

Dasar Asuransi Kesehatan Bagian A



Edisi Februari 2019

Edisi Februari 2019

Dasar Asuransi Kesehatan – Bagian A

Buku ini dipersiapkan sebagai bahan utama pendidikan profesi asuransi kesehatan yang diselenggarakan oleh PAMJAKI, serta menjadi salah satu bahan uji sertifikasi yang diselenggarakan oleh Lembaga Sertifikasi Profesi JAKI. Untuk informasi lengkap tentang pendidikan profesi asuransi kesehatan silakan kunjungi situs web PAMJAKI di www.pamjaki.org

© Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak isi buku ini baik sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari Penerbit

Diterbitkan oleh

PAMJAKI

(PERKUMPULAN AHLI MANAJEMEN JAMINAN & ASURANSI KESEHATAN INDONESIA)

Jakarta.

**Sanksi Pelanggaran Pasal 44: Undang-undang No. 7 tahun 1987
Tentang Perubahan atas Undang-undang Nomor 6 Tahun 1982
Tentang Hak Cipta**

Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus juta rupiah)

Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 50.000.000 (lima puluh juta rupiah)

Kata Pengantar

Buku ini pada awalnya diprakasai oleh Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM-UI bersama PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia pada tahun 2000 untuk membuat bahan-bahan pendidikan bidang asuransi kesehatan dalam bahasa Indonesia bagi Perkumpulan Ahli Manajemen Jaminan & Asuransi Kesehatan Indonesia (PAMJAKI).

Isi materi buku edisi ini sebagian besar berasal dari buku-buku asuransi kesehatan yang diterbitkan oleh America's Health Insurance Plans (AHIP), dan buku terbitan Life Office Management Association (LOMA), serta ditambah beberapa informasi lain terkait dasar-dasar asuransi kesehatan baik dari luar negeri maupun dalam negeri.

Kami berharap buku ini dapat berguna bagi para pembaca yang ingin memperoleh pengetahuan dasar tentang asuransi kesehatan secara umum. Buku ini juga berguna bagi pembaca yang ingin memperoleh pengakuan profesional melalui sertifikasi yang dilakukan oleh Lembaga Sertifikasi Profesi Jaminan & Asuransi Kesehatan Indonesia (LSP-JAKI) yang mempunyai lisensi dari Badan Nasional Sertifikasi Profesi (BNSP) serta untuk memenuhi ketentuan POJK No 67 tahun 2016.

Diharapkan buku ini bermanfaat pula bagi pemerhati atau praktisi di bidang asuransi dan kesehatan dalam mencari bahan-bahan rujukan yang terkait dengan asuransi kesehatan.

Akhir kata, untuk meningkatkan mutu pembelajaran di masa depan, PAMJAKI mengundang para pembaca untuk memberikan kritik dan saran bagi penyempurnaan buku ini. Kritik dan saran dapat disampaikan melalui sekretariat@pamjaki.org.

Selamat belajar, Semoga sukses!

Februari 2019

PAMJAKI

Tim Penyusun Buku Dasar Asuransi Kesehatan – Bagian A:

Prof. Dr. Ascobat Gani, MPH, DR.PH

Prof. DR. drg. Yaslis Ilyas, MHP, HIA, AAK

Prof. Dr. Hasbullah Thabrany, MHP, HIA, AAK

Prof. Budi Hidayat, SKM, MPMM, PhD

Dr. Susilo Surachmad, SE, MHP, HIA, AAK

Drs. Kasir Iskandar, MSc, MHP, HIA, AAK

Dra. Nurhayati, MHP, HIA, AAK (alm)

Drs. Handayani Utomo, MM, AAIJ, AAK

Ir. Heru Susmono, AAIIJ, AAK (editor)

Daftar Isi

| | |
|--|------------|
| Kata Pengantar | iii |
| Daftar Isi..... | v |
| Bab 1. Sejarah Asuransi Kesehatan | 1 |
| <i>Perkembangan Asuransi Kesehatan di Amerika Serikat.....</i> | <i>1</i> |
| <i>Perkembangan Asuransi Kesehatan di Indonesia</i> | <i>20</i> |
| Bab 2. Konsep Risiko dan Asuransi | 25 |
| <i>Konsep Risiko.....</i> | <i>26</i> |
| <i>Manajemen Risiko</i> | <i>29</i> |
| <i>Mekanisme Asuransi.....</i> | <i>30</i> |
| <i>Macam Risiko yang Diasuransikan.....</i> | <i>31</i> |
| <i>Karakteristik Risiko yang Dapat Diasuransikan</i> | <i>33</i> |
| <i>Mortalitas dan Morbiditas.....</i> | <i>37</i> |
| <i>Menilai Tingkat Risiko.....</i> | <i>38</i> |
| <i>Insurable Interest.....</i> | <i>41</i> |
| <i>Jenis Utama Asuransi.....</i> | <i>42</i> |
| <i>Mekanisme Reasuransi.....</i> | <i>45</i> |
| Bab 3. Industri Asuransi | 53 |
| <i>Industri Asuransi Global.....</i> | <i>53</i> |
| <i>Industri Asuransi Jiwa dan Kesehatan di Amerika Serikat</i> | <i>55</i> |
| <i>Industri Asuransi Jiwa dan Kesehatan Kanada</i> | <i>60</i> |
| <i>Industri Asuransi di Indonesia</i> | <i>63</i> |
| <i>Asuransi Syariah di Indonesia.....</i> | <i>71</i> |
| <i>Kecenderungan Teknologi di Industri Asuransi.....</i> | <i>76</i> |
| Bab 4. Cakupan Asuransi Kesehatan | 83 |
| <i>Cakupan Biaya Medis.....</i> | <i>83</i> |
| <i>Cakupan Suplemen.....</i> | <i>91</i> |
| <i>Cakupan Disabilitas Pendapatan</i> | <i>102</i> |
| <i>Cakupan Perawatan Jangka Panjang.....</i> | <i>107</i> |
| <i>Program Manfaat Fleksibel.....</i> | <i>110</i> |
| <i>Produk Unit Link Kesehatan</i> | <i>114</i> |
| Bab 5. Kontrak Asuransi..... | 119 |
| <i>Tinjauan Umum Mengenai Perjanjian</i> | <i>120</i> |
| <i>Asuransi Merupakan Suatu Perjanjian.....</i> | <i>127</i> |
| <i>Fitur Kontrak Asuransi.....</i> | <i>135</i> |

| | |
|--|-------------------|
| <i>Aplikasi Polis Asuransi Biaya Medis</i> | <i>139</i> |
| <i>Karakteristik Kontrak Asuransi Biaya Medis Kumpulan</i> | <i>141</i> |
| <i>Provisi Kontrak Asuransi Biaya Medis Kumpulan.....</i> | <i>142</i> |
| <i>Karakteristik Polis Asuransi Kesehatan Perorangan.....</i> | <i>151</i> |
| <i>Provisi Kontrak Asuransi Biaya Medis Perorangan</i> | <i>151</i> |
| <i>Bab 6. Pemasaran dan Penjualan.....</i> | <i>161</i> |
| <i>Pasar Asuransi Kesehatan</i> | <i>161</i> |
| <i>Penelitian dan Pengembangan Produk</i> | <i>167</i> |
| <i>Metode Distribusi.....</i> | <i>169</i> |
| <i>Kompensasi untuk Agen</i> | <i>176</i> |
| <i>Proses Penjualan.....</i> | <i>181</i> |
| <i>Bab 7. Underwriting.....</i> | <i>191</i> |
| <i>Pengertian Underwriting</i> | <i>192</i> |
| <i>Tugas, Fungsi dan Tanggung Jawab Underwriter</i> | <i>195</i> |
| <i>Faktor-faktor Seleksi Risiko</i> | <i>200</i> |
| <i>Sumber Informasi Underwriting.....</i> | <i>221</i> |
| <i>Kecenderungan ke Depan</i> | <i>230</i> |

Bab 1

Sejarah Asuransi Kesehatan

| | |
|--|----|
| <i>Perkembangan Asuransi Kesehatan di Amerika Serikat</i> | 2 |
| <i>Pengembangan Awal Asuransi Kesehatan Perorangan</i> | 2 |
| <i>Perluasan dan Pertumbuhan Asuransi Kesehatan Perorangan</i> | 4 |
| <i>Asuransi Kesehatan Perorangan Dewasa Ini</i> | 8 |
| <i>Kebutuhan yang Dipenuhi oleh Asuransi Kesehatan</i> | 9 |
| <i>Pengembangan Asuransi Kumpulan</i> | 11 |
| <i>Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan Asuransi Kesehatan Kumpulan</i> | 14 |
| <i>Perkembangan Asuransi Kesehatan di Indonesia</i> | 20 |
| <i>Perusahaan Asuransi Pertama di Indonesia</i> | 20 |
| <i>Undang-Undang Terkait Perasuransian</i> | 21 |

Beberapa pihak menganggap asuransi kesehatan sebagai perkembangan terakhir sejarah manusia. Namun tentang kepedulian manusia akan kerugian finansial akibat kecelakaan dan penyakit bisa ditelusuri dari peradaban kuno. Salah satu bentuk asuransi kesehatan paling kuno ialah kebiasaan orang Tiongkok kuno membayar *sinshe* saat kesehatan sedang baik dan tidak membayar bila menderita penyakit. Asuransi kesehatan pada mulanya terbatas untuk mengganti penghasilan para penyandang cacat bila terjadi kecelakaan pada awal sejarah Romawi. Tradisi ini berlanjut di Eropa selama Abad Pertengahan, dan pada abad ke-17 ada hukum yang menyediakan asuransi sakit bagi pelaut dan asuransi cacat tubuh bagi prajurit.

Asuransi kesehatan modern saat ini adalah rangkaian cakupan yang luas menyediakan pembayaran manfaat akibat dari sakit atau cedera, mencakup asuransi kerugian atas biaya pengobatan, kecelakaan, cacat, dan kematian dan kehilangan anggota badan akibat kecelakaan (AD&D). Bab ini menelusuri sejarah dan perkembangan asuransi kesehatan perorangan dan kumpulan, dimulai di Inggris abad ke-19 dan fokus pada perkembangannya di Amerika Serikat, serta perkembangannya di Indonesia.¹

¹ Sebagian besar isi bab ini diambil dari Buku AHIP (HIAA) edisi 1999, dan tentang perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia diambil dari buku PAMJAKI tentang bab ini edisi sebelumnya ditambah materi dari sumber-sumber lain.

Perkembangan Asuransi Kesehatan di Amerika Serikat

Pengembangan Awal Asuransi Kesehatan Perorangan

Pada pertengahan abad ke-19, kereta api di Inggris buruk publikasi karena banyaknya terjadi kecelakaan. Manajemen kereta api mencari cara untuk mengurangi ketakutan masyarakat akan perjalanan kereta api. Railway Passengers Assurance Company tahun 1848 di London membantu mengatasi situasi ini. Perusahaan asuransi ini mengeluarkan asuransi kecelakaan perjalanan pertama dalam bentuk tambahan harga pada tiket kereta api. Cakupan ini memberikan manfaat untuk kematian atau cedera parah akibat kecelakaan perjalanan.

Disadari oleh para pendiri Railway Passengers Assurance Company bahwa asuransi kecelakaan perjalanan kereta api sederhana terlalu terbatas, sehingga diperluas liputan dengan mencakup semua jenis kecelakaan. Perusahaan ini memberikan kontribusi lain pada bisnis asuransi dengan adanya "Tabel Premi Asuransi Kecelakaan Diri." Tabel ini terbukti cukup akurat dan masih digunakan saat ini sebagai dasar penilaian risiko kecelakaan tertentu di Inggris.

Accidental Death Insurance Association, berdiri di London tahun 1850, menawarkan perlindungan untuk cedera tubuh yang tidak mengakibatkan kematian. (Perusahaan ini juga menawarkan cakupan biaya medis, namun inovasi ini menimbulkan masalah yang menyebabkan dihentikan sejak awal.) Kontribusi utama perusahaan ini adalah **pembentukan sistem klasifikasi untuk risiko kecelakaan** di mana pengenaan biaya premi yang berbeda sesuai dengan pekerjaan seseorang.

Klasifikasi tersebut adalah sebagai berikut:

Kelas 1 - Para profesional

Kelas 2 - Pedagang yang tidak melakukan pekerjaan manual

Kelas 3 - Mekanik, atau risiko "pekerjaan"

Kelas 4 - Pekerjaan lainnya, risiko "berbahaya".

Railway Passengers' Assurance Company terus berkembang, tetapi Accidental Death Insurance Association menjadi korban fraud klaim palsu dan tidak berhasil bertahan serta keluar dari bisnis asuransi.

Asuransi Kecelakaan Di Amerika Serikat

Asuransi kecelakaan pertama kali dikenalkan oleh Franklin Health Assurance Company di Massachusetts, yang berdiri tahun 1850. Didirikan dengan modal disetor USD 50.000, menawarkan cakupan untuk cedera akibat kecelakaan kereta api dan kapal uap dengan polis yang diterbitkan

dengan premi 15 sen untuk jangka waktu 24 jam. Manfaat USD 200 dibayarkan jika tertanggung sudah cedera selama sepuluh hari. Untuk kecacatan total setelah dua bulan, manfaat sebesar USD 400 bisa dibayarkan.

Pada tahun 1863, James G. Batterson, seorang arsitek Hartford yang bepergian ke Inggris, belajar tentang tambahan premi asuransi pada tiket perjalanan oleh Railway Passengers Assurance Company. Kemudian dia mendirikan Travelers Insurance Company of Hartford, dan ini awalnya hanya menjual asuransi kecelakaan perjalanan. Polis pertamanya adalah perjanjian lisan bagi pegawai kantor pos Hartford saat melakukan perjalanan dari rumah ke kantor. Perusahaan tersebut menerbitkan polis cetak pertamanya kepada Batterson pada 1 April 1864. Sejak itu, Travelers mengubah pertanggungannya dengan mencakup semua jenis kecelakaan, mengeluarkan polis umum pertamanya pada 1 Juli 1864. Berdirinya **Travelers** dan **penerbitan polis pertama** penting karena polis tersebut merupakan cikal bakal dari asuransi kecelakaan dewasa ini.

Keberhasilan Travelers di tahun pertama operasinya mengesankan pihak lain memasuki bisnis ini. Pada tahun 1866 ada 60 perusahaan dan asosiasi yang menjual asuransi kecelakaan. Persaingan sering kali melibatkan perang tarif; dalam banyak kasus perusahaan gagal karena tingkat suku bunga yang tidak wajar. Tindakan harus diambil untuk melindungi perusahaan asuransi dan tertanggung. Pada tahun 1865, Travelers mendirikan Railway Passengers' Assurance Company of Hartford, yang merupakan konsolidasi bisnis kecelakaan perjalanan dari 10 perusahaan asuransi. Dari 70 perusahaan yang beroperasi antara tahun 1865 dan 1869, hanya Travelers yang bertahan.

Selama 1864-1874, kecelakaan kereta api dan pelayaran mendorong berkembangnya asuransi kecelakaan. Pada tahun 1864 saja, 140 kecelakaan kereta api merenggut 404 nyawa dan melukai 1.846 orang. Antara 1867 dan 1871, 526 kapal uap di perairan Amerika menyebabkan 1.437 korban. Klaim akibat bencana ini hampir meruntuhkan banyak perusahaan asuransi, namun sebagian berhasil bertahan dengan meminjam uang. Industri asuransi memanfaatkan publikasi kecelakaan, yang menyadarkan negara akan kecelakaan dan kebutuhan melindungi dari kerugian finansial yang diakibatkannya.

Pada tahun 1870 bisnis asuransi tumbuh dan bisa mengatasi kesulitan serta bertahan. Polis yang semula sederhana menjadi semakin rumit dan melindungi nilai manfaat dengan pembatasan. Banyak organisasi sosial dan kelompok lain juga menawarkan asuransi gagal, karena ketidaktahuan akan asas asuransi dan karena manajemen yang buruk. Pengusaha yang tidak bermoral, yang tertarik hanya pada keuntungan cepat, masalah fraud

klaim. Beberapa negara bagian memaksa perusahaan asuransi dengan kantor pusat di negara bagian lain membayar biaya lisensi yang besar dan melakukan investasi sebagian besar aset dalam obligasi negara bagian yang lemah. Semua faktor ini memiliki pengaruh buruk terhadap citra, keandalan, dan stabilitas industri asuransi.

Terlepas dari kemunduran ini, pada akhir tahun 1870an bisnis asuransi kesehatan mulai menemukan dirinya sendiri, dan beberapa perusahaan kuat didirikan. Misalnya, pada tahun 1876, Knickerbocker Casualty Company, yang kemudian berganti nama menjadi Fidelity and Casualty Company di New York, dibentuk. Perserikatan sosial tertua, Iowa State Traveling Men's Association, dibentuk pada tahun 1880, dan Woodmen Accident didirikan pada tahun 1890. Pada tahun 1891, Aetna Life Insurance Company menambahkan asuransi kecelakaan ke dalam daftar produknya.

Asuransi Sakit di Amerika Serikat

Asuransi sakit (sickness insurance) sebenarnya sudah dijual di Amerika Serikat sebelum asuransi kecelakaan. Perusahaan asuransi pertama di bidang ini adalah Massachusetts Health Insurance Company di Boston, yang didirikan pada tahun 1847. Sejumlah perusahaan lain mengikutinya, namun banyak yang gagal terutama karena tidak ada statistik yang dapat diandalkan mengenai frekuensi penyakit yang menjadi dasar premi. Polis asuransi sakit awalnya menawarkan cakupan yang sangat terbatas dan tidak digunakan sebagai dasar perkembangan selanjutnya.

Demi tujuan praktis, eksperimen dalam asuransi sakit dimulai pada tahun 1890 ketika St. Lawrence Life Association mulai menjual asuransi kecelakaan dan sakit di bawah satu kontrak. Federal Life and Casualty Company mulai membuat liputan serupa di tahun berikutnya.

Perseroan, yang dipelopori oleh Fidelity Life and Casualty, mulai menawarkan cakupan kecelakaan dan sakit pada akhir tahun 1890. Fidelity mengeluarkan polis kecelakaan dan sakit merupakan kombinasi konservatif yang membatasi cakupan sakit dari sekitar 15 penyakit tertentu. Polis ini berisi 7 hari masa tunggu (waiting period) dan manfaat terbatas untuk 26 minggu. Fidelity dan perseroan lainnya mulai memperluas cakupannya. Pada tahun 1905 semua penyakit dan manfaat bedah dicakup, dan pada tahun 1908, masa tunggu 7 hari umumnya ditiadakan.

Perluasan dan Pertumbuhan Asuransi Kesehatan Perorangan

Pra-Perang Dunia I

Kecenderungan memperluas cakupan berlanjut di awal abad ini (20). Misalnya, perusahaan asuransi memperpanjang ketentuan kecacatan dari

26 minggu sampai 52 minggu dan kemudian 104 minggu; Pada tahun 1913, mereka memperkenalkan manfaat cacat seumur hidup. Penanggung juga mulai membuat polis yang harus mereka perbarui, dengan tarif premi yang tidak dapat dinaikkan oleh perusahaan asuransi. Pasar juga berkembang, dan banyak perusahaan baru terbentuk. Dalam beberapa kasus, perusahaan asuransi kebakaran yang ada membentuk perusahaan asuransi kecelakaan dan beberapa perusahaan asuransi jiwa memasuki bidang asuransi kesehatan.

Pada saat bersamaan, terjadi kondisi yang buruk. Polis memiliki batasan yang berat dan ditulis dengan cetakan huruf yang kecil. Sedikit atau tidak ada kerjasama antar perusahaan asuransi untuk memperbaiki kondisi bisnis asuransi. Persyaratan hukumnya lemah, begitu juga pengawasan. Persaingan ketat, dan asuransi membuat asumsi jumlah ganti rugi kecacatan bulanan melampaui batas praktik underwriting yang baik. Perusahaan asuransi cenderung mengabaikan bahaya, seperti kendaraan dan perang, yang memiliki potensi besar terjadinya klaim kecelakaan dan disabilitas yang bisa membuat mereka gulung tikar.

Seperti yang bisa diduga, dukungan finansial yang goyah dan praktik yang dipertanyakan menandai beberapa perusahaan asuransi baru ini menyebabkan adanya penyelidikan resmi. Penyelidikan ini berdampak besar pada program asuransi kesehatan ke depan dan menghasilkan reformasi yang diperlukan.

Investigasi **Armstrong** pada tahun 1905, walaupun diarahkan pada praktik asuransi jiwa, berdampak yang besar di bidang asuransi kesehatan, termasuk:

- pengawasan peraturan yang jauh lebih besar terhadap keseluruhan industri asuransi;
- semakin banyak undang-undang tentang ketentuan polis dan operasi perusahaan asuransi; dan
- persaingan yang semakin ketat, dengan beberapa bisnis dialihkan dari perusahaan asuransi yang besar dan mapan ke perusahaan asuransi baru yang lebih kecil di seluruh negeri.

Industri asuransi kesehatan juga mendapat manfaat dari pengembangan model undang-undang oleh National Convention of Insurance Commissioners (NAIC) pada tahun 1912, dirancang untuk membuat ketentuan operasi dalam kontrak asuransi kesehatan yang lebih seragam. Model hukum ini, Standard Provisions Law, diadopsi 27 negara bagian Amerika Serikat.

Kecenderungan dan Perkembangan: 1918-1940

Bisnis asuransi kesehatan mengalami sedikit pertumbuhan di tahun-tahun setelah Perang Dunia I. Perusahaan asuransi jiwa melakukan beberapa upaya untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dengan menawarkan beberapa manfaat kesehatan, seperti kematian akibat kecelakaan dan disabilitas pendapatan, sebagai rider (provisi tambahan) pada polis asuransi jiwa.

Runtuhnya pasar saham pada Oktober 1929, diikuti dengan Depresi Besar, mempengaruhi industri asuransi kesehatan. Penjualan turun tajam dan banyak polis gagal. Rasio kerugian naik mengkhawatirkan, terutama di bidang pertanggunggunaan disabilitas akibat penyakit, di mana terjadi meluasnya tingkat disabilitas. Seringkali manfaat polis adalah satu-satunya penghasilan bagi pemegang polis atau jumlahnya lebih besar daripada yang bisa diperoleh dari pekerjaannya.

