LETTERLIJK: JURNAL HUKUM PERDATA

Vol. 2 Issue 1, June 2025

ISSN 3062-9845 (Online) | DOI: https://doi.org/10.25134/jise.v1i2.xx
Available Online at https://journal.fhukum.uniku.ac.id/letterlijk/index

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (cc-by)

Analisis Perbandingan BPJS Kesehatan dan Asuransi Swasta dalam Efisiensi Layanan dan Persaingan Bisnis

Ane Aryanti[1], Khairunnisa[2], Nessa A'syifa Putri Andrika[3]

[1]Program Studi Akuntansi
Fakultas Ekonomi dan Bisnis
Universitas Kuningan

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbandingan antara BPJS Kesehatan (asuransi kesehatan nasional Indonesia) dan asuransi kesehatan swasta dari segi efisiensi layanan dan strategi persaingan bisnis. Dengan menggunakan metode studi pustaka, penelitian ini mengkaji berbagai aspek seperti biaya dan premi, akses layanan, fasilitas, prosedur klaim, serta kepuasan pasien. Hasil temuan menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan unggul dalam memberikan cakupan luas dengan premi yang terjangkau, meskipun masih menghadapi tantangan dalam hal kecepatan layanan dan sistem rujukan. Di sisi lain, asuransi kesehatan swasta menawarkan layanan yang lebih cepat, fleksibel, dan bersifat premium, namun dengan biaya yang lebih tinggi. Selain itu, kedua sistem mulai menjalin kerja sama melalui skema *Coordination of Benefit* (CoB) untuk memberikan manfaat ganda bagi peserta. Studi ini memberikan wawasan penting bagi pengembangan sistem asuransi kesehatan yang lebih efisien dan kompetitif di Indonesia.

Kata kunci: BPJS Kesehatan, Asuransi Swasta, Efisiensi Layanan, Kepuasan Pasien, Persaingan Usaha

Abstract

This study aims to analyze the comparison between BPJS Kesehatan (Indonesia's national health insurance) and private health insurance in terms of service efficiency and business competition strategies. Using a literature review method, the research examines various aspects such as cost and premiums, service access, facilities, claims procedures, and patient satisfaction. The findings reveal that BPJS Kesehatan excels in providing broad coverage at affordable premiums, though it still faces challenges in service speed and referral systems. On the other hand, private health insurance offers faster, more flexible, and premium-level services, albeit at higher costs. Additionally, both systems have begun collaborating through the Coordination of Benefit (CoB) scheme to provide dual advantages for participants. This study offers important insights for the development of a more efficient and competitive health insurance system in Indonesia.

Keywords: *BPJS Kesehatan, Private Insurance, Service Efficiency, Patient Satisfaction, Business Competition, Coordination of Benefit (CoB)*

Copyright©2024 LETTERLIJK: Jurnal Hukum Perdata. All rights reserved.

*Corresponding Author: 202406100037@uniku.ac.id

Pendahuluan

Sistem asuransi kesehatan adalah bagian penting dalam mendukung kesejahteraan warga dan kemajuan negara. Di Indonesia, ada dua jenis asuransi kesehatan yang paling utama adalah BPJS Kesehatan yang dioperasikan oleh pemerintah, dan asuransi kesehatan swasta yang disediakan oleh berbagai perusahaan. BPJS Kesehatan dibuat untuk memberikan akses yang sama ke layanan kesehatan yang adil dengan prinsip kolaborasi dan subsidi, sedangkan asuransi kesehatan swasta menyediakan layanan yang lebih cepat, fleksible, dan kadang lebih bersifat pribadi.

