

Bab II

Konsep dan Jenis Asuransi Kesehatan

Pendahuluan

Pemahaman tentang asuransi kesehatan di Indonesia masih sangat beragam. Dahulu banyak yang menganggap bahwa JPKM bukan asuransi kesehatan, apalagi asuransi kesehatan komersial; perkembangan selanjutnya menyebutkan JPKM sebagai asuransi sosial karena dijual umumnya kepada masyarakat miskin di daerah-daerah. Padahal dilihat dari definisi dan jenis programnya, JPKM jelas bukan asuransi kesehatan sosial. Asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*) adalah suatu mekanisme pendanaan pelayanan kesehatan yang semakin banyak digunakan di seluruh dunia karena kehandalan sistem ini menjamin kebutuhan kesehatan rakyat suatu negara. Namun di Indonesia pemahaman tentang asuransi kesehatan sosial masih sangat rendah karena sejak lama kita hanya mendapatkan informasi yang bias tentang asuransi kesehatan yang didominasi dari Amerika yang didominasi oleh asuransi kesehatan komersial. Literatur yang mengupas asuransi kesehatan sosial juga sangat terbatas. Kebanyakan dosen maupun mahasiswa di bidang kesehatan tidak memahami asuransi sosial. Pola pikir (*mindset*) kebanyakan sarjana kita sudah diarahkan kepada segala sesuatu yang bersifat komersial, termasuk dalam pelayanan rumah sakit. Sehingga, setiap kata “sosial”, seperti “asuransi sosial” dan “fungsi sosial rumah sakit” hampir selalu difahami sebagai pelayanan atau program untuk orang miskin. Sesungguhnya asuransi sosial bukanlah asuransi untuk orang miskin. Fungsi sosial bukanlah fungsi untuk orang miskin. Pendapat tersebut merupakan kekeliruan besar yang sudah mendarah daging di Indonesia yang menghambat pembangunan kesehatan yang berkeadilan sesuai amanat UUD45. Bahkan konsep Undang-undang Kesehatan yang dikeluarkan tahun 1992 (UU nomor 23/1992) jelas memerintahkan Pemerintah untuk mendorong pengembangan Jaminan

Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang diambil dari konsep HMO (*Health Maintenance Organization*) yang merupakan salah satu bentuk asuransi kesehatan komersial. Para pengembang JPKM di Depkes-pun, tidak banyak yang memahami bahwa HMO dan JPKM sesungguhnya asuransi komersial yang tidak sesuai dengan tujuan dan cita-cita bangsa mewujudkan sistem kesehatan yang berkeadilan (*egaliter*). Akibatnya, asuransi kesehatan sosial di Indonesia tidak berkembang dengan baik sampai tahun 2005. Kondisi tersebut sejalan pula dengan situasi negara-negara di Asia yang umumnya memang tertinggal dalam pengembangan asuransi kesehatan sosial.

Pada tanggal 7-9 Maret 2005, WHO kantor regional Asia Pasifik, Asia Tenggara, dan Timur Tengah berkumpul di Manila untuk menggariskan kebijakan dan pedoman pengembangan asuransi kesehatan sosial di wilayah Asia-Pasifik dan Timur Tengah. Berbagai ahli dalam bidang asuransi kesehatan atau pendanaan kesehatan diundang untuk perumusan tersebut. Karena sistem pendanaan di Asia yang ada sekarang ini sangat bervariasi, maka disepakati tujuan pengembangan asuransi kesehatan sosial yaitu mewujudkan akses universal kepada pelayanan kesehatan. Selain asuransi kesehatan sosial, sistem pendanaan melalui pajak (*National Health Service*) dengan menyediakan pelayanan kesehatan secara gratis atau hampir gratis kepada seluruh penduduk, seperti yang dilakukan Malaysia, Sri Lanka, dan Thailand juga mampu menyediakan akses universal tersebut. Dalam bab ini pembahasan akan dipusatkan pada pemahaman tentang asuransi dan asuransi kesehatan sosial. Karena luasnya masalah asuransi kesehatan sosial, bab ini membatasi pembahasan pada garis-garis besar asuransi kesehatan sosial. Pembaca yang ingin mengetahui lebih dalam tentang praktek-praktek asuransi kesehatan sosial dapat membaca buku lain atau mengikuti ujian asuransi kesehatan yang diselenggarakan oleh PAMJAKI (Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia)

Rasional asuransi

Dalam kamus atau perbendaharaan kata bangsa Indonesia, tidak dikenal kata asuransi yang dikenal adalah istilah “jaminan” atau “tanggungan”. Kata asuransi berasal dari bahasa Inggris *insurance*, dengan akar kata *in-sure* yang berarti “memastikan”. Dalam konteks asuransi kesehatan, pengertian asuransi adalah memastikan seseorang

yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya. Ada pihak yang menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau perawatannya. Pihak yang menjamin ini dalam bahasa Inggris disebut *insurer* atau dalam UU Asuransi disebut *asuradur*. Asuransi merupakan jawaban atas sifat ketidak-pastian (*uncertain*) dari kejadian sakit dan kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk memastikan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dibiayai secara memadai, maka seseorang atau kelompok kecil orang melakukan *transfer risiko* kepada pihak lain yang disebut *insurer/asuradur*, ataupun badan penyelenggara jaminan.

Sebagai ilustrasi, andaikan di suatu kota terdapat satu juta penduduk dan setiap tahun terdapat 3.000 orang yang dirawat di rumah sakit. Tidak ada satu orang pendudukpun yang tahu pasti siapa yang akan masuk rumah sakit pada suatu bulan atau suatu hari tertentu. Misalkan setiap perawatan di rumah sakit membutuhkan dana sebesar Rp 1 juta, maka kalau pasien yang sakit itu adalah keluarga tukang becak, akan sangat sulit baginya menyediakan uang sebesar Rp 1 juta untuk membayar rumah sakit. Apa yang harus dilakukan? Apakah setiap hari kita harus meminta sumbangan untuk keluarga seperti tukang becak. Tentu hal itu bisa dilakukan, akan tetapi bagaimana kita menjamin bahwa setiap hari terkumpul sumbangan yang memadai untuk mendanai kebutuhan perawatan di rumah sakit yang rata-rata 7-10 orang setiap hari. Masyarakatpun tentu akan bosan mengumpulkan atau memberikan sumbangan terus menerus. Pada situasi lain, beban biaya rumah sakit sebesar Rp. 1 juta itu bukan beban yang berat bagi seorang direktur bank setempat yang bergaji Rp 25 juta sebulan. Namun direktur bank tersebut akan mengalami kesulitan bila biaya perawatan mencapai Rp 50 juta, karena biaya itu jauh diatas kemampuannya. Beruntung bagi seorang direktur beban itu sudah ditanggung oleh perusahaan, karena umumnya perusahaan menyediakan fasilitas penggantian biaya kesehatan untuk pegawai dan keluarganya.

Ilustrasi diatas memperlihatkan sifat ketidakpastian (*uncertain*) dalam hal waktu dan biaya yang diperlukan. Tukang becak atau keluarganya dapat saja menderita penyakit yang memerlukan biaya sampai Rp 50 juta, walaupun kemampuan membayarnya sangat rendah. Kalau ilustrasi itu menjadi kenyataan, hampir dapat dipastikan bahwa si tukang becak akan terpaksa tidak mendapatkan pelayanan kesehatan dengan berisiko meninggal atau cacat seumur hidup, sehingga akan menjadi beban masyarakat juga. Kisah 2

kelompok ekstrim pada ilustrasi tersebut menggambarkan ketidakadilan social. Orang yang berpenghasilan rendah yang tidak sanggup membayar biaya pelayanan, justru tidak mendapatkan perlindungan atau jaminan, sebaliknya yang bergaji tinggi justru mendapatkan jaminan.

Secara statistik dapat dihitung bahwa setiap orang memiliki probabilitas 0,003 (yaitu 3.000 orang per 1.000.000 penduduk) untuk masuk rumah sakit. Jika rata-rata tagihan rumah sakit untuk tiap perawatan adalah Rp 1 juta, maka setiap tahun dibutuhkan dana sebesar 3.000 (orang) x Rp 1 juta atau sama dengan Rp 3 milyar. Walikota setempat cukup cermat mengamati masalah tersebut. Menurut sang Walikota, dari pada setiap orang was-was memikirkan biaya perawatan setiap ia atau keluarganya sakit, atau setiap hari kita mencari sumbangan untuk mereka yang tidak mampu membayar-yang bisa jadi juga diri kita-, mengapa tidak semua orang membayar saja sama rata secara rutin. “Nanti saya yang atur”, ujarnya. Jika kebutuhan biaya Rp 3 milyar dibagi rata kepada satu juta penduduk, maka tiap kepala cukup membayar Rp 3.000 setahun (Rp 3 milyar dibagi 1.000.000 penduduk). Bukankah membayar Rp 3.000 per orang per tahun merupakan beban ringan! Tukang becakpun sanggup mengiur sebesar itu. Setelah dana Rp 3 milyar terkumpul, tidak ada lagi penduduk yang kesulitan membayar tagihan rumah sakit. Jika ada yang sakit, kaya atau miskin, tidak perlu lagi memikirkan biaya perawatan. Walikota akan mengambil dana dari pot (*pool*) yang terkumpul dan membayarkannya ke rumah sakit. Beres? Teorinya begitu. Dalam praktek, tidak semudah itu. Sebab, selalu saja ada orang yang tidak mau bayar iuran meskipun hanya Rp 3.000 per orang per tahun. Bagaimana dengan biaya administrasi? Bagaimana jika terjadi peningkatan biaya pelayanan? Dan masih banyak masalah lainnya. Masalah-masalah itulah yang dibahas dalam buku ini.

Dari ilustrasi diatas, dapat diambil kesimpulan bahwa asuransi adalah suatu mekanisme gotong royong yang dikelola secara formal dengan hak dan kewajiban yang disepakati secara jelas. Mekanisme pembayaran iuran sebesar Rp 3.000 per tahun per penduduk, maka setiap penduduk memerlukan perawatan di rumah sakit akan dibiayai dari dana yang terkumpul. Bentuk kegotong-royongan tersebut, didalam asuransi dikenal juga dengan istilah *risk sharing*. Dari segi dana yang terkumpul (*pool*), asuransi juga disebut sebagai suatu mekanisme *risk pooling*. Dana yang terkumpul dari masing-masing

penduduk digunakan untuk kepentingan bersama. Oleh karenanya, asuransi dapat juga disebut sesuatu mekanisme hibah bersama karena kelompok tersebut merupakan hibah dari masing-masing penduduk yang akan digunakan untuk kepentingan bersama. Dengan demikian iuran atau premi yang telah dibayar dari masing-masing anggota, jelas bukan tabungan dan karenanya tiap-tiap anggota tidak berhak meminta kembali dana yang sudah dibayarkan atau diurkan, meskipun ia tidak pernah sakit sehingga tidak pernah menggunakan dana itu.

Risiko dan Risiko Sakit

Pemahaman tentang Risiko

Di Indonesia banyak orang menggunakan istilah resiko, bukan risiko. Sesungguhnya ada perbedaan makna antara resiko dan risiko. Dalam bidang asuransi istilah “resiko” digunakan untuk hal-hal yang sifatnya spekulatif. Sebagai contoh, seorang berdagang mobil mempunyai resiko rugi apabila ia tidak hati-hati mengelola usahanya atau tidak mengikuti perkembangan pasar mobil. Sedangkan istilah “risiko” digunakan dalam asuransi untuk kejadian-kejadian yang dapat diasuransikan yang sifatnya bukan spekulatif. Risiko ini disebut juga *pure risk* atau risiko murni. Dalam bahasa Indonesia memang kita tidak memiliki istilah asal atau akar kata tentang risiko. Sebab risiko diterjemahkan dari bahasa Inggris *risk*. Akan tetapi kalau kita pelajari benar, sesungguhnya *risk* berkaitan dengan bahasa Arab *rizk* yang kita terjemahkan dalam bahasa Indonesia menjadi rejeki. Keduanya mempunyai aspek ketidakpastian, yang seringkali kita nyatakan bahwa hal itu merupakan Takdir Tuhan. Risiko bersifat tidak pasti (*uncertain*), demikian juga rejeki. Asuransi sesungguhnya merupakan suatu cara mengelola risiko dan dapat dinyatakan sebagai upaya preventif (sebelum terjadinya sakit) dalam rangka mencegah ketidakmampuan penduduk membiayai pelayanan medis yang mahal.

Kata risiko berasal dari bahasa Inggris *risk* yang bermakna sebagai, ada juga yang mengatakan kata itu juga dipengaruhi oleh bahasa Arab *rizk* yang berarti rizki (rejeki). Kedua kata tersebut *risk* dan *rizk* memiliki kesamaan sifat yaitu ketidakpastian (*uncertainty*). Asuransi mengambil konsep *risk* sebagai obyek asuransi karena ketidakpastian itu dapat dikelola menjadi suatu bentuk kepastian dalam wujud yang lain.

Ketidakpastian risiko sakit dapat diterima semua orang, yang selanjutnya juga berarti ada risiko biaya untuk membayar pelayanan kesehatan sebagai upaya pemulihan dari kondisi sakit. Risiko tersebut dapat dikelola menjadi suatu bentuk kepastian yaitu dengan membuat produk asuransi kesehatan yang memastikan adanya penggantian biaya pengobatan kalau pembeli produk asuransi itu jatuh sakit. Produk asuransi ini memang tidak mengubah risiko sakitnya, namun dapat mengubah risiko dampak biaya akibat sakit tersebut. Di Indonesia, risiko itu sering diartikan sebagai dampak negative suatu keadaan yang terjadi akibat kelalaian seseorang. Misalnya, pedagang mempunyai risiko rugi bila usahanya tidak dikelola dengan baik. Risiko itu lebih diartikan sebagai bentuk konsekuensi negative sebuah keadaan atau tindakan. Padahal dilihat dari asal katanya, berbeda sekali dengan pemahaman yang telah dianut secara turun temurun oleh bangsa Indonesia. Risiko tidak selalu negative, ada juga risiko yang positif, misalnya risiko keuntungan. Namun pembahasan risiko dalam konteks asuransi ini dibatasi pada risiko negative.

Melihat sifat dan definisi risiko yang diartikan dari asal katanya, maka risiko yang ada itu dapat dijadikan produk asuransi karena tingkat risiko tersebut dapat diperhitungkan berdasarkan kekerapan dan kerugian yang ditimbulkan. Perhitungan inilah yang disebut sebagai analisis risiko oleh asuransi untuk menghitung besar premi yang harus dibayar oleh seseorang yang bergabung dalam kelompok untuk berbagi risiko sebagaimana diuraikan pada bagian awal buku ini.

Dalam buku Asuransi Kesehatan di Indonesia, Thabrany (2001)¹ telah membahas dasar-dasar asuransi kesehatan. Dalam bab ini, dasar-dasar tersebut disajikan kembali dengan modifikasi untuk memudahkan mahasiswa memahaminya.

Pembahasan tidak memperdalam kata-kata risiko atau resiko. Sering disebutkan bahwa untuk suatu tindakan ada risiko atau bahayanya, setiap orang paham akan hal itu. Namun waktu terjadinya dan besarnya bahaya yang akan terjadi, tidak diketahui oleh siapapun. Manusia hanya dapat memperkirakan probabilitas kejadian dan besarnya (berat-ringannya) risiko atau bahaya tersebut. Disini ada ketidakpastian (*uncertainty*) tentang terjadinya dan besarnya risiko tersebut. Biasanya yang disebut risiko mempunyai konotasi negatif yaitu umumnya orang mengartikan risiko sebagai sesuatu yang dapat mencelakakan atau merugikan diri, sesuatu yang tidak diharapkan. Sebenarnya, dalam

pengertian ketidakpastian, ada juga risiko keberuntungan. Dalam konteks ini, kata keberuntungan itupun merupakan suatu risiko, yaitu risiko positif, risiko yang diharapkan, yang kita bedakan sebagai resiko. Fokus perhatian dunia asuransi adalah risiko yang terkait dengan kerugian baik berupa materiil maupun berupa kehilangan kesempatan memproduksi akibat menderita penyakit berat. Dilihat dari ketidakpastiannya, risiko mengandung kesamaan dengan kata rejeki yang menurut kepercayaan orang Indonesia, hanya Tuhan yang mengetahui dengan pasti jumlah, waktu dan cara perolehannya. Jadi risiko dan rizki/rejeki mempunyai kesamaan yaitu ketidakpastian, namun keduanya berbeda konotasi. Risiko berkonotasi negative (tidak diharapkan), sedangkan rizki berkonotasi positif (diharapkan). Asuransi membatasi areanya pada risiko yang berkonotasi negative karena tidak diharapkan oleh siapapun, jadi asuransi bukanlah mekanisme untuk untung-untungan, untuk mendapatkan rizki/rejeki.

Dalam setiap langkah kehidupan kita, selalu saja ada risiko, baik kecil seperti terjatuh akibat tersandung kerikil sampai yang besar seperti kecelakaan lalu lintas yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan. Beruntung Tuhan telah memberikan sifat alamiah manusia yang selalu menghindarkan diri dari berbagai risiko. Setiap orang mempunyai cara tersendiri untuk menghindarkan dirinya dari berbagai risiko. Secara umum, cara-cara menghindarkan diri dari berbagai risiko hidup disebut sebagai manajemen risiko yang dikelompokkan menjadi empat kelompok besar, akan dibahas berikut ini.

