

ANALISIS BIAYA-MANFAAT SISTEM ASURANSI KESEHATAN SWASTA DAN PUBLIK

Ananda Sabillah Yasmin¹, Ahmad Ansyari Siregar²
anandasyasmin08@gmail.com¹, ansyarisiregar@gmail.com²
Universitas Labuhanbatu

ABSTRAK

Asuransi kesehatan merupakan cara untuk mengatasi resiko ketidakpastian peristiwa sakit serta biaya-biaya yang diakibatkannya. Asuransi kesehatan mengubah peristiwa yang tidak pasti dan susah untuk diprediksikan menjadi peristiwa yang pasti dan terencana. Untuk mengubah peristiwa yang tidak terprediksi menjadi terprediksi, anggota membayar sejumlah uang yang relatif kecil namun teratur (premi) kepada perusahaan asuransi. Metode penelitian ini lebih mendasarkan pada studi perbandingan (Comparative study atau causal comparative), yaitu penelitian deskriptif yang membandingkan antara dua atau lebih dari dua situasi, kejadian, kegiatan, program, dan lain sebagainya yang sejenis atau hampir sama. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperdalam pemahaman mengenai bagaimana pembiayaan asuransi kesehatan swasta dan publik di Indonesia. Mengkaji tentang biaya manfaat pada asuransi kesehatan swasta dan publik. Kedua asuransi ini memiliki kelebihan dan kekurangannya masing-masing. Seseorang berhak memilih yang mana untuk kesehatan mereka.

Kata kunci: Asuransi Kesehatan.

ABSTRACT

Health insurance is a way to address the risk of the uncertainty of illness and the resulting costs. Health insurance turns an uncertain and unpredictable event into a certain and planned event. To turn an unpredictable event into a predictable one, members pay a relatively small but regular amount of money (premium) to the insurance company. This research method is more based on a comparative study (Comparative study or causal comparative), which is descriptive research that compares between two or more than two similar or almost the same situations, events, activities, programs, and so on. The results of this study are expected to deepen understanding of how private and public health insurance is financed in Indonesia. It examines the cost benefit of private and public health insurance. Both of these insurances have their own advantages and disadvantages. A person has the right to choose which one for their health.

Keywords: Health Insurance.

PENDAHULUAN

Pada 2023, sekitar 72% orang Indonesia sudah memiliki jaminan kesehatan, menurut Badan Pusat Statistik (BPS). Angka tersebut melampaui angka tertinggi sebelumnya pada 2022. Asuransi kesehatan merupakan cara untuk mengatasi resiko ketidakpastian peristiwa sakit serta biaya-biaya yang diakibatkannya. Asuransi kesehatan mengubah peristiwa yang tidak pasti dan susah untuk diprediksikan menjadi peristiwa yang pasti dan terencana. Untuk mengubah peristiwa yang tidak terprediksi menjadi terprediksi, anggota membayar sejumlah uang yang relatif kecil namun teratur (premi) kepada perusahaan asuransi. Manfaat yang diperoleh anggota adalah apabila mengalami sakit ia akan mendapatkan kompensasi yang dibutuhkan untuk mengatasi kerugian keuangan yang berupa pengurangan harga keseluruhan atau sebagian dari pelayanan

kesehatan yang timbul akibat peristiwa sakit tersebut.¹ Asuransi kesehatan sangat penting bagi masyarakat karena melindungi individu dan mendukung pertumbuhan ekonomi dan kesehatan masyarakat secara keseluruhan dengan meringankan pembiayaannya. Asuransi kesehatan ini dapat meningkatkan kepuasan sosial dan akses kesehatan. Di sini, keamanan dan kepuasan sosial adalah ketika asuransi memberikan rasa aman kepada masyarakat karena mereka tahu bahwa mereka akan dibayar untuk biaya medis saat mereka membutuhkannya.