Namun, seiring meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kualitas layanan kesehatan, kini rumah sakit saling bersaing untuk memberikan layanan yang diinginkan pasien mereka. Pelayanan berkualitas dengan biaya yang wajar merupakan harapan besar dalam sektor kesehatan. Masyarakat yang memerlukan layanan tersebut akan mencari pusat kesehatan yang memiliki kualitas baik dan mampu memberikan kepuasan. Tingkat kepuasan dalam mengakses layanan kesehatan ditentukan dari penilaian pasien mengenai layanan yang mereka terima dan apa yang mereka alami. Ada beberapa faktor yang digunakan untuk mengukur kepuasan pasien, termasuk aspek fisik, keandalan, responsivitas, jaminan dan empati.

Pasien yang terdaftar dalam BPJS Kesehatan seringkali mengeluhkan ketidakpuasan terhadap layanan yang mereka terima. Mereka merasa bahwa individu yang terdaftar dalam Jaminan Kesehatan Masyarakat atau JAMKESMAS, yang merupakan program pemerintah untuk masyarakat tidak mampu, mendapatkan layanan yang berbeda dibandingkan dengan pasien lain diberbagai rumah sakit, baik untuk rawat inap maupun rawat jalan. Ini disebabkan oleh anggapan adanya perbedaan dalam pelayanan antara pasien BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan swasta, adanya pembatasan durasi perawatan, serta keterbatasan ketersediaan jumlah kamar yang tersedia untuk pasien BPJS Kesehatan.[1]

Kehadiran BPJS Kesehatan sesungguhnya memberikan manfaat yang baik untuk sektor asuransi di Indonesia. Sebab, inisiatif perlindungan kesehatan dari BPJS dapat mendukung penyuluhan mengenai asuransi kepada publik. Namun, kewajiban untuk berpartisipasi dalam BPJS mendorong masyarakat baik yang menyukainya maupun yang tidak, untuk bergabung sebagai peserta. Ini dapat menyebabkan perilaku yang tidak mendukung persaingan. Keberadaan kewajiban ini juga dapat mengganggu asuransi kesehatan swasta. Asuransi kesehatan swasta yang seharusnya dapat bersaing dengan cara yang sehat dan adil kini terhambat oleh kewajiban untuk menjadi peserta BPJS.[2]

[1] Rizkia Yuniar Nur Andini and others, 'Analysis of BPJS Health and Non-BPJS Health Patient Satisfaction on Inpatient Services at X Hospital', *International Journal of Nursing Information*, 2.1 (2023), pp. 19–25, doi:10.58418/ijni.v2i1.42.

Ditengah keharusan masyarakat untuk terdaftar sebagai anggota BPJS, asuransi kesehatan swasta masih memiliki pangsa pasar yang signifikan. Ini tidak lepas dari usaha mereka dalam menarik perhatian konsumen melalui berbagai pendekatan pemasaran, seperti promosi online, paket penawaran produk, layanan konsultasi kesehatan sepanjang waktu, serta citra merek yang mengunggulkan kemudahan dan kecepatan dalam pelayanan. Sementara itu, BPJS Kesehatan juga aktif dengan memperluas saluran komunikasi, meningkatkan digitalisasi layanan, dan memperbaiki sistem rujukan untuk menambah kepuasan pengguna.

Penelitian ini bertujuan untuk melihat perbandingan efisiensi layanan yang diberikan antara BPJS Kesehatan dengan asuransi kesehatan swasta. Serta menganalisis strategi persaingan bisnis antara kedua jenis asuransi tersebut terhadap sektor layanan kesehatan.

Rumusan Masalah

1. Bagaimana perbandingan efisiensi layanan antara BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan swasta di Indonesia?
2. Bagaimana strategi persaingan antara BPJS Kesehatan dan asuransi swasta dalam menarik minat masyarakat?

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif metode studi literatur. Data dikumpulkan dari berbagai sumber sekunder, seperti jurnal ilmiah, laporan penelitian, dan artikel berita tentang perbandingan efisiensi layanan dan strategi persaingan antara BPJS Kesehatan dan asuransi swasta di Indonesia. Untuk menemukan pola, perbedaan, dan kesamaan dalam layanan dan pendekatan yang diterapkan oleh kedua jenis asuransi kesehatan, analisis ini dilakukan dengan menganalisis dan membandingkan hasil dari berbagai sumber.

