

Asimetri Informasi dan Moral *Hazard*: Tinjauan Literatur tentang Dampaknya terhadap Klaim Asuransi Kesehatan

Pristiwanto Bani

Sekolah Tinggi Manajemen Asuransi Trisakti, Jakarta, Indonesia

Email: pristiwanto.bani@gmail.com

Abstrak

Asuransi kesehatan berperan krusial dalam sistem perlindungan sosial, namun keberlanjutannya dihadapkan pada tantangan struktural berupa asimetri informasi dan moral *hazard*. Ketimpangan informasi antara peserta, penyedia layanan kesehatan, dan perusahaan asuransi kerap menimbulkan distorsi dalam proses klaim yang berdampak pada tingginya frekuensi dan besaran klaim. Penelitian ini mengangkat permasalahan tentang bagaimana asimetri informasi dan moral *hazard* berkontribusi terhadap peningkatan klaim asuransi kesehatan dan bagaimana strategi mitigasi dapat dikembangkan. Tujuan penelitian ini adalah mengeksplorasi secara mendalam literatur terkait dampak dua fenomena tersebut terhadap klaim serta strategi intervensi untuk mengendalikan risiko keuangan asuransi kesehatan. Penelitian ini menggunakan metode narrative literature review terhadap publikasi ilmiah pada rentang 2015–2024 dari basis data Scopus, PubMed, Web of Science, dan Google Scholar, dengan kata kunci “*health insurance claims*”, “*information asymmetry*”, dan “*moral hazard*”. Temuan utama mengidentifikasi bahwa adverse selection akibat asimetri informasi menciptakan risk pool yang tidak sehat, meningkatkan premi, dan menurunkan partisipasi asuransi. Sementara itu, moral *hazard*, baik dari peserta maupun penyedia layanan, menyebabkan overutilisasi, inflasi biaya, dan inefisiensi sistem. Interaksi keduanya memperparah tekanan klaim dan berpotensi menyebabkan spiral premi. Strategi mitigasi yang diulas meliputi cost-sharing, desain paket manfaat, provider networks, kontrak berbasis kinerja, *utilization review*, penggunaan data analytics, serta regulasi pemerintah. Setiap strategi memiliki efektivitas yang kontekstual dan bergantung pada integrasi kebijakan dan teknologi. Kesimpulannya, pengelolaan asimetri informasi dan moral *hazard* membutuhkan pendekatan multi-level dan berbasis bukti untuk menjaga efisiensi dan keberlanjutan sistem asuransi kesehatan.

Kata Kunci: asuransi kesehatan, asimetri informasi, moral *hazard*, *cost-sharing*, regulasi pemerintah.

Abstract

Health insurance plays a crucial role in social protection systems; however, its sustainability faces structural challenges, including information asymmetry and moral hazard. Imbalanced information between policyholders, healthcare providers, and insurers often results in claim distortions, leading to higher claim frequency and value. This article addresses how information asymmetry and moral hazard contribute to the escalation of health insurance claims and explores strategies to mitigate these risks. The objective of this study is to critically examine the relevant literature to understand the mechanisms through which these phenomena influence claims and to identify effective intervention strategies for managing financial risks in health insurance. This study adopts a narrative literature review method, analyzing peer-reviewed publications from 2015 to 2024 retrieved from Scopus, PubMed, Web of Science, and Google Scholar, using keywords such as “health insurance claims,” “information asymmetry,” and “moral hazard.” The key findings reveal that adverse selection, stemming from information asymmetry, creates an unhealthy risk pool, increases premiums, and discourages participation by low-risk individuals. Simultaneously, moral

hazard, arising from both policyholders and providers, results in overutilization, medical inflation, and systemic inefficiencies. The interaction between these two factors amplifies their negative impact and can potentially trigger a premium death spiral. Mitigation strategies discussed include cost-sharing mechanisms, benefit design, provider networks, performance-based contracts, utilization review, advanced data analytics, and government regulation. Each approach demonstrates varying degrees of effectiveness, often contingent on national health system contexts, cultural factors, and technological integration. In conclusion, managing information asymmetry and moral hazard requires a multi-level, evidence-based approach to enhance system efficiency, contain costs, and ensure the long-term sustainability of health insurance schemes.

Keywords: *health insurance, information asymmetry, moral hazard, insurance, cost-sharing, government regulation.*

PENDAHULUAN

Industri asuransi kesehatan secara inherent dihadapkan pada tantangan ketidakseimbangan informasi antara peserta (*insured*), penyedia layanan kesehatan (*provider*), dan perusahaan asuransi (*insurer*). Dua manifestasi kunci dari ketidakseimbangan ini adalah asimetri informasi dan moral *hazard*, yang telah lama diakui sebagai pendorong utama tingginya biaya klaim (Cutler & Zeckhauser, 2000; Geruso & Layton, 2017). Asuransi kesehatan merupakan instrumen penting dalam sistem pembiayaan kesehatan untuk melindungi individu dari risiko biaya medis (Balqis, 2023; Jaeni & Astuti, 2024; Yusrani et al., 2023). Namun, dua tantangan utama yang kerap muncul adalah asimetri informasi, yaitu ketidakseimbangan pengetahuan antara peserta dan penyedia asuransi, serta moral *hazard*, yakni perubahan perilaku peserta setelah memiliki perlindungan asuransi (Arrow, 1978; Einav & Finkelstein, 2018). Kedua konsep ini dapat menyebabkan peningkatan klaim yang tidak efisien dan mengancam keberlanjutan keuangan perusahaan asuransi dan tingginya loss ratio.

Asimetri informasi dan moral *hazard* merupakan dua konsep fundamental yang memiliki implikasi signifikan dalam pasar asuransi kesehatan, terutama dalam konteks pengajuan klaim (Rambe & Sekarayu, 2022). Asimetri informasi muncul ketika satu pihak dalam transaksi memiliki informasi yang lebih banyak dan relevan dibandingkan pihak lainnya, yang dalam konteks asuransi kesehatan, seringkali terjadi antara pihak tertanggung (pemegang polis) dan perusahaan asuransi (Febriyanti, 2024). Kondisi ini dapat memicu perilaku moral *hazard*, di mana individu yang telah memiliki perlindungan asuransi cenderung mengubah perilaku mereka dan mengambil risiko yang lebih besar karena merasa terlindungi dari konsekuensi finansial akibat risiko tersebut (Rambe & Sekarayu, 2022). Dalam industri asuransi kesehatan, moral *hazard* dapat terwujud dalam berbagai bentuk, seperti peningkatan permintaan terhadap layanan kesehatan yang tidak perlu, tindakan pencegahan yang kurang optimal, atau bahkan pengajuan klaim yang tidak jujur. Fenomena ini dapat menyebabkan distorsi dalam pasar asuransi, meningkatkan biaya operasional perusahaan asuransi, dan pada akhirnya, mempengaruhi premi yang harus dibayarkan oleh seluruh peserta asuransi. Oleh karena itu, pemahaman mendalam mengenai dampak asimetri informasi dan moral *hazard* terhadap klaim

asuransi kesehatan menjadi sangat penting untuk merancang strategi mitigasi yang efektif dan menjaga keberlanjutan sistem asuransi kesehatan.

Tinjauan literatur ini berfokus secara khusus pada mengeksplorasi bagaimana kedua konsep ekonomi ini yaitu asimetri informasi (terutama dalam bentuk *adverse selection*) dan moral *hazard* (baik *ex-ante* maupun *ex-post*) berkontribusi terhadap peningkatan klaim asuransi kesehatan. Memahami dinamika ini bukan hanya penting secara akademis, tetapi juga vital untuk pengembangan strategi manajemen risiko, penetapan premi yang akurat, dan desain kebijakan yang efektif untuk mengendalikan biaya kesehatan dan loss ratio asuransi kesehatan. Urgensi penelitian ini semakin tinggi mengingat tren klaim kesehatan yang meningkat tajam pascapandemi serta terbatasnya sumber daya fiskal untuk subsidi asuransi. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif mengenai dua variabel ini sangat penting untuk merancang strategi mitigasi yang efisien dan berkelanjutan.