Risiko kematian akibat kecelakaan dan kerugian bulanan merupakan sumber kerugian besar. Polis yang tidak dapat dibatalkan (non-cancelable), termasuk rider disabilitas pendapatan untuk cacat total dan tetap yang diterbitkan oleh perusahaan asuransi jiwa, membuat masalah besar bagi perusahaan asuransi. Pembaruan pertanggunggunaan tidak dapat ditolak, juga tidak ada kenaikan premi, meskipun perusahaan asuransi kehilangan dana dalam cakupannya. Kerugian karena bunuh diri juga meningkat.

Industri asuransi kesehatan terpengaruh oleh depresi ekonomi walaupun punya pandangan ke depan yang tepat. Masalah industri ditambah dengan:

- underwriting yang tidak benar, terutama oleh underwriting hanya aspek fisik dari risiko dan hampir sepenuhnya mengabaikan bahaya lain, seperti risiko dari karakteristik fisik non-fisik dan pribadi dari tertanggung yang dapat meningkatkan kemungkinan atau mengintensifkan tingkat keparahan kerugian;
- membuat jumlah ganti rugi bulanan yang semakin besar, terutama dalam polis noncancellable dan rider asuransi jiwa yang memberikan tunjangan cacat; dan
- premi yang tidak memadai akibat pengalaman klaim yang tidak mencukupi tarif dasar.

Karena masa-masa sulit selama depresi ekonomi, asuransi kesehatan mundur dari cakupan liberal dan praktik underwriting yang lazim. Cakupan dan praktik konservatif dijalankan di seluruh industri. Beberapa perusahaan menarik diri sepenuhnya dari bidang asuransi kesehatan. Beberapa yang tetap tidak lagi menerbitkan cakupan disabilitas akibat sakit, dan menggunakan periode eliminasi lebih lama. Komisi dikurangi tajam untuk mencegah penjualan. Penjualan cakupan noncancellable

hampir seluruhnya dihentikan, dan hampir setiap perusahaan asuransi jiwa menyerah atas rider disabilitas pendapatan.

Depresi ekonomi memiliki dampak buruk pada industri ini, namun hal ini juga berkontribusi terhadap kemajuan industri. Hal ini memaksa industri asuransi kesehatan menilai kembali praktik penutupan dan underwriting-nya. Penanggung lebih bersedia untuk berbagi informasi tentang pengalaman klaim mereka, dan ketersediaan informasi ini membantu aktuaris untuk menghitung tingkat premi lebih akurat. Perubahan ini menghasilkan industri asuransi kesehatan yang lebih stabil. Penanggung memperkenalkan perubahan dan inovasi lainnya dengan lebih hati-hati sambil tetap berusaha memenuhi kebutuhan sosial dan ekonomi masyarakat.

Misalnya, karena situasi ekonomi yang sangat tertekan, banyak orang tidak mampu membayar perawatan medis yang tepat. Pada saat yang sama, rumah sakit menghadapi masalah keuangan yang parah karena pasien yang tidak dapat membayar tagihan mereka. Sebagai respons terhadap situasi ini, perusahaan asuransi mengembangkan lini produk asuransi kesehatan rawat inap dan medis. Sebelumnya cakupan ini menjadi cakupan manfaat asuransi disabilitas pendapatan.

Selama dan setelah Depresi, era baru asuransi kesehatan dimulai. Beberapa inovasi dan perubahan yang diperkenalkan pada tahun 1930an meliputi:

- penekanan pada asuransi swasta atas penggantian biaya rumah sakit, bedah, dan medis;
- pengenalan polis biaya kecelakaan; dan
- pengenalan cakupan untuk seluruh keluarga.

Pertumbuhan Selama Tahun 1940-1960

Setelah Perang Dunia II, asuransi kesehatan memasuki periode pertumbuhan dinamis melebihi bentuk asuransi lainnya. Banyak perusahaan asuransi jiwa masuk kembali ke bidang asuransi kesehatan. Inovasi yang sebelumnya muncul mendapat perkembangan baru. Masyarakat mencari cakupan luas dan manfaat terjamin.

Untuk memenuhi kebutuhan ini, industri asuransi kesehatan memperluas polis rawat inap dan biaya medis dan lebih banyak jaminan perpanjangan. Polis disabilitas pendapatan mengambil kesempatan baru karena masyarakat membeli mengakui nilainya, terutama jika polis tersebut noncancellable atau guaranteed renewable. Menjelang akhir 1940an, cakupan yang ada diperluas dan yang baru diperkenalkan. Kesadaran industri baru terhadap tanggung jawab publik membuat semakin banyak perusahaan asuransi dan agen mengalihkan perhatian mereka pada asuransi kesehatan.

Awal dekade baru di tahun 1950 menyaksikan pertumbuhan dan perluasan industri asuransi kesehatan perorangan. Kontribusi pada perluasan tersebut adalah meningkatnya kesadaran masyarakat akan berkurangnya pendapatan nasional yang mengejutkan akibat kecelakaan dan penyakit. Dengan adanya minat publik yang besar terhadap asuransi kesehatan, National Association of Insurance Commissioner (NAIC), yang menggantikan National Convention of Insurance Commissioners, mengembangkan model Uniform Policy Provisions Law (UPPL) pada tahun 1950. Model atau esensi dari undang-undang itu, diadopsi oleh semua negara bagian.

Perusahaan baru terus memasuki bidang asuransi kesehatan dengan cepat. Yang terutama terlihat adalah pergerakan jumlah asuransi jiwa yang meningkat ke bidang asuransi kesehatan, tidak hanya dengan rider tetapi juga dengan polis kecelakaan dan penyakit yang terpisah yang dikelola oleh departemen asuransi kesehatan berskala penuh. Penutupan baru mulai muncul, seperti polis biaya medis dan rawat inap yang lengkap. Penanggung juga meluncurkan upaya besar untuk menanggung cakupan risiko yang sebelumnya dianggap tidak dapat diasuransikan karena usia atau kerusakan fisik.

Sampai saat itu, pemerintah federal AS hanya sedikit terlibat dalam asuransi kesehatan. Tapi pada 1956, terlibat dalam skala yang lebih besar ketika Kongres mensahkan program Social Security Disability Insurance (SSDI). Keterlibatan meningkat pada 1965 dengan diundangkannya dua program asuransi kesehatan, Medicare untuk penduduk lanjut usia dan Medicaid untuk penduduk miskin.²

Asuransi Kesehatan Perorangan Dewasa Ini

Pertumbuhan asuransi kesehatan perorangan pada tahun 1950an dan 1960an ditandai dengan ekspansi yang lebih terkendali dengan penekanan lebih besar pada penyempurnaan produk dan sistem penyampaian. Perubahan dalam asuransi kesehatan perorangan berevolusi dalam menanggapi kebutuhan konsumen, kegiatan pengendalian biaya, dan persyaratan legal.

Asuransi Biaya Medis

Mulai tahun 1950an, **asuransi biaya medis (medical expense insurance)** adalah asuransi kesehatan perorangan untuk berbagai biaya yang

² Untuk informasi lebih lanjut tentang Medicare, lihat Bab 4 Cakupan Asuransi Kesehatan dalam buku ini; untuk informasi lebih lanjut tentang Medicare dan Medicaid, lihat Bab 6: Peraturan Pemerintah pada buku Dasar Asuransi Kesehatan Bagian B.

dikeluarkan untuk perawatan medis menjadi lebih mudah tersedia bagi orang-orang di bawah usia 65 tahun. Perusahaan asuransi swasta sekarang menawarkan cakupan komprehensif untuk perorangan, mengintegrasikan cakupan medis dasar dan utama dalam satu polis dengan deductible dan tanpa batas manfaat maksimum. Dewasa ini, cakupan baru, seperti asuransi perawatan jangka panjang, telah tersedia.

Asuransi Disabilitas Pendapatan

Selama tahun 1970an dan 1980an, liberalisasi penting terjadi di bidang **asuransi disabilitas pendapatan (disability income insurance)** perorangan, yang memberikan manfaat bila tertanggung tidak dapat bekerja karena sakit atau cedera. Polis yang tidak dapat dibatalkan dan dijamin terbarukan sampai usia 65 tahun menjadi lebih tersedia. Seiring penghasilan calon tertanggung meningkat karena inflasi, perusahaan asuransi mulai menawarkan:

- polis dengan manfaat bulanan yang lebih besar;
- pilihan yang menjamin hak tertanggung untuk meningkatkan manfaat di tahun-tahun berikutnya, terlepas dari kondisi fisiknya; dan
- provisi biaya hidup di mana manfaat bulanan meningkat secara berkala sementara tertanggung mengalami disabilitas.

Asuransi disabilitas untuk cakupan perorangan untuk selain risiko normal atau standar juga telah berkembang pesat dalam beberapa tahun terakhir. Dahulu, asuransi semacam itu umumnya tersedia hanya untuk kondisi tertentu yang dikecualikan, meski premi meningkat digunakan untuk beberapa kondisi seperti obesitas, amputasi, dan gangguan penglihatan. Sebagai alternatif untuk mengecualikan cakupan penurunan fungsi, perusahaan asuransi sekarang menawarkan polis pendapatan disabilitas dengan tarif sub standar. Premi bisa mencapai 200% atau lebih dari premi standar, berdasarkan tingkat penurunan fungsi.

Kebutuhan yang Dipenuhi oleh Asuransi Kesehatan

Setiap orang membutuhkan asuransi untuk meringankan beban keuangan akibat perubahan kesehatan yang merugikan. Biaya ini bisa sangat mahal sehingga sangat sedikit orang yang mampu membayar biaya pengobatan atau mengatasi hilangnya pendapatan akibat disabilitas. Asuransi kesehatan membantu memenuhi kebutuhan ini dengan:

- memberikan perlindungan terhadap biaya perawatan medis;
- menyediakan sejumlah pengganti pendapatan; dan/atau
- memberikan pembayaran lump sum untuk kerugian.

Kebutuhan akan Asuransi Biaya Medis

Biaya perawatan medis bisa mencapai jumlah yang besar. Biaya rawat inap lebih dari USD 10.000 dapat terjadi dalam beberapa hari. Pembedahan, termasuk tagihan rawat inap dan dokter, dengan mudah bisa mencapai atau melebihi USD 20.000. Biaya tinggal di rumah sakit 30 hari atau lebih bisa sangat memberatkan.

Dengan biaya ini, orang perlu melindungi diri mereka dengan asuransi kesehatan untuk memastikan mereka menanggung tagihan medis besar melalui paket kelompok atau polis perorangan. Meski begitu, biaya untuk perawatan sederhana dapat merupakan beban keuangan yang berat buat perorangan dan, dalam kasus yang ekstrim, dapat memaksa orang menjadi miskin atau mengalami kebangkrutan. Asuransi kesehatan tambahan-misalnya, untuk menutupi biaya yang keluar dari saku sendiri untuk rawat inap - dapat membantu membayar beberapa biaya tambahan ini. Paket tambahan dibahas pada Bab 3.

Kebutuhan akan Asuransi Disabilitas Pendapatan

Banyak orang mengalami kesulitan untuk bertahan hidup dengan pendapatan mereka meskipun sehat. Orang dewasa yang bekerja membutuhkan asuransi disabilitas pendapatan karena adanya potensi beban keuangan karena tidak bisa mendapatkan gaji penuh akibat sakit atau cedera. Asumsikan bahwa seseorang berusia 50 tahun terluka dan tidak dapat bekerja, dan bahwa cedera tersebut tidak mempersingkat hidupnya. Jika penghasilan bulanan orang ini adalah USD 3.000, kehilangan gaji setiap tahunnya adalah USD 36.000. Jumlah total pendapatan yang hilang antara usia 50 dan usia pensiun normal 65 akan menjadi USD 1.260.000. Hal ini tentu suatu jumlah yang layak diasuransikan.

Kebutuhan akan Asuransi Perawatan Jangka Panjang

Populasi AS menua, dan kemungkinan kebutuhan asuransi perawatan jangka panjang meningkat seiring bertambahnya usia. Selain itu, keluarga berukuran lebih kecil, perceraian, dan penyebaran geografis keluarga dapat menyebabkan orang yang lebih tua berada dalam situasi di mana tidak ada pemberi perawatan keluarga dan perawatan bayaran formal adalah satu-satunya alternatif. Diperkirakan bahwa seseorang berusia 65 menghadapi 43 persen kemungkinan memasuki panti perawatan atau panti wreda selama sisa masa hidupnya.

Biaya untuk perawatan terampil di panti perawatan bisa mencapai atau melebihi USD 40.000 per tahun, dan perawatan formal di rumah bisa sangat mahal. Asuransi perawatan jangka panjang dapat membantu memenuhi biaya ini. Polis ini umumnya menawarkan manfaat harian untuk membantu membayar biaya panti wreda dan perawatan formal di rumah

yang disediakan oleh perawat atau asisten kesehatan rumahan (home health aide). Karena panti perawatan terus meningkat setiap tahun, banyak polis perawatan jangka panjang menawarkan manfaat untuk membantu membayar biaya perawatan yang meningkat.

Pengembangan Asuransi Kumpulan

Pada tahun 1911 Montgomery Ward and Company merundingkan program asuransi untuk memberikan manfaat mingguan bagi karyawannya yang tidak dapat bekerja karena sakit atau cedera. Program ini umumnya dianggap sebagai polis asuransi kesehatan kumpulan yang pertama. Pada tahun-tahun berikutnya, banyak perusahaan asuransi besar mendirikan produk asuransi kesehatan kumpulan.

Asuransi Accidental Death and Dismemberment (AD&D)

Dari tahun 1911 sampai 1917 satu-satunya bentuk asuransi kesehatan kumpulan yang tersedia adalah asuransi disabilitas pendapatan jangka pendek untuk disabilitas sementara yang diakibatkan oleh sakit atau kecelakaan di luar hubungan kerja. Selama periode ini, jelas bagi perusahaan asuransi bahwa mereka mungkin menawarkan layanan penting kepada karyawan dengan memberikan manfaat untuk kematian yang tidak disengaja atau cacat tetap karena kehilangan penglihatan atau anggota badan yang tidak disengaja. Karena kerugian kecelakaan di luar hubungan kerja tidak termasuk dalam undang-undang kompensasi pekerja, polis asuransi jiwa dan kesehatan perorangan menawarkan jenis ganti rugi ini. Pada tahun 1917 asuransi **kematian akibat kecelakaan dan kehilangan anggota badan (accidental death and dismemberment, AD&D)** ditawarkan sebagai asuransi pelengkap kumpulan.

Asuransi Disabilitas Pendapatan

Asuransi pendapatan cacat jangka pendek (short-term disability income insurance, STDI) tidak berubah secara bermakna dalam 40 tahun pertama setelah negosiasi kontrak Montgomery Ward. Asuransi hanya mencakup disabilitas sementara, dan jarang sekali program tersebut memiliki jangka waktu yang melebihi satu tahun. Sebagian besar paket program menyediakan cakupan selama 13 atau 26 minggu.

Mulai 1942, empat negara bagian (Rhode Island, 1942; California, 1946; New Jersey, 1948; dan New York, 1949) mendorong pertumbuhan cakupan disabilitas pendapatan kumpulan dengan mengadopsi paket manfaat cacat sementara menjadi wajib. Hawaii dan Puerto Rico juga mengadopsi program disabilitas wajib pada tahun 1969. Minat terhadap program semacam itu mengalami penurunan; penyebaran paket sukarela telah

menghilangkan sebagian besar motivasi pemerintah untuk memberlakukan program manfaat disabilitas secara wajib.

Di tahun 1940an beberapa perusahaan asuransi mulai mencoba memperpanjang **asuransi disabilitas pendapatan jangka pendek (short-term disability income insurance, STDI)** yang kini dikenal dengan **asuransi disabilitas pendapatan jangka panjang (long-term disability income insurance, LTDI)**. Paket LTDI pertama, yang memberikan pertanggungan sampai lima tahun, digunakan khususnya untuk karyawan kelas bergaji tinggi tertentu, seperti yang bekerja pada bidang manajemen dan penyeliaan. Sekarang ini, paket yang menanggung seluruh karyawan aktif sampai usia pensiun normal untuk disabilitas karena cedera atau sakit merupakan paket yang umum.

Manfaat Biaya Medis Dasar

Usulan untuk mewajibkan manfaat **biaya medis bedah rumah sakit (hospital-surgical, medical expense)**, dikenalkan pada awal 1900an, namun Samuel Gompers, yang saat itu menjadi pimpinan American Federation of Labor, malah menolak asuransi kesehatan wajib karena terlalu paternalistik. Tidak sampai tahun 1911, ketika Inggris Raya memberlakukan National Health Insurance Act, maka konsep pemberian tunjangan biaya perawatan medis tersebut menjadi penting di Amerika Serikat. Di awal 1920an rumah sakit swasta di Rockford, Illinois; Grinnell, Iowa; New Bedford, Massachusetts; dan Brattleboro, Vermont, menawarkan biaya perawatan rumah sakit secara pra-bayar untuk perorangan.

Prinsip pembayaran di muka kumpulan untuk biaya rumah sakit (premi yang dibayar di muka untuk layanan khusus yang ditanggung penuh) berasal dari Baylor University Hospital di Dallas, Texas. Pada tahun 1929, sekitar 1.500 guru sekolah yang menjadi anggota komunitas sosial menanggung 21 hari setahun untuk biaya inap dan makan di kamar semi privat dan layanan rumah sakit dan alat habis pakai yang diperlukan. Pada awal Depresi, rumah sakit menghadapi penurunan pendapatan, menyambut konsep kelompok Baylor. Depresi ekonomi juga menjadikan perhatian masyarakat lebih kepada tingkat yang lebih tinggi dari pada sebelumnya mengenai masalah biaya perawatan medis.

Baylor Plan dianggap sebagai pendahulu dari apa yang kemudian dikenal sebagai paket Blue Cross. Program prabayar rumah sakit perorangan lainnya dikembangkan di New Jersey, Minnesota, dan North Carolina pada tahun 1931. Paket untuk seluruh kota yang pertama ditawarkan oleh rumah sakit di Sacramento, California pada tahun 1932, Washington, DC pada tahun 1934, dan New York City pada tahun 1935. Pada tahun 1935

ada pergeseran dari program manfaat biaya rumah sakit dari rumah sakit perorangan ke program masyarakat menjadi hal yang umum.

Manfaat Biaya Rumah Sakit, Jasa Dokter, dan Medis

Pada tahun 1934, General Tire & Rubber Company meminta Equitable Life Assurance Society di Amerika Serikat untuk menambahkan biaya perawatan rumah sakit ke program asuransi kumpulan yang ada. Sekitar waktu yang sama, Occidental Life of California menambahkan biaya rumah sakit kepada polis asuransi disabilitas pendapatan jangka pendek yang ada untuk jaringan toko grosir yang besar.

Pengembangan manfaat biaya rumah sakit kumpulan merupakan langkah penting dalam membantu karyawan memenuhi biaya perawatan medis. Langkah selanjutnya adalah cakupan biaya dokter bedah dan biaya jasa dokter untuk kunjungan di rumah sakit, rumah, dan tempat praktek. Perusahaan asuransi swasta memperkenalkan manfaat bedah kumpulan pada tahun 1938, diikuti oleh biaya pengobatan kumpulan untuk mencakup kunjungan dokter pada tahun 1943. Paket Pengobatan-Bedah Blue Shield yang pertama (California Physicians' Service) dikembangkan untuk program kesehatan prabayar yang disponsori komunitas medis di negara bagian, pada 1939.

Manfaat Biaya Medis Utama

Meskipun bermanfaat bagi sebagian besar sakit dan kecelakaan, **cakupan biaya perawatan medis dasar (basic medical expense coverages)** yang dikembangkan selama tahun 1930an dan 1940an tidak memadai untuk rawat inap berkepanjangan dan prosedur mahal. Untuk menyediakan asuransi terhadap biaya medis yang mahal tersebut, Liberty Mutual Insurance Company memperkenalkan "medis utama" pada tahun 1949 untuk melengkapi manfaat biaya perawatan medis dasar. Pendekatan baru yang dramatis terhadap biaya perawatan medis ini menghasilkan 90% pendaftaran dari anggota Elfun Society (sebuah asosiasi sekitar 4.000 karyawan manajemen General Electric) ketika **manfaat biaya medis utama (major medical expense benefit)** kumpulan pertama dibuat pada tahun 1949.

Penanggung awalnya membuat polis biaya medis utama sebagai pelengkap cakupan perawatan medis dasar mereka sendiri atau untuk perlindungan yang diberikan oleh Blue Cross/Blue Shield. Saat ini, asuransi biaya medis utama mencakup hampir semua jenis biaya perawatan medis, baik di dalam maupun di luar rumah sakit.

Asuransi Biaya Perawatan Gigi

Pada awal 1945, American Dental Association (ADA) mengadopsi rekomendasi untuk paket gigi pra-bayar eksperimental secara nirlaba. Dengan begitu, ADA menyadari bahwa seseorang yang mengunjungi dokter gigi secara teratur dapat menganggarkan biaya kebutuhan gigi sampai batas tertentu. ADA juga menyadari bahwa hanya sedikit informasi yang tersedia mengenai apakah **asuransi biaya perawatan gigi (dental expense insurance)** bisa layak secara finansial.

Program pra-bayar gigi eksperimental, dimulai secara hati-hati di tahun 1950an, memberikan perawatan gigi untuk kelompok tertentu. Pada Agustus 1959, paket asuransi biaya kesehatan kumpulan komprehensif pertama, yang mencakup semua jenis layanan, dibuat oleh Continental Casualty Company.

Manfaat Kesehatan Lainnya

Manfaat asuransi kesehatan kumpulan lainnya dikembangkan selama ini, termasuk **asuransi kesehatan kredit (credit health insurance)** pada tahun 1950; **manfaat perawatan penglihatan (vision care benefit)** pada tahun 1957; manfaat fasilitas perawatan tambahan atau **fasilitas keperawatan terampil (skilled nursing facility, SNF)** pada tahun 1959; **manfaat obat resep (prescription drug benefit)** pada tahun 1964; dan **hospice care, perawatan kesehatan di rumah (home health care)**, dan **manfaat perawatan jangka panjang (long-term care benefit, LTC)** pada tahun 1980an.

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan Asuransi Kesehatan Kumpulan

Beberapa kekuatan ekonomi, sosial, dan politik mempengaruhi pertumbuhan asuransi kumpulan. Pada awal abad ke-20, masyarakat Amerika semakin industrial dan urban; kewajiban keluarga tradisional untuk merawat yang tua dan yang sakit pun menurun. Juga, ketidakpuasan dengan tindakan pemerintah untuk mengatasi orang sakit, orang tua, dan orang miskin meningkat. Kecenderungan umum ini menjadi arena pengembangan asuransi kumpulan.

