk memberikan perlindungan tambahan atas terjadinya satu atau beberapa penyakit tertentu. Pada awalnya polis asuransi ini dijual untuk melindungi atau menutup kerugian yang timbul akibat menderita penyakit Polio. Dengan adanya pengembangan vaksin polio dan menurunnya tingkat terjadinya penyakit ini, perusahaan asuransi mulai menerbitkan polis khusus penyakit kanker dan asuransi penyakit tertentu untuk menjamin jenis-jenis penyakit tertentu lainnya.

Produk asuransi risiko khusus untuk penyakit tertentu dirancang untuk melengkapi manfaat yang ada dalam polis asuransi medis komprehensif dan untuk menanggung biaya-biaya non medis yang timbul akibat menderita penyakit serius. Umumnya, cakupan ini memberikan manfaat uang tunai kepada tertanggung yang dapat digunakan untuk membayar biaya medis dan biaya lain yang terkait. Asuransi jenis ini semakin populer dan pada tahun 1994, premi asuransi penyakit tertentu ini melebihi angka \$1.1 milyar.

Bab ini menjelaskan kebutuhan-kebutuhan yang menyebabkan timbulnya permintaan untuk jenis produk asuransi ini, bagaimana polis dirancang untuk memenuhi kebutuhan tersebut, dan peraturan-peraturan yang terkait. Banyak pembahasan terpusat pada asuransi kanker karena saat ini asuransi penyakit tertentu jenis ini yang paling lazim dan yang tersedia dipasar. Produk asuransi penyakit tertentu lainnya mencakup bedah jantung, serangan jantung, stroke, gagal ginjal, penggantian organ utama, tumor otak, pengerasan sklerosa, kelumpuhan, amputasi/pemotongan organ tertentu, luka bakar parah, atau kebutaan. Tidak seperti penyakit kanker, kondisi-kondisi tersebut umumnya dijamin dalam polis penyakit kritis yang membayar manfaat secara lump-sum per diagnosa untuk segala macam kondisi penyakit kritis.

Kebutuhan Konsumen

Penyakit serius dapat muncul setiap saat. Kanker, penyakit jantung, AIDS, dan banyak lagi kondisi lainnya yang dapat menimpa setiap individu setiap saat. Sebagai contoh, kanker menyerang 3 dari 4 keluarga di Amerika, dan setidaknya 85 juta orang Amerika dapat terkena penyakit kanker. Bahkan orang yang dijamin dalam asuransi medis komprehensif dapat mengalami gangguan keuangan yang hebat bila menderita penyakit ini.

Kesenjangan dalam Program Asuransi Medis Komprehensif

Polis asuransi medis komprehensif umumnya mencakup biaya-biaya sebagai berikut:

- beban rumah sakit;
- obat-obatan dan peralatan medis lainnya;
- nursing care;
- perawatan;
- biaya untuk ahli bedah, dokter dan radiologi.

Bagaimanapun juga, polis ini mempunyai kesenjangan yang berarti yang dapat menyebabkan seseorang atau keluarga berada dalam posisi keuangan yang sulit ketika salah seorang anggota keluarga bertanggung terdiagnosa penyakit kritis. Kesenjangan ini muncul karena adanya *deductible*, *coinsurance*, batasan manfaat internal, limit maksimal keseluruhan *manfaat*, pengecualian dan batasan cakupan *manfaat*.

Deductible

Polis asuransi medis komprehensif mensyaratkan bertanggung untuk memikul sejumlah tertentu biaya untuk bisa mendapatkan *manfaat* sesuai cakupan. *Deductible* ini dapat diterapkan secara “all-cause basis” (semua penyebab) dimana jumlah *deductible* dipenuhi secara akumulasi dari seluruh jenis pengeluaran yang memenuhi syarat klaim yang dicakup, atau secara “per-cause basis” (per penyebab) yang mana *deductible* merupakan suatu jumlah yang tetap yang harus dibayar oleh bertanggung atas setiap pengeluaran medis yang memenuhi syarat sebelum perusahaan asuransi melaksanakan pembayaran *benefit*. Dalam kedua macam *deductible* tersebut, *benefit* yang berasal dari polis penyakit tertentu dapat digunakan untuk membayar biaya *deductible* ini.

Coinsurance dan Copayments

Program asuransi medis komprehensif dan *managed care* menggunakan ketentuan *coinsurance* dimana bertanggung berkewajiban membayar sejumlah bagian tertentu dari total pembayaran setelah *deductible* dipenuhi. Program *managed care* umumnya mensyaratkan *copayment* ketika pelayanan kesehatan diberikan oleh *provider* (PPK) yang ditunjuk. *Reimbursement* diterapkan secara prosentase dari total biaya yang ditanggung oleh perusahaan asuransi (misalnya 80%). Prosentase penggantian sebesar 80% berarti bahwa bertanggung berkewajiban membayar *coinsurance* sebesar 20% dari total biaya. Sebagian besar polis menetapkan batas tahunan biaya

untuk digunakan sendiri - 60

yang harus dikeluarkan oleh tertanggung (*out-of-pocket*). walau dengan pembatasan tersebut, *coinsurance* masih menjadi biaya yang cukup besar bagi tertanggung ketika terkena penyakit kritis seperti kanker.

Batas manfaat Internal atau Total Maksimal

Polis asuransi medis komprehensif biasanya mempunyai batas *manfaat* maksimal. Ini bisa berupa batas sesuai periode manfaat untuk segala penyebab atau per penyebab. Penyakit kritis seperti kanker dapat menghabiskan cakupan manfaat dalam cakupan asuransi medis komprehensif.

Pengecualian dan Pembatasan

Program komprehensif juga memuat pengecualian atau batasan untuk jasa medis dan bahan2 penunjang. Biaya-biaya yang terkait dengan pengecualian atau batasan tersebut dapat dipenuhi dalam asuransi penyakit tertentu. Pengecualian dan batasan yang umum dalam program asuransi medis komprehensif termasuk :

- Darah/plasma/platelets;
- Biaya yang berkaitan dengan donor (mis: sumsum tulang);
- Perawatan eksperimen;
- Perawatan kesehatan di rumah;
- Hospice care;
- Penyakit akibat pekerjaan;
- Jasa perawat pribadi;
- Protesa;
- Rekonstruksi atau bedah kosmetik.

Biaya-Biaya yang Terkait

Biaya-biaya besar yang berkaitan dengan penyakit kritis adalah biaya yang tidak secara langsung berkaitan dengan penyediaan perawatan medis. Seringkali biaya ini tidak dipertimbangkan ketika seseorang atau sebuah keluarga memperkirakan risiko keuangan yang dapat terjadi sebagai akibat dari menderita penyakit kritis. Biaya-biaya terkait ini bisa berupa biaya perjalanan, penginapan, makanan dan diet khusus, perawatan anak, hilangnya penghasilan dan biaya-biaya pribadi lainnya. Banyak dari biaya ini tidak terhindarkan mengingat karena lazimnya dalam masyarakat kita penghasilan sebuah keluarga dapat bersumber dari dua sumber penghasilan (suami dan istri) atau orang tua tunggal.

Biaya Perjalanan. Pengobatan penyakit kritis seringkali dilakukan di luar kota tempat tinggal pasien berada. Transportasi menuju fasilitas pengobatan tersebut itu bisa mahal, tergantung jarak dari tempat tinggal. Seringkali anggota keluarga juga perlu ikut serta dalam perjalanan ke tempat pengobatan tersebut. Biaya transportasi juga dapat naik dalam situasi dimana ada keterlibatan pemberi donor (seperti donor sumsum tulang) dalam pengobatan tersebut.

Biaya Penginapan. Pada saat pasien dirawat karena sakit atau menderita penyakit kritis di tempat yang jauh dari tempat tinggalnya, baik pasien atau anggota keluarganya akan membutuhkan biaya penginapan. Biaya penginapan juga dapat meningkat bila pemberi donor terlibat dalam pengobatan.

Biaya Makanan dan diet khusus. Seseorang yang menjalani pengobatan ditempat yang jauh dari tempat tinggal juga akan mengeluarkan biaya untuk makanan atau makanan khusus lainnya. Kemudian, diet khusus, yang bisa lebih mahal dibanding diet biasa, seringkali menjadi bagian penting dari pengobatan untuk penyakit tertentu.

Biaya Perawatan anak. Kadang-kadang pasien adalah pengasuh utama bagi seorang anak. Dalam situasi lain, pengasuh utama tersebut harus melakukan perjalanan bersama anggota keluarga yang menjadi pasien. Dengan perginya pengasuh utama, biaya tambahan untuk perawatan anak seringkali muncul.

Kerugian penghasilan. Seseorang sebaiknya melindungi penghasilannya melalui asuransi *Disability Income*. Namun, polis tersebut juga mempunyai tenggang waktu 30 hari sampai 6 bulan dan seringkali mengganti sampai maksimum 66% dari pendapatan. Jaminan dalam polis penyakit tertentu akan bermanfaat dalam situasi dimana pasangan atau orangtua harus meninggalkan pekerjaan karena harus membantu memberikan perawatan. Dalam kasus ini, pekerja tidak dapat dianggap dalam kondisi *disabled* yang mana kondisi ini tidak tercakup dalam asuransi *Disability*.

Biaya pribadi lainnya. Ada berbagai macam biaya-biaya pribadi lainnya (telepon, perawatan binatang, pemeliharaan kebun, dll), yang mungkin berbeda bagi setiap orang, yang dapat menambah kesulitan keuangan akibat menderita sakit kritis.

Saluran Distribusi

Asuransi penyakit tertentu ditawarkan melalui berbagai jalur distribusi dan umumnya dipasarkan secara perorangan. Kenyataannya, penjualan polis individu mewakili 98% dari jumlah pasar. Sejalan dengan meningkatnya popularitas produk asuransi penyakit tertentu dan produk suplemen sukarela lainnya, ketersediaan produk dalam bentuk grup menjadi berkembang. Asuransi penyakit tertentu dijual melalui berbagai macam jalur distribusi, seperti : tempat kerja, asosiasi dagang atau profesi, agen dan broker, dan pemasaran masal.

Tempat Kerja

Salah satu cara utama untuk menyalurkan atau menjual asuransi penyakit tertentu adalah di tempat kerja dengan sistem pemotongan gaji dan keikutsertaannya secara sukarela. Jaminan sukarela adalah jaminan yang ditawarkan oleh perusahaan tetapi jenis dan macam jaminannya diputuskan dan dibayar sendiri oleh pegawai. Karena jaminan ini ditawarkan oleh perusahaan, asuransi penyakit tertentu untuk individu ini terbukti menjadi bentuk jaminan yang penting bagi karyawan. Hal ini lazim terjadi terutama dalam lingkungan dimana jaminan asuransi medis yang disediakan oleh perusahaan terbatas.

Asosiasi

Asuransi penyakit tertentu dipasarkan melalui asosiasi dagang dan profesi serta melalui sponsor pihak ketiga lain seperti koperasi simpan pinjam. Banyak orang menyukai membeli produk asuransi melalui organisasi tempat mereka bernaung. Beberapa asosiasi atau sponsor pihak ketiga menyediakan jasa, seperti mengumpulkan premi.

Pengumpulan Langsung

Pengumpulan oleh agen. Cara lain untuk menyalurkan asuransi penyakit tertentu adalah penjualan langsung orang per orang melalui agen. Polis yang ditawarkan dengan cara ini dapat memasukkan desain produk yang lebih kompleks dengan tingkat jaminan yang lebih tinggi dibanding polis yang ditawarkan melalui pos. Agen juga dapat melayani pasar yang tidak dapat dicapai dengan mudah melalui distribusi lokasi tempat kerja, begitu pula dengan orang yang lebih memilih menggunakan agen mereka sendiri daripada melalui perusahaan asuransi yang ditunjuk oleh perusahaan. Penjualan melalui agen mewakili sebagian besar penerimaan premi untuk asuransi penyakit tertentu untuk individu.

Pemasaran Masal. Beberapa perusahaan asuransi menggunakan pemasaran masal untuk menjual asuransi penyakit tertentu. Cara ini dapat menjangkau jumlah calon tertanggung yang besar melalui pos atau media cetak lainnya seperti koran atau majalah. Perusahaan asuransi menyalurkan materi (bisa berupa brosur, formulir, proposal atau yang lainnya) yang menjelaskan cakupan jaminan dan formulir aplikasi sederhana. Materi yang digunakan dalam metode ini harus sederhana dan seksama, dan formulir aplikasi harus dapat dilengkapi dengan mudah oleh pemohon. Desain program jaminan umumnya terbatas dan terdapat banyak pembatasan, misalnya penggunaan pengecualian kondisi pre-existing, dibanding program jaminan yang dijual melalui agen.

Pelayanan pelanggan

Sebagaimana halnya dengan semua produk asuransi, pelayanan pelanggan adalah elemen penting nilai dari sebuah produk. Kemampuan menyerahkan *benefit* jaminan kepada pemegang polis secara cepat dan akurat adalah sangat penting. Layanan konsumen/pelanggan bebas pulsa secara nasional sudah umum digunakan diantara perusahaan asuransi yang menyediakan asuransi penyakit tertentu. Perusahaan asuransi yang menggunakan pemasaran masal sangat mengandalkan nomor bebas pulsa untuk memberikan pelayanan pada pemegang polis.

Agen dan broker juga menyediakan fasilitas pelayanan pelanggan. Contohnya presentasi oleh seorang agen dapat memasukan informasi lengkap tentang produk atau mengupas cakupan *manfaat* yang dibutuhkan oleh individu atas sebuah asuransi penyakit tertentu. Perusahaan yang menjual melalui lokasi tempat kerja juga menyediakan pelayanan pelanggan yang disesuaikan secara pribadi, seperti memberi penjelasan pada pegawai tentang paket *manfaat* keseluruhan yang disediakan oleh perusahaan. Dalam segala hal, pelayanan pelanggan yang kualitas tinggi adalah sangat penting untuk mempertahankan pelanggan.

Manfaat

Manfaat polis penyakit tertentu umumnya dibayarkan :

- tanpa memperhatikan cakupan lain yang dimiliki oleh tertanggung;
- langsung pada tertanggung.

Dua hal tersebut menyediakan sumber daya keuangan ketika tertanggung dalam kondisi membutuhkan. Pembayaran jaminan harus dipicu dengan beberapa kejadian yang berkaitan dengan sakit serius atau cedera – baik dengan adanya penggunaan jasa medis, peralatan, obat, atau juga berdasarkan hasil diagnosa penyakit. Beberapa polis akan menggunakan kombinasi dari pemicu-pemicu ini. Banyak polis yang menyediakan manfaat khusus seperti pemulihan atau pemeriksaan dan untuk kematian akibat sakit atau penyakit yang tercakup. Konsumen memiliki banyak pilihan untuk tingkat manfaat dimulai dari cakupan yang sangat *inclusive* (luas) tanpa batas waktu sampai ke jaminan yang cukup terbatas. Semakin tinggi tingkat *manfaat*, maka semakin tinggi preminya.

Wellness Benefit

Banyak polis penyakit tertentu mengandung *wellness benefit* /manfaat sehat untuk periode satu tahun yang dirancang untuk mendorong pencegahan atau deteksi dini atas penyakit serius yang tercakup oleh asuransi. Umumnya jenis *benefit* ini membayar dengan sejumlah biaya tetap untuk tindak lanjut setelah tertanggung menjalani tes karena mendapatkan hasil yang tidak normal pada tes sebelumnya.

Wellness related test yang mungkin tercakup dalam polis kanker termasuk :

- tes sumsum tulang;
- ultrasound payudara;
- CA 15-3 (tes darah untuk kanker payudara);
- CA 125 (tes darah untuk kanker indung telur);
- CEA (tes darah untuk kanker usus besar);
- X-ray dada;
- colonoscopy;
- sigmoidoscopy fleksibel;
- analisa Stool Hemocult;
- mammography;
- Pap smear;
- PSA (tes darah untuk kanker prostat);
- serum protein electrophoresis (tes darah untuk myeloma); dan
- thermography.

Medical Events Benefit

Manfaat penyakit tertentu seringkali dipicu oleh medical event/ peristiwa medis yang umum terjadi untuk perawatan penyakit tertentu yang dicakup. Peristiwa medis yang dijamin dalam kebanyakan polis termasuk *benefit* rawat inap, prosedur bedah, perawatan non pembedahan, dan perawatan lanjutan.

Manfaat Rawat Inap

Manfaat per hari perawatan di rumah sakit atau unit perawatan intensif (ICU) untuk penyakit yang tercakup adalah bentuk dasar dari polis penyakit tertentu. Manfaat lain yang berkaitan dengan rawat inap di RS yang mungkin ditawarkan adalah untuk jasa ambulan atau ambulan udara, tarif kunjungan dokter, jasa perawat pribadi, serta obat-obatan dan pengobatan yang dilakukan selama bertanggung dirawat di RS.

Prosedur Pembedahan

Polis penyakit tertentu menyediakan manfaat operasi yang dilakukan untuk perawatan penyakit yang tercakup dalam manfaat dan juga untuk anestesi yang diperlukan. Polis dapat juga mencakup manfaat pembedahan yang bertujuan untuk mendapatkan pandangan ahli lain, pembedahan rekonstruksi, protesa seperti organ tubuh buatan, dan rambut palsu untuk kehilangan rambut.

Perawatan Bukan Pembedahan

Perawatan karena sakit atau penyakit tertentu membutuhkan perawatan non operasi. Hal ini sangat jelas untuk penyakit kanker. Perawatan tersebut termasuk radiasi, chemotherapy, pengobatan antinausea, darah/plasma/platelets, dan pengobatan eksperimental. Pengobatan eksperimental ini termasuk komponen rumah sakit, medis dan jasa operasi.

Perawatan Lanjutan

Seringkali pengobatan untuk penyakit tertentu membutuhkan perawatan lanjutan di fasilitas *skilled nursing care*. Jaminan perawatan lanjutan lain termasuk perawatan keluarga, *hospice care*, dan *home health care*.

Manfaat Diagnosa

Diagnosa untuk penyakit tertentu juga merupakan pemicu manfaat. Manfaat yang didasarkan pada diagnosa yang umumnya membutuhkan diagnosa patologis, tetapi pengecualian dibuat bila diagnosa patologis tidak mungkin dilakukan, seperti dalam hal tumor otak. *Manfaat* diagnosa dapat disediakan dalam bentuk cakupan yang berdiri sendiri, atau sebagai manfaat tambahan dalam sebuah polis yang menyediakan manfaat peristiwa medis.

Lump Sum

Manfaat diagnosa biasanya dibayarkan dalam satu kali pembayaran pada saat diagnosa awal dari jenis penyakit yang tercakup. Keuntungan dari pembayaran lump-sum adalah memberi tertanggung uang tunai di awal periode pengobatan untuk membantu membayar biaya yang muncul sebelum *manfaat* lain dapat digunakan.

Pembayaran Progresif atau peningkatan manfaat

Polis penyakit tertentu dapat mengandung ketentuan yang meningkatkan manfaat diagnosa awal berdasarkan jangka waktu tertanggung telah dijamin dalam suatu polis.

Kematian akibat Penyakit yang Dicakup

Manfaat ini adalah sejumlah *lump-sum* yang dibayar ke ahli waris tertanggung ketika tertanggung meninggal akibat sakit atau penyakit yang dicakup.

Pengecualian dan Batasan

Polis penyakit tertentu dibatasi untuk menyediakan *manfaat* sesuai dengan jenis penyakit tertentu yang dijamin. Kenyataan ini harus dijabarkan dengan jelas dalam polis dan semua material lain yang terkait; polis seharusnya tidak dipasarkan sebagai pengganti cakupan asuransi kesehatan komprehensif. Dalam batasan ini polis penyakit tertentu mempunyai sedikit pengecualian atau batasan. Pengecualian dan batasan yang mungkin ditemui termasuk kanker kulit dan kondisi *pre-existing*.

Kanker kulit. Jaminan kanker hanya dapat menyediakan manfaat terbatas untuk kanker kulit atau tanpa manfaat sama sekali. Melanoma, meskipun sering terjadi, dapat didiagnosa dan dirawat sebagai jenis kanker yang lebih serius atau lebih parah karena kecenderungannya terjadi metastase internal.

Periode tunggu / batasan kondisi pre-existing. Polis penyakit tertentu mungkin dapat menetapkan periode tunggu atau batas waktu kondisi *pre-existing*. Masa tunggu adalah jumlah hari tanpa manfaat atau potongan jumlah yang dibayar dalam polis. Periode tunggu untuk polis penyakit spesifik biasanya 30 hari. Kondisi *pre-existing* membatasi jaminan untuk periode spesifik (tertentu) untuk kondisi-kondisi yang terjadi sebelum tanggal efektif selama periode “evaluasi”. Lama waktu batasan ini bervariasi antar negara bagian dan antar program.

Penilaian Resiko

Asuransi penyakit tertentu umumnya diterbitkan setelah melengkapi persyaratan yang disederhanakan dalam proses penilaian risikonya. Untuk sebagian besar, faktor pemilihan risiko dibatasi pada ada atau tidaknya jenis penyakit tertentu yang dicakup selama periode waktu yang ditetapkan dan termasuk saat tanggal aplikasi. Contohnya, pertanyaan tentang sejarah medis pada aplikasi untuk asuransi kanker umumnya dibatasi pada kondisi apakah tertanggung yang

mengajukan aplikasi telah mengidap penyakit kanker, leukemia, Hodgkin, melanoma, atau jenis-jenis tumor malignant.

Polis dengan manfaat besar atau polis yang mencakup berbagai jenis penyakit kritis akan membutuhkan proses penilaian risiko yang lebih seksama. Dalam kondisi ini, perusahaan asuransi mungkin memerlukan informasi lain yang dapat dijadikan untuk melihat apakah ada tambahan faktor risiko, seperti riwayat keluarga atau pola hidup sehatnya. Hal ini menjadi dapat dibenarkan dimana kecenderungan untuk menjadi mengidap penyakit yang dijamin menjadi meningkat bila tertanggung melakukan kegiatan tertentu seperti merokok atau karena adanya penyakit lain seperti diabetes atau penyakit yang berkaitan dengan jantung. Sebagai tambahan perusahaan asuransi juga meminta informasi tambahan apakah calon tertanggung telah dites mengidap HIV atau telah didiagnosa atau menerima perawatan AIDS.

Proses penilaian risiko yang disederhanakan ini tidak mengabaikan pemohon yang mempunyai indikasi sejarah mengidap penyakit tertentu. Dalam beberapa kasus, penanggung akan memilih untuk menerbitkan sebuah polis dengan batasan kondisi tertentu. Contohnya, seseorang mungkin memiliki riwayat mengidap kanker kulit selain melanoma, dan perusahaan asuransi mungkin akan memutuskan untuk menerbitkan polis penyakit kanker dengan mengecualikan cakupan kanker kulit. Dalam hal ini, pemohon akan tetap bisa menerima manfaat untuk kanker internal dan memberi cakupan pada keluarga mereka.

Penentuan Premi

Hanya ada sedikit perbedaan dalam cara penentuan premi untuk asuransi penyakit tertentu dan untuk asuransi kesehatan lainnya. Umumnya, hal yang dipertimbangkan adalah informasi berkaitan dengan tingkat, biaya per kejadian, persistensi dan struktur biaya. Distribusi umur dan jenis kelamin adalah relevan dengan frekuensi klaim. Tingkat keikutsertaan penting untuk produk yang dijual di tempat kerja, karena tingginya tingkat keikutsertaan akan memberi stabilitas dibanding penjualan secara individu. Faktor lain yang dapat mempengaruhi tarif premi adalah sbb:

- desain paket;
- kecenderungan dalam perawatan medis;
- pola dalam perekonomian, termasuk inflasi;
- perluas penilaian risiko;
- ketentuan pembaharuan kontrak;
- isu peraturan-peraturan;
- strategi pemasaran.

Peraturan

Seperti pada jenis asuransi kesehatan lainnya, ada beberapa hukum federal yang berkaitan dengan asuransi penyakit tertentu, tetapi kebanyakan diatur sebagai asuransi kesehatan dibawah hukum negara bagian. Tetapi dalam beberapa hal, negara bagian telah mengeluarkan peraturan yang ditujukan khusus untuk asuransi penyakit tertentu.

Peraturan Federal

Hukum federal yang mempengaruhi asuransi medis komprehensif biasanya juga dapat mempengaruhi asuransi penyakit tertentu.

Omnibus Budget Reconciliation Act tahun 1990 (OBRA)

Undang-undang federal melarang menjual asuransi pada individu yang layak menerima *Medicare* karena asuransi ini menggandakan manfaat individu yang diperoleh dari *Medicare*. Dalam transisi ke OBRA di tahun 1996, produk asuransi kesehatan suplemen yang membayar manfaat tanpa memperhatikan manfaat dari jaminan yang lain, tidak dianggap menggandakan manfaat *Medicare*. Walaupun demikian, seseorang yang mendaftar untuk cakupan tersebut harus melengkapi "pernyataan penyingkapan" sebagai bagian dari aplikasi polis.

Ada dua "pernyataan penyingkapan" yang berlaku untuk cakupan penyakit tertentu. Salah satunya berlaku untuk polis yang menerapkan sistem penggantian biaya atas terjadinya penyakit tertentu atau kerusakan tertentu lainnya. Pernyataan lainnya adalah untuk polis yang membayar sejumlah dollar yang besarnya tetap untuk penyakit tertentu atau kerusakan tertentu lainnya. Contoh dari formulir penyingkapan tersebut dapat dilihat di **lampiran E**.

Health Insurance Portability and Accountability Act tahun 1996 (HIPAA)

HIPAA dirancang untuk memperluas akses cakupan asuransi kesehatan dan untuk membuat cakupan mudah dipakai. Undang-undang ini umumnya berlaku dalam paket yang memberi perawatan medis. Tidak berlaku pada paket yang hanya memberi daftar "pengecualian manfaat". Asuransi penyakit tertentu adalah "pengecualian manfaat".

Hukum Federal lainnya

Hukum federal lainnya akan memberikan dampak pada cakupan penyakit tertentu atau menawarkan cakupan dalam paket manfaat karyawan. Aplikasi hukum pada asuransi kesehatan akan dibahas secara mendalam dalam modul *Asuransi Kesehatan Dasar: Bagian B*.

Peraturan Negara Bagian

Peraturan untuk asuransi penyakit tertentu bervariasi dari satu negara bagian ke negara bagian lain sama seperti jenis asuransi lainnya. Secara yuridis, asuransi penyakit tertentu individu maupun kelompok akan terkena peraturan umum asuransi kesehatan. Peraturan ini mencakup ketentuan standar dalam aplikasi kontrak asuransi kesehatan, standar *manfaat* minimum untuk polis perorangan, petunjuk periklanan, peraturan penentuan tarif dan termasuk penentuan rasio kerugian minimum yang diperbolehkan. Dalam beberapa aturan, ada ketentuan khusus yang hanya berlaku untuk asuransi penyakit tertentu saja. Model *National Association of Insurance Commissioners (NAIC)* yang akan dibahas dibawah ini, mempengaruhi asuransi penyakit tertentu dalam berbagai bentuk. Hukum dan peraturan di negara bagian tertentu dapat berbeda dari model yang diterapkan oleh *NAIC*.

Undang-undang Standar Minimum NAIC dan Implementasi Peraturan

Hampir separuh dari total negara bagian telah mengadopsi beberapa versi standar minimum *NAIC*. Ketentuan ini menentukan persyaratan standar minimum *manfaat*, ketentuan polis standar, dan ketentuan penyingkapan untuk semua asuransi kecelakaan dan kesehatan.

Persyaratan *manfaat* minimum untuk polis penyakit tertentu tergantung pada type cakupan. Model-modelnya membedakan antara cakupan kanker dan bukan kanker dan apakah cakupan itu dibayar berdasarkan biaya yang terjadi atau indemnity. Ada persyaratan manfaat yang diperlukan untuk:

- biaya yang berkaitan pada cakupan kanker saja atau biaya cakupan kanker yang berkaitan dengan satu atau lebih penyakit tertentu;
- biaya yang muncul untuk cakupan bukan kanker
- cakupan kanker dengan per kejadian (per diem); dan
- cakupan indemnitas secara lump sum.

Untuk memastikan bahwa persyaratan manfaat minimum dipenuhi, model *NAIC* menjelaskan bahwa manfaat penyakit tertentu harus dijual atau ditawarkan sesuai dengan ketentuan model *NAIC*. Maka, adalah tidak mungkin untuk menempatkan polis penyakit tertentu sebagai manfaat pemulihan di rumah sakit, polis jaminan terbatas, atau jenis cakupan tambahan lainnya.

Sebagai tambahan manfaat standar minimum, *NAIC* model menentukan ketentuan polis standar tertentu. Diantara persyaratan penting, ada beberapa polis yang dijamin dapat diperbaharui dan bahwa jaminan yang dilindungi oleh polis dapat dibayar dengan mengabaikan jaminan lainnya. Ada juga pengecualian untuk masa tunggu atau masa percobaan dan batasan pada semua kondisi *pre-existing*. Masa tunggu atau masa percobaan dibatasi tidak lebih dari 30 hari setelah tanggal efektif. Batasan kondisi *pre-existing* dibatasi pada 6 bulan kebelakang dengan pengecualian maksimum selama 6 bulan.

