



MODUL
Ekonomi Kesehatan
(KMS122)

Materi 12
Asuransi Kesehatan

Disusun Oleh
Anggun Nabila

UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2018

Aplikasi Ilmu Ekonomi di Kesehatan

A. Pendahuluan

Mengapa belajar ilmu ekonomi? Hal ini sering dipertanyakan dan dilontarkan. Manfaat dari belajar ilmu ekonomi (*case & fair*, 1996) yaitu:

- Memperbaiki cara berpikir yang membantu dalam pengambilan keputusan
- Membantu memahami masyarakat
- Membantu memahami masalah-masalah internasional (global)
- Bermanfaat dalam masyarakat demokrasi

Cita-cita terbentuknya masyarakat demokrasi bukan monopoli kaum politisi saja. Demokratisasi sangat penting dalam rangka memperbaiki proses alokasi sumber daya, karena lebih mencerminkan aspirasi masyarakat. Tidak mengherankan bila di masyarakat maju, para calon pemimpin yang akan dipilih harus mampu menjabarkan program-program ekonomi mereka.

Sebagai makhluk social, manusia tidak dapat hidup tanpa orang lain. Manusia tidak pernah berhenti berinteraksi. Menurut ilmu ekonomi interaksi manusia terjadi lewat pertukaran atau pasar. Melalui pertukaran, manusia dapat mengatasi kelangkaan.

"Health is not everything, everything is nothing without health." Kesehatan memang bukan segala-segalanya, namun tanpa kesehatan, segala sesuatu menjadi tidak ada artinya. Ilmu ekonomi yang diibaratkan sebagai alat dapur yaitu pisau yang bisa digunakan untuk pelbagai keperluan. Kebutuhan manusia yang tidak terbatas namun tidak untuk sumber daya. Keterbatasan dalam sumber daya membuat manusia atau sebagai pelaku ekonomi harus membuat keputusan terbaik. Bagaimanakah dan seperti apakah keputusan yang terbaik itu? Oleh karena itu ilmu ekonomi sangat diperlukan. Dalam prinsip ekonomi, *"there's no such a free lunch."*, tidak ada yang namanya makan siang gratis, semuanya membutuhkan sumber daya atau sesuatu yang harus dikorbankan.

Tanpa disadari, ilmu ekonomi selalu mendampingi dalam kehidupan sehari-hari. Sumber daya yang terbatas membuat pelaku ekonomi harus memutar otak untuk mengatur atau mengalokasikan sumber daya tersebut agar dapat memenuhi kebutuhannya atau tujuan yang diharapkannya. Dengan kata lain, memaksimalkan hasil yang dicapai dengan meminimalkan sumber daya yang terbatas. Sebagai contoh sederhana, jika dalam rumah tangga yang terdiri dari ayah dan ibu serta dua orang anak, memiliki satu potong kue, dan masing-masing anggota rumah tangga harus mendapatkan kue tersebut, maka ilmu ekonomi akan digunakan untuk membagi kue tersebut secara adil atau merata (*equity*). Pembagian tersebut tentunya didasari atas kriteria tertentu misalnya usia,

gender, berat badan, dan sebagainya, yang dianggap sebagai ukuran terbaik untuk mencapai hasil yang adil/ merata.

Bagaimanakah ilmu ekonomi dalam bidang kesehatan? Apakah kesehatan sama seperti barang lainnya?

B. Kompetensi Dasar

Mengetahui pengertian dan istilah-istilah dalam ilmu ekonomi dan kesehatan.

C. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Setelah mengikuti kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat memahami prinsip-prinsip dan metode ilmu ekonomi yang diterapkan dalam bidang kesehatan dan pelayanan kesehatan, mampu menjelaskan contoh-contoh pemanfaatan ilmu ekonomi di bidang kesehatan/ pelayanan kesehatan serta menganalisis fenomena di bidang kesehatan dari aspek sumber daya yang efisien, merata dan berkelanjutan.