Manajemen Risiko

Dalam ilmu manajemen risiko atau *risk management*, kita mengenal beberapa teknik menghadapi risiko yang dapat terjadi pada semua aspek kehidupan. Teknik-teknik tersebut adalah (vaughan,...)², Rejda³:

1. Menghindarkan risiko (*risk avoidance*). Kalau kita merokok, ada risiko terkena penyakit kanker paru atau penyakit jantung (kardiovaskuler). Salah satu cara menghindari terjadinya risiko terkena penyakit paru atau jantung tersebut adalah menjauhi bahan-bahan karsinogen (yang menyebabkan kanker) yang terkandung dalam rokok. Kalau kita tidak ingin mendapat kecelakaan pesawat terbang, jangan

pernah naik pesawat terbang. Banyak orang melakukan teknik manajemen ini untuk risiko besar yang kasat mata. Seseorang akan menghindari naik gunung yang terjal tanpa alat pengaman, karena risiko jatuh ke jurang dapat dilihat langsung oleh mata. Tetapi banyak orang tidak menyadari bahawa risiko tersebut dapat muncul 20-30 tahun seperti yang terjadi pada risiko kanker paru atau kelainan jantung akibat merokok, sehingga kebiasaan itu dianggap tidak berisiko atau berisiko rendah. Kesadaran tentang risiko jangka panjang itu yang harus disosialisasikan kepada masyarakat supaya mereka mampu mengantisipasinya. Tidak semua orang mampu mengenali, merasakan dan menghindari risiko. Ada kelompok yang hanya mampu mengenali dan merasakan, namun tidak mampu menghindarinya. Karenanya manajemen risiko dengan cara menghindari saja tidak cukup untuk melindungi seseorang dari risiko yang akan terjadi.

2. Mengurangi risiko (*risk reduction*). Jika upaya menghindari risiko tidak mungkin dilakukan, manajemen risiko dapat dilakukan dengan cara mengurangi risiko (*risk reduction*). Contohnya, kita membuat jembatan penyeberangan atau lampu khusus penyeberangan untuk mengurangi jumlah orang yang menderita kecelakaan lalu lintas. Dengan demikian, pengemudi kendaraan akan berhati-hati. Atau jika ada jembatan penyeberangan, maka risiko tertabrak mobil akan menjadi lebih kecil, tetapi tidak meniadakan sama sekali. Seorang pengendara sepeda motor diwajibkan memakai helm karena tidak ada satu orangpun yang bisa terhindar seratus persen dari kecelakaan berkendara sepeda motor. Jika helm digunakan, maka beratnya risiko (*severity of risk*) dapat dikurangi, sehingga seseorang dapat terhindar dari kematian atau gegar otak yang memerlukan biaya perawatan sangat besar. Perawatan intensif selama 7 (tujuh) hari di rumah sakit bagi penderita gegar otak di tahun 2005 ini dapat mencapai lebih dari Rp 20 juta. Tetapi, bagi kebanyakan pengendara sepeda motor, yang belum pernah menyaksikan betapa dahsyatnya akibat gegar otak dan berapa mahalnnya biaya perawatan akibat gegar otak, tidak menyadari hal itu. Kalaupun mereka mengenakan helm, seringkali sekedar untuk menghindari dari tekanan penalti akibat pelanggaran (tilang) peraturan lalu lintas oleh polisi yang sesungguhnya merupakan risiko kecil (yang hanya sebesar ratusan ribu rupiah saja). Imunisasi terhadap penyakit hepatitis (radang hati), yang dapat berkembang menjadi kanker hati

yang memerlukan perawatan dengan biaya mahal serta dapat mematikan pada usia muda, merupakan suatu upaya pengurangan risiko. Karena perilaku manusia yang tidak selalu menyadari risiko besar itu, maka mekanisme menurunkan risiko saja tidak memadai. Imunisasi hepatitis tidak menjamin seratus persen setiap orang yang telah diimunisasi pasti tidak terhindar dari penyakit kanker hati. Masih diperlukan manajemen risiko yang lain.

3. Memindahkan risiko (*risk transfer*). Sebaik apapun upaya mengurangi risiko yang telah kita lakukan tidak menjamin 100% kita akan terbebas dari segala risiko. Karena itu kita perlu melindungi diri kita dengan tameng lapis ketiga dari manajemen risiko yaitu mentransfer risiko diri kita ke pihak lain. Kita dapat memindahkan seluruh atau sebagian risiko kepada pihak lain (yang dapat berupa perusahaan asuransi, badan penyelenggara jaminan sosial, pemerintah, atau badan sejenis lain) dengan membayar sejumlah premi atau iuran, baik dalam jumlah nominal tertentu maupun dalam jumlah relatif berupa prosentase dari gaji atau harga pembelian (transaksi). Dengan teknik manajemen risiko ini, risiko yang ditransfer hanyalah risiko finansial, bukan seluruh risiko. Ada sebagian risiko yang tidak bisa ditransfer, misalnya rasa sakit atau perasaan kehilangan yang dirasakan oleh penderita.. Ini merupakan prinsip yang sangat fundamental di dalam asuransi. Kebanyakan orang tidak menyadari bahwa setiap saat sesungguhnya ada risiko kematian dan risiko kematian itu yang berpotensi menyebabkan ketiadaan dana bagi ahli warisnya untuk menjalani hidup sehari-hari atau untuk membiayai pendidikan anak, dapat ditransfer dengan membeli asuransi jiwa. Itulah sebabnya, kebanyakan orang di negara berkembang tidak membeli asuransi jiwa, karena banyak orang tidak melihat kematian sebagai suatu risiko finansial bagi ahli warisnya. [Judi juga merupakan risk transfer](#)
4. Mengambil risiko (*risk assumption*). Jika risiko tidak bisa dihindari, tidak bisa dikurangi, dan tidak dapat ditransfer akibat ketidakmampuan seseorang atau tidak ada perusahaan yang dapat menerima transfer risiko tersebut, maka alternatif terakhir adalah mengambil atau menerima risiko (sebagai takdir).

Tidak semua orang bersikap rasional dengan menerapkan prinsip-prinsip manajemen risiko tersebut diatas. Ada orang yang tidak peduli dengan risiko yang

dihadapinya dan dia mengambil atau menerima suatu risiko apa adanya. Orang yang berperilaku demikian disebut pengambil risiko (*risk taker*). Apabila semua orang bersikap sebagai pengambil risiko, maka usaha asuransi tidak akan pernah ada. Sebaliknya, jika seseorang bersikap sebagai penghindar risiko (*risk averter*) maka ia akan berusaha menghindari, mengurangi, atau mentransfer risiko yang mungkin terjadi pada dirinya. Apabila banyak orang bersikap menghindari risiko, maka demand terhadap usaha asuransi akan tumbuh.

Risiko yang dapat diasuransikan

Diatas telah dijelaskan empat kelompok besar manajemen risiko yang memperlihatkan asuransi sebagai cara terakhir sebelum kita memutuskan menerima atau mengambil risiko tersebut. Tidak semua risiko dapat diasuransikan, ada persyaratan risiko untuk dapat diasuransikan (*insurable risks*). Risiko yang terlalu kecil seperti terserang pilek atau kehilangan sebuah pensil, tidak dapat diasuransikan. Beberapa syarat risiko untuk dapat diasuransikan adalah sebagai berikut.

1. Risiko tersebut haruslah bersifat murni (*pure*). Menurut sifat kejadiannya, risiko dapat timbul benar-benar sebagai suatu kebetulan atau *accidental* dan dapat timbul karena suatu perbuatan spekulatif. Risiko murni adalah risiko yang spontan, tidak dibuat-buat, tidak disengaja, atau dicari-cari bahkan tidak dapat dihindari dalam jangka pendek. Orang berdagang mempunyai risiko rugi, tetapi risiko rugi tersebut dapat dihindari dengan manajemen yang baik, belanja dengan hati-hati, dan sebagainya. Risiko rugi akibat suatu usaha dagang merupakan risiko spekulatif yang tidak dapat diasuransikan. Oleh karenanya tidak ada asuransi yang menawarkan pertanggungan kalau suatu perusahaan merugi. Suatu risiko yang timbul akibat suatu tindakan kesengajaan, karena ingin mendapatkan santunan asuransi misalnya, tidak dapat diasuransikan. Contoh, seseorang mempunyai asuransi kematian sebesar satu milyar rupiah, dapat saja dibunuh oleh ahli warisnya guna mendapatkan manfaat/jaminan asuransi sebesar satu milyar rupiah tersebut. Kematian yang disebabkan karena kesengajaan seperti itu tidak dapat ditanggung. Seseorang yang sengaja mencoba bunuh diri dengan meminum racun

serangga dan gagal sehingga perlu perawatan di rumah sakit tidak berhak atas jaminan perawatan, karena risiko sakitnya bukanlah risiko murni. Contoh risiko murni adalah penyakit kanker. Sakit kanker, yang membutuhkan perawatan yang lama dan mahal, tidak pernah diharapkan oleh si penderita dan karenanya penyakit kanker merupakan risiko murni yang dapat diasuransikan atau dijamin oleh asuransi.

2. Risiko bersifat definitif. Pengertian definitif artinya risiko dapat ditentukan kejadiannya secara pasti dan jelas serta dipahami berdasarkan bukti kejadiannya. Risiko sakit dan kematian dibuktikan dengan surat keterangan dokter. Risiko kecelakaan lalu lintas dibuktikan dengan surat keterangan polisi. Risiko kebakaran dibuktikan dengan berita acara dan bukti-bukti lain seperti foto kejadian.
3. Risiko bersifat statis. Pengertian statis artinya probabilitas kejadian relatif statis atau konstan tanpa dipengaruhi perubahan politik dan ekonomi suatu negara. Hal tersebut berbeda dengan risiko bisnis yang bersifat dinamis karena sangat dipengaruhi stabilitas politik dan ekonomi. Tentu saja, risiko yang benar-benar statis dalam jangka panjang tidak banyak. Risiko seseorang terserang kanker atau gagal jantung akan relatif statis, tidak dipengaruhi keadaan ekonomi dan politik, namun dalam jangka panjang risiko serangan jantung dipengaruhi keadaan ekonomi. Di negara maju, yang relatif kaya dan penduduk cenderung mengkonsumsi makan enak dengan kandungan tinggi lemak, memperlihatkan probabilitas serangan jantung lebih tinggi dibandingkan dengan negara miskin.
4. Risiko berdampak finansial. Setiap risiko mempunyai dampak finansial dan non finansial. Risiko yang dapat diasuransikan adalah risiko yang mempunyai dampak finansial, karena yang dapat diperhitungkan adalah kerugian finansial. Transfer risiko dilakukan dengan cara membayar premi atau kontribusi kepada perusahaan asuransi, yang akan memberikan penggantian bila terjadi dampak finansial suatu risiko yang telah terjadi. Suatu kecelakaan diri misalnya mempunyai dampak finansial berupa biaya perawatan dan atau kehilangan kesempatan untuk mendapatkan penghasilan. Selain berdampak finansial, suatu kecelakaan juga menimbulkan rasa nyeri dan beban psikologis jika kecelakaan tersebut

menimbulkan kematian atau kecacatan, sehingga risiko tersebut menimbulkan dampak yang besar. Dari semua dampak yang terjadi, hanya risiko finansial berupa biaya perawatan dan kehilangan penghasilan akibat kehilangan jiwa atau kecacatan. Dampak rasa nyeri dan perasaan kehilangan tidak dapat diasuransikan karena ukurannya sangat subyektif. Manfaat yang dapat ditawarkan asuransi untuk mengganti dampak finansial tersebut adalah penggantian biaya pengobatan dan perawatan (baik dalam bentuk uang atau pelayanan) maupun uang tunai sebagai pengganti kehilangan penghasilan akibat kematian atau kecacatan tersebut.

5. Risiko *measurable* atau *quantifiable*. Syarat lain adalah besarnya kerugian finansial akibat risiko tersebut dapat diperhitungkan secara akurat. Kalau seorang sakit, harus dapat diterangkan lokasi terjadinya penyakit, waktu kejadian, jenis penyakit, tempat perawatan (nama dan lokasi rumah sakit), dan biaya yang dibutuhkan untuk perawatan yang dijalani. Misalnya, Tn Budi mengalami serangan jantung di Bogor, tanggal 5 September 2006 dan dirawat di RS. Anu di kota Bogor. Biaya yang diperlukan untuk perawatan Tn Budi adalah Rp. 20 Juta. Jadi yang dapat dimasukkan kedalam skema asuransi hanyalah biaya perawatan. Adapun rasa sakit sangat sulit diukur, meskipun kita punya berbagai instrumen, karena rasa sakit bersifat sangat subyektif. Besar penggantian biaya perawatan harus disepakati oleh pemegang polis dan asuradur yang dituangkan dalam kontrak pertanggungan/jaminan/polis. Khusus untuk asuransi jiwa, besar kerugian finansial akibat kematian umumnya ditawarkan dalam jumlah tertentu, mengingat kesulitan mengukur besar kerugian finansial akibat suatu kematian. Jumlah tersebut ditawarkan oleh perusahaan asuransi dan disepakati oleh pemegang polis. Penentuan jumlah tertentu ini disebut *quantifiable* (dapat ditetapkan jumlahnya) yang dijadikan dasar perhitungan premi yang harus dibayarkan oleh pemegang polis.
6. Ukuran risiko harus besar (*large*). Derajat risiko (*severity*) memang relatif dan dapat berbeda dari satu tempat ke tempat lain dan dari satu waktu ke waktu lain. Risiko yang dapat ditanggung oleh perusahaan asuransi hendaknya memenuhi syarat ukurannya. Risiko biaya rawat inap sebesar Rp 5 juta bisa dinilai besar oleh

yang berpenghasilan rendah akan tetapi dinilai kecil oleh yang berpenghasilan diatas Rp 50 juta per bulan. Sebuah sistem asuransi harus secara cermat menilai kelompok risiko yang akan diasuransikan. Kecenderungan asuransi kesehatan di dunia adalah menjamin pelayanan kesehatan secara komprehensif karena ada kaitan antara risiko dengan biaya kecil dan pelayanan yang memerlukan biaya mahal. Sebagai contoh kasus demam berdarah yang berkunjung ke dokter, mengandung risiko menjadi fatal bila pengobatan lanjutannya tidak ditanggung, karena ada kemungkinan orang tersebut tidak meneruskan pelayanannya karena kendala biaya. Jadi menjamin pelayanan kesehatan secara komprehensif merupakan kombinasi penurunan risiko (*risk reduction*) dan transfer risiko. Suatu skema asuransi yang hanya menanggung risiko yang kecil, misalnya hanya pengobatan di puskesmas—seperti yang dulu dipraktikkan dengan skema dana sehat atau JPKM, tidak memenuhi syarat asuransi. Oleh karena itu, dimanapun di dunia, model asuransi mikro seperti itu tidak memiliki sustainabilitas (kesinambungan) jangka panjang. Umumnya skema semacam itu berusia pendek dan tidak menjadi besar.

Selain persyaratan sifat atau jenis risiko diatas, ada beberapa persyaratan terkait dengan teknis asuransi dan kelayakan suatu risiko diasuransikan. Kelayakan dalam konteks ini diartikan kelayakan dalam aspek ekonomis. Suatu produk asuransi yang preminya terlalu mahal tidak bisa dijual atau tidak menarik bagi masyarakat untuk ikut asuransi tersebut. Harga premi atau besaran iuran yang menghabiskan 30% penghasilan seseorang, tidak layak untuk dikembangkan. Persyaratan teknis asuransi adalah besarnya probabilitas kejadian, besar populasi yang terkena risiko kejadian tersebut dan volumen *pool* yang dapat dikumpulkan. Syarat yang terakit dengan teknis asuransi adalah:

1. Probabilitas kejadian risiko yang akan disuransikan relatif kecil. Ukuran probabilitas besar dan kecil juga relatif. Akan tetapi suatu kejadian yang lebih dari 50% kemungkinan terjadinya (dalam bahasa statistik disebut probabilitas $>0,5$) akan menyebabkan premi menjadi besar dan tidak menarik untuk diasuransikan. Kejadian gagal ginjal yang membutuhkan hemodialisis atau cuci darah 2 kali

seminggu mempunyai probabilitas sangat kecil, yaitu kurang dari satu kejadian per 1.000 orang ($p < 0,001$), demikian pula kejadian kecelakaan pesawat terbang jauh lebih kecil lagi yaitu kurang dari satu per 100.000 penerbangan. Probabilitas yang kecil tersebut menghasilkan besaran premi atau iuran yang juga kecil, sehingga menarik untuk diasuransikan.