Dengan model ini, polis penyakit tertentu terkena persyaratan penyingkapan yang substansial. Sebagai tambahan informasi yang harus disertakan dalam garis besar cakupan, polis penyakit tertentu harus memasukan pernyataan penting pada halaman pertama polis, dengan warna yang menyolok atau huruf tebal yang menyebutkan, “PERHATIAN: Ini adalah polis terbatas. Baca secara seksama pada garis besar cakupan dan petunjuk bagi pembeli.” Petunjuk bagi Pembeli harus disediakan pada saat aplikasi. Perusahaan asuransi yang menggunakan teknik pemasaran masal juga harus menyediakan petunjuk bagi pembeli atas dasar permintaan. Garis besar cakupan harus memberikan penyingkapan yang serupa. Didalamnya juga harus terdapat pernyataan bahwa polis dirancang hanya untuk tambahan dari polis asuransi kesehatan komprehensif dan sebaiknya tidak dibeli kecuali tertanggung sudah mempunyai cakupan asuransi kesehatan komprehensif.

Pedoman Periklanan NAIC

Peraturan Model Periklanan NAIC dan lampiran pedoman disiapkan untuk membantu perusahaan asuransi menjelaskan secara akurat tentang jaminan polis penyakit tertentu dan untuk mencegah periklanan yang cenderung memperbesar risiko yang timbul berkaitan dengan penyakit tertentu. Kunci persyaratan periklanan adalah "pernyataan penyingkapan" yang berisi keterangan rinci dan jelas tentang sifat dasar polis. Contohnya, iklan untuk polis kanker harus mencakup pernyataan yang intinya sama dengan, "INI ADALAH POLIS HANYA UNTUK KANKER". Iklan untuk polis penyakit tertentu juga harus menghindari istilah yang sinonim yang secara implisit memberi kesan bahwa cakupan lebih luas daripada yang sesungguhnya disediakan dalam polis. Contohnya, polis penyakit kritis tidak dapat dinyatakan bahwa cakupan berlaku secara terpisah untuk penyakit jantung dan untuk penyakit koroner. Contoh lainnya adalah pemakaian istilah HIV dan AIDS untuk menunjukkan cakupan berbeda, satu untuk HIV dan lainnya untuk AIDS.

Peraturan dan pedoman NAIC juga melarang penggunaan istilah atau ungkapan yang dapat menimbulkan ketakutan atau keresahan. Salah satu contoh adalah, "Kanker membunuh satu orang setiap dua menit". Pernyataan tersebut tidak diperbolehkan jika dibuat tanpa referensi darimana populasinya. Tetapi, diijinkan bila menggunakan statistik dari sebuah organisasi seperti American Cancer Society selama sumbernya didokumentasi dengan benar dan statistiknya tidak terlalu ditekankan. Selanjutnya, ungkapan yang terlalu menekankan pada risiko kesulitan keuangan akibat mengalami penyakit tertentu juga dilarang. Misalnya seperti kalimat *bencana keuangan* dan *goncangan keuangan*.

Peraturan tidak memperbolehkan penggunaan batasan maksimal total manfaat dalam judul muka ataupun judul bab kecuali batas harian dan batas internal lainnya yang juga mengacu pada judul tersebut. Dilarang pula untuk menyebutkan batas manfaat dimana batasan tersebut tidak mungkin dicapai oleh klaim rata-rata.

Small Employer Market Reform (Reformasi Pasar Perusahaan Kecil)

Produk penyakit tertentu umumnya telah dikeluarkan dalam aplikasi di perusahaan kecil dan bentuk pasar asuransi lainnya. Tetapi, beberapa negara bagian membutuhkan sertifikasi tahunan yang menerangkan bahwa polis penyakit tertentu tidak dijual atau dipasarkan sebagai substitusi dari cakupan medis komprehensif atau cakupan medis utama. California dan Vermont mengharuskan aplikasi polis penyakit tertentu meminta keterangan cakupan dibawah polis medis utama atau umum. Bila seseorang tidak memiliki cakupan tersebut, polis tidak dapat diterbitkan. Jika perusahaan asuransi mematuhi ketentuan hukum yang berkaitan dengan perusahaan kecil, pertanyaan tersebut tidak perlu diutarakan lagi. Pengecualian pada dua negara bagian ini hanya berlaku untuk pasar perusahaan kecil.

Batasan dan Pengecualian Penjualan

Sejak akhir tahun 1960 dan awal tahun 1970, ada dugaan di beberapa tempat mengenai adanya pelanggaran pelaksanaan pemasaran yang berkaitan dengan asuransi penyakit tertentu. Dugaan ini seputar taktik penjualan dan pemasaran. Dalam beberapa kejadian, dugaan itu diperkuat dan dibuat oleh industri. Tetapi, upaya yang mengacu pada peraturan untuk mengangkat isu *market conduct* (tingkah laku pemasaran dan penjualan dalam pasar asuransi

untuk digunakan sendiri - 70

penyakit tertentu). Salah satu contoh adalah ketentuan Nonduplikasi Medicare yang dimasukkan dalam OBRA. Usaha-usaha lain dituangkan dalam ketentuan peraturan yang secara langsung dan tidak langsung mencegah penjualan polis tersebut. Larangan dan ketentuan yang membatasi penjualan asuransi penyakit tertentu sudah tidak berlaku lagi. Hanya ada dua negara bagian, New Jersey dan Massachusetts, yang terus memberlakukan larangan ketentuan batasan tersebut.

New Jersey. Hukum New Jersey saat ini tidak memperbolehkan penjualan polis penyakit tertentu, dengan kemungkinan pengecualian bahwa cakupan yang disiapkan ada dibawah polis kelompok yang secara hukum diterbitkan di negara bagian lain. Hukum tersebut menyebutkan bahwa “tak ada polis yang bisa menyediakan cakupan untuk penyakit tertentu atau untuk prosedur atau pengobatan yang dibatasi untuk penyakit tertentu saja.”

Massachusetts. Massachusetts juga menolak konsep asuransi yang hanya menjamin penyakit tertentu saja. Peraturan Massachusetts meminta cakupan dengan daftar penyakit yang sangat rinci dan meminta cakupan hanya dijual sebagai tambahan pada jaminan dasar asuransi rumah sakit. Negara bagian ini juga terus meninjau ulang status produk ini.

Kesimpulan

Asuransi penyakit tertentu telah berkembang seiring waktu untuk menjamin bertanggung akibat terkena penyakit tertentu yang berdampak besar pada individu atau keluarga. Beberapa dekade yang lampau, polio adalah penyakit parah, tetapi dengan perkembangan vaksin, polio tidak lagi dikhawatirkan di Amerika Serikat dan di banyak negara lainnya. Saat ini, orang menghawatirkan dampak serius dari penyakit kanker, jantung, dan AIDS. Jika dan bila solusi medis dikembangkan untuk keprihatinan akhir-akhir ini, generasi di masa datang akan menghadapi ancaman jenis penyakit yang saat ini masih belum diketahui.

Asuransi penyakit tertentu adalah sangat sesuai untuk memberikan perlindungan sebagai akibat penyakit kronis dan penyakit lainnya yang dialami individu dimana risiko tersebut tidak dicakup dalam asuransi dasar. Sejalan dengan berkembangnya virus dan bakteri baru, maka begitu pula halnya dengan polis penyakit tertentu yang akan menjamin resiko baru yang berkaitan dengan kesehatan.

Istilah Penting

<i>Agent/agen</i>	<i>Copayments</i>	<i>Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)</i>
<i>Association sales/asosiasi penjual</i>	<i>Critical illness policy/Polis penyakit kritis</i>	<i>Inpatient services/pelayanan rawat inap</i>
<i>Benefit limits/batas manfaat</i>	<i>Deductibles</i>	<i>Loss of income/ kehilangan pendapatan</i>
<i>Benefit maximums/ manfaat maksimum</i>	<i>Diagnosis benefits/Manfaat diagnosa</i>	<i>Lump sum payment/ pembayaran sekaligus</i>
<i>Cancer policy/Polis kanker</i>	<i>Direct solicitation</i>	
<i>Clinical diagnosis/Diagnosa klinik</i>	<i>Exceptions and limitations/Pengecualian</i>	

untuk digunakan sendiri - 71

<i>Coinsurance</i>	<i>dan pembatasan</i>	<i>Pre-existing-condition</i>
<i>Mass marketing/pemasaran</i>	<i>Omnibus Reconciliation Act of</i>	<i>limitation</i>
<i>masal</i>	<i>1990 (OBRA)</i>	<i>Progressive payment</i>
<i>Medical event benefits</i>	<i>Pathological diagnosis/</i>	<i>Related expense/Biaya terkait</i>
<i>Medical expenses/Biaya medis</i>	<i>diagnose patologis</i>	<i>Specified diseases/Penyakit</i>
<i>NAIC Minimum Standards Act</i>	<i>Payroll-deducted</i>	<i>tertentu</i>
<i>Nonsurgical</i>	<i>benefits/manfaat</i>	<i>Surgical services/Pelayanan</i>
<i>treatment/pengobatan non</i>	<i>pemotongan gaji</i>	<i>bedah</i>
<i>bedah</i>		<i>Wellness benefits/Manfaat</i>
		<i>kebugaran</i>

Bab V

Asuransi Kecelakaan

Pendahuluan

Rating

Kebutuhan Pelanggan

Peraturan

Manfaat

Kesimpulan

Penilaian Resiko

Istilah-istilah penting

Pendahuluan

Polis asuransi kecelakaan yang asli diterbitkan pada pertengahan abad 19, yang menyediakan manfaat untuk kematian akibat kecelakaan atau luka parah akibat perjalanan dengan kereta api. Segera setelah itu, perusahaan asuransi seperti halnya asosiasi untuk kecelakaan pada pelancong niaga dan karyawan jawatan kereta api serta ahli waris tertentu atau perkumpulan persaudaraan mulai menawarkan polis kecelakaan. Saat ini, banyak perusahaan asuransi yang menawarkan jaminan kecelakaan perjalanan dan asuransi perjalanan yang menjamin wahana umum, kendaraan bermotor dan pesawat terbang. Beberapa tahun kemudian, asuransi kecelakaan telah diperluas diluar asuransi perjalanan untuk menyediakan perlindungan terhadap kematian dan kehilangan anggota badan, biaya medis, hilangnya pendapatan akibat kecelakaan atau kematian yang terjadi didalam atau diluar lingkup pekerjaan.

Perbedaan antara *injury* (cedera) karena kecelakaan dan kematian akibat kecelakaan selalu jelas. Akan tetapi, tidak mudah untuk menjelaskan apa kecelakaan itu. Banyak polis kecelakaan yang memakai konsep *injury* (cedera). Cedera pada tubuh dapat diartikan sebagai luka-luka badan akibat langsung dari kecelakaan dan penyebab lainnya. Definisi ini biasanya mengecualikan semua penyakit termasuk kecanduan alkohol (meskipun termasuk keracunan akibat alkohol).

Beberapa perusahaan asuransi memiliki klausula apa yang disebut kecelakaan, yang umumnya menjamin kerugian yang semata-mata akibat faktor eksternal, kekerasan dan kecelakaan. Istilah eksternal dan kekerasan menunjukkan adanya kekerasan fisik yang tidak diharapkan terhadap tubuh. Berdasarkan klausula tersebut pengaju klaim diharuskan menunjukkan bukti-bukti yang nyata atas kekerasan yang terjadi. Contoh peristiwa yang diakibatkan karena kecelakaan adalah:

- kecelakaan transportasi atau kendaraan;
- keracunan yang tidak disengaja;
- kebakaran;
- kilat, badai atau peristiwa alam lainnya;
- tertabrak sesuatu; dan
- pembunuhan.

Klausula kecelakaan mensyaratkan bahwa baik sebab dan akibat dari kecelakaan adalah tidak diharapkan atau direncanakan. Istilah *faktor eksternal* dan *kekerasan* adalah faktor tambahan persyaratan atas kecelakaan. Banyak negara bagian kini melarang penggunaan istilah *faktor eksternal* dan *kekerasan*. Klausula ini telah digantikan dengan kalimat “akibat”, yang menunjukkan timbulnya luka-luka yang diakibatkan secara langsung oleh kecelakaan dan penyebab lainnya.

Pengadilan telah membedakan antara kecelakaan dan luka-luka. Berikut ini adalah contoh dari luka-luka yang tidak diakibatkan oleh kecelakaan, meskipun akibatnya tidak terduga:

- luka pada saat mengangkat benda berat;
- luka akibat pengobatan medis;
- overdosis obat atau alkohol; dan
- terpapar sinar X untuk medis.

Bab ini akan membahas empat jenis utama asuransi kecelakaan: *accident medical expense*; *accidental death* (AD) dan *accidental death and dismemberment* (AD&D); cacat akibat kecelakaan; dan jaminan kecelakaan perjalanan.

Kebutuhan Konsumen

Angka tahunan korban kecelakaan di Amerika Serikat sangat mengejutkan. Pada tahun 1995, jumlah total untuk kematian akibat kecelakaan yang tidak disengaja adalah 93,300 atau 35.5 per 100,000.

Tabel 5.1

Biaya untuk Kecelakaan yang Tidak Disengaja di Amerika Serikat, 1995 (dalam milyar dollar)

Kehilangan gaji dan produktifitas	\$222.4
Biaya medis	75.1
Administrasi untuk asuransi, polisi, dan hukum	73.6
Kerusakan pada kendaraan bermotor	36.2
Biaya pengusaha	19.3
Kerugian akibat kebakaran	8.2

SUMBER: Accident Facts, 1996. 1996, ITASCA, IL: National Safety Council.

Jumlah total luka-luka yang akhirnya mengakibatkan kecacatan adalah 19.3 juta. Secara keseluruhan, biaya tahunan untuk luka-luka kecelakaan ini (termasuk kecelakaan fatal dan tidak fatal melebihi \$430 milyar pada tahun 1995. Tabel 5.1 menunjukkan komponen utama biaya untuk luka-luka karena kecelakaan.

Berdasarkan perspektif aktuaris, sebagian besar kerugian kecelakaan dapat diasuransikan. Sementara itu data kecenderungan kecelakaan seperti pengukuran untuk memprediksikan kerugian tidak seakurat seperti pada data kematian untuk asuransi jiwa, data kecelakaan yang memberikan informasi yang cukup akurat kepada perusahaan asuransi untuk menetapkan angka probabilitas luka-luka dan kematian menurut usia, jenis kelamin dan penyebabnya.

untuk digunakan sendiri - 74

Asuransi kecelakaan sebagai suplemen untuk asuransi biaya medis sangat populer untuk beberapa alasan, termasuk berikut ini:

- Kecelakaan adalah faktor utama luka-luka dan kematian untuk orang yang berusia dibawah 40 tahun. Jaminan kecelakaan dapat menjamin sebagian besar porsi dari kebutuhan untuk pemegang asuransi yang lebih muda.
- Kecelakaan terjadi (atau setidaknya tampak terjadi) lebih acak dibanding sakit. Meskipun orang dapat mengurangi resiko kecelakaan, namun sulit untuk benar-benar bisa menghindari atau menghilangkannya.

Accidental Medical Expense

Penggantian biaya medis akibat kecelakaan adalah satu dari bentuk penggantian biaya medis yang paling awal. Jenis asuransi ini menyediakan pembayaran biaya medis akibat mengalami luka-luka karena kecelakaan. Jenis lain dari program ini adalah ganti rugi biaya rumah sakit akibat kecelakaan. Ini memberikan manfaat berdasarkan jumlah hari dirawat di RS dan tidak tergantung pada jumlah biaya aktual yang ditagihkan. Kedua jenis jaminan tersebut tidak memberikan jaminan yang komprehensif. Meskipun demikian kedua jaminan tersebut dipandang sebagai jaminan suplemen bagi tertanggung yang telah memiliki asuransi polis medis utama, sebagai sebagian jaminan bagi mereka yang tidak memiliki asuransi kesehatan, atau asuransi tambahan pada saat mengalami luka-luka akibat kecelakaan.

Deductible dan Elimination Period

Polis biaya medis kecelakaan biasanya mempunyai *deductible* nol atau kecil, atau *elimination period* nol hari, dan mulai membayar hari pertama rawat inap atau pengobatan akibat kecelakaan. Kadang-kadang, polis akan menjamin kecelakaan dan sakit. Dalam kasus demikian, manfaat untuk sakit dapat memiliki *deductible* atau *elimination period*.

Tanggung

Polis rumah sakit untuk kecelakaan dapat ditulis untuk menjamin pemegang asuransi utama, pasangannya, tiap anak secara terpisah, atau semua anak untuk bermacam-macam jumlah manfaat. Polis juga dapat ditulis secara langsung pada anak tanggungan, seperti halnya polis kecelakaan pelajar/olahraga yang akan dibahas kemudian.

Polis Kecelakaan Umum dan Biaya Rawat Inap

Polis kecelakaan umum yang menyediakan biaya rumah sakit dan medis adalah polis biaya medis kecelakaan, polis indemnitas rumah sakit (AHIPs), dan polis kecelakaan pelajar/olahraga.

Polis biaya medis kecelakaan. Ada banyak jenis program yang memungkinkan berdasarkan jenis peristiwa yang dijamin. Program tersebut dapat menjamin setiap kecelakaan atau dapat pula dihubungkan dengan kejadian tertentu seperti patah tulang atau jaminan

pengobatan diluar RS. Polis-polis tersebut seringkali dijual oleh agen sebagai suplemen untuk membantu membayar *deductible* jaminan medis utama.

Polis indemnitas rumah sakit untuk kecelakaan. Polis indemnitas rumah sakit untuk kecelakaan dijual secara luas, umumnya dengan cara pemasaran masal. Secara umum polis ini selalu memasukan *benefit* rumah sakit harian tetap dan *benefit* kematian akibat kecelakaan. *Benefit* tambahan seperti ambulans, ruang gawat darurat, unit perawatan intensif (ICU) dan *benefit* pembedahan terjadwal seringkali disediakan melalui pasal tambahan. Pasal-pasal tambahan ini mungkin dijual bersamaan dengan polis asli atau mungkin pula ditambahkan menggunakan pasal tambahan (*rider*) atau dengan program pemasaran yang diperluas.

Polis kecelakaan untuk semua jenis kecelakaan atau kecelakaan dalam 24 jam. Ini adalah polis untuk kematian atau kehilangan cacat akibat kecelakaan (AD&D) dengan jaminan medis tambahan yang dihubungkan dengan biaya medis aktual akibat kecelakaan. Biasanya dijual oleh agen atau melalui metode pemasaran masal.

Polis kecelakaan pelajar / olahraga. Polis ini dapat menyediakan jaminan 24 jam atau hanya menjamin pada jam sekolah ditambah 1 jam sebelum dan sesudah sekolah. Seringkali menyediakan *blanket benefit* dengan pembatasan yang lunak dan pengecualian tertentu, seperti olahraga yang terorganisir dan pembayaran manfaat dibawah jaminan kendaraan bermotor. Jaminan olahraga khusus disediakan untuk atlet pelajar selama acara yang terorganisir berlangsung. Variasi lainnya adalah jaminan perkemahan untuk memberikan asuransi kecelakaan pada anak muda pada saat perkemahan musim panas. Polis kecelakaan pelajar dan olahraga biasanya dijual dengan sistem kelompok.

Kematian Karena Kecelakaan (AD) dan Kematian dan Cacat Akibat Kecelakaan (AD&D)

Kematian karena kecelakaan dan kematian dan cacat akibat kecelakaan memberikan *lump sum* pada terjadinya kematian atau cacat akibat kecelakaan. Jumlah jaminan disebut sebagai jumlah pokok. Untuk menetapkan hubungan antara kematian tertanggung dan kecelakaan yang menimpa tertanggung, ada pembatasan waktu (mis: 90 hari setelah kecelakaan) dengan kematian yang bagaimana yang dapat menerima manfaat. Beberapa polis AD&D menyediakan jaminan kecelakaan perjalanan juga, dalam bentuk manfaat tambahan untuk wahana umum atau kecelakaan mobil atau motor pribadi.

Kecelakaan disaat dan diluar Pekerjaan

Banyak polis AD&D menjamin kematian atau cacat akibat kecelakaan dengan mengabaikan apakah terjadi pada saat atau diluar waktu bekerja.

Kecelakaan saat Perjalanan

Banyak polis AD&D tidak memasukkan pembatasan pada pembayaran manfaat jika kecelakaan terjadi saat perjalanan di Amerika Serikat atau di luar negeri. Akan tetapi, kecelakaan sulit untuk diselidiki dalam situasi dan kondisi tertentu dan akan menjadi lebih sulit untuk menetapkan manfaat yang dapat dibayar apabila kecelakaan terjadi di luar negeri.

Accident Disability (Kecacatan Akibat Kecelakaan)

Penghasilan Bulanan ketika Cacat

Polis untuk kecatatan akibat kecelakaan adalah seperti polis kecacatan lainnya, kecuali bahwa manfaat dapat dibayarkan hanya jika penyebab kecacatan itu adalah kecelakaan. Ada dua cara untuk menetapkan kecacatan dalam asuransi kecacatan akibat kecelakaan ini:

- apakah tertanggung dapat mengerjakan tugas pekerjaannya; atau
- apakah tertanggung dapat mengerjakan aktifitas yang berdayaguna yang sesuai untuk dia.

Apabila kecacatan terjadi selama masa menganggur, maka beberapa metode yang digunakan oleh perusahaan asuransi (mis., menggunakan pekerjaan pada saat aplikasi untuk definisi pekerjaan) digunakan. Beberapa perusahaan asuransi memakai definisi kecacatan berdasarkan aktivitas hidup sehari-hari selama masa menganggur.

Kecacatan akibat kecelakaan dijual sebagai:

- jaminan 24 jam, yang melingkupi semua kecelakaan termasuk yang terjadi pada waktu kerja dan yang dijamin dengan kompensasi pegawai; atau
- jaminan *non occupational* (tidak mengacu pada pekerjaan), yang mengecualikan tiap kecelakaan yang sudah dijamin oleh kompensasi pegawai.

Periode manfaat untuk manfaat kecacatan bisa jangka pendek (mis., untuk setahun atau kurang) atau jangka panjang (mis., bahkan berlanjut sampai usia 65 tahun). Manfaat berakhir apabila telah sembuh, meninggal, atau periode manfaat yang sudah berakhir. Selama masa kecacatan dan jika tertanggung menerima manfaat, pembayaran premi seringkali dihapuskan.

Kredit Asuransi Kecacatan

Kredit asuransi kecacatan menawarkan jaminan berupa pembayaran pinjaman kepada tertanggung yang menjadi cacat. Karena asuransi ini menjamin semua penyebab kecacatan, bukan hanya akibat kecelakaan, maka tidak termasuk dalam bab ini.

Kecelakaan saat Perjalanan

Asuransi kecelakaan perjalanan mencakup kecelakaan udara pada penerbangan terjadwal, kecelakaan pada wahana umum (termasuk taksi, bis dan kereta bawah tanah), dan kecelakaan motor. Jaminan penerbangan terjadwal biasanya dalam basis per perjalanan, tetapi jenis jaminan kecelakaan lainnya pada wahana umum dan kendaraan motor dijual dengan basis bulanan atau tahunan. Jaminan dapat per perjalanan, jangka pendek atau berkelanjutan. Program kecelakaan perjalanan dapat dijual sebagai jaminan kematian akibat kecelakaan dengan tambahan manfaat penggantian biaya medis.

Polis kecelakaan perjalanan pernah sangat terkenal di dalam industri perjalanan melalui udara dan dijual di hampir semua bandara. Meskipun masih berlaku seperti itu, kebanyakan dijual dengan sistem pemasaran masal, khususnya jika perjalanan dan asuransinya ditagihkan pada kartu kredit yang sama.

Pengusaha menawarkan asuransi kecelakaan perjalanan sebagai cara untuk memberikan perlindungan kecelakaan tambahan kepada karyawannya yang melakukan perjalanan bisnis. Beberapa pengusaha menyediakan program menyeluruh atau *all risk*, yang memberikan perlindungan 24 jam sejak saat meninggalkan rumahnya atau tempat kerjanya sampai dia kembali dari perjalanan bisnis. Yang lainnya membatasi jaminan kecelakaan pada kendaraan umum, yang akan dijelaskan dibawah ini. Biaya untuk asuransi perjalanan bisnis biasanya dibayar secara keseluruhan oleh pemberi kerja.

Kendaraan Umum

Jaminan kendaraan umum dijual baik sebagai bagian dari jaminan kecelakaan perjalanan atau jaminan terpisah dalam polis kematian akibat kecelakaan. Polis kendaraan umum menjamin kecelakaan pada saat bertanggung menjadi penumpang kendaraan umum berijin yang dioperasikan untuk penumpang umum. Permintaan untuk jaminan kendaraan umum ini tinggi karena beberapa alasan:

- Kemungkinan terjadinya peristiwa kecelakaan rendah sehingga tarif premiumnya juga rendah; maka sejumlah besar jaminan ditawarkan.
- Banyak orang yang takut terbang.
- Meskipun kecelakaan jarang terjadi, namun apabila terjadi maka akan sangat mengemparkan dan dipublikasikan secara luas.

Satu Kali Perjalanan / Beberapa Kali Perjalanan

Jaminan kecelakaan perjalanan untuk penerbangan udara menjamin satu kali perjalanan tanpa tempat singgah, perjalanan yang berlanjut dengan beberapa tempat singgah, atau perjalanan pulang pergi dengan beberapa tempat singgah dan kembali ke tempat pemberangkatan semula. Polis untuk semua jenis jaminan ini ditagihkan dengan basis per perjalanan.

Jenis polis lain dengan manfaat angkutan umum menjamin semua kecelakaan dalam menggunakan kendaraan umum dan tidak ditagihkan dengan basis perjalanan individu. Sebaliknya, mereka memiliki premi bulanan tetap. Manfaat AD&D kendaraan umum menjamin semua jenis perjalanan dengan kendaraan umum dengan premi bulanan tetap. Dibandingkan dengan cakupan manfaat yang ditagihkan dengan basis per perjalanan, manfaat ini tidak memperhatikan berapa kali perjalanan itu dilakukan.

Perjalanan Lainnya

Kendaraan umum dapat berbagai bentuk, pesawat udara, kapal pesiar, kereta, taksi, bis dan kereta bawah tanah. Polis kecelakaan perjalanan memperluas jaminan kecelakaan untuk mencakup:

- Setiap kecelakaan di bandara;
- Setiap kecelakaan antara dua tempat dari beberapa perjalanan udara; dan
- Setiap perjalanan selama masa liburan pendek antara dua tempat dalam penerbangan pulang pergi.

Salah satu dari jenis utama kecelakaan perjalanan yang tidak tercakup dalam jaminan angkutan umum adalah kecelakaan dengan mobil pribadi. Untuk jaminan tersebut, *manfaat* dapat diterbitkan secara terpisah.

Saluran Distribusi

Asuransi kecelakaan dijual baik oleh agen asuransi termasuk pemasaran di tempat kerja, atau dengan pemasaran masal dan *direct response marketing*, termasuk *telemarketing*.

Agen

Polis kecelakaan umumnya memberikan premi yang rendah, mudah dipahami dan banyak agen yang menjual polis kecelakaan. Jaminan kecelakaan kelompok-bisa disebut, jaminan AD&D yang dibeli oleh pengusaha untuk karyawannya - biasanya ditangani oleh broker atau konsultan khusus.

Pemasaran Masal

Karena premium produk asuransi kecelakaan biasanya kurang dari \$100 per tahun per polis, maka perlu untuk dijual dalam jumlah besar, dan baik biaya per unit atau biaya operasional harus dijaga agar tetap rendah untuk menutupi biaya tetap dan menghasilkan keuntungan yang memadai. Pemasaran masal dapat memenuhi syarat ini. Program pemasaran masal yang baik harus memiliki database yang luas dari konsumen yang potensial dengan informasi demografis yang dapat digunakan, mampu secara statistik menganalisa faktor-faktor penting yang menguntungkan, dan memiliki staf produksi pemasaran khusus dan pemrosesan data yang efisien. *Telemarketing* adalah cara yang baik untuk menjual asuransi kecelakaan. Karena lebih interaktif, *telemarketing* biasanya membutuhkan staf yang lebih banyak dibanding metode *direct mail*.

Manfaat

Manfaat kecelakaan sama dengan manfaat asuransi kesehatan lainnya. Perbedaannya adalah bahwa kejadian yang diasuransikan berkaitan dengan kecelakaan. Manfaat medis kecelakaan sama seperti manfaat medis suplemen lainnya, kecuali bahwa ia menjamin hanya akibat kecelakaan. Kecacatan akibat kecelakaan sama seperti jaminan *disability* (ketidakmampuan) lainnya, kecuali bahwa kecacatan akibat kecelakaan saja yang akan dijamin. Yang terakhir, kematian akibat kecelakaan sama dengan asuransi jiwa biasa kecuali bahwa hanya kematian akibat kecelakaan saja yang akan dijamin.