D. Kegiatan Belajar 1

1. Sejarah Asuransi Kesehatan

Sejak 1.000 tahun Sebelum Masehi masyarakat kuno telah mengenal prinsip dasar asuransi—yaitu yang dikenal dengan istilah “Hukum Laut”. Dalam konsep hukum laut di jaman kuno yang gelap gulita di malam hari dan karenanya menyebabkan perahu-perahu kuno sulit mendarat atau melihat di kegelapan, berlaku kesepakatan bahwa apabila sesuatu dilemparkan ke laut untuk menerangi lautan yang dinikmati bersama oleh para nelayan, maka upaya penerangan bersama tersebut harus ditanggung bersama. “Segala yang dikorbankan untuk manfaat bersama harus dipikul (kontribusi) secara bersama-sama”. Hukum kuno tersebut menjadi dasar dari prinsip asuransi, bukan hanya asuransi kesehatan, tetapi segala macam asuransi “a common contribution for the common good” (HIAA, 1994).

Bentuk upaya asuransi yang umum di abad ke-19 adalah mutual aid societies yang merupakan bentuk gotong-royong informal yang mengumpulkan iuran dari para anggotanya dan perkumpulan menjanjikan membayar uang tunai (cash benefit) ketika anggota menderita disabilitas (diasble), sehingga tidak bisa berdagang atau bekerja lagi, akibat kecelakaan atau suatu penyakit.

China kuno juga sudah dikenal konsep asuransi dimana masyarakat memberikan dana secara rutin kepada *sinshe* tanpa memperhatikan apakah mereka sakit atau tidak. Ketika salah seorang anggota keluarga

masyarakat sakit, mereka membawa si sakit ke shinshe tanpa membayar lagi.

Konsep asuransi sosial, yaitu asuransi yang bersifat wajib yang tentu saja diatur oleh pemerintah atau penguasa mulai berkembang di Eropa di tahun 1883 ketika Kanselir Otto van Bismark mewajibkan seluruh pekerja untuk bergabung dalam Dana Sakit (*sicknes fund, zieken fond*).

Di Indonesia, Pemahaman tentang apa itu asuransi kesehatan masih sangat beragam sehingga tidak heran, misalnya di masa lampau, banyak orang yang menyatakan bahwa JPKM (jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat) bukanlah asuransi kesehatan— hanya karena namanya memang sengaja dipilih tidak menggunakan kata-kata asuransi.

Perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia berjalan sangat lambat dibandingkan dengan perkembangan asuransi kesehatan di beberapa negara tetangga di ASEAN.

- Dulu -> penduduk cenderung risk taker dalam hal kesehatan & kematian.
- Sakit & mati dalam kehidupan masyarakat Indonesia yang religius = takdir Tuhan
- Jadi, membeli asuransi kesehatan = “menentang” takdir

- 1947 → mulai mencoba memperkenalkan prinsip asuransi kesehatan dimulai dengan asuransi sosial dalam bidang kecelakaan dan penyakit akibat kerja.
- 1960 → Pemerintah mengembangkan ‘dana sakit’ dengan tujuan untuk menyediakan akses pelayanan kesehatan untuk seluruh rakyat .
- 1967 → Menteri Tenaga Kerja mengeluarkan Surat Keputusan untuk mendirikan Dana mirip dengan konsep *Health Maintenance Organization (HMO)* atau Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang berkembang belakangan guna mewujudkan amanat undang-undang kesehatan. Menteri menetapkan iurannya sebesar 6% upah yang terdiri dari tanggungan majikan sebesar 5% dan 1% lagi ditanggung oleh karyawan.
- 1968 → tidak ada perkembangan yang berarti dalam bidang asuransi kesehatan di Indonesia. Beberapa perusahaan besar dan Pemerintah memang telah memberikan jaminan kesehatan secara tradisional (*self-insured*) dengan cara mengganti biaya kesehatan yang telah dikeluarkan oleh karyawan. Asuransi kesehatan sosial yang wajib diikuti oleh sekelompok penduduk (misalnya pegawai negeri), manfaat atau paket pelayanan kesehatan yang dijamin ditetapkan oleh peraturan dan sama untuk semua peserta, dan iuran/preminya ditetapkan dengan persentase upah atau gaji. Pada awalnya asuransi kesehatan pegawai negeri (**ASKES**)
- 2004 → tahun 1968 pemerintah mewajibkan iuran sebesar 5% dari upah. Belakangan, iuran diturunkan menjadi 2% yang harus dibayar oleh pegawai negeri, sementara pemerintah sebagai majikan tidak membayar iuran. Baru pada tahun 2004, Pemerintah

memulai mengiur sebesar 0,5% dari gaji yang secara bertahap akan dinaikan menjadi 2%.