2. Kerugian tidak boleh menimpa peserta dalam jumlah besar yang menimbulkan biaya sangat besar atau katastrofik (*catastrophic*) bagi asuradur. Katastrofik adalah biaya sangat besar yang harus dikeluarkan akibat banyak orang yang mengalami kerugian pada waktu bersamaan. Contohnya, kerugian yang terjadi akibat perang atau bencana alam besar seperti Tsunami di Aceh tahun 2004 yang mengenai penduduk dalam jumlah banyak dengan kerugian yang mencapai triliunan rupiah. Kerugian besar itu tidak dijamin oleh asuransi karena praktis suatu usaha asuransi akan bangkrut bila mengganti kerugian sebesar itu. Suatu penyakit yang menjadi wabah, mengenai banyak orang, tidak dijamin asuransi, namun akan dijamin pemerintah melalui suatu undang-undang wabah. Perusahaan asuransi tidak menanggung, atau mengecualikan (*exception*), segala bentuk perawatan rumah sakit atau dokter akibat bencana alam besar, peperangan ataupun suatu wabah. Katastrofik juga dapat berarti risiko biaya yang ditanggung terlalu besar atau terlalu mahal. Dalam bidang kesehatan, biaya perawatan di ruang intensif yang lebih dari satu tahun pasti membutuhkan biaya yang bisa mencapai milyaran rupiah. Batasan biaya medis yang dapat dikelompokkan sebagai katastrofik bervariasi sesuai dengan kemampuan ekonomi suatu negara. WHO memberikan definisi biaya medis katastrofik bagi rumah tangga jika biaya pengobatan atau perawatan menghabiskan lebih dari 40% penghasilan rumah tangga (WHO, 2000).⁴ Akan tetapi biaya medis yang bersifat katastrofik bagi rumah tangga ini justru merupakan suatu persyaratan untuk diasuransikan. Dalam buku-buku teks asuransi kesehatan, biaya perawatan yang mahal sering disebut kasus *major medicals* (berbiaya medis mahal).
3. Populasi harus cukup besar dan homogen yang akan diikutsertakan dalam skema asuransi. Jika suatu asuransi hanya diikuti oleh sepuluh orang, padahal risiko yang dipertanggungjawabkan dapat bervariasi dari--seribu rupiah sampai satu milyar rupiah,

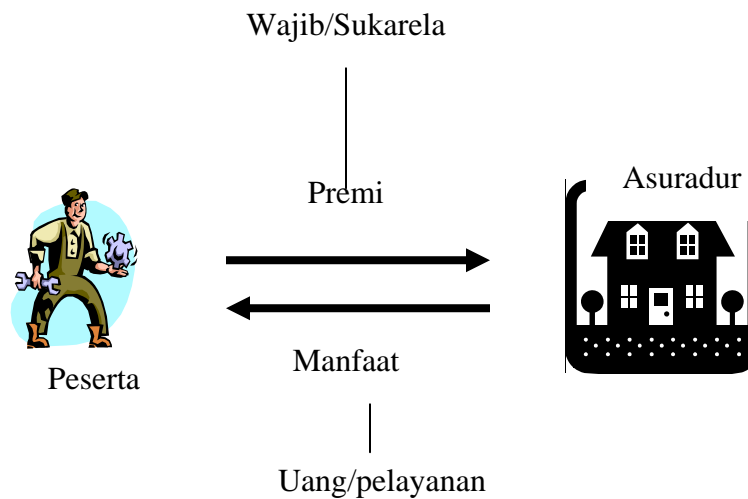
maka iuran atau premi dari peserta asuransi yang sepuluh orang ini tidak akan mampu menutupi kebutuhan dana apabila risiko yang diasuransikan terjadi. Risiko yang diperoleh dari sepuluh orang tersebut tidak bisa dijadikan patokan untuk menghitung besarnya risiko yang akan timbul, karena populasinya terlalu kecil. Semakin besar populasi, semakin tinggi tingkat akurasi prediksi biaya yang dibutuhkan untuk menjamin risiko, sehingga akan semakin kuat kemampuan finansial sebuah perusahaan asuransi. Persyaratan besarnya jumlah peserta atau pemegang polis merupakan suatu aplikasi hukum matematika yang disebut *hukum angka besar (the law of the large number)*. Hukum ini menyebabkan semakin banyak usaha asuransi yang melakukan merger (bergabung) agar lebih kuat bersaing dan mampu mengendalikan biaya. Sehingga akan dapat dicapai pelayanan dengan tingkat efisiensi yang tinggi. Program asuransi kesehatan sosial selalu memenuhi hukum angka besar ini karena sifat kepesertaannya wajib. Sebaliknya usaha asuransi kesehatan komersial seringkali bangkrut karena tidak mampu memiliki jumlah peserta atau pemegang polis yang cukup besar.

Jenis Asuransi

Telah dibahas sebelumnya bahwa asuransi adalah manajemen risiko, dimana seseorang atau sekelompok kecil orang (yang disebut pemegang polis/*policy holder* atau peserta/participant) melakukan transfer risiko yang dihadapinya kepada pihak asuransi (yang disebut asuradur/*insurer* atau badan penyelenggara asuransi)dengan membayar sejumlah premi (iuran atau kontribusi). Bila pemegang polis atau peserta adalah perseorangan, maka ia akan menjamin dirinya sendiri dan atau termasuk anggota keluarganya. Dalam hal pemegang polis atau peserta bersifat kelompok kecil (misalnya suatu perusahaan atau instansi), maka yang dijamin biasanya anggota kelompok tersebut (karyawan dan anggota keluarganya). Dengan pembayaran premi/iuran tersebut, maka segala risiko biaya yang terjadi akibat kejadian yang terjadi pada pemegang polis atau peserta sesuai kesepakatan yang tercantum dalam perjanjian/ kontrak akan menjadi kewajiban asuradur. Peserta yang termasuk dalam daftar yang dijamin sesuai ketentuan dalam kontrak atau peraturan disebut tertanggung atau *insured*. Risiko yang harus

ditanggung asuradur disebut *benefit* atau “manfaat” asuransi, yang cakupan (*scope*) dan besarnya telah ditetapkan dimuka dalam kontrak atau peraturan. Dalam asuransi kesehatan, manfaat ini sering disebut paket jaminan (*benefit package*) karena manfaat asuransi kesehatan pada umumnya berbentuk pelayanan kesehatan yang dijamin oleh asuradur, sedangkan manfaat asuransi jiwa atau kerugian umumnya dalam bentuk nilai nominal uang,

Secara sederhana pengertian asuransi dapat digambarkan dengan ilustrasi berikut.



Dari ilustrasi diatas dapat dilihat ada dua elemen utama terselenggaranya asuransi yaitu ada pembayaran premi/iuran dan benefit/manfaat. Kedua elemen itulah yang mengikat kedua pihak (para pihak), peserta dan asuradur. Pada hakikatnya dalam asuransi, secara umum, para pihak memiliki hak dan kewajiban sebagaimana layaknya sebuah kontrak. Tertanggung merupakan orang yang mempunyai kewajiban membayar premi. Dalam program Jamsostek, Askes dan JPKM, yang semuanya nanti akan diatur dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, tertanggung disebut peserta—tanpa membedakan siapa yang membayar iuran. Di dalam asuransi kesehatan tradisional/konvensional yang dijual oleh perusahaan asuransi, manfaatnya ditetapkan atau dibatasi dengan nilai jumlah uang tertentu dan pesertanya disebut pemegang polis (*policy holder*) dan anggota keluarga yang dijamin disebut tertanggung. Dalam asuransi kesehatan yang dikelola oleh

bukan perusahaan asuransi di Amerika (yang biasa dikenal di Indonesia dengan *managed care*) bertanggung disebut anggota atau *member*. Pemegang polis atau peserta berkewajiban membayar premi/iuran sedangkan bertanggung tidak selalu merupakan orang yang harus membayar premi. Asuradur adalah orang atau badan yang telah menerima premi dan karenanya mempunyai kewajiban membayar atau menanggung risiko yang diasuransikan dengan membayarkan manfaat bila risiko terjadi. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 571/572 tahun 1993 tentang JPKM, asuradur ini disebut Badan Penyelenggara JPKM yang disingkat Bapel. (dimasa mendatang, JPKM hanya akan menjual manfaat tambahan)

Kotrak Asuransi

Mekanisme asuransi merupakan hubungan kontraktual yang mengatur kewajiban dan hak para pihak. Peserta wajib membayar premi, dan berhak mendapatkan manfaat asuransi, sedangkan asuradur berhak menerima pembayaran premi dan wajib membayarkan manfaat dalam bentuk uang langsung kepada peserta atau membayarkan manfaat tersebut kepada pihak ketiga yang memberikan pelayanan kepada peserta, seperti bengkel mobil atau fasilitas kesehatan. Namun demikian, dibandingkan dengan hubungan kontraktual lainnya, kontrak asuransi memiliki ciri khas yang secara bersama-sama tidak dimiliki oleh hubungan kontraktual lainnya. Karena kekhasan kontrak asuransi inilah, maka pengelolaan atau bisnis asuransi diatur sangat ketat atau dilaksanakan langsung oleh pemerintah. Ciri khas kontrak asuransi tersebut adalah sebagai berikut:

Bersifat kondisional. Dalam kontrak asuransi, kewajiban asuradur baru akan terjadi jika kondisi yang telah ditentukan (misalnya sakit atau kehilangan harta benda) terjadi pada diri tertanggung. Apabila tertanggung tidak mengalami kejadian tersebut, maka tidak ada kewajiban asuradur memberikan manfaat. Ciri tersebut tidak akan ditemukan dalam kontrak lain, seperti kontrak pembelian barang atau sewa gedung. Oleh karena itu, dalam kontrak asuransi seperti asuransi kesehatan pegawai negeri, pegawai yang lebih dari 20 tahun tidak pernah sakit sedangkan ia terus membayar iuran (karena bersifat wajib dan langsung dipotong dari gajinya), tidak berhak menuntut pengembalian uang iurannya. Berbeda dengan kontrak tabungan hari tua (yang disebut Dana Pensiun Lembaga Keuangan—DPLK) di bank, penabung atau ahli warisnya berhak mendapatkan

kembali uang yang disimpannya secara rutin tiap bulan pada suatu waktu tertentu atau setelah penabung meninggal dunia.

Bersifat unilateral. Pada umumnya kontrak bersifat bilateral yaitu masing-masing pihak mempunyai kewajiban dan hak yang dapat dituntut jika salah satu pihak tidak melaksanakan kewajibannya. Dalam kontrak asuransi, pihak yang dapat dituntut karena tidak memenuhi kewajibannya hanyalah pihak asuradur. Apabila tertanggung tidak memenuhi kewajibannya, tidak membayar premi misalnya, ia tidak dapat dituntut, akan tetapi haknya otomatis hilang atau kontrak otomatis terputus (yang dalam istilah asuransi komersial disebut *lapse*). Kontrak unilateral ini merupakan padanan (*offset*) dari sifat kondisional yaitu asuransur tidak selalu wajib membayarkan manfaat.

Bersifat Aleatory. Kontrak pada umumnya mempunyai keseimbangan nilai tukar (*economic value*) antara kewajiban dan hak bagi pihak pertama maupun pihak kedua. Namun kontrak asuransi memberikan nilai manfaat jauh lebih besar dibandingkan kewajiban premi yang harus dibayarkan oleh peserta. Sebagai contoh, seseorang yang menjadi peserta asuransi kesehatan membayar premi sebesar Rp 250.000 tiap bulan. Baru saja empat bulan ia membayar premi ia terkena serangan jantung dan memerlukan pembedahan yang memakan biaya (nilai tukar) Rp 150 juta. Asuradur akan memberikan manfaat tersebut, walaupun premi yang dibayarkan baru Rp. 1 juta (4 x Rp 250.000), karena dalam kontrak asuransi tersebut pembedahan jantung ditanggung penuh. Tanpa kontrak yang bersifat aleatori, tidak mungkin peserta yang membayar premi Rp. 1 juta, mendapatkan manfaat Rp 150 juta. Dalam hal ini, peserta tersebut tidak berhutang Rp 149 juta ke perusahaan asuransi. Jika saja ia berhenti menjadi peserta setelah itu, peserta tidak mempunyai kewajiban membayar premi lagi, sebaliknya peserta tersebut juga tidak mempunyai hak mendapatkan manfaat lagi dan juga tidak akan dituntut untuk melunasi selisih biaya sebesar Rp 149 juta. Sebaliknya, seorang peserta atau pemegang polis yang telah membayar premi sebesar Rp 250.000 per bulan selama 10 tahun (total $10 \times 12 \times \text{Rp} 250.000$ atau Rp 30 juta, tanpa perhitungan bunga), akan tetapi ia tidak pernah sakit, sehingga tidak pernah mengklaim manfaat asuransi. Peserta itu tidak berhak sama sekali atas manfaat asuransi (menerima hak senilai Rp 0 rupiah), karena tidak ada kondisi yang memenuhi ketentuan kontrak (sifat kondisional). Asuradur tetap

berhak menerima Rp 30 juta (plus bunga) tanpa kewajiban membayar apapun kepada tertanggung.

Bersifat Adhesi. Dalam ikatan kontrak pada umumnya kedua belah pihak mempunyai informasi yang relatif seimbang tentang nilai tukar dan kualitas barang atau jasa yang diatur dalam kontrak. Namun pada kontrak asuransi, pihak peserta atau pemegang polis, khususnya pada asuransi individual, tidak memiliki informasi yang seimbang dengan informasi yang dimiliki asuradur. Asuradur tahu lebih banyak tentang probabilitas terjadinya sakit dan biaya-biaya pengobatan yang diperlukan untuk mengobati sakit tersebut, sedangkan pihak peserta tidak mengetahuinya dengan baik. Akibatnya, sulit bagi peserta untuk menilai apakah premi yang dibebankan kepada mereka itu murah, wajar, atau terlalu mahal. Dengan kata lain, peserta berada pada posisi yang lemah (*ignorance*). Itulah sebabnya, dalam industri asuransi dimanapun di dunia, pemerintah selalu mengatur dan mengawasi secara ketat berbagai aspek penyelenggaraan asuransi baik dalam hal paket jaminan dan ketentuan polis menyangkut isi, bahasa, dan bahkan ukuran huruf dalam polis, dan berbagai persyaratan asuradur yang menjamin peserta akan menerima haknya, jika obyek asuransi terjadi. Dalam dunia asuransi, kontrak semacam ini sering disebut sebagai kontrak *take it or leave it*.

Pembayaran Premi

Menurut sifat kepesertaannya, asuransi dapat dibagi menjadi dua golongan besar yaitu kepesertaan yang bersifat wajib dan sukarela. Sifat kepesertaan itu terkait dengan kewajiban membayar premi yang juga bersifat wajib dan sukarela (lihat ilustrasi). Asuransi dengan kepesertaan wajib disebut asuransi social, sedangkan asuransi yang kepesertaannya sukarela, digolongkan sebagai asuransi komersial karena tidak ada kewajiban seseorang untuk ikut atau membeli asuransi. Sifat membeli merupakan suatu transaksi sukarela dalam perdagangan (*commerce*). Banyak pihak di Indonesia yang mengasosiasikan asuransi sosial sebagai asuransi bagi kelompok masyarakat ekonomi lemah (miskin), sehingga pada awalnya JPKM dinyatakan bukan sebagai asuransi komersial. Padahal dengan sifat kepesertaan yang sukarela, asuransi itu sudah dapat dikelompokkan menjadi asuransi komersial.

Asuransi sosial

Banyak pihak di Indonesia yang mempunyai pengertian keliru tentang asuransi sosial. Kebanyakan orang beranggapan bahwa asuransi sosial adalah suatu program asuransi untuk masyarakat miskin atau kurang mampu. Pada berbagai kesempatan interaksi dengan masyarakat di kalangan sektor kesehatan, banyak yang beranggapan bahwa Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang diperkenalkan Departemen Kesehatan (Depkes) juga merupakan program jaminan untuk masyarakat miskin. Hal ini barangkali terkait dengan program JPKM dalam rangka Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) dimana Depkes memberikan insentif kepada organisasi di kabupaten yang disebut pra bapel (badan penyelenggara) untuk mengembangkan JPKM. Program JPSBK ini memberikan dana Rp 10.000 per tahun untuk tiap keluarga miskin (gakin) kepada pra bapel yang berjumlah 354 di seluruh Indonesia. Dana tersebut digunakan untuk membiayai administrasi pra bapel sebesar Rp.800, dan sisanya untuk membiayai pelayanan kesehatan peserta yang dikelolanya. Diharapkan setelah dua tahun program berjalan, pra bapel dapat membuat produk JPKM dan menjualnya kepada masyarakat selain gakin. Mungkin dengan program inilah maka terbentuk pemahaman bahwa program JPKM adalah program asuransi sosial. Sebenarnya, konsep JPKM adalah konsep asuransi komersial yang dilandasi oleh kepesertaan sukarela. Diskusi lebih lanjut tentang hal ini dibahas lebih lanjut dalam bab asuransi komersial.

Dalam Undang-Undang No 2/92 tentang asuransi disebutkan bahwa program asuransi sosial adalah program asuransi yang diselenggarakan secara wajib berdasarkan suatu undang-undang, dengan tujuan untuk memberikan perlindungan dasar bagi kesejahteraan masyarakat. Dalam UU tersebut disebutkan bahwa program asuransi sosial hanya dapat diselenggarakan oleh Badan Usaha Milik Negara (pasal 14). Namun demikian, tidak ada penjelasan lebih rinci tentang asuransi sosial dalam UU tersebut. Untuk lebih menjelaskan tentang apa, mengapa dan bagaimana asuransi sosial dilaksanakan, berikut ini akan dijelaskan berbagai rasional dan contoh-contoh program asuransi sosial di dunia dan di Indonesia.

Mengapa harus diwajibkan? Apakah pada era globalisasi ini masih perlu mewajibkan setiap tenaga kerja atau setiap penduduk untuk menjadi peserta asuransi

kesehatan seperti halnya asuransi kesehatan pegawai negeri? Mengapa harus dikelola secara terpusat oleh satu badan penyelenggara pemerintah? Monopolikah itu namanya? Bukankah kini jamannya privatisasi? Mengapa tidak dilepaskan kepada mekanisme pasar karena pasar begitu kuat dan mampu mengatasi berbagai masalah? Bukankah kini jamannya otomomi daerah sehingga seharusnya daerah diberi kewenangan mengurus daerahnya masing-masing?. Pertanyaan seperti itu kerap muncul diberbagai kesempatan di daerah ketika penulis mempresentasikan konsep asuransi sosial

Di atas sudah dijelaskan bahwa pelayanan kesehatan memiliki ciri ketidakpastian (*uncertainty*). Akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan hak asasi setiap penduduk. Deklarasi PBB tahun 1948 telah jelas menyebutkan bahwa setiap penduduk berhak atas jaminan kesehatan manakala ia sakit. Apakah setiap orang memiliki visi dan kesadaran akan risiko yang dihadapinya di kemudian hari? Meskipun banyak orang menyadari akan risiko tersebut, pada umumnya kita tidak mempunyai kemauan dan kemampuan yang memadai untuk mencukupi kebutuhan menutup risiko sakit yang terjadi di masa depan. Orang-orang muda akan mengambil risiko (*risk taker*), terhadap masa depannya karena pengalamannya menunjukkan bahwa mereka jarang sakit. Ancaman sakit 10-20 tahun ke depan dinilainya terlalu jauh untuk dipikirkan sekarang. Pada umumnya mereka tidak akan membeli, secara sukarela dan sadar, asuransi untuk masa jauh ke depan tersebut meskipun mereka mampu membeli. Sebaliknya, orang-tua dan sebagian orang yang punya penyakit kronik, bersedia membeli asuransi karena pengalamannya membayar biaya berobat yang mahal, namun penghasilan mereka sudah jauh berkurang. Meskipun penghasilannya cukup, biaya pengobatan sudah jauh lebih besar dari penghasilannya. Orang-orang seperti ini mau membeli asuransi, akan tetapi jika hanya orang-orang tersebut yang mau membeli, perusahaan asuransi/bapel akan menarik premi sangat besar untuk menutupi biaya berobat yang tinggi. Atau mereka tidak bersedia menjamin orang-orang yang risikonya sub standar (diatas rata-rata). Akibatnya kelompok berisiko tersebut tidak bisa dijamin.