Sehubungan dengan terbatasnya jaminan yang ditawarkan, banyak polis kecelakaan yang menarik hanya apabila berharga murah. Seringkali, tingkat manfaat yang ditawarkan ditentukan berdasarkan target tingkat premi.

Accidental Medical Expense Policies

Accidental Medical Expense Policies / Polis biaya medis akibat kecelakaan membayar manfaat untuk biaya medis atau rawat inap di Rumah Sakit berdasarkan jumlah biaya yang

untuk digunakan sendiri - 79

ditagihkan kepada tertanggung. Jumlah tersebut dapat ditutupi dengan jumlah maksimum yang dapat dibayar per kecelakaan. Jumlah tersebut disebutkan di dalam polis.

Manfaat mencakup pelayanan dokter dan rumah sakit, jasa perawat, X-ray, dan jasa ambulan. Manfaat tersebut dapat dikombinasikan dengan jaminan kematian akibat kecelakaan, kecacatan, atau kecelakaan dalam perjalanan.

Accident Hospital Indemnity Policies (AHIPs)

AHIPs membayar manfaat yang sudah ditetapkan untuk tiap hari masa perawatan akibat kecelakaan yang dijamin. Manfaat maksimum mungkin berkisar antara \$100 per hari atau lebih. Polis mungkin tanpa *elimination period* atau bisa juga memiliki *elimination period* yang pendek sampai dengan 3 hari. Manfaat mungkin dikurangi 50% pada usia 65 tahun atau lebih. Polis ini sama dengan polis indemnitas rumah sakit, tetapi hanya membayar untuk kecelakaan yang dijamin. Ia juga biasanya menyediakan manfaat kematian karena kecelakaan (mis., sejumlah \$10,000).

Pasal tambahan khusus pada *AHIPs* adalah suplemen biaya medis, manfaat kematian pada transportasi umum, suplemen kecelakaan dalam perjalanan terjadwal, suplemen kecelakaan darurat, indemnitas perawatan intensif, manfaat pemulihan di rumah, manfaat kematian untuk pengemudi mobil dan pejalan kaki, manfaat kamar darurat, dan pembayaran untuk ambulan.

Kematian akibat Kecelakaan (AD) / Kematian dan Cacat akibat Kecelakaan (AD&D)

Manfaat Maksimum

Manfaat maksimum untuk AD dan AD&D berkisar antara \$1,000 sampai \$100,000 jika jaminan ditujukan untuk semua penyebab. Jika jumlah manfaat bervariasi berdasarkan penyebabnya, maka manfaat yang lebih tinggi akan tersedia untuk kecelakaan pengemudi mobil atau penumpang kendaraan umum. Manfaat penumpang kendaraan umum dibayar pada saat penumpang telah membayar ongkos kendaraan umum yang dioperasikan dengan izin angkutan umum.

Manfaat untuk pengemudi mobil dan pejalan kaki dibayar jika orang yang tercover mengalami kecelakaan pada saat mengendarai mobil pribadi atau ditabrak oleh kendaraan bermotor. Kendaraan bermotor termasuk semua jenis mobil – mobil pribadi dan juga taksi - dan truk, bis, motor, kereta dan kereta bawah tanah.

Kematian

Dalam hal kematian karena luka-luka fisik yang secara langsung karena semua penyebab dan terjadi dalam kurun waktu 90 hari setelah kejadian, maka ahli waris tertanggung itu dibayar dengan jumlah penuh.

Kehilangan Satu atau Lebih Anggota Tubuh

Jumlah pokok yang penuh dibayarkan untuk kehilangan dua anggota tubuh atau lebih. Anggota tubuh biasanya tangan, kaki atau mata. Kehilangan tangan atau kaki berkaitan dengan amputasi pada atau di atas sendi pergelangan tangan atau mata kaki. Kehilangan mata berkaitan dengan kehilangan penglihatan secara total yang tidak dapat disembuhkan. Apabila salah satu anggota tubuh yang hilang, satu setengah dari jumlah pokok akan dibayarkan. Kadang-kadang jenis manfaat ini disediakan sendiri tanpa manfaat kematian akibat kecelakaan dan perihal *capital sum* digunakan untuk jumlah yang dapat terbayar.

Pengecualian

Pengecualian, yang bervariasi antar negara bagian, umumnya termasuk kematian atau cacat karena percobaan bunuh diri, luka karena akibat sendiri yang disengaja, perang, penggunaan narkotik atau jenis obat lainnya, alkohol dalam darah, penyerangan atau pembunuhan dan penyakit, kelemahan fisik atau mental, atau pengobatan untuk salah satu dari daftar di atas.

Kecacatan Akibat Kecelakaan

Penghasilan Bulanan

Jaminan kecacatan akibat kecelakaan menyediakan manfaat jangka pendek sampai dengan 6 bulan dan dalam beberapa kasus sampai dengan 1 tahun. Untuk dapat menerima manfaat, tertanggung harus menunjukkan bukti awal dan bukti lainnya atas kecacatan dan kebutuhan untuk perawatan medis untuk kecacatan tersebut. Siksaan mental dan fisik sehubungan dengan kecacatan ini dikecualikan.

Manfaat Maksimum

Manfaat maksimum untuk jaminan kecacatan karena kecelakaan adalah :

- Jumlah pasti, biasanya \$500 atau \$1,000 per bulan; atau
- Berkaitan dengan kehilangan penghasilan dan tidak dapat melampaui batas yang masuk akal berkaitan dengan penghasilan sebelumnya.

Jaminan Kecelakaan Perjalanan

Jaminan kecelakaan perjalanan biasanya menawarkan manfaat yang besar untuk kecelakaan pesawat dengan rute penerbangan terjadwal. Jumlahnya bisa mencapai \$1 juta. Kecelakaan harus terjadi dalam lingkup perjalanan yang dijamin. Ini bisa berarti perjalanan satu arah atau pergi pulang. Tertanggung haruslah penumpang yang membayar ongkosnya dan premi terpisah harus telah dibayar untuk jaminan. Anak-anak diasuransikan dengan jumlah yang lebih kecil, sekitar \$25,000.

Manfaat tambahan yang dapat ditawarkan adalah jaminan untuk perjalanan dengan angkutan umum ke dan dari bandara, dan kecelakaan yang terjadi di bandara. Ini mungkin ditawarkan dengan jumlah manfaat penuh. Selanjutnya, jenis kecelakaan lainnya dapat dijamin selama perjalanan antara keberangkatan dan kembali untuk jumlah yang lebih kecil, biasanya \$100,000.

Manfaat untuk rawat inap harian dapat ditambahkan untuk luka-luka kecelakaan yang terjadi selama waktu perjalanan.

Pengecualian dan Pembatasan

Untuk polis kecelakaan, manfaat tidak dibayar apabila luka-luka terjadi :

- secara sengaja akibat diri sendiri;
- akibat perang atau ikut berperang;
- disebabkan oleh penggunaan obat-obatan kecuali dengan resep dokter;
- terjadi saat tingkat alkohol dalam darah tinggi;
- terjadi pada saat seseorang menjadi pilot atau awak pesawat terbang;
- terjadi pada saat seseorang menjadi penumpang pesawat tanpa membayar;
- terjadi ketika terlibat dalam aksi penyerangan atau pembunuhan; atau
- akibat penyakit, kelemahan, dan pengobatan medis atau pembedahan.

Beberapa polis kecelakaan membayar untuk semua kondisi diatas kecuali untuk penyakit, kelemahan, atau pengobatan medis atau pembedahan. Ini adalah cara untuk lebih menegaskan bahwa polis menjamin kecelakaan dan tidak untuk sakit dan penyakit.

Kecacatan, perawatan rumah sakit atau kematian akibat kecelakaan yang terjadi sebelum tanggal efektif jaminan tidak akan dijamin. Beberapa polis akan mengecualikan kecelakaan yang berkaitan dengan pekerjaan atau tempat kerja jika pemegang asuransi menginginkan untuk mengkoordinasikan polis dengan kompensasi karyawan.

Program kecacatan dan perawatan rumah sakit memiliki *elimination period* dimana tidak ada manfaat yang dapat dibayar sampai periode itu berakhir. *Elimination period* dimulai sejak tanggal kecelakaan. Program perawatan rumah sakit biasanya tidak memiliki atau memiliki 3 hari *elimination period* . *Elimination period* untuk kecacatan sangat bervariasi. Program kecelakaan biasanya memiliki paling tidak 14 hari *elimination period* . Ketentuan ini membantu dalam mengurangi jumlah klaim yang kecil dan menjaga agar premi tetap rendah.

Penilaian Resiko

Pada awalnya, penilaian resiko / *underwriting* untuk asuransi kecelakaan lebih sering dilakukan dibandingkan sekarang. Saat ini, sangat sedikit *penilaian resiko* yang dibutuhkan untuk asuransi kecelakaan. Resiko tertentu ditangani melalui pengecualian. Contohnya, faktor resiko utama sehubungan dengan luka karena kecelakaan adalah usia, dan kebanyakan polis kecelakaan memiliki batas usia dan beberapa memiliki batas kadaluarsa manfaat pada usia 65 atau 70 tahun. Resiko lainnya dikontrol dengan mengembangkan dengan melakukan usaha lain atau dengan membeli asuransi *stop-loss* atau asuransi katastrofik. Jika sejumlah besar tertanggung diperoleh, faktor-faktor seperti hobi yang beresiko, olahraga, penggunaan alkohol, cara mengemudi, dan usia menjadi kurang penting. Dalam situasi seperti ini, sejumlah pengecualian dalam polis asuransi kecelakaan seringkali dikurangi. Kecenderungan tarif kecelakaan akhir-akhir adalah menurun, sebaliknya pada sebagian besar asuransi kesehatan biaya klaim terus meningkat.

Informasi kesehatan kurang berhubungan dengan penilaian resiko jaminan kecelakaan dibandingkan untuk jaminan kesehatan lainnya. Akan tetapi, kondisi medis tertentu, seperti epilepsi, akan menyebabkan kekhawatiran pada *penilaian resiko* asuransi kecelakaan. Apabila penilaian resiko medis digunakan, jaminan kecelakaan dapat diterbitkan dengan tarif standar, dengan resiko medis yang ditanggung sampai 200% dari tarif standar, atau bisa juga ditolak. Jika penyalahgunaan bahan kimia, biasanya penyalahgunaan alkohol terdeteksi, maka jaminan biasanya ditolak.

Untuk polis kecacatan akibat kecelakaan, penerbitan dan proses penilaian resiko memutuskan apakah jumlah penghasilan yang diajukan masuk akal sehubungan dengan jumlah penghasilan terakhir si pemohon.

Apabila tidak ada penilaian resiko, maka perusahaan asuransi tidak dapat memilih siapa yang akan diterbitkan jaminannya dari sekumpulan pemohon.

Sebagian besar polis kecelakaan diterbitkan berdasarkan *guarantee* dan *guarantee rate*. Penerbitan polis yang berdasar *guarantee* berarti polis asuransi itu diterbitkan tanpa melakukan penilaian resiko. Satu-satunya alasan yang masuk akal untuk penolakan adalah kurangnya jumlah keanggotaan dalam suatu kelompok dalam hal asuransi kelompok atau seseorang yang telah melampaui jumlah polis atau jumlah maksimum asuransi yang diperbolehkan untuk seseorang. Istilah *enrollment* sering digunakan untuk asuransi kelompok berbasis *guarantee* dibanding menggunakan istilah *application*, karena tidak ada penilaian resiko yang dilakukan sehingga seseorang hanya melakukan *enrolling* (pendaftaran) untuk menjadi anggota dalam program asuransi kelompok.

Guarantee rate berarti perusahaan asuransi menerbitkan polis menggunakan *guaranteed rate*. Tidak ada tarif dibawah standar. Setiap orang dengan usia dan jenis kelamin yang sama akan membayar dengan jumlah premi yang sama.

Polis kecelakaan perorangan juga diterbitkan dengan *guaranteed renewable* (jaminan dapat diperbaharui) dan *noncancellable* (tidak dapat dibatalkan) dengan tarif tetap. *Guaranteed renewable* diartikan bahwa jaminan tidak akan diakhiri (terminated) oleh perusahaan asuransi dan tarif hanya dapat disesuaikan mengacu kelas resiko dimana seseorang berada. *Noncancellable* diartikan bahwa jaminan tidak dapat diakhiri oleh perusahaan asuransi dan tarif premium tidak dapat dinaikkan.

Formulir Singkat untuk Aplikasi

Dengan melakukan penilaian resiko baik secara lengkap atau tidak untuk asuransi kecelakaan, banyak perusahaan asuransi yang menggunakan formulir singkat untuk aplikasinya. Formulir untuk asuransi kecelakaan menyebutkan nama, alamat, jenis kelamin, tanggal lahir dari tertanggung (biasanya pemohon, pasangan dan anaknya), dan ahli waris. Aplikasi akan mengajukan pertanyaan seperti, "Sejauh yang anda tahu dan anda yakini, apakah anda dan tiap anggota keluarga anda yang diasuransikan sehat dan bebas dari kelemahan fisik atau mental?"

Ini biasanya informasi minimum yang ditanyakan untuk penilaian resiko dalam mempertimbangkan penerbitan polis. Mungkin ada pertanyaan mengenai apakah polis baru dimaksudkan untuk menggantikan polis asuransi lain yang ada. Pekerjaan pemohon dapat pula ditanyakan jika pengecualian pekerjaan dimasukkan dalam proses penilaian resiko.

Batas Manfaat Maksimum (Perusahaan)

Resiko utama pada saat menerbitkan jaminan kecelakaan adalah bencana alam atau buatan manusia yang dapat terjadi pada banyak tertanggung secara simultan. Situasi seperti ini umumnya ditangani dengan reasuransi bencana alam, yang menjamin kelebihan jumlah yang dijamin, atau dengan membatasi jumlah jaminan. Jumlah maksimum untuk jaminan kecelakaan dapat mencapai paling tinggi beberapa ratus ribu dolar per orang, dengan batas yang lebih tinggi (sekitar \$1 juta per tertanggung) untuk jaminan angkutan umum.

Jumlah manfaat maksimum harus dipertimbangkan dalam konteks surplus perusahaan, pendapatan, dan selisih klaim yang diharapkan. Karena jaminan kecelakaan itu berfrekuensi rendah, jaminan manfaat tinggi, ia memiliki selisih yang lebih besar pada jumlah klaim dibandingkan dengan manfaat kesehatan lainnya. Perusahaan asuransi harus membandingkan selisih ini dengan jumlah surplus yang ada untuk menyerap fluktuasi ini. Perusahaan asuransi juga harus membandingkan selisih ini dengan jumlah pendapatan yang diharapkan untuk menetapkan kemungkinan klaim yang melebihi pendapatan. Semakin tinggi manfaat maksimum, semakin tinggi pula potensi selisihnya.

Batas Manfaat Maksimum (Semua Perusahaan)

Perusahaan asuransi penanggung asuransi kecelakaan membayar tanpa memperhatikan jaminan lainnya. Mereka menentukan manfaat maksimum berdasarkan persyaratan perusahaan mereka sendiri. Bila ada keperdulian mengenai apakah tertanggung potensial memiliki terlalu banyak jaminan hilangnya pendapatan atau jaminan penggantian rumah sakit, maka akan ditangani melalui cara penentuan asuransi yang dimiliki dan masih aktif pada saat penerbitan apabila penilaian resiko dilaksanakan.

Pekerjaan

Beberapa polis kecelakaan – contohnya asuransi kecacatan akibat kecelakaan – dilakukan penilaian resiko per jenis pekerjaan, dengan pengecualian klasifikasi pekerjaan beresiko tinggi dikeluarkan dari jaminan. Contoh pekerjaan yang dikecualikan adalah penebang kayu, ahli bahan peledak, pekerja tambang bawah tanah, dan atlet profesional. Jenis lainnya dibagi menurut tingkat resiko dan premi yang dibebankan disesuaikan dengan resiko.

Olahraga / Event Olahraga

Penerbitan polis kecelakaan dibatasi apabila tertanggung mengikuti kegiatan olahraga atau hobi yang berbahaya. Seperti telah disebutkan diatas, atlet profesional akan dikecualikan dari jaminan berdasarkan jenis pekerjaan. Sebagian besar prosedur penilaian resiko tradisional berkenaan dengan kegemaran / hobi dihubungkan dengan pengawasan resiko kecelakaan. Banyak jenis resiko termasuk dalam kategori kegiatan sambilan (hobi). Jenis baru dari kegiatan beresiko terus bermunculan. Dalam asuransi jiwa, resiko kecelakaan ini biasanya ditangani dengan premi rata-rata, dan ekstra permanen, atau dengan penolakan. Jarang yang dipertanggung dengan asuransi kecelakaan.

Faktor Penilaian Resiko Lainnya

Faktor lain yang mungkin berkaitan dengan meningkatnya resiko kecelakaan dan dipertimbangkan dalam penilaian resiko jaminan kecelakaan, biasanya melalui pengecualian adalah:

- catatan mengemudi yang buruk, termasuk melanggar batas kecepatan, kecelakaan yang pernah terjadi, mengemudi dalam keadaan mabuk, mengemudi dengan ugal-ugalan, mengemudi tanpa surat ijin yang sudah habis masa berlakunya, atau beberapa jenis pelanggaran lainnya;
- penggunaan alkohol dan / atau bahan kimia lainnya; dan
- resiko penerbangan kecuali bila bertanggung adalah penumpang yang telah membayar.

Rating

Rating/pentarifan pada jaminan kecelakaan tergantung pada beberapa faktor:

- apakah daftar tarif premi naik di masa depan (mis., attained aged)
- apakah kenaikan *unscheduled rate* diijinkan jika rasio kerugian memburuk (mis., dijamin dapat diperbaharui /guaranteed renewable);
- apakah karakteristik individu seperti pekerjaan, catatan mengemudi, dan kegemarannya (hobi) digunakan dalam *rating* (mis., pertanggung dengan ekstra premi); dan
- apakah berbagai karakteristik lainnya dari tertanggung digunakan (mis., tarif komunitas).

Jaminan kecelakaan berkisar dari tarif khusus tinggi (berdasarkan pada usia, jenis kelamin, dan kemungkinan faktor lain dengan kenaikan scheduled or non scheduled rate), sampai dengan satu tarif untuk semua orang. Pertanyaan mengenai kewajaran dan antiseleksi harus diajukan sebelum perusahaan asuransi memutuskan jenis struktur apa yang akan digunakan.

Issue-Age Rating

Jika premi polis kecelakaan ditentukan pada saat polis diterbitkan dan tidak pernah berubah sehubungan dengan penambahan usia, maka dianggap bahwa penentuan tarif untuk polis tersebut berdasarkan basis *issue-age*. Keuntungan dari penilaian *issue-age* adalah premi telah ditentukan dan tidak perlu khawatir tentang perubahan tarif.

Banyak asuransi kecelakaan dijual dengan *issue-age, guaranteed rate, noncancellable basis*. Jenis struktur premi ini cenderung menghasilkan cadangan yang lebih besar, sama seperti *whole life insurance* menghasilkan simpanan lebih besar dibanding *term life insurance*.

Attained-Age Rating

Jika premi polis kecelakaan naik sejalan dengan usia seseorang dan tergantung hanya pada usianya saat ini, maka jenis pentarifan polis itu berdasarkan *attained-age*. Ini merupakan analogi dari asuransi faktor murni. Perusahaan mempunyai sedikit resiko berkaitan dengan polis yang *lapse* (polis dinyatakan berakhir karena premium tidak dibayar), karena pemegang polis membayar premi setiap tahun. Pentarifan berdasar *attained-age* juga memungkinkan tarif awal yang lebih rendah karena tidak ada keharusan untuk menyediakan tarif klaim yang lebih tinggi di masa depan. Bahkan apabila tarif berdasarkan *attained-age*, masih dapat diterbitkan dengan *noncancellable basis* jika kenaikan tarif ditetapkan pada saat penerbitan dan bergaransi selama polis tersebut masih berlaku.

Community Rating (Tarif Komunitas)

Kadangkala jaminan kecelakaan dijual dengan basis dimana semua orang dalam masyarakat / komunitas membayar dengan tarif yang sama, tanpa memperhatikan *issue age*, *attained age*, jenis kelamin atau faktor lainnya. Ini disebut *Community Rating*. Penting untuk meyakinkan bahwa variasi klaim tidak berbeda-beda secara signifikan terhadap beberapa faktor. Contohnya, perusahaan asuransi ingin meyakinkan bahwa klaim tidak berbeda-beda secara signifikan menurut usia apabila faktor usia tidak digunakan. Ini bisa menjadi hal lain apabila *issue age* dibatasi (mis., untuk usia 20 sampai 60 tahun) atau apabila jaminan berakhir atau dikurangi separuh pada usia 65 tahun.

Jika tingkat klaim berbeda-beda secara signifikan sesuai dengan faktor-faktor seleksi yang diabaikan tersebut, maka beberapa antiseleksi dapat terjadi maka tarif akan mendekati mereka yang masuk kelompok resiko tinggi.

Lump Sum

Jaminan perjalanan biasanya ditagihkan dengan basis per perjalanan, per orang. Ini lebih masuk akal dibanding pentarifan yang berdasarkan karakteristik resiko individu. Hal ini lebih berkaitan dengan perjalanannya daripada faktor penumpangnya.

Peraturan

Peraturan Federal

Asuransi kecelakaan umumnya diatur oleh negara bagian, akan tetapi hukum federal berikut ini relatif berkaitan untuk jaminan ini :

Omnibus Budget Reconciliation Act tahun 1990 (OBRA)

Hukum federal melarang penjualan asuransi pada individu layak *Medicare*, bila asuransi tersebut menggandakan manfaat dimana orang itu terdaftar dibawah *Medicare*. Sebelum tahun 1996 perubahan pada *OBRA*, produk asuransi kesehatan suplemen yang membayar manfaat tanpa memperhatikan jaminan lain tidak dianggap menggandakan manfaat *Medicare*. Orang yang mengajukan jaminan seperti itu, bagaimanapun, harus melengkapi pernyataan penyingkapan sebagai bagian dari atau bersamaan pada saat mengajukan aplikasi polis tersebut.

Pernyataan penyingkapan dibuat untuk setiap jenis produk. Pernyataan penyingkapan untuk polis yang menyediakan manfaat berdasarkan biaya yang muncul dan basis indemnitas tetap harus digunakan untuk jaminan indemnitas rumah sakit. Contoh formulir pernyataan itu dapat dilihat di lampiran E.

Health Insurance Portability and Accountability Act tahun 1996 (HIPAA)

HIPAA dibuat untuk memperluas akses ke jaminan asuransi kesehatan dan untuk membuat jaminan menjadi *portable* (jaminan dapat berkoordinasi dengan jaminan lainnya). Undang-undang ini umumnya dapat diterapkan untuk program yang menyediakan perawatan medis. Ini tidak dapat diterapkan dengan program yang hanya menyediakan daftar “manfaat yang dikecualikan” (*excepted benefit*). Rumah sakit dan asuransi indemnitas tetap lainnya adalah “manfaat yang dikecualikan.”

Hukum Federal Lainnya

Hukum federal lainnya dapat berdampak pada jaminan kecelakaan atau yang menawarkan jaminan tersebut dalam paket manfaat karyawan. Aplikasi untuk hukum ini terhadap asuransi kecelakaan dan kesehatan akan dibahas lebih lanjut dalam modul *Fundamental B/ Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan: Bagian B*.

Peraturan Negara Bagian

Negara bagian membuat aturan persyaratan. Lingkup utama dari peraturan negara bagian adalah formulir polis, tarif dan periklanan.

Formulir polis

Di banyak negara bagian, formulir polis kecelakaan, termasuk aplikasi, *riders* (jaminan tambahan) dan *endorsement* (pengesahan), harus diarsip oleh departemen asuransi untuk meyakinkan bahwa formulir memenuhi persyaratan, termasuk bahwa formulir itu harus:

- memiliki ketentuan dapat diperbaharui;
- membuktikan seluruh biaya premi terpisah; dan
- ditulis dengan bahasa yang mudah dipahami.

Beberapa negara bagian mengharuskan polis hanya untuk kecelakaan untuk menyertakan pernyataan yang mengingatkan konsumen bahwa jenis polis ini tidak membayar manfaat untuk kerugian akibat sakit. Pernyataan ini harus ditempatkan dengan secara jelas pada halaman pertama polis dengan warna yang menyolok atau huruf tebal sekurangnya seukuran judul halaman.

Periklanan

Negara bagian mengatur bagaimana perusahaan asuransi dapat mengiklankan polis kecelakaan mereka. Periklanan mencakup:

- material yang dicetak dan diterbitkan, material audiovisual dan literatur lain yang digunakan dalam pemasaran masal, koran, majalah, radio, TV dan papan reklame;
- semua literatur atau alat bantu penjualan yang digunakan oleh perusahaan asuransi, agen atau broker untuk dipresentasikan kepada publik, termasuk surat edaran, *leaflet*, *booklet*, *depiction*, ilustrasi, dan *form letter*;
- *sales talk* yang dipersiapkan, presentasi, dan material yang digunakan oleh agen, broker dan *solicitor*.

Iklan untuk polis kecelakaan harus lengkap, jelas dan tidak menyesatkan atau memperdayakan. Iklan harus menggunakan kalimat yang jelas dan tidak memakai istilah asuransi. Kalimat atau ungkapan yang menyesatkan harus dihindari. Kata-kata seperti *all*, *complete*, *full* dan sebagainya tidak boleh digunakan untuk melebih-lebihkan *benefit* diluar dari ketentuan polis. Pembatasan dan pelarangan tidak boleh diungkapkan dengan kata-kata positif yang seolah-olah itu dapat dianggap sebagai *benefit*. Iklan untuk polis yang terbatas, seperti polis kecelakaan harus berisi pernyataan yang menyebutkan bahwa itu adalah polis hanya untuk kecelakaan. Akhirnya, iklan asuransi pemasaran masal tidak diijinkan untuk mengindikasikan bahwa asuransi yang ditawarkan berbiaya murah karena tidak ada agen yang akan menghubungi atau karena tidak ada komisi yang akan dibayar.

Ketentuan negara bagian untuk iklan yang lainnya adalah mencakup testimoni, penggunaan data statistik, perbandingan polis, identifikasi perusahaan asuransi, polis kelompok, penawaran perkenalan, dan pernyataan mengenai perusahaan asuransi. Beberapa negara bagian mengharuskan persetujuan untuk iklan sebelum digunakan.

Kesimpulan

Kematian dan luka-luka karena kecelakaan adalah peristiwa yang diasuransikan dan dapat diprediksi secara aktuarial dengan tren data yang sama seperti tingkat kematian dan kesakitan. Kecelakaan seringkali dianggap tidak dapat dikendalikan, dan ini adalah satu elemen kunci dari daya tarik produk asuransi kecelakaan. Pada kenyataannya, kecelakaan tidak sepenuhnya merupakan kejadian yang tidak dapat dikontrol. Contohnya, penggunaan sabuk pengaman dan kantong udara bisa membantu mengurangi tingkat kematian akibat kecelakaan kendaraan mobil.

Sementara polis kecelakaan telah diterima dengan baik oleh konsumen, adalah penting agar masyarakat memahami batas jaminan yang mereka beli. Banyak jenis polis kecelakaan yang dijual sekarang ini, dan banyak jenis polis yang baru yang terus bermunculan untuk dapat memenuhi kebutuhan konsumen. Contoh dari jenis terbaru dari jaminan kecelakaan yang sedang ditawarkan termasuk *benefit* untuk paralysis, dan pemulihan di rumah.

Istilah Penting

Accident disability/Cacat akibat kecelakaan	Accident medical expense policy	Accidental death and dismemberment (AD&D)/Kematian dan cacat akibat kecelakaan
Accident hospital indemnity policy (AHIP)	Accidental death (AD)/kematian akibat kecelakaan	Accidental means
Accidental result	Loss of limb/kehilangan anggota tubuh	Rate filings
Agents	Lump sum	Renewability options/Pilihan dapat diperbaharui
All-accident policy	Mass marketing/pemasaran masal	Short-form application/Formulir singkat untuk aplikasi
Attained-age rated	Maximum benefits/manfaat maksimum	Student/sports accident policies/Polis kecelakaanpelajar/olahraga
Bodily injury	Minimum required loss ratio	Telemarketing
Capital sum	Monthly income/Penghasilan bulanan	Travel accident/kecelakaan perjalanan
Common carrier coverage/cakupan kendaraan umum	Nonoccupational coverage/Cakupan yang tidak berdasarkan pekerjaan	24-hour accident policy
Community rated/Tarif komunitas	One trip/multiple trips/satu kali perjalanan/beberapa kali perjalanan	Unintentional injury
Enrollment form/formulir pendaftaran	Principal sum	Workers compensation/kompensasi pekerja

Bab VI

Asuransi Perawatan Gigi

Pendahuluan

Rating

Kebutuhan Konsumen

Peraturan

Manfaat

Kesimpulan

Penilaian Resiko

Istilah-istilah penting

Pendahuluan

Sembilan dari sepuluh orang Amerika menderita pembusukan gigi, penyakit gusi, dan penyakit mulut lainnya, sesuai dengan statistik industri masalah gigi. Setiap tahun 21 juta hari kerja hilang karena penyakit mulut, dan 9,000 orang meninggal akibat kanker mulut.