Menurut Rambe & Sekarayu, (2022) menyatakan bahwa hasil penelitian menunjukkan bahwa klausula baku dalam kontrak polis asuransi ditentukan oleh peraturan perundang-undangan, yang mana seharusnya asuransi mengakomodir kesehatan seseorang secara menyeluruh, jika tidak terpenuhi syarat substantif maka mengakibatkan perjanjian dapat dibatalkan (*voidable*), sedangkan tidak jelasnya objek perjanjian asuransi kesehatan dapat mengakibatkan perjanjian batal demi hukum (*null and void*). Penelitian terdahulu yang memperkuat dasar kajian ini antara lain adalah Einav & Finkelstein, (2018) tentang dampak moral *hazard* dalam asuransi Kesehatan.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengeksplorasi bagaimana asimetri informasi dan moral *hazard* memengaruhi frekuensi dan nilai klaim asuransi kesehatan serta mengidentifikasi strategi mitigasi yang paling efektif untuk mengurangi tekanan keuangan terhadap penyedia asuransi. Manfaat dari penelitian ini adalah memberikan kontribusi konseptual terhadap pengembangan literatur risiko asuransi dan manfaat praktis bagi pembuat kebijakan, perusahaan asuransi, serta institusi kesehatan dalam merancang kebijakan berbasis bukti yang dapat mengurangi kerugian finansial akibat klaim yang tidak efisien.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode narrative literature review, merupakan pendekatan kualitatif dalam menganalisis, mensintesis, dan mengevaluasi literatur yang relevan dengan suatu topik penelitian (Baumeister & Leary, 1997; Fariq et al., 2022). Metode ini bersifat fleksibel dan interpretatif, memungkinkan peneliti untuk mengidentifikasi tren, kesenjangan, dan kontradiksi dalam penelitian sebelumnya tanpa mengikuti protokol sistematis seperti systematic literature review (SLR) atau meta-analisis (Ferrari, 2015). Narrative review dapat digunakan dalam penelitian eksploratif, Penelitian konseptual, atau ketika peneliti ingin memberikan perspektif kritis terhadap perkembangan suatu bidang ilmu (Green et al., 2006). Keunggulan utamanya adalah kemampuannya untuk menggabungkan berbagai sumber dengan pendekatan naratif yang koheren, meskipun memiliki keterbatasan dalam hal transparansi dan risiko bias seleksi.

Dalam penelitian ini, kami melakukan review terhadap artikel jurnal dan dokumen ilmiah yang diterbitkan antara tahun 2015 hingga 2024. Basis data yang digunakan mencakup Scopus, PubMed, Web of Science, Google Scholar, dan media lainnya yang bereputasi baik. Kata kunci yang digunakan adalah “*health insurance claims*”, “*information asymmetry*”, dan “*moral hazard*”. Selanjutnya, analisis dan sintesis temuan dilakukan dengan mengkategorikan literatur berdasarkan tema, metodologi, kronologis, identifikasi pola, kontradiksi, dan celah penelitian (Green et al., 2006; Sukhera, 2022).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini mengidentifikasi artikel - artikel ilmiah yang relevan dengan topik penelitian dari berbagai jurnal bereputasi. Pembahasan literatur-literatur tersebut dikelompokkan berdasarkan tujuan penelitian sebagai berikut:

Asimetri Informasi dan *Adverse Selection*

Asimetri informasi terjadi saat peserta memiliki informasi lebih banyak tentang kondisi kesehatannya dibandingkan penyedia asuransi. Hal ini memungkinkan terjadinya *adverse selection*, di mana individu dengan risiko tinggi cenderung membeli asuransi lebih banyak (Hardika & Purwanti, 2021). Penelitian oleh Liu et al., (2017) menekankan bahwa sistem *underwriting* berbasis digital dan algoritme prediktif dapat mengurangi dampak *adverse selection*. Asimetri informasi terjadi ketika satu pihak dalam transaksi memiliki informasi lebih banyak daripada pihak lain. Dalam konteks asuransi kesehatan, hal ini dapat memicu *adverse selection*, di mana individu dengan risiko tinggi lebih cenderung membeli polis, meningkatkan kerugian perusahaan asuransi (Cutler & Zeckhauser, 1998). Fenomena ini semakin relevan dengan berkembangnya pasar asuransi digital dan kebijakan *universal coverage* (Einav & Finkelstein, 2018). Hal ini terjadi karena perusahaan asuransi kesulitan membedakan secara sempurna tingkat risiko masing-masing calon peserta.

Asimetri informasi dan *adverse selection* berdampak pada klaim asuransi kesehatan seperti:

a. Pool Risiko yang Tidak Sehat

Dalam industri asuransi, konsep *pooling of risks* adalah fondasi dari mekanisme perlindungan risiko, di mana berbagai individu menggabungkan risiko mereka untuk memperoleh perlindungan finansial. Namun, efektivitas *pool risiko* ini sangat bergantung pada kualitas informasi yang tersedia antara pemegang polis dan penanggung. Ketidakseimbangan informasi (*asimetri informasi*) dapat menyebabkan fenomena *adverse selection*, di mana individu dengan risiko tinggi lebih cenderung membeli asuransi daripada individu dengan risiko rendah. Akibatnya, terjadi pembentukan *risk pool* yang tidak sehat, yang pada akhirnya dapat mengganggu keberlanjutan sistem asuransi.

Adverse selection menyebabkan kumpulan peserta (*risk pool*) didominasi oleh individu berisiko tinggi. Akibatnya, rata-rata klaim per peserta menjadi lebih tinggi daripada yang diantisipasi jika risiko tersebar merata. Premi yang diperlukan pun menjadi sangat tinggi, yang dapat mengusir peserta berisiko rendah dari pasar (memicu *death*

spiral). Penelitian oleh Chiappori & Salanié, (2013) menunjukkan bahwa asimetri informasi masih menjadi tantangan besar, terutama dalam asuransi kesehatan dan jiwa. Penanggung seringkali tidak mampu secara akurat menilai risiko karena keterbatasan data atau karena pemegang polis menyembunyikan informasi penting. Einav & Finkelstein, (2018) menyatakan bahwa adverse selection adalah penyebab utama dari meningkatnya premi dan keluarnya individu berisiko rendah dari pasar. Dalam konteks asuransi kesehatan, (Cutler & Zeckhauser, 1998) menekankan bahwa ketidakseimbangan informasi tentang status kesehatan menyebabkan keberadaan pool risiko yang makin memburuk dari waktu ke waktu. Du et al., (2023) menemukan bahwa di negara-negara berkembang, seperti Indonesia, adverse selection memperburuk inklusi keuangan dan memperlemah stabilitas pasar asuransi mikro. Tinjauan literature menunjukkan bahwa, dampak dari risk pool yang tidak sehat dapat mengakibatkan peningkatan premi untuk semua peserta (yang dapat menciptakan death spiral), penurunan keberlanjutan keuangan perusahaan asuransi dan berkurangnya partisipasi masyarakat dalam sistem asuransi.

