

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 social. 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 social dapat membaca buku lain atau mengikuti ujian asuransi kesehatan yang diselenggarakan oleh PAMJAKI (Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia)

ASURANSI KESEHATAN

A. Asuransi dalam Undang-Undang No.2 Th 1992

Asuransi dalam Undang-Undang No.2 Th 1992 tentang usaha perasuransian adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum pihak ke tiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.

Badan yang menyalurkan risiko disebut "tertanggung", dan badan yang menerima risiko disebut "penanggung". Perjanjian antara kedua badan ini disebut kebijakan: ini adalah sebuah kontrak legal yang menjelaskan setiap istilah dan kondisi yang dilindungi. Biaya yang dibayar oleh "tetanggung" kepada "penanggung" untuk risiko yang ditanggung disebut "premi". Ini biasanya ditentukan oleh "penanggung" untuk dana yang bisa diklaim di masa depan, biaya administratif, dan keuntungan.

Contohnya, seorang pasangan membeli rumah seharga Rp. 100 juta. Mengetahui bahwa kehilangan rumah mereka akan membawa mereka kepada kehancuran finansial, mereka mengambil perlindungan asuransi dalam bentuk kebijakan kepemilikan rumah. Kebijakan tersebut akan membayar penggantian atau perbaikan rumah mereka bila terjadi bencana. Perusahaan asuransi mengenai mereka premi sebesar Rp1 juta per tahun. Risiko kehilangan rumah telah disalurkan dari pemilik rumah ke perusahaan asuransi.

Pengertian Asuransi

Asuransi kesehatan adalah sebuah jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggota asuransi tersebut jika mereka jatuh sakit atau mengalami kecelakaan. Secara garis besar ada dua jenis perawatan yang ditawarkan perusahaan-perusahaan asuransi, yaitu rawat inap (in-patient treatment) dan rawat jalan (out-patient treatment).

Produk asuransi kesehatan diselenggarakan baik oleh perusahaan asuransi sosial, perusahaan asuransi jiwa, maupun juga perusahaan asuransi umum.

Di Indonesia, PT Askes Indonesia merupakan salah satu perusahaan asuransi sosial yang menyelenggarakan asuransi kesehatan kepada para anggotanya yang utamanya merupakan para pegawai negeri baik sipil maupun non-sipil. Anak-anak mereka juga dijamin sampai dengan usia 21 tahun. Para pensiunan beserta istri ataupun suami juga dijamin seumur hidup. Beberapa perusahaan asuransi kerugian dan asuransi jiwa telah memasarkan pula program-program asuransi kesehatan dengan berbagai macam varian yang berbeda. Pada umumnya perusahaan asuransi yang menyelenggarakan program asuransi kesehatan bekerja sama

dengan provider rumah sakit baik secara langsung maupun melalui institusi perantara sebagai asisten manajemen jaringan rumah sakit.

Asuransi kesehatan adalah sebuah jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggota asuransi tersebut jika mereka jatuh sakit atau mengalami kecelakaan. Secara garis besar ada dua jenis perawatan yang ditawarkan perusahaan-perusahaan asuransi, yaitu rawat inap (in-patient treatment) dan rawat jalan (out-patient treatment).

Produk asuransi kesehatan diselenggarakan baik oleh perusahaan asuransi sosial, perusahaan asuransi jiwa, maupun juga perusahaan asuransi umum.

Di Indonesia, PT Askes Indonesia merupakan salah satu perusahaan asuransi sosial yang menyelenggarakan asuransi kesehatan kepada para anggotanya yang utamanya merupakan para pegawai negeri baik sipil maupun non-sipil. Anak-anak mereka juga dijamin sampai dengan usia 21 tahun. Para pensiunan beserta istri ataupun suami juga dijamin seumur hidup.

Di luar golongan tersebut pemerintah juga menyediakan program asuransi kesehatan kepada warga berpenghasilan rendah, kini disebut Jamkesmas[1], jaminan kesehatan masyarakat, di samping program itu yang dibiayai oleh APBN, sejumlah pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota juga punya program serupa yaitu Jamkesda[1] dan Jamkesos[2][3] seperti, antara lain, di kabupaten Musi Banyuasin pada 2002[4], Jembrana sejak 2003[5] di DIY sejak 2003[3] dan provinsi Sumatra Selatan, di sana disebut Jamsoskes, sejak awal Januari 2009[4] walaupun pada awal Maret 2010 pemerintah pusat mengkaji kemungkinan melarang pembiayaan asuransi kesehatan lewat APBD[6]

Pada tahun 2009, 116,8 juta dari sekitar 230 juta penduduk Indonesia memiliki asuransi kesehatan disediakan baik oleh PT Askes Indonesia, PT Jamsostek, PT Asabri maupun lewat program Jamkesmas atau asuransi lain[7].

Beberapa perusahaan asuransi kerugian dan asuransi jiwa telah memasarkan pula program-program asuransi kesehatan dengan berbagai macam varian yang berbeda. Pada umumnya perusahaan asuransi yang menyelenggarakan program asuransi kesehatan bekerja sama dengan provider rumah sakit baik secara langsung maupun melalui institusi perantara sebagai asisten manajemen jaringan rumah sakit.