- 2002 → Presiden Megawati menerbitkan Kepres nomor 20/2002 yang membentuk Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dengan tugas menyusun naskah akademik dan rancangan UU (RUU) SJSN.
- 2004 → Penanda-tanganan UU SJSN pada hari terakhir Presiden Megawati bermukim di Istana sesungguhnya mempunyai makna simbolik sebagai ' inilah yang bisa kuberikan untuk rakyat Indonesia di akhir jabatanku'.
- 2014 → Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

2. Latihan

Jelaskan sejarah asuransi kesehatan!

3. Rangkuman

Dimulai dari sejak 1.000 tahun Sebelum Masehi masyarakat kuno telah mengenal prinsip dasar asuransi—yaitu yang dikenal dengan istilah “Hukum Laut”. Kemudian, bentuk upaya asuransi yang umum di abad ke-19 adalah mutual aid societies. China kuno juga sudah dikenal konsep asuransi dimana masyarakat memberikan dana secara rutin kepada sinthe tanpa memperhatikan apakah mereka sakit atau tidak.

4. Tes Formatif 1

1. Zieken fond merupakan

- a. dana sakit
- b. perkembangan asuransi di Eropa
- c. di era Otto von Bismarck
- d. asuransi pada tahun 1883
- e. Semua benar

2. Pada tahun pemerintah mewajibkan iuran sebesar 5% dari upah.

- a. 1968
- b. 1998
- c. 2008
- d. 2004
- e. 2014

3. Penduduk cenderung dalam hal kesehatan & kematian.

- a. risk loser
- b. risk taker

- c. risk gambling
- d. insurance
- e. bssd

5. Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Cocokkan jawaban di atas dengan kunci jawaban tes formatif 1 yang ada di bagian akhir modul ini. Ukurlah tingkat penguasaan materi kegiatan belajar 1 dengan rumus sebagai berikut :

Tingkat penguasaan = jumlah jawaban yang benar

Arti tingkat penguasaan yang diperoleh adalah :

Baik sekali = 3 jawaban yang benar

Cukup baik = 2 jawaban yang benar

Kurang = 1 atau tidak ada jawaban yang benar

Bila tingkat penguasaan baik sekali, sila melanjutkan ke Kegiatan Belajar 2. Namun bila tingkat penguasaan masih kurang, harus mengulangi Kegiatan Belajar 1 terutama pada bagian yang belum dikuasai.

E. Kegiatan Belajar 2

1. Risiko

Definisi risiko yaitu penyimpangan dari harapan, yang dapat menimbulkan kerugian.

Perbedaan Asuransi dengan Judi

- Asuransi ≠ Judi
- Judi = resiko spekulatif
- Asuransi → dengan premi yang relatif kecil, yang mampu dibayar, seseorang mencegah terjadinya kerugian besar yang bisa membuat seseorang bangkrut.

Dua jenis risiko yaitu

1. Risiko objektif (*objective risk*): *relative variation of actual loss from expected loss.*
2. Risiko subjektif (*subjective risk*): *uncertainty based on a person's mental condition (state of mind)* → **persepsi risiko tinggi, perilaku hati2/konservatif**

Perils Vs. Hazard

Perils	Hazards
<ul style="list-style-type: none">• The cause of loss.• Eg: fire, collision, storms, lightning, earthquakes, theft.	<ul style="list-style-type: none">• A condition that creates or increases the chance of loss.• Factors contributing to causes of loss• Eg: bad brakes, old wiring

Perils/ Risks atau risiko merupakan penyebab kerugian. Sedangkan *hazards* atau bahaya adalah kondisi/ dampak akibat dari kerugian.

Kategori Risiko:

1. Risiko spekulatif (*speculative risk*): Ada kemungkinan untung & rugi (*gain & loss*) → *tidak dijamin asuransi*
2. Risiko murni (*pure risk*): Tidak ada kemungkinan untung (*gain*)
3. Risiko Fundamental: berdampak pd setiap orang (area luas)

Manajemen risiko:

1. Menanggung: tidak mengambil langkah antisipatif
2. Menghilangkan: dg cara menghindari (*avoidance*) penyebab
3. Mereduksi/mengurangi: menurunkan nilai Probabilitas *event*.
4. Memindahkan/mentransfer: kpd pihak lain (Asuradur)