Selain banyaknya kejadian menyangkut penyakit gigi, perawatan gigi hanya mewakili sekitar 5% dari total biaya perawatan kesehatan di Amerika. Sesuai dengan *US Chamber of Commerce*, pengusaha Amerika mengeluarkan antara \$1,000 dan \$5,500 per karyawan untuk jaminan medis, tapi hanya \$90 sampai \$500 per karyawan untuk manfaat gigi.

Pembusukan gigi, penyakit gusi dan penyakit mulut lainnya dapat dihindari dengan menjaga kesehatan mulut. Asuransi gigi menyediakan baik kekuatan meyakinkan orang untuk mengunjungi dokter giginya dan juga niat untuk membayarnya. Setelah beberapa dekade, suatu harapan baru telah tumbuh berkaitan dengan penggunaan asuransi gigi kelompok. Pengusaha kini menyadari bahwa penghematan biaya secara signifikan dapat dicapai jika karyawan didorong untuk menggunakan *benefit* asuransi gigi mereka. Selanjutnya, pengusaha menerima keuntungan pajak dengan menyediakan asuransi gigi untuk karyawannya. Cakupan gigi umumnya tersedia melalui polis asuransi kelompok. Paket prabayar – organisasi pemeliharaan kesehatan gigi (HMOs) – telah tumbuh di tahun-tahun terakhir ini.

Pasar untuk asuransi gigi pribadi telah tumbuh secara signifikan di Amerika, dari jumlah 6 juta orang di tahun 1970 sampai kini lebih dari 124 juta. Dengan cakupan ini, tertanggung dapat mengunjungi dokter gigi setidaknya sekali dalam setahun. Jelas ini adalah salah satu alasan utama mengapa kesehatan mulut orang Amerika menjadi lebih baik. Bab ini akan membahas seluruh bidang manfaat yang disediakan oleh asuransi gigi.

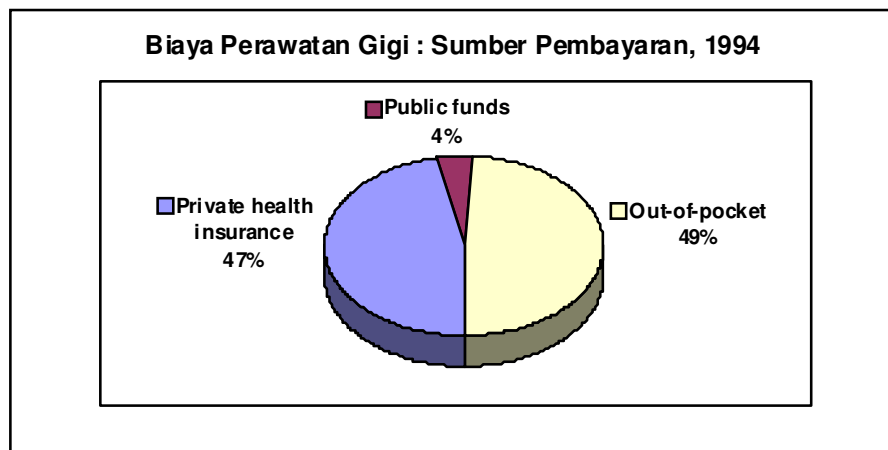
Kebutuhan Konsumen

Lebih dari 40 juta orang kekurangan asuransi biaya medis, tetapi 140 juta - tiga kali lipat lebih - kekurangan asuransi gigi, sesuai data dari National Association of Dental Plans . Hanya sekitar setengah dari semua pengusaha di Amerika menawarkan beberapa bentuk cakupan gigi pada pegawai mereka. Dan untuk yang dijamin dengan asuransi biaya medis - baik kelompok atau individu - hanya 35% saja yang memiliki cakupan gigi. Saat ini, asuransi gigi individu ditawarkan hanya oleh beberapa penyelenggara manfaat gigi.

Dua faktor utama yang menentukan apakah seseorang mengunjungi dokter giginya secara rutin adalah karena telah memiliki cakupan asuransi gigi dan pendapatan pribadi. Semakin tinggi tingkat pendapatan, semakin besar kesempatan orang itu untuk mengunjungi dokter giginya secara rutin, baik dengan atau tanpa asuransi gigi. Tertanggung yang memiliki jaminan gigi dua kali lebih sering mengunjungi dokter gigi dibanding mereka yang tidak memiliki cakupan. Lebih dari 70% pemegang cakupan gigi mengunjungi dokter gigi sekurangnya sekali setahun dibandingkan dengan jumlah 51% yang tidak memiliki cakupan gigi.

Ada korelasi langsung antara banyaknya penyakit pembusukan gigi dan penyakit mulut dengan kurangnya cakupan asuransi gigi. Penelitian menunjukkan bahwa tiga kelompok mewakili segmen lebih luas dari orang Amerika yang tidak memiliki cakupan asuransi gigi – orang tua, orang miskin, dan kaum minoritas – memiliki tingkat yang lebih tinggi untuk munculnya penyakit gigi dan gigi yang tidak terawat.

Fokus utama dari *manfaat* gigi adalah pada perawatan preventif, berupa kunjungan rutin ke dokter gigi. Orang yang mengunjungi dokter gigi secara rutin akan sedikit membutuhkan perawatan untuk prosedur gigi yang rumit. Menurut *American Dental Association*, dari tahun 1979 sampai 1990, pemeriksaan ke dokter gigi secara periodik meningkat 12%, sementara cabut gigi dan tambal gigi menurun 41% dan 52%, secara berturut-turut.



Gambar 6.1.

Sumber: Health Care Financing Administration, 1996. Health Care Financing Review (Spring)

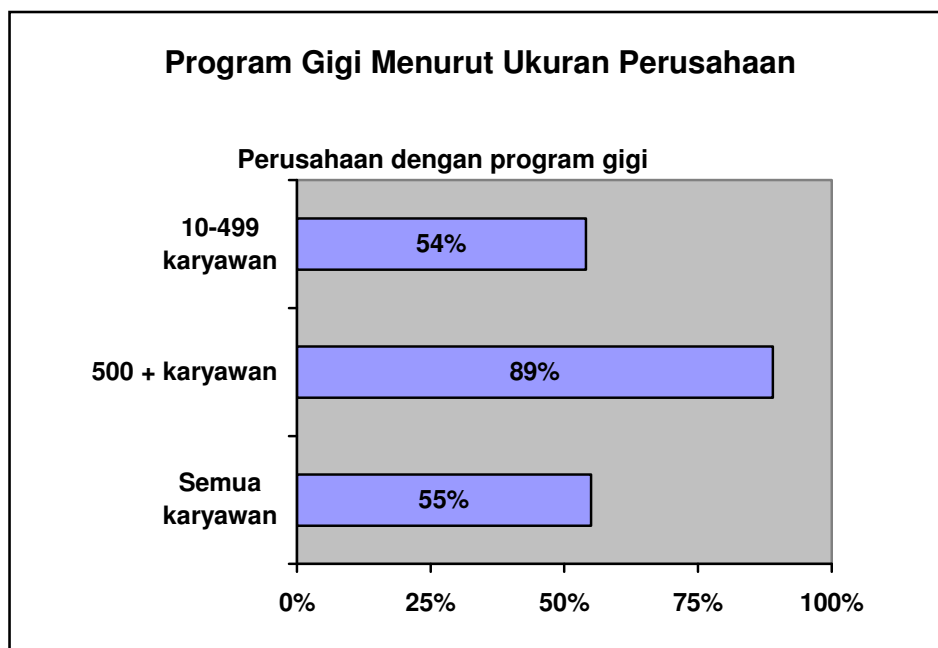
Pengeluaran Out-of-Pocket

Karena banyak orang yang tidak memiliki asuransi gigi, pengeluaran *out-of-pocket* untuk perawatan gigi menjadi tinggi. Konsumen mengeluarkan sekitar \$40 milyar per tahun untuk perawatan gigi, dan pembayaran *out-of-pocket* untuk 50% jumlah tersebut.

Kesenjangan dalam Cakupan Kelompok Tradisional

Merencanakan formula yang tepat untuk menawarkan manfaat yang lengkap bagi karyawan untuk menarik dan memelihara tenaga kerja yang berkualitas telah membingungkan para pemberi kerja selama bertahun-tahun. Pemberi kerja menyadari bahwa manfaat perawatan gigi mudah dipahami dan dihargai oleh karyawannya. Akhir-akhir ini asuransi gigi telah menjadi salah satu manfaat karyawan yang paling cepat berkembang. Merupakan salah satu dari sedikit manfaat yang dapat digunakan secara rutin tanpa harus mengalami sakit atau luka terlebih dahulu.

Banyak perusahaan berskala besar telah menambahkan cakupan gigi kedalam paket *manfaat* untuk karyawannya, tetapi lebih sedikit perusahaan kecil dan menengah yang menawarkan manfaat ini.



Gambar 6.2

Sumber : Foster Higgins, 1996. National Survey of Employer-Sponsored Health Plans

Covered Charge (Biaya-Biaya yang Tercakup)

Manfaat gigi dirancang untuk membagi tanggung jawab dengan tertanggung untuk biaya normal perawatan. Jumlah bantuan biaya yang disediakan oleh program ini bervariasi dari satu program ke program lainnya tergantung pada tujuan dan biaya dari penyandang dana.

Kontrak asuransi gigi secara spesifik menjelaskan apa saja yang dicakup dan yang tidak. Prosedur yang tercakup umumnya termasuk perawatan, pelayanan, serta obat atau alat habis pakai yang diresepkan oleh dokter gigi, yang :

- penting dan sesuai;
- tidak eksperimental atau bukan untuk penyelidikan; dan
- tidak termasuk dalam kategori yang bertentangan dengan standar perawatan gigi yang diterima.

Biaya untuk pengobatan dan pelayanan untuk kepentingan kosmetik umumnya tidak tercakup. Biaya lain yang biasanya tidak dicakup akan dibahas lebih lanjut dalam bab ini.

Manfaat

Program Gigi

Seperti halnya asuransi biaya medis, asuransi gigi ditawarkan dalam berbagai bentuk. Program asuransi gigi yang paling menonjol yang ada di pasaran saat ini adalah:

- Program *indemnity fee-for service*: paket tradisional yang memungkinkan tertanggung untuk secara bebas memilih *provider* dan mendapat penggantian biaya setelah melakukan pengajuan klaim untuk setiap perawatan gigi.
- *preferred provider organization (PPO)*: suatu mekanisme dimana pembayar pihak ketiga melakukan kontrak kerjasama dengan jaringan dokter gigi untuk menyediakan pelayanan dengan tarif yang lebih murah dibandingkan tarif untuk umum sebagai imbalan atas pembayaran yang tepat waktu dan jumlah pasien yang pasti. Tertanggung masih memiliki pilihan untuk mencari dokter gigi diluar jaringan provider. Akan tetapi, mereka harus membayar biaya perawatan gigi lebih mahal atau diatas tarif yang berlaku di dalam jaringan provider sebagai acuan dalam penggantian biaya perawatan medis.
- *exclusive provider organization (EPO)* : sebuah bentuk *managed-care* dimana pengeluaran peserta yang diganti hanya untuk perawatan yang dilakukan di provider jaringan. EPO untuk gigi mengharuskan tertanggung untuk mengunjungi dokter gigi yang ada dalam jaringan atau tidak dapat memperoleh *benefit*.
- *dental HMO* : paket kesehatan prabayar yang menyediakan jasa perawatan gigi kepada anggotanya yang ada dalam wilayah geografis, menerima tanggung jawab untuk memberikan jasa dengan tarif tetap berdasarkan jumlah tertanggung dalam suatu periode tertentu, dan diorganisasikan dibawah hukum negara bagian sebagai *dental HMO*.
- *referral discount plan* : tertanggung disediakan daftar *provider* yang memberikan tarif yang mendapat potongan.
- *Voluntary plan*: asuransi yang disponsori oleh perusahaan, dibayar oleh karyawan. Tertanggung memperoleh harga sesuai dengan harga yang berlaku untuk polis kumpulan,

tetapi perusahaan tidak menanggung sebagian atau keseluruhan dari premi. Premi dibayar melalui pemotongan gaji.

Integrated dan Nonintegrated Plans

Program gigi bisa terintegrasi dengan cakupan biaya medis lainnya (*Integrated*), bisa pula dicatat secara terpisah dari cakupan lainnya (*nonintegrated*).

Integrated Plans. Biaya gigi dalam *integrated plans* digabungkan dengan biaya yang tercakup dalam program manfaat medis utama. Umumnya, cakupan berdasarkan pada *reasonable and customary or nonscheduled basis*. *Deductible* harus dipenuhi/ditunaikan untuk setiap tahun kalender baik untuk perawatan medis ataupun perawatan gigi. Jumlah yang dapat dibayarkan untuk biaya perawatan medis atau gigi biasanya dikenakan prosentase *coinsurance* yang sama. Kadang-kadang biaya perawatan gigi dipisahkan ke dalam kelas atau kategori pelayanan (restorative, prosthodontics, orthodontics, dan sebagainya), dan tingkat *coinsurance* yang berbeda disesuaikan untuk masing-masing kelas.

Nonintegrated plans. Biaya gigi dalam program *nonintegrated* sebagai cakupan yang berdiri sendiri, dicakup secara terpisah dari biaya medis. Program gigi mencakup karyawan secara luas, baik dengan *scheduled* dan *nonscheduled basis*.

Scheduled. *Scheduled plan* memuat daftar tindakan gigi khusus hampir sama dengan *surgical schedule* dalam program medis. Penggantian biaya dokter gigi tergantung pada jumlah yang ditentukan dalam daftar untuk tiap tindakan. Contohnya, program asuransi akan membayar \$40 untuk pembersihan dan \$75 untuk pembersihan kerak gigi dan perawatan akar gigi. Tertanggung bertanggung jawab untuk membayar tiap selisih jumlah biaya yang melebihi biaya yang tercantum dalam daftar.

Nonscheduled. *Nonscheduled plan* dibuat untuk menutup sejumlah prosentase tertentu dari biaya yang masuk akal dan umum berlaku. Program *nonscheduled* umumnya termasuk *deductibles*, *coinsurance*, dan maksimum berdasarkan jenis tindakannya. Pelayanan dasar umumnya dibuat untuk mengganti 100% biaya pelayanan preventif dan diagnosa, 80% untuk tindakan dasar, dan 50% untuk tindakan utama seperti *crowns* (mahkota gigi), *bridgework* (gigi palsu), dan *orthodontics* (merapikan gigi). Tabel 6.1 menggambarkan biaya-biaya yang tercakup, *deductible*, *coinsurance* dan jaminan maksimum untuk program gigi *nonscheduled*.

Tabel 6.1

Contoh Jaminan Gigi

Biaya-biaya yang tercakup	Deductible	Coinsurance	Jaminan maksimum
Tindakan preventif termasuk: Pemeriksaan rutin Pembersihan gigi Perawatan fluoride (dibawah usia 16 tahun) X-rays Sealants (dibawah usia 16 tahun)	\$0	100%	\$1,000 per orang per tahun kalender.
Tindakan dasar termasuk: Restorasi Root canal therapy Tambal gigi (fillings) Periodontal scaling Biopsy, oral tissue	\$25	80%	\$1,000 per orang per tahun kalender
Tindakan utama termasuk Crowns (mahkota gigi) Fixed bridges Inlays dan Onlays Pembedahan periodontal Dentures, semua atau sebagian Reparasi bridge dan denture	\$25	50%	\$1,000 per orang per tahun kalender
Tindakan orthodontics, termasuk: Formal, retensi full-banded Removable atau fixed appliances Orthodontia (khusus anak-anak)	\$0	50%	\$1,000 maksimum untuk seumur hidup

Cakupan Kecelakaan

Sebagian besar program asuransi gigi menjamin kecelakaan pada gigi (tidak termasuk kecelakaan yang terjadi ketika mengunyah). Jika program biaya medis bertanggung mencakup perawatan gigi akibat kecelakaan, maka ada koordinasi manfaat dan umumnya program medis yang membayar lebih dahulu.

Pengecualian dan Pembatasan

Asuransi gigi umumnya memiliki batasan kunjungan untuk jasa-jasa tertentu (satu kali pemeriksaan mulut setiap 6 bulan) seperti halnya pada pengecualian (perawatan gigi untuk kosmetik). Pembatasan atau pengecualian lain termasuk:

- semua pengobatan, pelayanan, atau peralatan yang tidak dibutuhkan untuk perawatan gigi;
- semua pengobatan, pelayanan atau peralatan yang tidak masuk dalam standar profesional kualitas;
- obat-obatan selain suntikan antibiotik;
- pembersihan karang gigi, kesehatan mulut, atau diet;
- *bites registration* atau *occlusal analysis*;

untuk digunakan sendiri - 96

- perawatan atau pelayanan yang bertujuan untuk membuat duplikasi gigi palsu atau mengganti peralatan yang hilang atau dicuri; dan
- perawatan atau pelayanan yang bersifat sementara.

Pelayanan Gigi

Program asuransi gigi dikategorikan kedalam 4 kelompok umum untuk tujuan pembuatan program. Tiga bagian pertama adalah standar; bagian yang keempat adalah opsional.

- Bagian 1 : Pelayanan preventif / diagnosa;
- Bagian 2 : Pelayanan dasar, termasuk restorasi sederhana (tambal gigi), *endodontic*, *periodontic*, dan bedah mulut;
- Bagian 3 : Pelayanan utama, termasuk restoratif (*crowns*, *inlays*, *onlays*, *veneers*) dan tindakan *prothodontic* (*dentures*, *bridges*) ; dan
- Bagian 4 : *Orthodontics*.

Frekuensi penyediaan pelayanan berbeda-beda antara program satu dan lainnya. Tabel 6.2 menunjukkan salah satu pendekatan perusahaan.

Tabel 6.2

Contoh Frekuensi Pelayanan Gigi

Diagnostic

Pemeriksaan-satu kali tiap 6 bulan

X-rays

- | | |
|---------------------------|--|
| <i>Bitewings</i> | - satu set tiap 12 bulan berturut-turut (6 bulan jika dibawah umur 18 tahun) |
| <i>Periapicals</i> | - satu set tiap 6 bulan berturut-turut |
| <i>Full mouth surveys</i> | - sekali dalam 60 bulan berturut-turut |
| <i>Panoramic</i> | - satu set dalam 60 bulan berturut-turut |
| <i>Cephalometric</i> | - sekali dalam 6 bulan berturut-turut |

Preventive

- | | |
|----------------------------|--|
| <i>Prophylaxis</i> | - sekali dalam 6 bulan berturut-turut |
| <i>Fluoride treatments</i> | - sekali dalam 12 bulan berturut-turut (untuk anak yang bertanggung) |
| <i>Sealants</i> | - sekali dalam 36 bulan berturut-turut (untuk anak yang bertanggung) |
| <i>Space maintainers</i> | -tersedia hanya untuk anak yang bertanggung |

Restorative

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <i>Fillings</i> | -hanya apabila setelah 24 bulan sejak tambal gigi terakhir |
| <i>Inlays/onlays/crowns/veneers</i> | - hanya jika gigi tidak dapat diperbaiki dengan tambal dan (untuk penggantian) setidaknya 84 bulan telah lewat sejak penggantian terakhir |

Prosthodontics

- | | |
|-------------------------|---|
| <i>Bridges/dentures</i> | - hanya jika gigi yang diganti tidak hilang lebih awal dari tanggal efektif asuransi gigi; penggantian dibayar hanya jika bridges yang ada berumur lebih dari 84 bulan. |
|-------------------------|---|

Oral surgery (bedah mulut)-sesuai yang dibutuhkan

Periodontics-bervariasi dari 3 bulan sampai 36 bulan, tergantung pada prosedur

Endodontics-seperti yang dibutuhkan

Orthodontics-umumnya dapat tercover jika peralatan dipasang setelah tanggal efektif asuransi gigi

Diagnostic

Dalam kedokteran gigi, pelayanan diagnostic digunakan untuk menentukan adanya penyakit gigi atau untuk mengevaluasi kondisi mulut. Pelayanan ini termasuk pemeriksaan mulut, X-rays, tes laboratorium dan klinis, studi model, dan foto. Pelayanan ini dapat membantu dalam diagnosa dini untuk kerusakan gigi, penyakit gusi dan penyakit mulut. Dua dari yang paling biasa digunakan dalam prosedur diagnosa ini adalah *Examinations* (pemeriksaan) dan *X-rays*.

Examinations. Pemeriksaan dini secara rutin untuk masalah-masalah gigi, yang dapat mengurangi biaya perawatan gigi. Contohnya, biaya akan lebih murah untuk menambal lubang yang kecil dibandingkan jika membuat *crown* (mahkota gigi) untuk menggantikan gigi yang rusak.

X-rays. Ada beberapa jenis X-rays yang digunakan oleh dokter gigi yang tercakup dalam program gigi. Yang paling umum adalah:

- *bitewings: intraoral film* yang menunjukkan bagian *coronal (crown)* dari beberapa gigi bagian atas dan bawah dalam satu lapisan gigi; khususnya digunakan untuk mendeteksi pembusukan diantara gigi dan pembusukan baru disekitar tambalan yang lama dan pada taraf mendekati tulang; umumnya berjalan dalam waktu dua sampai empat jam.
- *periapicals: intraoral film* yang menunjukkan seluruh gigi termasuk akar dan urat;
- *full mouth survey:* satu set X-rays yang menunjukkan seluruh mulut;
- *panoramic:* extraoral film yang menunjukkan semua gigi di rahang bagian atas dan bawah;
- *cephalometric:* extraoral film yang menunjukkan pola kerangka.

Preventive

Pada tahun 1960, rata-rata orang Amerika diatas usia 65 tahun hanya memiliki 7 gigi asli. Saat ini, menurut peneliti kesehatan Project Hope, rata-rata usia 65 tahun memiliki 18 gigi asli. Orang yang lahir setelah Perang Dunia II dapat berharap untuk memiliki sekurangnya 24 gigi yang tersisa pada saat mereka berusia 65 tahun.

Cakupan asuransi gigi menekankan pada pencegahan dan perawatan dini. Untuk setiap dollar yang diinvestasikan pada kesehatan gigi, akan menghemat /\$8 sampai \$50 . Pelayanan ini bertujuan untuk pemeliharaan dan perawatan gigi. Tindakan pencegahan yang mendasar termasuk:

- *prophylaxis:* pembersihan gigi profesional; melicinkan permukaan gigi, menghilangkan kotoran, tartar dan deposit (endapan), dan mengkilapkan gigi.
- perawatan fluoride: prosedur untuk menghindari kerusakan gigi; menguatkan enamel gigi dengan cara penggunaan fluoride secara topikal.

- *sealants*: prosedur untuk menghindari kerusakan gigi; penggunaan resin atau plastik untuk gigi yang mudah berlubang (*grooves*/galur, *pits*/lubang dan *fissures*/retak) pada *bicuspid*s (gigi seri) dan *molars* (geraham); dan
- *space maintainers*: peralatan yang menjaga agar gigi tidak bergeser pada saat gigi baru tanggal, sehingga tempatnya akan tetap terbuka, sampai gigi permanen tumbuh; peralatan itu bisa tetap atau yang bisa dipindahkan, dapat unilateral atau bilateral, tergantung pada tempat gigi itu tanggal.

Restorative

Restorative atau *operative dentistry* adalah perbaikan atau restorasi pada gigi akibat pembusukan (gigi berlubang), trauma, gangguan fungsi, luka/tergores, atau pengikisan. Gigi diperbaiki ke bentuk dan fungsi semula dan meningkatkan penampilan. *Restorative dentistry* bisa dalam bentuk tambal gigi (*fillings*), *inlays*, *onlays*, mahkota gigi (*crowns*) dan lapisan gigi (*veneers*).

Fillings. *Fillings* (tambal gigi) dapat dibuat dengan satu atau banyak perlengkapan. Dua bahan yang paling umum digunakan adalah *amalgam* dan *composite*.

Amalgam. Logam yang berisi *amalgam* membuat restorasi sangat kokoh dan membuat gigi yang diperbaiki tahan terhadap tekanan karena mengunyah atau menggigit. *Amalgam* adalah logam campuran yang terbuat dari perak, merkuri, timah, tembaga dan timahsari, dan merupakan jenis tambal gigi yang paling umum. Tambal *amalgam* berwarna logam gelap yang berbeda dengan warna gigi dan umumnya ditempatkan di bagian belakang gigi.

Composite. *Composite* berbahan plastik yang cocok dengan warna natural gigi. Seringkali digunakan pada gigi bagian depan untuk alasan penampilan. *Composite* tidak sekuat *amalgam*, dan umumnya bukan pilihan yang tepat untuk gigi bagian belakang.

Tambal *amalgam* dan *composite* biasanya ditempelkan pada gigi dengan cara yang disebut *pin retention*. Pin yang kecil ini dipancangkan, dipasang atau disemen kedalam lubang gigi dan kemudian ditambal disekitarnya. Pin akan lebih memperkuat dan menstabilkan tambalan yang luas.

Inlays. *Inlays* digunakan untuk memperbaiki lubang gigi, sama seperti pada amalgam perak. Inlay dipasang didalam atau diantara *cusps* dan disemen kedalam tempatnya. *Inlay* biasanya berupa tambal emas.

Onlays. *Onlays* digunakan untuk memperbaiki kerusakan atau tanggal gigi yang luas dan kerusakan pada *cusps*. Bagian dalam sama seperti inlay, tetapi cetakan *onlays* juga memiliki lapisan logam yang menutupi *cusps*. Ini disebut memasang topi atau sepatu (*capping or shoeing*) pada *cusps*. Dilakukan untuk memperkuat seluruh gigi seperti juga pada *crowns*.

Crowns. *Crowns* digunakan untuk tambal yang besar, kerusakan atau pembusukan yang parah pada gigi. Pada beberapa kasus, kerangka gigi yang tersisa akan menjadi lemah dan bahan tambalan yang biasa tidak akan mampu untuk memperkuat gigi. Pembungkusan dengan *crowns* mampu membuat cetakan yang kuat yang menjaga gigi yang lemah. *Crowns* juga dilakukan untuk alasan kosmetik, restorasi pada bite dan occlusion.

Crown ditempatkan diatas gigi. Ada beberapa jenis *crown* saat ini, yang paling umum adalah:

- emas;
- porselen;
- logam tidak murni;
- logam semi murni;
- resin (damar); dan
- porselen yang dileburkan dengan beberapa jenis logam.

Veneers. Prosedur yang relatif baru adalah *veneer* atau melapis gigi dengan cara menggores enamel gigi dengan asam untuk memberikan adhesi (pelekatan) pada bahan tambal campuran (biasanya porselen) pada permukaan gigi. Prosedur ini digunakan untuk memperkuat gigi yang lemah secara lebih konservatif dibanding dengan *crown*.

Prosthodontics

Prosthodontics adalah seni untuk menggantikan gigi dan jaringan urat yang tanggal dengan alat atau perlengkapan. Meskipun tujuan utama dentistry adalah menyelamatkan gigi, pencabutan gigi kadang-kadang diperlukan. Selain itu, gigi bisa tanggal akibat kecelakaan, kelainan bawaan, atau operasi.

Gigi diganti dengan beberapa cara. Dental prosthesis bisa dikatakan lengkap jika mengganti semua gigi pada lengkungan gigi. Prosthesis disebut sebagian jika masih ada beberapa gigi pada lengkungan. Alat-alat prosthetic bisa digerakkan, jika pasien memasang dan membukanya; bisa pula yang tetap jika disemen pada gigi yang tersisa. Ini biasanya berlaku untuk lengkungan gigi bagian bawah.

Sebagian besar perusahaan asuransi tidak menjamin penanaman gigi, yang bisa berbiaya lebih mahal dari \$1,000 per gigi.

Oral Surgery (bedah mulut)

Oral surgery adalah cabang dari kedokteran gigi yang berkaitan dengan diagnosa dan pengaturan pembedahan untuk penyakit mulut, luka-luka, kerusakan pada rahang dan kerangkanya. Secara teknis prosedur pemotongan apapun pada rongga mulut adalah bedah mulut dan dapat dilakukan oleh dokter gigi yang berijin.

Pencabutan gigi adalah jenis prosedur bedah gigi yang paling umum dan masuk dalam 10 besar dari yang dilaporkan paling sering dilakukan dari semua jenis prosedur masalah gigi. Cabut gigi rutin sering dilakukan oleh dokter gigi umum seperti juga pada operasi mulut dan *maxillofacial*.

Prosedur pencabutan gigi beraneka macam dari yang sederhana sampai yang kompleks. Pencabutan dipisahkan dalam 3 kelompok: cabut gigi biasa, cabut gigi dengan pembedahan, dan pencabutan gigi yang terjepit.