Prinsip dasar asuransi

Dalam dunia asuransi ada 6 macam prinsip dasar yang harus dipenuhi, yaitu :

- **Insurable interest** Hak untuk mengasuransikan, yang timbul dari suatu hubungan keuangan, antara tertanggung dengan yang diasuransikan dan diakui secara hukum.
- **Utmost good faith** Suatu tindakan untuk mengungkapkan secara akurat dan lengkap, semua fakta yang material (material fact) mengenai sesuatu yang akan diasuransikan baik diminta maupun tidak. Artinya adalah : si penanggung harus dengan jujur menerangkan dengan jelas segala sesuatu tentang luasnya syarat/kondisi dari asuransi dan si tertanggung juga harus memberikan keterangan yang jelas dan benar atas obyek atau kepentingan yang dipertanggung.
- **Proximate cause** Suatu penyebab aktif, efisien yang menimbulkan rangkaian kejadian yang menimbulkan suatu akibat tanpa adanya intervensi suatu yang mulai dan secara aktif dari sumber yang baru dan independen.

- Indemnity Suatu mekanisme dimana penanggung menyediakan kompensasi finansial dalam upayanya menempatkan tertanggung dalam posisi keuangan yang ia miliki sesaat sebelum terjadinya kerugian (KUHD pasal 252, 253 dan dipertegas dalam pasal 278).
- Subrogation Pengalihan hak tuntutan dari tertanggung kepada penanggung setelah klaim dibayar.
- Contribution Hak penanggung untuk mengajak penanggung lainnya yang sama-sama menanggung, tetapi tidak harus sama kewajibannya terhadap tertanggung untuk ikut memberikan indemnity.

B. keuntungan perusahaan asuransi

Perusahaan asuransi juga mendapatkan keuntungan investasi. Ini diperoleh dari investasi premi yang diterima sampai mereka harus membayar klaim. Uang ini disebut "float". Penanggung bisa mendapatkan keuntungan atau kerugian dari harga perubahan float dan juga suku bunga atau deviden di float. Di Amerika Serikat, kehilangan properti dan kematian yang tercatat oleh perusahaan asuransi adalah US\$142,3 milyar dalam waktu lima tahun yang berakhir pada 2003. Tetapi keuntungan total di periode yang sama adalah US\$68,4 milyar, sebagai hasil dari float.

RESIKO ASURANSI KESEHATAN

Risiko dan Risiko Sakit

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.

C. Pemahaman tentang Risiko

Kata risiko berasal dari bahasa Inggris risk yang bermakna sebagai ketidakpastian, 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 berproduksi 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.

Risiko adalah bahaya, akibat atau konsekuensi yang dapat terjadi akibat sebuah proses yang sedang berlangsung atau kejadian yang akan datang. Dalam bidang asuransi, risiko dapat diartikan sebagai suatu keadaan ketidakpastian, di mana jika terjadi suatu keadaan yang tidak dikehendaki dapat menimbulkan suatu kerugian.

a. 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 :

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 bahwa 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.

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 mahal biaya perawatan akibat gegar otak, tidak menyadari hal itu. Kalaupun mereka mengenakan helm, seringkali sekedar untuk menghindari dari tekanan penalty akibat pelanggaran (tilang) peraturan lalu lintas oleh polisi yang sesungguhnya merupakan risiko kecil (yang hanya sebesar ratusan ribu rupiah saja).

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

Mengambil risiko (risk assumption).

Jika risiko tidak bisa dihindari, tidak bias 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).

b. Bentuk Risiko

Bentuk-bentuk risiko antara lain risiko murni, risiko spekulatif, risiko partikular dan risiko fundamental.

- a. Risiko murni adalah risiko yang akibatnya hanya ada 2 macam: rugi atau break even, contohnya pencurian, kecelakaan atau kebakaran.
- b. Risiko spekulatif adalah risiko yang akibatnya ada 3 macam: rugi, untung atau break even, contohnya judi.
- c. Risiko partikular adalah risiko yang berasal dari individu dan dampaknya lokal, contohnya pesawat jatuh, tabrakan mobil dan kapal kandas. Sedangkan risiko fundamental adalah risiko yang bukan berasal dari individu dan dampaknya luas, contohnya angin topan, gempa bumi dan banjir.

Risiko yang dapat diasuransikan

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

a. Kontrak 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 asurador. 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 asuratur 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. Asuratur 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 10x12xRp.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). Asuratur 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*.

b. 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 social 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 social

Banyak pihak di Indonesia yang mempunyai pengertian keliru tentang asuransi social. Kebanyakan orang beranggapan bahwa asuransi social 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 social. 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.

KELEMAHAN ASURANSI

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

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 kebebasan memilih fasilitas kesehatan dengan biaya murah dibandingkan memilih asuradur tetapi pilihan fasilitas kesehatan terbatas.

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.

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.

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

KESIMPULAN

Di Indonesia, PT Askes Indonesia merupakan salah satu perusahaan asuransi sosial yang menyelenggarakan asuransi kesehatan kepada para anggotanya yang utamanya merupakan para pegawai negeri baik sipil maupun non-sipil. Anak-anak mereka juga dijamin sampai dengan usia 21 tahun. Para pensiunan beserta istri ataupun suami juga dijamin seumur hidup. Badan yang menyalurkan risiko disebut "tertanggung", dan badan yang menerima risiko disebut "penanggung". Perjanjian antara kedua badan ini disebut kebijakan: ini adalah sebuah kontrak legal yang menjelaskan setiap istilah dan kondisi yang dilindungi. Biaya yang dibayar oleh "tertanggung" kepada "penanggung" untuk risiko yang ditanggung disebut "premi". Ini biasanya ditentukan oleh "penanggung" untuk dana yang bisa diklaim di masa depan, biaya administratif, dan keuntungan.

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. Semogga saja asuransi di Indonesia dapat menjamin semua aspek warga negaranya yang mengikuti asuransi agar lebih baik lagi. Layanan asuransi yang baik dan menjamin dapat membuat banyak masyarakat semakin bertambah mengikuti asuransi-asuransi yang ada di Indonesia.