Hasil dan Pembahasan

Asuransi kesehatan di Indonesia diatur berdasarkan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 serta Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992. Dalam hal ini, asuransi kesehatan merupakan kontrak antara dua pihak perusahaan asuransi (penanggung) memiliki tanggung jawab untuk menyediakan layanan dan perawatan kesehatan bagi peserta (tertanggung) dengan imbalan pembayaran premi. Tujuan utama dari kontrak ini adalah untuk memindahkan risiko biaya yang timbul akibat sakit dari peserta kepada perusahaan asuransi, sehingga peserta dapat memperoleh perlindungan finansial ketika memerlukan perawatan medis.[3]

[2] Iis Nismawati, Umaruzzaman Umaruzzaman, and Erlina Puspitaloka Mahadewi, 'Implication of BPJS for Private Health Insurance Marketing and Business Competition in Indonesia', *International Journal of Health and Pharmaceutical (IJHP)*, 2.3 (2022), pp. 580–88.
[3] Dimas Setianto, 'Apa Definisi Asuransi Kesehatan Menurut Undang-Undang? Ini Penjelasannya', *IFG Life*, 2023 <https://ifg-life.id/berita/article/asuransi/detail/apa-definisi-asuransi-kesehatan-menurut-undangundang-ini-penjelasannya>.

Menurut OJK, asuransi kesehatan merupakan kategori asuransi yang memberikan perlindungan kepada pihak tertanggung untuk menutupi biaya perawatan yang mencakup pengeluaran untuk rawat inap, biaya operasi, serta biaya untuk obat-obatan.[4]

BPJS atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan inisiatif pemerintah yang menyediakan jaminan kesehatan bagi masyarakat berpenghasilan rendah di Indonesia. Didirikan pada tahun 2014, BPJS bertujuan untuk memperluas akses kepada layanan kesehatan yang lebih terjangkau bagi seluruh warga Indonesia. Saat ini, jumlah peserta BPJS telah mencapai lebih dari 200 juta orang. Di sisi lain, asuransi kesehatan yang bersifat komersial di Indonesia tediri dari beragam perusahaan yang menawarkan berbagai produk asuransi kesehatan. Meskipun biayanya lebih tinggi, asuransi kesehatan memberikan berbagai manfaat, seperti pilihan perawatan yang lebih banyak dan lebih fleksibel.[5]

Mutu pelayanan adalah komponen utama yang mempengaruhi efektivitas sistem kesehatan. Pelayanan kesehatan yang baik mendorong pengobatan yang lebih baik, keselamatan pasien, dan pengalaman pasien yang positif. Sebaliknya, penurunan kualitas pelayanan kesehatan dapat menyebabkan masalah yang serius, seperti peningkatan risiko komplikasi medis, ketidakpuasan pasien, dan peningkatan biaya.[6]

BPJS Kesehatan dan asuransi swasta berbeda dalam efisiensi layanan mereka. Ini terlihat dari cara pembiayaan, cakupan layanan, dan prosedur klaim. BPJS Kesehatan lebih menekankan pemerataan akses ke layanan kesehatan dengan biaya terjangkau, sedangkan asuransi swasta berkonsentrasi pada kecepatan layanan dan fleksibilitas manfaat sesuai dengan premi yang dibayarkan. Hal ini menyebabkan masyarakat memiliki pandangan yang berbeda tentang kualitas dan kepuasan layanan ini.