Jenis-jenis asuransi:

- Asuransi jiwa :
 1. Permanent life insurance (whole life insurance): memiliki nilai tunai (cash value) dan menjadi sarana menabung
 2. Term life insurance
 3. Credit life insurance
 4. Annuity
- Asuransi kesehatan
- Asuransi properti : Memberi ganti rugi atas kehilangan atau kerusakan properti, Menjamin kerugian langsung (direct loss) & tidak langsung (indirect loss), Kerugian langsung: nilai barang yang hilang atau rusak, Kerugian tidak langsung: biaya akibat kehilangan

atau kerusakan, mis. sewa rumah, income dari penyewaan, kehilangan laba, dll.

- Casualty Insurance Memproteksi tertanggung terhadap biaya yang timbul dari kewajiban hukum. Misalnya: asuransi malapraktik dokter

2. Latihan

Jelaskan perbedaan asuransi dengan judi!

3. Rangkuman

Asuransi tentunya berbeda dengan judi, pada dasarnya asuransi mengubah kondisi yang tidak pasti menjadi pasti sebagai contoh, kita tidak tahu kapan terjadi sakit atau mengalami kecelakaan, namun dengan asuransi, ketika kita sakit atau kecelakaan, ada jaminan asuransi yang dapat mencegah kerugian yang berdampak pada kebangkrutan. Sedangkan, judi mengubah kondisi yang pasti menjadi tidak pasti. Ketika kita memiliki uang dalam jumlah satu juta rupiah, kemudian bermain judi maka kita dapat kehilangan satu juta rupiah tersebut, dapat berdampak kerugian bahkan kebangkrutan.

4. Tes Formatif 2

1. Judi merupakan

- a. risiko spekulatif
- b. risiko murni
- c. fundamental
- d. asuransi
- e. bssd

2. Penyebab kerugian merupakan

- a. loss
- b. risk
- c. hazards
- d. insurance
- e. gain

3. Premi yang relatif kecil, yang mampu dibayar, seseorang mencegah terjadinya kerugian besar yang bisa membuat seseorang bangkrut merupakan

- a. risk
- b. perils
- c. hazard
- d. insurance

e. loss

5. Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Cocokkan jawaban di atas dengan kunci jawaban tes formatif 2 yang ada di bagian akhir modul ini. Ukurlah tingkat penguasaan materi kegiatan belajar 2 dengan rumus sebagai berikut :

Tingkat penguasaan = jumlah jawaban yang benar

Arti tingkat penguasaan yang diperoleh adalah :

Baik sekali = 3 jawaban yang benar

Cukup baik = 2 jawaban yang benar

Kurang = 1 atau tidak ada jawaban yang benar

Bila tingkat penguasaan baik sekali, sila melanjutkan ke Kegiatan Belajar 3. Namun bila tingkat penguasaan masih kurang, harus mengulangi Kegiatan Belajar 2 terutama pada bagian yang belum dikuasai.

F. Kegiatan Belajar 3

1. Asuransi Kesehatan

Need/ Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan berdasarkan

Sifat utama kesehatan: uncertain

- **5W1H: who, what, when, where, why, how**

Respon masyarakat:

- **Individual -> beban katastrofik**

- **Kolektif/gotong-royong -> berbagi beban melalui asuransi**

Asuransi kesehatan sosial = asuransi yang wajib diikuti oleh seluruh atau sebagian penduduk (misalnya pegawai), premi atau iurannya bukan nilai nominal tetapi persentase upah yang wajib dibayarkan, dan manfaat asuransi (benefit) ditetapkan peraturan perundangan dan sama untuk semua peserta.

Asuransi kesehatan komersial = asuransi yang dijual oleh perusahaan atau badan asuransi lain karenanya sifat kepesertaan adalah sukarela, tergantung orang (perusahaan) mau membeli atau tidak, preminya ditetapkan sesuai dengan manfaat asuransi yang ditawarkan, dan karenanya baik premi maupun manfaat asuransi bervariasi luas (tidak sama untuk setiap peserta).

Prinsip Asuransi:

- adanya ketidak pastian akan terjadinya kerugian (*uncertainty of loss*)
- hal yang diasuransikan dapat diukur dalam nilai uang (*measurability of Loss*)
- jumlah peserta cukup besar (*a large number of insured*)
- kerugian yang potensial terjadi jumlahnya cukup besar (*a significant size of potential loss*)
- ada cara untuk menanggung resiko secara bersama-sama (*an equitable method of sharing the risk*)/**Gotong royong yang adil (Equitable Sharing)**.