Faktor lain yang ikut bertanggung jawab atas pertumbuhan asuransi kumpulan yang pesat dan luas mencakup tuntutan serikat pekerja, perlakuan pajak yang menguntungkan, manfaat yang diperluas, permintaan konsumen, dan kebutuhan demografis yang terus berubah.

Pengendalian Upah Selama Perang Dunia II

Selama Perang Dunia II pemerintah federal memberlakukan upah industri dan pengendalian harga untuk mengendalikan inflasi. Karena kontribusi pemberi kerja terhadap tunjangan, termasuk paket asuransi, tidak dikendalikan, pengusaha beralih ke asuransi kumpulan dan program pensiun untuk menambah upah sebagai alat untuk menarik dan mempertahankan karyawan.

Tuntutan Serikat Pekerja Melalui Daya Tawar Kolektif

Wagner Act (National Labor Relations Act 1935) memberi karyawan hak untuk mengatur serikat pekerja dan melakukan tawar-menawar secara kolektif dengan atasan mereka mengenai upah, jam kerja, dan kondisi pekerjaan lainnya. Namun, dorongan nyata untuk program kesejahteraan karyawan yang dirundingkan terjadi pada tahun 1948 ketika National Labor Relations Board memutuskan, dalam sebuah perselisihan antara United Steelworkers' Union dan Inland Steel Company, bahwa istilah upah "harus ditafsirkan untuk memasukkan nilai emolumen, seperti tunjangan pensiun dan manfaat asuransi."

Dalam menyelesaikan masalah ini dalam keputusannya yang terkenal pada tahun 1949, Supreme Court menghapus keraguan tentang hak kerja untuk melakukan tawar-menawar secara kolektif mengenai upah, jam kerja, atau kondisi pekerjaan lainnya, termasuk program pensiun dan asuransi. Keputusan tersebut dengan jelas menetapkan bahwa asuransi kumpulan dan tunjangan lainnya berada dalam lingkup tawar-menawar kolektif, yang melahirkan sebagian besar program kesejahteraan pekerja pasca-Perang Dunia II.

Meskipun mereka tidak diharuskan untuk melakukannya, sebagian besar pengusaha memperluas manfaat yang dirundingkan untuk karyawan anggota serikat kepada pegawai yang bukan anggota serikat. Saat ini, semua pekerja - serikat pekerja dan non serikat, sama - mengakui manfaat asuransi sebagai bagian integral dari **paket kompensasi karyawan (employee compensation plan)**.

Perlakuan Pajak Premi

Premi yang dibayarkan oleh pemberi kerja untuk asuransi kelompok karyawan diperlakukan sebagai biaya perusahaan. Premi yang dibayarkan oleh pemberi kerja bukan merupakan penghasilan kena pajak bagi karyawan kecuali dalam kondisi tertentu untuk sejumlah asuransi jiwa.

Karyawan yang memerinci pemotongan pajak penghasilan federal dapat mengurangi iuran asuransi biaya perawatan medis dan gigi sesuai dengan persyaratan keseluruhan untuk pemotongan biaya medis dan gigi.

Berdasarkan undang-undang pajak pendapatan federal sekarang, asuransi biaya perawatan medis dan gigi terbatas pada cakupan seperti rawat inap, biaya dokter, dan obat-obatan. Ini tidak termasuk premi untuk asuransi kematian dan kehilangan anggota badan akibat kecelakaan (AD&D) atau asuransi disabilitas pendapatan jangka pendek (STDI) dan jangka panjang (LTDI).

Undang-undang federal, Health Insurance Portability and Accountability Act tahun 1996 (HIPAA), efektif berlaku 1 Januari 1997, memungkinkan, dengan batasan tertentu, pengurangan pajak atas premi asuransi dan layanan perawatan jangka panjang sebagai biaya medis. Perundang-undangan yang sama ini secara bertahap meningkatkan persentase biaya premi asuransi kesehatan yang dapat dikurangkan sendiri oleh wiraswasta, berapa pun besarnya biaya pengobatan lainnya, hingga maksimum 80% di tahun 2006 dan sesudahnya.

Perundang-undangan Jaminan Sosial

Undang-undang negara bagian dan federal memiliki efek yang nyata pada bisnis asuransi kesehatan kumpulan. Negara bagian dan wilayah dengan undang-undang perlindungan wajib disabilitas sementara yang disebutkan sebelumnya mengizinkan perusahaan asuransi kesehatan untuk membuat cakupan disabilitas pendapatan jangka pendek untuk memenuhi persyaratan undang-undang ini (kecuali Rhode Island, yang memiliki dana negara bagian). Dana negara bagian California dan New Jersey dilakukan dengan cara yang menempatkan perusahaan asuransi pada posisi yang tidak menguntungkan, dan dana negara di sana memberikan sebagian besar cakupan ini. Perusahaan asuransi swasta dapat memberikan manfaat hukum dan bersaing dengan dana negara bagian di New York, Hawaii, dan Puerto Rico, dan kadang-kadang di New Jersey.

Juga, setengah dari jumlah negara bagian telah meningkatkan jumlah orang memiliki asuransi kesehatan dengan memberlakukan undang-undang yang menetapkan program kesehatan untuk orang-orang yang dikategorikan tidak dapat diasuransikan. Selain premi yang dibayarkan oleh tertanggung, program ini terkadang dibiayai melalui pool dana di seluruh negara bagian di mana semua perusahaan asuransi yang beroperasi di negara bagian diminta untuk berkontribusi. Melalui mekanisme ini, premi untuk kelompok kecil dan perorangan dapat dijaga pada tingkat yang terjangkau.

Di tingkat federal, undang-undang seperti tunjangan disabilitas jaminan sosial, Medicare, Medicaid, dan Health Maintenance Organization Act tahun 1975 telah mempengaruhi pertumbuhan asuransi kesehatan kumpulan dan perancangan produk yang disediakan oleh perusahaan asuransi. Misalnya, beberapa program asuransi disabilitas pendapatan jangka panjang melengkapi manfaat yang ada dalam program Jaminan Sosial.

Perluasan Konsep Asuransi Kumpulan

Sejak Perang Dunia II, asuransi kumpulan diperluas untuk mencakup produk dan peserta yang lebih luas. Penanggung memiliki paket kumpulan untuk asosiasi dagang, asosiasi profesi, dan dana wali amanah beberapa perusahaan, dan mereka memperluas biaya perawatan kumpulan untuk pensiunan dan keluarganya (dependent). Penanggung juga bisa mengubah cakupan biaya medis kumpulan menjadi polis perorangan.

Dampak Konsumerisme

Konsumerisme, pengaruh yang kuat di pasar sejak tahun 1960an, adalah gerakan sosial yang mendukung hak dan kekuatan pembeli dalam kaitannya dengan penjual. Pendukung konsumen ingin pembeli memiliki informasi yang memadai tentang produk atau layanan, termasuk kualitas, kuantitas, kelebihan, kekurangan, garansi, dan harga.

Mencerminkan kekhawatiran konsumen, berbagai negara bagian telah mengatur cakupan asuransi kesehatan kumpulan untuk alkoholisme, kecanduan obat-obatan, perawatan kesehatan di rumah, gangguan mental dan saraf, anak-anak yang baru lahir, anak-anak cacat, dan kelanjutan manfaat kesehatan anggota keluarga yang di tinggal mati. Penanggung juga menawarkan manfaat baru untuk mengatasi masalah tersebut. Selain itu, legislatif negara bagian memberlakukan undang-undang yang mengamankan manfaat asuransi kesehatan minimum dan kerahasiaan informasi perawatan medis. Perundang-undangan federal mewajibkan pengusaha membuat kesinambungan cakupan yang tersedia bagi karyawan yang diberhentikan. Perundang-undangan federal baru-baru ini membuat batasan yang signifikan pada kemampuan perusahaan asuransi dan pengusaha untuk menolak cakupan berdasarkan paket kumpulan dan perorangan berdasarkan kondisi kesehatan yang sudah ada sebelumnya.

Adalah wajar bahwa bisnis asuransi harus menjadi perhatian konsumen, karena sifat fidusia atau kepercayaan dari bisnis (perusahaan asuransi dipercaya dengan tanggung jawab untuk bertindak demi kepentingan penerima manfaat) dan karena hal itu mempengaruhi banyak orang merupakan hal yang penting dan berarti untuk sepanjang hidup mereka.

Perluasan Manfaat

Faktor lain yang berkontribusi terhadap pertumbuhan asuransi kumpulan adalah perluasan manfaat selama bertahun-tahun untuk mengatasi berbagai masalah cakupan dan biaya. Misalnya, asuransi kesehatan dasar awalnya diberikan 21 hari dengan jumlah terbatas per hari untuk cakupan di rumah sakit dan biaya operasi maksimum sebesar USD 200 sampai USD 300. Sekarang penggantian medis utama diganti untuk jumlah hari rawat

inap yang tidak terbatas dan biaya yang wajar dan biasa, seringkali dengan jumlah maksimum USD 1 juta atau lebih.

Demografi Populasi

Sebagian besar paket tunjangan karyawan dirancang untuk memenuhi kebutuhan unit keluarga tradisional pada tahun 1940an dan 1950an - seorang pegawai laki-laki dengan istri tidak bekerja dan dua atau tiga anak kecil. Kekuatan kerja dan struktur keluarga dewasa ini sangat berbeda, dengan lebih banyak wanita bekerja dan peningkatan signifikan dalam rumah tangga yang dikepalai oleh ibu tunggal.

Sebagai tanggapan terhadap perubahan demografi, asuransi kumpulan mengembangkan banyak manfaat baru. Program manfaat yang fleksibel menawarkan berbagai manfaat dan membiarkan peserta memilih yang paling sesuai dengan kebutuhan mereka. Pilihan manfaat sering termasuk asuransi jiwa, disabilitas jangka panjang, perawatan medis, perawatan gigi, perawatan penglihatan, dan pengeluaran fleksibel.

Perubahan demografis lainnya adalah populasi yang semakin menua. Sebagian dari angkatan kerja sudah pensiun atau akan segera pensiun. Selama bertahun-tahun, banyak pengusaha menambahkan manfaat asuransi kesehatan pasca pensiun untuk tunjangan pensiun kumpulan mereka yang ada. Namun, baru-baru ini, karena standar akuntansi keuangan baru yang mewajibkan manfaat ini diakui sebagai kewajiban perusahaan, pemberi kerja sering memodifikasi program mereka untuk memasukkan pengurangan manfaat pensiunan, persyaratan kelayakan yang lebih ketat, dan peningkatan iuran dari pensiunan.

Permintaan dan Biaya Perawatan Medis

Pengenalan dan penggunaan banyak obat yang sangat efektif, kemajuan dalam layanan diagnostik, dan prosedur baru pembedahan menyelamatkan jiwa yang telah meningkatkan penggunaan layanan dan fasilitas perawatan medis. Meningkatnya permintaan juga merupakan hasil dari faktor-faktor seperti ketersediaan dan keragaman layanan dan fasilitas perawatan kesehatan yang lebih luas dengan penggantian yang luas oleh pembayar pihak ketiga, perubahan citra publik rumah sakit dari tempat untuk meninggal ke tempat untuk mempertahankan kehidupan, dan penggunaan rumah sakit yang lebih sering untuk tujuan diagnostik dan non pembedahan.

Tingkat pendidikan kesehatan yang lebih luas dengan menggunakan media massa, sistem sekolah, masyarakat medis, pengusaha, serikat pekerja, perusahaan asuransi kesehatan, agen sukarela, dan semua tingkat pemerintahan juga telah memperluas kesadaran masyarakat akan masalah kesehatan dan, pada akhirnya, meningkatkan permintaan untuk perawatan

medis dan perawatan. Sementara itu, perawatan medis yang lebih teknis dan sangat khusus telah mengakibatkan kenaikan harga perawatan tersebut. Dalam beberapa tahun terakhir komponen perawatan medis dari indeks harga konsumen telah meningkat sekitar dua kali lipat dari rata-rata semua barang dan jasa.

Kombinasi permintaan dan kenaikan biaya yang lebih besar ini menyebabkan meningkatnya minat dalam mengelola biaya kesehatan. Salah satu pendekatan yang dilakukan oleh perusahaan asuransi dan pengusaha adalah untuk menerapkan program tinjauan pemanfaatan, untuk memastikan bahwa layanan perawatan kesehatan digunakan dengan tepat. Lain adalah penetapan pengaturan perawatan yang dikelola seperti health maintenance organization (HMO) dan preferred provider organization (PPO).

Biaya pembiayaan perawatan kesehatan sangat berdampak pada industri asuransi kesehatan. Karyawan berbagi porsi biaya asuransi kesehatan yang meningkat dengan menggunakan deductible dan coinsurance.

Penyakit katastropik seperti acquired immune deficiency syndrome (AIDS) juga telah meninggalkan jejak di industri asuransi kesehatan. Penggunaan konsep managed care, seperti manajemen kasus medis, dan dukungan untuk penelitian dan pendidikan adalah dua tanggapan industri terhadap penyakit tersebut.

Persaingan

Pasar yang sangat kompetitif juga telah mempengaruhi perkembangan asuransi kumpulan. Agar tetap kompetitif, pasar asuransi kumpulan harus terus mengembangkan produk baru, konsep cakupan, dan wahana pendanaan. Produk baru ini memberikan alternatif bagi pembeli asuransi kumpulan.

Kualitas layanan yang diberikan merupakan faktor yang semakin penting dalam memperoleh dan mempertahankan pemegang polis asuransi kumpulan. Kemampuan perusahaan asuransi untuk mengomunikasikan program tersebut secara efektif dan untuk memberikan administrasi yang baik, kemampuan komputer, dan pembayaran klaim yang cepat dan tepat sangat penting bagi keberhasilan program kumpulan dan mempertahankan pemegang polis.

Faktor kompetitif lainnya adalah kemampuan perusahaan asuransi untuk menegosiasikan kontrak diskon dengan rumah sakit dan dokter. Konsesi ini menciptakan keuntungan biaya yang berbeda dari perusahaan asuransi yang tidak memiliki pengaturan diskon.

Ada faktor kompetitif lain - program tunjangan karyawan yang didanai sendiri atau didanai pemberi kerja sebagian. Keinginan untuk memperbaiki

arus kas dan mengurangi kewajiban perpajakan telah menyebabkan banyak pengusaha melakukan pendekatan asuransi mandiri atau sebagian. Dengan demikian, banyak perusahaan asuransi swasta hanya mengembangkan jasa layanan administrasi (ASO) untuk program asuransi mandiri.

Perkembangan Asuransi Kesehatan di Indonesia

Perusahaan Asuransi Pertama di Indonesia

Asuransi Jiwa Bersama (AJB) Bumiputera 1912 pada saat didirikan bernama **Onderlinge Lavenzekering Maatschappij Persatoean Goeroe-Goeroe Hindia Belanda (OL.Mij. PGHB)** di Magelang pada 12 Februari 1912 dalam Kongres Persatoean Goeroe-Goeroe Hindia Belanda (PGHB). Pendirian AJB Bumiputera berdiri diprakarsai oleh 3 orang yaitu Mas Ngabehi Dwidjosewojo, Mas Karto Hadi Karto Soebroto dan Mas Adimidjojo. Pada January 1966, perusahaan mengubah namanya menjadi Asuransi Jiwa Bersama (AJB) Bumiputera 1912., dan sejauh ini AJB Bumiputera 1912 merupakan perusahaan mutual dan perusahaan asuransi yang didirikan oleh bangsa sendiri.

Sebelum tahun 1912 ada beberapa perusahaan asuransi Belanda berdiri di Indonesia (Hindia Belanda) seperti **NILLMIJ (Nederlandsch Indiesche Levensverzekering en Liffrente Maatschappij)** berdiri 31 Desember 1859 yang merupakan perusahaan asuransi jiwa yang pertama di Indonesia. NILLMIJ akhirnya setelah mengalami nasionalisasi dan beberapa kali merger serta pergantian nama perusahaan, pada 14 Juli 2003 menjadi **PT Asuransi Jiwasraya (Persero)**.

Demikian pula **NV Assurantie Maatshappij De Nederlandern** dan **Bloom Vander EE** yang berdiri tahun 1845 merupakan perusahaan asuransi kerugian, mengalami nasionalisasi dan beberapa kali merger serta pergantian nama perusahaan, pada 1972 menjadi **PT Asuransi Jasa Indonesia (Persero)**.

Pertanggung jawaban asuransi kesehatan umumnya terdapat sebagai **rider** pada polis asuransi jiwa, dan dewasa ini beberapa pertanggung jawaban asuransi kesehatan muncul sebagai produk asuransi kecelakaan diri, asuransi biaya perawatan kesehatan baik perorangan maupun kumpulan. Selain asuransi kesehatan sebagai program ganti rugi (**indemnity**), ada pula produk asuransi kesehatan dengan fitur **managed care** yang dipasarkan baik oleh perusahaan asuransi jiwa maupun oleh perusahaan asuransi kerugian atau asuransi umum di Indonesia.

Undang-Undang Terkait Perasuransian

Pada tahun 1992 terbit beberapa undang-undang memicu perkembangan industri asuransi Indonesia, yakni **UU No 2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian**, **UU No 3 tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek)**, **UU No 11 tahun 1992 tentang Dana Pensiun**, dan **UU No 23 tahun 1992 tentang Kesehatan**.

Salah satu dari program Jamsostek bagi semua perusahaan yang mempekerjakan lebih dari 10 tenaga kerja, pengusaha atau pemberi kerja wajib mengikutsertakan pekerja dan keluarganya dalam program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK), dengan opting-out provision di mana bila pemberi kerja bisa memberikan perlindungan yang lebih baik dari JPK Jamsostek diperkenankan tidak ikut dalam program JPK Jamsostek. Ketentuan ini merupakan pilihan bagi pemberi kerja untuk merancang program kesejahteraan karyawan sesuai kekuatan pendanaan masing-masing, apakah dikelola sendiri atau swa-asuransi (self-insured) ataupun dengan membeli produk asuransi kesehatan. Asuransi komersial menangkap peluang tersebut dengan menawarkan manfaat-manfaat yang lebih baik dari pada manfaat program JPK Jamsostek. Program JPK Jamsostek merupakan program perawatan kesehatan dasar (floor protection) sepenuhnya menerapkan fitur-fitur managed care. Selain program JPK pada undang-undang ini, terdapat program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) merupakan program kompensasi tenaga kerja yang memberikan jaminan penggantian penghasilan pekerja yang hilang akibat kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja dengan formula tertentu. Untuk cakupan atau pertanggungansian 24 jam, asuransi komersial menjual produk kecelakaan non-occupational untuk menutupi kekurangan manfaat program JKK.

UU No 23 tahun 1992 tentang Kesehatan juga memberi peluang berdirinya badan penyelenggara (Bapel) Jaminan Pemeliharaan Masyarakat (JPKM) yang memasarkan produk asuransi kesehatan dengan menerapkan fitur-fitur managed care, yang pengaturan sepenuhnya waktu itu di bawah Departemen Kesehatan, bukan di bawah otoritas asuransi (Departemen Keuangan).

UU No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mewajibkan beberapa program asuransi sosial termasuk di dalamnya program JPK dan JKK. Program JKK SJSN secara prinsip tidak jauh berbeda dengan program JKK Jamsostek, sedangkan program JPK SJSN yang lebih dikenal dengan nama program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak lagi mengenal opting-out provision yang memberi dampak kepada industri asuransi komersial. Efektivitas undang-undang baru berjalan setelah

terbitnya UU No 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), dan itupun BPJS baru mulai beroperasi pada tahun 2014.

UU No 21 tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan (OJK) mengatur fungsi dan tugas dan wewenang yang dimiliki OJK dalam kegiatan di sektor jasa keuangan, termasuk di dalamnya industri asuransi. Pengaturan ini lebih memperjelas peran otoritas asuransi yang sebelumnya masih di bawah Departemen Keuangan, dan Bapepam-LK.

Terakhir **UU No 40 tahun 2014 tentang Perasuransian**, diterbitkan untuk menggantikan UU No 2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian, yang antara lain juga untuk mengakomodasi perkembangan industri, termasuk bisnis perasuransian syariah.

Ringkasan

Perusahaan telah mengembangkan produk asuransi kesehatan untuk mencerminkan perubahan dalam lingkungan sosial ekonomi. Baik berbagai manfaat dan cakupan telah meningkat untuk memenuhi perubahan kebutuhan. Proses ini bisa diharapkan berlanjut seiring tuntutan publik meningkat. Sebagai perusahaan asuransi mendapatkan lebih banyak pengalaman dan pengetahuan, bentuk liputan yang lebih beragam pun bisa berkembang.

Persaingan dan kebutuhan untuk mengendalikan biaya telah menyebabkan berbagai kombinasi alternatif dan bentuk opsi pengiriman asuransi kesehatan. Managed care, yang cepat menjadi bentuk utama penyelenggaraan asuransi kesehatan, mengintegrasikan pembiayaan dan penyampaian layanan perawatan kesehatan yang sesuai. Penyedia dalam paket managed care menawarkan layanan kesehatan standar dengan biaya yang ditetapkan di muka yang umumnya lebih rendah daripada pengaturan biaya-untuk-layanan (fee-for-service) tradisional. Terkadang perusahaan asuransi atau pemberi kerja bergabung dalam pengaturan ini. Dalam semua pengaturan managed care, terdapat lebih banyak panduan tentang pemantauan pemanfaatan dan biaya daripada pengaturan tradisional.

Industri asuransi kesehatan telah menikmati pertumbuhan yang pesat sepanjang sejarahnya karena pentingnya bagi perorangan dan kesejahteraan ekonomi nasional. Pertumbuhan paket asuransi kumpulan sangat dipengaruhi oleh banyak perubahan kekuatan ekonomi, sosial, dan politik dalam beberapa dekade terakhir. Untuk memenuhi permintaan konsumen dan untuk menanggapi perubahan demografi, asuransi kesehatan telah berkembang - dan terus berkembang - jenis tunjangan yang tersedia. Penanggung juga telah responsif terhadap kenaikan biaya perawatan kesehatan dan pasar yang sangat kompetitif dengan

menciptakan bentuk pemberian asuransi kesehatan alternatif agar sesuai dengan kebutuhan konsumen dan pembeli asuransi kesehatan. Bisnis asuransi kesehatan akan terus tumbuh dan berubah, merespons kebutuhan orang-orang yang membantu memberikan perlindungan dan jaminan finansial.

Perkembangan terakhir industri asuransi di Indonesia dipengaruhi oleh berlakunya beberapa undang-undang terkait sektor perasuransian, seperti penguatan otoritas asuransi melalui UU OJK, asuransi kesehatan publik melalui UU SJSN dan UU BPJS, serta pengaturan industri asuransi melalui UU Perasuransian, di mana semua perundangan ini terbit pada awal abad ke-21 ini.