Ordinary extractions (cabut gigi biasa) disebut sebagai pencabutan gigi yang tidak rumit atau sederhana, dan dilakukan dengan mencabut gigi dengan tang dan memberikan tekanan untuk menggerakkan gigi. Selain tang, alat yang disebut *elevator* juga digunakan untuk membantu mencabut gigi. Kebanyakan cabut gigi adalah dengan jenis yang sederhana ini, dan jahitan operasi biasanya tidak diperlukan.

Surgical removal (cabut gigi dengan operasi). Biasanya diperlukan jika gigi tidak bisa dicabut atau diangkat. Pada beberapa kasus, crown menjadi rusak karena pembusukan atau kecelakaan, atau akar gigi miring atau tidak sesuai. Gigi juga dapat dilebur pada tulang selain *periodontal ligament*. Jenis pencabutan gigi yang sulit ini seringkali diantisipasi, khususnya pada pasien usia lanjut.

Removal of impacted teeth (pencabutan pada gigi yang terjepit). Istilah *impacted* menunjukkan gigi yang terperangkap dibawah gusi atau tulang, yang tidak dapat dicabut. Yang paling umum adalah geraham ketiga, atau geraham bungsu. Gigi yang tumbuh separuh bisa menimbulkan infeksi dan menyebabkan rasa sakit gigi luar biasa dan sakit untuk menelan. Gigi geraham ketiga yang tidak tumbuh atau secara total terjepit dapat menyebabkan tekanan, rasa sakit, mendesak gigi yang lain, tumbuhnya tumor atau kista, dan kerusakan pada gigi yang berdekatan atau pada tulang rahang.

Periodontics

Periodontics adalah tindakan pencegahan, diagnosa dan pengobatan penyakit pada jaringan yang ada disekitar dan penyangga gigi. Penyakit periodontal, umumnya adalah penyakit gusi, adalah penyakit yang progresif tapi dapat dicegah. Menimpa 9 dari 10 orang dewasa seumur hidup mereka. Sebaliknya dari yang banyak dipercayai orang, penyakit gusi, bukan pembusukan gigi, adalah penyebab utama dari gigi tanggal pada orang dewasa.

Penyakit periodontal seringkali tidak diobati karena tidak ada gejala sebelumnya, khususnya pada taraf awal. Beberapa gejala yang dapat terjadi adalah termasuk :

- rasa sakit dan tekanan;
- gusi yang merah dan bengkak;
- pendarahan;
- bau mulut;
- gigi tanggal;
- sensitif terhadap panas dan dingin;
- pergerakan gigi dari posisinya semula.

Prosedur *periodontal* mencakup prosedur tanpa pembedahan atau dengan pembedahan. Tujuan dari pengobatan *periodontal* ini adalah untuk mengajarkan dan memotivasi pasien untuk melakukan pencegahan dan menjaga kesehatan gigi (dengan menyikat / membersihkan gigi) untuk menjaga kesehatan gigi dan menyangga jaringan gigi.

Endodontics

Endodontics adalah tindakan diagnosa atau pengobatan penyakit ampas gigi dan yang berkaitan dengan daerah *periapical* (sekitar ujung akar gigi). Beberapa tahun yang lalu, seringkali

gigi yang sakit atau rusak dicabut. Sekarang, metode terapi *endodontic* telah berhasil dan diterima secara luas untuk menyelamatkan gigi.

Prosedur yang paling terkenal untuk kategori ini adalah terapi kanal akar gigi (*canal root therapy*), digunakan untuk menghilangkan sumber infeksi dan membuat penyaluran. Prosedur ini mengambil semua ampas pada jaringan urat, yang dibuat pembuluh darah dan urat syaraf yang mengisi ruang ampas dan kanal akar didalam gigi. Sekali dilakukan dengan benar dan tidak terinfeksi, maka kanal akan diisi dengan material seperti perekat semen timah.

Orthodontics

Orthodontics adalah yang berkaitan dengan penelitian dan pengawasan pada pertumbuhan gigi serta susunannya didalam mulut. Ini adalah bidang keahlian gigi yang tertua. Mencakup pencegahan dan pengobatan untuk jajaran gigi yang tidak normal. Tujuannya adalah memberikan *occlusion (bite)* yang benar pada pasien dan untuk “memperindah” garis wajah. Ini dapat dicapai dengan mengatur kembali letak gigi secara fungsional atau mekanikal.

Kelainan seperti gigi yang berhimpitan disebut *malocclusion*. Jika tumbuh tidak benar, maka akan berdampak pada gigi dan kesehatan umum, selain juga pada penampilan. Jika gigi tidak pada posisinya, maka akan lebih sulit untuk dibersihkan. Hal ini akan meningkatkan potensi pembusukan gigi dan penyakit gusi. Akibat lainnya adalah termasuk penggunaan gigi yang tidak normal, masalah bicara, dan masalah emosional karena senyuman yang tidak menarik.

Pengobatan *orthodontic* dapat merupakan *preventive, interceptive* atau *comprehensive*.

Preventive. *Preventive orthodontics* mencakup penggunaan teknik atau peralatan untuk melindungi *occlusion normal*. Untuk Pemeliharaan rongga adalah sebuah contoh. Prosedur *preventive orthodontics* lainnya adalah diagnosa awal untuk pembusukan gigi dan pencabutan gigi primer yang terlambat pengantiannya. Tindakan preventif dapat mengurangi kebutuhan atau persiapan lebih baik untuk pengobatan yang akan datang.

Interceptive. *Interceptive orthodontics* adalah prosedur yang dilakukan untuk menahan atau mengurangi parahnya penyakit yang sedang terjadi. Sebagai tambahan untuk teknik *preventive*, paket *interceptive* mencakup pencabutan gigi secara berkala pada gigi tertentu (biasanya pada gigi primer), peralatan untuk pergerakan gigi minor dan peralatan lainnya.

Comprehensive. *Comprehensive orthodontics* menjalankan prosedur untuk mengurangi atau menghilangkan *malocclusion* yang sedang terjadi. Prosedur ini sangat luas cakupannya, luas secara teknis, dan membutuhkan dokter gigi yang telah menjalani latihan khusus.

Peralatan yang dapat digerakkan umumnya terbuat dari acrylic dan logam atau keseluruhannya logam. Peralatan ini menyerupai gigi palsu. Seringkali memerlukan tambahan alat seperti clasp (klip), kawat, pegas, atau sekrup untuk membuat pegangan yang kuat, pengendali, penyangga dan tekanan yang diinginkan. Biasanya digunakan lebih sering untuk situasi *preventive* dan *interceptive*, tetapi bisa juga digunakan untuk perawatan *comprehensive*. *Retainer* (alat penahan gigi) dan *space maintainer* juga dianggap sebagai peralatan *orthodontics* yang dapat dilepas/digerakkan.

Alat-alat yang tetap (*fixed*), juga dikenal sebagai *braces* atau *bands*, umumnya dipakai untuk kasus yang luas. Akan tetapi ada kalanya ketika mereka juga memerlukan perawatan *preventive* dan *interceptive*.

Penilaian Risiko

Baik ditulis secara terpisah ataupun disatukan dengan program medis, cakupan gigi membutuhkan pertimbangan dalam penilaian resiko khusus untuk beberapa alasan:

- Perawatan gigi menawarkan cara alternatif untuk menangani kondisi tertentu dengan biaya yang bervariasi (mis.: penahan gigi yang *fixed* dan *removable* atau inlay emas dan yang bukan emas). Penilaian resiko dapat memberikan banyak pilihan penawaran, tergantung pada ketentuan ketentuan.
- Tingkatan tarif untuk dokter gigi lebih luas dibanding tarif untuk perawatan medis dan pengobatan oleh dokter medis.
- Banyak tarif untuk gigi dan bahkan tindakannya sendiri bisa berbeda-beda, memberikan kesempatan kepada tertanggung untuk menyeleksi ketentuan program
- Banyak biaya perawatan gigi seperti *capping* atau beberapa perawatan *orthodontics* yang merupakan alat kecantikan baik sebagian atau keseluruhan, adalah pilihan alamiah.

Pembatasan Khusus pada Program Baru

Karena penyebaran dan pemanfaatan asuransi gigi tidak seluas asuransi biaya perawatan medis, kelompok tertentu mungkin belum berpengalaman dalam menentukan tarif. Pada saat perusahaan memperkenalkan sebuah program gigi baru, karyawan yang telah melalaikan masalah kesehatan gigi yang baik seringkali memiliki masalah yang bertumpuk pada kesehatan giginya dan akan mencari cara untuk memperbaikinya.

Pola kebiasaan ini dapat menyebabkan tingginya penggunaan paket pada tahun-tahun awal, dan ini merupakan masalah utama yang harus diperhatikan oleh penilai resiko (*underwriter*). Situasi ini bahkan bisa menjadi lebih buruk jika pemegang polis mengumumkan paket gigi baru beberapa bulan sebelum tanggal efektif dan karyawan akan menunda perawatan giginya kecuali untuk perawatan darurat.

Untuk mengimbangi faktor-faktor tersebut, penilai resiko asuransi mungkin akan meminta adanya pembatasan khusus diterapkan dalam program baru seperti berikut:

- Pengurangan limit maksimum tahunan untuk membatasi tanggung jawab perusahaan asuransi dan secara simultan menganjurkan pengobatan yang lebih murah;
- prosentase *coinsurance* yang lebih rendah untuk semua jenis biaya baik yang opsional (seperti bahan baku emas) ataupun yang bukan bagian dari biaya pemeliharaan tahunan yang normal;
- *incentive coinsurance*, yang memberikan faktor *coinsurance* yang lebih rendah (misalnya 60% pada tahun pertama), dengan prosentase peningkatan selanjutnya pada tiap tahun untuk mendorong tertanggung untuk merentangkan klaim;
- persyaratan persetujuan sebelumnya, sering disebut program *pretreatment*, dimana karyawan diharuskan untuk mengajukan proposal perawatan yang dilakukan dan biayanya untuk

persetujuan awal oleh perusahaan asuransi jika biaya yang diperkirakan melebihi jumlah tertentu, misalnya \$200;

- Pencantuman ketentuan yang mendasari penggunaan *benefit* pada alternatif pengobatan yang termurah seperti yang ditetapkan oleh perusahaan asuransi, berdasarkan pada peninjauan rencana perawatan;
- Periode kelayakan yang lebih lama sebelum karyawan dapat diasuransikan untuk *benefit* gigi atau menerima cakupan untuk tindakan yang mahal; atau
- *Benefit* terbatas untuk peserta yang terlambat didaftarkan.

Pembatasan Kondisi Pre-Existing

Pertimbangan penilaian resiko utama lainnya adalah pengobatan yang masuk dalam kondisi *pre-existing*. Masalah utama adalah biaya penggantian untuk cabut gigi yang dilakukan sebelum tanggal efektif cakupan gigi berlaku. Kondisi ini dapat ditangani dengan berbagai cara. Yang paling umum adalah:

- Mengabaikan kondisi *pre-existing*;
- memperlakukannya seperti kondisi lainnya;
- mengaitkan pada periode waktu (contoh: tidak ada *benefit* yang dicakup selama 24 bulan); atau
- menjamin dalam cakupan terbatas atau mengenakan batasan maksimum sesuai periode kontrak.

Rating

Secara umum, perusahaan asuransi menghitung tarif premium (rating) biaya perawatan gigi sama dengan cara dalam penghitungan tarif premium untuk cakupan biaya perawatan kesehatan lainnya. Termasuk dalam pertimbangan ini adalah jenis program, *deductible*, *coinsurance*, maksimum pemanfaatan dan pelayanan yang tercakup.

Pada saat penentuan tarif untuk program kelompok kecil, pedoman tarif dasar perusahaan asuransi diterapkan mengacu pada karakteristik kelompok. Untuk kelompok yang lebih besar, perusahaan asuransi biasanya menggunakan rumusan yang mengacu data pengalaman klaim sebelumnya untuk kemudian disesuaikan pedoman tarifnya. Untuk jumlah yang sangat besar, perusahaan asuransi sepenuhnya akan menggunakan data klaim yang terjadi sebelumnya. Proses penentuan tarif melibatkan penilai resiko asuransi untuk mengevaluasi resiko dan menentukan tarif premium yang pantas.

Dalam menentukan premium untuk program gigi perorangan, perusahaan asuransi mempertimbangkan desain program seperti juga untuk kelayakan pasarnya. Program perorangan cenderung mempunyai pembatasan yang lebih membatasi dibanding program kelompok karena adanya potensi *adverse selection*. *Benefit* yang lebih terbatas dapat membuat biaya asuransi tetap menarik. Jika premium tahunan suatu produk asuransi lebih besar dari proyeksi biaya tahunan perorangan, maka orang tersebut akan menolak tawaran tersebut.

Tidak ada jawaban pasti untuk permasalahan yang timbul dalam penentuan premium. Tiap penilai resiko asuransi membuat keputusan berdasarkan pengalamannya selama bertahun-tahun dan pedoman penilaian resiko standar perusahaan.

Faktor-Faktor yang Dipertimbangkan dalam Penentuan Tarif

Karakteristik kelompok atau individu adalah faktor penilaian penting yang mempengaruhi biaya asuransi gigi. Banyak perusahaan asuransi yang melihat berbagai pertimbangan pada saat menentukan tarif sebuah kelompok, termasuk cakupan gigi sebelumnya dan karakteristik khusus pada orang yang akan diasuransikan.

Cakupan Gigi Sebelumnya

Satu faktor yang oleh beberapa perusahaan asuransi masukkan dalam perhitungan pada saat penentuan tarif kelompok adalah apakah kelompok tersebut sudah memiliki program gigi sebelumnya. Beberapa perusahaan asuransi telah memperkenalkan premium menurun untuk program yang telah memiliki program asuransi gigi sebelumnya. Hal ini didasari pada asumsi bahwa adanya program gigi sebelumnya mengindikasikan proporsi kebutuhan perawatan gigi yang lebih rendah dibanding yang dibutuhkan oleh kelompok yang tidak memiliki program gigi sebelumnya, karena biasanya ada permintaan yang tertahan untuk pelayanan gigi.

Jika tidak ada asuransi gigi sebelumnya, beberapa perusahaan asuransi menyesuaikan tarif permulaan untuk menutupi klaim yang muncul akibat perawatan gigi yang tertunda. Perusahaan asuransi lain akan mengurangi tingkat *benefit* untuk tindakan utama tertentu (crown, bridges, dentures) atau tidak memasukkan tindakan tersebut untuk beberapa waktu. Penyesuaian tarif atau *benefit* ini mengetahui bahwa peserta cenderung akan menunda pengobatan gigi yang dibutuhkan jika tidak ada cakupan asuransinya.

Akhirnya, karena pengobatan gigi adalah sering sebagai pilihan dan potensi untuk memilih dalam suatu program lebih besar dibanding cakupan umumnya, beberapa perusahaan asuransi menerapkan pembebanan tambahan dalam program yang diterbitkan dalam basis *contributory*.

Faktor Demografis

Faktor lain yang mempengaruhi tarif gigi adalah termasuk pada hal-hal sebagai berikut :

Usia. Orang yang lebih tua akan mendapatkan/mengalami tindakan gigi berbiaya mahal. Untuk alasan ini faktor penilaian berdasar usia umumnya digunakan.

Jenis kelamin. Jenis kelamin mempengaruhi tarif gigi. Wanita cenderung memiliki pemakaian dan rata-rata biaya klaim yang lebih tinggi dibanding pria. Contohnya, sebuah penelitian menunjukkan bahwa rata-rata 1.9 wanita mengunjungi dokter gigi tiap tahunnya, dibandingkan dengan pria yang hanya 1.7. Banyak ahli meyakini bahwa wanita bukan membutuhkan perawatan gigi, tetapi wanita lebih sadar pada kebutuhan menjaga kesehatan gigi dibanding pria.

Lokasi. honor normal dokter gigi dan sistem prakteknya bervariasi dari satu wilayah dengan wilayah lainnya. Contohnya, biaya untuk tambal gigi akan berbeda di Ames, Iowa dan Los Angeles. Demikian pula tindakan tertentu mungkin digunakan lebih pada satu wilayah dibanding wilayah lainnya. Pengadaan *fluoride* dalam air juga penting (penelitian terakhir menunjukkan bahwa pembusukan gigi lebih banyak terjadi di wilayah yang tingkat fluoridanya tidak optimal). Untuk alasan tersebut, penyesuaian untuk faktor wilayah kadang-kadang digunakan dalam penentuan tarif.

Penghasilan. Semakin tinggi tingkat penghasilan, semakin besar kemungkinan untuk menjaga kesehatan mulut dan penggunaan pelayanan yang lebih mahal. Kemudahan akses pada pusat perawatan di lingkungan yang berpenghasilan tinggi dapat menyebabkan tarif dokter gigi menjadi lebih mahal.

Pekerjaan. Penelitian menunjukkan bahwa karyawan kelas menengah ke atas umumnya menggunakan manfaat gigi lebih banyak dibanding kelompok pekerja (buruh). Untuk alasan ini, faktor industri digunakan dalam menentukan tarif pada program gigi.

Peraturan

Dibandingkan dengan asuransi biaya medis, sangat sedikit ketentuan khusus untuk asuransi gigi.

Federal

Saat ini tidak ada perundangan federal yang mengatur asuransi gigi sebagai produk yang berdiri sendiri. Ini terlepas dari undang-undang federal sebagai “*excepted benefit*.” (Lihat pembahasan dari *Health Insurance Portability and Accountability Act tahun 1996 [HIPAA]* dalam *Fundamentals of Health Insurance*: bagian B dan bab sebelumnya dalam buku ini). Wilayah yang paling umum dalam pembahasan di tingkat Federal mengenai reformasi perawatan kesehatan adalah penyeragaman standar nasional, pilihan konsumen, akses, proses awal untuk pasien dan provider, hak konsumen untuk informasi paket kesehatan, dan peningkatan kualitas. Sementara sebagian besar pokok persoalan berkaitan dengan asuransi biaya medis, industri gigi memonitor situasi yang erat kaitannya dengan dampak yang mungkin terjadi pada saat pelayanan dan pembayaran perawatan gigi.

State (negara bagian)

Lebih dari separuh negara bagian telah menerapkan perundangan tentang masalah gigi. Contohnya, banyak negara bagian telah mengamankan jaminan gigi sebagai bagian dari paket medis yang diamankan oleh negara bagian. Selanjutnya, paket gigi digabungkan kedalam perundangan reformasi kelompok kecil negara bagian – contohnya, kemudahan untuk dibawa (*portability*), tarif komunitas (*community rating*), dan *medical saving accounts* (MSAs).

Portability

Ketentuan ini memungkinkan karyawan yang meninggalkan program gigi yang disponsori oleh perusahaannya untuk melanjutkan program gigi secara mandiri dengan tarif kelompok, baik pasangan mereka atau lainnya dengan membayar premi langsung kepada perusahaan asuransi.

Medical Savings Accounts (MSAs)

Program gigi dapat tercakup dalam *medical savings account*, program uji coba yang memberikan keuntungan pajak dibawah kondisi tertentu.

Kesimpulan

Pasar asuransi gigi telah berkembang secara substansial selama lebih dari 25 tahun, tapi masih hanya sekitar separuh populasi Amerika yang tercakup dalam perawatan gigi, asuransi gigi belum meraih seluruh potensi pasar yang ada. Semakin banyak perusahaan yang berusaha untuk menarik dan mempertahankan tenaga kerja yang berkualitas, diperkirakan bahwa pasar asuransi gigi akan terus bertambah. Pertambahan yang diantisipasi tersebut bertolak belakang dengan produk asuransi lainnya dengan pasar yang sudah jenuh, dengan pertumbuhan yang kecil atau tanpa pertumbuhan (mis: lebih dari 90% karyawan di perusahaan menengah dan besar berperan serta dalam program asuransi jiwa).

Paket asuransi gigi sukarela adalah pasar yang menarik untuk perusahaan kecil, khususnya untuk yang belum menawarkan program kesehatan atau gigi. Meskipun hanya sedikit perusahaan asuransi yang menawarkan program gigi individu sekarang ini, cakupan perorangan bisa menjadi jawaban untuk jutaan orang Amerika yang tidak mempunyai paket sukarela kelompok atau asuransi gigi yang dibayar oleh perusahaan. Sejalan dengan perubahan kebutuhan, industri asuransi gigi akan terus mengembangkan cara yang paling layak untuk memberikan perawatan gigi yang dibutuhkan.

Istilah Penting

Basic services/pelayanan dasar	Diagnostic services	Pre-existing condition
Dental exclusive provider organizations (EPOs)	Endodontic services	Pretreatment plan
Dental health maintenance organizations (HMOs)	Fee-for-service indemnity plans	Preventive services/pelayanan preventif
Dental insurance/asuransi perawatan gigi	Integrated plans	Prior dental coverage/cakupan perawatan gigi sebelumnya
Dental preferred provider organizations (PPOs)	Major services/pelayanan utama	Prosthodontic service
	Nonintegrated plans	Referral discount plans
	Oral surgery	Restorative services
	Orthodontic services	Scheduled plan
	Periodontic services	Selective/nonselective
		Voluntary plans/paket sukarela

Bab VII

Asuransi khusus

Pendahuluan

Peraturan

Kebutuhan Konsumen

Kesimpulan

Manfaat

Istilah-istilah penting

Penilaian Resiko dan Penentuan Tarif

Pendahuluan

Ada beberapa asuransi khusus yang menawarkan kepada tertanggung cakupan perawatan kesehatan tambahan, sebagai tambahan untuk produk suplemen yang dibahas dalam bab sebelumnya. Contoh untuk asuransi khusus adalah asuransi obat yang diresepkan, asuransi perawatan mata, dan *TRICARE supplements*. *TRICARE* menggantikan *Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services (CHAMPUS)* pada tahun 1997. Bab ini memfokuskan pada paket obat yang diresepkan, dan memberikan ikhtisar pada perawatan mata dan *TRICARE.supplements*

Asuransi obat yang diresepkan dimulai sebagai manfaat yang relatif terbatas, dan sering dimasukkan sebagai bagian dari cakupan medis. (Lihat kotak yang menjelaskan paket manfaat terbatas pada halaman berikutnya). Mereka sekarang menawarkan manfaat luas dengan rancangan paket yang bervariasi dan administrasi yang unik. Awal dari asuransi obat yang diresepkan umumnya mengharuskan tertanggung untuk mengajukan formulir klaim yang akan mendapat penggantian untuk biaya obat resep dokter. Paket ini juga mengharuskan pembayaran *substantial deductible* atau pembayaran *coinsurance* sebelum manfaat dibayarkan. Setelah itu dengan pengelolaan yang sederhana untuk manfaat farmasi yang terkait, rata-rata biaya untuk obat yang diresepkan menjadi murah. Klaim farmasi umumnya diganti dengan tarif regional yang berlaku.

Pada akhir 1950 dan awal tahun 1960, perusahaan mulai mengembangkan jaringan apotik dan kartu obat yang diresepkan; pada awal tahun 1970, banyak perusahaan asuransi yang mengelola jaringan dalam arti mengurangi biaya pemrosesan klaim. Pertumbuhan program kartu resep menimbulkan perkembangan pada pemrosesan klaim apotik yang mengkhususkan pada pengelolaan jaringan apotik. Formulir klaim apotik secara manual digantikan dengan sistem komputersasi pemrosesan klaim pada konter penjualan.

Sejalan dengan meningkatnya biaya obat yang diresepkan, pengusaha, organisasi *managed-care*, dan perusahaan asuransi, membutuhkan rancangan manfaat yang lebih lengkap dan bervariasi, dukungan teknologi maju, kemampuan pelaporan yang berkembang, dan tenaga ahli klinis. Bab ini membahas bagaimana asuransi obat yang diresepkan dijalankan dalam lingkungan yang demikian.

Paket manfaat terbatas

Istilah paket manfaat terbatas memiliki dua pengertian diantara industri suplemen asuransi profesional. Pertama, ini sering digunakan sebagai uraian umum untuk semua produk asuransi kesehatan yang tidak menyeluruh termasuk yang tercakup dalam judul diatas. Regulator seringkali menggunakan istilah paket manfaat terbatas sedangkan perusahaan asuransi cenderung menunjuk kategori ini sebagai asuransi suplemen.

Pengertian umum lainnya untuk istilah ini dari *National Association of Insurance Commissioners (NAIC) Model Regulation* untuk melaksanakan undang-undang *Individual Accident and Sickness Insurance Minimum Standard* . Dalam peraturan ini, berbagai macam produk konvensional untuk perorangan didefinisikan dengan peraturan standar minimumnya masing-masing. Ini termasuk biaya rumah sakit dasar , biaya operasi medis dasar, *indemnity* pemulihan di rumah sakit, biaya medis utama, proteksi hilangnya penghasilan, kecelakaan saja , penyakit tertentu, dan cakupan kecelakaan tertentu. Ada juga kategori umum lainnya untuk manfaat cakupan kesehatan terbatas.

Dalam konteks ini, paket manfaat terbatas adalah setiap polis atau bentuk (selain penyakit tertentu, yang harus memenuhi persyaratan dari bagian tersebut) yang tidak memenuhi standar minimum yang disediakan oleh model ini. Hal ini memberikan wewenang kepada regulator untuk menyetujui paket yang bisa jadi dibawah standar minimum dari daftar jenis paket asuransi perorangan atau beberapa jenis produk asuransi kesehatan perorangan yang tidak termasuk pada salah satu dari kategori tersebut. Jika sebuah paket disetujui oleh regulator sebagai paket manfaat terbatas, ia harus mengungkapkan persyaratan khusus . Terminologi paket manfaat terbatas yang digunakan dalam pembahasan ini berkaitan dengan kategori cakupan manfaat kesehatan terbatas.

Tujuan dari Paket Manfaat Terbatas

Paket manfaat terbatas melindungi kerugian akibat kecelakaan atau sakit. Kategori cakupan ini penting karena memberikan fleksibilitas kepada regulator dalam menyetujui penemuan rancangan produk asuransi kecelakaan dan kesehatan yang tidak memenuhi standar yang ditentukan untuk kategori cakupan konvensional. Tanpa kategori ini, regulator akan menghadapi kesulitan mengizinkan perusahaan asuransi untuk menjawab kebutuhan konsumen.

Metode Distribusi

Paket manfaat terbatas dipasarkan melalui agen dan broker atau pemasaran masal. Polis tersedia melalui pemotongan gaji atau dengan penagihan langsung. Pembayaran dapat dilakukan dengan berbagai cara, termasuk cek, pos wesel, transfer elektronik, atau kartu kredit.

Jenis-Jenis Polis

Ada dua kondisi penting dimana regulator harus menyetujui sebuah polis sebagai paket manfaat terbatas. Khususnya,regulator akan menetapkan bahwa polis yang diajukan adalah yang

paling bisa memenuhi kebutuhan konsumen dengan membedakan dari standar untuk kategori konvensional. Selanjutnya, bisa terjadi perubahan dalam paket pemerintah atau paket umum lainnya, untuk menciptakan kebutuhan rancangan produk baru sepenuhnya. Kedua kondisi tersebut termasuk dibawah kategori cakupan ini

Peraturan

Polis manfaat terbatas adalah subyek untuk persyaratan arsip yang sama sesuai dengan polis suplemen sakit dan kecelakaan lainnya. Hampir semua negara bagian mensyaratkan kepatuhan untuk pemeriksaan oleh departemen asuransi sebelum penggunaan.

Polis manfaat terbatas adalah subyek untuk standar pertimbangan tarif yang dapat dipakai di setiap negara bagian. Hampir semua negara bagian memiliki undang-undang yang menentukan bahwa polis manfaat terbatas haruslah masuk akal sehubungan dengan tarif preminya. Selanjutnya, banyak negara bagian telah membuat perbandingan untuk menentukan apakah manfaat yang tersedia dibawah polis ini, masuk akal berkaitan dengan tarif preminya.

Kebutuhan Konsumen

Biaya obat telah meningkat pada tingkat 10% sampai 15% per tahun, dan tingkat pertumbuhan ini diperkirakan akan terus berlanjut. Kenaikan ini berkaitan dengan pertumbuhan yang cepat dari jumlah obat-obatan baru yang muncul di pasaran.

Meskipun kenaikan biaya obat ini beralasan, penting untuk memahami bagaimana kenaikan biaya obat ini mempengaruhi biaya perawatan kesehatan secara keseluruhan. Pada awalnya, pemeriksaan medis telah menunjukkan bahwa dengan naiknya jumlah uang yang dikeluarkan untuk terapi obat pada kondisi tertentu, memungkinkan untuk menurunkan biaya medis lainnya yang berkaitan dengan penyakit yang tidak terkontrol. Menjaga pasien dengan komplikasi medis rawat jalan dengan menggunakan terapi obat yang baru yang lebih mahal dari pengobatan tradisional dapat memiliki dampak positif pada biaya perawatan kesehatan keseluruhan.