Di Eropa, pembiayaan layanan kesehatannya hampir secara umum dikelola oleh pemerintah, baik secara langsung melalui pendapatan perpajakan (seperti di Inggris) atau secara semi-langsung melalui Asuransi Kesehatan Sosial yang dimandatkan, dikelola, dan disubsidi pemerintah (seperti di Jerman). Di seluruh Eropa, asuransi kesehatan pemerintah dan sosial menyediakan jaring pengaman kesehatan bagi hampir semua warga negara. Meskipun bentuk asuransi berbeda-beda di setiap negara, dan asuransi swasta umum diterapkan di beberapa negara seperti Belgia, Belanda, Slovenia namun tidak di negara lain (Prancis, Norwegia), implikasi terpenting terhadap penyediaan layanan adalah di negara-negara yang ada. Penyedia layanan swasta di sebagian besar negara dibayar melalui sistem asuransi kesehatan nasional atau skema asuransi kesehatan sosial yang diatur secara ketat dan mengoordinasikan pembelian.²

Penyediaan layanan kesehatan di Eropa, mulai dari rumah sakit, layanan primer, hingga layanan khusus hingga apotek, menunjukkan bahwa meskipun terdapat variasi yang signifikan dalam cara sektor swasta terlibat dalam menyediakan layanan kesehatan dalam sistem kesehatan yang lebih besar, variasi tersebut dapat dijadikan sebagai acuan. menunjukkan bahwa ada banyak cara untuk memberikan perawatan secara efektif. Sektor swasta tidak diperlukan dalam penyediaan layanan kesehatan nasional, dan layanan sektor swasta juga tidak menjadi penghalang bagi sistem layanan kesehatan nasional yang kuat dan efektif. Hal serupa juga terjadi pada rumah sakit, dimana perbedaan antara model kepemilikan sangat mencolok dan sangat jelas ditentukan oleh perbedaan dan perubahan kebijakan nasional. Hal serupa juga berlaku untuk penyediaan layanan kesehatan primer dan khusus, dimana tingkat penyediaan layanan swasta mempunyai sejarah yang panjang, namun baik model pemerintah maupun swasta tampaknya memberikan kesetaraan, akses, dan layanan yang efektif.³

Tujuan dari sistem pembiayaan kesehatan adalah untuk menjamin pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan dalam jumlah yang cukup, didistribusikan secara adil dan digunakan secara efisien. Permasalahan biaya asuransi kesehatan adalah banyak faktor yang menentukan premi atau biaya asuransi. Faktor-faktor tersebut antara lain usia, jenis kelamin, riwayat kesehatan, jenis pekerjaan, gaya hidup, jumlah pertanggungan asuransi atau manfaat kesehatan yang diterima, pilihan manfaat asuransi dan jangka waktu pertanggungan.

¹ Murti, B.(2000), *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Kanisius, Yogyakarta.

² Dominikus Montagu. (2021). *Penyediaan Layanan Kesehatan Swasta di Negara-Negara Eropa: Data dan Pelajaran Terkini Untuk Cakupan Kesehatan Universal di Situasi Lain*. National Library Of Medicine, 10.3389/fpubh.2021.636750.

³ Moisdou DA. *Sistem layanan kesehatan Beveridge, Bismarck dan Eropa Selatan: bisakah kita memutuskan mana yang terbaik di UE-15? Analisis statistik*. *Eur J Med Nat Sci*. (2017) 5 :32–6. 10.26417/ejmn.v1i1.p41-49

METODE PENELITIAN

Adapun jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kepustakaan atau library research yang bersifat deskriptif kualitatif, yakni penelitian yang dilakukan melalui mengumpulkan data atau karya tulis ilmiah yang bertujuan dengan obyek penelitian atau pengumpulan data yang bersifat kepustakaan, atau telaah yang dilaksanakan untuk memecahkan suatu masalah yang pada dasarnya tertumpu pada penelaahan kritis dan mendalam terhadap bahan-bahan pustaka yang relevan. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis biaya dan manfaat pada asuransi kesehatan swasta maupun publik. Metode penelitian ini lebih mendasarkan pada studi perbandingan (Comparative study atau causal comparative), yaitu penelitian deskriptif yang membandingkan antara dua atau lebih dari dua situasi, kejadian, kegiatan, program, dan lain sebagainya yang sejenis atau hampir sama.⁴ Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperdalam pemahaman mengenai bagaimana perbandingan pembiayaan dan manfaat asuransi kesehatan swasta dan publik di Indonesia.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Perbandingan Biaya Yang Dikeluarkan Oleh Peserta Asuransi Kesehatan Swasta Dan Publik Dalam Mendapatkan Layanan Kesehatan