Istilah Penting

| | |
|---|---|
| <i>Accident insurance</i> | <i>Asuransi kecelakaan</i> |
| <i>Accidental death and dismemberment (AD&D) policies</i> | <i>Polis kematian dan kehilangan anggota badan akibat kecelakaan (AD&D)</i> |
| <i>Administrative services only (ASO)</i> | <i>Layanan administrasi saja (ASO)</i> |
| <i>Amstrong investigation</i> | <i>Penyelidikan Amstrong</i> |
| <i>Baylor plan</i> | <i>Paket Baylor</i> |
| <i>Blue cross/Blue Shield plans</i> | <i>Paket Blue Cross/Blue Shield</i> |
| <i>Competition</i> | <i>Persaingan</i> |
| <i>Dental expense insurance</i> | <i>Asuransi perawatan gigi</i> |
| <i>Disability income insurance</i> | <i>Asuransi disabilitas pendapatan</i> |
| <i>Flexible benefit plan</i> | <i>Program manfaat yang fleksibel</i> |
| <i>Group hospital expense benefits</i> | <i>Manfaat biaya rumah sakit kumpulan</i> |
| <i>Guaranteed renewable policy</i> | <i>Polis dijamin diperbarui</i> |
| <i>Health maintenance organization (HMO)</i> | <i>Health maintenance organization (HMO)</i> |
| <i>Long-term care insurance</i> | <i>Asuransi perawatan jangka panjang</i> |
| <i>Major medical expense insurance</i> | <i>Asuransi biaya medis utama</i> |
| <i>Managed health care</i> | <i>Managed health care</i> |
| <i>Medicaid</i> | <i>Medicaid</i> |
| <i>Medical expense insurance</i> | <i>Asuransi biaya medis</i> |
| <i>Medicare</i> | <i>Medicare</i> |
| <i>Mutual company</i> | <i>Perusahaan mutual</i> |
| <i>National Association of Insurance Commissioners (NAIC)</i> | <i>National Association of Insurance Commissioners (NAIC)</i> |
| <i>Noncancellable policy</i> | <i>Polis yang tidak dapat dibatalkan</i> |
| <i>Opting-out provision</i> | <i>Ketentuan opting-out</i> |
| <i>Preferred provider organization (PPO)</i> | <i>Preferred provider organization (PPO)</i> |
| <i>Riders</i> | <i>Rider, Tambahan, Tumpangan</i> |
| <i>Self-insured</i> | <i>Asuransi mandiri, Swa-asuransi</i> |
| <i>Sickness insurance</i> | <i>Asuransi sakit</i> |
| <i>Standard provisions law</i> | <i>Standard Provisions Law</i> |
| <i>Supplemental medical insurance</i> | <i>Asuransi kesehatan suplemen</i> |
| <i>Uniform Policy Provisions Law (UPPL)</i> | <i>Uniform Policy Provisions Law (UPPL)</i> |

Istilah Penting Lainnya

JKK

JKN

JPK Jamsostek

UU BPJS

UU Jamsostek

UU Kesehatan

UU Perasuransian

UU SJSN

UU OJK

Jaminan Kecelakaan Kerja

Jaminan Kesehatan Nasional

*Jaminan Pemeliharaan Kesehatan dalam
Program Jamsostek*

UU No 24 tahun 2011 tentang BPJS

*UU No 3 tahun 1992 tentang Jamsostek,
digantikan dengan UU No 40 tahun 2004
tentang SJSN*

UU No 23 tahun 1992 tentang Kesehatan

UU No 40 tahun 2014 tentang

*Perasuransian, menggantikan UU No 2
tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian*

UU No 40 tahun 2004 tentang SJSN

UU No 21 tahun 2011 tentang OJK

Bab 2

Konsep Risiko dan Asuransi

| | |
|--|----|
| <i>Konsep Risiko</i> | 27 |
| <i>Risiko, Peril dan Hazard</i> | 27 |
| <i>Risiko Murni vs Risiko Spekulatif</i> | 28 |
| <i>Risiko Statis dan Risiko Dinamis</i> | 28 |
| <i>Risiko Dasar dan Risiko Khusus</i> | 29 |
| <i>Manajemen Risiko</i> | 30 |
| <i>Menghindari Risiko</i> | 30 |
| <i>Mengurangi Risiko</i> | 30 |
| <i>Menghadapi Risiko</i> | 30 |
| <i>Mengalihkan Risiko</i> | 30 |
| <i>Mekanisme Asuransi</i> | 31 |
| <i>Definisi Asuransi</i> | 31 |
| <i>Cara Bekerja Sistem Asuransi</i> | 31 |
| <i>Perbedaan Asuransi dengan Judi</i> | 32 |
| <i>Macam Risiko yang Diasuransikan</i> | 32 |
| <i>Risiko Kerusakan Harta Benda</i> | 32 |
| <i>Risiko Tanggung Gugat</i> | 33 |
| <i>Risiko Pribadi</i> | 33 |
| <i>Karakteristik Risiko yang Dapat Diasuransikan</i> | 34 |
| <i>Jumlah Besar Unit yang Terpapar Risiko Serupa</i> | 34 |
| <i>Kerugian yang Terjadi Harus Pasti</i> | 35 |
| <i>Terjadinya Kerugian Tidak Disengaja</i> | 35 |
| <i>Kerugian yang Terjadi Harus Besar</i> | 35 |

| | |
|--|-----------|
| <i>Premi Asuransi Harus Terjangkau.....</i> | <i>37</i> |
| <i>Kerugian yang Terjadi Harus Dapat Dihitung</i> | <i>37</i> |
| <i>Risiko Terbatas Pada Kerugian Besar Secara Katastrofik.....</i> | <i>38</i> |
| <i>Mortalitas dan Morbiditas.....</i> | <i>38</i> |
| <i>Menilai Tingkat Risiko.....</i> | <i>39</i> |
| <i>Mengidentifikasi Risiko.....</i> | <i>39</i> |
| <i>Mengelompokkan Risiko.....</i> | <i>41</i> |
| <i>Insurable Interest</i> | <i>42</i> |
| <i>Jenis Utama Asuransi</i> | <i>43</i> |
| <i>Asuransi Jiwa dan Kesehatan.....</i> | <i>44</i> |
| <i>Asuransi Harta Benda dan Kecelakaan</i> | <i>45</i> |
| <i>Mekanisme Reasuransi.....</i> | <i>46</i> |
| <i>Alasan Dilakukannya Reasuransi.....</i> | <i>47</i> |
| <i>Manfaat Reasuransi.....</i> | <i>48</i> |
| <i>Usaha Reasuransi Kesehatan</i> | <i>49</i> |

Meskipun sudah berhati-hati, orang tidak bisa secara mutlak menghindari bahaya. Sakit, kecelakaan, kematian, kebakaran, gempa bumi, badai topan, petir, pencuri dan tindakan kriminal ada beberapa bahaya yang kita hadapi dalam hidup. Akibat yang bisa timbul dari berbagai macam bahaya tersebut bisa berupa perasaan tidak menyenangkan sampai berupa malapetaka besar.

Dampak dari kejadian seperti di atas tidak hanya bisa berupa kerugian fisik, akan tetapi juga berupa kerugian ekonomi. Sakit misalnya, bisa memerlukan biaya sampai jutaan rupiah. Kecelakaan bisa menyebabkan seseorang tidak bisa mencari nafkah selama beberapa waktu atau bahkan seumur hidup. Kebakaran rumah tempat tinggal bisa merusakkan barang berharga yang dimiliki. Meninggalnya pasangan hidup atau pencari nafkah bisa menyebabkan beban ekonomi rumah tangga dalam jangka panjang bagi anggota rumah tangga yang ditinggalkan.

Asuransi pada dasarnya memberikan perlindungan atas kerugian ekonomi, sehingga asuransi bisa memenuhi sebagian kebutuhan perorangan dan bisnis akan proteksi ekonomi. Industri asuransi merancang, mengubah dan memperbarui produk asuransi terus menerus untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Walaupun produk tersebut berubah, namun tujuan dasar produk asuransi tetap sama, yakni memberikan perlindungan terhadap risiko kerugian finansial bagi bisnis maupun perorangan. Untuk memahami asuransi dan bagaimana caranya bekerja, perlu memahami konsep risiko serta mengetahui risiko bagaimana yang dapat diasuransikan.¹

Konsep Risiko

Risiko, Peril dan Hazard

Istilah **risiko (risk)** digunakan karena adanya **ketidakpastian (uncertainty)** mengenai masa depan. Pengertian risiko dipergunakan menggambarkan bahaya kerugian yang diasuransikan yang dihadapi bisnis atau perorangan, atau kemungkinan besar kerugian yang diperkirakan oleh pihak penanggung.

Terminologi risiko biasa ditemukan dan dikaitkan dengan istilah **peril** dan **hazard**. Jika risiko dipahami sebagai ketidakpastian yang berakibat timbulnya kerugian (**uncertainty of loss**), maka **peril** didefinisikan sebagai **penyebab kerugian**. Dan **hazard** merupakan kondisi yang bisa meningkatkan atau menciptakan kemungkinan terjadinya peril.

Beberapa kalangan menggolongkan risiko atas beberapa klasifikasi, yang beberapa di antaranya diuraikan berikut ini.

¹ Materi bab ini sebagian besar diambil dari (1) AHIP edisi 1997 Chapter 2 The Insurance Industry (How Insurance Works; and Major Types of Insurance), (2) AHIP edisi 2000 Chapter 1 An introduction to Insurance (Insurance: What It Is and How It Works; Basic Insurance Terms; The Principles of Insurance; The Major Types of Insurance; dan Needs Met by Health Insurance), dan (3) Buku LOMA-1 Prinsip Asuransi Jiwa, Kesehatan dan Anuitas, Bab 3 Pengantar Mengenai Risiko dan Asuransi (Konsep Risiko; Manajemen Risiko; dan Mengelola Risiko Pribadi Dengan Menggunakan Asuransi). Sebagian lainnya diambil dari sumber-sumber lain.

Risiko Murni vs Risiko Spekulatif

Perlu dibedakan antara **risiko spekulatif (speculative risk)** dan **risiko murni (pure risk)**. Orang yang menanamkan uangnya dalam sebuah usaha bisnis atau membeli saham, akan menghadapi risiko spekulatif. Semua atau sebagian dari modalnya akan hilang apabila bisnis tersebut gagal atau harga saham turun. Dalam hal ini yang diharapkan oleh orang tersebut adalah mendapat untung. Dalam hal ini tidak bisa dibeli asuransi untuk melindungi kemungkinan gagalnya bisnis tersebut. Investor bersangkutan pada dasarnya mempunyai kemungkinan untuk mendapat untung, dengan cara mengambil risiko terjadinya kerugian. Dalam kasus ini, yang bersangkutan bertumpu pada keterampilannya untuk memperoleh untung. Risiko spekulatif memiliki tiga kemungkinan hasil, yakni rugi, untung atau impas atau tidak ada perubahan.

Dalam hal risiko murni, tidak ada kemungkinan untung atau memperoleh sesuatu. Yang ada hanya dua kemungkinan, yaitu tidak terjadi kerugian atau terjadi kerugian akibat suatu kejadian di luar kendali orang yang menghadapi risiko tersebut. Inilah jenis risiko yang ditanggung oleh sistem asuransi. Tujuan asuransi adalah memberikan kompensasi atas kerugian finansial, dan tidak memberi kesempatan untuk memperoleh keuntungan finansial.

Risiko Statis dan Risiko Dinamis

Risiko dinamis (dynamic risk) merupakan dampak perubahan ekonomi, seperti perubahan tingkat harga, selera konsumen, pendapatan dan pengeluaran, serta teknologi yang dapat menyebabkan kerugian finansial bagi ekonomi masyarakat. Meskipun risiko dinamis ini mempengaruhi sebagian besar orang, namun pada umumnya dianggap kurang dapat diprediksi dibandingkan dengan risiko statis, karena kejadiannya tidak terjadi dalam pola keteraturan yang tepat.

Risiko statis (static risk) menimbulkan kerugian yang akan terjadi bahkan jika tidak ada perubahan ekonomi. Andaikata selera konsumen, pengeluaran dan pendapatan, dan tingkat teknologi dapat ditahan atau konstan, tetap saja ada orang yang bisa mengalami kerugian finansial. Kerugian ini timbul dari sebab-sebab selain perubahan ekonomi, seperti bahaya alam, ketidakjujuran individu, dan lainnya. Kerugian statis

merupakan perusakan aset atau perubahan kepemilikannya sebagai akibat ketidakjujuran atau kegagalan manusia. Kerugian statis cenderung muncul dengan tingkat keteraturan dari waktu ke waktu, sehingga umumnya dapat diprediksi. Karena bisa diperkirakan, risiko statis lebih sesuai untuk diatasi dengan asuransi daripada risiko dinamis.

Risiko Dasar dan Risiko Khusus

Perbedaan antara **risiko dasar (fundamental risk)** dan **risiko khusus (particular risk)** didasarkan pada perbedaan asal dan konsekuensi kerugian yang ditimbulkannya. **Risiko dasar** merupakan kerugian yang asal dan konsekuensinya dari impersonal. Mereka adalah risiko kelompok, umumnya disebabkan oleh fenomena ekonomis, sosial, dan politik, walaupun mungkin juga diakibatkan oleh kejadian fisik. Mereka mempengaruhi sebagian besar atau bahkan semua masyarakat. **Risiko khusus** merupakan kerugian yang timbul dari kejadian individual dan dirasakan oleh perorangan, bukan oleh keseluruhan kelompok. Risiko ini mungkin statis atau dinamis. Pengangguran, perang, gempa bumi, inflasi, dan banjir adalah risiko dasar. Sedangkan kebakaran rumah atau perampokan sebuah bank merupakan risiko khusus atau risiko tertentu.

Karena risiko dasar disebabkan oleh kondisi di luar kendali seseorang yang menderita kerugian dan karena mereka tidak dapat disalahkan untuk kejadian tersebut, maka masyarakat menganggap penanggulangan akibatnya bukanlah menjadi tanggung jawab perorangan. Meskipun asuransi swasta memberi pertanggungjawaban untuk beberapa risiko dasar, namun asuransi bukanlah alat yang tepat untuk menghadapi risiko yang demikian. Risiko seperti ini lebih sesuai dalam bentuk asuransi sosial atau program transfer risiko lainnya. Pengangguran dan kecelakaan kerja adalah contoh risiko dasar yang ditangani melalui asuransi sosial. Kerusakan akibat banjir, gempa bumi, atau bencana alam lain ditangani oleh pemerintah.

Risiko khusus dianggap sebagai tanggung jawab perorangan, bukan tanggungan masyarakat secara keseluruhan, dan risiko ini bisa ditangani melalui pembelian asuransi, pencegahan, atau cara lainnya.

Manajemen Risiko

Pada setiap situasi, perorangan, atau bisnis bisa memakai manajemen risiko untuk mengendalikan tingkat risiko finansial yang dihadapi. Manajemen risiko mencakup identifikasi dan penilaian risiko yang dihadapi.² Untuk mengurangi keterpaparan terhadap risiko finansial, dapat dipilih setidaknya-tidaknya empat pilihan, yakni (1) menghindari risiko, (2) mengendalikan risiko, (3) menerima risiko, atau (4) mengalihkan risiko tersebut.

Menghindari Risiko

Menghindari atau menghilangkan risiko dengan cara mencegah penyebabnya, akan tetapi kadang-kadang, menghindari risiko bukanlah hal yang efektif atau praktis (**risk avoidance**)

Mengurangi Risiko

Mengurangi besarnya risiko atau mengendalikan risiko dengan melakukan sesuatu untuk mencegah atau mengurangi kerugian kalau itu terjadi (**risk reduction**)

Menghadapi Risiko

Menghadapi atau menerima risiko tersebut apa adanya, menerima, atau menahan risiko, yang artinya menanggung seluruh tanggung jawab finansial atas risiko tersebut atau disebut **self-insurance** atau swa-asuransi (**risk assumption**)

Mengalihkan Risiko

Memindahkan atau mengalihkan sebagian atau seluruh risiko tersebut kepada pihak lain, misalnya kepada perusahaan asuransi, dengan cara membayar premi sebagai imbalan dari pertanggungan asuransi (**risk transfer**)

² Untuk pembahasan lengkap mengenai manajemen risiko, lihat Risk Management and Insurance, Edisi 7. (New York: McGraw-Hill, 1995) – C, Arthur Williams Jr., Michael L. Smith, dan Peter C. Young

Mekanisme Asuransi

Definisi Asuransi

Menurut UU No 40 tahun 2014 tentang Perasuransian definisi asuransi adalah

perjanjian antara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dan pemegang polis, yang menjadi dasar bagi penerimaan premi oleh perusahaan asuransi sebagai imbalan untuk memberikan penggantian kepada tertanggung atau pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung atau pemegang polis karena terjadinya peristiwa yang tidak pasti, atau memberikan pembayaran yang didasarkan pada meninggalnya tertanggung atau pembayaran yang didasarkan pada hidupnya tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan/atau didasarkan pada hasil dana.

Selain definisi legal, asuransi pada prinsipnya adalah pengalihan risiko kerugian finansial baik sebagian atau seluruhnya kepada pihak lain yakni perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, seperti yang diuraikan di muka.

Cara Bekerja Sistem Asuransi

Kerugian finansial yang ditimbulkan oleh suatu kejadian bisa dikurangi melalui sistem asuransi. Asuransi pada dasarnya adalah suatu sistem manajemen risiko, di mana kepada pesertanya ditawarkan kesempatan untuk secara bersama-sama menanggung kerugian ekonomi yang mungkin timbul, dengan cara membayar premi kepada perusahaan asuransi (risk pooling).

Cara asuransi bekerja adalah menyebarkan risiko kepada sejumlah peserta, sehingga mayoritas orang dalam kelompok peserta tersebut yang tidak mengalami kerugian (walaupun mempunyai risiko) dapat membantu kerugian yang dialami sejumlah kecil peserta yang mengalami kerugian. Orang yang mau dilindungi dari kerugian seperti itu dapat membeli asuransi dari perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi menerbitkan polis

asuransi (insurance policy). Polis merupakan dokumen tertulis berisi ketentuan perjanjian antara perusahaan asuransi dan pemegang polis. Perjanjian itu merupakan kontrak yang diberlakukan secara hukum dan dalam perjanjian itu perusahaan asuransi setuju membayar sejumlah uang yang disebut **policy benefit** (manfaat polis), atau **policy proceeds**, apabila terjadi kerugian yang spesifik. Pemegang polis membayar sejumlah uang kepada perusahaan asuransi yang disebut **premi (premium)**. Dengan menggunakan dana yang dikumpulkan melalui premi tersebut, perusahaan asuransi membayar seluruh atau sebagian dari kerugian finansial yang dialami peserta, yang kebetulan mengalami kejadian sesuai dengan apa yang ditanggung perusahaan asuransi tersebut.

Perbedaan Asuransi dengan Judi

Asuransi bukan judi. Asuransi bahkan adalah kebalikan dari judi. Dalam prinsip judi, seseorang akan menghadapi kemungkinan terjadinya kerugian akibat sakit, kebakaran atau lainnya tanpa membeli asuransi. Cara untuk keluar dari prinsip judi seperti ini adalah dengan membeli asuransi. Dengan premi yang relatif kecil, yang mampu dibayar, seseorang mencegah terjadinya kerugian besar yang bisa membuat seseorang bangkrut.

Macam Risiko yang Diasuransikan

Perorangan dan bisnis dapat membeli polis asuransi untuk menanggung tiga macam risiko, yakni (1) property damage risk (risiko kerusakan harta benda), (2) liability risk (risiko tanggung gugat), dan (3) personal risk (risiko pribadi).

Risiko Kerusakan Harta Benda

Risiko kerusakan harta benda mencakup risiko kerugian atas harta benda yang disebabkan oleh kecelakaan, pencurian, kebakaran atau bencana alam. **Property insurance** memberikan manfaat bila harta-benda yang diasuransikan mengalami kerusakan atau hilang karena risiko tertentu seperti kebakaran, pencurian atau kecelakaan. Risiko properti dapat berupa beberapa jenis kerugian seperti (1) kehilangan harta benda, (2) kehilangan penggunaan properti atau penghasilannya, dan (3) biaya tambahan yang disebabkan oleh hilangnya harta benda tersebut.

Risiko Tanggung Gugat

Risiko tanggung gugat mencakup risiko kerugian karena harus bertanggung jawab akibat mencelakakan orang atau harta bendanya. **Liability insurance** memberikan manfaat yang dibayarkan atas nama pihak yang diasuransikan yang secara hukum bertanggung jawab atas kejadian yang tidak disengaja yang dialami oleh pihak lain atau harta benda mereka.

Risiko Pribadi

Risiko pribadi mencakup risiko kerugian yang terkait dengan kematian, kesehatan yang buruk, dan tabungan untuk orang yang ditinggalkan. **Asuransi jiwa dan asuransi kesehatan** memberikan perlindungan finansial dari risiko-risiko pribadi. Secara umum, ada empat penyebab kerugian (peril) dari risiko ini, yaitu (1) kematian dini, (2) usia lanjut, (3) sakit atau cedera, dan (4) pengangguran.

Kematian Dini

Kematian dini (premature death) didefinisikan sebagai kematian kepala rumah tangga dengan kewajiban **keuangan** yang tidak terpenuhi, kewajiban ini bisa berupa tanggungan untuk nafkah, hipotek yang harus dilunasi, atau biaya pendidikan untuk anak-anak.

Usia Lanjut

Risiko **usia lanjut atau pensiun (old age)** umumnya berupa pendapatan yang tidak mencukupi setelah memasuki usia tersebut.

Sakit atau Cedera

Risiko **sakit atau cedera (sickness or injury)** umumnya menimbulkan beban tagihan biaya medis dan hilangnya pendapatan akibat disabilitas sehingga tidak bisa bekerja.

Pengangguran

Risiko **pengangguran (unemployment)** merupakan risiko akibat terjadinya pemutusan hubungan kerja (PHK) yang mengganggu kelangsungan pendapatan ekonomi keluarga.

Karakteristik Risiko yang Dapat Diasuransikan

Ada beberapa pra kondisi yang diperlukan atau karakteristik **risiko yang dapat diasuransikan (insurable risk)** agar konsep asuransi seperti diuraikan di atas dapat berfungsi, yaitu sebagai berikut: ³

- Jumlah besar unit yang terpapar risiko serupa (large number of similar exposure units)
- Kerugian yang terjadi harus pasti (definite loss)
- Terjadinya kerugian tidak disengaja (accidental loss)
- Kerugian yang terjadi harus besar (large loss)
- Premi asuransi harus terjangkau (affordable premium)
- Kerugian yang terjadi dapat dihitung (calculable cost)
- Risiko terbatas pada kerugian besar secara katastrofik (limited risk of catastrophically large losses).