Perorangan dan Keluarga

Tujuan utama asuransi obat resep dokter adalah untuk memenuhi kebutuhan perorangan dan keluarga melalui perawatan kesehatan optimal dan penyediaan terapi obat yang baik. Asuransi perawatan kesehatan biasanya menawarkan variasi asuransi manfaat obat yang diresepkan yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan khusus konsumen. Paket seringkali mencakup program eceran apotik untuk kebutuhan resep jangka pendek (sampai persediaan 30 hari) dan program pesan-antar obat lewat pos untuk obat yang diresepkan jangka panjang (untuk persediaan sampai 90 atau 100 hari).

Perusahaan

Perusahaan menginginkan asuransi perawatan kesehatan yang mengawasi biaya penyediaan cakupan perawatan kesehatan kepada karyawannya. Obat yang diresepkan digunakan untuk mewakili jumlah yang relatif kecil dari biaya total perawatan kesehatan. Bagaimanapun, biaya obat yang diresepkan sekarang ini mengambil porsi yang jauh lebih besar dari total biaya perawatan kesehatan, dan akibatnya, perusahaan memberi perhatian yang lebih besar kepada paket obat yang diresepkan

Tantangan yang dihadapi banyak perusahaan adalah untuk mengimbangi hasrat mereka dalam mengontrol biaya dengan kebutuhan karyawan mereka untuk manfaat obat yang diresepkan. Sementara kemampuan membayar paket adalah penting, paket yang murah namun tidak memenuhi kebutuhan karyawan adalah sesuatu yang tidak efektif.

Saluran Distribusi

Asuransi obat resep dokter dipasarkan kepada perorangan, perusahaan dan organisasi yang menawarkan asuransi kelompok. Paket yang dipasarkan kepada konsumen oleh agen dan broker yang memiliki kontrak atau karyawan perusahaan asuransi yang memiliki paket perawatan kesehatan

Manfaat

Ada dua jenis paket obat yang diresepkan : *reimbursement* (penggantian biaya) dan *service* (pelayanan). Paket penggantian biaya mempercayakan kepada tertanggung untuk membayar setiap pembelian obat resep dokter dan mengajukan biaya-biaya ini kepada perusahaan asuransi mereka dengan menggunakan formulir klaim. Penggantian biaya oleh perusahaan asuransi kepada tertanggung berdasarkan paket yang disepakati. Pada paket pelayanan, pembayaran dilakukan oleh perusahaan asuransi kepada provider untuk produk yang tercakup dalam paket tanpa ada keharusan tertanggung mengisi formulir klaim. Tertanggung biasanya diharuskan untuk membayar *copayment* dalam jumlah kecil untuk setiap pesanan obat yang di resepkan . Rancangan benefit yang efektif berusaha untuk melayani ketersediaan obat yang optimal sesuai terapinya sambil mengatur biaya obat yang diresepkan.

Cost Sharing/ Urun Biaya

Manfaat obat yang diresepkan seringkali mengharuskan tertanggung untuk urun biaya obat-obatan. Urun biaya ini dapat berupa *copayment*, *deductible*, dan *maximum benefit*.

Copayment

Copayment adalah bagian dari biaya obat yang diresepkan yang dibayar oleh tertanggung kepada apotik pada saat mereka membeli obat. *Copayment* biasanya merupakan prosentase kecil dari total biaya obat. Contohnya, tertanggung akan membayar *copayment* sejumlah \$15 kepada apotik pada saat mereka membeli obat yang diresepkan.

Deductible

Deductible adalah sejumlah biaya obat yang diresepkan yang dibayar oleh tertanggung setiap tahun sebelum benefit obat yang diresepkan dapat dibayarkan. Jika deductible termasuk dalam manfaat obat yang diresepkan, tertanggung harus membayar 100% dari semua biaya obat sampai sejumlah dollar tertentu (*deductible*) tercapai. Apabila jumlah *deductible* sudah tercapai, paket manfaat akan menanggung biaya obat yang diresepkan untuk sisa tahun tersebut.

Manfaat Maksimum

Manfaat maksimum sering dianggap sebagai *stop-loss*. Pada paket yang mencakup manfaat maksimum, biaya obat yang diresepkan ditanggung sampai jumlah dollar tertentu dicapai. Jika klaim obat yang diresepkan melebihi batas manfaat maksimum, maka selanjutnya biaya obat yang diresepkan menjadi tanggung jawab tertanggung. Batas manfaat maksimum dapat ditetapkan bulanan atau tahunan.

Cakupan Obat yang diresepkan

Obat yang diresepkan adalah setiap obat atau bahan obat yang (1) disetujui oleh Lembaga Administrasi Makanan dan Obat-obatan (*Food and Drug Administration / FDA*) dan (2) hanya dapat diperoleh atas permintaan dengan resep dokter, dibawah hukum *federal* atau negara bagian di Amerika. Permintaan obat yang diresepkan adalah permintaan untuk memperoleh obat yang dilakukan oleh dokter atau praktisi perawatan kesehatan lainnya yang mempunyai ijin dari negara bagian untuk membuat resep. Apotik mengeluarkan obat berdasarkan obat yang diresepkan.

Obat yang diresepkan mencakup obat-obatan paten dan generik; keduanya tercakup dalam paket resep obat. Sebaliknya, obat-bebas terbatas (*over-the-counter*), yang disetujui oleh *FDA* sebagai obat yang aman dan efektif untuk pengobatan sendiri, dapat diperoleh tanpa resep dan tidak tercakup dalam paket obat yang di resepkan.

Obat Paten

Obat paten adalah obat yang disetujui oleh *FDA* untuk pengobatan kondisi medis tertentu. Obat paten mencantumkan nama produsen obat pada labelnya.

Pada saat obat baru memasuki pasar, ia akan dilindungi dengan hak paten untuk beberapa tahun. Hak paten ini menjamin hak-hak istimewa kepada perusahaan yang memproduksi obat tersebut. Jika hak paten telah habis masa berlakunya, perusahaan lain dapat memasarkan obat itu dengan nama generik. Obat paten seringkali lebih mahal dibanding obat generik karena perusahaan lain tidak dapat memasarkan obat dengan nama generik sampai hak paten untuk obat tersebut habis masa berlakunya

Obat Generik

Obat generik adalah obat yang memiliki kandungan yang sama dengan obat paten yang sejenis. Obat generik disetujui oleh *FDA*. Banyak obat generik yang dapat diperoleh dengan

menghemat biaya sampai 50% atau lebih dibanding jika membeli obat paten . Banyak perusahaan farmasi yang memproduksi obat paten juga obat generik.

Penggunaan obat generik adalah satu-satunya cara yang paling efektif untuk mengontrol biaya obat sekaligus memberi keyakinan perawatan yang layak. Meskipun tidak semua obat memiliki padanan generik, sejumlah obat generik yang penting telah tersedia.

Karena berpotensi untuk penghematan biaya, banyak paket obat resep dokter yang menganjurkan atau mewajibkan generik pengganti. Penggantian dengan obat generik adalah ketentuan pada paket obat resep dokter yang mengharuskan penggantian obat paten dengan obat generik jika obat generik yang disetujui FDA tersedia. Guna mendorong penggunaan obat generik , beberapa paket obat menetapkan *copayment* yang lebih tinggi untuk obat paten dibanding obat generik .

Dispense as Written (DAW) . Jika dokter meminta bertanggung untuk menggunakan obat paten yang tertulis di resep dan tidak menggantinya dengan obat generik, hal ini bisa disebut dengan instruksi *dispense as written* (DAW). Tergantung pada rancangan manfaat, bertanggung akan membayar lebih mahal untuk paket resep obat dengan instruksi *dispense as written*. Bisa juga paket tersebut akan mengharuskan bertanggung membayar selisih biaya antara obat paten dengan obat generik atau membayar seluruh biaya obat paten jika obat generik tersedia

Maximum allowable cost (MAC). Beberapa perusahaan farmasi menyediakan obat, generik dengan bermacam-macam harga. Untuk menstandarisasi harga obat dan mendorong jaringan perusahaan farmasi membuat pilihan obat dengan harga efektif. Paket asuransi kesehatan mengembangkan daftar *maximum allowable cost (MAC)* atau batas harga yang diperbolehkan. Sejenis DPHO yang digunakan oleh PT Askes di Indonesia. Daftar *MAC* ini diberikan kepada jaringan apotik yang berpartisipasi, berisi daftar harga obat maksimum untuk obat generik tertentu. Harga *MAC* ini biasanya lebih murah dibanding harga untuk obat paten sejenis.

Pembatasan dan Pengecualian

Paket obat yang diresepkan tidak mencakup jaminan untuk pelayanan khusus, seperti :

- Obat-obat bebas atau bebas terbatas (obat-obatan *over-the counter*);
- Obat-obatan yang dibatasi oleh undang-undang federal untuk percobaan atau penelitian;
- Obat yang tidak diakui oleh FDA;
- Resep obat untuk keperluan kosmetik;

Formularium

Paket pelayanan kesehatan sering menggunakan formularium obat untuk meyakinkan terapi obat yang benar. Formularium adalah daftar yang berisi obat-obatan yang sering diresepkan yang telah diakui aman dan efektif untuk pengobatan kondisi medis tertentu. Seringkali dokter merujuk pada formularium obat ketika membuat resep.

Formularium obat telah ada selama bertahun-tahun. Hampir semua rumah sakit memilikinya, dan paket pelayanan kesehatan yang menggunakan semakin meningkat. . Formula

untuk digunakan sendiri - 114

obat mencakup obat paten dan obat generik. Formula obat yang sama digunakan untuk obat yang diresepkan yang dibeli melalui pemesanan pos seperti halnya yang langsung melalui apotik.

Formularium biasanya dibuat oleh komite yang terdiri dari apoteker, dokter dan perawat yang berperan sebagai penasehat untuk paket perawatan kesehatan berkaitan dengan penggunaan obat-obat yang diresepkan yang aman dan efektif. Komite ini memutuskan obat yang mana yang akan dimasukkan dalam formularium, berdasarkan literatur medis terakhir dan hasil pengawasan tes klinis terhadap obat. Komite secara teratur meninjau ulang dan memperbaharui formularium.

Biaya obat adalah pertimbangan kedua pada saat memilih obat untuk formularium. Jika ada dua obat diketahui memiliki kemampuan yang sama, maka obat yang paling murahlah yang akan dipilih untuk formularium.

Komite akan membatasi jumlah obat dalam kategori khusus yang muncul dalam formularium. Jika dokter menulis resep obat yang tidak terdaftar dalam formularium, apoteker dapat menghubungi dokter untuk menanyakan obat sejenis yang ada dalam formularium untuk menggantikan obat tersebut. Ini disebut sebagai terapi pengganti.

Jenis formularium dapat berupa formularium terbuka, insentif atau tertutup :

- Formularium terbuka (*open formulary*) dikelola dengan dasar sukarela. Dokter dianjurkan untuk membuat resep dari formularium, akan tetapi baik dokter ataupun tertanggung tidak akan dihukum apabila tidak mengikuti formularium;
- Formularium insentif (*incentive formulary*) menyediakan benefit obat yang diresepkan yang lebih tinggi untuk obat yang terdaftar dalam formularium agar tertanggung terdorong untuk membeli obat-obatan tersebut dibandingkan dengan obat yang tidak ada dalam daftar formularium
- Jika formularium tertutup (*closed formulary*) yang digunakan, maka tertanggung yang memilih untuk membeli obat yang tidak ada dalam formularium akan membayar seluruh biaya obat.

Pharmacy Benefit Managers (Pengelola Manfaat Apotik)

Sejalan dengan naiknya harga obat yang diresepkan, banyak verifikator klaim apotik memperluas pelayanannya untuk dapat menjadi *pharmacy benefit managers (PBMs)*. *PBMs* memberikan jasa yang dibutuhkan untuk mendukung manfaat obat yang diresepkan, termasuk:

- pengelolaan jaringan apotik;
- pemrosesan klaim apotik secara on-line;
- dukungan pelayanan telepon khusus pada konsumen;
- jasa layanan obat melalui pos;
- rancangan benefit obat
- pengembangan dan pengelolaan formularium
- evaluasi penggunaan obat;
- perjanjian kerjasama dengan pabrik obat;
- laporan pengelolaan obat; dan
- hasil penelitian.

Jumlah *PBM*s berkembang pesat selama tahun-tahun terakhir ini sejalan dengan meningkatnya permintaan untuk pengelolaan yang lebih baik terhadap manfaat obat. *PBM*s melakukan perjanjian kerjasama dengan perusahaan asuransi, organisasi *managed-care*, dan kelompok pengusaha. Beberapa *PBM*s dimiliki oleh pabrik farmasi.

Pengelolaan Jaringan Apotik

*PBM*s umumnya mengelola jaringan apotik untuk skala nasional secara berantai yang dimiliki sendiri. Banyak *PBM*s yang menawarkan penyaluran obat yang diresepkan melalui pesan-antar melalui pos sebagai tambahan untuk layanan retail apotik mereka.

Standar Farmasi. Untuk berperan serta dalam jaringan *PBM*s nasional, apotik harus menerima penggantian biaya dengan tarif diskon, dan memenuhi standar *PBM*s. Setiap *PBM*s menetapkan kriteria untuk keanggotaan dalam jaringan apotik. Biasanya, kriteria ini mencakup :

- lisensi / perijinan;
- standar pengumpulan data;
- sesuai dengan hukum dan peraturan;
- persyaratan profesional, malpraktek dan kewajiban cakupan asuransi;
- penerimaan dari pengadaan manajemen obat *PBM*s
- audit dan penelitian kualitas.

Pembayaran apotik. Jaringan apotik menyetujui untuk menjual obat resep dokter dengan tarif diskon dari harga grosir rata-rata (*average wholesale price/AWP*). *AWP* adalah harga obat grosir rata-rata yang ditetapkan, *PBM* biasanya membayar jaringan apotik dengan harga *AWP* dikurangi sejumlah prosentasi yang disetujui bersama

Sebagai tambahan terhadap harga diskon obat, apotik menerima ongkos jasa profesional yang disebut ongkos penyaluran. Ongkos penyaluran ini ini dibayar kepada apotik untuk pelayanan yang dilakukan, misalnya penyuluhan kepada pasien. Rumus yang digunakan untuk membayar apotik terhadap pemberian obat resep dokter adalah:

Contoh : pembayaran apotik = $AWP - 10\% + \$3.00$ ongkos penyaluran.

Pemrosesan Klaim On-line

Jaringan apotik memiliki akses on-line dan terkomputerisasi untuk informasi tentang kelayakan tertanggung dan benefitnya melalui manajer jaringan. Apotik memasukkan informasi dari kartu identitas tertanggung kedalam sistem komputer bersamaan dengan informasi obat yang di resepkan. Sistem komputer apotik akan memeriksa kelayakan, mengkonfirmasi manfaat, mengevaluasi potensi pengaruh interaksi obat, menghitung tarif penggantian harga apotik yang tepat dan menetapkan *copayment* tertanggung

Apotik menyerahkan obat sesuai resep kepada tertanggung dan mengumpulkan *copayment* dari mereka pada konter penjualan. Apotik dibayar oleh manajer jaringan untuk sisa biaya obat dengan tarif yang telah disepakati.

Pelayanan Pesan – Antar Obat Lewat Pos

Banyak paket obat yang di resepkan yang mencakup program pesan-antar obat lewat pos. Layanan lewat pos adalah metode penyaluran obat secara langsung kepada tertanggung melalui pos dengan menggunakan perusahaan distribusi obat lewat pos.

Ketika menggunakan layanan pesan – antar obat lewat pos, tertanggung mengirim melalui pos resep mereka ke apotik, bersama dengan *copayment* yang ditetapkan. Dengan menggunakan program ini, tertanggung dapat membeli obat resep dokter dalam persediaan yang lebih besar, biasanya untuk persediaan 90- atau 100 hari .

Karena tertanggung dapat menerima persediaan obat yang lebih besar, program pesan-antar lewat pos seringkali digunakan untuk pengobatan jangka panjang. Yaitu obat yang diresepkan untuk mengobati kondisi kronis. Contohnya adalah obat untuk tekanan darah tinggi, diabetes, kolesterol tinggi, penyakit jantung dan arthritis.

Paket obat yang diresepkan memberikan insentif yang mendorong tertanggung untuk menggunakan program pesan-antar lewat pos. Sesuai peraturan negara bagian di Amerika, insentif ini harus mencakup:

- jumlah *copayment* untuk obat resep dokter yang dipesan melalui pos lebih kecil dibanding dengan pembelian eceran untuk obat yang sama melalui apotik lokal;
- memungkinkan tertanggung memesan obat untuk jumlah hari persediaan yang lebih lama dengan diskon *copayment* , seperti contoh dibawah ini:

	<u>Persediaan obat yang tersedia</u>	<u>Jumlah <i>copayment</i></u>
Apotik lokal	sampai 30 hari persediaan	\$15.00
Pesan-antar lewat pos	sampai 90 hari persediaan	\$30.00

Tren dalam Manajemen Paket Cost-Effective

Apoteker memiliki peran penting dalam pengelolaan program benefit resep dokter. Antara lain untuk meninjau ulang obat-obatan untuk formularium, mereka membuat kriteria terapi yang tepat untuk penyakit yang berbeda serta mengawasi penggunaan obat yang benar. Berdasarkan literatur medis, mereka membuat pedoman untuk meyakinkan pengobatan yang aman dan efektif untuk beberapa penyakit kronis.

Manajemen Penyakit

Satu kecenderungan / tren dalam pengelolaan perawatan kesehatan adalah konsep manajemen penyakit . Secara tradisional, biaya pelayanan kesehatan dikemas secara terpisah . Biaya obat tidak berkaitan dengan biaya pelayanan medis keseluruhan seperti kunjungan dokter dan rawat inap di rumah sakit. Dengan manajemen penyakit, efektifitas dan biaya untuk semua perawatan yang digunakan untuk merawat pasien dengan penyakit kronis akan dipertimbangkan.

Seperti halnya biaya obat yang naik akibat teknologi baru dan pesatnya pertumbuhan obat baru di pasaran., biaya-biaya ini harus dipertimbangkan sebagai bagian dari biaya perawatan

untuk digunakan sendiri - 117

kesehatan secara total. Obat baru akan mengobati penyakit kronis lebih efisien dibanding obat yang telah lama di pasaran, sehingga mampu mengurangi biaya rumah sakit dan biaya medis secara menyeluruh. Dengan memasukkan program manajemen penyakit didalam program benefit resep dokter, sebuah paket dapat memperkirakan dan menyediakan total biaya medis yang ekonomis kepada tertanggung.

Pengukuran Kualitas

Paket pelayanan kesehatan terus mengevaluasi dan merancang program obat yang di resepkan untuk memenuhi permintaan konsumen yang terus meningkat terhadap kualitas, dan organisasi yang diakui adalah menggabungkan pelayanan apotik kedalam evaluasi kinerjanya.

Kunci jawaban terhadap tantangan dalam memenuhi permintaan konsumen untuk kualitas adalah meninjau informasi obat yang diresepkan bersamaan dengan informasi medis dari berbagai sumber. Dengan cara ini, terapi obat yang diresepkan dapat di ajarkan dalam seluruh aspek perawatan pasien untuk meyakinkan perawatan kesehatan yang efektif dan berkualitas.

Insentif Keuangan untuk Dokter dan Apoteker

Menjawab tekanan naiknya biaya obat, paket perawatan kesehatan pada awalnya memfokuskan pada pengurangan biaya administrasi, penggunaan pengaruh pasar untuk memperoleh potongan harga dari jaringan apotik, dan memindahkan sebagian biaya kepada tertanggung. Meskipun berhasil dengan sederhana, strategi ini tidak mampu mengontrol kenaikan biaya. Paket kemudian memfokuskan pengendalian biaya obat melalui penggunaan program generik pengganti, jumlah pesan-antar obat lewat pos, pembatasan manfaat dan penggunaan formularium obat.

Saat ini paket perawatan kesehatan memfokuskan upayanya dalam mengembangkan program yang mendorong pembuatan resep obat dokter yang tepat, penyaluran yang benar oleh apoteker, dan penggunaan yang benar oleh pasien. Program pendidikan dokter dan pasien adalah bagian penting dari upaya ini.

Beberapa paket perawatan kesehatan telah menetapkan pengaturan keuangan yang baru dengan membagi resiko manfaat kepada apotik. Jenis pengaturan ini memberikan insentif keuangan kepada dokter dan apoteker untuk membuat resep pengobatan yang murah dan memonitor penggunaan oleh pasien. Meskipun penggunaan aturan ini belum luas, hal ini akan terus berkembang terhadap akses perbaikan dan pengembangan data obat yang diresepkan.

Penilaian Resiko dan Penentuan Tarif

Penilaian resiko

Paket obat yang diresepkan dan paket khusus lain umumnya merupakan bagian dari paket medis. Pedoman penilaian resiko yang sama yang sesuai dengan paket medis adalah paket obat yang diresepkan . Tidak ada batasan sebelumnya untuk benefit apotik.

Penentuan Tarif

Tarif paket khusus biasanya berkaitan dengan cakupan medis untuk perorangan dan kelompok. Seperti halnya cakupan medis, tarif untuk paket khusus mempertimbangkan usia dan jenis kelamin orang yang mencari cakupan, karena pemanfaatannya akan berbeda-beda berdasarkan kategori tersebut. Komposisi dan ukuran keluarga (mis.: lajang, keluarga dengan tanggungan, atau keluarga dengan orang tua tunggal) juga merupakan faktor untuk penentuan tarif cakupan.

Sebagai pertimbangan karakteristik dan tingkat penggunaan oleh kelompok atau perorangan, pentarifan cakupan paket khusus dipengaruhi oleh paket manfaat yang dipilih oleh kelompok perusahaan atau tertanggung, termasuk:

- tingkat *copayment*;
- tingkat *deductible*;
- jaminan maksimum tahunan;
- insentif yang digunakan untuk mendorong penggunaan obat generik dan obat paten;
- Insentif yang dirancang untuk mendorong tertanggung agar menggunakan apotik yang masuk dalam jaringan;
- tersedianya program pesan-antar lewat pos;
- insentif yang digunakan untuk mendorong penggunaan program pesan-antar lewat pos; dan
- jenis formularium obat yang digunakan
-

Peraturan

Federal

FDA mengatur obat yang diresepkan. Obat generik dan obat paten diuji oleh *FDA* untuk keamanan dan efektivitasnya sebelum disetujui untuk digunakan oleh konsumen.

Negara Bagian (State)

Paket manfaat obat yang diresepkan harus disetujui oleh departemen asuransi masing-masing negara bagian. Ada tiga wilayah peraturan negara bagian yang secara khusus mempengaruhi asuransi obat yang diresepkan: *Mail Order and Retail Pharmacy Equity*; *any willing pharmacy provider requirements*; dan *mandated benefits*.

Mail Order and Retail Pharmacy Equity

Beberapa apotik retail tidak akan mampu untuk bersaing dengan apotik yang melayani pesan-antar lewat pos karena yang terakhir ini mampu menyalurkan obat dalam jumlah yang besar, dan oleh karena dapat memberi diskon harga yang lebih tinggi. Untuk menyikapi hal ini, beberapa negara bagian menetapkan cakupan dengan jumlah hari persediaan obat resep dokter yang sama untuk pembelian melalui pos ataupun di apotik retail lokal. Contohnya, jika tertanggung dapat membeli 90 hari persediaan obat melalui program pesan-antar lewat pos, mereka juga harus bisa membeli untuk 90 hari persediaan untuk obat yang sama melalui apotik retail lokal. Pendekatan alternatif yang dilakukan oleh beberapa negara bagian lainnya adalah

mengharuskan *copayment* yang sama sesuai resep dokter yang dibeli baik melalui pesan-antar lewat pos atau apotik retail lokal .

Any Willing Pharmacy Provider Requirements

Beberapa negara bagian mewajibkan tertanggung untuk dapat memperoleh manfaat apotik di semua apotik yang setuju menyediakan pelayanan dan produk yang sama dengan harga yang sama sebagaimana apotik yang termasuk dalam jaringan provider . Ini disebut sebagai *any willing pharmacy provider requirement* karena semua apotik yang bersedia untuk menerima syarat dan kondisi sebagaimana apotik yang ada dalam jaringan, diperbolehkan untuk berpartisipasi didalamnya

Beberapa negara bagian akan mengharuskan paket perawatan kesehatan yang ada di wilayah mereka untuk membuat kontrak dengan apotik secara langsung, atau hanya dengan apotik yang mempunyai ijin di negara bagian itu (daripada kontrak dengan jaringan nasional).

Manfaat yang Diwajibkan

Banyak negara bagian yang mempertimbangkan manfaat wajib berkaitan dengan obat yang diresepkan. Contohnya, beberapa negara bagian mengharuskan paket obat yang diresepkan agar mencakup obat-obatan yang sedang penelitian jika pilihan pengobatan lainnya telah habis, atau mencakup obat-obatan yang digunakan untuk indikasi yang tidak disetujui oleh *FDA*.

Asuransi Perawatan Mata

Asuransi perawatan mata menyediakan manfaat untuk pencegahan dan pengobatan mata. Sebagai produk suplemen, asuransi perawatan mata dibuat sebagai tambahan untuk cakupan dasar lainnya. Perusahaan asuransi atau paket kesehatan menawarkan kontrak manfaat perawatan mata kepada para profesional kesehatan mata untuk menyediakan pelayanan pada tingkat yang disepakati oleh paket kesehatan. Tertanggung yang cakupan perawatannya termasuk manfaat perawatan mata, biasanya harus dilayani oleh para ahli perawatan mata yang termasuk dalam jaringan.

Salah satu tujuan dari asuransi perawatan mata ini adalah mendorong pemeriksaan mata secara periodik dan segera jika ada keluhan sehingga perawatan perbaikan yang layak dapat diberikan jika dibutuhkan. Cakupan perawatan mata biasanya termasuk pemeriksaan satu mata dalam setahun dan potongan harga untuk kacamata (untuk lensa dan bingkai) atau lensa kontak.

Rancangan paket perawatan mata mempertimbangkan jenis dan jumlah manfaat perawatan mata yang tersedia bagi tertanggung. Manfaat maksimum tahunan dapat diberikan untuk cakupan perawatan mata.

TRICARE Supplement

TRICARE Supplement adalah kontrak asuransi kesehatan dengan manfaat yang umumnya mencakup beberapa bagian dari *deductible*, *coinsurance*, dan urun biaya yang berkaitan dengan program TRICARE. TRICARE adalah program dimana Departemen Pertahanan membayar perawatan kesehatan yang diberikan kepada anggota *Uniformed Services* dan keluarganya dalam masyarakat medis sipil. Pada tahun 1997, TRICARE menggantikan *Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services* (CHAMPUS).

untuk digunakan sendiri - 120

Paket Suplemen umumnya dijual sebagai asuransi kelompok yang dibeli perorangan melalui organisasi seperti *Air Force Association dan Retired Officers Association* (Asosiasi Pensiunan Pegawai). Polis kelompok dipegang oleh Asosiasi, dan kepada tertanggung diterbitkan sertifikat perorangan untuk cakupan tersebut. Banyak asosiasi yang membeli pelayanan administrasi dan penjaminan risiko dari administrator pihak ketiga.

Program TRICARE

Program TRICARE mempunyai tiga pilihan:

- *TRICARE Standard* membayar hampir semua biaya perawatan di rumah sakit sipil dan provider sipil lainnya pada saat seseorang tercakup dalam program ini tidak dapat menerima perawatan di rumah sakit atau klinik militer.
- *TRICARE Extra* beroperasi seperti program standar kecuali bahwa tertanggung harus menggunakan jaringan provider yang sudah ditunjuk.
- *TRICARE Prime* beroperasi seperti panel terbuka pada *health maintenance organization (HMO)*.

Karena perubahan dari CHAMPUS menjadi TRICARE masih relatif baru, produk *TRICARE Supplement* masih sedang dirancang. Awalnya, suplemen standar memberikan pilihan kepada tertanggung untuk membayar urun biaya untuk rawat inap dan rawat jalan atau urun biaya pada rawat inap saja. Beberapa paket suplemen menentukan pembayaran *deductible* atau tertanggung menentukan *deductible* mereka sendiri didalam kontraknya; sementara paket suplemen lainnya tidak. Besarnya *deductible* dan urun biaya berbeda untuk tertanggung yang masih aktif bekerja dibanding dengan mereka yang sudah pensiun. Banyak organisasi yang menjual suplemen menawarkan sejumlah pilihan untuk memenuhi kebutuhan konsumennya

Cakupan suplemen untuk *TRICARE Extra* sama dengan cakupan *standard* kecuali bahwa harga untuk paket manfaatnya lebih kecil jika tertanggung memilih untuk memakai provider dalam jaringan. Perusahaan asuransi mempertimbangkan pilihan rancangan kontrak tambahan pada manfaat *suplement TRICARE Extra*.

