

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuransi, menurut KBBI, adalah pertanggungan (perjanjian antara dua pihak, pihak yang satu berkewajiban membayar iuran dan pihak yang lain berkewajiban memberikan jaminan sepenuhnya kepada pembayar iuran...sesuai dengan perjanjian yang dibuat). Ini adalah satu bentuk manajemen risiko di mana individu melakukan *risk sharing* dengan membayar suatu iuran (disebut juga premi dalam bidang asuransi) untuk menjamin keselamatan seseorang/sesuatu yang dijamin (disebut juga *insured* / tertanggung), sehingga jika terjadi sesuatu yang merugikan pada yang tertanggung yang sesuai dengan perjanjian, ia berhak mendapat bayaran (disebut juga manfaat / *benefit*) dari pihak asuransi (*insurer*).

Asuransi memiliki banyak jenis. Bentuk yang umum diketahui masyarakat adalah asuransi jiwa, yang memberikan jaminan jika *insured* meninggal dunia. Namun, selain asuransi jiwa, ada pula banyak jenis asuransi lainnya di Indonesia, misalnya asuransi yang memberikan bantuan finansial ketika *insured* jatuh sakit dan melakukan klaim, atau yang disebut asuransi kesehatan.

Di Indonesia sendiri, asuransi sudah masuk sejak tahun 1845, yakni sebuah asuransi Belanda bernama *De Nederlanden Van 1845*. Kemudian, mulailah didirikan berbagai asuransi oleh anak bangsa, misalnya Q.L. Mij PGHB (*Onderlinge Levensverzekerings Maatschappij* Persatuan Guru Hindia Belanda), pada tahun 1912 di Magelang. Kemudian, asuransi-asuransi modern mulai berkembang dengan pesat pada jaman orde baru hingga sekarang. [24] Pemerintah Indonesia sendiri sudah mengeluarkan asuransi kesehatan berskala nasional yakni Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), atau yang biasa disebut BPJS Kesehatan.

Sejak beroperasinya BPJS pada tanggal 1 Januari 2014, kini BPJS sudah mencakup 70% dari seluruh masyarakat Indonesia. [8] Namun, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Batu [7] mengenai Analisis tingkat kesehatan perusahaan asuransi swasta sebelum dan sesudah berlakunya BPJS Kesehatan, didapatkan hasil bahwa adanya BPJS tidak berdampak signifikan terhadap aspek keuangan, operasional, maupun tingkat kesehatan dari asuransi swasta. Hal ini dikarenakan individu yang sudah memiliki polis asuransi kesehatan swasta cenderung lebih memilih untuk menggunakan asuransi swastanya dibandingkan BPJS karena kepraktisan dan keuntungan tambahan yang didapatkan individu dengan menggunakan asuransi swasta. Hal tersebut menghasilkan perbedaan pasar konsumen antara asuransi swasta dan BPJS.

Dalam perhitungannya, asuransi kesehatan menggunakan prinsip yang sama dengan asuransi jiwa, yakni menggunakan suatu ukuran probabilitas untuk menghitung kemungkinan klaim - yakni peluang kematian atau disebut juga tingkat mortalita pada asuransi jiwa, dan peluang kesakitan pada asuransi kesehatan - yang kemudian digunakan untuk menghitung premi dan manfaat yang sesuai untuk produk tersebut.

Pada praktiknya, biasanya ukuran probabilitas ini dijabarkan dalam bentuk tabel. Untuk probabilitas kematian, maka digunakan tabel mortalita. Sebagai contoh di Indonesia, tabel mortalita terakhir yang resmi dirilis sebagai ukuran tingkat kematian Indonesia adalah Tabel Mortalita Indonesia 2011 yang dirilis oleh Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI). [16] Untuk asuransi kesehatan seperti BPJS, maka digunakan suatu tabel yang dapat memberikan probabilitas kesakitan di Indonesia. Tabel ini sekarang sedang dikembangkan oleh AAJI berdasarkan nota kesepahaman yang ditandatangani pada bulan Oktober 2017 kemarin. [1]

Tabel Morbiditas Indonesia ini masih baru saja dikembangkan, sehingga masih belum dipublikasikan hingga sekarang. Ditambah dengan dugaan bahwa asu-

ransi kesehatan swasta dan BPJS memiliki pasar konsumen yang berbeda, sehingga muncullah sebuah urgensi untuk mengembangkan suatu tabel morbiditas. Oleh karena itu, dalam penelitian ini akan dikembangkan suatu tabel morbiditas untuk asuransi swasta dengan melakukan studi pengalaman berdasarkan data riil yang dimiliki oleh perusahaan asuransi swasta Indonesia. Tabel ini kelak akan mencakup informasi-informasi yang dibutuhkan dalam membuat produk asuransi kesehatan swasta.

1.2 Identifikasi Masalah

Masalah yang dapat teridentifikasi dari latar belakang adalah Tabel Morbiditas Indonesia masih belum dipublikasikan sehingga belum dapat digunakan oleh perusahaan asuransi swasta, ditambah dengan dugaan bahwa informasi yang tercakup masih belum cukup untuk digunakan dalam asuransi kesehatan swasta, dikarenakan perbedaan pasar konsumen yang juga mengakibatkan perbedaan perilaku klaim.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah tersebut, maka adalah penting untuk menciptakan tabel morbiditas yang disesuaikan dengan kondisi konsumen asuransi swasta. Oleh karena itu, didapatkan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana cara menghasilkan tabel morbiditas yang mencakup informasi-informasi yang dibutuhkan perusahaan asuransi swasta Indonesia dalam hal produk asuransi kesehatan berdasarkan data klaim perusahaan?
2. Bagaimana caranya untuk memastikan bahwa tabel yang dihasilkan dapat dipercaya, dan bagaimana cara untuk mengkuantifikasi kepercayaan data tersebut?