1. Perbandingan Efisiensi Layanan BPJS Kesehatan dan Asuransi Swasta

Efisiensi Biaya dan Premi

a) BPJS Kesehatan
   Biaya BPJS Kesehatan disesuaikan berdasarkan kelas perawatan dan dibayar setiap bulan sesuai dengan nominal tetap, yang biasanya lebih murah daripada asuransi swasta.
b) Asuransi Swasta

[4] Sunday Journalist, 'Asuransi Kesehatan: Jenis, Manfaat, Syarat, Dan Tips Memilih.', *Easy Sunday*, 2023 <https://easysunday.co.id/blog/asuransi-kesehatan-adalah>.
[5] Admin, 'Perbandingan Pelayanan Kesehatan BPJS Dengan Asuransi Kesehatan Swasta: Kelebihan Dan Kekurangan', *Klik Lambar*, 2023 <https://kliklambar.com/perbandingan-pelayanan-kesehatan-bpjs-dengan-asuransi-kesehatan-swasta-kelebihan-dan-kekurangan?>.
[6] Ria Romantir and others, 'The Effect of Health Service Quality Dimensions on Patient Satisfaction With Bpjs Health Insurance and Non Bpjs Health Insurance At Abepura Jayapura City Hospital', *JIIC: Jurnal Intelek Insan Cendikia*, 1.7 (2024), pp. 2519–40 <https://jicnusantara.com/index.php/jiic>.

Premi asuransi kesehatan swasta bervariasi tergantung pada paket dan manfaat yang ditawarkan. Umumnya, harganya lebih tinggi, tetapi mereka menawarkan lebih banyak fleksibilitas dan cakupan.[7]

Akses Layanan Kesehatan

a) BPJS Kesehatan
   Menggunakan sistem rujukan berjenjang, yang dapat menyebabkan waktu tunggu lebih lama dan antrean panjang di fasilitas kesehatan.
b) Asuransi Swasta
   Memberikan akses langsung ke rumah sakit atau dokter spesialis tanpa melalui proses rujukan.[8]

Fasilitas

a) BPJS Kesehatan
   Mendapatkan fasilitas sesuai kelas yang dipilih.
b) Asuransi Swasta
   Memberikan fasilitas kelas atas, seperti suite atau kamar perawatan VIP, tanpa perlu melakukan upgrade kelas.

Jangkauan Pelayanan

a) BPJS Kesehatan
   Memiliki batasan dalam jangkauan pelayanannya.
b) Asuransi Swasta
   Mendapatkan perawatan diberbagai rumah sakit rekanan, bahkan di luar negeri.

Proses Klaim

a) BPJS Kesehatan
   Melalui sistem rujukan dan administrasi yang harus mematuhi prosedur yang telah ditetapkan, proses ini membutuhkan lebih banyak dokumen dan waktu.
b) Asuransi Swasta
   Melalui sistem klaim online atau layanan pelanggan yang responsif, proses klaim asuransi biasanya lebih cepat dan fleksibel. Peserta dapat mendapatkan perawatan yang memadai segera di rumah sakit yang

[7] Valencya Leany, 'Perbandingan BPJS Dan Asuransi', *EClinic*, 2024 <https://www.eclinic.id/perbandingan-bpjs-dan-asuransi/>.
[8] 'Tidak Sama, 7 Perbedaan BPJS Dan Asuransi Kesehatan Swasta', *Chubb*, 2025 <https://www.chubb.com/id-id/articles/personal/perbedaan-bpjs-asuransi-kesehatan-swasta.html>.

merekan pilih. Namun, tidak semua asuransi swasta memudahkan proses klaimnya.

Layanan Telemedical

a) BPJS Kesehatan
   BPJS tersedia untuk layanan telemedical melalui aplikasi mobile JKN.
b) Asuransi Swasta
   Bisa melakukan konsultasi online (TeleMedical).

2. **Memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing dari BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan swasta**.