Asuransi kesehatan swasta atau *Privatehealthcare*, adalah asuransi yang disediakan oleh institusi swasta non-pemerintah. Anda tentu sudah tidak asing dengan AXA Mandiri, Sinarmas, Allianz, Manulife, Prudential, Cigna, dan lain sebagainya.⁵ Perusahaan-perusahaan asuransi swasta dan bekerja sama dengan rumah sakit sebagai provider pelayanan kesehatan. Pada perusahaan asuransi kesehatan swasta ini tidak wajib membeli. Setiap orang memiliki kebebasan untuk memilih membeli atau tidak membeli asuransi kesehatan tersebut. Biaya yang ditanggung pada asuransi kesehatan swasta ini pun hanya yang tinggi saja. Misalnya, perusahaan hanya akan memberikan ganti rugi jika biaya perawatan yang dikeluarkan nasabah dalam jumlah besar. Biaya kecil tidak menjadi tanggungan pihak perusahaan.

Cara penggantian biayanyapun secara *reimbursement*. *Reimbursement* adalah cara pengajuan ganti rugi dengan cara nasabah membayar seluruh biaya perawatan dirumah sakit terlebih dahulu, setelah dirawat pasien mengurus ke asuransi, melenngkapi dokumen yang diperlukan dan mengajukan ke perusahaan asuransi untuk meminta ganti rugi pembayaran rumah sakit.⁶ Pada perusahaan asuransi swasta ini biaya yang dikeluarkan peserta tidak bisa ditentukan menjadi satu harga yang sama, tetapi setiap perusahaan memiliki harga yang berbeda dan sesuai dengan keinginan nasabah. Sebagai contoh pada perusahaan asuransi kesehatan Sinarmas, biaya perbulan pada asuransi ini tergantung pada usia nasabah dan manfaat yang ingin diperoleh. Harga premi asuransinya dimulai dari Rp77.000, hinga Rp1.187.000-/ perbulan. Sedangkan pada AXA Mandiri yang dikelola oleh PT. Bank Mandiri (Persero) biaya terendahny adalah Rp100.000,-/bulan.

⁴ Arikunto, S. (2013). *Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta. Hlm.6

⁵ Taswin, SK., M.Kes, DKK (2022). *Buku Ajar Asuransi Kesehatan*. Feniks Muda Sejahtera. Hlm. 61

⁶ Taswin, SKM., M.Kes, DKK (2022). *Buku Ajar Asuransi Kesehatan*. Feniks Muda Sejahtera. Hlm. 63

Perbandingan antara premi asuransi kesehatan swasta dan publik

Asuransi Swasta	Premi	BPJS Kesehatan	Premi
AXA Mandiri	Rp1.187.000- Rp5.596.000/tahun	Kelas 1	Rp150.000/orang perbulan
Sinarmas	Rp77.000,00- Rp1.187.000/bulan	Kelas 2	Rp100.000/orang perbulan
Allianz	Rp195.000- Rp3.000.000/bulan	Kelas 3	Rp42.000/orang perbulan

Dari biaya premi yang dibayarkan antara asuransi kesehatan swasta dan publik diatas berbeda. Dari premi dan manfaat yang diterima pun sudah jauh berbeda. Fokus pada manfaat yang diterima, asuransi kesehatan swasta tidak mencakup semua layanan kesehatan sedangkan pada asuransi kesehatan publik atau layanan BPJS mencakup semua layanan seperti rawat jalan, rawat inap, melahirkan, optik mata dan lain sebagainya.

Besaran biaya ini ditentukan oleh nasabah sendiri, jika nasabah tergolong masih muda, sehat, dan memiliki risiko kecelakaan kerja yang kecil, bisa berpeluang mendapatkan biaya premi yang ringan. Namun jika usia sudah tergolong tua, dan gaya hidup yang tidak sehat dan potensi risiko besar atau menghendaki fasilitas dan pelayanan rawat inap maupun rawat jalan yang maksimal maka jumlah premi yang dibayarkan harus besar, yaitu mencapai diatas Rp500.000,- hingga jutaan rupiah. Jadi perusahaan-perusahaan asuransi kesehatan swasta ini memberikan asuransi kesehatan kepada nasabah dilihat dari usia maupun pekerjaannya.