TRICARE Prime merupakan produk yang banyak diperbincangkan dan merupakan tantangan diantara rancangan produk suplemen lainnya karena banyak organisasi yang memperkenalkan cakupan generasi pertama untuk manfaat baru tersebut. Kebanyakan polis menetapkan pembayaran *copayment* untuk pelayanan rawat jalan maupun rawat inap di rumah sakit. Ongkos keanggotaan biasanya tidak tercakup. Cakupan untuk urun biaya pelayanan berkisar dari tanpa pembayaran sampai pembayaran penuh. Sebagaimana pengalaman yang didapat oleh *TRICARE Prime*, paket manfaat suplemen akan berkembang dimasa yang akan datang.

Kelayakan anggota

Mereka yang memenuhi syarat untuk TRICARE termasuk orang-orang tertentu yang berhubungan dengan tujuh *Uniformed Services: Air Force, Army, Coast Guard, Marine Corps, National Oceanic and Atmospheric Administration, Navy, dan Public Health Service*. Mereka yang tercakup adalah :

- pasangan dari anggota yang masih bertugas;
- pensiunan dan pasangannya (sampai usia 65 tahun);
- pasukan cadangan dan pasangannya (sampai usia 65 tahun) jika sudah bertugas selama lebih dari 30 tahun;
- mantan pasangan anggota yang bertugas atau pensiunan militer yang tidak menikah lagi, dan telah menikah selama sekurangnya 20 tahun selama bertugas;
- anak yang belum menikah dari anggota tersebut diatas, usia dibawah 21 tahun, atau dibawah usia 23 tahun jika mereka masih berstatus pelajar.

Kelayakan anggota untuk program TRICARE berakhir apabila mereka mencapai usia 65 tahun dan kemudian layak untuk program Medicare.

Kesimpulan

Paket khusus seperti asuransi obat resep dokter menyediakan cakupan tambahan yang penting untuk warga Amerika. Meskipun biaya medis meningkat, cakupan obat resep dokter sepertinya akan tetap menjadi komponen penting dari paket perawatan kesehatan. Obat resep dokter umumnya merupakan alternatif yang lebih tepat untuk perawatan di rumah sakit dan bentuk pengobatan medis lainnya. Meskipun tantangan tetap ada, paket perawatan kesehatan harus terus menyertakan terapi obat kedalam perawatan kesehatan secara menyeluruh untuk meyakinkan perawatan yang optimal. Paket khusus lainnya seperti perawatan mata dan *TRICARE Supplement* juga memegang peranan penting dalam menyediakan pilihan yang luas untuk cakupan perawatan kesehatan kepada warga Amerika

Istilah Penting

<i>Average wholesale price (AWP)</i>	<i>Food and Drug Administration (FDA)</i>	<i>Pharmacy benefit manager (PBM)</i>
<i>Brand-name drug/ obat paten</i>	<i>Generic drug/ obat generik</i>	<i>Pharmacy provider network/ jaringan apotik</i>
<i>Copayment</i>	<i>Generic substitution/ generik pengganti</i>	<i>Prescription drug/ obat yang diresepkan</i>
<i>Deductible</i>	<i>Mail-order pharmacy/ Pelayanan Pesan – Antar</i>	<i>Prescription drug order/ pemesanan obat yang diresepkan</i>
<i>Disease state management/ manajemen penyakit</i>	<i>Obat Lewat Pos</i>	<i>Prescription drug plan/ paket obat yang diresepkan</i>
<i>Dispense as written (DAW)</i>	<i>Maintenance drug</i>	<i>Therapeutic substitution/ terapi pengganti</i>
<i>Dispensing fee/ongkos penyaluran</i>	<i>Maximum allowable cost (MAC)</i>	<i>TRICARE supplement</i>
<i>Drug formulary/formularium obat</i>	<i>Over-the-counter (OTC) drug/ obat bebas terbatas</i>	<i>Vision care insurance/ asuransi perawatan mata</i>

Bab VIII

Pasar Asuransi Kesehatan Suplemen

Pendahuluan

Kesimpulan

Faktor-faktor untuk keberhasilan

Istilah-istilah penting

Pendahuluan

Perusahaan asuransi yang menjual produk di pasar asuransi kesehatan suplemen saat ini menawarkan kelompok produk beraneka ragam yang didistribusikan melalui agen langsung atau broker, pemotongan gaji, telemarketing, pasar asosiasi yang dikuasakan, dan penjualan *direct response*. Produk-produk ini dan teknik distribusinya dirancang untuk memenuhi berbagai kebutuhan konsumen.

Permintaan asuransi kesehatan suplemen tampak terus meningkat sejalan dengan kesenjangan yang terjadi dalam cakupan biaya medis perorangan dan kelompok yang terus naik. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh asosiasi Louis A. Harris pada tahun 1996 untuk *Center for Studying Health System Change*, 64% dari 5.111 responden dilaporkan bahwa biaya yang mereka keluarkan naik selama tiga tahun terakhir. 26% mengatakan bahwa biaya perawatan kesehatan keluarga mereka telah melampaui batas. Biaya yang dikeluarkan oleh 9 dari 10 responden meningkat.

Sementara permintaan untuk produk asuransi kesehatan suplemen terus meningkat, jumlah perusahaan asuransi di pasaran menurun berdasarkan dua faktor:

- adanya penggabungan (merger) perusahaan asuransi suplemen dalam persaingan usaha; dan
- perusahaan asuransi tradisional membangun blok bisnis untuk menghindari biaya dan waktu dari pengembangan produk baru mereka sendiri.

Perubahan Pasar dan Produk

Produk asuransi kesehatan suplemen dirancang untuk mengisi kesenjangan dalam cakupan asuransi kesehatan dasar untuk menyediakan perlindungan yang lebih luas terhadap resiko. Popularitas produk asuransi kesehatan suplemen diharapkan terus meningkat dan penjual asuransi akan terus mengembangkan produk baru untuk memenuhi permintaan konsumen. Persaingan di pasar suplemen akan mengakibatkan banyak perusahaan asuransi melakukan sesuatu untuk membuat produknya unik, baik dengan melalui rancangan produk, harga, *customer service*, atau pilihan lain yang mempunyai nilai tambah.

untuk digunakan sendiri - 124

Managed Care

Health maintenance organizations (HMOs) dan paket *managed care* lainnya telah berkembang sebagai reaksi dari tekanan pasar untuk mengurangi biaya perawatan kesehatan dan permintaan untuk pelayanan perawatan kesehatan. Ada banyak tingkatan *managed care* untuk produk asuransi biaya medis di pasaran dan banyak diantaranya mengandung biaya-biaya tak tercakup sebagaimana paket *indemnity* tradisional. Kesenjangan bahkan bisa lebih besar jika anggota memilih untuk menggunakan pelayanan perawatan kesehatan diluar jaringan paket.

Kesadaran konsumen meningkat tentang paket *managed care* yang mengemban tanggung jawab keuangan yang sama untuk biaya-biaya tak tercakup . Akibat dari tingginya kesadaran konsumen, lebih banyak orang memutuskan bahwa mereka membutuhkan cakupan asuransi kesehatan suplemen.

Manajemen Biaya

Teknik manajemen biaya, baik yang digunakan oleh HMOs atau paket *indemnity*, juga dapat menyebabkan peningkatan penjualan asuransi kesehatan suplemen. Contohnya, seperti teknik penghematan biaya, meningkatnya jumlah masa rawat inap yang pendek telah menjadi hal yang wajar. Perkembangan ini telah menaikkan kebutuhan terhadap asuransi *indemnity* rumah sakit, sebuah produk suplemen yang terkemuka.

Faktor lain yang telah membuka peluang pertumbuhan yang besar adalah banyaknya pengusaha yang merasa bahwa mereka telah mencapai batas dalam cara berapa banyak mereka dapat mengurangi biaya jaminan dan biaya pergeseran kepada karyawan mereka. Telah banyak pengusaha yang menawarkan paket yang lebih rendah, itu berarti lebih banyak kesenjangan yang dapat diisi oleh produk suplemen . Para pengusaha mengalihkan paket jaminan yang telah ditetapkan ke dalam paket kontribusi, sehingga karyawan dapat memilih jaminan mana yang mereka inginkan. Hal ini akan menekan biaya perusahaan sekaligus meningkatkan jangkauan produk asuransi suplemen untuk karyawan.

Suplemen Medicare

Paket suplemen medicare telah menjadi bagian yang kokoh dari pasar suplemen, tetapi perusahaan asuransi dapat melihat pasar yang stagnan atau bahkan pengurangan penjualan di masa depan. Bagian dari kecenderungan ini adalah akibat peraturan dan pilihan konsumen (perpindahan dari cakupan *indemnity* ke Medicare HMOs).

Dengan *Medicare+Choice* yang baru, pasar suplemen Medicare akan menghadapi meningkatnya tantangan dari HMOs, seperti lebih banyak orang yang berusia diatas 65 tahun mendaftar kedalam paket *managed care* ini untuk menghemat uang. Perusahaan asuransi kesehatan akan menghadapi tekanan yang lebih besar untuk berusaha mengimbangi lebih banyaknya penggunaan pelayanan kesehatan dipasar yang mengharapakan kualitas produk, harga yang terjangkau dan pelayanan konsumen diatas rata-rata.

Peraturan Federal dan Negara Bagian

Secara tradisional asuransi kesehatan telah diatur pada tingkat negara bagian, tetapi pada tahun-tahun terakhir ini pemerintahan federal telah memperluas peranannya dalam masalah asuransi. Saat ini, tidak ada peraturan federal yang melarang penjualan produk asuransi kesehatan suplemen kepada konsumen.

National Association of Insurance Commissioners (NAIC atau Asosiasi Nasional untuk Komisi Asuransi) akan meninjau ulang beberapa masalah berkaitan dengan produk asuransi suplemen, antara lain : rasio kerugian, penyajian, manfaat minimum, dan klasifikasi resiko. Masalah ini dapat menyebabkan perusahaan asuransi suplemen mengadakan perubahan pada produk, premi dan strategi pemasarannya.

Pengumpulan Data

Kemajuan dalam pengumpulan dan pengelolaan data akan memberikan metode pemasaran baru bagi perusahaan asuransi kesehatan suplemen. Contohnya, dengan adanya *database* yang lengkap mengenai konsumen yang potensial, perusahaan asuransi akan berada dalam posisi yang lebih baik untuk mengetahui siapakah yang menjadi calon untuk pemasaran masal. Perusahaan asuransi dapat mempelajari kebiasaan konsumen dalam membeli dan mengetahui siapa yang pernah membeli produk dan apakah mereka kemungkinan akan membeli produk lagi di masa yang akan datang.

Distribusi

Sehubungan dengan perubahan produk, pasar asuransi kesehatan suplemen akan mengalami perubahan dalam metode distribusi. Beberapa diantaranya adalah:

- *Payroll deduction* (pemotongan gaji). Pengusaha akan terus menawarkan paket asuransi kesehatan suplemen sukarela kepada karyawannya melalui pemotongan gaji, karena ini memungkinkan mereka untuk menyediakan paket jaminan yang luas tanpa biaya-biaya akibat paket yang dibayar oleh perusahaan.
- *Bank*. Sejalan dengan perluasan bank ke dalam pasar asuransi, konsumen akan lebih sadar tentang luasnya produk kesehatan suplemen, yang akan menyebabkan perluasan pasar lebih lanjut untuk perusahaan asuransi. Banyak perusahaan asuransi dan bank menjalin kerjasama untuk memperoleh keuntungan dari kekhususan masing-masing, sambil menggabungkan basis konsumen yang lebih luas dari kedua industri tersebut.
- *Internet*. Internet telah mulai digunakan untuk penjualan produk suplemen. Dengan bertambahnya orang yang memiliki akses dan data yang dikumpulkan mengenai siapa mereka dan bagaimana mereka membuat keputusan untuk membeli, internet akan mampu menjangkau konsumen dan memenuhi kebutuhan mereka.

Faktor-Faktor Untuk Keberhasilan

Tidak ada satu pun model untuk keberhasilan, akan tetapi prinsip dasar bisnis untuk perusahaan yang berhasil adalah selalu waspada dan sadar akan perubahan yang terjadi di

wilayah pasarnya. Faktor-faktor berikut ini menunjukkan hal-hal penting dari upaya pemasaran yang sukses:

- *Affordable products.* (produk yang terjangkau). Walau bagaimanapun baiknya sebuah produk asuransi, ia harus dapat dibeli dan memberikan keuntungan kepada tertanggung.
- *Consumer awareness.* (kesadaran konsumen). Yakinkan bahwa konsumen yang potensial menyadari kebutuhan terhadap produk perusahaan.
- *Know your market.* (ketahui pasar anda). Produk suplemen harus dirancang dan dipasarkan untuk memenuhi kebutuhan konsumen yang baru dan yang potensial. Perusahaan asuransi harus menargetkan produk yang tepat kepada konsumen yang tepat.
- *Distribution.* (Distribusi). Perusahaan yang sukses akan memenuhi kebutuhan konsumennya dengan metode distribusi yang tepat.
- *Customer Service.* (Pelayanan konsumen). Konsumen menginginkan perhatian pribadi dalam memenuhi kebutuhan asuransi kesehatan suplemen mereka dan perusahaan harus mempelajari bagaimana menyediakan pelayanan dengan cara yang efektif.
- *Access customer data.* (Akses untuk data konsumen). Menemukan data yang tepat untuk meningkatkan proses penjualan dan membantu meningkatkan keuntungan.
- *Flexibility.* (Fleksibilitas). Kebutuhan konsumen sebuah perusahaan berubah setiap waktu, dan perusahaan asuransi yang berhasil harus berubah untuk memenuhi kebutuhan konsumen yang baru dan yang berbeda.
- *Develop critical mass.* (publik kritis yang berkembang). Perusahaan yang sukses akan senantiasa mengembangkan atau mendapatkan produk baru atau mengambil cakupan yang dimiliki oleh perusahaan lain tetapi tidak diinginkannya lagi.
- *Think globally.* (Berpikir secara global). Pasar untuk produk suplemen berkembang di Amerika Serikat; kesempatan saat ini ada di Jepang dan Kanada.

Kesimpulan

Pasar asuransi kesehatan suplemen diseimbangkan untuk menghadapi pasar yang bergairah dan berubah-ubah. Perusahaan yang menyediakan produk yang terjangkau yang dapat memenuhi kebutuhan konsumennya, akan terus berkembang dan mendominasi pasar.

Istilah Penting

Banks/Bank	Loss ratio/resiko kerugian	Payroll
Defined contribution (plans)/ Paket kontribusi	Managed care	deduction/pemotongan gaji
Distribution methods/metode distribusi	Medicare supplement	Risk classification / klasifikasi resiko
Employee benefits/manfaat untuk karyawan	National Association of Insurance Commissioners (NAIC)	Supplemental health insurance/asuransi kesehatan suplemen
Health maintenance organizations (HMOs)		
Internet		

Lampiran E

PERNYATAAN PENGUNGKAPAN UNTUK PENERIMA MANFAAT MEDICARE

Pemberitahuan Penting tentang Medicare – Ini Bukan Asuransi Suplemen Medicare

Beberapa pelayanan kesehatan yang dibayar Medicare bisa memicu pembayaran manfaat di dalam polis ini.

Jika anda memenuhi persyaratan polis, asuransi ini menyediakan manfaat yang terbatas untuk biaya rumah sakit atau medis hanya ketika anda dirawat untuk salah satu penyakit atau kondisi tertentu yang tercantum di dalam polis. Asuransi ini tidak membayar *deductibles* Medicare atau *coinsurance*, dan bukan merupakan pengganti untuk asuransi Medicare Suplemen.

Pada umumnya, Medicare membayar sebagian besar atau semua biaya ini.

Medicare membayar manfaat yang luas untuk pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa memperhatikan alasan kebutuhan anda. Ini termasuk:

- Rawat inap
- Pelayanan dokter
- Rumah perawatan
- Item dan layanan lain yang disetujui

Polis ini harus membayar manfaat tanpa memperhatikan cakupan manfaat kesehatan lain yang anda mungkin berhak di bawah Medicare atau asuransi yang lainnya.

Sebelum Anda Membeli Asuransi Ini

- Periksa cakupan dalam **semua** asuransi kesehatan yang sudah anda miliki.
- Untuk informasi lebih lanjut tentang Medicare dan asuransi Suplemen Medicare, tinjaulah *Guide to Health Insurance for People with Medicare*, yang tersedia dari perusahaan asuransi.
- Untuk bantuan dalam pemahaman asuransi kesehatan anda, hubungi departemen asuransi daerah anda atau program konseling senior daerah.

Daftar Istilah

A

ACCIDENT (Kecelakaan) Peristiwa yang tidak diperkirakan, tiba-tiba, dan tidak disengaja.

ACCIDENT DISABILITY INSURANCE Jenis asuransi kecacatan yang menyediakan pembayaran kepada tertanggung hanya jika terjadi kecacatan yang diakibatkan oleh kecelakaan

ACCIDENT INSURANCE (Asuransi Kecelakaan) Jenis asuransi kesehatan yang mengasuransikan terhadap luka atau sakit yang disebabkan oleh kecelakaan.

ACCIDENT HOSPITAL INDEMNITY INSURANCE Jenis asuransi medis akibat kecelakaan yang menyediakan pembayaran kepada tertanggung atau penerima manfaat sejumlah tetap uang harian untuk rawat inap di rumah sakit dan manfaat kematian akibat kecelakaan (lihat Accident Medical Insurance)

ACCIDENT MEDICAL INSURANCE Jenis asuransi kecelakaan yang menjamin perawatan medis jika terjadi luka akibat kecelakaan, termasuk biaya pelayanan dirumah sakit, dokter, perawat dan laboratorium.

ACCIDENTAL BODILY INJURY (Luka tubuh yang tidak disengaja) Luka atau sakit yang disebabkan oleh kecelakaan.

ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT INSURANCE (AD&D) [Asuransi Kematian dan Kecacatan yang Disebabkan oleh Kecelakaan] Suatu bentuk asuransi kesehatan dan kecelakaan yang menyediakan pembayaran pada ahli waris tertanggung jika terjadi kematian atau kehilangan suatu anggota badan yang disebabkan oleh kecelakaan.

ACCIDENT DEATH BENEFIT Manfaat yang membayarkan sejumlah uang sekaligus jika terjadi kematian pada tertanggung akibat langsung dari kecelakaan (See Principal Sum Payment)

ACCIDENT MEANS Kecelakaan yang tidak direncanakan dan tak terduga. Istilah “mean” artinya yang menyebabkan kejadian tak terduga itu adalah kecelakaan dalam rangka pengajuan klaim sesuai polis.

ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL) / aktivitas sehari-hari

Aktivitas tertanggung diluar lingkungan pekerjaan, seperti mobilitas, kebersihan pribadi, berpakaian, tidur, dan makan, Termasuk keterampilan yang dibutuhkan untuk hidup diantara masyarakat umum atau sosial

ACTUARY (Aktuaris) Ahli matematika asuransi yang terakreditasi yang bertugas menghitung tarif premi, dividen, dan cadangan, serta menyiapkan penelitian dan laporan statistikal.

ADVERSE SELECTION (Seleksi bias) Tindakan individu yang dilakukan untuk dirinya sendiri atau orang lain, yang dimotivasi langsung atau tidak langsung untuk mendapatkan keuntungan finansial dari sistem klasifikasi resiko.

AGENT (Agen) Representatif perusahaan asuransi yang memiliki lisensi dari Negara bagian (di Amerika) yang bertugas mensahkan, bernegosiasi, atau memberlakukan kontrak asuransi, dan melayani pemegang polis untuk perusahaan asuransi.

ALL CAUSE DEDUCTIBLE Ketentuan polis dimana jumlah deductible dipenuhi oleh akumulasi semua pengeluaran yang eligible untuk berbagai variasi klaim yang tertutupi.

ALLOCATED BENEFITS (Alokasi Manfaat) Manfaat dimana jumlah maksimum yang dapat dibayar untuk pelayanan tertentu disebutkan per item dalam kontrak.

APPROVED AMOUNT Adalah sejumlah pembayaran yang layak yang ditetapkan oleh Medicaer untuk pelayanan yang dijamin oleh Medicare part B . Jumlah pembayaran tersebut biasanya lebih rendah dari tarif aktual.

ASSOCIATION GROUP INSURANCE Suatu bentuk asuransi kumpulan yang disediakan untuk asosiasi dagang atau profesi dimana para anggota asosiasi yang layak, dapat dijamin dalam satu master polis.

ATTAINED-AGE RATE Tarif yang dihitung berbasis saat usia tertanggung. Tarif akan terus naik sesuai dengan penambahan usia tertanggung.

AVERAGE WHOLESALE PRICE (AWP) Harga yang ditetapkan oleh produsen untuk sebuah jenis obat.

B

BENEFICIARY Seorang atau beberapa orang yang ditunjuk oleh pemegang polis untuk menerima manfaat / hasil polis asuransi.

BENEFICIARY DESIGNATION Penerima manfaat/ahli waris yang ditunjuk untuk menerima manfaat kematian akibat kecelakaan, jika terjadi kematian terhadap tertanggung.

BENEFIT (Manfaat) Jumlah yang dapat dibayar oleh perusahaan asuransi kepada seorang pengaju klaim/tertanggung, yang ditunjuk, atau ahli waris tertanggung untuk setiap jaminan yang ada pada kontrak kumpulan.

BENEFIT PERIOD (Periode Manfaat) 1) Periode dimana manfaat dapat dibayar sesuai kontrak asuransi. 2) Metode dalam menentukan penggunaan manfaat fasilitas rumah sakit atau *nursing facility* oleh tertanggung yang dijamin Medicare. Hal ini dimulai pada saat tertanggung rawat inap dirumah sakit dan berakhir setelah 60 hari tertanggung keluar rumah sakit. Tidak ada batasan jumlah periode manfaat yang dapat digunakan oleh tertanggung.

BENEFIT PROVISION (Ketentuan Manfaat) Perjanjian yang dibuat oleh perusahaan asuransi, dijelaskan dengan terperinci dalam kontrak.

untuk digunakan sendiri - 130

BENEFIT WAITING PERIOD Periode waktu yang harus dilalui sebelum manfaat dapat dibayar dalam kontrak asuransi kelompok.

BODILY INJURY Luka pada tubuh sebagai akibat langsung kecelakaan dan tidak karena sebab apapun.

BRAND NAME DRUG Obat yang disetujui oleh FDA untuk pengobatan kondisi medis tertentu.

BROKER (Perantara) Orang yang diizinkan oleh Negara bagian (di Amerika) untuk melakukan bisnis dengan beberapa perusahaan asuransi dan mewakili pembeli asuransi dan bukan perusahaan asuransi walaupun diberi komisi oleh perusahaan asuransi.

C

CALENDAR YEAR 1 Januari sampai 31 Desember.

CALENDAR INSURANCE (Lihat asuransi penyakit khusus)

CAPITAL SUM PAYMENT Sejumlah pembayaran dibawah polis ketidakmampuan/kelumpuhan (dismemberment polish) untuk kehilangan anggota tubuh akibat kecelakaan .

CARRIER Istilah yang kadang digunakan untuk mengidentifikasi pihak (perusahaan asuransi) pada kontrak kelompok yang setuju untuk menilai resiko (menanggung resiko) dan menyediakan tipe jaminan dan pelayanan tertentu.

CIVILIAN HEALTH AND MEDICAL PROGRAM OF THE UNIFORMED SERVICES (CHAMPUS) Program pemerintah federal Amerika yang menyediakan maslahat dengan urun biaya untuk anggota keluarga dan ahli waris yang ditinggal mati dari pegawai federal yang aktif dan untuk pensiunan dengan anggota keluarganya dan ahli warisnya.

CLAIM (Klaim) Permintaan yang diajukan kepada perusahaan asuransi oleh atau atas nama tertanggung/pemegang asuransi untuk pembayaran manfaat dibawah polis.

CLAIMANT (Pengaju klaim) Tertanggung/Pemegang asuransi atau penerima manfaat/ahliwaris yang berhak menerima manfaat.

CLASS (Kelas) Kategori dimana tertanggung/pemegang asuransi ditempatkan untuk menentukan jumlah cakupan untuk manfaat yang eligible dibawah polis.

COINSURANCE Perjanjian antara perusahaan asuransi dengan pemegang asuransi untuk menanggung persentase tertentu kerugian yang dijamin setelah deductible dibayar.

COMISSION (Komisi) Bagian dari premi asuransi yang dibayar perusahaan asuransi kepada seorang agen atau broker untuk mendapatkan dan melayani klien asuransi.

untuk digunakan sendiri - 131

COMMUNITY RATING Suatu cara perhitungan tarif premi untuk resiko kumpulan Tarif tersebut berdasarkan sebagian atau sepenuhnya pengalaman sebelumnya dari kumpulan/komunitas tersebut.

COORDINATION OF BENEFITS, COB (Koordinasi Manfaat) Metode penggabungan manfaat yang dapat dibayar dibawah satu atau lebih paket asuransi kesehatan kelompok agar manfaat kepada tertanggung/pemegang asuransi dari semua sumber tidak lebih dari 100% dari pengeluaran medis yang eligible.

COVERAGE Klasifikasi utama manfaat-manfaat yang diberikan oleh polis, atau sejumlah manfaat asuransi yang dinyatakan dalam polis kepada seorang tertanggung/pemegang asuransi yang eligible.

COVERED CHARGES Tagihan untuk perawatan atau alat medis, yang jika diajukan/terjadi pada seorang pemegang asuransi atau tertanggung lain, menimbulkan liabilitas/kewajiban bagi perusahaan asuransi dibawah persyaratan polis kelompok.

COVERED EXPENSES Semua biaya perawatan kesehatan tertentu dimana sebuah perusahaan asuransi akan mempertimbangkan pembiayaan/pembayarannya dibawah persyaratan polis asuransi kesehatan.

COVERED PERSON Siapa saja yang berhak atas manfaat yang ada dalam polis (tertanggung/pemegang asuransi atau tanggungan yang tercakup).

CREDIT DISABILITY INSURANCE Asuransi yang menyediakan manfaat untuk membayar pinjaman /loan apabila tertanggung menjadi tidak mampu karena sebab apapun.

CRITICAL ILLNESS INSURANCE (lihat asuransi penyakit khusus)

D

DAILY BENEFIT (Manfaat Harian) Jumlah maksimum harian tertentu yang dapat diberikan untuk tagihan kamar dibawah polis manfaat rumah sakit atau medis utama.

DEATH BENEFIT Pembayaran yang diberikan kepada ahliwaris tertanggung jika terjadi kematian pada tertanggung.

DEDUCTIBLE Sejumlah biaya jaminan yang harus dibayar oleh tertanggung/pemegang asuransi sebelum manfaat bisa dibayar oleh perusahaan asuransi.

DENTAL INSURANCE Asuransi yang menyediakan manfaat dengan memberlakukan *deductible*, *coinsurance* dan spesifikasi polis lainnya untuk biaya-biaya yang terjadi yang berhubungan dengan perawatan dan penyakit gigi. Polis ini dapat terintegrasi dengan polis medis utama atau berdiri sendiri.

untuk digunakan sendiri - 132

DEPENDENT Pasangan pemegang asuransi (suami atau istri), yang tidak terpisah secara resmi dari pemegang asuransi, dan anak (-anak) yang belum menikah yang memenuhi persyaratan tertentu dan yang tidak terasuransi dibawah polis kelompok yang sama. Definisi tepat tentang dependent/tanggungannya bervariasi antar perusahaan asuransi.

DESIGNATED BENEFICIARY Seseorang atau pihak ahli waris yang ditunjuk oleh tertanggung / pemegang asuransi untuk menerima hasil polis asuransi jika terjadi kematian pada tertanggung/pemegang asuransi .

DIAGNOSIS Istilah untuk suatu perangai dan keadaan dari suatu kondisi penyakit.

DIAGNOSIS BENEFIT Dalam asuransi penyakit tertentu, sejumlah pembayaran dilakukan oleh perusahaan asuransi kepada pengaju klaim/tertanggung jika diagnosa atau kondisi penyakit dijamin.

DISABILITY (Disabilitas) Kondisi fisik dan mental yang membuat pemegang polis tidak mampu melaksanakan satu atau lebih tugasnya atau pekerjaannya atau, untuk disabilitas total, untuk pekerjaan apapun.

DISMEMBERMENT Kehilangan anggota tubuh atau penglihatan karena kecelakaan.

DRUG FORMULARY Sebuah daftar obat resep dokter yang umum digunakan serta terbukti aman dan efektif dalam pengobatan untuk kondisi medis tertentu.

E

EFFECTIVE DATE (Tanggal Efektivitas) Tanggal cakupan asuransi efektif/berlaku.

ELIGIBILITY DATE (Tanggal Eligibilitas) Tanggal dimana seorang anggota kelompok yang terasuransi boleh mengajukan menjadi anggota asuransi pada kelompoknya.

ELIGIBILITY REQUIREMENTS (Persyaratan Eligibilitas) Persyaratan underwriting yang harus dipenuhi pendaftar untuk mendapatkan asuransi.

ELIGIBLE EMPLOYEE (Karyawan yang eligible) Karyawan yang telah memenuhi persyaratan untuk dapat ikut/diberlakukan dalam polis kelompok.