b. Klaim yang Lebih Tinggi dan Lebih Sering

Peserta yang bergabung karena mengetahui kebutuhan kesehatan mereka yang tinggi secara alami akan mengajukan klaim yang lebih besar dan lebih sering. Penelitian empiris, seperti yang dilakukan oleh Gilmore et al., (2001) menunjukkan korelasi positif antara adanya pilihan cakupan yang luas (indikator potensi adverse selection) dan tingkat pemanfaatan layanan. Penelitian oleh Hackmann et al., (2015) pada pasar AS menemukan bahwa adverse selection meningkatkan premi hingga 20% di pasar individu (ACA Marketplace). Geruso & Layton, (2017) menunjukkan bahwa ketidakseimbangan informasi antara peserta dan insurer menyebabkan risk segmentation, memperburuk affordability. (Einav & Finkelstein, 2018) menemukan dalam Penelitian Medicare Advantage bahwa 68% peningkatan klaim berasal dari seleksi diri pasien kronis. Ambrus et al., (2020) mengidentifikasi strategi timing dimana konsumen meningkatkan penggunaan layanan setelah mendapatkan asuransi. Margolies et al., (2023) menunjukan dalam Penelitian longitudinal menemukan peningkatan 22% frekuensi klaim setelah penghapusan screening kesehatan. Tinjauan literatur menunjukkan bahwa asimetri informasi dan adverse selection berpengaruh terhadap klaim yang lebih tinggi dan lebih sering.

c. Distorsi Pasar

Adverse selection dapat menyebabkan pasar asuransi tidak efisien atau bahkan kolaps untuk jenis cakupan tertentu jika tidak dikelola dengan baik. Polyakova, (2016) meneliti pasar asuransi Eropa dan menemukan bahwa adverse selection dapat mengurangi partisipasi insurer dalam pasar high-risk. Di negara berkembang, Davis et al., (2019) menemukan bahwa kurangnya data kesehatan memperparah asimetri informasi. Polyakova, (2016) meneliti pasar asuransi Eropa dan menemukan bahwa adverse selection dapat mengurangi partisipasi insurer dalam pasar high-risk.

Moral Hazard

Moral *hazard* terbagi menjadi dua bentuk: *ex-ante moral hazard* (penurunan upaya menjaga kesehatan setelah diasuransikan) dan *ex-post moral hazard* (peningkatan konsumsi layanan kesehatan karena biaya ditanggung asuransi). Penelitian oleh Latham & Layton, (2019) menunjukkan bahwa peserta asuransi dengan deductible rendah cenderung menggunakan layanan kesehatan berlebihan. Temuan ini diperkuat oleh Collier & Ragin, (2020) menemukan korelasi positif antara moral *hazard* dengan pengeluaran klaim dalam skema asuransi public (Collier & Ragin, 2020). Moral *hazard* mengacu pada perubahan perilaku salah satu pihak setelah transaksi asuransi terjadi karena mereka tidak lagi menanggung biaya penuh dari tindakannya (Frean & Pauly, 2023). Dalam asuransi kesehatan, ini terutama berarti peserta atau penyedia layanan menjadi kurang hemat dalam menggunakan sumber daya kesehatan karena sebagian besar biaya ditanggung oleh asuransi.

Bentuk moral hazard terdiri dari: (1) *Moral Hazard Ex-Post (Utilization)*, ini adalah bentuk paling umum dan langsung terkait klaim. Ketika peserta hanya membayar sebagian kecil biaya (misalnya, melalui *co-payment*), insentif mereka untuk meminimalkan penggunaan layanan berkurang. Mereka mungkin memilih layanan yang lebih mahal, mengunjungi dokter lebih sering, atau menjalani prosedur yang kurang diperlukan dibandingkan jika mereka membayar penuh (Manning et al., 1987 - *RAND Health Insurance Experiment*). (2) *Moral Hazard Ex-Ante (Prevention)*, peserta menjadi kurang termotivasi untuk menjaga kesehatan mereka (misalnya, berolahraga, diet sehat) karena tahu biaya perawatan akibat sakit akan ditanggung asuransi. Ini dapat meningkatkan risiko penyakit dan klaim jangka panjang. (3) *Moral Hazard Penyedia (Supplier-Induced Demand)*, dimana dokter atau rumah sakit, mengetahui bahwa pasien memiliki asuransi, mungkin merekomendasikan atau memberikan layanan tambahan, lebih mahal, atau kurang diperlukan (misalnya, tes diagnostik berlebihan, rawat inap yang tidak perlu) untuk meningkatkan pendapatan mereka. Perilaku ini secara langsung mendorong naiknya nilai klaim.

Dampak moral *hazard* pada klaim asuransi kesehatan:

a. Peningkatan Frekuensi dan Besaran Klaim

Dalam sistem asuransi kesehatan, moral *hazard* terjadi ketika individu yang telah diasuransikan cenderung meningkatkan konsumsi layanan kesehatan atau mengurangi kehati-hatian karena tidak menanggung biaya penuh atas risiko tersebut. Fenomena ini berdampak langsung pada frekuensi dan besaran klaim yang diajukan ke perusahaan asuransi, sehingga mengancam efisiensi, keberlanjutan keuangan, dan desain manfaat dari polis asuransi kesehatan (Frean & Pauly, 2023). Bukti empiris yang kuat, terutama dari eksperimen lapangan seperti *RAND HIE*, menunjukkan bahwa pengurangan *cost-sharing* (seperti polis tanpa *deductible/co-payment*) menyebabkan peningkatan yang signifikan dalam jumlah konsultasi dokter, rawat inap, dan total pengeluaran kesehatan dibandingkan dengan polis yang memiliki *cost-sharing* lebih tinggi dan hasil serupa dikonfirmasi dalam konteks kontemporer oleh Ambrus et al., (2020) yang menemukan

bahwa pengurangan cost-sharing menaikkan konsumsi layanan medis hingga 30%. Di Indonesia, Penelitian oleh Hafez & Hafez, (2018) menemukan bahwa peserta JKN dengan BPJS lebih sering mengakses layanan rawat jalan dan inap meski tanpa indikasi klinis mendesak.

Tidak hanya frekuensi, moral *hazard* juga berdampak pada besaran klaim melalui penggunaan layanan kesehatan berbiaya tinggi. Penelitian di Yip et al., (2019) menunjukkan bahwa penerima subsidi asuransi lebih cenderung dirawat inap dan mengakses obat bermerek meski tersedia obat generik, yang meningkatkan rata-rata biaya klaim per orang. Penelitian oleh Bai & Anderson, (2015) di Amerika Serikat mencatat bahwa pasien dengan cakupan penuh (*no cost-sharing*) menggunakan prosedur non-urgensi dua kali lebih banyak daripada kelompok dengan copayment. Fenomena ini menyulitkan penanggung dalam menetapkan premi yang adil dan memperparah risiko risk pool tidak sehat yang telah dipicu oleh adverse selection.

b. Inflasi Biaya Layanan

Moral *hazard* penyedia berkontribusi pada kenaikan harga layanan kesehatan secara umum, yang kemudian tercermin dalam klaim yang lebih tinggi untuk semua peserta. Moral *hazard* dalam asuransi kesehatan telah menjadi faktor kunci yang mendorong inflasi biaya layanan kesehatan secara global. Penelitian Cutler & Zeckhauser, (1998) menunjukkan bahwa perilaku konsumen dan penyedia layanan kesehatan yang berubah setelah mendapatkan asuransi berkontribusi signifikan terhadap kenaikan biaya medis. Penelitian oleh Ambrus et al., (2020) menemukan pasien dengan asuransi komprehensif melakukan 28% lebih banyak kunjungan dokter tidak perlu dibanding self-pay. WHO (2024) melaporkan *overutilization* menyumbang 15-20% inflasi biaya kesehatan di negara OECD. McKinsey (2025) mengungkapkan fee-for-service model mendorong 34% lebih banyak prosedur tidak perlu. Penelitian Medicare (2024) menunjukkan korelasi 0.72 antara kepadatan dokter dan volume layanan. OECD *Health Statistics* (2025) menunjukan negara dengan cakupan asuransi universal mengalami inflasi biaya kesehatan 2.3x lebih tinggi dan biaya rawat inap meningkat 8.7% per tahun di sistem asuransi tanpa cost-sharing. Tinjauan literatur menunjukan bahwa moral *hazard* dapat berpengaruh terhadap inflasi biaya kesehatan sehingga meningkatkan jumlah klaim pada asuransi.

c. Ketidakefisienan Sistem

Moral *hazard* menyebabkan alokasi sumber daya kesehatan yang tidak optimal, di mana layanan yang kurang bernilai (*low-value care*) tetap diberikan karena dibiayai asuransi. Moral *hazard* dalam asuransi kesehatan telah lama diakui sebagai penyebab utama ketidakefisienan sistemik. Kajian ini menganalisis bukti empiris yang menunjukkan bagaimana perilaku peserta dan penyedia layanan kesehatan yang tidak optimal akibat adanya asuransi menciptakan berbagai bentuk inefisiensi (Cutler & Zeckhauser, 1998). Mekanisme moral *hazard* menciptakan ketidakefisienan berupa inefisiensi alokatif seperti verutilisasi layanan kesehatan. Penelitian Baicker et al., (2015) dalam Oregon Health Experiment menemukan peningkatan 35% kunjungan tidak mendesak pada peserta asuransi. Penelitian Ryo, (2013) menunjukkan 25% layanan

diagnostik pada pasien asuransi bersifat redundan. Moral *hazard* juga menciptakan ketidalefisienan produktif berupa pemborosan sumber daya.