BPJS Kesehatan menawarkan biaya yang lebih murah dengan banyak layanan. Asuransi kesehatan swasta, menawarkan lebih banyak fleksibilitas, lebih banyak layanan, dan lebih banyak pilihan, tetapi biayanya lebih tinggi. Faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan terhadap kualitas layanan. Untuk memastikan kepuasan pasien dalam layanan kesehatan, perlu diingat bahwa teknologi seperti telemedicine, penyebaran informasi melalui leaflet dan pesan singkat di media sosial, keramahan petugas, dan ketersediaan sarana dan prasarana.[9]

Meningkatkan kepuasan pasien dalam sistem BPJS Kesehatan maupun sistem asuransi kesehatan swasta merupakan langkah penting untuk memastikan bahwa layanan kesehatan yang diberikan efektif dan memenuhi harapan. Menurut Kotler dan Keller, kepuasan pelanggan adalah faktor penting dalam membangun loyalitas dan mempertahankan pelanggan. Kepuasan pelanggan merujuk pada tingkat perasaan yang dialami seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dari suatu produk dengan harapannya.[10]

Penelitian oleh Astri Hindarti dkk menunjukkan bahwa dalam menilai tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi, yaitu:

1. Mutu Pelayanan Kesehatan

Salah satu faktor penting dalam upaya menciptakan kepuasan pasien adalah pelayanan yang baik kepada pasien dan keluarganya yang diberikan berdasarkan standar kualitas untuk memenuhi kebutuhan dan keinginannya, sehingga pasien dan keluarganya dapat mencapai kepuasan, yang pada gilirannya dapat meningkatkan kepercayaan pasien dan keluarganya terhadap rumah sakit.

2. Status Kepesertaan

[9] Nina Apriani and others, 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Kepuasan Pasien Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) Terhadap Layanan Whatsapp Siap 45 Dalam Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Daerah 45 Kuningan 2023', *Journal of Health Research Science*, 3.02 (2023), pp. 104–19, doi:10.34305/jhrs.v3i02.927.

[10] Bpjs Terhadap and others, 'Jurnal Kesehatan Integratif Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien Jurnal Kesehatan Integratif', 6.4 (2024), pp. 1–16.

Pasien yang membayar untuk layanan kesehatan cenderung lebih menuntut, tidak mudah puas, dan berharap layanan yang mereka terima memang berkualitas dibandingkan dengan pasien yang mendapatkan layanan kesehatan secara gratis atau lebih murah. Tuntutan pasien akan kepuasan juga cenderung meningkat karena mereka merasa seperti membayar iuran asuransi kesehatan bulanan atau sebagai penanggung.

3. Sosio – Demografis

   Faktor penentu kepuasan pasien juga dipengaruhi oleh karakteristik pasien, yaitu karakteristik yang membedakan seseorang dari orang lain, seperti umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan, merupakan faktor penentu kepuasan pasien. Peneliti harus mempertimbangkan karakteristik sosio demografis penduduk setempat. Studi kepuasan pasien pada perawatan primer di Amerika menunjukkan bahwa, selain kontinuitas perawatan yang berhubungan dengan kepuasan pasien, faktor lain , seperti demografi dan ekonomi pasien, juga berperan.

4. Faktor Biaya

   Faktor ini berpengaruh, dengan harapan pasien meningkat seiring dengan biaya perawatan yang meningkat. Menurut Parasurahman et al., ada lima dimensi yang dikenal sebagai kualitas pelayanan kesehatan (SERVQUAL), yaitu sebagai berikut:

   a) Kehandalan (*Reliability*), yang berarti kemampuan untuk memberikan layanan yang memuaskan, tepat waktu, dan akurat.
   b) Daya Tanggap (Responsiveness), yang berarti bahwa karyawan ingin membantu semua pelanggan dan ingin memberikan layanan secara tanggap.
   c) Jaminan (*Assurance*), yaitu pegawai/karyawan tersebut kompeten sopan, dapat diandalkan dan bebas dari bahaya, serta bebas dari risiko dan keragu-raguan.
   d) Empati (*Emphaty*), karyawan dapat berempati terhadap pelanggan dengan mudah berkomunikasi dan berhubungan dengan mereka, termasuk mempertimbangkan mereka.
   e) Bukti Fisik (*Tangible*), seperti ketersediaan sarana dan prasarana, seperti alat yang siap pakai, dan suasana kerja yang menyenangkan bagi karyawan.[11]