1.4 Batasan Masalah

Ada beberapa batasan masalah atau asumsi yang digunakan dalam penelitian, yaitu:

1. Data yang diperoleh valid.

Data yang diperoleh dari salah satu perusahaan asuransi di Indonesia diasumsikan merupakan data yang sebenar-benarnya, tanpa mengalami modifikasi maupun manipulasi, sehingga data diasumsikan valid dan tidak bias.

2. Jenis penyakit tidak mempengaruhi perhitungan.

Dalam hal analisa kemungkinan individu melakukan klaim, maka tentu ada banyak sekali jenis penyakit yang dapat menyebabkan klaim. Pada tugas akhir kali ini, hanya keberadaan dan jumlah klaim rumah sakit yang diperhitungkan, sehingga jenis penyakit yang menyebabkan individu termasuk masuk rumah sakit tidak berpengaruh.

3. Penelitian dilakukan dalam cakupan sampel, bukan populasi.

Angka yang dihasilkan dalam tabel morbiditas belum merepresentasikan populasi, melainkan sampel yang didapat dari data klaim perusahaan.

4. Perhitungan eksposur menggunakan basis *total life exposure*.

Pada penelitian ini, digunakan eksposur sebagai penyebut dalam persamaan tingkat kejadian klaim. Eksposur ini adalah suatu ukuran waktu di mana individu bertanggung terekspos risiko klaim rawat inap. Dengan menggunakan basis *total life exposure*, periode rawat inap di mana individu tidak lagi terekspos risiko (karena sedang terkena risiko) akan tetap dihitung sebagai eksposur individu.

5. Tingkat Kejadian Klaim akan digunakan sebagai ganti peluang kesakitan.

Dalam mengajukan klaim, perusahaan berhak untuk menerima ataupun me-

nolak klaim jika klaim yang diajukan tidak memenuhi syarat yang tertera dalam polis, sehingga peluang-peluang kejadian penyakit ringan sudah tersaring keluar dari data klaim ini. Oleh karena itu, hampir tidak mungkin untuk mengestimasi peluang kesakitan berdasarkan data klaim yang sejatinya berisi data kejadian penyakit berat yang membutuhkan rawat inap dan inisiatif dari individu bertanggung untuk melakukan klaim. Oleh karena itu, akan lebih tepat jika penelitian ini menggunakan tingkat kejadian klaim alih-alih peluang kesakitan.

1.5 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah membuat tabel morbiditas untuk perusahaan swasta yang mencakup informasi-informasi dalam hal produk asuransi kesehatan berdasarkan data klaim perusahaan.

1.6 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi pembaca, dalam hal praktis maupun teoritis.

1.6.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Dapat memahami pembentukan tabel morbiditas berdasarkan data studi pengalaman.

Dengan penelitian ini, peneliti berharap dapat membantu pembaca memahami langkah-langkah dan konsep di balik pembentukan tabel morbiditas berdasarkan data riil perusahaan, sehingga dapat menjadi referensi bagi penelitian-penelitian terkait.

2. Penelitian ini diharapkan menjadi acuan penelitian lain dalam membentuk tabel morbiditas.

Langkah-langkah yang dibuat dalam penelitian ini dapat menjadi referensi pembentukan tabel morbiditas lain dengan data yang cukup serta menjadi acuan kerangka analisa.

1.6.2 Manfaat Praktis

Manfaat praktis dari penelitian ini adalah diperolehnya sebuah tabel morbiditas sebagai acuan mengembangkan produk asuransi kesehatan perusahaan swasta. Telah diketahui bahwa pasar konsumen dari asuransi nasional dan asuransi swasta adalah berbeda dan karena itulah asumsi tabel morbiditas yang digunakan juga adalah berbeda. Dalam penelitian ini, penulis berharap dapat menghasilkan suatu acuan yang lebih spesifik kepada suatu perusahaan swasta Indonesia dalam mengembangkan produk asuransi kesehatannya.

1.7 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. BAB I Pendahuluan

Pada bab ini, penulis menjelaskan tentang latar belakang dari penelitian, identifikasi dan rumusan masalah, batasan serta tujuan penelitian, dan sistematika penulisan.

2. BAB II Landasan Teori

Pada bab ini dijelaskan mengenai teori-teori dasar yang selanjutnya akan digunakan untuk menjawab tujuan yang ingin dicapai, serta mengenai studi-studi yang terkait untuk menjadi referensi penelitian ini. Teori-teori dasar

yang digunakan adalah teori mengenai morbiditas, matematika aktuarial, tabel mortalitas, eksposur, dan kredibilitas.

3. **BAB III Metodologi Penelitian**

Pada bab ini akan dijelaskan penggunaan studi-studi dan teori-teori dasar yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya dalam bentuk langkah-langkah yang harus dilakukan untuk dapat menjawab tujuan akhir, yaitu membentuk tabel morbiditas.

4. **BAB IV Hasil dan Analisa**

Pada bab ini, penulis akan menjelaskan tentang tabel morbiditas yang didapat, serta analisa perilaku dari tabel morbiditas tersebut.

5. **BAB V Kesimpulan dan Saran**

Pada bab ini akan ditulis tentang kesimpulan yang didapat dari hasil yang telah didapatkan, serta memberikan saran yang dapat berguna untuk perbaikan penelitian selanjutnya.