Lain halnya dengan asuransi kesehatan publik, asuransi ini dilakukan oleh pemerintah sehingga pemberian keuntungan biaya kesehatan lebih mudah diawasi. Misalnya saat ini seluruh warga Indonesia baik yang mampu maupun tidak mampu ikut dalam JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) yang penyelenggaranya dilakukan oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). Asuransi kesehatan publik ini wajib dibeli. Para karyawan dalam sebuah perusahaan harus mengikuti aturan perusahaan untuk membeli polis asuransi kesehatan, dan biaya premi diambil dari gaji setiap bulannya. Asuransi kesehatan publik akan menanggung semua biaya perawatan nasabah mulai dari rawat jalan, rawat inap, melahirkan atau perawatan untuk mata. Asuransi ini hanya menanggung dan memberikan perlindungan kesehatan secara personal dengan syarat orang tersebut warga negara indonesia.⁷

Cara penggantian biayanya ialah secara *cashless*. Cara penggantian ganti rugi dengan langsung memberi kartu anggota asuransi pada rumah sakit rekanan perusahaan asuransi tersebut. Asuransi kesehatan publik sebagai contohnya adalah BPJS Kesehatan. Badan penyelenggara jaminan sosial telah diatur dengan Undang- Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS

⁷ Taswin, SKM., M.Kes, DKK (2022). *Buku Ajar Asuransi Kesehatan*. Feniks Muda Sejahtera. Hlm. 61-63

Ketenagakerjaan. BPJS kesehatan ini memiliki kelas yaitu kelas 1, 2, dan kelas 3 dengan premi yang berbeda. Biaya premi kelas 1 adalah Rp.150.000,- /orang perbulan, kelas 2 Rp.100.000,-/orang perbulannya dan kelas 3 adalah Rp.42.000,-/orang. Pembayarannya melalui cabang BPJS terdekat, mobile JKN, M-Banking, dompet digital ataupun minimarket.

Tetapi pada tahun 2024 presiden RI resmi menghapus system kelas 1,2,3 dalam Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Sebagai gantinya, BPJS akan menerapkan sistem Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Penghapusan ini diatur dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Dalam keputusan yang diterbitkan pada 8 Mei 2024 tersebut, Presiden Jokowi memerintahkan setiap rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS untuk memberlakukan sistem KRIS paling lambat pada 30 Juni 2025. Dengan diterapkannya KRIS, maka skema iuran untuk BPJS Kesehatan juga akan berubah. Sebelumnya, keanggotaan BPJS Kesehatan dibagi ke dalam tiga kategori kelas, yaitu kelas 1, 2, dan 3. Kategori kelas ini menentukan besaran iuran yang harus dibayar setiap bulan oleh peserta serta menentukan kelas rawat inap yang akan diterima. Semakin tinggi kelas rawat inap, semakin besar iuran bulanan yang harus dibayar. Perubahan iuran dalam sistem KRIS tertuang dalam Pasal 103B Perpres 59 Tahun 2024. Ayat 6 Pasal 103B menyatakan bahwa Menteri Kesehatan akan melakukan evaluasi terhadap fasilitas ruang perawatan di setiap rumah sakit. Evaluasi ini akan dilakukan dengan koordinasi bersama BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.⁸

Dari pembahasan diatas, penulis memberikan perbandingan dari kedua jenis asuransi kesehatan tersebut. Pada asuransi kesehatan swasta mereka memakai system sukarela, biaya premi ditentukan nasabah sendiri apakah nasabah ingin asuransinya mencakup rawat inap ataupun rawat jalan, asuransi ini menanggung satu keluarga, perusahaan hanya menanggung biaya jika biayanya besar jika kecil tidak ditanggung oleh asuransi dan sistemnya adalah *reimbursement* (bayar dahulu oleh pihak nasabah, kemudian klaim ke perusahaan asuransi ketika pasien telah dirawat). Sedangkan asuransi kesehatan publik memakai system wajib membeli asuransi tersebut, biaya premi memiliki kelas yaitu kelas 1, 2, dan 3, pembayaran premi dipotong dari gaji karyawan tiap bulannya, dan hanya menanggung secara personal serta asuransi kesehatan publik akan menanggung semua biaya perawatan nasabah mulai dari rawat jalan, rawat inap, melahirkan atau perawatan untuk mata.