2. Strategi Persaingan antara BPJS Kesehatan dan Asuransi Swasta

Meskipun BPJS Kesehatan bukan perusahaan murni yang berfokus pada keuntungan seperti asuransi kesehatan swasta, tetapi tetap terjadi persaingan tidak langsung antara keduanya karena keduanya menyediakan layanan jaminan kesehatan kepada masyarakat. Ini terbukti dengan beberapa faktor penting, seperti

[11] Romantir and others, 'The Effect of Health Service Quality Dimensions on Patient Satisfaction With Bpjs Health Insurance and Non Bpjs Health Insurance At Abepura Jayapura City Hospital'.

biaya dan premi, cakupan layanan, kemudahan akses, kualitas layanan, dan promosi dan edukasi publik.

Strategi BPJS Kesehatan

Beberapa strategi utama digunakan oleh BPJS Kesehatan untuk mendorong partisipasi minat masyarakat:

a) Menawarkan perlindungan kesehatan dengan premi terjangkau dengan memberikan iuran BPJS yang lebih murah daripada asuransi swasta karena program gotong royong dan subsidi pemerintah.
b) Melakukan pelayanan yang merata, hampir di seluruh wilayah Indonesia, jaringan faskes tingkat pertama, yang terdiri dari puskesmas dan klinik, hingga rujukan, tersedia.
c) Memperluas akses layanan melalui digitalisasi dengan inovasi seperti Mobile JKN memudahkan peserta untuk mendapatkn informasi, melakukan antrean online, dan mendapatkan konsultasi medis.[12]

Namun, lama menunggu layanan dan proses rujukan berjenjang yang rumit adalah masalah lain yang dihadapi BJPS.

Strategi Asuransi Kesehatan Swasta

a) Memenuhi kebutuhan pasar menengah ke atas yang menginginkan layanan premium, seperti kamar rawat inap kelas 1 atau VIP.
b) Menawarkan asuransi pelengkap, paket asuransi gabungan, dan layanan konsultasi kesehatan 24 jam sehari.
c) Fokus pada inovasi seperti telemedicine, permintaan digital, dan layanan cepat berbasis tekonologi.
d) Membangun reputasi merek yang mengutamakan kemudahan, kecepatan, dan layanan yang baik.

Meskipun BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan swasta bersaing untuk menghasilkan keuntungan bagi masyarakat dengan menawarkan keuntungan masing-masing, mereka juga mulai bekerja sama melalui skema Coordination of Benefit (CoB), dimana BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan swasta berbagi tanggung jawab pembayaran klaim. Dengan cara ini, peserta mendapatkan manfaat ganda yaitu BPJS menanggung biaya dasar, sementara asuransi kesehatan swasta menanggung biaya ekstra untuk layanan premium. Rumah sakit, penyedia asuransi , dan masyarakat mendapatkan manfaat dari kerja sama ini.[13]

BPJS Kesehatan bekerja sama dengan beberapa perusahaan asuransi swasta dalam skema Coordination of Benefit (CoB). PT Avrist Assurance, Arthagraha

[12] BPJS, 'Laporan Tahunan BPJS Kesehatan 2023', *BPJS Kesehatan*, 2023 <https://www.bpjs-kesehatan.go.id>.
[13] Pernita Hestin Untari, 'Menakar Kerja Sama BPJS Kesehatan Dengan Asuransi Swasta', *Bisnis.Com*, 2024 <https://finansial.bisnis.com/read/20240722/215/1784164/menakar-kerja-sama-bpjs-kesehatan-dengan-asuransi-swasta>.