Lingkup jaminan asuransi kesehatan:

1. Biaya medis (*medical expense insurance*)
2. *Critical illness insurance*
3. Biaya perawatan di rumah (*long-term care insurance*)
4. Biaya pengganti pendapatan (*disability income insurance*)
5. Biaya cicilan hutang (*credit health insurance*)

Perbedaan asuransi kesehatan sosial dan asuransi kesehatan komersial:

1. Kepesertaan

<u>Askes Komersial</u>	<u>Askes Sosial</u>
<ul style="list-style-type: none">• Sukarela• Peserta aktif mendaftar	<ul style="list-style-type: none">• Wajib (utk seluruh penduduk atau sebagian penduduk yg ditentukan). Mis: kelp PNS/ pensiunan, karyawan swasta, orang miskin, dll.• Peserta yg elijibel didaftarkan• Diatur oleh UU• Mengapa perlu diwajibkan?

2. Iuran premi

Askes Komersial

- Sesuai risiko sakit:
risiko tinggi → premi >>>
risiko rendah → premi <<<
- Ilustrasi: membayar premi 250 ribu, bagi yg penghasilan 5 juta (5%) vs penghasilan 1 juta (25%) → **ADILKAH?**

Askes Sosial

- Sesuai (proporsi) penghasilan.
- Mis: Askes PNS/pensiunan 2% gaji pokok, JPK Jamsostek 3% & 6% upah bagi pekerja lajang & berkeluarga.
- Ilustrasi: Peg kecil memiliki gaji pokok 1 juta → iuran 20 ribu vs peg besar, gaji 3 juta → iuran 60 ribu → **LEBIH ADIL?**

Askes Komersial

- KEADILAN LIBERTER
- Ada yg (tidak) suka, siapa?
- Tidak mungkin mencakup seluruh penduduk (kepesertaan universal), mengapa?
- Siapa yg tidak bisa ikut?

Askes Sosial

- KEADILAN EGALITER
- Ada yg (tidak) suka, siapa?
- Mampu memfasilitasi tercapainya cakupan universal, mengapa?
- Siapa yg membayar iuran Gakin?

3. Benefit

Askes Komersial

- Besarnya benefit yg diterima peserta sesuai besaran premi. Makin besar premi → makin luas jaminannya
- Prinsip: *you get what you pay for*

Askes Sosial

- Besarnya benefit sama (standar), terlepas dari besarnya nominal premi yg dibayar
- Prinsip: *you get what you need*

4. Sifat Badan Penyelenggara

Askes Komersial

- For-profit organization
- Motif: utk mencari profit
- Badan hukum: perseroan (terbuka atau tertutup)

Askes Sosial

- Not-for-profit organization (Nirlaba)
- Motif: utk kemaslahatan bagi peserta
- Badan hukum: usaha bersama (mutual company) → contoh: AJB BP 1912, BHP pada BPJS.

5. Badan hukum badan penyelenggara yang pas

Askes Komersial

- Perseroan (terbuka atau tertutup)
- BUMN (persero) atau swasta

ANOMALI INDONESIA:

- AJB BP 1912 adalah Bapel asuransi komersial

Askes Sosial

- Usaha bersama (mutual company) → contoh: AJB BP 1912

ANOMALI INDONESIA (dulu):

- PT. Askes & PT. Jamsostek adalah Bapel asuransi sosial

6. Jumlah Badan Penyelenggara

Askes Komersial

- Banyak (di Indonesia ± 60 buah)
- Semua orang yg ingin berbisnis askes dipersilakan asal memenuhi persyaratan yg ditentukan (modal, keahlian, profesionalisme, dst)

Askes Sosial

- Tergantung kebijakan masing-2 negara
- Bisa 1 buah (single carrier) or banyak (multiple carrier)
- Diatur dalam UU
- Contoh single carrier: Filipina, Taiwan, Korea
- Contoh multiple: Jerman, Jepang

Keunggulan Asuransi Kesehatan Sosial:

1. Tidak terjadi anti/bias seleksi → **No Adverse selection**
2. Redistribusi/subsidi luas → equity egaliter
3. Pooling risiko besar → sustainabilitas
4. Memberi sumbangan penting pd pertumbuhan ekonomi
5. Administrasi sederhana
6. Biaya administrasi rendah
7. Dengan *buying power* → memungkinkan penerapan tarif PPK seragam
8. Kendali biaya optimal
9. Fasilitasi peningkatan & pemerataan pendapatan PPK
10. Fasilitasi cakupan universal

Kelemahan Asuransi Kesehatan Sosial:

1. Pilihan produk terbatas (pilihan PPK?)
2. Manajemen kurang responsif
3. Pelayanan seragam (tidak disukai kelas menengah-atas)
4. Tidak disukai PPK

Keunggulan Asuransi Kesehatan komersial:

1. Memenuhi kebutuhan unik peserta
2. Merangsang pertumbuhan ekonomi
3. Pilihan produk beragam
4. Kepuasan peserta relatif tinggi

Kelemahan asuransi kesehatan komersial:

1. Pooling peserta kecil
2. Produk beragam → Manajemen kompleks
3. Equity liberter (solidaritas lemah)
4. Biaya administrasi tinggi
5. Tidak mungkin mencapai cakupan universal
6. Secara makro tidak efisien

2. Latihan

Jelaskan perbedaan asuransi kesehatan sosial dan asuransi kesehatan komersial!

3. Rangkuman

Pada dasarnya asuransi kesehatan sosial bersifat mandatory atau wajib bagi penduduk, sedangkan kepesertaan asuransi kesehatan komersial

bersifat sukarela. Penduduk tidak diwajibkan untuk mendaftarkan diri sebagai asuransi kesehatan komersial. Dengan asuransi kesehatan sosial, tujuan utamanya adalah *universal health coverage* atau jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk.

4. Tes Formatif 3

1. Memenuhi kebutuhan unik peserta merupakan

- a. keunggulan askes sosial
- b. kelemahan askes sosial
- c. keunggulan askes komersial
- d. kelemahan askes komersial
- e. bssd

2. Dalam asuransi kesehatan sosial,

- a. bersifat mandatory
- b. tidak ada seleksi bias
- c. pooling risiko besar
- d. biaya administrasi rendah
- e. semua benar

5. Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Cocokkan jawaban di atas dengan kunci jawaban tes formatif 3 yang ada di bagian akhir modul ini. Ukurlah tingkat penguasaan materi kegiatan belajar 3 dengan rumus sebagai berikut :

Tingkat penguasaan = jumlah jawaban yang benar

Arti tingkat penguasaan yang diperoleh adalah :

Baik sekali = 2 jawaban yang benar

Cukup baik = 1 jawaban yang benar

Kurang = tidak ada jawaban yang benar

Bila tingkat penguasaan baik sekali, sila melanjutkan ke modul berikutnya. Namun bila tingkat penguasaan masih kurang, harus mengulangi Kegiatan Belajar 3 terutama pada bagian yang belum dikuasai.

4. Kunci Jawaban

Tes formatif 1

1. E

2. A
3. B

Tes formatif 2

1. A
2. B
3. D

Tes formatif 3

1. C
2. E

5. Daftar Pustaka

- Wonderling, David; Reinhold Gruen & Nick Black (2005), *Introduction to Health Economics*, England: London School of Hygiene & Tropical Medicine (dapat di download).
- Stephen Morris, Nancy Devlin, David Parkin (2007): *Economic analysis in health care*, England: John Wiley and sons Ltd
- Introduction to economics (macro and micro economics): selected topics : John Sloman (2006) *Essential of Economics*, 4th ed, Prentice Hall
- Bacaan tambahan:
- Feldstein: *Health Care Economics*
- Ann Mills. *Health Economics for Developing Countries, a survival kit*
- Alan Sorokin: *Health Economics*
- Drummond: *Methods for the economic evaluation of health care programmes*
- Karen L. Rascati. *Essential of pharmacoeconomics*
- Bahan bacaan lain yang relevan, paper/ jurnal (diberikan maupun ditelusuri di perpustakaan)
- *Handbook of Health Economics*, Anthony J.Culyer & Joseph Newhouse (e-book)
- *Prinsip Ekonomi Case Fair*
- *Mikroekonomi Edisi keenam jilid 2* oleh Robert S Pindyck and Daniel L Rubinfeld