Bagi penderita penyakit menular yang tidak mampu berobat, akan mengalami kesulitan untuk sembuh dari sakitnya, karena tidak sanggup berobat dan tidak ada perusahaan asuransi/bapel yang mau menjaminnya. Penderita tersebut akan mengancam

sorang disekitarkanya, karena penyakitnya dapat menular kepada orang lain (eksternalitas).

Meskipun tidak menderita penyakit menular, bantuan dari banyak pihak masih diperlukan, bila ada anggota masyarakat yang menderita penyakit sangat parah. Inilah perikemanusiaan yang beradab. Tidak ada satupun tempat di dunia yang membiarkan orang-orang seperti itu tanpa bantuan. Kendala yang terjadi jika bantuan diberikan secara sukarela adalah jumlahnya yang seringkali tidak memadai. Padahal ancaman sakit seperti itu dapat menimpa siapa saja, tua maupun muda, kaya maupun miskin, karenanya diperlukan jaminan agar orang tidak tambah menderita akibat tidak memiliki dana yang memadai untuk mengatasi masalah kesehatannya. Bentuk jaminan itu adalah asuransi yang bersifat wajib bagi semua penduduk. Jika tidak diwajibkan, maka yang sakit-sakitan akan membeli asuransi sebagai alat gotong royong atau solidaritas sosial, sementara yang sehat dan muda tidak akan membeli asuransi karena tidak merasa memerlukannya, sehingga tidak mungkin tercapai kegotong-royongan antara kelompok kaya-miskin dan kelompok sehat dan sakit. Itulah yang mendasari diperlukannya asuransi sosial

Asuransi sosial bertujuan untuk menjamin akses semua orang yang memerlukan pelayanan kesehatan tanpa mempedulikan status ekonomi atau usianya. Prinsip itulah yang disebut sebagai keadilan sosial (*social equity/social justice*) yang menjadi falsafah hidup semua orang di dunia. Asuransi sosial memiliki fungsi redistribusi hak dan kewajiban antara berbagai kelompok masyarakat: kaya–miskin, sehat-sakit, muda-tua, risiko rendah-risiko tinggi, sebagai wujud hakikat peradaban manusia. Oleh karenanya, tidak ada satu negarapun di dunia-- baik negara liberal seperti Amerika Serikat, maupun negara yang lebih dekat ke sosialis, yang tidak memiliki sistem asuransi sosial atau jaminan langsung oleh negara. Di Amerika misalnya, semua orang—tanpa kecuali, yang mempunyai penghasilan harus membayar premi Medicare. Medicare adalah program **asuransi sosial kesehatan** untuk orang tua/pensiunan (usia 65 tahun keatas) dan orang-orang yang menderita penyakit terminal (penyakit yang tidak bisa sembuh). Setiap yang berpenghasilan otomatis dipotong sebesar 1,45% penghasilannya untuk premi Medicare. Pekerja yang membayar kontribusi/premi untuk Medicare tersebut baru akan mendapatkan manfaat setelah berusia 65 tahun. Kewajiban membayar kontribusi/premi

Medicare tidak hanya untuk pekerja, melainkan juga untuk majikannya (pemberi kerja), yang juga wajib membayar kontribusi/premi sebesar 1,45% dari gaji/penghasilan karyawannya, sehingga total premi Medicare adalah 2,9% dari gaji/upah/bulan.

Negara-negara Eropa yang lebih kuat ikatan sosialnya atau negara-negara Asia seperti Jepang, Korea, Taiwan, Filipina, dan Muangtai; juga menyelenggarakan sistem asuransi sosial. Ada yang digabungkan dengan sistem jaminan sosial (*social security*), namun ada pula negara yang membuat undang-undang asuransi sosial khusus untuk kesehatan seperti Taiwan, Filipina, Kanada, dan Jerman. Tanpa diwajibkan, maka tidak semua orang akan ikut serta. Cina yang komunis juga menyelenggarakan sistem asuransi sosial untuk rakyatnya.

Jika dilihat dari latar belakang mewajibkan penduduk ikut serta dalam asuransi sosial, maka kewajiban itu bukan pemerkosaan hak seseorang, melainkan upaya memenuhi hak asasi manusia melalui pembiayaan secara kolektif. Kondisi tersebut sama dengan kewajiban membayar pajak yang dilakukan diseluruh negara di dunia. Kewajiban tersebut jelas bukan pelanggaran hak asasi manusia (HAM), karena kalau hal itu dikatakan pelanggaran, maka seluruh negara di dunia adalah pelanggar HAM. Begitu pula dengan kewajiban memiliki kartu penduduk atau paspor yang berlaku diseluruh negara di dunia, tidak dapat dikatakan sebagai pelanggaran HAM. Jadi penyelenggaraan asuransi yang bersifat wajib tidaklah bertentangan dengan fitrah manusia madani (*civilized society*). Justru masyarakat madani memiliki banyak sekali kewajiban individu terhadap masyarakat secara kolektif sebagai perwujudan kehidupan berbudaya.

Sesuatu yang sifatnya wajib harus diatur oleh yang paling kuasa. Dalam kehidupan bernegara, yang paling kuasa adalah undang-undang yang dibuat oleh wakil rakyat. Itulah sebabnya, sebuah asuransi sosial yang memenuhi syarat haruslah diatur berdasarkan undang-undang. Di Indonesia, salah satu contoh asuransi sosial yang diatur UU adalah jaminan pemeliharaan kesehatan dalam Undang-undang No. 3/1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek).

Mekanisme adverse selection.

Dalam asuransi sosial, manfaat/paket jaminan yang ditetapkan oleh UU adalah sama atau relatif sama bagi seluruh peserta karena tujuannya untuk memenuhi kebutuhan para anggotanya. Manfaat tersebut seringkali disebut paket dasar. Dalam asuransi putus kerja atau pensiun, manfaatnya relatif kecil/rendah karena tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan minimum hidup yaitu cukup untuk makan, transportasi, perumahan, dan pendidikan. Manfaat pasti tidak diberikan agar pesertanya dapat hidup mewah. Di Indonesia, umumnya pemahaman tentang asuransi kesehatan adalah menjamin pelayanan kesehatan berbiaya murah. Sehingga yang dijamin hanya kasus ringan dan sederhana, sedangkan kasus berat dan mahal justru tidak dijamin. Pemahaman itu tentu tidak sesuai dengan prinsip asuransi yaitu berat sama dipikul. Definisi kebutuhan dasar hakekatnya adalah mempertahankan hidup seseorang, sehingga orang tersebut mampu memproduksi. Upaya yang diperlukan seringkali justru pelayanan operasi atau perawatan intensif di rumah sakit yang memerlukan biaya besar. Karena itu di negara-negara lain yang memiliki keterbatasan, maka umumnya asuransi sosial dimulai dengan menjamin pelayanan rawat inap saja, bukan rawat jalan yang murah. Hal itu sejalan dengan tujuan penyelenggaraan asuransi sosial yaitu terpenuhinya kebutuhan penduduk, atau populasi tertentu, yang tanpa asuransi sosial kemungkinan besar mereka tidak mampu memenuhinya sendiri. Bila pemenuhan kebutuhan itu diharapkan secara sukarela (komersial) dengan cara membeli asuransi, maka ada kemungkinan mereka tidak mampu atau tidak disiplin untuk membeli asuransi tersebut.

Dalam asuransi sosial, premi umumnya proporsional terhadap pendapatan/upah dan besarnya ditetapkan oleh peraturan. Karakteristik asuransi sosial yang mengatur paket jaminan/manfaat asuransi yang sama dan premi yang proporsional terhadap upah memfasilitasi terjadinya *equity egaliter* (keadilan yang merata). Secara singkat *equity egaliter* berarti *you get what you need* yang lebih pas untuk kesehatan. Prinsip *equity egaliter* menjamin seseorang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya dan membayar kontribusi sesuai kemampuan ekonominya. Itulah sebabnya peserta diharuskan membayar berdasarkan persentase tertentu dari upahnya. Hal tersebut memungkinkan pemerintah memenuhi hak asasi penduduk terhadap

pelayanan kesehatan seperti yang termaktub dalam UUD RI pasal 28H dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari sila keadilan sosial dalam Pancasila. Seluruh negara maju dan sedang berkembang di kelompok menengah menggunakan prinsip asuransi sosial ini, baik yang terintegrasi dengan jaminan sosial (*social security*) lainnya maupun yang dikelola tersendiri.

Jenis equity lain adalah equity liberter yang menggambarkan pelayanan kesehatan sebagaimana yang umum berlaku di Indonesia saat ini. Seorang manajer yang sakit tifus masuk rumah sakit dan memilih perawatan di kelas VIP dengan membayar biaya perawatan per hari Rp 250.000,- plus jasa dokter, obat, pemeriksaan penunjang medis, dst. Ia mendapat perawatan dari suster yang cantik, dokternya berkunjung paling sedikit sekali dalam sehari (argo dokter jalan terus), dan mendapat pilihan makanan yang enak. Ketika pulang, total biaya perawatan yang harus dibayar adalah Rp 5 juta. Adilkah (equity kah)? Tentu adil, sebab dia membayar mahal sehingga ia mendapatkan pelayanan baik sesuai dengan yang ia bayar.

Di tempat lain, seorang pedagang sayur gendongan yang juga menderita sakit tifus, tidak dapat dirawat di RS Swasta karena tidak mampu membayar uang muka yang diminta, lalu dengan menahan rasa sakit dan panas, ia harus pergi ke RS pemerintah yang mau menerimanya tanpa uang muka. Selanjutnya si tukang sayur tersebut di rawat di kelas IIIB dengan bangsal yang berisi banyak tempat tidur, kamar mandi bersama, kebersihan ruangan yang tidak terjaga dan aroma bau yang membuat suasana terasa kurang nyaman, ditambah dengan makanan yang tidak menerbitkan selera. Dokter memeriksanya tiga hari sekali dan perawatnya kurang ramah, karena perawat yang ditugaskan di bangsal adalah perawat baru yang mendapat gaji sesuai Upah Minimum Regional (UMR). Setelah dirawat 10 hari, biaya yang harus dibayar oleh si tukang sayur adalah Rp 500.000,-. Adilkah? Cukup adil. Sebab kemampuannya hanya untuk pelayanan yang seperti itu.

Seorang tukang ojek yang menderita tifus tetapi takut ke rumah sakit karena informasi yang dia peroleh dari tetangga dan kenalannya bahwa biaya perawatan di rumah sakit dapat menghabiskan ratusan ribu sampai jutaan rupiah. Setelah berusaha mengobati sendiri dengan berbagai obat penurun panas, penyakit tak kunjung sembuh bahkan akhirnya tukang ojek tersebut pingsan akibat komplikasi perforasi (kebocoran)

usus. Akhirnya oleh tetangganya ia di bawa ke rumah sakit dan terpaksa menjalani pembedahan dan dirawat intensif di Intensive Care Unit (ICU). Ia beruntung karena diberikan dispensasi untuk membayar uang muka seadanya. Setelah perawatan selesai, ia harus membayar Rp 5 juta, karena biaya perawatan di ICU selama dua hari menghabiskan Rp 3,5 juta. Biaya tersebut ia peroleh dari pinjaman para tetangga yang bersimpati padanya. Karena berhutang, ia harus menjual motornya dan masih meminjam uang dari sanak keluarga untuk melunasi tagihan rumah sakit tersebut. Dia tidak lagi memikirkan sumber nafkah setelah sembuh dari sakit tersebut, karena motor yang menjadi satu-satunya modal telah dilego untuk membayar hutang. Kelangsungan kehidupan keluarganya menjadi tidak pasti. Adilkah? Menurut pandangan liberter, adil. Sebab ia memang bernasib buruk dan berperilaku buruk dengan takut berobat sejak dini, sehingga penyakitnya jadi sangat parah.

Seorang tukang ojek lainnya yang juga menderita tifus dengan perforasi dan harus masuk ICU tetapi bernasib kurang baik, karena rumah sakit yang didatanginya meminta uang muka Rp 3 juta dan ia tidak memilikinya. Akhirnya ia terpaksa pulang dengan menanda-tangani surat “pulang paksa” yang berarti risiko setelah pulang menjadi tanggung jawabnya sendiri. Dua hari kemudian ia meninggal dunia. Adilkah? Menurut pandangan liberter murni, adil! Sebab memang ia tidak mampu membayar.

Pandangan egaliter menilai bahwa equity liberter baik untuk hal-hal di luar kesehatan. Untuk kesehatan sangat tidak adil dan tidak manusiawi jika seorang yang hanya karena tidak mempunyai uang, harus kehilangan mata pencaharian dan menyengsarakan hidup keluarganya atau meninggal dunia akibat sakit yang dideritanya, seperti dua kasus terakhir. Pandangan equity egaliter dalam pelayanan kesehatan menilai bahwa kedua orang pada contoh terakhir seharusnya mendapat pengobatan paling tidak seperti tukang sayur gendong. Pasien harus mendapatkan pengobatan sesuai dengan kondisi medisnya dan tidak tergantung pada kemampuannya membayar, apalagi sampai meninggal dunia.

Untuk menghindarkan kondisi sebagaimana digambarkan diatas, harus diselenggarakan asuransi sosial yang membuat baik si manajer maupun si tukang sayur atau tukang ojek membayar premi dimuka sebesar, misalnya 5% dari penghasilannya. Mungkin sang manajer membayar premi Rp 250.000 per bulan sedangkan si tukang sayur membayar Rp 10.000 sebulan dan tukang ojek membayar Rp 20.000 sebulan untuk seluruh keluarganya. Pada waktu mereka sakit, rumah sakit tidak perlu meminta uang muka. Pasien tidak harus takut berobat ke rumah sakit karena ia telah memiliki jaminan dan mengetahui bahwa ia tidak perlu membayar rumah sakit, kecuali sejumlah iur biaya yang besarnya terjangkau, termasuk obat-obatan dan biaya ICU jika diperlukan. Hak perawatannya mungkin di kelas II atau kelas III sesuai ketentuan program. Inilah yang disebut equity egaliter. Sang manajer yang ingin dirawat di ruang VIP harus membayar selisih biaya antara kamar perawatan yang menjadi haknya dan biaya di VIP. Tambahan biaya yang ahrus dikeluarkan si manajer mungkin hanya Rp 1-2 juta saja, jauh lebih kecil dibandingkan dia harus membayar keseluruhannya.

Pada prinsipnya premi asuransi sosial mirip pajak, bedanya pajak umumnya progresif, sedangkan premi asuransi tidak, bahkan cenderung regresif. Dalam peraturan pajak, mereka yang berpenghasilan tinggi dikenakan pajak dengan prosentase yang tinggi pula. Ini berlaku di seluruh dunia. Di Indonesia kalau kita berpenghasilan Rp 1 juta sebulan, maka pajak penghasilan yang harus dibayar adalah 5% dari penghasilan kena pajak. Tetapi jika penghasilan kita mencapai Rp 100 juta sebulan, maka pajak penghasilan yang harus kita bayar mencapai 35% dari penghasilan diatas Rp 200 juta setahun. Dalam asuransi sosial, justeru seringkali diberlakukan batas maksimum. Misalnya premi asuransi sosial adalah 5% dari penghasilan sampai batas Rp 5 juta. Artinya, jika penghasilan kita Rp 1 juta sebulan, maka kita membayar premi sebesar Rp 50.000 sebulan untuk sekeluarga. Sedangkan jika penghasilan kita sebesar Rp 10 juta sebulan, premi yang harus kita bayar adalah 5% x Rp 5 juta (batas maksimal) atau hanya sebesar Rp 250.000. Jika penghasilan kita Rp 100 juta sebulan, maka premi yang kita bayar juga hanya Rp 250.000. Perbedaan lain dengan pajak adalah penggunaannya. Pada asuransi sosial, penggunaan dana hanya terbatas untuk kegiatan atau benefit yang telah ditetapkan. Tidak bisa lain. Sementara penerimaan pajak dapat digunakan untuk berbagai program yang tidak ditentukan dimuka. Itulah sebabnya, premi asuransi sosial atau

jaminan sosial sering disebut sebagai *social security tax*, jadi sangat mirip dengan *ear-marked tax*.

Karena sifatnya yang wajib dan mirip dengan pengenaan pajak, maka pengelolaan asuransi sosial haruslah secara *not for profit* (nirlaba). Jadi tidak tepat kalau Jamsostek dan Askes pegawai negeri dikelola oleh PT Persero yang berorientasi laba (*for profit*). Kondisi tersebut merupakan keunikan yang patut dicemati. Pengertian nirlaba harus dipahami yang tidak mencari laba adalah badan atau lembaganya pengelolanya. Hal itu tidak juga mengharamkan lembaga mempunyai sisa dana. Dulu istilah nirlaba dalam bahasa Inggris disebut *non profit* (tidak ada laba atau sisa hasil usaha). Belakangan istilah itu telah diluruskan menjadi *not for profit* artinya usaha yang dilakukan sama sekali bukan untuk mencari untung seperti layaknya perusahaan. Tetapi usaha atau upaya yang dilakukan bertujuan memberikan kesejahteraan sebesar-besarnya bagi anggota. Jadi mirip dengan pengelolaan negara yang tidak menari laba, akan tetapi jika ada kelebihan anggaran, maka anggaran itu dapat digunakan untuk tahun fiskal berikutnya atau untuk cadangan, maka jika lembaga pengelola asuransi sosial memiliki Sisa Hasil Usaha (SHU), pemerintah tidak menarik PPh (pajak penghasilan) badan. Sisa hasil usaha tersebut harus digunakan untuk kepentingan peserta, seperti halnya negara yang menggunakan kelebihan untuk kepentingan rakyat. Penggunaan SHU jika ada, dapat digunakan untuk perbaikan pelayanan, perluasan paket jaminan, atau dikembalikan dalam bentuk potongan iuran pada periode berikutnya. Harus diingat bahwa meskipun lembaga atau organisasi penyelenggara jaminan atau asuransi sosial bersifat nirlaba, pegawai badan tersebut bersifat *for profit*. Setiap pegawai tetap wajib membayar PPh 21, karena pegawai bersifat *for profit*. Jadi tidak ada alasan pegawai penyelenggara asuransi sosial digaji rendah.