2. Apakah Manfaat Yang Diterima Oleh Peserta Asuransi Kesehatan Swasta Lebih Baik Dibandingkan Dengan Asuransi Kesehatan Publik

Asuransi kesehatan swasta memiliki kelebihan yang tidak dimiliki oleh asuransi kesehatan publik, yaitu yang pertama tidak memerlukan surat rujukan, jika pada asuransi kesehatan publik memang memerlukan surat rujukan awal dari puskesmas terdekat sebelum kerumah sakit, kedua mudah dalam mengajukan klaim ganda, serta pelayanan yang lebih lengkap. Memang pada BPJS Kesehatan pelayanan yang diberikan kepada pasien kurang memadai. Ditambah lagi BPJS

⁸ Rosseno Aji Nugroho (2024). *Kelas 1,2,3 BPJS Kesehatan Resmi Dihapus, Begini Iuran Terbarunya*. CNBC Indonesia, <https://www.cnbcindonesia.com/news/20240513063055-4-537458/kelas-1-2-3-bpjs-kesehatan-resmi-dihapus-begini-iuran-terbarunya>. Diakses pada tanggal 22 juni 2024.

Kesehatan memiliki tingkatan kelasnya. Tapi, sebagian besar masyarakat Indonesia, pemakai BPJS Kesehatan mencapai 62,22% dan hanya sekitar 0,58% masyarakat menggunakan asuransi swasta.

Banyak sekali alasan mengapa asuransi kesehatan swasta kalah populer dari asuransi kesehatan publik. Dikutip dari sequis, BPJS Kesehatan memiliki tiga tingkatan kelas yang membedakan fasilitas dan juga jumlah iuran per bulan. Perbedaan kelas ini dimaksudkan untuk menjamin semua kelas sosial mempunyai kesempatan yang sama untuk menerima jaminan kesehatan dari negara. Ada tiga tingkatan BPJS yang membedakan ruang rawat inap di rumah sakit. Namun tidak membedakan antara pelayanan medis dan obat-obatan yang diberikan. Sedangkan asuransi kesehatan swasta lebih rumit dibandingkan BPJS Kesehatan. Mengingat asuransi swasta menawarkan banyak produk dengan manfaat yang sangat beragam dan premi yang berbeda

Perbandingan antara BPJS Kesehatan dengan Asuransi Kesehatan Swasta

	BPJS	ASURANSI KESEHATAN SWASTA
PREMI	Murah	Mahal
MANFAAT	Lengkap (rawatjalan, inap, gigi, optic)	Terbatas (Rawat Inap)
SYARAT	Mudah	Lebih Sulit
PLAFOND	Tidak Ada	Ada
PROSES	Rumit	Sederhana
RUMAH SAKIT	Terbatas RS	Semua RS
DOUBLE-CLAIM	Tidak Ada	Bisa
LUAR NEGERI	Tidak Ada	Bisa

Dari tabel diatas, bisa kita simpulkan, bahwa asuransi kesehatan swasta dan asuransi kesehatan publik masing-masing memiliki kelebihan sendiri-sendiri. BPJS dan asuransi kesehatan swasta akan berjalan beriringan dan tidak saling membunuh. Ini sebenarnya merupakan hal yang baik bagi kita sebagai manusia karena kita memiliki lebih banyak pilihan tentang siapa yang harus dipercaya dengan asuransi kesehatan kita. Seseorang akan memilih sendiri akan memilih swasta maupun publik untuk kesejahteraan kesehatan mereka.

Keputusan mengenai apakah asuransi kesehatan swasta lebih baik daripada asuransi kesehatan publik bergantung pada berbagai faktor, termasuk kebutuhan individu, ketersediaan layanan, dan situasi ekonomi. Pilihan antara kedua asuransi tersebut sebaiknya disesuaikan dengan kebutuhan pribadi dan situasi ekonomi. Jika seseorang membutuhkan akses cepat ke spesialis atau menginginkan kenyamanan lebih, asuransi swasta mungkin menjadi pilihan yang lebih baik. Namun, untuk akses universal dan stabilitas jangka panjang, asuransi kesehatan publik bisa lebih menguntungkan.