ELIGIBLE GROUP (Kelompok yang Eligible) Sekelompok orang yang diizinkan oleh hukum asuransi Negara bagian (di Amerika) dan praktisi underwriting perusahaan asuransi, agar tercakup oleh polis kelompok; biasanya termasuk kelompok pemilik perusahaan individual, kelompok multiple employer, kelompok organisasi buruh, serta kelompok asosiasi tertentu.

ELIGIBLE MEDICAL EXPENSE (Biaya Medis yang Memenuhi Syarat) Istilah yang menggambarkan bermacam-macam tipe pengeluaran yang dijamin polis. Ketentuan yang menjelaskan pengeluaran sejenis ini umumnya memiliki batasan-batasan yang diterapkan untuk pengeluaran tertentu.

untuk digunakan sendiri - 133

ELIMINATION PERIOD (Periode Eliminasi) Jumlah hari tertentu pada awal tiap periode disabilitas dimana tidak ada manfaat pendapatan disabilitas yang dibayar.

EMPLOYEE-PAY-ALL PLAN Paket kelompok dimana para tertanggung atau karyawan membayar seluruh premi asuransinya.

ENDODONTIC SERVICES Pelayanan gigi berkaitan dengan diagnosa dan perawatan penyakit ampas gigi dan area disekeliling ujung akar gigi.

EXCESS CHARGE Selisih antara jumlah yang disetujui Medicare untuk pelayanan atau peralatan dengan tarif aktual.

EXCLUSIONS/EXCEPTIONS (Eksklusi, Pengecualian) Kondisi-kondisi atau sirkumstansi tertentu yang tertulis dalam polis, dimana polis tidak memberikan manfaat.

EXCLUSIVE PROVIDER ORGANIZATION (EPO) Suatu bentuk dari managed care dimana partisipannya hanya akan mendapat penggantian untuk perawatan yang diterima dari provider yang terafiliasi.

EXPERIENCE RATING Proses penentuan tarif premi untuk resiko kelompok sebagian atau sepenuhnya berdasarkan pengalaman resiko tersebut

EXTENDED CARE BENEFITS Menyediakan manfaat lanjutan untuk rawat inap di fasilitas non rumah sakit . Manfaat termasuk pelayanan keluarga, hospice care dan perawatan kesehatan dirumah.

EXTENDED CARE FACILITY Adalah istilah yang digunakan untuk menjelaskan rawat inap, fasilitas perawatan non acute seperti nursing home.

F

FEE-FOR-SERVICE (Honor untuk Pelayanan) Metode penagihan untuk tiap kunjungan atau pelayanan dokter atau pelayanan lain yang diberikan.

FEE SCHEDULE (daftar honor/tarif) maksimum USD atau dana unit untuk pelayanan kesehatan yang berlaku dibawah kontrak tertentu.

FILING Penyerahan formulir polis asuransi untuk persetujuan pada departemen asuransi di daerah ia akan diterbitkan.

FIRST-DAY COVERAGE Polis asuransi yang menyediakan cakupan dari hari pertama terjadinya ketidak mampuan atau cacat , rawat inap dirumah sakit atau perawatan medis tanpa *elimination period* atau *deductible*. Merupakan karakteristik dari paket suplemen.

FIRST-DOLLAR COVERAGE Polis rumah sakit atau bedah tertentu tanpa jumlah deductible.

FRANCHISE INSURANCE Kontrak-kontrak asuransi individual yang diberikan kepada anggota kelompok tertentu (seperti karyawan perusahaan yang sama atau anggota sebuah asosiasi) dengan perjanjian yang mirip kelompok dimana pemberi kerja atau anggota asosiasi setuju dalam mengumpulkan premi dan membayarkannya kepada perusahaan asuransi.

G

GENERIC DRUG Obat dengan kandungan aktif yang sama dengan obat patennya.

GENERIC SUBSTITUTION Sebuah provisi paket obat resep dokter yang men-syaratkan bahwa obat paten diganti dengan obat generic jika FDA menyetujui bahwa obat generic dengan jenis itu tersedia.

GROUP INSURANCE (Asuransi Kelompok) Perjanjian untuk mengasuransikan sejumlah orang dibawah satu master polis asuransi.

GROUP POLICYHOLDER (Pemegang Polis Kelompok) Pihak resmi dimana master polis diterbitkan.

GUARANTEED RENEWABLE POLICY (Polis yang dijamin dapat diperbaharui)

Kontrak dimana seorang pemegang asuransi berhak, hingga usia tertentu, melanjutkan polis yang sedang berlaku dengan pembayaran premi yang tepat waktu. Namun, perusahaan asuransi-lah yang berhak mengganti tarif premi sesuai kelas polis.

H

HEALTH INSURANCE (Asuransi Kesehatan) Cakupan yang memberikan pembayaran manfaat-manfaat sebagai akibat dari penyakit atau kecelakaan. Termasuk asuransi untuk kerugian-kerugian dari kecelakaan, biaya medis, disabilitas, atau kematian karena kecelakaan serta cacat.

HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION (HMO) Organisasi yang memberikan pelayanan medis komprehensif yang cukup luas bagi kelompok tertentu selama periode prepayment tertentu.

HOME HEALTH CARE (Perawatan Kesehatan Rumah) Pelayanan kesehatan komprehensif yang secara medis dibutuhkan oleh seorang pasien dirumahnya dan diberikan oleh organisasi penyedia yang diakui.

HOSPITAL INDEMNITY INSURANCE (Asuransi Indemnitas rumah sakit) Bentuk asuransi kesehatan yang memberikan pembayaran harian, mingguan, atau bulanan yang telah ditentukan kepada seorang pemegang asuransi selama rawat inap, tanpa memperdulikan pengeluaran yang sebenarnya dari rawat inap.

untuk digunakan sendiri - 135

HOSPITAL MISCELLANEOUS SERVICES Pelayanan selain kamar rawat inap serta pelayanan umum oleh perawat yang disediakan oleh rumah sakit selama dirawat inap seperti pemeriksaan X-ray , pemeriksaan laboratorium dan obat-obatan.

I

INDEMNITY Manfaat yang dibayar oleh polis asuransi untuk kerugian yang tercakup.

INDIVIDUAL INSURANCE (Asuransi Individu) Polis-polis yang memberikan perlindungan kepada pemegang polis dan/atau keluarganya. Kadangkala disebut asuransi pribadi untuk dibedakan dari asuransi kelompok.

IN FORCE Volume total asuransi aktif yang mencakup tenaga kerja pada waktu kapanpun (diukur dalam istilah kasus, keaktifan, jumlah [volume] asuransi, atau premi).

INJURY Kerusakan tubuh yang didapat ketika polis asuransi kesehatan tertentu berlaku. Tidak termasuk cakupan yang disebabkan oleh kesehatan yang tidak nampak atau pre-existing condition yang dapat memperluas kerugian

INSURABLE RISK Kondisi-kondisi yang membuat resiko dapat diterima adalah: (a) bahaya yang ditanggung asuransi harus menghasilkan kerugian tertentu yang tidak dikontrol pemegang asuransi; (b) Harus ada jumlah besar pengeluaran yang terpengaruh bahaya yang sama; (c) Kerugian harus dapat dihitung dan ongkos mengasuransikannya harus feasible; (d) Bahaya tersebut tidak boleh mempengaruhi semua pemegang asuransi secara bersama; serta (e) Kerugian yang dihasilkan oleh sebuah resiko harus pasti dan memiliki potensi serius secara finansial.

INSURANCE (Asuransi) Sebuah paket manajemen resiko yang dengan harga tertentu, menawarkan pemegang asuransi kesempatan untuk membagi biaya dari kemungkinan kerugian ekonomis melalui sebuah badan yang disebut perusahaan asuransi.

INSURANCE COMPANY (Perusahaan Asuransi) Perusahaan yang usaha utamanya adalah menyediakan perlindungan asuransi kepada masyarakat.

INSURED (Pemegang Asuransi) Orang dan tanggungannya yang tercakup asuransi dibawah sebuah polis dan kepada siapa atau atas nama siapa, perusahaan asuransi setuju untuk membayar manfaat.

INSURER Pihak yang dalam kontrak asuransi berjanji untuk membayar kerugian atau manfaat. Juga, perusahaan apapun yang usaha utamanya adalah menyediakan perlindungan asuransi kepada masyarakat.

J

JOINT BENEFICIARY Seseorang atau pihak yang secara hukum memenuhi syarat untuk ikut serta meneruskan polis asuransi.

untuk digunakan sendiri - 136

L

LIMITATION (Limitasi) Ketentuan yang menentukan cakupan tertentu.

LIMITED POLICY (Polis terbatas) Polis yang mencakup hanya kecelakaan atau sakit tertentu saja.

LIMITING CHARGE Jumlah maksimum yang dapat ditagih oleh seorang dokter kepada tertanggung, jika dokter tidak mendapat penugasan dari asuransi Medicare Bagi dokter yang tidak termasuk jaringan batasan maksimum adalah 15% diatas daftar tarif.

LONG-TERM CARE Perawatan kesehatan dan pribadi jangka panjang, termasuk bantuan hidup sederhana hingga perawatan intensif di rumah perawatan (*skilled nursing facility*), untuk orang tua atau cacat.

LOSS (1) Jumlah asuransi atau manfaat dimana perusahaan asuransi bertanggung jawab ketika peristiwa yang diasuransikan terjadi; (2) peristiwa yang diasuransikan terjadi.

LOSS RATIO Rasio klaim yang diajukan terhadap premi (klaim yang diajukan dibagi premi yang diperoleh).

M

MAIL ORDER PHARMACY Program yang populer yang memberikan diskon besar bagi resep dokter yang dikirim melalui pos.

MAJOR MEDICAL EXPENSE INSURANCE (Asuransi Biaya Medis Utama) Suatu bentuk dari asuransi kesehatan yang menyediakan manfaat untuk sebagian besar biaya medis hingga manfaat maksimum tinggi. Kontrak-kontrak seperti itu mungkin akan memiliki limit internal dan biasanya dikenakan *deductible* dan *coinsurance*.

MANAGED CARE Istilah yang digunakan untuk menggambarkan koordinasi keuangan dan ketentuan perawatan kesehatan untuk menghasilkan perawatan kesehatan yang berkualitas tinggi dengan basis yang *cost-effective*.

MANDATED BENEFITS (Manfaat-manfaat yang diwajibkan) Cakupan tertentu yang diwajibkan oleh pemerintah daerah terdapat dalam kontrak asuransi kesehatan.

MAXIMUM BENEFIT (Manfaat maksimum) Batas maksimum lamanya waktu untuk benefit yang dapat dibayar selama satu periode disabilitas.

MAXIMUM BENEFIT PERIOD Batas waktu maksimum untuk benefit yang dapat dibayar selama satu periode.

MAXIMUM DAILY HOSPITAL BENEFIT (Manfaat maksimum harian rumah sakit harian) Jumlah maksimum yang dapat dibayar untuk biaya kamar rumah sakit setiap hari rawat inap rumah sakit.

untuk digunakan sendiri - 137

MEDICAL SAVING ACCOUNTS (MSAS) Suatu bentuk asuransi kesehatan indemnitas yang mengkombinasikan deductible yang tinggi dengan rekening tabungan. Tabungan dari deductible yang tinggi ini disimpan dalam rekening tabungan untuk membiayai pelayanan medis rutin, asuransi kesehatan dengan deductible yang tinggi menjamin biaya diatas *deductible*, dan pada akhir tahun, konsumen dapat menggunakan sisa dana di dalam rekening.

MEDICARE Program pemerintah yang memberikan manfaat rumah sakit (*Medicare Part A*) dan manfaat medis (*Medicare Part B*) untuk orang yang berusia 65 tahun atau seseorang yang layak untuk medicare.

MEDICARE ASSIGNMENT Adalah kesepakatan dimana dokter umum atau rekanan medis setuju menerima sejumlah pembayaran yang disetujui *Medicare* untuk konsultasi, perawatan dan pelayanan penunjang yang tercakup dalam *Medicare part B*.

MEDICARE+CHOICE Program *Medicare* paket C adalah program asuransi kesehatan *Medicare* swasta, termasuk *Medicare* tradisional dengan pembayaran *fee for service*, koordinasi program kesehatan termasuk *HMOs* dan *PPOs* dan program suplemen swasta *fee for service*, Tersedia untuk individu yang eligible pada *Medicare part A* dan menjadi peserta *Medicare part B*.

MEDICARE SELECT Sama dengan paket *Medicare* supplement standar, kecuali rumah sakit tertentu dan pada beberapa kasus harus menggunakan dokter umum kecuali keadaan darurat/emergency mendapat manfaat penuh.

MEDIGAP Produk asuransi swasta sebagai manfaat suplemen asuransi pemerintah dibawah Medicare. Juga disebut MedSup.

MISCELLANEOUS EXPENSE Biaya yang berhubungan dengan asuransi perawatan di rumah sakit, yaitu biaya rumah sakit selain kamar, seperti X-rays, obat, laboratorium dan penggunaan kamar bedah

MISCELLANEOUS HOSPITAL EXPENSE BENEFIT Adalah provisi polis yang menyediakan manfaat untuk biaya pelayanan dan penunjang yang penting dirumah sakit seperti X-ray, pemeriksaan laboratorium obat-obatan, perlengkapan bedah, anastesi dan penggunaan kamar bedah

MORBIDITY (Morbidity) Frekuensi dan severitas penyakit dan kecelakaan dalam kelompok tertentu atau kelompok perorangan.

MORTALITY (Mortalitas) Tingkat kematian dalam sekelompok orang seperti yang ditentukan dari pengalaman sebelumnya.

untuk digunakan sendiri - 138

N

NATIONAL ASSOCIATION OF INSURANCE COMMISSIONERS, NAIC (Organisasi Komisioner Asuransi Nasional) Organisasi nasional petugas Negara Bagian yang bertugas membuat peraturan asuransi. Dibentuk untuk mempromosikan keseragaman peraturan asuransi nasional. Tidak memiliki kekuasaan resmi, tetapi sangat berpengaruh.

NONCANCELLABLE POLICY Sebuah kontrak dimana tertanggung dapat terus berlanjut dengan pembayaran premi yang ditetapkan dan dibayar tepat waktu hingga paling tidak usia 50 tahun, atau jika polis dibuat pada usia 44 tahun, untuk paling sedikit 5 tahun dari tanggal berlakunya. Perusahaan asuransi tidak boleh merubah secara sepihak ketentuan kontrak apapun pada polis yang sedang berlaku, termasuk tarif premi.

NONINTEGRATED PLAN Sebuah paket suplemen (contoh: perawatan gigi) dibuat secara terpisah (tidak terintegrasi) dari cakupan lainnya

NONMEDICAL-RELATED EXPENCES Biaya yang cukup besar terkait dengan sakit atau penyakit serius yang tidak berhubungan langsung dengan cakupan dan ketentuan untuk perawatan medis dibawah polis penyakit tertentu (contoh : transportasi untuk mendapatkan pengobatan yang tepat, diet khusus, kehilangan penghasilan, peratan anak)

NONOCCUPATIONAL INSURANCE Asuransi yang tidak menyediakan manfaat untuk kecelakaan atau sakit yang terjadi akibat pekerjaan seseorang.

NONRENEWABLE POLICY Polis yang diterbitkan untuk satu periode yang dirancang untuk mencakup tertanggung selama satu periode resiko jangka pendek.

NOTICE OF CLAIM Pemberitahuan tertulis kepada perusahaan asuransi oleh tertanggung yang mengklaim kerugian yang tercakup.

O

OCCUPATIONAL RATE Variasi premi berdasarkan kelas pekerjaan, karena perbedaan antara kecelakaan akibat pekerjaan dan penyakit/ sakit akibat kerja.

OPEN ENROLLMENT Waktu dimana karyawan yang tidak terasuransi dan/atau tanggungan mereka bisa mendapatkan cakupan pada paket kelompok yang ada, dan penerima manfaat *Medicare* dapat memperoleh cakupan dari paket suplemen *Medicare* apa saja, tanpa menyerahkan bukti asuransibilitas. Berbeda dengan perubahan aplikasi dalam jumlah yang kecil tidak dibutuhkan.

OPTIONAL RENEWABLE POLICY Kontrak asuransi kesehatan dimana perusahaan memiliki hak untuk menterminasi cakupan pada ulang tahun polis kapanpun, atau dalam beberapa kasus, pada tanggal pembayaran premi kapanpun.

ORAL SURGICAL SERVICE Pelayanan gigi berhubungan dengan manajemen pembedahan dan diagnosa penyakit mulut, luka dan kerusakan pada rahang.

untuk digunakan sendiri - 139

ORTHODONTIC RATE Pelayanan gigi yang berhubungan dengan pencegahan dan perawatan perbaikan untuk ketidakaturan pada kerataan gigi.

OUT-OF-POCKET EXPENSE Pengeluaran biaya medis yang harus dibayar bertanggung sendiri karena tidak tercakup dalam kontrak kelompok.

OVER-THE-COUNTER (OTC) DRUG Persetujuan pengobatan dari FDA yang dipertimbangkan akan aman dan efektif untuk pengobatan sendiri. Obat OTC (Over The Counter/ obat bebas terbatas) tersedia atau dapat dibeli tanpa resep .

P

PARTICIPATION PHYSICIAN Seorang dokter atau penyedia pelayanan medis yang setuju menerima penugasan untuk semua klaim dari Medicare.

PATENT Sebuah hak khusus untuk memproduksi produk dalam waktu beberapa tahun.

PER CAUSE DEDUCTIBLE Sejumlah biaya tetap yang harus dibayar bertanggung terhadap biaya medis yang terjadi pada setiap kasus sakit yang memenuhi syarat sebelum perusahaan asuransi membayar manfaat apapun .

PER DIEM COST (Per diem) Secara harafiah, berarti biaya per hari. Istilah yang digunakan untuk menentukan biaya per hari pelayanan dan merupakan rata-rata biaya yang tidak mencerminkan biaya sesungguhnya untuk setiap pasien.

PERIODONTIC SERVICES Pelayanan gigi berhubungan dengan preventif, diagnosa dan perawatan struktur yang umum pada gusi dan sekitarnya untuk menunjang gigi.

PHARMACY PROVIDER NETWORK Sebuah kelompok jaringan apotik yang melakukan kontrak kerjasama dengan program asuransi kesehatan untuk melayani obat yang diresepkan bagi tertanggung dengan tarif yang disetujui.

POINT-OF-SERVICE (POS) PROGRAM Metode pelayanan perawatan kesehatan yang ditawarkan sebagai pilihan paket indemnitas pemberi kerja. Dibawah program seperti itu, para karyawan mengkoordinasikan keperluan perawatan kesehatan mereka melalui seorang dokter umum.

POLICY (Polis) Dokumen yang berisi kontrak asuransi.

POLICYHOLDER (Pemegang Polis) Sebuah institusi legal kepada siapa perusahaan asuransi menerbitkan kontraknya

PORTABILITY Sebuah polis asuransi dengan kualitas yang dirancang untuk mengizinkan karyawan bertanggung untuk mengakumulasi dan memindahkan manfaat asuransi mereka dari satu pemberi kerja ke pemberi kerja lainnya, atau dari pemberi kerja ke non group atau polis individu/perorangan.

untuk digunakan sendiri - 140

PRE-EXISTING CONDITION Masalah mental atau fisik yang diderita pemegang asuransi sebelum tanggal pengaktifan cakupan asuransi.

PRE-EXISTING CONDITIONS PROVISION Pembatasan pembayaran tagihan-tagihan yang diakibatkan langsung oleh kecelakaan atau penyakit dimana pemegang asuransi menerima perawatan dalam periode waktu tertentu (mis, 3 bulan) sebelum tanggal asuransi.

PREFERRED PROVIDER ORGANIZATION (PPO) Perjanjian *managed care* yang terdiri dari sekelompok rumah sakit, dokter-dokter, dan penyedia-penyedia pelayanan lain yang memiliki kontrak dengan sebuah perusahaan asuransi, pemilik perusahaan, administrator pihak ketiga, atau kelompok sponsor yang lainnya untuk menyediakan perawatan kesehatan kepada orang-orang yang tercakup.

PREMIUM Jumlah yang dibayar kepada perusahaan asuransi untuk perlindungan asuransi tertentu.

PREMIUM RATE (Tarif Premi) Harga unit cakupan atau manfaat.

PRESCRIPTION DRUG Pengobatan atau zat obat apa saja yang disetujui oleh Food and Drug Administration (FDA) dan hanya dapat dijual sesuai dengan pemesanan melalui Resep, dibawah hukum Federal atau Negara bagian.

PRESCRIPTION DRUG ORDER Sebuah permintaan/pemesanan untuk obat yang diresepkan dokter (atau praktisi perawatan kesehatan lainnya) yang memiliki lisensi dari negara Bagian untuk menulis resep obat/ pengobatan.

PRESCRIPTION DRUG PLAN Sebuah ketentuan pada beberapa paket kesehatan yang mengizinkan bertanggung tanpa harus membayar sendiri biaya yang cukup besar, untuk mendapatkan obat yang diresepkan.

PREVENTIVE SERVICES Pelayanan yang dirancang untuk pencegahan atau promosi deteksi dini kondisi penyakit tertentu. Pada asuransi perawatan gigi , pembersihan dan perawatan fluoride gigi secara profesional. Pada asuransi penyakit kanker , mamography, colonoscopy dan berbagai tes lainnya.

PRIMARY BENEFICIARY Orang pertama yang ditunjuk untuk menerima hasil/ manfaat polis jika bertanggung meninggal dunia.

PRINCIPAL SUM PAYMENT Jumlah yang dibayar dalam satu kali ketika terjadi kematian tidak disengaja dan, dalam beberapa kasus, cacat yang tidak disengaja.

PROGRESSIVE PAYMENT Sejumlah pembayaran sekaligus pada peristiwa kematian akibat kecelakaan dan pada beberapa kasus cacat akibat kecelakaan

PROOF OF LOSS Bukti dokumen yang diminta perusahaan asuransi untuk membuktikan bahwa sebuah klaim yang sah ada, biasanya terdiri dari formulir klaim yang diisi oleh

untuk digunakan sendiri - 141

tertanggung dan dokter yang bertugas. Klaim asuransi biaya medis juga membutuhkan tagihan-tagihan yang terperinci.

PROSTHODONTIC SERVICES Pelayanan perawatan gigi berhubungan dengan penggantian jaringan dan gigi asli dengan penggunaan alat.

PROVIDER-SPONSORED ORGANIZATION (PSO) Digunakan oleh para dokter dan rumah sakit- rumah sakit untuk berkontrak langsung dengan *Medicare*. Suatu entitas umum/public atau swasta yang didirikan, diorganisir dan dijalankan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan atau sekelompok afiliasi Pemberi Pelayanan Kesehatan, yang menawarkan berbagai jenis pelayanan/ perawatan kesehatan dibawah kontrak *HCFA*. Langsung melalui Pemberi pelayanan Kesehatan atau afiliasi kelompok Pemberi Pelayanan Kesehatan dan kemudian membagi sejumlah resiko baik secara langsung atau tidak langsung, berdasarkan ketentuan ini setidaknya ada keuntungan finansial bagi entitas dimaksud.

PROVISION (Ketentuan) Bagian dari kontrak asuransi kelompok yang menggambarkan atau menjelaskan fitur, manfaat, kondisi, atau persyaratan dari perlindungan asuransi yang disanggupi oleh kontrak.

R

RATING Menentukan tarif satu unit asuransi untuk satu tahun.

REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGE Tagihan untuk perawatan kesehatan yang konsisten dengan tarif atau tagihan rata-rata untuk pelayanan yang identik atau mirip dalam daerah geografis tertentu.

REIMBURSEMENT Jumlah yang dibayar kepada pemegang asuransi untuk pengeluaran yang diajukan sebagai akibat dari suatu kecelakaan atau penyakit. Pembayaran tidak lebih dari jumlah yang tertulis di polis.

RESTORATIVE SERVICES Pelayanan gigi yang berhubungan dengan restorasi atau perbaikan gigi karena caries (cavities), trauma, impaired function, abrasion, or erosion.

RIDER Dokumen yang memodifikasi atau menambahkan kontrak asuransi.

RISK (Resiko) Jumlah kerugian yang diperkirakan oleh perusahaan asuransi dalam menerbitkan kontrak. Istilah itu kadangkala dipakai untuk tertanggung atau menghadapi resiko tertanggung.

S

SCHEDULE Daftar jumlah yang dapat dibayar untuk kejadian-kejadian tertentu (mis, operasi bedah, tes laboratorium, X-ray, dsb).

untuk digunakan sendiri - 142

SCHEDULE OF INSURANCE Daftar dari sejumlah tertanggung untuk masing-masing cakupan sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan sebelumnya, ditetapkan oleh pemegang polis dan perusahaan asuransi.

SPECIFIED DISEASE INSURANCE Asuransi yang memberikan manfaat yang tidak teralokasi, memiliki batas maksimum, untuk pengeluaran yang berhubungan dengan perawatan penyakit tertentu, seperti kanker, poliomyelitis, encephalitis, dan spiral meningitis. Polis ini dirancang untuk mendukung polis utama medis.

STATE INSURANCE DEPARTMENT Agen Administratif yang mengimplementasikan hukum-hukum asuransi Negara Bagian dan mengawasi (berdasarkan hukum-hukum ini) kegiatan-kegiatan para perusahaan asuransi di Negara Bagian itu.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE Polis asuransi kesehatan yang mengisi kesenjangan cakupan biaya medis (contoh : *deductibles, coinsurance, dan maximum out-of-pocket expenses*); menyediakan manfaat tambahan (contoh : perawatan gigi dan mata, obat yang diresepkan) dan mencakup biaya tambahan akibat menderita sakit atau kecelakaan (contoh *accident medical expenses*).

T

TRAVEL ACCIDENT POLICIES Salah satu jenis asuransi kecelakaan yang mencakup kecelakaan yang terjadi ketika tertanggung melakukan perjalanan bisnis untuk pemberi kerja, jauh dari tempat kerja dan tercatat sebagai penumpang penerbangan terjadwal, kendaraan umum lainnya (termasuk taxi, bis, subways) dan kecelakaan kendaraan bermotor. Bisa untuk cakupan satu kali perjalanan atau perjalanan berkelanjutan.

TRICARE Adalah mekanisme organisasi yang mana Departemen Pertahanan membayar perawatan kesehatan untuk anggota tertentu dari *Uniformed service* melalui pemberi pelayanan kesehatan umum/ publik, yang menggantikan *CHAMPUS* pada tahun 1997.

24-HOUR COVERAGE (Pertanggung 24-jam) Perusahaan asuransi menyediakan manfaat setiap saat selama 24 jam untuk kecelakaan atau sakit yang terjadi pada saat bekerja/bertugas atau tidak.

U

UNDERWRITER Istilah yang dipakai untuk (a) perusahaan yang menerima premi dan menerima tanggungjawab pemenuhan kontrak polis; (b) karyawan perusahaan yang memutuskan apakah perusahaan itu akan menanggung resiko tertentu; atau (c) agen yang menjual polis.

UNDERWRITING Proses dimana perusahaan asuransi menentukan apakah dan pada dasar apakah ia akan menerima aplikasi untuk asuransi.

untuk digunakan sendiri - 143

UNIFORM PREMIUM Struktur penarifan dimana satu premi diaplikasikan untuk semua pemegang asuransi, tidak memperdulikan usia, gender, atau pekerjaan.

USUAL AND CUSTOMARY CHARGE (Lihat 'Reasonable and Customary Charge')

V

VISION PLAN Sebuah ketentuan dalam beberapa paket asuransi yang menyediakan pelayanan dan perawatan mata.

W

WAITING PERIOD Sejumlah hari tertentu pada saat polis telah diterbitkan dimana selama waktu tersebut tertanggung harus tetap sehat atau tidak ada manfaat yang dibayarkan dibawah polis tersebut. Digunakan pada asuransi penyakit tertentu.

WAIVER Penyerahan sukarela hak atau hak istimewa yang ada.

WAIVER (EXCLUSION ENDORSEMENT) Perjanjian yang dilampirkan pada polis dan diterima oleh tertanggung yang mengeliminasi kondisi tertentu yang telah ada sebelumnya atau resiko tertentu dari cakupan polis.

WELLNESS BENEFIT Pada asuransi penyakit tertentu, jumlah yang dapat dibayarkan oleh perusahaan asuransi kepada pengaju klaim, umumnya sejumlah kompensasi tetap, setelah tes cakupan dilakukan. Dirancang untuk mendorong pencegahan atau deteksi dini dari penyakit serius yang dicakup oleh perusahaan asuransi

WORKERS' COMPENSATION Asuransi liabilitas yang mempersyaratkan pemberi kerja / pemilik perusahaan tertentu untuk membayar manfaat dan menyediakan perawatan medis bagi tenaga kerja/ karyawan dengan luka yang terjadi pada saat bekerja/bertugas, dan membayar manfaat kepada para tanggungan karyawan/ahli waris bagi tenaga kerja /karyawan yang meninggal karena kecelakaan dalam pekerjaan/bertugas.