Atas dasar peran dan sifat pengelolaan itu, maka di banyak negara penyelenggara asuransi sosial adalah badan pemerintah atau quasi pemerintah yang disebut *Trust Fund* atau dalam bahasa Indonesia dapat diterjemahkan sebagai Dana Amanat. Dana Amanat ini dimiliki oleh seluruh peserta, mirip dengan model Usaha Bersama (mutual) pada Asuransi Jiwa Bersama (AJB) Bumiputera yang pemegang sahamnya adalah seluruh peserta/pemegang polis. Tetapi produk asuransi yang dijual Bumiputera bersifat komersial, bukan asuransi sosial. Asuransi sosial sering disebut sebagai asuransi publik

(*public insurance*), untuk membedakannya dengan asuransi swasta (*private insurance*) yang umumnya bersifat komersial dan *for profit*. Ada banyak bentuk asuransi swasta yang komersial dan nirlaba. Di Indonesia terdapat kekeliruan yang sangat mendasar, yaitu pegawai publik adalah pegawai dengan gaji sangat rendah, sangat berbeda dengan swasta. Hal itu membentuk suatu situasi yang sangat tidak menguntungkan yaitu pelayanan yang buruk dan tidak memuaskan, serta seringkali meminta uang bawah meja. Tak ada insentif bagi mereka untuk bekerja baik. Akibatnya, pandangan masyarakat tentang pengelolaan lembaga publik atau pemerintahan pada umumnya buruk. Karena mereka 'pura-pura'nya digaji, maka mereka juga 'pura-pura' bekerja.

Keunggulan

Penyelenggaraan asuransi sosial mempunyai banyak keunggulan mikro dan makro yang antara lain dapat dijelaskan di bawah ini.

1. Tidak terjadi seleksi bias. Seleksi bias, khususnya *adverse selection* atau anti seleksi, merupakan keadaan yang paling merugikan pihak asuradur. Pada anti seleksi terjadi keadaan dimana orang-orang yang risiko tinggi atau di bawah standar saja yang menjadi atau terus melanjutkan kepesertaan. Hal ini terjadi pada asuransi yang sifatnya sukarela/komersial. Dalam asuransi sosial yang mewajibkan semua orang, paling tidak dalam suatu kelompok tertentu seperti pegawai negeri atau pegawai swasta untuk ikut, tidak akan terjadi anti seleksi. Semua orang harus ikut, sehingga orang yang memiliki risiko standar, sub standar, maupun diatas standar ikut serta pada program tersebut, dengan demikian memungkinkan sebaran risiko yang merata sehingga perkiraan klaim/biaya dapat dihitung lebih akurat.
2. Redistribusi/subsidi silang luas (*equity egaliter*). Karena semua orang dalam suatu kelompok wajib ikut; baik yang kaya maupun yang miskin, yang sehat maupun yang sakit, dan yang muda maupun yang tua; maka pada asuransi sosial memungkinkan terjadinya subsidi silang yang luas. Yang kaya memberi subsidi kepada yang miskin, yang sehat memberi subsidi kepada yang sakit, dan yang muda memberi subsidi kepada yang tua. Dalam asuransi komersial hanya terjadi subsidi antara yang sehat dengan yang sakit.

3. Pool besar. Suatu mekanisme asuransi pada prinsipnya merupakan suatu *risk pool*, suatu upaya menggabungkan risiko perorangan atau kumpulan kecil menjadi risiko bersama dalam sebuah kumpulan yang jauh lebih besar. Semua anggota kelompok tanpa kecuali harus ikut dalam asuransi sosial. Akibatnya pool atau kumpulan anggota menjadi besar atau sangat besar. Sesuai dengan hukum angka besar, semakin besar anggota semakin akurat prediksi berbagai kejadian. Ini hukum alam. Asuransi sosial memungkinkan terjadinya pool yang sangat besar, sehingga prediksi biaya misalnya dapat lebih akurat. Oleh karenanya, kemungkinan lembaga asuransi sosial bangkrut adalah jauh lebih kecil dibandingkan dengan lembaga asuransi komersial.
4. Menyumbang pertumbuhan ekonomi dengan penempatan dana premi/iuran dan dana cadangan pada portofolio investasi seperti obligasi, deposito, maupun saham. Pada umumnya portofolio investasi dana jaminan sosial/asuransi sosial dibatasi agar tidak mengganggu likuiditas dan solvabilitas program.
5. Administrasi sederhana. Asuransi sosial biasanya mempunyai produk tunggal yaitu sama untuk semua peserta, tidak seperti asuransi komersial yang produknya sangat beragam. Akibatnya administrasi asuransi sosial jauh lebih sederhana dan tidak membutuhkan kemampuan sekompleks yang dibutuhkan asuransi komersial. Oleh karenanya pada umumnya negara yang kurang memiliki sumber daya manusia yang faham berbagai seluk-beluk asuransi sekalipun mudah menerapkan asuransi sosial.
6. Biaya administrasi murah. Selain produk dan administrasi sederhana, asuransi sosial tidak membutuhkan rancangan paket terus-menerus, biaya pengumpulan, analisis data yang mahal, dan biaya pemasaran yang bisa menyerap 50% premi di tahun pertama. Oleh karenanya biaya administrasi asuransi sosial di negara-negara maju pada umumnya kurang dari 5% dari total premi yang diterima. Bandingkan dengan asuransi komersial yang paling sedikit menghabiskan sekitar 12%, bahkan ada yang menghabiskan sampai 50% dari premi yang diterima.
7. Pengaturan tarif fasilitas kesehatan lebih seragam. Karena pool yang besar, asuransi sosial besar kemungkinan dapat melakukan pengaturan tarif fasilitas kesehatan secara seragam sehingga semakin memudahkan administrasi dan

- menciptakan keseimbangan antara dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Tarif yang seragam ini memungkinkan juga penerapan standar mutu tertentu yang menguntungkan peserta.
8. Memungkinkan pengendalian biaya dengan *buying power*. Berbeda dengan mitos model organisasi *managed care* (seperti HMO di Amerika dan bapel JPKM di Indonesia) yang membayar kapitasi dan pelayanan terstruktur yang konon dapat mengendalikan biaya, asuransi sosial dapat mengendalikan biaya lebih baik tanpa harus membayar dokter atau fasilitas kesehatan dengan sistem risiko, seperti kapitasi. Meskipun lembaga asuransi sosial membayar fasilitas kesehatan per pelayanan (*fee for services*) yang disenangi dokter, asuransi sosial masih mampu mengendalikan biaya lebih baik dari model organisasi *managed care*. Ini dapat dilakukan melalui pendekatan negosiasi, karena asuransi sosial mempunyai kekuatan membeli (*buying power*) yang kuat, sehingga berbagai tarif dan harga dapat dinegosiasikan dengan pemberi pelayanan.
 9. Memungkinkan peningkatan dan pemerataan pendapatan dokter/fasilitas kesehatan. Asuransi sosial mempunyai pool yang besar dan menjamin lebih banyak orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Akibatnya lebih banyak orang yang dapat berobat. Dengan kemampuan menerapkan tarif standar kepada fasilitas kesehatan, asuransi sosial akan mampu pemeratakan pendapatan para fasilitas kesehatan yang bersedia memenuhi standar pelayanan dan tarif yang ditetapkan. Apabila asuransi sosial telah mencakup lebih dari 60% penduduk, maka sebaran fasilitas kesehatanpun dapat lebih merata tanpa perlu peraturan yang mewajibkan dokter bekerja di daerah.
 10. Memungkinkan semua penduduk tercakup. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah memasukan faktor cakupan asuransi kesehatan sebagai salah satu indikator kinerja sistem kesehatan negara-negara di dunia.⁵ Organisasi ini juga menganjurkan perluasan cakupan hingga tercapai cakupan universal, semua penduduk terjamin. Hal ini hanya mungkin jika asuransi yang diselenggarakan adalah asuransi sosial yang mewajibkan semua penduduk menjadi peserta, tentunya secara bertahap. Asuransi sosial memungkinkan terselenggaranya solidaritas sosial maksimum atau memungkinkan terselenggaranya keadilan sosial

(*social justice*). Pendekatan asuransi komersial tidak mungkin mencakup seluruh penduduk dan memaksimalkan solidaritas sosial.

Kelemahan

Selain berbagai keuntungan yang dapat dinikmati masyarakat baik secara mikro maupun secara makro, asuransi sosial tidak lepas dari berbagai kelemahan. Kelemahan-kelemahan tersebut antara lain:

1. Pilihan terbatas. Karena asuransi sosial mewajibkan penduduk dan pengelolanya yang merupakan suatu badan pemerintah atau kuasi pemerintah, maka masyarakat tidak memiliki pilihan asuradur. Para ahli umumnya berpendapat bahwa hal ini tidak begitu penting, karena pilihan yang lebih penting adalah pilihan fasilitas kesehatannya. Asuransi sosial memungkinkan peserta bebas memilih fasilitas kesehatan yang diinginkan. Itu dimungkinkan karena fasilitas kesehatan dapat dibayar secara FFS atau cara lain yang tidak mengikat. Berbeda dengan konsep HMO/JPKM kini, yang memberikan pilihan asuradur tetapi setelah itu pilihan fasilitas kesehatan terbatas pada yang telah mengikat kontrak. Bagi peserta tentu akan lebih menguntungkan adanya kebebasannya memilih fasilitas kesehatan dengan biaya murah dibandingkan memilih asuradur tetapi pilihan fasilitas kesehatan terbatas.
2. Manajemen kurang keratif/responsif. Karena asuransi sosial mempunyai produk yang seragam dan biasanya tidak banyak berubah, maka tidak ada motivasi pengelolaan untuk berusaha merespons keinginan (*demand*) peserta. Apabila askes sosial dikelola oleh pegawai yang kurang selektif dan tidak memberikan insentif pada yang berprestasi, maka manajemen cenderung kurang memuaskan peserta. Hal lain adalah karena penyelenggaranya tunggal, tidak ada tantangan untuk bersaing, sehingga respons terhadap tuntutan peserta kurang cepat.
3. Pelayanan seragam. Pelayanan yang seragam bagi semua peserta menyebabkan penduduk kelas menengah atas kurang memiliki kebanggaan khusus. Kelompok ini pada umumnya ingin berbeda dari kebanyakan penduduk, sehingga kelompok ini biasanya kurang suka dengan sistem asuransi sosial. Pelayanan yang seragam

juga sering menyebabkan waktu tunggu yang lama sehingga kurang menarik bagi penduduk kelas atas. Namun demikian, lamanya waktu tunggu yang tidak bisa diterima oleh kelas atas tertentu tidak bisa dijadikan alasan untuk membubarkan sistem asuransi sosial yang dinikmati lebih dari 90% penduduk. Untuk mengatasi masalah ini, pemerintah biasanya memberikan kesempatan kepada mereka untuk membeli asuransi suplemen/tambahan seperti yang dikenal dengan Medisup/Medigap di Amerika. Atau penduduk kelas atas dibiarkan tidak menggunakan haknya dalam asuransi sosial atau jaminan pemerintah dan menggantinya dengan membeli asuransi komersial seperti yang terjadi di Inggris dan Australia

4. Penolakan fasilitas kesehatan. Profesional dokter seringkali merasa kurang bebas dengan sistem asuransi sosial yang membayar mereka dengan tarif seragam atau model pembayaran lain yang kurang memaksimalkan keuntungan dirinya. Pada umumnya fasilitas kesehatan lebih senang melayani orang yang membayar langsung dengan tarif yang ditentukannya sendiri. Tetapi perlu dipahami bahwa semua negara maju, kecuali Amerika, menerapkan sistem asuransi sosial sebagai satu-satunya sistem atau sebagai sistem yang dominan di negaranya

Asuransi Komersial

Seperti telah dijelaskan dimuka, asuransi komersial berbasis pada kepesertaan sukarela. Kata komersial berasal dari bahasa Inggris *commerce* yang berarti berdagang. Dalam berdagang tentu tidak boleh ada paksaan. Dasarnya adalah pedagang menawarkan barang atau jasanya dan sebagian masyarakat yang merasa memerlukan barang atau jasa tersebut akan membelinya. Tidak ada paksaan bahwa seseorang harus membeli barang/jasa tersebut. Agar seorang pedagang atau suatu perusahaan dapat menjual barang atau jasanya, maka ia harus bekerja keras memperoleh informasi tentang barang/jasa apa yang diminati (ada demand) masyarakat. Kalau seorang pedagang menjual barang yang tidak diminati masyarakat, maka barang atau jasa yang dijualnya tidak akan laku dan pedagang tersebut akan merugi. Sebaliknya jika pedagang tersebut sangat jeli melihat

minat masyarakat calon konsumennya, maka ia dapat menjual barang/jasanya dalam jumlah besar dan memperoleh laba yang besar pula. Oleh karena itu model pedagang perorangan atau perusahaan *for profit* sangat cocok terjun di dunia komersial tersebut. Dasar inilah yang membedakan sistem asuransi komersial yang berbasis pasar dengan asuransi sosial yang berbasis regulasi, bukan pasar. Asuransi komersial merespons *demand* (permintaan) masyarakat sedangkan asuransi sosial merespons terhadap *needs* (kebutuhan) masyarakat.

Tujuan utama penyelenggaraan asuransi kesehatan komersial ini adalah pemenuhan keinginan (*demand*) perorangan yang beragam. Dengan demikian, perusahaan akan merancang berbagai produk, bahkan dapat mencapai ribuan jenis produk, yang sesuai dengan permintaan masyarakat. Secara teoritis bahkan dapat dibuat lebih dari satu juta produk, apabila variasi *demand* masyarakat memang sebanyak itu. Hal itu akan menimbulkan pemborosan, tidak efisien karena untuk dapat menjual produk yang sangat bervariasi tersebut dibutuhkan biaya besar. Biaya besar tersebut dibutuhkan untuk riset pasar, perancangan produk, pengembangan sistem informasi, penjualan, komisi agen atau broker, dan keuntungan perusahaan. Jangan heran jika ada perusahaan asuransi yang mematok biaya pelayanan sebesar 50% dari premi yang dijual. Artinya, setiap 100 rupiah premi yang diterima, hanya Rp 50 saja yang akan dibayarkan sebagai manfaat/benefit peserta/pemegang polis.

Motif utama pengelola atau asuradur adalah mencari laba. Itulah sebabnya asuransi model ini dikenal sebagai asuransi komersial karena biasanya memang bertujuan dagang atau mencari untung. Namun ada pula lembaga swasta yang nirlaba, seperti yayasan atau perhimpunan masyarakat seperti Nahdatul Ulama, Muhammadiyah, perhimpunan katolik dll., menyelenggarakan model asuransi komersial. Namun organisasi itu tidak mencari laba yang akan dibagi dalam bentuk deviden kepada pemegang sahamnya, melainkan untuk disumbangkan kepada yang tidak mampu dalam berbagai bentuk seperti rabat harga premi atau bahkan pengobatan gratis.

Premi untuk asuransi ini disesuaikan dengan paket jaminan atau manfaat asuransi yang ditanggung. Jadi asuransi komersial dimulai dari penyusunan paket yang diperkirakan diminati pembeli, lalu dilakukan perhitungan premi untuk dijual. Di Indonesia paket-paket yang dijual sangat bervariasi dari yang hanya menjamin penyakit

tertentu seperti penyakit kanker atau gagal ginjal ingá paket komprehensif dengan paket platinum, emas, perak, perunggu, plastik, dan mungkin kertas atau daun. Semakin tinggi atau luas jaminan dan semakin luks jaminan paket yang dijual semakin mahal harga preminya. Asuransi ini memfasilitasi equity liberter (*You get what you pay for*). Mereka yang miskin sudah pasti tidak bisa membeli paket yang luas—misalnya menanggung pengobatan kanker, jantung, atau hemodialisa –karena harga preminya tidak terjangkau, namun jika mereka sakit kanker, terpaksa asuransi tidak menjaminnya.

Sifat kontrak adhesi, dimana asuradur tahu jauh lebih banyak dari pemegang polis atau peserta, khususnya perorangan, sangat kuat. Peserta dapat saja membeli paket yang jauh lebih mahal dari yang seharusnya. Agen asuransi dengan mudah dapat mengarahkan atau bahkan menggiring orang membeli produk tertentu yang kurang sesuai dengan kondisinya. Perusahaan yang kurang bertanggung jawab dapat saja lalai atau menghilang setelah menerima premi yang cukup besar. Begitu pula dengan perusahaan yang hanya memikirkan keuntungan, dapat saja menghentikan atau tidak memperpanjang asuransi orang-orang yang ternyata memiliki penyakit kronik setelah beberapa tahun menjadi peserta. Itulah sebabnya, jika system komersial tersebut yang dipilih sebagai program yang dominan seperti di Amerika, maka akan banyak sekali peraturan yang mengikat perusahaan dan praktisi asuransi guna melindungi peserta yang berada pada posisi lemah. Tahun 1997 misalnya, di Amerika terdapat lebih dari 1,000 usulan peraturan di bidang asuransi kesehatan.⁶ Peraturan yang dikeluarkan pemerintah federal dan negara bagian Amerika, bukan hanya mengatur solvensi perusahaan, akan tetapi juga mencakup pengaturan kontrak. Di Indonesia pengaturan kontrak asuransi kesehatan sama sekali belum ada. Tahun 1997 pemerintah federal Amerika mengeluarkan peraturan yang menyangkut portabilitas asuransi dan batasan pemberlakuan *pre-existing conditions*. Pada polis asuransi perorangan ada peraturan tentang polis *non cancellable*, yaitu perusahaan asuransi tidak boleh menghentikan/membatalkan polis bahkan menaikkan premi jika seorang peserta menderita suatu penyakit kronis.⁷

Kegagalan pasar asuransi komersial/Swasta

Karena sifat *uncertainty* yang membuka peluang usaha asuransi, maka kini banyak pemain baru yang muncul meramaikan pasar asuransi kesehatan. Kolusi antara

dokter-rumah sakit dan perusahaan farmasi menyebabkan harga pelayanan kesehatan semakin mahal. Risiko sakit semakin mahal, maka demand baru terbentuk yaitu membeli asuransi kesehatan. Bagaimana dengan tarif asuransi? Tarif atau premi asuransi tidak bisa dilepaskan dari tarif dokter, rumah sakit, harga obat, harga laboratorium, dan alat-alat medis lainnya. Dapatkah asuransi mendapatkan harga yang pantas (*fair*)? Pengalaman dari praktisi asuransi, harga yang pantas itu sulit diperoleh. Meskipun perusahaan asuransi/bapel JPKM/HMO dapat memperoleh harga yang lebih murah berkat kemampuan mereka bernegosiasi dengan rumah sakit, namun karena mereka juga punya interes untuk mendapatkan untung, maka harga yang akhirnya menjadi beban konsumen tetap tinggi. Sementara itu provider masih tetap memiliki *market power* yang kuat sehingga lebih mempunyai peluang menetapkan margin keuntungan yang besar pula. Kedua mekanisme pasar asuransi kesehatan dan provider (penyelenggara pelayanan kesehatan), maka harga akhir yang dibebankan kepada konsumen akan tetap tinggi. Hal ini dibuktikan dengan tingginya biaya kesehatan dan premi asuransi kesehatan di Amerika Serikat, yang menganut paham mekanisme pasar, jika dibandingkan dengan biaya kesehatan di negara maju lainnya, seperti terlihat pada tabel 1.