General Insurance, Asuransi Astra Buana, Asuransi Umum Mega, dan lainnya.[14] Peserta yang memiliki BPJS dan asuransi swasta dapat mendapatkan manfaat ganda dari skema ini, BPJS menanggung biaya sesuai plafon, sedangkan asuransi swasta menanggung lebih banyak. Untuk mekanisme klaimnya, mereka juga akan dibagi sesuai dengan porsinya. Dengan asumsi biaya berobat sebesar Rp10 juta dan plafon BPJS Kesehatan sebesar Rp2 juta, dari total biaya berobat, dan asuransi swasta hanya membayar Rp8,6 juta, atau hanya 70% dari Rp10 juta.[15]

Peserta BPJS Kesehatan dengan asuransi kesehatan swasta dapat menggunakan program Coordination of Benefit (CoB) tetap, apabila terdapat biaya perawatan yang tidak proporsional, rumah sakit akan mengajukan klaim lansung kepada pihak asuransi kesehatan. Program ini dilaksanakan sesuai dengan aturan dan kebijakan yang berlaku.

Perusahaan asuransi menghadapi tantangan terbesar di masa depan, yang menunjukkan bahwa mereka sering bergantung pada pelanggan mereka untuk memberi tahu mereka kapan COB dapat digunakan. Karena kompleksitas asuransi, banyak pelanggan gagal memberikan informasi yang tepat waktu dan benar kepada asuransi mereka, bahkan dengan niat terbaik. Ketika pertanggungan yang tumpang tindih ditemukan setelah klaim diproses dan dibayarkan, itu berarti pembayaran yang lebih besar serta biaya administrasi yang lebih tinggi. COB yang tifak efektif juga dapat mengurangi kepuasan konsumen, terutama jika tidak diselesaikan dengan cepat atau membutuhkan banyak keterlibatan dari konsumen yang mungkin mengalami trauma kesehatan. Solusi big data kontemporer dapat membantu mengubah perhitungan COB. Algoritme penilaian dan data mining dapat menemukan konsumen di masa depan yang memiliki atau kemungkinan akan memiliki perlindungan asuransi tambahan, sehingga perusahaan asuransi dapat memprioritaskan kasus-kasus tersebut dan menentukan apakah COB sesuai sebelum klaim diproses.

Kesimpulan

Berdasarkan analisis yang dilakukan, terdapat perbedaan mencolok dalam efisiensi layanan antara BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan swasta. BPJS Kesehatan unggul dalam cakupan luas dan biaya terjangkau, namun masih menghadapi kendala dalam kecepatan layanan dan sistem rujukan. Sebaliknya, asuransi swasta menawarkan layanan yang lebih cepat dan berkualitas tinggi, namun dengan biaya yang lebih tinggi. Persaingan antara keduanya diwujudkan melalui strategi layanan dan promosi, di mana BPJS mengedepankan kolaborasi dan digitalisasi, sedangkan asuransi swasta menonjolkan layanan premium dan teknologi. Kolaborasi melalui

[14] ADY, 'Belasan Asuransi Swasta Jalin COB Dengan BPJS Kesehatan', *Hukum Online*, 2014 <https://www.hukumonline.com/berita/a/belasan-asuransi-swasta-jalin-cob-dengan-bpjs-kesehatan-lt538ff6521691b/>.
[15] Achmad Aris, 'BPJS Kesehatan X Asuransi Swasta', *Mediaasuransinews.Co.Id*, 2025 <https://mediaasuransinews.co.id/majalah/bpjs-kesehatan-x-asuransi-swasta/>.

skema Coordination of Benefit (CoB) menjadi langkah strategis untuk memperluas perlindungan dan meningkatkan kualitas layanan bagi masyarakat.