Jumlah Besar Unit yang Terpapar Risiko Serupa

Asuransi didasarkan pada konsep membagi risiko kepada peserta yang jumlahnya cukup besar (a large number of insured). Pihak penanggung tentu tidak mau memberikan asuransi kesehatan hanya kepada satu orang peserta, karena sulit mengetahui apakah orang tersebut akan mengalami sakit berat dengan biaya yang mahal. Akan tetapi kalau jumlah peserta tersebut adalah ribuan, maka dapat dibuat perkiraan berapa di antara mereka yang mungkin mengalami suatu kejadian. Misalnya, menurut perhitungan statistik, dari 100.000 orang dari kelompok umur tertentu, dapat diperkirakan, berapa yang akan dirawat di rumah sakit.

Perkiraan kerugian ini didasari konsep bahwa, walaupun kejadian perseorangan terjadi secara acak (random), pengamatan kejadian-kejadian yang lalu bisa dipakai menentukan kemungkinan — atau **probability (probabilitas)** bahwa suatu peristiwa akan terjadi di masa depan. Keakuratan perkiraan mengenai probabilitas suatu kejadian dikenal dengan law of large numbers (hukum bilangan besar). Semakin banyak pengamatan peristiwa tertentu dilakukan, maka semakin besar juga

³ Mehr and Camack, "Principles of Insurance", 6th ed., 1976, pp 34-37.

kemungkinan bahwa pengamatan ini mendekati probabilitas yang sebenarnya bahwa peristiwa tersebut akan terjadi.

Kerugian yang Terjadi Harus Pasti

Kerugian terjadi pada waktu yang diketahui, di tempat yang diketahui, dan dari penyebab yang diketahui. Contoh klasik adalah kematian orang yang diasuransikan dalam polis asuransi jiwa. Kebakaran, kecelakaan mobil, dan luka pekerja semuanya dapat dengan mudah memenuhi kriteria ini. Jenis kerugian lain mungkin hanya pasti dalam teori. Penyakit okupasi, misalnya, mungkin melibatkan paparan yang terlalu lama terhadap kondisi berbahaya di mana tidak ada waktu, tempat, atau penyebab spesifik yang dapat diidentifikasi. Idealnya, waktu, tempat dan penyebab kerugian harus cukup jelas bahwa orang yang berakal sehat, dengan informasi yang cukup, dapat memverifikasi ketiga unsur tersebut secara objektif.

Terjadinya Kerugian Tidak Disengaja

Peristiwa yang merupakan pemicu klaim harus kebetulan, atau setidaknya di luar kendali penerima manfaat asuransi. Kerugian harus 'murni', dalam arti bahwa itu merupakan hasil dari suatu peristiwa yang hanya merupakan peluang tunggal terjadinya kerugian. Peristiwa yang mengandung elemen spekulatif, seperti risiko bisnis biasa, umumnya tidak dianggap sebagai yang dapat diasuransikan.

Prinsip dasar asuransi adalah adanya ketidakpastian bahwa suatu kerugian akan terjadi di luar kendali seseorang (uncertainty of loss). Seseorang yang sedang sakit tentu tidak bisa membeli asuransi perawatan rumah sakit pada saat ia sedang berada dalam ambulans menuju rumah sakit tersebut. Pada kasus demikian, perusahaan asuransi tentu akan memasang harga sesuai dengan jumlah biaya rumah sakit akar. diperlukan, ditambah dengan biaya jasa pelayanan perusahaan asuransi bersangkutan. Jadi asuransi hanya mungkin diterapkan apabila suatu kejadian mengandung ketidakpastian.

Kerugian yang Terjadi Harus Besar

Ukuran kerugian harus berarti dari sudut pandang tertanggung. Premi asuransi harus mencakup baik biaya kerugian yang diharapkan, ditambah biaya menerbitkan dan mengelola polis, biaya penyesuaian kerugian, dan

menambah modal yang diperlukan untuk secara wajar memastikan bahwa perusahaan asuransi akan mampu membayar klaim. Untuk kerugian yang kecil, biaya yang terakhir ini mungkin beberapa kali lebih besar dari perkiraan biaya kerugian. Tidak ada gunanya membayar biaya seperti itu kecuali perlindungan yang ditawarkan memiliki nilai yang nyata bagi pembeli.

Kerugian yang mungkin timbul harus cukup besar yang dampaknya terhadap keuangan seseorang juga cukup besar (a significant size of potential loss). Misalnya, tidak ada orang yang mau membeli asuransi untuk melindungi dirinya dari kehilangan sebuah ballpoint pen. Kalau ballpoint pen tersebut hilang atau rusak, yang bersangkutan bisa segera menggantinya tanpa menimbulkan dampak besar terhadap keuangannya. Akan tetapi biaya perawatan sebesar jutaan rupiah bisa membuat banyak orang bangkrut. Demikian juga, banyak orang yang akan bangkrut selamanya kalau kehilangan barang berharga yang dimiliki, misalnya rumah atau kemampuan mencari nafkah. Oleh sebab itu sebetulnya asuransi dibutuhkan hanya untuk kerugian besar (katastropik) yang mungkin terjadi pada seseorang.

Ada sebagian orang yang ingin membeli asuransi hanya untuk menjaga kerugian sebesar Rp 500 ribu. Bagi orang yang miskin, jumlah tersebut, yang dampaknya tidak seberapa, sudah merupakan beban berat yang tidak dapat ditanggung oleh yang bersangkutan. Perusahaan asuransi bisa saja memberikan santunan untuk kerugian kecil semacam itu, akan tetapi tentu asuransi demikian tidak efisien. Perusahaan asuransi dalam hal ini harus mengumpulkan dana dari tertanggung dalam jumlah yang cukup untuk menanggung kerugian tersebut, akan tetapi juga harus mengumpulkan dana untuk biaya operasional perusahaan, misalnya untuk menangani transaksi-transaksi serta keuntungan perusahaan. Biaya operasional tersebut bisa sama saja besarnya untuk klaim yang jauh lebih besar dari pada Rp 500 ribu. Jadi premi asuransi dikatakan efisien kalau santunannya berguna untuk melindungi peserta dari kerugian finansial yang cukup besar.

Premi Asuransi Harus Terjangkau

Jika kemungkinan kejadian yang diasuransikan sangat tinggi, atau biaya acara begitu besar, bahwa premi yang dihasilkan relatif besar dibandingkan dengan jumlah proteksi yang ditawarkan, tidak mungkin ada orang yang akan membeli asuransi, walaupun ada yang menawarkan. Selanjutnya, karena profesi akuntansi secara formal mengakui dalam standar akuntansi keuangan, bahwa premi tidak bisa begitu besar sehingga tidak ada peluang yang masuk akal untuk terjadinya kerugian yang signifikan bagi perusahaan asuransi. Jika tidak ada kemungkinan terjadinya kerugian, transaksi bisa saja merupakan bentuk asuransi, tetapi bukan substansi (seperti tercantum dalam standar akuntansi Amerika Serikat: Financial Accounting Standards Board, standard number 113).

Harus ada cara untuk menanggung risiko secara bersama-sama (an equitable method of sharing the risk). Pihak asuransi akan mengenakan tarif premi sesuai dengan besar risiko yang dihadapi seseorang. Orang yang mempunyai risiko kerugian besar, harus membayar lebih besar dari orang yang risiko kerugiannya kecil.

Kerugian yang Terjadi Harus Dapat Dihitung

Ada dua elemen yang harus setidaknya dapat diperkirakan, jika tidak dapat dihitung secara formal, yakni kemungkinan kerugian (**probability of loss**), dan biaya yang terjadi (attendant cost). Probabilitas kerugian umumnya merupakan pengalaman empiris, sementara biaya lebih berkaitan dengan kemampuan seorang terhadap isi polis asuransi dan bukti kerugian yang wajar terkait dengan klaim yang diajukan sesuai polis untuk membuat keputusan pasti dan evaluasi objektif terhadap jumlah kerugian yang dapat dipulihkan sebagai akibat dari klaim tersebut.

Pihak penanggung harus mampu menghitung kerugian yang ditanggungnya dalam hitungan uang (measurability of loss), misalnya adalah biaya tindakan operasi, biaya perawatan rumah sakit, atau biaya kerusakan mobil akibat tabrakan, dll. Kalau kerugian tersebut tidak bisa dihitung secara tepat, harus ada cara untuk memperkirakan berapa seharusnya pihak penanggung memberikan ganti terhadap kerugian yang timbul. Misalnya, kalau seorang meninggal dunia, kadang-kadang sulit menghitung

berapa pendapatan orang tersebut seandainya ia tidak meninggal dunia. Dalam hal ini dilakukan perkiraan sebelum terjadi kematian. Misalnya, tertanggung membeli premi untuk mendapat santunan Rp 250 juta atau Rp 1 milyar, yang akan dibayarkan oleh penanggung apabila tertanggung yang bersangkutan meninggal dunia.

Risiko Terbatas Pada Kerugian Besar Secara Katastrofik

Kerugian yang dapat diasuransikan adalah idealnya independen dan non-katastrofik, yang berarti bahwa satu kerugian tidak terjadi sekaligus dan kerugian individu tidak cukup parah sehingga membangkrutkan perusahaan asuransi; perusahaan asuransi mungkin lebih memilih untuk membatasi eksposur mereka terhadap kerugian dari satu peristiwa ke beberapa bagian kecil dari modal dasar mereka, pada tingkat 5 persen. Modal membatasi kemampuan perusahaan asuransi untuk menjual asuransi gempa bumi serta asuransi topan di zona badai. Dalam asuransi kebakaran komersial adalah mungkin untuk mendapatkan properti tunggal yang total nilai eksposurnya jauh melebihi batasan modal suatu perusahaan asuransi. Properti semacam itu umumnya dibagi di antara beberapa perusahaan asuransi, atau diasuransikan oleh satu perusahaan asuransi yang melakukan sindikasi risiko ke dalam pasar reasuransi.

Mortalitas dan Morbiditas

Perusahaan asuransi memanfaatkan hukum bilangan besar dalam membuat perkiraan kerugian yang diasuransikan yang mungkin dialami suatu kelompok tertanggung selama kurun waktu tertentu. Perusahaan asuransi mengumpulkan informasi banyak orang untuk mengenali pola kerugian yang dialami kelompok tersebut dan mengolahnya menjadi data statistik.

Dari data statistik tersebut, perusahaan asuransi membuat tabel disebut **mortality tables** (tabel mortalitas) yang dengan akurat menyajikan jumlah orang dalam kumpulan yang besar yang mungkin akan meninggal pada usia tertentu. Tabel ini menyajikan **rates of mortality** (tingkat mortalitas), merupakan jumlah kematian, berdasarkan usia, di antara sekelompok orang. Perusahaan asuransi juga membuat tabel serupa, yang disebut **morbidity tables** (tabel morbiditas), yang menyajikan **rates of morbidity**

(tingkat morbiditas) merupakan jumlah terjadinya penyakit atau kecelakaan, berdasarkan usia, yang terjadi di antara sekelompok orang.

Tabel mortalitas dan tabel morbiditas yang akurat, menolong perusahaan asuransi jiwa dan asuransi kesehatan dalam memperkirakan tingkat kemungkinan kerugian untuk kelompok tertanggung; dan untuk menetapkan tarif premi yang cukup untuk membayar klaim.

Menilai Tingkat Risiko

Ketika menerima permohonan asuransi, perusahaan asuransi harus menilai tingkat risiko yang akan ditanggung jika perusahaan asuransi setuju menerbitkan polis. Perusahaan asuransi tidak bisa menganggap bahwa setiap orang mempunyai kerugian rata-rata. Tidak semua pemohon dengan jenis kelamin dan usia yang sama memiliki kemungkinan yang sama untuk menderita kerugian. Orang yang mengetahui bahwa ia mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk mengalami kerugian, cenderung mencari pertanggungan asuransi yang lebih daripada yang mengetahui memiliki kemungkinan rata-rata atau lebih rendah untuk mengalami kerugian. Kecenderungan ini, disebut **antiselection**, **adverse selection**, atau **selection against the insurer**, merupakan alasan utama bagi perusahaan asuransi untuk hati-hati memeriksa setiap permohonan asuransi agar dapat secara layak menilai tingkat risiko yang harus ditanggung jika perusahaan asuransi tersebut setuju untuk menerbitkan polis.

Proses mengidentifikasi dan mengelompokkan tingkat risiko yang dimiliki seorang calon tertanggung disebut **underwriting** atau **selection of risks** (seleksi risiko), dan petugas perusahaan asuransi yang bertanggung jawab untuk melakukan evaluasi risiko calon tertanggung disebut **underwriters**. **Underwriting** terdiri dari dua tahapan utama: (1) mengidentifikasi risiko dan (2) mengelompokkan tingkat risiko yang dimiliki calon tertanggung.

Mengidentifikasi Risiko

Perusahaan asuransi tidak bisa memperkirakan kapan seseorang akan meninggal, cedera atau sakit. Akan tetapi, perusahaan asuransi sudah

mengidentifikasi sejumlah faktor yang bisa menaikkan atau menurunkan kemungkinan seseorang akan menderita kerugian. Faktor yang paling penting adalah (1) **physical hazard** dan (2) **moral hazard**. Di samping itu bisa ditambahkan faktor lain seperti (3) **morale hazard** dan (4) **legal hazard**.

Physical Hazard

Physical hazard merupakan karakteristik fisik yang dapat meningkatkan kemungkinan kerugian. Contohnya, seseorang yang memiliki riwayat serangan jantung memiliki physical hazard yang akan meningkatkan kemungkinan bahwa ia akan meninggal lebih cepat daripada orang dengan usia dan jenis kelamin yang sama yang tidak memiliki riwayat penyakit yang sama. Orang yang memiliki kelebihan berat badan memiliki karakteristik fisik yang diketahui memberikan kontribusi terhadap masalah kesehatan dan masalah kesehatan tersebut dapat mengakibatkan kerugian ekonomi yang terkait dengan biaya perawatan medis yang lebih tinggi daripada rata-rata. Underwriter secara hati-hati mengevaluasi calon tertanggung untuk mendeteksi adanya physical hazards tersebut.

Moral Hazard

Moral hazard merupakan kemungkinan bahwa seseorang bertindak tidak jujur dalam transaksi asuransi. Contohnya, seseorang yang memiliki riwayat kriminal memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk menipu perusahaan asuransi daripada orang yang tidak memiliki riwayat kriminal, dan perusahaan asuransi mempertimbangkan fakta tersebut secara hati-hati pada saat mengevaluasi permintaan asuransi yang diajukan oleh orang tersebut. Mungkin saja bahwa orang tersebut mencari asuransi untuk alasan yang tidak jujur. Underwriter juga mengevaluasi moral hazards yang dimiliki orang yang memberikan informasi yang tidak benar dalam surat permintaan asuransi mereka. Dalam hal demikian, mungkin calon tertanggung tersebut berusaha untuk memperoleh pertanggungan asuransi yang mungkin tidak bisa mereka dapatkan dengan cara yang lain. Pada saat underwriter mengevaluasi surat permintaan asuransi, mereka melakukan berbagai langkah untuk mengidentifikasi calon tertanggung yang memiliki moral hazards.

Morale Hazard

Morale hazard merupakan hazard atau bahaya yang ditimbulkan oleh tindakan yang kurang hati-hati sehingga menimbulkan kerugian. Contohnya, seorang yang memiliki rumah tinggal yang sudah diasuransikan bertindak ceroboh karena ia merasa rumahnya sudah diasuransikan.

Legal Hazard

Legal hazard merupakan hazard atau bahaya yang ditimbulkan karena tindakan yang kurang peduli akibat adanya peraturan perundangan tentang perlindungan atau asuransi. Contohnya tindakan pemberi kerja yang kurang memperhatikan sarana keselamatan kerja justru meningkatkan terjadinya kecelakaan kerja.

Mengelompokkan Risiko

Setelah mengidentifikasi risiko yang dimiliki calon tertanggung, underwriter mengelompokkan calon tertanggung tersebut ke dalam kategori risiko yang sesuai. Tujuan dari pengelompokan risiko ke dalam kategori-kategori adalah agar perusahaan asuransi dapat menentukan tarif premi yang wajar yang akan dibebankan pada pertanggungan yang diminta. Orang dalam kategori risiko yang berbeda dibebankan tarif premi yang berbeda pula.

Underwriter menjalankan aturan umum seleksi risiko, yang disebut pedoman seleksi risiko (**underwriting guidelines**), yang ditetapkan perusahaan asuransi. Pedoman ini umumnya membagi risiko menjadi tiga kategori, yakni (1) **standard risks**, (2) **substandard risks**, dan (3) **declined risks**. Ada juga pedoman underwriting yang menambahkan kategori lain, seperti (4) **preferred risks**, bahkan (5) **super-preferred risks**.

Standard Risk

Calon tertanggung yang memiliki kemungkinan mengalami kerugian yang tidak terlalu besar dari rata-rata dimasukkan sebagai **standard risks**, dan premi yang dikenakan kepada mereka disebut **standard premium rates**

(tarif premi standar). Secara tradisional, sebagian besar polis asuransi jiwa dan asuransi kesehatan diterbitkan dengan dikenakan tarif premi standar.

Sub-Standard Risk

Calon tertanggung yang mempunyai kemungkinan mengalami kerugian yang jauh lebih besar dari rata-rata namun tetap dapat diasuransikan dikelompokkan sebagai substandard risks atau special class risks. Perusahaan asuransi menggunakan berbagai metode ganti rugi atas risiko tambahan yang dimiliki kategori ini. Pada asuransi jiwa perorangan, perusahaan asuransi membebankan substandard risks dengan tarif premi yang lebih tinggi daripada standar, yang disebut **substandard premium rate** atau **special class rate**. Dalam asuransi kesehatan perorangan, perusahaan asuransi dapat mengenakan substandard premium rate atau memodifikasi pols yang bersangkutan dengan beberapa cara untuk memberikan ganti kerugian risiko yang lebih besar.

Declined Risk

Calon tertanggung yang memiliki risiko yang terlalu besar untuk ditanggung akan digolongkan dalam kelas ini, berarti risiko tidak dapat ditanggung. Calon tertanggung asuransi disabilitas pendapatan juga dimasukkan ke dalam kategori declined risk jika perusahaan asuransi yakin bahwa pertanggunganan tidak diperlukan untuk menanggung setiap kehilangan penghasilan yang disebabkan oleh keadaan disabilitas.

Preferred Risk dan Super-Preferred Risk

Calon tertanggung yang mempunyai kemungkinan mengalami kerugian jauh lebih rendah dari rata-rata dikelompokkan sebagai preferred risks dan membebankan dengan premi yang lebih rendah daripada standar. Beberapa perusahaan asuransi juga membuat klasifikasi super-preferred risk yang mencakup orang-orang yang memiliki tingkat risiko yang sedikit lebih rendah daripada mereka yang dikelompokkan sebagai preferred risks.

Insurable Interest

Asuransi dimaksudkan untuk memberi ganti kerugian kepada perorangan atau bisnis atas kerugian finansial yang terjadi, tidak memberikan

kesempatan untuk memperoleh keuntungan. Peraturan perundangan menetapkan bahwa, saat polis asuransi diterbitkan, pemegang polis harus memiliki insurable interest di dalam risiko yang diasuransikan — pemegang polis akan mengalami kerugian nyata jika keadaan yang diasuransikan terjadi. Contohnya, dalam property insurance, kepemilikan harta kekayaan merupakan satu cara dalam menentukan insurable interest atas harta kekayaan tersebut.

Insurable interest dalam asuransi jiwa harus diberikan pada setiap polis asuransi jiwa untuk memastikan bahwa polis asuransi tidak diterbitkan dalam perjanjian taruhan yang ilegal. Jika persyaratan insurable interest tidak terpenuhi, maka polis menjadi tidak berlaku. Insurable interest dalam asuransi jiwa, bisa tampak pada aturan umum berikut, bahwa insurable interest ada apabila pemegang polis mempunyai kemungkinan mendapatkan keuntungan jika tertanggung tetap hidup, dan mempunyai kemungkinan mengalami kerugian jika tertanggung meninggal.

Persyaratan insurable interest juga harus dipenuhi untuk penerbitan polis asuransi kesehatan, di mana persyaratan ini terpenuhi jika calon tertanggung dapat menunjukkan risiko asli kerugian apabila calon tertanggung memerlukan layanan perawatan medis atau menderita cacat. Oleh karena sifat dari asuransi kesehatan, maka calon tertanggung jarang membeli asuransi kesehatan untuk orang yang ada insurable interest dalam diri mereka seperti dalam asuransi jiwa. Orang biasanya membeli asuransi kesehatan untuk dirinya sendiri atau untuk tanggungannya. Polis asuransi kesehatan adalah **contract of indemnity** yang memberikan pertanggunganan untuk mengganti biaya perawatan medis yang telah dibayarkan tertanggung atau untuk mengganti hilangnya penghasilan dari tertanggung yang menderita disabilitas. Calon tertanggung umumnya dianggap memiliki insurable interest dalam kesehatan mereka sendiri. Di samping itu, untuk tujuan disability income insurance, pemberi kerja memiliki insurable interest pada kondisi kesehatan karyawan mereka.

Jenis Utama Asuransi

Ada empat jenis asuransi yang dikenal dalam industri asuransi. Keempatnya biasanya dikelompokkan dalam dua kelompok asuransi, yaitu

(1) **asuransi jiwa dan kesehatan (life and health)**, dan (2) **asuransi harta benda dan kecelakaan (property and casualty)**.

Asuransi Jiwa dan Kesehatan

Asuransi jiwa dan asuransi kesehatan adalah asuransi diri yang bisa bersifat perorangan atau kelompok.

Asuransi Jiwa

Asuransi jiwa (life insurance) bisa dikelompokkan dalam beberapa jenis. Yang banyak dibeli orang adalah asuransi jiwa biasa, yang terdiri dari dua jenis: asuransi jiwa **permanen** yang juga dikenal sebagai asuransi jiwa **seumur hidup (whole life)**, dan asuransi jiwa terbatas atau disebut juga asuransi jiwa **berjangka (term life)**. Asuransi jiwa permanen memberikan bunga dengan meningkatkan nilai tunai uang dan dipergunakan oleh banyak orang sebagai cara untuk menyimpan uang atau menabung. Asuransi jiwa terbatas umumnya menawarkan perlindungan selama waktu tertentu dan kebanyakan tidak menawarkan bunga. Bentuk lain dari asuransi jiwa adalah **asuransi jiwa kredit (credit life insurance)**, di mana pesertanya dapat menggunakan jumlah preminya sebagai pembayar hutang pinjaman apabila yang bersangkutan meninggal dunia.