Akankah konsumen mampu untuk memilih produk asuransi dengan harga yang sesuai kebutuhannya? Sulit! Karena adanya informasi asimetri antara asuradur dan konsumen (pembeli asuransi). Konsumen tidak mengetahui dengan tepat tingkat risiko yang dihadapinya, sehingga sulit mengetahui apakah harga premi yang dibelinya pantas, terlalu murah, atau terlalu mahal. Sementara penjual (perusahaan asuransi/bapel JPKM/HMO) dapat menciptakan produk dan cara pemasaran yang sedemikian rupa sehingga konsumen yang memiliki kemampuan keuangan akan memilih untuk membeli produk tersebut. Bagi konsumen yang tidak mampu, hampir tidak ada produk yang ditawarkan pasar, karena sejauh pasar belum jenuh, asuradur akan memusatkan perhatian pada pasar yang mampu membeli dan *profitable*. Penetapan premi oleh asuradur (swasta/sukarela) didasarkan atas risiko yang akan ditanggung (paket jaminan), , maka besarnya premi tidak dapat disesuaikan dengan kemampuan membeli seseorang. Penetapan premi dengan pendekatan diatas, disebut *risk based premium*. Hampir dapat dipastikan penduduk yang miskin tidak akan mampu membeli premi. Karenanya, asuransi kesehatan swasta/sukarela/komersial tidak akan mampu mencakup seluruh

penduduk. Keinginan mencakup seluruh penduduk dengan mekanisme asuransi kesehatan swasta hanyalah sebuah impian belaka. Hal ini dapat dibuktikan di Amerika, yang menghabiskan lebih dari US\$ 4.000 per kapita per tahun (tahun 2005 diperkirakan Amerika menghabiskan lebih dari US\$ 2 triliun), akan tetapi lebih dari 40 juta penduduknya (16%) tidak memiliki asuransi.⁸

Dengan terbatasnya pasar dan persaingan yang tinggi, volume penjualan tidak bisa besar. Persaingan antara asuradur akan memaksa asuradur membuat produk spesifik yang mengakibatkan *pool* tidak optimal untuk mencakup berbagai pelayanan. Persaingan menjual produk spesifik dan volume penjualan untuk masing-masing produk yang relatif kecil menyebabkan *contingency* dan *profit margin* yang relatif besar. Perusahaan asuransi Amerika menghabiskan rata-rata 12% faktor *loading* (biaya operasional, laba, dan berbagai biaya non medis lainnya) (Shalala dan Reinhart, 1999). Departemen Kesehatan RI membolehkan bapel menarik biaya *loading* sampai 30%.⁹ Asuradur swasta di Indonesia memiliki rasio klaim yang bervariasi antara 40-70%, tergantung jenis produknya, sehingga biaya tambahan diluar pelayanan kesehatan yang harus ditanggung konsumen adalah sebesar 30-60%. Gambaran diatas memperlihatkan asuransi swasta tidak akan mampu menurunkan biaya kesehatan dan premi, sehingga mampu terjangkau oleh semua penduduk. Sehingga asuransi swasta tidak akan mampu mencakup seluruh penduduk.

Jelaslah ketergantungan pada sistem asuransi kesehatan swasta/komersial (termasuk disini sistem JPKM yang sekarang berlaku) gagal menciptakan cakupan universal dan mencapai efisiensi makro. *Trade off* antara *risk pooling* dan biaya yang ditanggung konsumen tidak seimbang. Sementara itu, hampir semua negara menginginkan tercapainya cakupan universal. Untuk mencapai cakupan universal dan efisiensi makro, tidak akan mungkin diperoleh melalui asuransi swasta/komersial.

Semua negara maju telah meratifikasi konvensi PBB tentang hak asasi manusia dan menempatkan pelayanan kesehatan sebagai salah satu hak dasar penduduk (*fundamental human right*). Sebagai konsekuensi peletakkan hak dasar ini pemerintah mengusahakan suatu sistem kesehatan yang mampu mencakup seluruh penduduk (universal) secara adil dan merata (*equity*). Negara-negara maju pada umumnya mewujudkan peran serta masyarakat dalam pembiayaan dan penyediaan fasilitas

elayanan kesehatan publik yang diatur oleh suatu undang-undang. Pembiayaan publik dimaksudkan adalah pembiayaan oleh negara atau oleh sistem asuransi kesehatan sosial yang didasarkan oleh undang-undang. Penyelenggara pembiayaan publik adalah badan pemerintah atau badan swasta yang nirlaba. Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan publik adalah penyediaan rumah sakit, klinik, pusat kesehatan, dan sebagainya yang disediakan oleh negara dan dapat diselenggarakan secara otonom (terlepas dari birokrasi pemerintahan) ataupun tidak otonom.

Dengan menempatkan salah satu atau kedua faktor pembiayaan dan atau penyediaan oleh publik (*public not for profit enterprise*) memungkinkan terselenggaranya cakupan universal dan pemerataan yang adil. Penempatan kesehatan sebagai hak asasi tidak selalu berarti bahwa pemerintah harus menyediakan seluruh pelayanan dengan cuma-cuma. Yang dimaksud pendanaan oleh publik adalah pendanaan oleh pemerintah dalam bentuk anggaran belanja negara atau oleh penyelenggara asuransi sosial atau jaminan sosial. Asuransi/jaminan sosial dapat dikelola langsung oleh organisasi birokrasi pemerintah atau oleh badan/*agency* yang dibentuk pemerintah yang otonom, tidak dipengaruhi birokrasi pemerintah. Di Indonesia, banyak orang mengkhawatirkan penempatan kesehatan sebagai hak asasi akan menyebabkan beban pemerintah menjadi sangat berat. Pada hakikatnya, pembiayaan maupun penyediaan pelayanan dapat dilakukan oleh pemerintah bersama swasta yang secara umum dapat dilihat dari gambar 1

Gambar-1.

Matriks Pembiayaan dan Penyediaan (*delivery*) pelayanan kesehatan

Penyediaan pelayanan kesehatan	Pembiayaan	
	Publik	Swasta
Publik	Inggris	Indonesia dan Negara berkembang lainnya
Swasta	Kanada, Jerman, Jepang, Korea, Taiwan, dan negara-negara maju lainnya	Amerika

* Jepang dan Jerman menyerahkan sebagian besar pembiayaan dan penyediaan kepada sektor swasta, akan tetapi bersifat sosial (nirlaba) yang diatur oleh pemerintah, sementara Amerika menyerahkan kepada mekanisme pasar (for profit dan not for profit).

Apabila pembiayaan diserahkan kepada sektor publik, yang bersifat sosial atau nirlaba, maka terdapat dua pilihan utama yaitu pembiayaan dari penerimaan pajak (*general tax revenue*) seperti yang dilakukan Inggris dan pembiayaan melalui asuransi sosial seperti yang dilakukan Kanada, Taiwan, Jepang dan Jerman. Kanada dan Taiwan memberlakukan sistem monopoli Propinsi dan Negara dengan hanya menggunakan satu badan penyelenggara, yang sering dikenal Asuransi Kesehatan Nasional. Sementara Jerman dan Jepang menggunakan undang-undang wajib asuransi sosial kesehatan dengan banyak penyelenggara dari pihak swasta yang nirlaba.

Di Indonesia, pengertian *asuransi sosial* sangat sering disalah artikan dengan pengertian *derma* atau pelayanan *cuma-cuma*. Sementara penyelenggaraan asuransi sosial kesehatan yang sudah ada seperti program JPK PNS/Askes dan program JPK Jamsostek, diselenggarakan oleh perusahaan publik yang berbentuk badan hukum persero berorientasi laba. Hal ini menyebabkan semakin kacaunya pemahaman asuransi sosial. Distorsi pemahaman ini menyebabkan sulitnya upaya menuju suatu sistem asuransi sosial yang konsisten.

Asuransi sosial adalah asuransi yang diselenggarakan atau diatur oleh pemerintah yang melindungi golongan ekonomi lemah dan menjamin keadilan yang merata (*equity*). Untuk mencapai tujuan tersebut, maka suatu asuransi sosial haruslah didasarkan pada suatu undang-undang dengan pembayaran premi dan paket jaminan yang memungkinkan terjadinya pemerataan. Dalam penyelenggaraanya, pada asuransi sosial mempunyai ciri (a) kepesertaan wajib bagi sekelompok atau seluruh penduduk, (b) besaran premi ditetapkan oleh undang-undang, umumnya proporsional terhadap pendapatan/gaji, dan (c) pakatnya ditetapkan sama untuk semua golongan pendapatan, yang biasanya sesuai dengan kebutuhan medis.¹⁰ Dengan mekanisme ini, maka dimungkinkan tercapainya keadilan sosial yang egaliter.

Dari segi pembiayaan, asuransi sosial mempunyai keunggulan dalam mencapai efisiensi makro karena tidak memerlukan biaya perancangan produk, pemasaran, dan pencapaian skala ekonomi yang optimal. Taiwan misalnya hanya menghabiskan kurang

dari 3% premi untuk biaya administrasi.¹¹ Program Medicare di Amerika hanya menghabiskan biaya administrasi sebesar 3-4% sementara asuransi komersial swasta di Amerika menghabiskan rata-rata 12%.¹²

Asuransi Sosial Kesehatan di Berbagai Negara dan Indikator Makro Kesehatan

Seperti telah disampaikan diatas, negara-negara yang lebih konsisten mengupayakan cakupan universal dan efisiensi makro (biaya kesehatan nasional yang rendah) tidak menggantungkan sistemnya pada asuransi kesehatan swasta, baik dalam bentuk tradisional-indemnitas maupun dalam bentuk *managed care* (HMO, PPO, maupun POS). Tentu saja argumen teoritis yang dikemukakan diatas tidak cukup meyakinkan tanpa adanya data empirik. Data empirik yang menyajikan cakupan universal dan efisiensi makro saja, juga tidak cukup meyakinkan manfaat asuransi sosial kesehatan (ASK). Oleh karena itu kita juga harus melihat indikator *outcome* (keluaran) secara makro. Tujuan cakupan universal dan efisiensi saja tidak memadai jika pelayanan yang diberikan tidak cukup berkualitas. Untuk menentukan pelayanan yang berkualitas, antara lain, kita bisa melihatnya dari keluaran yaitu status kesehatan. Pengukuran status kesehatan yang lazim digunakan adalah angka kematian bayi (AKB) dan umur harapan hidup. Memang kedua indikator tersebut tidak hanya dipengaruhi oleh sistem kesehatan, akan tetapi berbagai analisis menunjukkan bahwa sistem tersebut mempunyai korelasi yang kuat terhadap keluaran status kesehatan. Dalam Tabel-1 disajikan perbandingan data empirik yang di olah dari karya Anderson dan Paullier.¹³

Tabel 1

Perbandingan model asuransi, cakupan, biaya dan status kesehatan di berbagai negara maju.

Negara	Askes domi- nan	% penddk dijamin	Biaya RI per hari (US\$),	Biaya Kes per kapita (US\$),	IMR, 1996	LE, wnt/pria,

		ASK	1996	1997		1996
Amerika	Komers	33,3	1.128	3.925	7,8	79,4/72,7
Australia	Sosial	100	242	1.805	5,8	81,1/75,2
Austria	Sosial	99	109	1.793	5,1	80,2/73,9
Belanda	Sosial	72	225	1.838	5,2	80,4/74,7
Belgia	Sosial	99	263	1.747	6,0	81,0/74,3
Ceko	Sosial	100	75	904	6,0	77,2/70,5
Denmark	Sosial	100	632	1.848	5,2	78,0/72,8
Finlandia	Sosial	100	168	1.447	4,0	80,5/73,0
Inggris	Negara, NHS	100	320	1.347	6,1	79,3/74,4
Islandia	Sosial	100	192	2.005	5,5	80,6/76,2
Itali	Sosial	100	339	1.589	5,8	81,3/74,9
Jepang	Sosial	100	83	1.741	3,8	83,6/77,0
Jerman	Sosial	92,2	228	2.339	5,0	79,9/73,6
Kanada	Nasio- nal	100	489	2.095	6,0	81,5/75,4
Korea	Sosial	100	110	587	9,0	77,4/69,5
Luksemburg	Sosial	100	180	2.340	4,9	80,0/73,0
Norwegia	Sosial	100	123	1.814	4,0	81,1/75,4
Perancis	Sosial	99,5	284	2.051	4,9	82,0/74,1
Portugal	Sosial	100	249	1.125	6,9	78,5/71,2
Selandia Baru	Nasio- nal	100	254	1.352	7,4	79,8/74,3
Spanyol	Sosial	99,8	343	1.168	5,0	81,6/74,4
Turki	Sosial	66	73	260	42,2	70,5/65,9
Yunani	Sosial	100	144	974	7,3	80,4/75,1

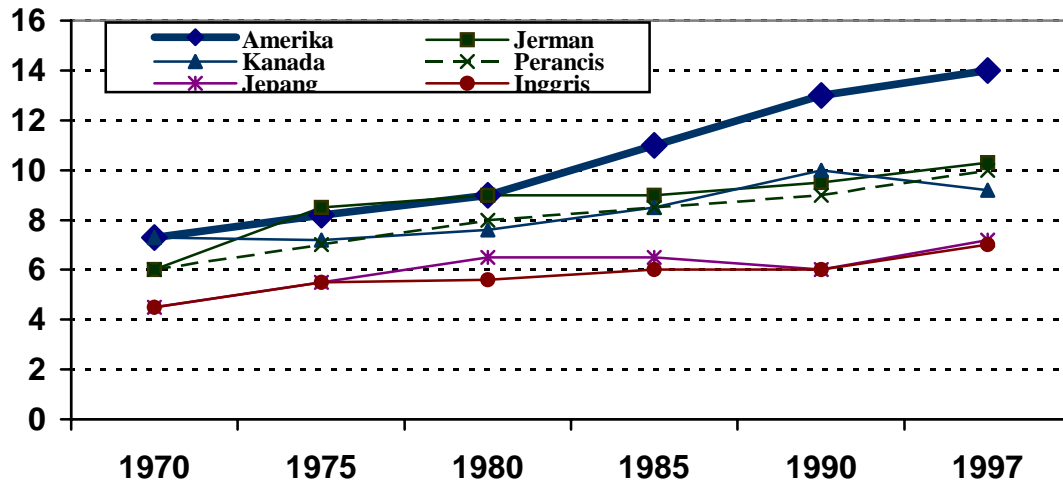
Catatan: RI= rawat inap, IMR=infant mortality rate, LE=life expectancy.

Dari tabel tersebut dapat kita lihat bahwa Amerika yang merupakan satu-satunya negara maju yang menggantungkan sistem asuransinya pada asuransi komersial menunjukkan biaya kesehatan yang harus ditanggung asuransi, hampir dua kali biaya termahal di negara lain, dan lebih dari dua kali dari biaya kesehatan di Jepang dan Jerman yang sama-sama memiliki banyak badan penyelenggara asuransi kesehatan. Bahkan biaya rawat inap perhari di Amerika mencapai 5-10 kali lebih mahal dibandingkan negara maju lain yang memiliki pendapatan per kapita tidak jauh berbeda. Jika dilihat cakupan asuransinya, Amerika masih memiliki 17% penduduk (43 juta jiwa) yang tidak mempunyai jaminan (*uninsured*). Sementara indikator makro kesehatan, IMR dan LE, tidak menunjukkan status yang lebih baik dari banyak negara atau dari tetangganya Kanada.

Data diatas menunjukkan angka *cross sectional* yang dapat menunjukkan bias waktu. Apakah tingginya biaya kesehatan di Amerika konsisten dari waktu ke waktu? Berbagai literatur ekonomi kesehatan menunjukkan konsistensi tersebut. Tentu saja, kita tidak bisa membandingkan nilai nominal dolar tersebut dengan keadaan di Indonesia. Negara yang kaya memang akan mengeluarkan biaya besar karena biaya hidupnya tinggi. Suatu ukuran yang dapat memantau beban finansial adalah besarnya biaya kesehatan dibandingkan dengan produk domestik bruto (PDB). Perkembangan persentase biaya kesehatan terhadap PDB di enam negara OECD, 1970-1997 telah dilakukan oleh Ikegami dan Campbell.¹⁴ Hasil penelitian tersebut disajikan pada Gambar-2.

Penelitian kedua orang tersebut mendapatkan data bahwa prosentasi biaya kesehatan terhadap PDB Amerika secara konsisten terus meningkat tak terkendali. Dibandingkan dengan Jepang dan Inggris yang memiliki sistem pembiayaan dan penyediaan kesehatan yang terkendali (bukan *managed care*), Amerika menghabiskan biaya jauh lebih besar, baik dalam nilai nominal dolar maupun dalam prosentase terhadap PDB. Dari enam negara yang dibandingkan, hanya Amerikalah yang menggantungkan pembiayaan kesehatan dominan kepada mekanisme pasar asuransi kesehatan komersial/swasta, termasuk berbagai bentuk *managed care* seperti HMO, PPO, dan POS.