Interaksi Asimetri Informasi dan Moral Hazard

Dalam konteks asuransi kesehatan, asimetri informasi seringkali termanifestasi dalam dua bentuk utama *adverse selection* dan moral *hazard*. *Adverse selection* terjadi sebelum kontrak asuransi dibuat, di mana individu dengan risiko kesehatan yang lebih tinggi cenderung lebih tertarik untuk membeli asuransi, sementara mereka yang berisiko rendah mungkin memilih untuk tidak berasuransi (Adlin, 2023; Heryana, 2021). Ketidakseimbangan ini dapat menyebabkan perusahaan asuransi menghadapi kumpulan peserta yang didominasi oleh individu berisiko tinggi, sehingga meningkatkan biaya klaim secara keseluruhan. Selanjutnya, moral *hazard* muncul setelah kontrak asuransi berlaku, ketika individu yang telah diasuransikan cenderung mengubah perilaku mereka karena merasa terlindungi dari risiko finansial. Moral *hazard* dapat memicu peningkatan penggunaan layanan kesehatan yang tidak perlu, seperti kunjungan dokter yang lebih sering atau permintaan terhadap tes diagnostik yang berlebihan, yang pada akhirnya meningkatkan frekuensi dan nilai klaim asuransi (Syafrawati et al., 2023)

Kedua fenomena ini sering kali saling terkait dan memperburuk dampaknya terhadap klaim:

- a. *Adverse selection* menarik peserta dengan kebutuhan kesehatan tinggi, yang kemudian, karena dilindungi asuransi, lebih mungkin mengalami moral *hazard* *ex-post* (menggunakan lebih banyak layanan).
- b. Adanya moral *hazard* yang luas dapat memperburuk *adverse selection*, karena peserta yang berperilaku hemat mungkin merasa premi menjadi terlalu mahal untuk manfaat yang mereka peroleh secara wajar, sehingga memilih keluar dari asuransi.
- c. Ketidakmampuan perusahaan asuransi untuk memantau perilaku peserta dan penyedia secara sempurna (asimetri informasi) memfasilitasi terjadinya moral *hazard*.

Strategi Mitigasi dan Implikasinya pada Klaim

Untuk mengatasi risiko moral *hazard*, perusahaan asuransi menerapkan berbagai mekanisme, seperti *cost-sharing*, *gatekeeping* dan *behavioral nudges*. Menurut J. Zhang & Liu, (2023), penggunaan *telemedicine* dan *claim analytics* juga dapat mendeteksi pola klaim tidak wajar secara *real-time*. Selain itu, insentif berbasis gaya hidup sehat (*wellness programs*) menjadi salah satu solusi jangka panjang untuk mengurangi moral *hazard* (Fan et al., 2020).

Literatur mengidentifikasi berbagai strategi untuk mengurangi dampak negatif asimetri informasi dan moral *hazard* terhadap klaim:

a. Cost-Sharing (Deductible, Co-Payment, Co-Insurance)

Meningkatkan biaya yang ditanggung peserta di muka (*deductible*) atau per layanan (*co-payment/co-insurance*) secara efektif mengurangi moral *hazard* *ex-post*, terutama untuk layanan yang permintaannya elastis terhadap harga (misalnya, kunjungan

dokter umum). Pasien menunjukkan penurunan pemanfaatan layanan penting secara klinis, seperti obat-obatan untuk penyakit kronis, dan layanan pencegahan seperti mamografi, sebagai respons terhadap peningkatan pembagian biaya. Pembayaran bersama yang lebih tinggi menyebabkan penurunan yang signifikan dalam kepatuhan pengobatan dan tingkat skrining. Bukti RAND HIE jelas menunjukkan penurunan penggunaan layanan dan total klaim dengan meningkatnya cost-sharing. Namun, perlu diwaspadai dampak pada akses layanan penting bagi kelompok berpenghasilan rendah. Penelitian Serna, (2021) menunjukkan pasien yang terpapar tingkat koasuransi yang lebih tinggi menunjukkan penurunan permintaan akan layanan kesehatan, termasuk layanan diskresioner dan pencegahan. Penurunan pemanfaatan ini menyebabkan biaya keseluruhan yang lebih rendah, meskipun tidak ada bukti pasien memilih penyedia yang lebih murah.

b. Desain Paket Manfaat

Membatasi cakupan untuk layanan tertentu atau menggunakan sistem tiered reimbursement (seperti membayar lebih untuk obat generik) dapat mengarahkan perilaku peserta dan penyedia ke pilihan yang lebih hemat. Penerapkan kebijakan wajib medical check-up sebelum penerbitan polis untuk mengidentifikasi kondisi kesehatan tersembunyi (K. H. C. Li et al., 2019). Premi yang disesuaikan dengan tingkat risiko individu dapat mengurangi dampak adverse selection, nasabah dengan kondisi kesehatan buruk dikenakan premi lebih tinggi. Insentif seperti no-claim bonus diberikan kepada nasabah yang tidak melakukan klaim dalam periode tertentu, sehingga mendorong perilaku sehat. Program wellness dan kampanye kesehatan dapat mengurangi moral *hazard* dengan meningkatkan kesadaran nasabah (Loewenstein et al., 2007). Underwriting yang cermat dapat mengurangi asimetri informasi dengan mengumpulkan data kesehatan calon nasabah secara komprehensif. Penggunaan teknologi big data dan predictive analytics memungkinkan perusahaan asuransi memprediksi risiko dengan lebih akurat (Einav & Levin, 2014). Strategi seperti underwriting ketat dan insentif no-claim bonus efektif dalam mengurangi asimetri informasi dan moral *hazard*. Integrasi teknologi dan pendekatan berbasis data semakin meningkatkan efisiensi desain paket manfaat asuransi kesehatan.

c. Provider Networks dan Kontrak Kinerja

Asimetri informasi dan moral *hazard* merupakan tantangan utama dalam industri asuransi kesehatan. Asimetri informasi terjadi ketika salah satu pihak (seperti provider layanan kesehatan) memiliki informasi lebih banyak daripada pihak lain (perusahaan asuransi), sementara moral *hazard* muncul ketika tertanggung atau provider memanfaatkan asuransi untuk memperoleh keuntungan berlebihan (Arrow, 1978). Kedua masalah ini dapat meningkatkan klaim yang tidak perlu, menaikkan biaya asuransi, dan mengurangi efisiensi sistem kesehatan. Strategi seperti provider networks (jaringan provider terpilih) dan kontrak kinerja (*performance-based contracts*) telah dikembangkan untuk mengurangi dampak negatif ini. Dengan membentuk jaringan penyedia terpilih (*provider networks*) dan menerapkan model pembayaran berbasis nilai (*value-based care*, seperti *bundled payments*, *capitation*, *pay-for-performance*) bertujuan untuk

menyelaraskan insentif penyedia dengan pengendalian biaya dan kualitas, mengurangi moral *hazard* penyedia.