Santunan asuransi jiwa diberikan kepada orang yang menjadi ahli waris atau **penerima manfaat (beneficiary)** apabila tertanggung meninggal dunia. Bentuk lain dari asuransi jiwa adalah **kontrak anuitas (annuity contract)**, yang menjamin pembayaran sejumlah uang kepada pihak tertentu selama waktu tertentu atau seumur hidupnya, apabila si tertanggung meninggal dunia. Ini misalnya diberikan berupa pendapatan bagi suami atau istri yang ditinggalkan.

Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan (health insurance), kadang-kadang disebut juga sebagai "asuransi kesehatan dan kecelakaan" atau "asuransi sakit dan kecelakaan" bertujuan untuk meringankan beban biaya yang disebabkan oleh gangguan kesehatan akibat sakit atau kecelakaan. Asuransi ini memberikan perlindungan terhadap risiko berupa tindakan pengobatan atau yang bersangkutan tidak bisa bekerja karena sakit atau kecelakaan.

Asuransi kesehatan mencakup berbagai pengeluaran biaya termasuk biaya obat, perawatan rumah sakit, tindakan bedah, dan juga perlindungan terhadap hilangnya pendapatan apabila si tertanggung cacat. Secara umum jenis produk asuransi kesehatan digolongkan menjadi beberapa kelompok, seperti **asuransi biaya medis (medical expense insurance)**, **asuransi kesehatan suplemen atau tambahan (supplementary health insurance)**, **asuransi disabilitas pendapatan (disability income insurance)**, dan **asuransi perawatan jangka panjang (long-term care insurance)**.

Asuransi Harta Benda dan Kecelakaan

Asuransi harta benda dan kecelakaan bertujuan untuk memberikan perlindungan terhadap kerugian yang bersifat fisik dan kerugian yang terjadi karena keadaan tertentu. Baik perorangan maupun perusahaan bisa membeli asuransi ini, untuk melindungi investasinya dan melindungi diri dari suatu kerugian.

Asuransi Harta Benda

Asuransi harta benda (property insurance) termasuk perlindungan terhadap rumah berikut isinya, bangunan komersial dan industri, alat-alat, furniture, barang inventaris, data dan catatan perusahaan, barang habis pakai, kendaraan dan lain-lain. Ada dua jenis kerugian harta benda yang dicakup:

- **langsung (direct)**, misalnya hilang, dicuri, rusak, dihancurkan; dan
- **tak langsung (indirect)** seperti sewa rumah, hilangnya pendapatan dari menyewakan dan hilangnya keuntungan).

Asuransi Kecelakaan

Asuransi kecelakaan (casualty insurance) mencakup kerugian yang terjadi akibat suatu kejadian tertentu seperti kecelakaan, atau kejadian di mana terjadi pembunuhan terhadap seseorang, cedera atau menjadi sakit. Asuransi kecelakaan ini terutama menanggung kerugian yang timbul akibat adanya klaim cedera atau kerusakan yang diajukan oleh orang lain. Jenis lainnya adalah asuransi yang menanggung kerugian akibat tindakan kriminal seperti pencurian dan perampokan (burglary and robbery), kerugian akibat penipuan (fidelity bonds), keamanan usaha (surety bonds),

mesin-mesin industri (boiler and machinery coverage), dan penerbangan (aviation).

Mekanisme Reasuransi

Perusahaan asuransi dapat mengurangi kemungkinan mengalami kerugian katastrofik dengan mengalihkan risiko ke perusahaan asuransi lain dengan jalan mereasuransikan risiko tersebut. **Reasuransi (reinsurance)** adalah asuransi yang dibeli perusahaan asuransi — disebut **ceding company** — dari perusahaan asuransi lainnya — disebut reinsurer (perusahaan reasuransi)—untuk mengalihkan risiko polis asuransi yang diterbitkan oleh ceding company. Mengalihkan (**cede**) bisnis asuransi adalah untuk memperoleh reasuransi atas bisnis tersebut dengan mengalihkan seluruh atau sebagian risiko ke perusahaan reasuransi. Perusahaan asuransi jiwa biasanya menetapkan jumlah asuransi maksimum — disebut **retention limit (retensi sendiri)** — yang akan ditanggung oleh perusahaan asuransi atas risikonya sendiri untuk setiap jiwa tanpa mengalihkan sebagian dari risiko tersebut ke perusahaan reasuransi.

Melalui reasuransi, risiko-risiko didistribusikan ke beberapa perusahaan asuransi. Beberapa perusahaan asuransi hanya bertindak sebagai perusahaan reasuransi. Perusahaan lain menerbitkan polis asuransi kepada perorangan dan perusahaan dan juga bertindak sebagai perusahaan reasuransi.

Reasuransi adalah cara yang dipergunakan oleh pihak penanggung untuk mengurangi beban tanggung jawabnya dengan cara mentransfer sebagian dari manfaat yang dijanjikannya kepada penanggung lain. Dalam reasuransi, sebuah perusahaan asuransi (ceding company, direct-writing insurer) membeli asuransi dari perusahaan asuransi lain (reinsurer) untuk menanggung sebagian dari kerugian yang mungkin dialami oleh pesertanya. Dalam ini perusahaan reasuransi (reinsurer) tersebut adalah mitra pasif dari perusahaan asuransi yang pertama.

Reasuransi tidak mengurangi tanggung jawab perusahaan asuransi yang pertama terhadap pesertanya dan hak-hak peserta seperti tertera dalam kontrak tidak berubah. Tidak ada hubungan kontrak antara peserta dengan: perusahaan reasuransi. Peserta akan meminta pertanggung

kerugian kepada perusahaan asuransi dan perusahaan asuransi tersebut dapat meminta pertanggungjawaban kepada perusahaan reasuransinya, apabila diperlukan sesuai ikatan kontraknya.

Kalau jumlah kerugian yang direasuransikan sangat besar, maka perusahaan reasuransi dapat pula mentransfer risiko yang dihadapinya kepada perusahaan reasuransi lain. Transaksi seperti ini disebut retroseksi (retrocession). Sebuah perusahaan reasuransi akan melakukan retroseksi ini dengan alasan yang sama seperti perusahaan asuransi biasa melakukan reasuransi. Perusahaan reasuransi yang mereasuransikan risiko yang dialihkan oleh perusahaan asuransi dalam suatu transaksi retroseksi disebut **retrocessionaire**.

Ada dua jenis sistem reasuransi ini yaitu (1) reasuransi otomatis dan (2) reasuransi fakultatif.

- **Reasuransi otomatis (automatic reinsurance)** adalah reasuransi di mana perusahaan asuransi mentransfer risikonya dan perusahaan reasuransi menerima semua risiko dalam batasan tertentu yang disepakati dan tertuang dalam kontrak. Misalnya, kalau kesepakatan reasuransi tersebut menyatakan bahwa perusahaan reasuransi bertanggung jawab terhadap klaim di atas Rp 10 milyar, maka semua kasus di atas batas tersebut menjadi tanggung jawab perusahaan reasuransi bersangkutan.
- **Reasuransi fakultatif (facultative reinsurance)** adalah reasuransi di mana perusahaan reasuransi dapat menerima atau menolak risiko yang diajukan oleh perusahaan asuransi. Artinya, perusahaan reasuransi melakukan penelaahan terhadap masing-masing kasus yang diajukan.

Alasan Dilakukannya Reasuransi

Fungsi utama reasuransi adalah transfer risiko dari suatu perusahaan asuransi kepada perusahaan reasuransi. Namun ada tujuan lain dari pemindahan sebagian atau seluruh risiko tersebut ke perusahaan reasuransi. Misalnya reasuransi juga berguna bagi perusahaan asuransi yang kecil atau perusahaan asuransi yang baru mulai beroperasi. Perusahaan reasuransi memberikan proteksi kepada perusahaan asuransi (direct writing company) dan mencegah insolvency akibat jumlah klaim yang besar jumlahnya.

Reasuransi juga memungkinkan perusahaan asuransi menerima berbagai variasi risiko. Dengan membagi risiko tersebut kepada perusahaan reasuransi, perusahaan asuransi dapat menggunakan perhitungan rata-rata dalam kegiatannya. Reasuransi memungkinkan perusahaan asuransi merencanakan pertumbuhan perusahaannya secara lebih aman. Misalnya, kasus penyakit sakit yang biayanya besar namun jarang terjadi atau santunan bagi disabilitas jangka panjang, dapat dicakup dan memberikan keuntungan dengan aman melalui reasuransi ini, yang tanpa reasuransi sebetulnya adalah sektor yang merugikan. Reasuransi dapat menjaga stabilitas keuangan perusahaan asuransi kecil atau menengah terutama ketika mengalami katastrofik dan pembayaran klaim dalam jumlah besar.

Manfaat Reasuransi

Ada jenis asuransi tertentu yang menanggung risiko individu yang besar dalam kasus demikian reasuransi sangat berguna. Memang pembayaran klaim bisa diatur dalam jangka waktu yang panjang, tetapi untuk itu perusahaan asuransi bersangkutan harus menyediakan cadangan anggaran yang cukup besar. Pembayaran klaim dalam jumlah besar atau penyediaan dana cadangan klaim (claim reserve) tidak perlu dilakukan dengan adanya reasuransi.

Ada juga manfaat lain yang kadang-kadang luput dari perhatian. Misalnya, reasuransi dapat membantu perusahaan asuransi untuk mempertahankan kedudukannya yang kompetitif, atau melakukan coba-coba untuk memberikan jenis santunan baru, serta memberikan bantuan teknis dan advis kepada perusahaan asuransi yang menghadapi masalah. Cara lain bagaimana perusahaan asuransi dibantu melalui reasuransi adalah sebagai berikut:

- klasifikasi jenis pekerjaan
- membantu pelaksanaan underwriting untuk kasus-kasus rumit
- memberikan pedoman underwriting (medis dan non-medis) kepada perusahaan asuransi yang tidak mempunyainya
- memberikan rekomendasi apakah suatu persyaratan medis dan non-medis cukup layak
- memberikan pelatihan kepada underwriter melalui seminar

Selain hal-hal yang telah disebutkan di atas Perusahaan reasuransi juga memberikan jasa lain: misalnya membantu merancang formulir proposal, menentukan limit medis yang memadai (appropriate medical limits), ketentuan dan training claims handling, merancang isi polis dan merancang marketing literature.

Di samping underwriting, perusahaan reasuransi biasanya berpengalaman dan lebih tahu tentang masalah-masalah yang bisa muncul dalam proses klaim. Demikian juga dalam bidang administrasi, perhitungan aktuarial, pengembangan produk dan analisis pasar. Dalam tahun-tahun terakhir ini, reasuransi juga memperluas jasanya di bidang konsultasi aktuarial, pemasaran dan pengembangan teknologi. Hal ini membuat hubungan antara perusahaan asuransi dan reasuransi menjadi semakin dekat dan pada gilirannya mendorong kedua jenis perusahaan tersebut terus berkembang.

Usaha Reasuransi Kesehatan

Jumlah perusahaan reasuransi di bidang kesehatan jauh lebih sedikit daripada reasuransi jiwa. Reasuransi jiwa sudah berkembang sejak lama karena batas-batas asuransi jiwa memang sangat tinggi sehingga memerlukan reasuransi.

Ringkasan

Tidak semua jenis risiko dapat diasuransikan, hanya jenis risiko murni saja yang dapat diasuransikan. Risiko yang dapat diasuransikan ini harus memenuhi beberapa karakteristik tertentu agar perusahaan asuransi dapat menjalankan tugasnya.

Risiko-risiko memiliki beberapa tingkat kerugian yang berbeda-beda yang harus ditanggulangi dan semua risiko perlu diseleksi yang umumnya dikenal dengan proses underwriting.

Asuransi itu sendiri merupakan suatu jenis dari manajemen risiko yang memiliki mekanisme dengan cara memindahkan sebagian atau seluruh risiko kepada pihak lain dengan membayar premi dengan imbalan pertanggungan asuransi

Asuransi kesehatan memberikan perlindungan finansial dari risiko-risiko pribadi yang disebabkan oleh sakit atau cedera. Cakupan asuransi kesehatan bisa ditawarkan sebagai produk tumpangan (rider) dari polis pokok, atau dipasarkan sebagai polis utama. Jenis cakupan atau produk asuransi kesehatan dapat dikelompokkan atas beberapa macam, yakni asuransi biaya medis, asuransi kesehatan suplemen, asuransi disabilitas pendapatan, dan asuransi perawatan jangka panjang.

Asuransi kesehatan bisa diselenggarakan secara tradisional dengan cara indemnitas, dan/atau diselenggarakan dengan menerapkan konsep-konsep managed care untuk membantu mengatasi kenaikan biaya-biaya kesehatan yang tinggi.

Istilah Penting

| | |
|---|--|
| <i>Annuity</i> | <i>Anuitas, Cagak hidup</i> |
| <i>Automatic reinsurance</i> | <i>Reasuransi otomatis</i> |
| <i>Beneficiary</i> | <i>Penerima manfaat</i> |
| <i>Blue Cross and Blue Shield plans</i> | <i>Paket Blue Cross dan Blue Shield</i> |
| <i>Cash value</i> | <i>Nilai tunai</i> |
| <i>Casualty insurance</i> | <i>Asuransi kerugian/liabilitas</i> |
| <i>Ceding insurer, Ceding company</i> | <i>Perusahaan asuransi yang mereasuransikan</i> |
| <i>Credit life insurance</i> | <i>Asuransi jiwa kredit</i> |
| <i>Insurance</i> | <i>asuransi</i> |
| <i>Life insurance</i> | <i>Asuransi jiwa</i> |
| <i>Property insurance</i> | <i>Asuransi properti</i> |
| <i>Pure risk</i> | <i>Risiko murni</i> |
| <i>Reinsurance</i> | <i>Reasuransi</i> |
| <i>Retrocession</i> | <i>Retrosesi, Reasuransi dari suatu reasuransi</i> |
| <i>Risk</i> | <i>Risiko</i> |
| <i>Speculative risk</i> | <i>Risiko spekulatif</i> |
| <i>Whole life</i> | <i>Asuransi permanen, seumur hidup</i> |

Istilah Penting Lainnya

| | |
|--|---|
| <i>Adverse selection</i> | <i>Seleksi yang merugikan. Anti-seleksi</i> |
| <i>Antiselection</i> | <i>Anti-seleksi</i> |
| <i>Cede</i> | <i>Menyerahkan</i> |
| <i>Claim</i> | <i>Klaim</i> |
| <i>Contract of indemnity</i> | <i>Kontrak indemnitas</i> |
| <i>Declined risk</i> | <i>Risiko ditolak</i> |
| <i>Face amount</i> | <i>Jumlah uang pertanggungan</i> |
| <i>Insurable interest</i> | <i>Insurable interest</i> |
| <i>Law of large numbers</i> | <i>Hukum bilangan besar</i> |
| <i>Liability insurance</i> | <i>Asuransi tanggung gugat, liabilitas</i> |
| <i>Liability risk</i> | <i>Risiko liabilitas</i> |
| <i>Moral hazard</i> | <i>Moral hazard, Bahaya moral</i> |
| <i>Morbidity tables</i> | <i>Tabel morbiditas</i> |
| <i>Mortality tables</i> | <i>Tabel mortalitas</i> |
| <i>Personal risk</i> | <i>Risiko pribadi</i> |
| <i>Physical hazard</i> | <i>Bahaya fisik</i> |
| <i>Policy</i> | <i>Polis</i> |
| <i>Policy benefit</i> | <i>Manfaat polis</i> |
| <i>Policy proceeds</i> | <i>Hasil sesuai polis</i> |
| <i>Preferred risk</i> | <i>Risiko pilihan</i> |
| <i>Premium</i> | <i>Premi</i> |
| <i>Probability</i> | <i>Probabilitas</i> |
| <i>Property and casualty insurance</i> | <i>Asuransi properti dan kecelakaan</i> |
| <i>Property damage risk</i> | <i>Risiko kerusakan properti</i> |
| <i>Property insurance</i> | <i>Asuransi properti</i> |
| <i>Rates of morbidity</i> | <i>Tingkat morbiditas</i> |
| <i>Rates of mortality</i> | <i>Tingkat mortalitas</i> |
| <i>Reinsurer</i> | <i>Perusahaan reasuransi</i> |
| <i>Retention limit</i> | <i>Batas retensi</i> |
| <i>Retrocessionaire</i> | <i>Retrocessionaire</i> |
| <i>Selection against the insurer</i> | <i>Seleksi terbalik, Anti-seleksi</i> |
| <i>Selection of risks</i> | <i>Pemilahan risiko</i> |
| <i>Self-insurance</i> | <i>Swa-asuransi, Asuransi mandiri</i> |
| <i>Special class rate</i> | <i>Tarif kelas khusus</i> |
| <i>Special class risks</i> | <i>Risiko kelas khusus</i> |

Standard premium rates

Standard risk

Substandard premium rates

Substandard risk

Super-preferred risk

Underwriters

Underwriting

Underwriting guidelines

Tarif premi standar

Risiko standar

Tarif premi sub-standar

Risiko sub-standar

Risiko super terpilih

Underwriter

Seleksi risiko, Underwriting

Pedoman underwriting

Bab 3

Industri Asuransi

| | |
|--|----|
| <i>Industri Asuransi Global</i> | 54 |
| <i>Industri Asuransi Jiwa dan Kesehatan di Amerika Serikat</i> | 55 |
| <i>Kinerja Keuangan</i> | 55 |
| <i>Lapangan Kerja</i> | 56 |
| <i>Badan Usaha Asuransi</i> | 56 |
| <i>Industri Asuransi Jiwa dan Kesehatan Kanada</i> | 60 |
| <i>Kekayaan</i> | 61 |
| <i>Regulasi</i> | 62 |
| <i>Tanggung jawab dan Kendali pengawasan</i> | 62 |
| <i>Industri Asuransi di Indonesia</i> | 63 |
| <i>Struktur Pasar</i> | 63 |
| <i>Pertumbuhan Premi Bruto</i> | 64 |
| <i>Pertumbuhan Jumlah Klaim Bruto</i> | 64 |
| <i>Pertumbuhan Jumlah Aset dan Investasi</i> | 65 |
| <i>Neraca Pembayaran Jasa Asuransi Umum dan Reasuransi</i> | 66 |
| <i>Usaha Industri Asuransi Dengan Prinsip Syariah</i> | 66 |
| <i>Unit Link</i> | 67 |
| <i>Usaha Pialang Asuransi Dan Reasuransi, Serta Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi</i> | 67 |
| <i>Lapangan Kerja</i> | 68 |
| <i>Kanal Distribusi</i> | 68 |
| <i>Pembinaan Industri dan Profesi</i> | 68 |
| <i>Sengketa dan Perlindungan Konsumen</i> | 70 |
| <i>Lingkungan Regulasi</i> | 70 |
| <i>Peluang Pasar</i> | 71 |
| <i>Hambatan Pasar</i> | 71 |
| <i>Asuransi Syariah di Indonesia</i> | 71 |
| <i>Prinsip Asuransi Syariah</i> | 71 |
| <i>Usaha Asuransi Syariah</i> | 72 |
| <i>Kontrak dalam Asuransi Syariah</i> | 73 |
| <i>Dana pada Asuransi Syariah</i> | 75 |
| <i>Kontribusi atau luran</i> | 75 |

| | |
|---|----|
| <i>Kecenderungan Teknologi di Industri Asuransi</i> | 76 |
| <i>Model-Model Baru dan Produk Personal</i> | 76 |
| <i>Kecerdasan Buatan dan Otomasi Proses Robotik</i> | 77 |
| <i>Analisis data</i> | 77 |
| <i>Kemitraan InsurTech</i> | 78 |
| <i>Teknologi Blockchain</i> | 78 |

Meskipun fokus buku ini adalah asuransi kesehatan, bab ini juga mengambil pandangan yang lebih luas tentang asuransi. Ini mencakup prinsip-prinsip dasar asuransi dan struktur industri di belahan benua Amerika Utara, yakni Amerika Serikat dan Kanada. Selain itu juga dibahas industri asuransi di Indonesia.

Industri asuransi ini mengalami perkembangan dan perubahan ditandai adanya disrupsi teknologi akibat penyesuaian dan antisipasi industri asuransi di tengah-tengah berlangsungnya Revolusi Industri 4.0. Dan di dalam bab ini dibahas secara umum beberapa kecenderungan terkait dengan masalah tersebut.¹

Industri Asuransi Global²

Secara global elastisitas permintaan atau price elasticity demand (PED) dari asuransi terhadap pendapatan domestik bruto (PDB) termasuk barang yang elastis dalam hal ini berarti permintaan terhadap asuransi di suatu negara sangat dipengaruhi oleh besar kecilnya PDB per kapita.

Negara-negara yang lebih tinggi tingkat kesejahteraannya menghabiskan lebih besar pengeluarannya untuk asuransi, dan mereka lebih besar mengendalikan pendapatan dunia. Amerika Serikat (AS) dan negara-negara maju lainnya mendominasi pasar dunia (Tabel 3.1). Belahan benua Amerika Utara (AS dan Kanada) mengambil 33% pangsa pasar dunia. Pada bagian berikut diuraikan sedikit tentang keadaan industri di AS dan Kanada.

¹ Tentang macam-macam asuransi termasuk asuransi kesehatan secara umum dapat dibaca pada buku ini pada Bab 2 tentang Konsep Risiko dan Asuransi.