Gambar-2
Perkembangan Biaya Kesehatan (% PDB) di Enam Negara Maju, 1970-1997



Disusun dari data Health Affairs

Suatu mekanisme pasar dapat dikatakan alamiah bila pelaku ekonomi, pembeli dan penjual, dapat bebas bergerak sesuai dengan kapasitasnya masing-masing. Peningkatan kapasitas pembeli (*demand*) tanpa adanya peningkatan kapasitas penjual (*supply*) menyebabkan harga naik. Sebaliknya peningkatan suplai barang/jasa tanpa adanya peningkatan demand akan menyebabkan harga barang turun. Mekanisme tersebut adalah mekanisme yang sangat lazim terjadi pada pasar. Hasil (*outcome*) dari mekanisme ini adalah tercapainya efisiensi. Semakin tinggi tingkat persaingan, peningkatan suplai, semakin rendah harga suatu barang/jasa, dan sebaliknya. Jadi konsumen akan diuntungkan. Akan tetapi di dalam asuransi kesehatan dan pelayanan kesehatan¹⁵, dampak persaingan yang menghasilkan efisiensi tinggi ini selalu dipertanyakan. Apakah benar dengan mekanisme pasar, pelayanan kesehatan akan lebih murah dan lebih berkualitas? Suatu barang atau jasa pelayanan kesehatan dapat saja tidak lebih murah akan tetapi kualitasnya lebih baik. Jadi terjadi efisiensi juga. Selain efisiensi yang merupakan keluaran umum yang diharapkan dari suatu mekanisme pasar, di dalam pelayanan kesehatan seringkali dipertanyakan aspek *equity* (pemerataan).

Aspek *equity* sangat terkait dengan golongan ekonomi lemah atau distribusi pendapatan. Dalam sektor jasa, salon kecantikan misalnya, para ahli ekonomi dan kebijakan publik tidak perlu mengkhawatirkan aspek pemerataan. Orang miskin yang tidak sanggup ke salon, tidak menjadi soal terlepas dari apakah pasar jasa salon kecantikan itu efisien atau tidak. Pemerintah manapun tidak pernah ikut campur untuk menurunkan atau mengatur tarif salon kecantikan. Biarlah mekanisme pasar yang bekerja. Akan tetapi dalam pasar bahan makanan pokok, misalnya beras, para ahli tentu sangat peduli jika harga beras terlalu tinggi sehingga golongan tidak mampu mungkin dapat menjadi kelaparan. Harga beras terlalu rendah dapat menyebabkan petani beralih menanam tanaman lain yang lebih menguntungkan. Oleh karenanya seringkali pemerintah melakukan intervensi dengan menjual barang di bawah harga pasar atau memberikan subsidi khusus kepada orang miskin atau petani.

Karena sifat *uncertainty* yang mengundang usaha asuransi, maka kini banyak pemain baru dalam dunia asuransi kesehatan. Kolusi antara dokter-rumah sakit dan perusahaan farmasi menyebabkan harga pelayanan kesehatan terus semakin mahal. Perubahan rumah sakit menjadi perusahaan jawatan dan badan usaha milik daerah yang dimungkinkan dengan keluarnya berbagai peraturan pemerintah dan Kepres, akan meningkatkan biaya pelayanan rumah sakit. Puskesmas yang diswadanakan, khususnya di DKI, juga menyebabkan biaya berobat di puskesmas semakin mahal. Resiko sakit perorangan semakin mahal, maka demand baru terbentuk; membeli asuransi kesehatan. Bagaimana pentaripan asuransi? Tidak bisa dilepaskan dari tarif jasa dokter, rumah sakit, obat, laboratorium, dan alat-alat medis lainnya. Bisakah asuransi mendapatkan harga yang pantas (*fair*) dari rumah sakit? Sulit! Meskipun perusahaan asuransi/bapel JPKM dapat memperoleh harga yang lebih murah, mereka juga punya interes untuk mendapatkan untung. Sementara *provider* masih tetap memiliki *market power* yang kuat. Pasar pelayanan kesehatan di Indonesia masih merupakan *seller market*. Tidak banyak pilihan bagi perusahaan asuransi, kecuali mengeruk keuntungannya (dalam jangka panjang) dari pihak pasien/konsumen. Dalam jangka pendek bisa saja perusahaan masih beroperasi dengan merugi, tetapi tidak mungkin untuk jangka panjang. Tentu saja sebagai “perantara”, perusahaan asuransi/bapel JPKM akan mencari untung dari kedua pihak, pihak peserta/pemegang polis dan pihak *provider*. Maka kini, seorang

pasien/konsumen/peserta mendapatkan dua pelaku yang sama-sama melirik kantong mereka.

Akankah konsumen mampu untuk memilih produk asuransi dan harga yang sesuai kebutuhannya dan kemampuannya? Hampir tidak mungkin!, khususnya dalam asuransi kesehatan perorangan atau kumpulan kecil. Karena disini juga terjadi informasi asimetri. Konsumen tidak mengetahui tingkat risiko dirinya dan hampir tidak mungkin mengetahui apakah harga premi yang dibelinya pantas, terlalu murah, atau terlalu mahal. Sementara penjual (perusahaan asuransi/bapel JPKM) dapat menciptakan produk dan cara pemasaran yang menakutkan sehingga konsumen, jika ia mempunyai kemampuan keuangan, memilih untuk membeli. Bagaimana dengan konsumen yang tidak mampu? Sejauh pasar belum jenuh, asuradur akan memusatkan pada perhatian kepada pasar yang mampu membeli dan *profitable*. Karena dalam pasar asuransi (swasta/sukarela) asuradur akan menetapkan premi atas dasar risiko yang akan ditanggung (paket jaminan), *risk based premium*, maka besarnya premi tidak dapat disesuaikan dengan kemampuan membeli seseorang. Maka sudah dapat dipastikan bahwa penduduk yang miskin atau perusahaan kecil tidak akan mampu membeli premi asuransi kesehatan. Oleh karenanya, asuransi kesehatan swasta/sukarela/komersial tidak akan mampu mencakup seluruh penduduk. Keinginan mencakup seluruh penduduk dengan mekanisme asuransi kesehatan komersial hanyalah sebuah impian belaka. Hal ini dapat dibuktikan di Amerika, yang menghabiskan lebih dari US\$ 4.000 per kapita per tahun (tahun 2001 ini diperkirakan Amerika menghabiskan US\$ 1,8 triliun), akan tetapi sekitar 45 juta penduduknya (16%) tidak memiliki asuransi (HIAA, 1999)^{16,17}. Oleh karenanya tidak ada suatu negarapun di dunia yang mengandalkan asuransi kesehatan komersial untuk menjamin bahwa seluruh penduduknya memiliki asuransi kesehatan.

Dengan terbatasnya pasar dan persaingan yang tinggi, volume penjualan suatu produk atau suatu perusahaan asuransi tidak bisa mencapai jumlah yang besar. Persaingan antara asuradur akan memaksa asuradur membuat produk spesifik yang juga menyebabkan *pool* tidak optimal untuk mencakup berbagai pelayanan. Persaingan menjual produk spesifik dan volume penjualan untuk masing-masing produk yang relatif kecil menyebabkan *contingency* dan *profit margin* harus ditargetkan relatif besar terhadap premi jual. Perusahaan asuransi Amerika menghabiskan rata-rata 12% faktor *loading*

(biaya operasional, laba, dan berbagai biaya non medis lainnya)¹⁸. Di Indonesia Departemen Kesehatan membolehkan bapel menarik biaya *loading* sampai 30%.¹⁹ Asuradur swasta di Indonesia memiliki rasio klaim yang bervariasi antara 40-70%, tergantung jenis produknya, sehingga menyebabkan biaya tambahan bagi konsumen sebesar 30-60% jika mereka harus membayar langsung kepada *provider*/fasilitas kesehatan. Dari berbagai skenario dan fakta yang dikemukakan diatas, sudah dapat dipastikan bahwa asuransi kesehatan komersial tidak bisa menurunkan biaya pelayanan kesehatan dan tidak mampu mencakup seluruh penduduk.

Jelaslah ketergantungan pada sistem asuransi kesehatan swasta/komersial (termasuk disini sistem JPKM yang sekarang berlaku) akan gagal menciptakan cakupan universal, mengendalikan biaya kesehatan, dan mencapai efisiensi makro. *Trade off* antara *risk pooling* dan harga premi yang ditanggung konsumen semakin tidak seimbang karena peraturan polis/kontrak asuransi kesehatan boleh dikatakan belum ada. Oleh karenanya, jika kita memiliki tujuan cakupan universal dan efisiensi makro (biaya kesehatan per kapita yang lebih efisien), ingin dicapai; maka membuat asuransi kesehatan swasta/komersial akan gagal mencapai tujuan tersebut. Padahal saat ini semua negara menginginkan cakupan universal. Apalagi setelah WHO tahun lalu memasukkan komponen *fairness in health care financing* sebagai salah satu indikator dalam mengukur kinerja sistem kesehatan negara-negara anggotanya di seluruh dunia.²⁰

Semua negara-negara maju telah meratifikasi konvensi PBB tentang hak asasi manusia dan menempatkan pelayanan kesehatan sebagai salah satu hak dasar penduduk (*fundamental human rights*). Sebagai konsekuensi peletakkan hak dasar ini pemerintah negara-negara maju mengusahakan suatu sistem kesehatan yang mampu mencakup seluruh penduduk (universal) secara adil dan merata (*equity egaliter*). Negara-negara maju pada umumnya mewujudkan peran serta masyarakat dalam pembiayaan dan penyediaan kesehatan publik yang diatur oleh suatu undang-undang. Pembiayaan publik dimaksudkan adalah pembiayaan oleh negara atau oleh sistem asuransi kesehatan sosial atau jaminan sosial (*social security*) yang didasarkan oleh suatu undang-undang. Tidak ada satu negarapun yang menggantungkan pada sistem asuransi kesehatan komersial dalam rangka pemenuhan hak asasi tersebut. Hal ini disebabkan karena kegagalan pasar asuransi kesehatan komersial dalam mencapai tujuan tersebut.

Kekuatan

1. Pemenuhan kebutuhan unik seseorang atau sekelompok orang. Karena sifat asuransi komersial yang memenuhi demand, maka perusahaan asuransi akan bereaksi cepat terhadap perubahan demand atau terhadap demand dari sekelompok orang. Oleh karenanya asuransi kesehatan komersial akan lebih sesuai dengan permintaan kelompok tertentu yang khususnya ingin mendapatkan pelayanan yang nyaman dan bergengsi. Asuransi kesehatan komersial juga dapat memberikan pelayanan khusus kepada suatu kelompok, misalnya perusahaan besar, dengan membuat paket khusus (*tailor made*) yang sesuai dengan permintaan pembeli.
2. Merangsang pertumbuhan perdagangan/ekonomi. Besarnya keuntungan yang dapat dijanjikan oleh asuransi kesehatan dapat merangsang investor terjun menanam modalnya di sektor ini. Meskipun jika dibandingkan dengan asuransi jiwa mungkin asuransi kesehatan relatif kurang menguntungkan, tetapi penjualan asuransi kesehatan oleh perusahaan asuransi jiwa akan menambah efisiensi perusahaan. Dana yang terkumpul dari premi asuransi kesehatan juga dapat ditanam dalam berbagai portofolio investasi sehingga dapat juga menyumbang pada pertumbuhan ekonomi.
3. Kepuasan peserta relatif lebih tinggi. Karena asuransi komersial sangat fleksibel dalam menyusun paket jaminan dan banyaknya pelaku menimbulkan persaingan, maka asuransi komersial dapat memenuhi selera pesertanya/pemegang polisnya dengan cepat. Karenanya, dibandingkan dengan asuransi sosial, kepuasan peserta pada umumnya lebih tinggi pada asuransi komersial. Namun demikian harus disadari bahwa kepuasan yang lebih tinggi tersebut harus dibayar dengan premi yang lebih mahal.
4. Produk akan sangat beragam sehingga memberikan pilihan bagi konsumen. Dalam asuransi kesehatan komersial, setiap perusahaan atau bapel akan merancang produk yang diharapkan dapat memenuhi permintaan calon konsumennya (prospeknya). Bahkan setiap perusahaan dapat menawarkan banyak produk. Akibatnya akan banyak sekali tersedia produk yang dapat dipilih oleh

prospek sesuai persepsi kebutuhannya dan sesuai juga dengan kemampuan keuangannya.

Kelemahan

1. Pool relatif kecil. Bagaimanapun hebatnya perusahaan asuransi komersial, *pool* jumlah peserta tidak akan mampu menyamai *pool* asuransi sosial. Bahkan karena sifatnya yang komersial atau usaha dagang maka usaha asuransi komersial terkena undang-undang antimonopoli sehingga pelakunya akan banyak. Dengan pelaku yang banyak, maka kepesertaan penduduk akan tersebar di berbagai perusahaan asuransi yang menyebabkan skala ekonomi bisa tidak tercapai.
2. Produk sangat beragam dan manajemen kompleks. Beragamnya produk asuransi kesehatan, yang secara teoritis dapat mencapai jutaan jenis, selain memberikan pilihan bagi konsumen juga menuntut manajemen yang kompleks. Administrasi kepesertaan harus dibuat berdasarkan basis data perorangan. Apalagi jika tiap tertanggung dikenakan biaya awal (*deductible*), *coinsurance*, dan batas maksimum yang berbeda-beda. Maka untuk mengelolanya diperlukan kecermatan tersendiri yang lebih kompleks dari manajemen nasabah bank.
3. Menyediakan *Equity liberter*. Bagi masyarakat yang tidak suka memberikan bantuan kepada pihak yang lebih lemah atau kepada pihak lain, maka asuransi komersial menyediakan fasilitas bagi mereka. Premi yang dibayar asuransi kesehatan komersial disesuaikan dengan risiko kelompok dimana seseorang berada (bukan risiko tiap orang). Disinilah terjadi *you get what you pay for*. Peserta yang membeli paket platinum dapat pelayanan yang spesial yang sesuai dengan paketnya. Sementara yang membeli paket standar harus puas dengan pelayanan yang sesuai dengan harga premi yang dibayarnya.
4. Biaya administrasi tinggi. Karena kompleksnya produk asuransi komersial, maka biaya administrasi (*loading*) menjadi relatif jauh lebih besar dibandingkan dengan sistem asuransi sosial. Perusahaan asuransi komersial harus menyewa aktuaris, melakukan riset pasar, melakukan berbagai upaya pemasaran dan penjualan, dan harus membayar dividen atas laba yang ditargetkan pemegang saham. Seluruh biaya-biaya tersebut pada akhirnya harus dibayar oleh pemegang polis/peserta.

5. Tidak mungkin mencapai cakupan universal. Seperti telah dijelaskan diatas, penduduk/kelompok kecil yang meskipun memilik demand akan tetapi tidak memiliki uang, tidak akan membeli asuransi. Akibatnya tidak mungkin seluruh penduduk tercakup asuransi kesehatan. Maka di banyak negara asuransi kesehatan komersial hanya bisa dijual sebagai produk suplemen atau asuransi tambahan terhadap asuransi sosial kepada mereka yang ingin mendapat pelayanan yang lebih memuaskan.
6. Secara makro tidak efisien. Dominasi asuransi kesehatan komersial, bukan sebagai produk suplemen, akan menyebabkan pada akhirnya biaya kesehatan tidak terkendali, meskipun mayoritas produk yang dijual dalam bentuk *managed care* (bentuk JPKM sekarang). Hal ini disebabkan oleh: pertama, tingginya biaya administrasi. Kedua, tidak mungkinnya penduduk miskin membeli asuransi kesehatan yang mengakibatkan pemerintah tetap harus mengeluarkan anggaran khusus untuk penduduk miskin. Ketiga, berbagai pelayanan yang secara medis tidak esensial tetapi penting untuk menarik konsumen untuk membeli dimasukan dalam paket.

Pemberian Benefit

Dari segi pemberian atau pembayaran manfaat kita dapat membagi jaminan asuransi menjadi dua bagian besar, yaitu pemberian manfaat dalam bentuk uang/ penggantian uang dan dalam pelayanan. Dalam asuransi kesehatan, pembayaran dalam bentuk uang dikenal dengan nama asuransi kesehatan tradisional yang dapat memberikan penggantian uang lumpsum, sejumlah tertentu (indemnitas) atau sesuai dengan tagihan (*reimbursement*). Sedangkan manfaat yang diberikan dalam bentuk pelayanan kini dikenal dengan istilah populer di Amerika sebagai *managed care* (pelayanan terkendali). Pemberian jaminan dalam bentuk uang ataupun pelayanan dapat diberikan baik oleh asuransi kesehatan sosial maupun asuransi kesehatan sosia.

Jaminan Uang

Tradisi asuransi, termasuk asuransi kesehatan, adalah memberikan penggantian uang. Undang-undang No.2/92 tentang Asuransi di Indonesia juga mempunyai definisi

yang sama. Dalam asuransi kesehatan di masa lalu, dimana *provider* belum cukup banyak dan *moral hazard* belum meluas, jaminan uang berjalan cukup baik. Dalam praktik, pemberian jaminan uang sering bermasalah karena mudahnya terjadi moral hazard dan kesulitan teknis menentukan kebutuhan yang sebenarnya. Asuransi mobil di Indonesia juga seringkali memberikan jaminan dalam bentuk pelayanan jika mobil yang diasuransikan rusak karena kecelakaan. Perusahaan asuransi biasanya mengirim mobil yang rusak ke bengkel tertentu. Prinsip yang sama digunakan dalam pelayanan kesehatan. Pasien harus mendapat pengobatan atau perawatan di *provider* tertentu di rumah sakit atau klinik. Bukan hanya bapel JPKM yang melakukan hal itu, perusahaan asuransi juga melakukan hal yang sama. Pengelolaan asuransi kesehatan yang memberikan manfaat dalam bentuk uang akan lebih rumit karena kebutuhan tidak selalu sesuai dengan uang jaminan, padahal kebutuhan pelayanan medis tidak dapat ditunda. Akibatnya permainan kuitansi atau pelayanan mudah “disesuaikan” yang mengakibatkan peningkatan premi. Penggantian dengan kwitansi membuka peluang lebih besar *moral hazard*.