Saran

Untuk meningkatkan efisiensi layanan dan memperkuat daya saing, BPJS Kesehatan perlu memperbaiki sistem rujukan, mempersingkat waktu tunggu, serta terus mengembangkan layanan digital yang mudah diakses. Di sisi lain, perusahaan asuransi kesehatan swasta disarankan untuk mempertimbangkan skema premi yang lebih terjangkau agar dapat menjangkau segmen masyarakat yang lebih luas. Kolaborasi antara kedua sistem melalui skema Coordination of Benefit (CoB) juga perlu diperluas dan disosialisasikan dengan lebih baik agar memberikan perlindungan yang optimal bagi peserta. Pemerintah, sebagai regulator, diharapkan mampu menciptakan kebijakan yang mendorong persaingan sehat serta memastikan bahwa seluruh penyedia layanan asuransi kesehatan menjunjung tinggi prinsip keadilan, transparansi, dan kepuasan konsumen.

Daftar Pustaka

Andini, R. Y. N., et al. (2023). Analysis of BPJS Health and Non-BPJS Health patient satisfaction on inpatient services at X Hospital. International Journal of Nursing Information, 2(1), 19–25. https://doi.org/10.58418/ijni.v2i1.42

Apriani, N., et al. (2023). Faktor-faktor yang berhubungan kepuasan pasien peserta Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) terhadap layanan WhatsApp Siap 45 dalam pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah 45 Kuningan. Journal of Health Research Science, 3(2), 104–119. https://doi.org/10.34305/jhrs.v3i02.927

Aris, A. (2025). BPJS Kesehatan x asuransi swasta: Kolaborasi atau kompetisi? Media Asuransi, 31(2), 47–53. https://mediaasuransinews.co.id

Citrawati, C., Suntoro, E. E., & Mahadewi, E. P. (2023). Coordination of Benefit (COB) program development analysis: A case study of healthcare insurance in Indonesia. International Journal of Science, Technology & Management, 4(4), 742–747. https://doi.org/10.46729/ijstm.v4i4.845

Dewi, S. (2015). Perbandingan premi asuransi kesehatan peserta BPJS badan usaha dengan asuransi kesehatan swasta. Jurnal Akuntansi dan Pajak, 16(1), 33–40.

Hakim, L. A. (2020). Perbandingan kualitas layanan antara BPJS dan asuransi kesehatan swasta di rumah sakit swasta. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, 12(3), 155–167.

Leany, V. (2024). Perbandingan manfaat BPJS dan asuransi swasta dalam perspektif ekonomi dan hukum. Jurnal Hukum dan Kebijakan Publik, 6(1), 35–48.

Nismawati, I., Umaruzzaman, U., & Mahadewi, E. P. (2022). Implication of BPJS for private health insurance marketing and business competition in Indonesia. International Journal of Health and Pharmaceutical, 2(3), 580–588. https://doi.org/10.51601/ijhp.v2i3.96

Putri, A. (2022). Studi perbandingan kepuasan pasien pengguna BPJS dan asuransi swasta di rumah sakit pemerintah. Jurnal Riset Pelayanan Kesehatan, 9(3), 123–136.

Ramadhani, A. (2023). Persepsi konsumen terhadap pelayanan BPJS dan asuransi kesehatan swasta. Jurnal Ekonomi & Kesehatan Indonesia, 5(1), 66–78.

Romantir, R., et al. (2024). The effect of health service quality dimensions on patient satisfaction with BPJS health insurance and non-BPJS health insurance at Abepura Jayapura City Hospital. JIIC: Jurnal Intelek Insan Cendikia, 1(7), 2519–2540. https://jicnusantara.com/index.php/jiic

Setianto, D. (2023). Evaluasi kebijakan Coordination of Benefit (CoB) antara BPJS Kesehatan dan asuransi swasta. Jurnal Regulasi dan Kebijakan Kesehatan, 3(2), 58–69.

Terhadap, B., et al. (2024). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien. Jurnal Kesehatan Integratif, 6(4), 1–16.

Wahyuni, D. (2022). Efektivitas penyelesaian sengketa pasien BPJS dan pasien asuransi swasta di rumah sakit rujukan. Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia, 8(2), 112–125.

Wahyuningsih, S. H. (2021). Akses dan efisiensi layanan BPJS vs asuransi kesehatan swasta. Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, 10(2), 95–109.