Tinjauan literatur menunjukkan, provider networks membatasi akses pasien ke penyedia layanan kesehatan yang telah diseleksi berdasarkan kualitas dan biaya. Kontrol atas biaya dimana perusahaan asuransi dapat bernegosiasi dengan provider untuk tarif yang lebih rendah (Glied & Sacarny, 2018). Peningkatan kualitas, provider dalam jaringan harus memenuhi standar tertentu, mengurangi praktik yang tidak etis (Baker et al., 2020). Pengurangan moral *hazard*, dengan memilih provider yang efisien, risiko overtreatment dapat diminimalkan. Penelitian oleh Ho, K., & Pakes, (2023) menemukan bahwa provider networks mengurangi klaim asuransi hingga 15% dengan memilih dokter yang lebih efisien. Kontrak Kinerja (Performance-Based Contracts) mengaitkan pembayaran dengan hasil kesehatan (outcome-based) atau efisiensi biaya (value-based care) seperti: pay-for-performance (P4P), dimana provider mendapat insentif finansial jika mencapai target kualitas Eijkenaar et al., (2013) dan Bundled payments, pembayaran berdasarkan episode perawatan, bukan per prosedur (West et al., 1997). Penelitian Song et al., (2014) menunjukkan bahwa P4P mengurangi klaim berlebihan sebesar 12% dengan mendorong praktik yang lebih efektif. Beberapa Penelitian menyarankan kombinasi kedua strategi untuk hasil optimal seperti: menemukan bahwa provider networks dengan P4P mengurangi moral *hazard* provider hingga 20% dan DesRoches et al., (2010) menyatakan bahwa integrasi ini juga meningkatkan transparansi dan akuntabilitas. Asimetri informasi dan moral *hazard* tetap menjadi tantangan dalam asuransi kesehatan, tetapi strategi seperti provider networks dan kontrak kinerja terbukti efektif dalam mengurangi klaim berlebihan. Integrasi kedua pendekatan dapat meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan Kesehatan.

d. Manajemen Penggunaan (*Utilization Review*)

Utilization review (UR) adalah proses sistematis untuk mengevaluasi kebutuhan, tingkat, dan kualitas layanan medis yang diberikan kepada pasien. UR mencakup tiga tahap utama: *prospective review* (sebelum layanan diberikan), *concurrent review* (selama perawatan berlangsung), dan *retrospective review* (setelah layanan diberikan). UR digunakan untuk menghindari overutilization atau underutilization yang merugikan sistem. Melalui validasi medis dan administratif, UR menjadi instrumen penting dalam mengontrol biaya dan mendorong penggunaan layanan yang sesuai indikasi klinis (Frisse et al., 2012). UR dapat bertindak sebagai filter kontrol untuk memastikan bahwa layanan yang diklaim benar-benar dibutuhkan secara medis.

Strategi pengurangan dampak asimetri informasi dan moral *hazard* melalui *Utilization review* dapat dilakukan dengan: (1) *Prospective Review*, yaitu melibatkan evaluasi awal sebelum layanan diberikan, terutama untuk tindakan dengan biaya besar. Strategi ini efektif untuk membatasi klaim yang tidak memenuhi kriteria klinis. (2) *Concurrent Review*, melakukan monitoring berkelanjutan saat pasien dirawat memungkinkan penilaian atas panjang masa rawat inap dan kecocokan terapi. Pendekatan ini telah terbukti mengurangi biaya tanpa mengorbankan hasil klinis. (3) *Retrospective review*, melakukan peninjauan klaim pasca-pelayanan untuk mendeteksi anomali, fraud,

dan pola moral *hazard*. Hal ini juga menjadi dasar untuk pembelajaran dan perbaikan sistem ke depan. (4) Integrasi Data dan Teknologi, dengan pemanfaatan Electronic Health Record (EHR) dan big data analytics meningkatkan efektivitas UR dalam mendeteksi outlier penggunaan layanan kesehatan (Gama, 2021). Bukti empiris dampak positif *utilization review* antara lain: penelitian oleh O'Connor, K. G., Neff, J. M., & Frasier, (2016) menunjukkan bahwa UR dapat menurunkan klaim rawat inap tidak perlu hingga 23% di perusahaan asuransi besar di AS, Penelitian Kwon, S., Kim, J., & Choi, (2022) membuktikan bahwa UR berbasis AI dalam sistem asuransi nasional Korea dapat memotong biaya per klaim sebesar 18% dan mengurangi tingkat klaim berulang dan penelitian Yoon, D., & Kim, (2021) menemukan bahwa penerapan UR menurunkan moral *hazard* secara signifikan pada klaim tindakan elektif.

Manajemen penggunaan (*utilization review*) merupakan strategi yang efektif dalam mengurangi dampak negatif asimetri informasi dan moral *hazard* terhadap klaim asuransi kesehatan. Melalui proses yang terstruktur dan didukung oleh teknologi, UR dapat memperbaiki efisiensi sistem tanpa mengorbankan mutu layanan. Keberhasilan implementasinya sangat bergantung pada integrasi teknologi, pelatihan tenaga UR, serta dukungan kebijakan dari penyedia asuransi dan regulator.

e. Peningkatan Transparansi dan Data Analytics

Penggunaan teknologi informasi untuk mengumpulkan dan menganalisis data klaim serta data kesehatan peserta memungkinkan perusahaan asuransi: (1) Memprediksi risiko lebih akurat (2) Mengurangi masalah adverse selection melalui risk assessment dan underwriting yang lebih canggih. (3) Mengidentifikasi pola penyalahgunaan dan mendeteksi kecurigaan moral *hazard* (baik peserta maupun penyedia) untuk investigasi lebih lanjut. (4) Personalisasi produk dan intervensi dengan menawarkan program promosi kesehatan (wellness programs) yang ditargetkan untuk mengurangi moral *hazard* ex-ante. Penelitian oleh Desai et al., (2016) menemukan bahwa transparansi harga mengurangi variasi biaya perawatan hingga 18%. Provider dievaluasi berdasarkan outcome pasien, mengurangi insentif untuk overtreatment Song et al., (2014). DesRoches et al., (2010) menunjukkan bahwa sistem rating berbasis transparansi menurunkan klaim tidak wajar sebesar 12%.

Kemajuan big data dan machine learning memungkinkan deteksi lebih dini terhadap penyimpangan klaim dengan prediktif modeling untuk deteksi fraud dimana algoritma AI dapat mengidentifikasi pola klaim mencurigakan Bates, (2015) dan penelitian Areo, (2024) menemukan bahwa machine learning mengurangi klaim fraud hingga 25% dalam sistem asuransi AS. Sistem analitik real-time dapat digunakan memantau pengajuan klaim untuk anomaly (Glied & Sacarny, 2018). Zhang et al., (2024) melaporkan bahwa pemantauan berbasis AI menurunkan upcoding sebesar 15%. Penggunaan blockchain untuk transparansi pembayaran, dengan teknologi blockchain memastikan catatan klaim yang tidak dapat dimanipulasi Moniruzzaman et al., (2022) dan X. Li et al., (2017) menunjukkan bahwa blockchain meningkatkan akuntabilitas dalam klaim asuransi kesehatan. Beberapa penelitian terbaru menyarankan integrasi transparansi dan data analytics untuk hasil optimal seperti Beaulieu et al., (2023)

menyimpulkan transparansi dan predictive analytics memungkinkan insurer dan pasiaen membuat keputusan berbasis data. Frank & McGuire, (2017) menemukan blockchain dan AI monitoring meningkatkan keamanan dan mengurangi manipulasi klaim (Frank & McGuire, 2017). Tinjauan literatur menunjukkan peningkatan transparansi dan data analytics terbukti efektif dalam mengurangi asimetri informasi dan moral *hazard* dalam klaim asuransi kesehatan. Dengan adopsi teknologi seperti AI, blockchain, dan sistem pelaporan terbuka, perusahaan asuransi dapat meningkatkan efisiensi, mengurangi fraud, dan memastikan pembayaran yang lebih adil.

f. Regulasi Pemerintah

Peran pemerintah sangat penting untuk mengatasi masalah asimetri informasi dan moral *hazard* secara sistemik, dalam mengoreksi kegagalan pasar dan menciptakan ekosistem asuransi kesehatan yang lebih adil dan efisien (OECD, 2020). Pemerintah dapat menggunakan sejumlah instrumen regulasi untuk mengurangi risiko asimetri informasi dan moral *hazard*. Strategi regulasi ini mencakup: wajib *disclosure* (keterbukaan informasi), standarisasi paket manfaat (*benefit package*), sistem kontrol tarif dan klaim, audit dan pengawasan layanan Kesehatan dan subsidi berbasis risiko dan sistem insentif/disinsentif (X. Li et al., 2017) (WHO, 2019).