Ilustrasi asuransi kesehatan komersial dan sosial

Contoh asuransi kesehatan sosial.

Pegawai negeri golongan IA bergaji Rp 500.000 per bulan dan membayar premi sebesar 2% dari gajinya atau $Rp (2/100) \times Rp 500.000 = Rp 5.000,-$ sebulan untuk satu keluarganya, satu istri dan dua anak. Jadi premi perbulan per orang menjadi hanya sebesar Rp 1.250. Jika salah seorang anggota keluarganya harus dirawat inap atau harus menjalani cuci darah, maka Askes menjaminnya (dengan tambahan iur biaya saat ini).

Pegawai negeri lain bergolongan IV C dengan gaji sebesar Rp 1.500.000 per bulan. Pegawai ini membayar premi 2% atau $(2/100) \times Rp 1.500.000,-$ atau = Rp 30.000 per keluarga per bulan. Karena anaknya sudah besar ia hanya menanggung istrinya. Jika salah seorang dari keduanya harus rawat inap atau harus hemodialisa, maka Akses menanggung pelayanan hemodialisa (saat ini dengan iur biaya) yang sama besarnya seperti pegawai golongan IA tadi.

Contoh diatas menunjukkan adanya subsidi silang antara yang lebih kaya kepada yang lebih miskin atau dari golongan IVC kepada golongan IA.

Contoh Asuransi Komersial (contoh ini adalah produk yang dijual di Jakarta dan Jawa Barat tanpa menyebutkan nama perusahaannya).

Sebuah perusahaan asuransi menjual paket standar perawatan kelas III dengan premi Rp 22.500 per orang per bulan dan TIDAK menanggung hemodialisa. Seorang pegawai atau pedagang bergaji Rp 700.000 dan memiliki dua anak tidak akan mampu membeli paket ini karena ia harus membayar $4 \times Rp 22.500 = Rp 90.000$ per bulan. Ini sama dengan 13% penghasilannya sebulan. Kalau anggota keluarga ini perlu rawat inap atau hemodialisa, maka ia harus bayar sendiri. Jika ia tidak memiliki uang, maka ia mungkin nyawa mengancam jiwanya karena tidak ada yang menanggung.

Seorang pengusaha kecil berpenghasilan Rp 5.000.000 sebulan merasa perlu memiliki asuransi dan membeli paket standar diatas. Dia memiliki dua anak dan satu istri juga, maka dia mampu membayar Rp 90.000 - yang merupakan 1,8% dari penghasilannya

Pemberian jaminan dalam bentuk uang dalam asuransi kesehatan mempunyai berbagai kelebihan dan kekurangan seperti:

Kelebihan

1. Tidak perlu ada kontrak atau kerja sama dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan (fasilitas kesehatan, *provider*). Pada asuransi indemnititas, peserta dapat mengajukan klaim berdasarkan kwitansi biaya berobat di rumah sakit dan tidak diperlukan kontrak khusus antara perusahaan asuransi dengan *provider*. Pada umumnya produk indemnititas di Indonesia hanya menanggung biaya rumah sakit.
2. Pilihan fasilitas kesehatan luas. Akibat tidak adanya kontrak dengan fasilitas kesehatan, maka peserta atau tertanggung mempunyai kebebasan memilih fasilitas kesehatan sebagai tempat mendapatkan pengobatan. Pilihan yang luas ini sangat disukai orang-orang yang menghendaki pelayanan yang sesuai dengan seleranya. Pada umumnya golongan ekonomi menengah atas, apalagi yang mobilitasnya tinggi, sangat menyukai asuransi model ini. Pilihan bebas ini dapat diberikan oleh usaha asuransi komersial maupun asuransi sosial pada asuransi kecelakaan kerja (*workers' compensation, occupational injury, dll*).
3. Pembayaran fasilitas kesehatan *Fee For Service (FFS)*. Karena manfaat diberikan dalam bentuk uang sejumlah tertentu atau *reimbursement* dan tanpa ada kontrak dengan provider, maka pembayaran fasilitas kesehatan dilakukan sesuai dengan jasa yang diberikan (*fee for service*). Cara pembayaran ini sangat disukai oleh fasilitas kesehatan karena mereka tidak perlu menanggung risiko finansial.
4. Kepuasan peserta lebih tinggi. Kepuasan peserta tinggi karena mereka tidak harus mendapatkan pelayanan dari fasilitas kesehatan yang belum mereka kenal. Apabila mereka mendapatkan fasilitas kesehatan yang kurang baik pelayanannya, peserta tidak bisa menyalahkan asuradur.
5. Kepuasan fasilitas kesehatan lebih tinggi. Pembayaran jasa per pelayanan dan pilihan bebas fasilitas kesehatan memberikan kepuasan tinggi kepada fasilitas kesehatan karena tidak ada risiko finansial. *Provider* yang mampu memberikan pelayanan baik dan memuaskan akan mendapat pasien lebih banyak.

Kekurangan

1. *Fraud* atau kecurangan dan abuse atau pemakaian berlebihan sangat tinggi. Baik peserta maupun fasilitas kesehatan tidak memiliki insentif untuk mengendalikan penggunaan pelayanan, sehingga terjadi over utilisasi. Peserta berpendapat semakin banyak pelayanan semakin baik, karena mereka tidak perlu membayar.
2. Pengendalian mutu dan utilisasi fasilitas kesehatan sulit dilakukan dan tidak relevan dengan hubungan tanpa kontrak

Di Indonesia asuransi yang memberikan jaminan dalam bentuk uang diberikan oleh perusahaan asuransi, baik yang langsung atau melalui kartu kredit. Mereka menawarkan asuransi biaya perawatan dan pembedahan kepada pemegang kartu kredit, selain kepada kumpulan seperti perusahaan. Asuransi kecelakaan Jasa Raharja dan Jaminan Kecelakaan Kerja Jamsostek juga memberikan jaminan dalam bentuk penggantian uang sejumlah uang tertentu. Sebagian program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek maupun JPK bagi pegawai negeri juga dapat memberikan penggantian uang, khususnya untuk pelayanan yang bersifat gawat darurat dan penggantian alat/bahan yang digunakan peserta seperti kacamata, plate and screw, dll.

Jaminan Pelayanan

1. Perlu kerja sama/kontrak dengan fasilitas kesehatan. Untuk bisa memberikan manfaat dalam bentuk pelayanan, maka diperlukan sebuah ikatan kerja sama atau kontrak dengan fasilitas kesehatan. Tentu saja tidak semua fasilitas kesehatan dapat dikontrak. Untuk itu ada proses *kredensialing*.
2. Mengurangi moral hazard dari sisi peserta/pemegang polis. Pemberian manfaat melalui fasilitas kesehatan yang dikontrak mempunyai dua keuntungan. Pertama, peserta digiring pada pelayanan yang biaya/tarifnya sudah disepakati atau diketahui sehingga lebih mudah memperkirakan biayanya. Kedua, dapat dilakukan pengendalian biaya dan *moral hazard*. Penggunaan formularium yang disepakati misalnya, akan dapat mengendalikan biaya obat-obatan. Kontrak

- dengan fasilitas kesehatan, harus disadari, tidak menjamin tidak terjadinya *moral hazard* oleh fasilitas kesehatan itu sendiri.
3. Pembayaran fasilitas kesehatan dapat bervariasi. Dengan melakukan kontrak dengan fasilitas kesehatan, maka terbuka kemungkinan berbagai cara pembayaran kepada fasilitas kesehatan. Cara pembayaran dapat dilakukan per jasa pelayanan yang disukai fasilitas kesehatan baik dengan rabat tertentu atau tanpa rabat. Cara pembayaran lain adalah dengan tarif paket tertentu baik itu per hari rawat, per tindakan, per diagnosis (di Indonesia belum berkembang), maupun dengan pembayaran tanggung risiko yang disebut kapitasi.
 4. Pilihan fasilitas kesehatan terbatas. Kontrak dengan fasilitas kesehatan tentu tidak bisa dilakukan terhadap semua fasilitas kesehatan yang ada di suatu kota. Akibatnya pilihan fasilitas kesehatan tidak seluas pemberian manfaat dalam bentuk uang atau penggantian biaya. Tertanggung harus memilih pelayanan pada jaringan fasilitas kesehatan tertentu, walaupun kadang-kadang fasilitas itu tidak dikenalnya dengan baik. Untuk itu diperlukan insentif agar tertanggung mau menggunakan jaringan fasilitas kesehatan yang dikontrak. Jika tidak ada insentif finansial, maka sistem kontrak pelayanan tidak akan berfungsi.
 5. Kepuasan peserta rendah. Kontrak fasilitas kesehatan yang mengakibatkan pilihan fasilitas kesehatan terbatas mempunyai potensi keluhan dan ketidakpuasan peserta. Apabila ada sedikit saja pelayanan yang kurang berkenan, maka peserta akan mengeluh atau bahkan mengadukan hal tersebut.
 6. Perlu kendali mutu. Karena kontrak fasilitas kesehatan memberikan pilihan fasilitas kesehatan terbatas, maka calon peserta harus diyakinkan bahwa fasilitas kesehatan yang dikontrak mempunyai standar mutu tertentu. Hal ini menimbulkan keharusan asuradur melakukan berbagai upaya kendali mutu. Kendali mutu melalui fasilitas kesehatan ini amat berguna untuk keperluan pemasaran, kepuasan peserta, dan kepatuhan fasilitas tersebut terhadap standar yang disepakati. Kendali mutu ini berlaku untuk semua asuradur yang melakukan kontrak pelayanan. Jadi kendali mutu bukanlah monopoli organisasi *managed care*/bentuk JPKM.
 7. Pada pembayaran tertentu, misalnya kapitasi, perlu ada telaah utilisasi (*utilization review*). Apabila pembayaran fasilitas kesehatan dilakukan dengan sistem yang

berdasarkan risiko seperti kapitasi, maka terdapat potensi fasilitas kesehatan mengorbankan mutu pelayanan atau mengurangi jumlah pelayanan yang seharusnya diterima oleh tertanggung. Oleh karenanya, cara pembayaran kapitasi secara intrinsik mengharuskan adanya telaah utilisasi.

Ringkasan

Setelah berbagai model asuransi kesehatan dibahas diatas, maka di bawah ini disajikan ringkasan berbagai aspek yang dapat dihasilkan dari jenis asuransi kesehatan tersebut dan contoh-contoh yang ada di Indonesia dan di dunia.

Berbagai aspek yang dapat dihasilkan atau difasilitasi oleh asuransi kesehatan sosial dan komersial

Aspek \ Asuransi	Sosial (Wajib)	Komersial (Sukarela)
Sifat gotong royong antar golongan	Tua-muda Kaya-miskin Sehat-sakit	Sehat-sakit
Seleksi bias	Tidak ada	<i>Adverse</i> atau <i>favorable</i> , tergantung keahlian bapel/asuradur
Premi	<i>Not risk-related</i> Biasanya proporsional (%) terhadap upah	<i>Risk-related</i> Biasanya dalam jumlah harga tertentu
Paket	Sama untuk seluruh peserta	Bervariasi sesuai pilihan peserta
Keadilan/ equity	Egaliter, sosial	Liberter, individual
Pilihan bapel/asuradur	Biasanya tidak ada atau terbatas	Banyak

Pilihan provider	Umumnya sangat luas. Pada penerapan teknik <i>managed care</i> , pilihan jadi terbatas	Pada model tradisional, umumnya sangat luas Pada model <i>managed care</i> , pilihan terbatas
Kemampuan pengendalian biaya	Sangat tinggi	Sangat rendah
Kompetisi bapel/asuradur	Umumnya kecil/rendah	Umumnya tinggi
Response pelayanan medis	Pemenuhan kebutuhan medis (<i>medical needs</i>)	Pemenuhan permintaan (<i>demand</i>)
Badan penyelenggara	Pemerintah atau quasi pemerintah Bersifat nirlaba	Bebas (pemerintah atau swasta) Bersifat pencari laba/nirlaba
Pembayaran fasilitas kesehatan	Bervariasi dari kapitasi sampai <i>fee for service</i>	Bervariasi dari kapitasi sampai <i>fee for service</i>

Contoh badan asuransi/asuradur dan pemberian manfaat asuransi

Asuransi	Asuransi Sosial (wajib)	Asuransi Komersial (sukarela)
Manfaat		
Uang (indemnitas/reimbursement)	Jasa Raharja, JKK Jamsostek, Medicare di AS	Produk Lippo, Metlife, ING, Aetna, Jiwasraya, Bringin, Kartu kredit, dll. Askes tradisional di AS
Pelayanan / <i>managed care</i>	Askes wajib, JPK Jamsostek, AKN Kanada, AKN Taiwan,	Produk Askes komersial PT.Askes, PT Allianz

	AKN Filipina, AKN Korea, AKN Muangtai, dan askes semua negara maju lainnya di dunia	<i>managed care</i> , dan bapel JPKM Di Amerika: Blue Cross/Blue Shield, HMO, PPO, POS (<i>managed care organizations</i>)
--	---	--

AKN= Asuransi Kesehatan Nasional

Matriks Pembiayaan dan Penyediaan (*delivery*) pelayanan kesehatan yang dilaksanakan berbagai negara di dunia

Penyediaan pelayanan	Pembiayaan	
	Publik	Swasta
Publik	Inggris	Indonesia dan negara berkembang lainnya
Swasta	Kanada, Jerman, Jepang dan Taiwan	Amerika

- *Jepang dan Jerman menyerahkan sebagian besar pembiayaan dan penyediaan kepada sektor swasta, akan tetapi bersifat sosial (nirlaba) yang diatur oleh pemerintah, sementara Amerika menyerahkan kepada mekanisme pasar (for profit dan not for profit).*
- *Yang dimaksud dengan pembiayaan publik adalah pembiayaan dari dana pemerintah atau asuransi sosial/jaminan sosial*

Istilah Penting

Negara Kesejahteraan

Jaminan sosial

Asuransi sosial

Public insurance
Bantuan sosial
Means test
Asuransi komersial
Private insurance
Asuradur
Risk based premium
Non-risk related premium
Income based premium
Kebutuhan dasar layak (decent basic needs)
Kebutuhan dasar kesehatan
Nirlaba/not for profit
Pencari laba/For profit
Dividen
Badan hukum
Dana Amanat/Trust Fund
Wali amanat
Board of Trustees/Majlis Wali Amanat
Pengelolaan profesional
Insurance/Asuransi
Risiko
Telaah utilisasi/utilization review
Uncertainty
Risk avoidance
Risk reduction
Risk transfer
Risk assumption
Risk taker
Risk averter
Measurable
Quantifiable

Populasi homogen
Accidental
Pure risk
Catastrophic
Risk sharing
Adverse selection/anti selection
Bias selection
Favorable selection
Insured/tertanggung
Benefit/manfaat
Premi/iuran/kontribusi
Sukarela/voluntary
Wajib/mandatory/compulsory
Policy holder/pemegang polis
Anggota/member
Managed care
Kondisional
Unilateral
Aleatory
Adhesi
JPKM
Gakin
JPSBK
Deklarasi PBB 1948
Eksternalitas
Social justice
Social equity
Medicare
Market failure
Equity egaliter
Equity liberter

Pasal 28H UUD 45 amendemen
Earmarked tax
PT Persero
SHU, sisa hasil usaha
PPh21
PPh badan
Usaha bersama/mutual
Risk pool
Portofolio
Biaya administrasi
fasilitas kesehatan/provider
Jasa per pelayanan/fee for services
Organisasi Kesehatan Dunia/WHO
Medisup/Medigap
Demand
Need
You get what you need
You get what you pay for
Pre existing conditions
Non cancellable
Profitable
Contingency
Profit margin
Loading
Fairness in health care financing
Fundamental human right
Tailor made
Antimonopoli
Deductible
Coinsurance
Reimbursement

Indemnitas

Moral hazard

Workers' compensation

Occupational injury

Fraud

Kredensialing

Rujukan

¹ Thabrany, Hasbullah. Asuransi Kesehatan di Indonesia. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI, Depok 2001.

² Vughan. Principle of ...

³ Rejda. Principle

⁴ WHO. World Health Report 2000. Geneva, 2001

⁵ Laporan WHO 2000.

⁶ HIAA. Managed Care part B. Washington, D.C., 1997

⁷ HIAA. Health Insurance Premier, Washington, D.C., 2000

⁸ Health Insurance Association of America (HIAA). Source Book of Health Insurance Data. HIAA, Wahington D.C., 1999.

⁹ Depkes RI. Pembinaan Bapel JPKM: Kumpulan Materi. Depkes RI, Jakarta, 1995.

¹⁰ Thabrany, H. Introduksi Asuransi Kesehatan. Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta, 1999.

¹¹ Depkes Taiwan. Public Health in Taiwan, ROC. Taipei, 1997

¹² Shalala, DE dan Reinhardt UE. *Interview: Viewing the US Health Care System from Within: Candid Talk from HHS*. Health Affairs 18(3): 47-55, 1999

¹³ Anderson, GF. And Paullier, JP. *Health Spending, Access, and Outcomes: Trends in Industrialized Countries*. Health Affairs, 18(3):178-192

¹⁴ Ikegami, N dan Campbell, JC. *Health Care Reform in Japan: The Virtue of Muddling Trthrough*. Health Affairs 18(3):56-75.

¹⁵ *Pelayanan kesehatan disini adalah berbagai lingkup pelayanan kesehatan mulai dari promotif sampai rehabilitatif, termasuk obat dan alat medis.*

¹⁶ Health Insurance Association of America (HIAA). Source Book of Health Insurance Data. HIAA, Wahington D.C., 1999.

¹⁷ Health Affairs.

-
- ¹⁸ Shalala dan Reinhart, Health Affair, 1999
- ¹⁹ Depkes RI. Pembinaan Bapel JPKM: Kumpulan Materi. Depkes RI, Jakarta, 1995.
- ²⁰ Laporan WHO 2000