² Jeffrey I. Bernstein, Randall R. Geehan, *The Insurance Industry in Canada*, The Fraser Institute, 1988, p.6

Table 3.1. Sepuluh negara Dengan Premi Terbesar 1984

| Negara | PDB/kapita (USD) | Jiwa (%) | Non-Jiwa (%) | Total (%) | PDB (USD milyar) | Persentase dari dunia (%) |
|---------------------------|------------------|----------|--------------|-----------|------------------|---------------------------|
| AS | 15.357 | 43,5 | 56,6 | 50,9 | 3.635 | 30.5 |
| Jepang | 10.263 | 23,9 | 7,8 | 14,8 | 1.232 | 10.3 |
| Jerman | 10.025 | 6,2 | 6,8 | 6,5 | 613 | 5.1 |
| Inggris | 7.533 | 7,2 | 3,8 | 5,3 | 425 | 3.6 |
| Perancis | 8.907 | 2,7 | 4,7 | 3,8 | 489 | 4.1 |
| Kanada | 13.400 | 3,3 | 3,1 | 3,2 | 336 | 2.8 |
| Australia | 11.720 | 1,2 | 2,2 | 1,8 | 182 | 1.5 |
| Italia | 6.114 | 0,5 | 2,3 | 1,5 | 348 | 2.9 |
| Belanda | 8.533 | 1,3 | 1,2 | 1,2 | 123 | 1.0 |
| Swiss | 14.146 | 1,3 | 1,0 | 1,1 | 91 | 0.7 |
| 10 negara terbesar | | 91,1 | 89,5 | 90,1 | 7.474 | 62,6 |

Sumber: Baker 1987, and table I, *National Accounts Statistics: Analysis of Main Aggregates, 1983/84*, New York, United Nations, 1986.

Industri Asuransi Jiwa dan Kesehatan di Amerika Serikat³

Asuransi jiwa dan kesehatan adalah bisnis utama di Amerika Serikat. Aset dan jumlah lapangan kerja yang diciptakan membuat kontribusi penting bagi perekonomian negara.

Kinerja Keuangan

Kekayaan

Aset atau aktiva (kekayaan) berupa setara tunai dan investasi untuk seluruh industri asuransi pada tahun 2016 berjumlah USD 5.48 triliun, termasuk di industri asuransi jiwa dan kesehatan sebesar USD 3.16 triliun.

Premi Neto

Industri asuransi AS pada tahun 2017 mencatat premi neto sebesar USD 1.2 triliun, dan 52% berasal dari industri asuransi jiwa dan asuransi kesehatan.

³ Informasi lengkap tentang industri asuransi di AS bisa dibaca pada situs-situs web Insurance Information Institute, Deloitte Center for Financial Services, dan Federal Insurance Office.

Pajak Premi

Pajak premi yang dibayar oleh semua perusahaan asuransi pada 2016 adalah USD 20.5 milyar, yang berarti sebesar USD 63 untuk setiap penduduk.

Lapangan Kerja

Industri asuransi AS pada tahun 2016 menyerap 2.6 juta orang pekerja, di mana 1.5 juta orang bekerja di perusahaan asuransi, termasuk 811.900 di asuransi jiwa dan asuransi kesehatan. Sisanya sebesar 1.1 juta orang bekerja sebagai agen, broker, dll.

Badan Usaha Asuransi

Dua jenis paling umum dari perusahaan asuransi komersial adalah **perusahaan perseroan (stock company)** dan **perusahaan bersama (mutual company)**. Bentuk ketiga badan usaha asuransi adalah **masyarakat persaudaraan (fraternal society)**. Dan bentuk lainnya yang khas adalah **Blue Cross Blue Shield (BCBS)**.

Dari 5977 perusahaan asuransi di AS pada 2016, terdapat 872 perusahaan asuransi jiwa dan 858 perusahaan asuransi kesehatan.

Perusahaan Perseroan

Dalam perusahaan asuransi saham, kepemilikan dan kendali hukum diberikan kepada orang-orang yang membeli saham perusahaan atau pemegang saham. Pembelian saham mewakili kepemilikan di sebuah perusahaan. Persentase kepemilikan yang dimiliki seseorang ditentukan oleh jumlah saham yang dimiliki orang itu dibandingkan dengan jumlah saham yang telah dikeluarkan. Para pemegang saham berbagi dalam pendapatan perusahaan dengan menerima pembayaran berkala (biasanya tiga bulanan) yang disebut dividen. Besarnya dividen tergantung pada jumlah saham yang dimiliki individu dan kinerja terbaru perusahaan.

Perusahaan asuransi saham dibentuk untuk menjual berbagai jenis asuransi dengan harapan keuntungan bagi pemegang saham yang memiliki dan mengendalikan perusahaan asuransi. Para pemegang saham pengorganisasian menyiapkan dana yang diperlukan untuk memulai perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi saham baru harus memiliki sejumlah modal dan sejumlah dana surplus tertentu. Di sebagian besar negara bagian, modal minimum yang diperlukan untuk perusahaan saham yang berencana untuk menulis asuransi kesehatan jatuh dalam kisaran USD 100.000 hingga USD 1.000.000. Selain itu, perusahaan harus memiliki dana surplus, dalam beberapa kasus hingga 200 persen dari modal

minimum. Perusahaan-perusahaan asuransi saham yang dibiayai dengan baik memiliki modal awal dan surplus jauh melebihi dari jumlah minimum yang disyaratkan.

Perusahaan asuransi saham dalam bisnis untuk mendapatkan keuntungan bagi pemegang saham mereka. Sebagai persentase premium, keuntungannya tidak harus sangat besar. Namun, laba yang diantisipasi harus dipertimbangkan ketika menentukan tarif premi.

Perusahaan bersama

Perusahaan bersama tidak memiliki pemegang saham. Kepemilikan dan pengendalian perusahaan asuransi mutual diberikan kepada pemegang polisnya. Setiap pemilik polis berhak untuk memilih dalam pemilihan dewan direktur perusahaan dan menerima satu suara per orang, terlepas dari jumlah polis yang dimiliki atau jumlah asuransi yang dibeli.

Hampir semua perusahaan asuransi mutual yang sekarang ada awalnya diatur sebagai perusahaan saham dan kemudian melakukan mutualisasi. Ini dilakukan dengan pembelian saham luar biasa dengan dana surplus yang diakumulasikan oleh perusahaan asuransi. Sebelum perusahaan asuransi mutual dapat diatur, perusahaan harus memiliki jumlah aplikasi minimum yang disertai dengan premi dan sejumlah kecil dana surplus. Di beberapa negara bagian, persyaratan untuk membentuk perusahaan asuransi bersama sangat ketat sehingga hampir tidak mungkin membentuk perusahaan mutual baru.

Asuransi mutual tidak mencari keuntungan dengan cara yang sama seperti perusahaan asuransi saham. Namun, mereka memiliki surplus yang serupa dengan akun modal perusahaan asuransi saham. Kelebihannya adalah jumlah yang disisihkan sebagai margin of safety, di atas tanggung jawab yang diketahui oleh entitas asuransi, untuk menjamin solvabilitas dan kontinuitas organisasi melalui setiap keadaan yang merugikan. Ukuran surplus menentukan, sampai batas tertentu, berapa banyak bisnis baru yang dapat dijual oleh perusahaan asuransi. Ini juga merupakan ukuran kekuatan keuangan dan stabilitas perusahaan asuransi.

Untuk alasan-alasan ini, perusahaan asuransi bersama mencoba untuk memiliki tingkat pertumbuhan surplus mereka. Suatu penyisihan untuk penambahan surplus dapat dimasukkan ke dalam tarif premi dengan cara yang sama seperti keuntungan dimasukkan untuk perusahaan saham. Setelah surplus perusahaan asuransi bersama mencapai ukuran optimalnya, setiap jumlah yang berlebih dapat dikembalikan kepada pemegang polis perusahaan sebagai dividen.

Mengubah Kepemilikan

Perusahaan dapat memilih untuk mengubah kepemilikannya dari perusahaan asuransi saham menjadi perusahaan asuransi mutual dan sebaliknya. Ada sejumlah persyaratan hukum dan peraturan yang diperlukan untuk mencapai perubahan seperti itu, dan departemen asuransi negara bagian memiliki aturan khusus tentang apa yang perlu dilakukan. Prosesnya bisa mahal dan mungkin membutuhkan banyak waktu untuk diinvestasikan.

Sebagian besar perusahaan asuransi sekarang beralih dari mutual ke persero. Penanggung mutual dikonversi ke bentuk persero dengan proses yang disebut demutualisasi. Perubahan kepemilikan ini memberi beberapa keuntungan bagi perusahaan baru:

- Fleksibilitas yang lebih besar untuk membeli dan mengoperasikan jenis perusahaan lain. Jika sebuah perusahaan reksa membeli jenis perusahaan yang berbeda, perusahaan itu harus sesuai dengan peraturan yang mempengaruhi perusahaan asuransi mutual. Ini belum tentu benar dengan perusahaan asuransi saham.
- Peningkatan modal. Perusahaan dapat meningkatkan modalnya dengan menjual saham tambahan. Ini memungkinkan mereka untuk membeli perusahaan lain dengan memiliki lebih banyak sumber daya yang tersedia untuk pembelian semacam itu. Perusahaan-perusahaan mutual lebih terbatas dalam cara mereka dapat menggunakan surplus mereka.
- Fleksibilitas yang lebih besar dalam menarik karyawan tingkat atas. Memiliki saham memungkinkan perusahaan untuk menawarkan opsi saham atau saham-saham perusahaan sebagai bagian dari paket kompensasi keseluruhan.
- Pengurangan beban pajak. Perubahan terbaru dalam struktur pajak penghasilan perusahaan telah menempatkan beban pajak yang berpotensi lebih tinggi pada perusahaan asuransi mutual.

Kerugian demutualisasi pada umumnya terletak pada biaya untuk mencapai konversi seperti itu, distribusi yang adil dari surplus perusahaan timbal balik di antara pemilik polis, dan variasi peraturan negara bagian pada proses semacam itu.

Meskipun pernah populer bagi perusahaan asuransi saham untuk mengonversi ke perusahaan bersama, ini terjadi dengan frekuensi yang jauh lebih sedikit hari ini. Kekuatan pendorong di balik konversi ke perusahaan bersama adalah memiliki kontrol lebih besar atas operasi perusahaan dan untuk bebas dari tuntutan para pemegang saham.

Masyarakat Persaudaraan

Selain saham dan perusahaan bersama, masyarakat persaudaraan di AS dapat memberikan asuransi bagi anggotanya. Masyarakat persaudaraan adalah organisasi sosial. Undang-undang terpisah mengatur kegiatan masyarakat persaudaraan, dan asuransi hanya tersedia untuk anggota masyarakat. Tujuan undang-undang yang mengatur masyarakat persaudaraan umumnya sama dengan yang mengatur perusahaan saham dan saham: untuk memastikan bahwa organisasi memiliki kemampuan keuangan untuk memenuhi semua komitmen asuransinya.

Program Blue Cross dan Blue Shield

Pengembangan. Dengan beberapa pengecualian, program Blue Cross dan Blue Shield didirikan mulai tahun 1930an sebagai program layanan rumah sakit pra-bayar dan dokter nirlaba, bukan sebagai perusahaan asuransi. Program Blue Cross juga didirikan di Puerto Rico, Jamaika, dan Kanada. Program Blue Cross disponsori oleh kelompok rumah sakit setempat dan program Blue Shield yang disponsori oleh kelompok dokter lokal didirikan secara terpisah dari, dan, dalam beberapa kasus, merupakan persaingan langsung, satu sama lain.

Pendekatan program layanan prabayar, ketika diterapkan secara ketat, meyakinkan pelanggan akan manfaat layanan kesehatan khusus daripada ganti rugi atas biaya pengobatan yang dikeluarkan.

Dalam banyak kasus, program Blue Cross dan Blue Shield menikmati keuntungan unik, seperti:

- status pajak preferential, dan
- perjanjian penggantian biaya yang menguntungkan dengan rumah sakit dan dokter.

Sebagai imbalannya, program diharapkan secara berkala untuk menawarkan cakupan kepada individu yang menggunakan persyaratan underwriting medis yang lebih rendah dalam praktik yang dikenal sebagai "pendaftaran terbuka." Tarif yang sama sering dibebankan ke pelanggan terlepas dari kategori risiko atau pengalaman kelompok mereka, praktik yang dikenal sebagai "tarif komunitas." Juga, program tersebut memberikan otoritas unik dalam asosiasi perdagangan nasional mereka, yang menjadi Blue Cross and Blue Shield Association pada tahun 1982 setelah penggabungan Blue Cross Association dan National Association of Blue Shield.

Blue Cross and Blue Shield Association

- melisensikan program lokal untuk menggunakan nama dan simbol Blue Cross dan Blue Shield (BCBS) dan mewajibkan kepatuhan terhadap standar organisasi, operasional, dan produk / layanan tertentu;
- membantu pemasaran layanan-layanan perencanaan Blue Cross kepada kelompok-kelompok pengusaha nasional besar dengan lokasi-lokasi multistate (beberapa negara bagian), sehingga membutuhkan partisipasi dan kerja sama dari program-program independen lokal; dan
- berfungsi sebagai kontraktor dengan pemerintah federal atas nama masing-masing program.

Evolusi. Dalam beberapa tahun terakhir, Blue Cross dan Blue Shield berencana telah mengalami perubahan signifikan, yang tampaknya telah menghilangkan banyak karakteristik operasional yang membedakan mereka dari perusahaan asuransi. Akibatnya, pada tahun 1986, Kongres menarik pembebasan Blue Cross dari pajak penghasilan federal. Tergantung pada undang-undang negara bagian, program mulai membayar bagian pajak lokal, negara bagian, dan pajak premi yang lebih besar.

Program Blue Cross dan Blue Shield telah mengalami penggabungan dan konsolidasi, dengan lebih dari 100 program independen yang ada pada tahun 1980an telah berkurang menjadi sekitar 60. Kecenderungan itu terus berlanjut.

Kerangka kerja organisasi dari banyak program juga telah mulai berubah untuk memungkinkan akses yang lebih baik ke pasar modal dan fleksibilitas peraturan dalam operasi dan penawaran produk dalam menanggapi iklim usaha perawatan terkelola atau terkendali (managed care) saat ini.

Saat ini, beberapa program telah menjadi perusahaan asuransi mutual, sementara yang lain mengoperasikan perusahaan publik untuk bisnis perawatan terkelola (managed care) dan bisnis asuransi. Yang lain lagi beralih ke status yang dimiliki investor. Kegiatan penggabungan berlanjut pada tahap baru karena program yang lebih besar telah bergabung dengan program lain lintas negara bagian atau dengan asuransi komersial untuk membentuk konglomerasi perawatan kesehatan regional.

Industri Asuransi Jiwa dan Kesehatan Kanada

Industri asuransi Kanada berbeda dalam beberapa hal penting dari industri asuransi AS, terutama karena peran yang berbeda dari pemerintah kedua

negara mengenai masalah asuransi. Pemerintah Kanada tidak mengatur industri asuransi sama besarnya dengan Amerika Serikat; pada kenyataannya, sistem Kanada sangat diatur sendiri.

Namun, sistem perawatan kesehatan yang dikelola pemerintah mendominasi pasar asuransi kesehatan di Kanada, sedangkan Amerika Serikat tidak memiliki sistem seperti itu. Masing-masing provinsi di Kanada menyediakan bagi para penduduknya program komprehensif rawat inap dan biaya perawatan medis. Program universal ini didanai oleh kombinasi hibah dari pemerintah provinsi dan federal, pendapatan pajak langsung atau umum, dan, di sebagian besar provinsi, premi kecil. Asuransi kesehatan swasta tersedia dan dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan yang tidak dipenuhi oleh cakupan pemerintah.

Kekayaan

Pada tahun 1994, total aset yang dimiliki di Kanada atas nama pemegang polis asuransi jiwa dan kesehatan Kanada berjumlah USD 176,3 milyar. Dari jumlah itu, USD 166,0 milyar adalah atas nama pemegang polis asuransi jiwa dan annuitant. Sisanya adalah pemegang polis asuransi kesehatan.

Saham dan obligasi adalah komponen utama dari portofolio aset total asuransi jiwa dan kesehatan industri Kanada. Industri ini juga merupakan sumber utama pembiayaan bagi pemerintah Kanada. 23% dari total aset adalah dalam obligasi pemerintah dan surat utang negara, dengan mayoritas dimiliki di tingkat federal.

Kanada memiliki proporsi perusahaan asuransi timbal balik yang lebih tinggi untuk membeli perusahaan asuransi daripada Amerika Serikat. Amandemen tahun 1957 terhadap Undang-Undang federal Canadian and British Insurance Companies Act memberikan prosedur khusus untuk mutualisasi, atau proses perubahan dari perusahaan saham ke perusahaan bersama. Perusahaan-perusahaan saham Kanada didorong untuk menjadi perusahaan bersama agar tidak diambil alih oleh perusahaan asing. Karena perusahaan-perusahaan mutual tidak memiliki stok untuk dijual, perusahaan bersama tidak dapat dibeli oleh perusahaan lain semudah perusahaan saham. Banyak perusahaan Kanada berhasil menghindari pengambilalihan oleh perusahaan asing dengan proses mutualisasi.

Pada tahun 1994 hampir 100.000 orang bekerja dalam bisnis asuransi jiwa dan kesehatan di Kanada.

Regulasi

Ada perbedaan yang mencolok antara Amerika Serikat dan Kanada dalam cara mengatur bisnis asuransi. Peraturan bisnis asuransi di Amerika Serikat ada di tangan negara-negara bagian. (Untuk informasi lebih lanjut tentang peraturan AS, lihat Bab 5: Peraturan Asuransi Kesehatan, dalam Dasar-dasar Asuransi Kesehatan: Bagian B.) Di Kanada, regulasi bisnis asuransi telah menjadi fungsi bersama pemerintah federal dan provinsi hampir sejak berdirinya konfederasi provinsi.

UU British North America Act, disahkan oleh Parlemen Inggris pada 1867, adalah hukum yang disediakan untuk pembentukan Dominion of Canada. Di antaranya, tindakan itu membagi kekuatan antara pemerintah federal dan provinsi. Para pendiri konfederasi Kanada tampaknya percaya bahwa Perang Sipil AS memberikan bukti kelemahan pemerintah federal Amerika Serikat. Untuk menghindari masalah ini, mereka menyediakan pemerintahan pusat yang kuat di Dominion.

Pemerintah federal diberi yurisdiksi atas 16 bidang regulasi, termasuk hak milik dan hak sipil, piagam perusahaan provinsi, pemerintah kota, dan perpajakan langsung di dalam provinsi untuk keperluan provinsi. Semua sisa kekuasaan — yaitu, yang tidak disebutkan secara spesifik — dipegang oleh pemerintah federal. Pemerintah federal juga menerima kekuasaan untuk melarang setiap legislasi provinsi yang diyakini tidak diinginkan.

Sejak 1867 keputusan pengadilan telah melemahkan kekuatan pemerintah federal dan memperkuat kekuatan provinsi-provinsi. Meskipun keputusan ini telah menciptakan tumpang tindih yurisdiksi pemerintah federal dan pemerintah provinsi dalam kontrol bisnis asuransi, tidak ada masalah nyata atau substansial dalam hal ini. Undang-Undang Kanada tahun 1982, yang menggantikan Undang-Undang Amerika Utara Inggris tahun 1867, tidak mempengaruhi secara material pengaturan asuransi di Kanada.

Tanggung jawab dan Kendali pengawasan

Tanggung jawab dan pengawasan industri asuransi Kanada terbagi antara pemerintah federal dan provinsi.

Peran Pemerintah Federal

Pemerintah federal melisensikan semua perusahaan asuransi Kanada yang didirikan secara federal dan semua perusahaan asuransi non-Kanada yang berbisnis di Kanada. Meskipun perusahaan asuransi yang melakukan bisnis semata-mata dalam batas-batas provinsi tertentu mungkin memiliki lisensi untuk melakukan bisnis dalam provinsi itu tanpa mendapatkan lisensi federal, sebagian besar perusahaan jenis itu telah secara sukarela

diserahkan ke yurisdiksi federal. Pemerintah federal memeriksa perusahaan asuransi yang dilisensikan olehnya dan mengatur undang-undang tentang deposito, solvabilitas, dan penilaian aset dan kewajiban perusahaan-perusahaan ini. Atas permintaan khusus dari pemerintah Nova Scotia, pemerintah federal mengawasi semua perusahaan asuransi provinsi Nova Scotia.

Peran Pemerintah Provinsi

Provinsi memiliki tanggung jawab tunggal untuk undang-undang mengenai bentuk kontrak asuransi, iklan dan perlindungan konsumen, dan perizinan dan regulasi agen, broker, dan adjuster. Provinsi-provinsi juga mengawasi dan memikul tanggung jawab untuk inspeksi yang berkaitan dengan solvabilitas perusahaan asuransi yang tidak terdaftar pada pemerintah federal.

Semua asuransi harus dilisensikan oleh setiap provinsi (kecuali Nova Scotia) di mana mereka beroperasi, apakah mereka memegang lisensi federal atau tidak. Sebagai bagian dari proses perizinan, provinsi-provinsi membutuhkan pengajuan dokumen pendirian. Setelah itu, perusahaan asuransi harus mengajukan pernyataan tahunan yang menunjukkan bisnisnya di provinsi tertentu. Provinsi-provinsi tidak memeriksa atau meminta simpanan dari perusahaan asuransi yang dilisensikan oleh pemerintah federal. Namun, karena gengsi yang melekat pada registrasi federal, banyak perusahaan asuransi mendapatkan lisensi federal meskipun bisnis mereka terbatas pada satu atau dua provinsi.

Industri Asuransi di Indonesia ⁴

Struktur Pasar

Jumlah perusahaan perasuransian di Indonesia per 31 Desember 2016 adalah 383 perusahaan, terdiri dari 146 perusahaan asuransi dan reasuransi serta 237 perusahaan penunjang usaha asuransi (tidak termasuk Konsultan Aktuaria dan Agen Asuransi). Perusahaan asuransi dan reasuransi terdiri dari 55 perusahaan asuransi jiwa, 80 perusahaan asuransi umum, 6 perusahaan reasuransi, 2 badan penyelenggara program jaminan sosial, dan 3 perusahaan penyelenggara asuransi wajib.

⁴ Informasi lengkap kinerja industri asuransi di Indonesia bisa dilihat di situs web Otoritas Jasa Keuangan, dan bisa baca Laporan KPMG Insurance in Indonesia: Opportunities in Dynamic Market.

Perusahaan penunjang usaha asuransi terdiri dari 169 perusahaan pialang asuransi, 40 perusahaan pialang reasuransi, dan 28 perusahaan penilai kerugian asuransi.

Pertumbuhan Premi Bruto

Perekonomian Indonesia pada tahun 2016, jika diukur dari Pendapatan Domestik Bruto (PDB), meningkat 7,5% menjadi Rp 12.406,8 triliun pada tahun 2016.