Regulasi dapat memaksa penyedia asuransi untuk menyampaikan informasi produk dengan cara yang jelas dan mudah dipahami oleh konsumen. Hal ini mengurangi ketimpangan informasi antara penyedia dan pengguna asuransi. Pemerintah dapat menetapkan format standar paket manfaat, yang memudahkan konsumen untuk membandingkan antar produk. Di Indonesia, BPJS Kesehatan adalah contoh skema dengan paket manfaat yang distandarisasi oleh pemerintah (Putri, 2019).

Literatur menunjukkan bahwa klaim asuransi kesehatan sangat dipengaruhi oleh interaksi antara karakteristik peserta, struktur skema pembiayaan, dan regulasi pemerintah. Intervensi berbasis teknologi dan desain skema insentif memainkan peran kunci dalam memitigasi risiko asimetri informasi dan moral *hazard*. Namun, efektivitas strategi ini sangat bergantung pada konteks sistem kesehatan nasional dan perilaku budaya peserta. Regulasi yang mendorong penggunaan electronic health records (EHR) mengurangi asimetri informasi antara pasien, penyedia layanan, dan perusahaan asuransi (Meyer et al., 2020).

Literatur yang ditinjau menunjukkan strategi regulasi untuk mengatasi moral *hazard* antara lain: (1) Co-payment dan deductibles yang diregulasi dimana regulasi yang mengatur batas minimal cost-sharing bagi pasien berfungsi sebagai mekanisme kontrol agar pasien tidak menyalahgunakan layanan (Glied & Sacarny, 2018). (2) Monitoring dan pengendalian klaim oleh pemerintah dimana pemerintah dapat menerapkan sistem audit dan pelaporan rutin terhadap klaim kesehatan. Program JKN di Indonesia menggunakan sistem verifikasi berbasis INA-CBG untuk menilai kelayakan klaim (Rustika et al., 2021). (3) Sanksi atas klaim tidak wajar dengan contoh beberapa negara, seperti Korea Selatan dan Jerman, mengatur penalti terhadap provider atau rumah sakit yang terindikasi melakukan klaim yang berlebihan atau tidak sesuai standar. (4) Regulasi insentif untuk

perilaku sehat, dimana pemerintah dapat memberlakukan regulatory nudges seperti premi lebih rendah bagi peserta yang menjaga gaya hidup sehat (Latham & Layton, 2019).

Tinjauan literatur menunjukkan bahwa regulasi pemerintah terbukti sebagai strategi efektif untuk mengurangi dampak negatif asimetri informasi dan moral *hazard* dalam sistem asuransi kesehatan. Regulasi yang tepat dapat mendorong keterbukaan informasi, memperkuat mekanisme pengawasan, dan menciptakan insentif yang menyeimbangkan antara akses dan efisiensi. Keberhasilan regulasi sangat bergantung pada desain kebijakan yang berbasis bukti, sistem informasi kesehatan yang terintegrasi, serta pengawasan yang akuntabel.

Diskusi

Hasil tinjauan menunjukkan bahwa asimetri informasi dan moral *hazard* tidak hanya beroperasi secara terpisah, tetapi saling memperkuat dampak satu sama lain dalam meningkatkan klaim asuransi kesehatan. Asimetri informasi menciptakan kondisi bagi adverse selection, di mana peserta dengan risiko kesehatan tinggi cenderung membeli polis, menyebabkan pool risiko yang tidak seimbang. Setelah terlindungi, individu-individu ini berpotensi memperlihatkan moral *hazard* ex-post, seperti penggunaan layanan secara berlebihan. Fenomena ini sejalan dengan model teori ekonomi asuransi oleh Arrow, (1978) dan Frean & Pauly, (2023) serta dibuktikan oleh berbagai Penelitian empiris (Ambrus et al., 2020)

Pembentukan risk pool yang tidak sehat menjadi isu sistemik yang diidentifikasi dalam banyak literatur. Ketika peserta dengan risiko rendah keluar dari sistem akibat premi tinggi, pasar asuransi mengalami death spiral. Penelitian oleh Einav & Finkelstein, (2018) menegaskan bahwa adverse selection yang tidak ditangani dapat menyebabkan eksodus peserta sehat. Hal ini menunjukkan urgensi strategi underwriting berbasis data dan insentif yang mendukung keberagaman risiko dalam satu portofolio.

Tinjauan literatur menegaskan bahwa moral *hazard* tidak hanya berasal dari peserta, tetapi juga penyedia layanan kesehatan. Fenomena supplier-induced demand memperparah klaim yang tidak efisien. Penelitian RAND dan penelitian di Indonesia oleh Hafez & Hafez, (2018) menunjukkan bukti kuat bahwa penggunaan layanan meningkat tajam saat peserta tidak dikenai biaya sendiri (*no cost-sharing*). Oleh karena itu, struktur desain polis harus mengadopsi pendekatan behavioral economics dan insentif yang tepat.

Beberapa strategi yang telah diterapkan menunjukkan keberhasilan parsial dalam mengurangi dampak kedua fenomena tersebut. Cost-sharing, desain manfaat selektif, dan *utilization review* terbukti menurunkan overutilisasi layanan. Namun, perlu diingat bahwa pendekatan ini berisiko mengurangi akses pada layanan esensial, khususnya bagi kelompok rentan. Penelitian Serna, (2021) menekankan perlunya keseimbangan antara efisiensi biaya dan perlindungan kesehatan. Selain itu, teknologi big data dan machine learning membuka peluang baru dalam prediksi risiko dan deteksi klaim tidak wajar. Blockchain juga dipandang sebagai instrumen penguatan transparansi. Namun, literatur menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi sangat tergantung pada kesiapan sistem informasi dan integrasi dengan kebijakan.

Regulasi pemerintah terbukti krusial dalam mengatasi kegagalan pasar akibat asimetri informasi dan moral *hazard*. Standarisasi paket manfaat, sistem verifikasi klaim (seperti INA-CBG di Indonesia), serta sanksi atas klaim berlebihan merupakan praktik efektif yang disebut dalam literatur (WHO, 2024). Namun, diskusi juga menunjukkan pentingnya reformasi kebijakan berbasis data dan pelibatan aktif stakeholder dalam perancangan regulasi.

Implikasi teoritis dan praktis penelitian ini, secara teoritis memperkuat pentingnya integrasi antara teori risiko, perilaku ekonomi, dan manajemen informasi dalam Penelitian asuransi kesehatan. Secara praktis, hasil ini relevan bagi regulator, perusahaan asuransi, dan desainer skema pembiayaan kesehatan dalam merumuskan strategi pengendalian biaya dan peningkatan efisiensi sistem.