KESIMPULAN

Asuransi Kesehatan Swasta Perusahaan-perusahaan asuransi swasta dan bekerja sama dengan rumah sakit sebagai provider pelayanan kesehatan. Perusahaan asuransi kesehatan swasta ini tidak wajib membeli. Biaya yang ditanggung pada asuransi kesehatan swasta ini pun hanya yang tinggi saja. Biaya kecil tidak menjadi tanggungan pihak perusahaan. Tidak menanggung semua biaya perawatan (terbatas). Cara penggantian biaya secara *reimbursement*. Besaran biaya ini ditentukan oleh nasabah sendiri, jika nasabah tergolong masih muda, sehat, dan memiliki risiko kecelakaan kerja yang kecil, bisa berpeluang mendapatkan biaya premi yang ringan. Namun jika usia sudah tergolong tua, dan gaya hidup yang tidak sehat dan potensi risiko besar atau menghendaki fasilitas dan pelayanan rawat inap maupun rawat jalan yang maksimal maka jumlah premi yang dibayarkan harus besar.

Asuransi Kesehatan Publik Asuransi kesehatan publik ini wajib dibeli. Asuransi kesehatan publik akan menanggung semua biaya perawatan nasabah mulai dari rawat jalan, rawat inap, melahirkan atau perawatan untuk mata. Asuransi ini hanya menanggung dan memberikan perlindungan kesehatan secara personal dengan syarat orang tersebut warga negara Indonesia. Cara penggantian biayanya ialah secara *cashless*. Terdiri 3 kelas dengan premi yang berbeda-beda.

Pilihan antara kedua asuransi tersebut sebaiknya disesuaikan dengan kebutuhan pribadi dan situasi ekonomi. Jika seseorang membutuhkan akses cepat ke spesialis atau menginginkan kenyamanan lebih, asuransi swasta mungkin menjadi pilihan yang lebih baik. Namun, untuk akses universal dan stabilitas jangka panjang, asuransi kesehatan publik bisa lebih menguntungkan.

Saran

Dari hasil penelitian penulis tentang seperti apa perbandingan biaya manfaat asuransi kesehatan swasta maupun publik memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing. Dengan menghubungkan elemen-elemen terbaik dari kedua system, dengan berkolaborasi antara publik dan swasta dengan memanfaatkan kelebihan masing-masing. Misalnya, pemerintah dapat bekerjasama dengan asuransi swasta untuk menyediakan paket asuransi kesehatan yang terjangkau dengan cakupan yang luas. Dengan demikian dapat dicapai solusi yang lebih efektif dan efisien untuk menjamin kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Implementasi rekomendasi ini membutuhkan komitmen kuat dari pemangku kepentingan termasuk pemerintah, penyedia layanan kesehatan, perusahaan asuransi, dan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2013). Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: Rineka Cipta.
- Dominikus Montagu. (2021). Penyediaan Layanan Kesehatan Swasta di Negara-Negara Eropa: Data dan Pelajaran Terkini Untuk Cakupan Kesehatan Universal di Situasi Lain. National Library Of Medicine, 10.3389/fpubh.2021.636750.
- Moisidou DA. Sistem layanan kesehatan Beveridge, Bismarck dan Eropa Selatan: bisakah kita memutuskan mana yang terbaik di UE-15? Analisis statistic. Eur J Med Nat Sci. (2017) 5 :32–6. 10.26417/ejmn.v1i1.p41-49
- Murti, B.(2000), Dasar-dasar Asuransi Kesehatan, Kanisius, Yogyakarta.
- Roseno Aji Nugroho (2024). Kelas 1,2,3 BPJS Kesehatan Resmi Dihapus, Begini Iuran Terbarunya. CNBC Indonesia, <https://www.cnbcindonesia.com/news/20240513063055-4-537458/kelas-1-2-3-bpjs-kesehatan-resmi-dihapus-begini-iuran-terbarunya>. Diakses pada tanggal 22 juni 2024.
- Taswin, SK., M.Kes, DKK (2022). Buku Ajar Asuransi Kesehatan. Feniks Muda Sejahtera.