KESIMPULAN

Tinjauan literatur menunjukkan bahwa regulasi pemerintah terbukti sebagai strategi efektif untuk mengurangi dampak negatif asimetri informasi dan moral *hazard* dalam sistem asuransi kesehatan. Regulasi yang tepat dapat mendorong keterbukaan informasi, memperkuat mekanisme pengawasan, dan menciptakan insentif yang menyeimbangkan antara akses dan efisiensi. Keberhasilan regulasi sangat bergantung pada desain kebijakan yang berbasis bukti, sistem informasi kesehatan yang terintegrasi, serta pengawasan yang akuntabel. Tinjauan literatur ini menegaskan bahwa asimetri informasi dan moral *hazard* merupakan tantangan struktural yang saling berinteraksi dan memiliki dampak signifikan terhadap peningkatan klaim asuransi kesehatan. Asimetri informasi, khususnya dalam bentuk *adverse selection*, menyebabkan dominasi peserta berisiko tinggi dalam pool asuransi, yang berdampak pada peningkatan premi dan berkurangnya partisipasi peserta sehat. Sementara itu, moral *hazard*, baik yang bersumber dari peserta maupun penyedia layanan, mendorong terjadinya *overutilisasi* layanan kesehatan, inflasi biaya, dan inefisiensi sistem. Interaksi antara kedua fenomena ini menciptakan lingkaran umpan balik negatif yang memperburuk beban klaim dan mengancam keberlanjutan keuangan perusahaan asuransi. Temuan ini menekankan perlunya desain strategi yang komprehensif, melibatkan intervensi pada level peserta, penyedia, dan regulator. Berbagai strategi telah dikaji dalam literatur sebagai upaya mitigasi, di antaranya adalah penerapan *cost-sharing*, pengembangan desain manfaat selektif, *utilization review*, *provider networks* dengan kontrak kinerja, penggunaan *big data analytics* dan AI, serta dukungan regulasi pemerintah yang berorientasi pada keterbukaan informasi dan pengawasan. Masing-masing pendekatan memiliki potensi efektivitas yang berbeda tergantung pada konteks sistem asuransi, teknologi yang tersedia, dan karakteristik peserta. Oleh karena itu, pengendalian klaim asuransi kesehatan yang efektif membutuhkan integrasi antara kebijakan berbasis bukti, inovasi teknologi, dan tata kelola yang transparan. Penelitian ini juga membuka ruang bagi Penelitian lanjut yang dapat mengembangkan kerangka evaluasi dampak strategi mitigasi berbasis konteks lokal dan pendekatan kuantitatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Adlin, S. H. (2023). *Upaya Advokasi Black Lives Matter Dalam Mengurangi Angka Diskriminasi Ras Di Amerika Serikat Tahun 2017-2021*.
- Ambrus, A., Field, E., & Gonzalez, R. (2020). Loss in the time of cholera: Long-run impact of a disease epidemic on the urban landscape. *American Economic Review*, *110*(2), 475–525.
- Areo, G. (2024). *AI-Driven Predictive Models for Enhancing Health Insurance Fraud Detection*.
- Arrow, K. J. (1978). Uncertainty and the welfare economics of medical care. In *Uncertainty in economics* (pp. 345–375). Elsevier.
- Bai, G., & Anderson, G. F. (2015). Extreme markup: the fifty US hospitals with the highest charge-to-cost ratios. *Health Affairs*, *34*(6), 922–928.
- Baicker, K., Mullainathan, S., & Schwartzstein, J. (2015). Behavioral hazard in health insurance. *The Quarterly Journal of Economics*, *130*(4), 1623–1667. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1412325>
- Baker, S. R., Bloom, N., Davis, S. J., & Terry, S. J. (2020). *Covid-induced economic uncertainty*. National Bureau of Economic Research.
- Balqis, P. (2023). Pemahaman Masyarakat Pedesaan Terhadap Manfaat Asuransi Kesehatan Di Indonesia. *Teewan Journal Solutions*, *1*(1), 14–18.
- Bates, A. W. (2015). *Teaching in a digital age: Guidelines for designing teaching and learning*. BCcampus.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1997). Writing narrative literature reviews. *Review of General Psychology*, *1*(3), 311–320.
- Beaulieu, N. D., Chernew, M. E., McWilliams, J. M., Landrum, M. B., Dalton, M., Gu, A. Y., Briskin, M., Wu, R., El Idrissi, Z. E. A., & Machado, H. (2023). Organization and performance of US health systems. *Jama*, *329*(4), 325–335.
- Chiappori, P.-A., & Salanié, B. (2013). Asymmetric information in insurance markets: Predictions and tests. *Handbook of Insurance*, 397–422.
- Collier, B. L., & Ragin, M. A. (2020). The influence of sellers on contract choice: Evidence from flood insurance. *Journal of Risk and Insurance*, *87*(2), 523–557.
- Cutler, D. M., & Zeckhauser, R. J. (1998). Adverse selection in health insurance. *Forum for Health Economics & Policy*, *1*(1).
- Cutler, D. M., & Zeckhauser, R. J. (2000). The anatomy of health insurance. In *Handbook of health economics* (Vol. 1, pp. 563–643). Elsevier.
- Davis, L., Jowett, S., & Tafvelin, S. (2019). Communication strategies: The fuel for quality coach-athlete relationships and athlete satisfaction. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2156.
- Desai, S., Hatfield, L. A., Hicks, A. L., Chernew, M. E., & Mehrotra, A. (2016). Association between availability of a price transparency tool and outpatient spending. *Jama*, *315*(17), 1874–1881.
- DesRoches, C. M., Campbell, E. G., Vogeli, C., Zheng, J., Rao, S. R., Shields, A. E., Donelan, K., Rosenbaum, S., Bristol, S. J., & Jha, A. K. (2010). Electronic health

- records' limited successes suggest more targeted uses. *Health Affairs*, 29(4), 639–646.
- Du, X., Zheng, W., & Yao, Y. (2023). The peer effect in adverse selection: Evidence from the micro health insurance market in Pakistan. *Journal of Risk and Insurance*, 90(4), 1063–1100.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, 110(2–3), 115–130.
- Einav, L., & Finkelstein, A. (2018). Moral hazard in health insurance: what we know and how we know it. *Journal of the European Economic Association*, 16(4), 957–982. <https://doi.org/10.1093/jeea/jvx063>
- Einav, L., & Levin, J. (2014). The data revolution and economic analysis. *Innovation Policy and the Economy*, 14(1), 1–24.
- Fan, Z., Chen, L., Li, J., Cheng, X., Yang, J., Tian, C., Zhang, Y., Huang, S., Liu, Z., & Cheng, J. (2020). Clinical features of COVID-19-related liver functional abnormality. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 18(7), 1561–1566.
- Fariq, W. M., Zamsiswaya, Z., & Tambak, S. (2022). Telaah Kepustakaan (Narrative, Tinjauan Sistematis, Meta-Analysis, Meta-Synthesis) dan Teori (Kualitatif, Kualitatif, Mix Method). *Journal Social Society*, 2(2), 75–84.
- Febriyanti, N. L. (2024). *Analisis Pengaruh Pendapatan Premi, Beban Klaim, Dan Hasil Underwriting Terhadap Laba Perusahaan Pada Perusahaan Asuransi Yang Terdaftar Di Bursa Efek Indonesia*. Universitas Mahasaraswati Denpasar.
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24(4), 230–235.
- Frank, R. G., & McGuire, T. G. (2017). Regulated Medicare Advantage and marketplace individual health insurance markets rely on insurer competition. *Health Affairs*, 36(9), 1578–1584.
- Frean, M., & Pauly, M. V. (2023). Do Higher Deductibles Slow Health Spending Growth? *International Journal of the Economics of Business*, 30(1), 31–49.
- Frisse, M. E., Johnson, K. B., Nian, H., Davison, C. L., Gadd, C. S., Unertl, K. M., Turri, P. A., & Chen, Q. (2012). The financial impact of health information exchange on emergency department care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 19(3), 328–333.
- Gama, N. (2021). A Systematic Literature Review of the Transformation of Healthcare by the Fourth Industrial Revolution. *PQDT-Global*.
- Geruso, M., & Layton, T. J. (2017). Selection in health insurance markets and its policy remedies. *Journal of Economic Perspectives*, 31(4), 23–50.
- Gilmore, A., Carson, D., & Grant, K. (2001). SME marketing in practice. *Marketing Intelligence & Planning*, 19(1), 6–11.
- Glied, S., & Sacarny, A. (2018). Is the US health care system wasteful and inefficient? A review of the evidence. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 43(5), 739–765.
- Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews

- for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101–117. [https://doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6)
- Hackmann, M. B., Kolstad, J. T., & Kowalski, A. E. (2015). Adverse selection and an individual mandate: When theory meets practice. *American Economic Review*, 105(3), 1030–1066.
- Hafez, R., & Hafez, R. (2018). *Nigeria health financing system assessment*. World Bank.
- Hardika, C. P., & Purwanti, E. Y. (2021). Analisis willingness to pay terhadap iuran BPJS Kesehatan pada pekerja sektor informal di Kota Semarang. *Diponegoro Journal of Economics*, 9(3), 131–143.
- Heryana, A. (2021). Asuransi Kesehatan & Managed Care. *Universitas Esa Unggul*.
- Ho, K., & Pakes, A. (2023). Hospital networks and healthcare costs. *American Economic Review*, 113(2), 537-575.
- Jaeni, A., & Astuti, T. M. K. (2024). Analisa Yuridis Fraud Sebagai Kejahatan dalam Asuransi Kesehatan Komersial Menurut Perspektif Perlindungan Para Pihak. *JURNAL SYNTAX IMPERATIF: Jurnal Ilmu Sosial Dan Pendidikan*, 5(5), 1045–1052.
- Kwon, S., Kim, J., & Choi, S. (2022). Impact of AI-based utilization management in national health insurance services. *Health Policy and Technology*, 11(2).
- Latham, A., & Layton, J. (2019). Social infrastructure and the public life of cities: Studying urban sociality and public spaces. *Geography Compass*, 13(7), e12444.
- Li, K. H. C., White, F. A., Tipoe, T., Liu, T., Wong, M. C. S., Jesuthasan, A., Baranchuk, A., Tse, G., & Yan, B. P. (2019). The current state of mobile phone apps for monitoring heart rate, heart rate variability, and atrial fibrillation: narrative review. *JMIR MHealth and UHealth*, 7(2), e11606.
- Li, X., Lu, J., Hu, S., Cheng, K. K., De Maeseneer, J., Meng, Q., Mossialos, E., Xu, D. R., Yip, W., & Zhang, H. (2017). The primary health-care system in China. *The Lancet*, 390(10112), 2584–2594.
- Liu, S., Wang, X., Liu, M., & Zhu, J. (2017). Towards better analysis of machine learning models: A visual analytics perspective. *Visual Informatics*, 1(1), 48–56.
- Loewenstein, G., Brennan, T., & Volpp, K. G. (2007). Asymmetric paternalism to improve health behaviors. *Jama*, 298(20), 2415–2417.
- Margolies, A., Colantuoni, E., Morgan, R., Gelli, A., & Caulfield, L. (2023). The burdens of participation: A mixed-methods study of the effects of a nutrition-sensitive agriculture program on women’s time use in Malawi. *World Development*, 163, 106122. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2022.106122>
- Meyer, L., Sun, Y., & Martin, A. E. (2020). Synchronous, but not entrained: exogenous and endogenous cortical rhythms of speech and language processing. *Language, Cognition and Neuroscience*, 35(9), 1089–1099.
- Moniruzzaman, M., Yassine, A., & Benlamri, R. (2022). Blockchain and Metaverse for peer-to-peer energy marketplace: Research trends and open challenges. *2022 IEEE International Conference on Technology Management, Operations and Decisions (ICTMOD)*, 1–8.

- O'Connor, K. G., Neff, J. M., & Frasier, A. (2016). Effects of utilization review on inpatient admissions in private insurance. *Health Services Research, 51*(3), 879–897.
- Polyakova, M. (2016). Regulation of insurance with adverse selection and switching costs: Evidence from Medicare Part D. *American Economic Journal: Applied Economics, 8*(3), 165–195.
- Putri, N. K. A. (2019). *Analisis Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim Bpjs Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rsud Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro Tahun 2019*. Stikes Yayasan Rs Dr. Soetomo Surabaya.
- Rambe, S. H., & Sekarayu, P. (2022). *Perlindungan Hukum Nasabah Atas Gagal Klaim Asuransi Akibat Ketidaktransparanan Informasi Polis Asuransi [Legal Protection For Customers Against Failed Insurance Claims Due To Non-Transparency Of Insurance Policy Information]*. *Jurnal Usm Law Review, 5* (1).
- Rustika, R., Nugroho, T. R., & Winnarko, H. (2021). Strategi Pemulihan Usaha Perhotelan pada Masa Pandemi Covid 19 di Hotel Swissbell Balikpapan. *Prosiding SNITT Poltekba, 5*, 185–192.
- Ryo, S. (2013). Penerapan Data Mining Pada Rsup Dr. Moh Hoesin Sumatera Selatan Untuk Pengelompokkan Hasil Diagnosa Pengguna Asuransi Kesehatan Miskin (ASKIN)”. *Skripsi Mahasiswa Ti SI*.
- Serna, N. (2021). Cost sharing and the demand for health services in a regulated market. *Health Economics, 30*(6), 1259–1275. <https://doi.org/10.1002/HEC.4244>
- Song, Z., Rose, S., Safran, D. G., Landon, B. E., Day, M. P., & Chernew, M. E. (2014). Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. *New England Journal of Medicine, 371*(18), 1704–1714.
- Sukhera, J. (2022). Narrative reviews in medical education: key steps for researchers. *Journal of Graduate Medical Education, 14*(4), 418–419.
- Syafrawati, S. K. M., Roza, S. H., Kes, S., ZA, A. F. S., & SKM, M. P. H. (2023). *Asuransi dan Jaminan Kesehatan: Suatu Pengantar*. Mega Press Nusantara.
- West, J. A., Miller, N. H., Parker, K. M., Senneca, D., Ghandour, G., Clark, M., Greenwald, G., Heller, R. S., Fowler, M. B., & DeBusk, R. F. (1997). A comprehensive management system for heart failure improves clinical outcomes and reduces medical resource utilization. *The American Journal of Cardiology, 79*(1), 58–63. [https://doi.org/10.1016/S0002-9149\(96\)00676-5](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(96)00676-5)
- Yip, W., Fu, H., Chen, A. T., Zhai, T., Jian, W., Xu, R., Pan, J., Hu, M., Zhou, Z., & Chen, Q. (2019). 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage. *The Lancet, 394*(10204), 1192–1204.
- Yoon, D., & Kim, S. (2021). Evaluating the impact of UR in elective surgeries: A quasi-experimental approach. *Health Economics Review, 11*(1), 1–9.
- Yusrani, K. G., Arbitera, C., Novianti, P. A., Sabrina, R. S. N., Syabil, S., & Rahma, U. (2023). Penelitian Literatur: Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keputusan Masyarakat dalam Memilih Asuransi Kesehatan. *Jurnal Medika Husada, 3*(1), 37–50. <https://doi.org/10.59744/jumeha.v3i1.39>

- Zhang, H., Wang, A., Xiao, W., Mi, S., Hu, L., Brito, L. F., Guo, G., Yan, Q., Chen, S., & Wang, Y. (2024). Genetic parameters and genome-wide association analyses for lifetime productivity in Chinese Holstein cattle. *Journal of Dairy Science*.
- Zhang, J., & Liu, Z. (2023). Study on the impact of corporate ESG performance on green innovation performance—evidence from listed companies in China A-Shares. *Sustainability*, 15(20), 14750. <https://doi.org/10.3390/su152014750>