Jumlah premi bruto industri asuransi pada tahun 2016 mencapai Rp 361,78 triliun, meningkat 22,4% dari tahun sebelumnya. Dalam lima tahun terakhir, pertumbuhan rata-rata premi bruto adalah sekitar 19,8% (menggunakan metode Compounded Annual Growth Rate (CAGR)). Apabila jumlah premi bruto tersebut dibandingkan dengan jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2016, yaitu sebesar 258,7 juta jiwa, akan diperoleh densitas asuransi sebesar Rp 1.398.473. Hal ini memiliki pengertian bahwa secara rata-rata setiap penduduk Indonesia mengeluarkan dana sebesar Rp1.398.473 untuk membayar premi asuransi. Sementara itu, kontribusi sektor asuransi terhadap PDB sebagaimana dicerminkan oleh rasio antara premi bruto terhadap PDB mengalami peningkatan sebesar 0,36% menjadi 2,92% pada tahun 2016.

Kenaikan premi bruto tertinggi pada tahun 2016 diperoleh oleh BPJS (30,4%), dan diikuti oleh asuransi jiwa sebesar (23,7%), asuransi umum dan reasuransi (10,6%), dan perusahaan penyelenggara asuransi wajib (6,9%). Porsi terbesar dari premi bruto industri asuransi tahun 2016 adalah premi bruto asuransi jiwa (46,2%), diikuti oleh premi bruto BPJS (32,1%), asuransi umum dan reasuransi (18,4%) dan perusahaan penyelenggara asuransi wajib (3,3%).

Namun angka penetrasi (rasio premi terhadap PDB) pasar asuransi di Indonesia masih rendah, sehingga peluang pasar asuransi masih besar. Walaupun penetrasi pasar masih rendah, investasi di bidang asuransi memberikan return yang cukup kuat.

Pertumbuhan Jumlah Klaim Bruto

Jumlah klaim bruto industri asuransi pada tahun 2016 mengalami kenaikan sebesar 15%, menjadi Rp227,35 triliun. Klaim perusahaan asuransi umum dan reasuransi mengalami peningkatan sebesar 2,91%, menjadi Rp 34,19 triliun. Klaim dibayar perusahaan asuransi jiwa naik sebesar 16,1% menjadi Rp 96,19 triliun. Klaim dibayar BPJS mengalami peningkatan sebesar 15,7%, menjadi Rp 86,81 triliun. Klaim perusahaan penyelenggara asuransi wajib mengalami peningkatan sebesar 51,7%, menjadi Rp 10,16

triliun pada tahun 2016. Secara keseluruhan, rasio klaim bruto terhadap premi bruto pada tahun 2016 adalah sebesar 62,8%. Rasio ini lebih rendah dibandingkan dengan rasio klaim tahun sebelumnya. Penurunan ini disebabkan pertumbuhan klaim dibayar yang lebih rendah dibandingkan dengan pertumbuhan premi bruto.

Pertumbuhan Jumlah Aset dan Investasi

Jumlah aset industri asuransi Indonesia tahun 2016 mencapai Rp 1.006,91 triliun. Jumlah ini mengalami kenaikan sebesar 18,0% dibandingkan dengan jumlah aset tahun sebelumnya. Dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2016, aset industri asuransi rata-rata meningkat sebesar 14,5% per tahun (menggunakan metode Compounded Annual Growth Rate (CAGR)). Jumlah aset perusahaan asuransi jiwa meningkat sebesar 19,3%, menjadi Rp451,03 triliun pada tahun 2016. Sementara itu, jumlah aset perusahaan asuransi umum meningkat 2,56%, menjadi Rp 127,19 triliun pada tahun 2016. Sedangkan jumlah aset perusahaan reasuransi meningkat sebesar 12,2%, menjadi Rp 16,62 triliun pada tahun 2016.

Jumlah aset BPJS meningkat sebesar 27,5%, menjadi Rp 289,42 triliun pada tahun 2016. Jumlah aset perusahaan penyelenggara asuransi wajib meningkat 11,9% menjadi Rp 122,65 triliun pada tahun 2016.

Pada tahun 2016, perusahaan asuransi jiwa memiliki aset sebesar 44,8% dari total aset industri asuransi. BPJS memiliki 28,7% dari total aset industri asuransi, diikuti dengan asuransi umum sebesar 12,6%. Sementara itu, perusahaan penyelenggara asuransi wajib dan perusahaan reasuransi masing-masing memiliki sebesar 12,2% dan 1,7% dari total aset industri asuransi.

Jumlah dana investasi industri asuransi Indonesia pada tahun 2016 adalah Rp 837,82 triliun. Jumlah ini meningkat 22,1% dari tahun sebelumnya. Dana investasi terbesar dimiliki oleh perusahaan asuransi jiwa (47,3%), diikuti oleh BPJS (32,4%), perusahaan penyelenggara asuransi wajib (11,5%), perusahaan asuransi umum (7,5%), dan yang terakhir perusahaan reasuransi (1,2%).

Industri asuransi menempatkan sebagian besar investasinya pada Surat Berharga Negara. Pada akhir tahun 2016, investasi yang ditempatkan pada Surat Berharga Negara sebesar Rp226 triliun atau sekitar 27% dari total investasi industri asuransi. Portofolio investasi terbesar kedua adalah saham sebesar Rp199,8 triliun atau 23,9% dari total investasi industri asuransi. Selanjutnya, investasi pada reksadana sebesar Rp149,8 triliun atau 17,9% dari total investasi industri asuransi.

Neraca Pembayaran Jasa Asuransi Umum dan Reasuransi

Premi reasuransi yang ditempatkan ke luar negeri pada tahun 2016 berjumlah Rp 15,27 triliun. Jumlah ini mengalami penurunan sebesar 0,52%. Penerimaan komisi dari penempatan reasuransi ke luar negeri tersebut sebesar Rp 2,20 triliun dan pemulihan klaim yang diterima sebesar Rp 4,97 triliun. Dengan demikian, transaksi reasuransi ke luar negeri mengalami defisit sebesar Rp 8,10 triliun. Sementara itu, transaksi reasuransi yang diperoleh dari luar negeri pada tahun yang sama mengalami surplus sebesar Rp 1,07 triliun. Dengan demikian, total transaksi reasuransi internasional industri asuransi neto masih mengalami defisit sebesar Rp 7,03 triliun. Neraca pembayaran industri asuransi tahun 2012 sampai dengan tahun 2016 mengalami defisit. Pada tahun 2016, rasio defisit reasuransi ke dan dari luar negeri terhadap premi bruto adalah sebesar 10,5% lebih kecil dari rasio defisit tahun 2015.

Rasio klaim bisnis reasuransi yang diterima dari luar negeri pada tahun 2016 sebesar 21,8%, lebih kecil dari rasio klaim bisnis yang direasuransikan ke luar negeri yang besarnya 32,6%.

Usaha Industri Asuransi Dengan Prinsip Syariah

Struktur Pasar Asuransi

Jumlah perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi dengan prinsip syariah per 31 Desember 2016 adalah 58 perusahaan yang terdiri dari 10 perusahaan asuransi syariah (murni syariah) 1 perusahaan reasuransi syariah (murni syariah), 45 perusahaan asuransi yang memiliki unit syariah dan 2 perusahaan reasuransi yang memiliki unit syariah.

Pertumbuhan Kontribusi Bruto dan Klaim Bruto

Kontribusi bruto industri asuransi pada tahun 2016 mencapai Rp 12,29 triliun atau meningkat sebesar 20,2%. Jumlah kontribusi bruto tahun 2016 tersebut adalah 5,3% dari total kontribusi bruto perusahaan asuransi dan reasuransi. Klaim bruto industri asuransi pada tahun 2016 mengalami kenaikan sebesar 22,9% menjadi Rp4,29 triliun. Jumlah klaim bruto tahun 2016 tersebut adalah 3,3% dari total klaim bruto perusahaan asuransi dan reasuransi.

Kenaikan kontribusi bruto tertinggi pada tahun 2016 dicapai oleh perusahaan asuransi umum dan reasuransi. Kontribusi bruto asuransi umum dan reasuransi meningkat 45,6% menjadi sebesar Rp 2,85 triliun pada tahun 2016. Kontribusi bruto tahun 2016 tersebut memberikan

kontribusi 4,3% dari total kontribusi bruto perusahaan asuransi umum dan reasuransi tahun 2016.

Kenaikan klaim bruto tertinggi pada tahun 2016 dialami oleh perusahaan asuransi umum dan reasuransi, yaitu meningkat sebesar 35,6% menjadi sebesar Rp1,23 triliun di tahun 2016. Klaim bruto tersebut adalah 3,6% dari total klaim bruto perusahaan asuransi jiwa pada tahun 2016.

Total kontribusi bruto perusahaan asuransi jiwa pada tahun 2016 adalah sebesar Rp 9,44 triliun atau naik sebesar 14,1%. Kontribusi bruto tahun 2016 tersebut adalah 5,7% dari total kontribusi bruto perusahaan asuransi jiwa tahun. Adapun rata-rata pertumbuhan kontribusi bruto yang berhasil dicatatkan dalam lima tahun terakhir oleh perusahaan asuransi jiwa dengan prinsip syariah adalah sekitar 16,9%. Sedangkan klaim bruto perusahaan asuransi jiwa dengan prinsip syariah meningkat sebesar 18,4% menjadi Rp 3,06 triliun pada tahun 2016. Klaim bruto tersebut adalah 3,2% dari total klaim bruto perusahaan asuransi jiwa pada tahun 2016.

Pertumbuhan Rasio Klaim

Rasio klaim asuransi dan reasuransi dengan prinsip syariah pada tahun 2016 adalah 34,86%. Rasio klaim tersebut lebih tinggi dibandingkan dengan rasio serupa tahun 2015.

Pangsa Pasar Asuransi Dengan Prinsip Syariah

Pangsa pasar industri asuransi dengan prinsip syariah pada tahun 2016 mengalami pertumbuhan. Sebagai negara dengan penduduk Muslim terbesar di dunia, produk syariah ini masih terbelah masih kecil, sehingga praktis peluang masih terbuka luas untuk digarap.

Unit Link

Pada akhir tahun 2016, terdapat 36 perusahaan asuransi jiwa yang memasarkan produk asuransi yang dikaitkan dengan investasi (unit link), atau juga disebut produk asuransi yang dikaitkan investasi (PAYDI)

Usaha Pialang Asuransi Dan Reasuransi, Serta Perusahaan Penilai Kerugian Asuransi

Dibandingkan tahun lalu, premi yang dikumpulkan melalui perusahaan pialang asuransi dan pialang reasuransi turun sebesar 9,61% menjadi Rp 22,38 triliun pada tahun 2016. Penurunan premi tersebut diikuti dengan penurunan komisi sebesar 8,81% menjadi Rp 2,07 triliun pada tahun 2016.

Banyaknya klaim yang dinilai oleh perusahaan penilai kerugian asuransi (loss adjusters) menurun sebesar 9,57%, menjadi 8.859 klaim pada tahun 2016.

Lapangan Kerja

Penyerapan tenaga kerja di sektor asuransi konvensional pada tahun 2016 berjumlah 493.565 orang terdiri dari 53.194 orang sebagai pegawai perusahaan perasuransian, 3.594 orang pada perusahaan agensi, serta 489.971 orang agen perorangan.

Di sektor asuransi syariah berjumlah 5.740 orang, terdiri 1.015 karyawan perusahaan perasuransian syariah, 3 orang perusahaan agensi, 4.718 orang agen, serta 4 orang sebagai broker.

Kanal Distribusi

Distribusi pemasaran produk asuransi di Indonesia masih didominasi oleh pemanfaatan tenaga agen independen. Kanal yang juga populer di Indonesia adalah kanal perbankan untuk produk-produk bancassurance. Alternatif lainnya adalah kanal digital dan kanal pemasaran langsung.

Pembinaan Industri dan Profesi

Otoritas Jasa Keuangan (OJK) merupakan lembaga yang independen dan bebas dari campur tangan pihak lain, mempunyai fungsi, tugas, dan wewenang pengaturan, pengawasan, pemeriksaan, dan penyidikan terhadap industri jasa keuangan, termasuk di dalamnya adalah industri perasuransian. Secara tidak langsung dapat dikatakan di dalam tugas dan fungsi OJK tersebut adalah melakukan pembinaan terhadap industri perasuransian. Pembinaan dan pengembangan bidang perasuransian sebagian besar dilakukan oleh para pelaku di bidang perasuransian itu sendiri seperti diuraikan di bawah ini.

Dewan Asuransi Indonesia (DAI) merupakan semacam federasi atau himpunan dari berbagai asosiasi bidang perasuransian yang dalam kegiatannya lebih ke arah non-teknis, seperti kegiatan literasi dan edukasi, termasuk kegiatan Goes to Campus (GTC) yang diselenggarakan pada setiap Hari Asuransi (Insurance Day).

Beberapa asosiasi berikut ini adalah merupakan himpunan dari perusahaan atau badan usaha bidang perasuransian:

- Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI)
- Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI)
- Asosiasi Asuransi Syariah Indonesia (AASI)

- Asosiasi Perusahaan Pialang Asuransi dan Reasuransi Indonesia (APPARINDO)
- Asosiasi Konsultan Aktuaria Indonesia (AKAI)
- Asosiasi Penilai Kerugian Asuransi Indonesia (APKAI)
- Asosiasi Asuransi Jaminan Sosial Indonesia (AAJSI)

Selain asosiasi industri di atas, beberapa profesi bidang perasuransian menghimpun diri mereka dalam suatu asosiasi guna mengembangkan profesionalisme di bidangnya masing-masing.

- Asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia (AAMAI)
- Perkumpulan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia (PAMJAKI)
- Asosiasi Ahli Pialang Asuransi dan Reasuransi Indonesia (APARI)
- Persatuan Aktuaris Indonesia (PAI)
- Persatuan Underwriting Jiwa Indonesia (PERUJI)

Sertifikasi profesi bidang perasuransian dilakukan oleh beberapa asosiasi di atas baik oleh asosiasi industri maupun asosiasi profesi. Sertifikat keagenan perorangan dilakukan oleh AAJI dan AAUI sesuai lini bisnis masing-masing.

Beberapa lembaga sertifikasi profesi juga dibentuk oleh asosiasi industri dan/atau asosiasi profesi seperti:

- Lembaga Sertifikasi Profesi Aplikasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia (LSP-AAMAI)
- Lembaga Sertifikasi Profesi Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia (LSP-JAKI)
- Lembaga Sertifikasi Profesi Perasuransian Indonesia (LSP-PI)
- Lembaga Sertifikasi Profesi Perasuransian Syariah (LSP Perasuransian Syariah)

Beberapa lembaga pendidikan bidang perasuransian yang ada di Indonesia antara lain:

- Jakarta Insurance Institute (JII)
- Lembaga Pendidikan Asuransi Indonesia (LPAI)
- Sekolah Tinggi Manajemen Asuransi Trisakti (STMA Trisakti)
- Sekolah Tinggi Manajemen Risiko dan Asuransi (STIMRA)

Selain lembaga pendidikan tersebut, beberapa program studi bidang perasuransian seperti asuransi kesehatan dan aktuaria juga diselenggarakan di perguruan tinggi dan biasanya dilaksanakan pada bidang studi ekonomi, sosial dan kesehatan, baik program D3 maupun S1 dan S2.

Sengketa dan Perlindungan Konsumen

Persengketaan para pihak di bidang perasuransian bisa diselesaikan melalui jalur hukum di pengadilan atau di luar pengadilan. Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI) didirikan dengan tujuan untuk memberikan pelayanan yang profesional dan transparan yang berbasis pada kepuasan dan perlindungan serta penegakan hak-hak Tertanggung atau Pemegang Polis melalui proses Mediasi dan Ajudikasi.

Perlindungan konsumen adalah segala upaya yang menjamin adanya kepastian hukum untuk memberi perlindungan kepada konsumen. Badan Perlindungan Konsumen Nasional RI atau yang kemudian disebut BPKN RI adalah badan yang dibentuk untuk membantu upaya pengembangan perlindungan konsumen. Selain lembaga resmi negara, terdapat juga beberapa lembaga swadaya masyarakat (NGO) yang bisa menjadi saluran pengaduan masyarakat atas layanan jasa perasuransian, di antaranya:

- Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI)
- Yayasan Perlindungan Konsumen Kesehatan Indonesia (YPPKI)

Lingkungan Regulasi

Pemegang saham pengendali (controlling shareholder) sejak Oktober 2017 sudah tidak dapat lagi memiliki lebih dari satu lini bisnis perasuransian di Indonesia.

Kepemilikan saham (ownership) oleh asing dibatasi menjadi 80% dan akan berlaku efektif pada Oktober 2019, sehingga kepemilikan di atas 80% harus melakukan penyesuaian terhadap ketentuan ini.

Penggunaan jasa reasuransi (non-life) didorong untuk mengutamakan jasa reasuransi lokal Indonesia, dan penggunaan reasuransi asing hanya merupakan pelengkap. Oleh karena kapasitas reasuransi domestik kurang memadai, salah satu cara adalah kemitraan reasuransi asing dengan perusahaan lokal, atau melakukan akuisisi (acquisition).

Ketentuan komisi maksimum sejak 2014 mengatur industri asuransi kendaraan bermotor di mana komisi maksimum adalah 25% dan untuk asuransi properti adalah maksimum 15%.

Persyaratan modal minimal (capital requirement) sudah diberlakukan paling lambat 31 Desember 2014 yang lalu, yakni Rp 100 milyar untuk perusahaan asuransi jiwa dan asuransi umum, serta Rp 200 milyar untuk perusahaan reasuransi.

Peluang Pasar

Dengan rendahnya penetrasi asuransi di Indonesia dari jumlah penduduk di atas 250 juta orang merupakan peluang untuk usaha perasuransian. Demografi penduduk juga menguntungkan seperti populasi muda yakni mereka yang berusia di bawah 30 tahun merupakan 50% dari jumlah penduduk, serta mereka di kelas menengah sedang tumbuh secara ekonomi.

Hambatan Pasar

Sejak Januari 2014 Indonesia memberlakukan Universal Health Coverage (JKN) yang ditargetkan pada tahun 2019 akan mencapai 250 juta peserta, akan menyebabkan industri asuransi mengalami penurunan pasar asuransi kesehatan kumpulan (yang disponsori pemberi kerja). Sedangkan untuk pasar asuransi kesehatan perorangan masih memberikan peluang dan diminati pasar karena perbedaan pelayanan produk komersial dengan pelayanan program JKN.

Asuransi Syariah di Indonesia

Prinsip Asuransi Syariah

Berdasarkan UU No. 40 tahun 2014 tentang Perasuransian, **asuransi syariah (sharia insurance)** adalah kumpulan perjanjian, yang terdiri atas perjanjian antara perusahaan asuransi syariah dan pemegang polis dan perjanjian di antara para pemegang polis, dalam rangka pengelolaan kontribusi berdasarkan prinsip syariah guna saling menolong dan melindungi dengan cara:

- memberikan penggantian kepada peserta atau pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita peserta atau pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti; atau
- memberikan pembayaran yang didasarkan pada meninggalnya peserta atau pembayaran yang didasarkan pada hidupnya peserta dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan/atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana.

Prinsip syariah adalah **prinsip hukum Islam** dalam kegiatan perasuransian berdasarkan fatwa yang dikeluarkan oleh lembaga yang memiliki kewenangan dalam penetapan fatwa di bidang syariah, dalam hal ini adalah **Majelis Ulama Indonesia (MUI)**.

Dalam asuransi konvensional dikenal **transfer risiko (risk transfer)**, di mana tertanggung mengalihkan sebagian atau seluruh risiko ke pada penanggung. Asuransi syariah menggunakan metode **berbagi risiko (risk sharing)**.

Usaha Asuransi Syariah

Usaha asuransi syariah adalah usaha pengelolaan risiko berdasarkan prinsip syariah guna **saling menolong** dan **melindungi** dengan memberikan penggantian kepada peserta atau pihak lain yang berhak. Tergantung jenis bidang asuransi, usaha:

- Asuransi umum memberikan penggantian kepada peserta atau pemegang pas karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita peserta atau pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti. Perusahaan asuransi umum syariah hanya dapat menyelenggarakan usaha asuransi umum syariah, termasuk lini usaha asuransi kesehatan berdasarkan prinsip syariah dan lini usaha asuransi kecelakaan diri berdasarkan prinsip syariah; dan usaha reasuransi syariah untuk risiko perusahaan asuransi umum syariah lain.
- Asuransi jiwa memberikan pembayaran yang didasarkan pada meninggal atau hidupnya peserta, atau pembayaran lain kepada peserta atau pihak lain yang berhak pada waktu tertentu yang diatur dalam perjanjian, yang besarnya telah ditetapkan dan/atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana. Perusahaan asuransi jiwa syariah hanya dapat menyelenggarakan usaha asuransi jiwa syariah termasuk lini usaha anuitas berdasarkan prinsip syariah, lini usaha asuransi kesehatan berdasarkan prinsip syariah, dan lini usaha asuransi kecelakaan diri berdasarkan prinsip syariah.

Usaha asuransi syariah berdasarkan **Dewan Syariah Nasional (DSN)** yang dibentuk oleh MUI adalah sebuah usaha untuk **saling melindungi (takaful)** dan **saling tolong menolong (ta'awun)** di antara sejumlah orang, melalui investasi dalam bentuk aset **dana tabarru' (dana sumbangan)** yang memberikan pola pengembalian untuk menghadapi risiko tertentu melalui **akad (perjanjian, perikatan)** sesuai dengan syariah.

Usaha asuransi syariah dapat dioperasikan dalam suatu perusahaan asuransi syariah, atau dilakukan sebagai satu unit terpisah di dalam perusahaan asuransi konvensional. **Unit syariah** adalah unit kerja di kantor pusat perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi yang

berfungsi sebagai kantor induk dari kantor di luar kantor pusat yang menjalankan usaha berdasarkan prinsip syariah.

Dalam struktur organisasi perusahaan asuransi syariah, selain organ yang sesuai ketentuan tentang perusahaan perseroan terbatas, terdapat organ yang bernama **Dewan Pengawas Syariah (DPS)** yang merupakan bagian dari organ Perusahaan yang mempunyai tugas dan fungsi pengawasan terhadap penyelenggaraan kegiatan usaha perusahaan agar sesuai dengan prinsip syariah.

Jumlah perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi dengan prinsip syariah pada 2016 berjumlah 58 perusahaan.⁵

Kontrak dalam Asuransi Syariah

Kontrak asuransi syariah dibuat dengan melakukan akad tabarru' (**gratuitous contract**) yang merupakan transaksi nirlaba yang tidak ditujukan untuk memperoleh laba. Tujuan transaksi ini adalah tolong menolong dalam rangka berbuat kebaikan, dan dalam akad tabarru' pihak yang berbuat kebaikan tidak berhak mensyaratkan imbalan apapun, namun diperbolehkan meminta biaya administrasi sekedarnya sepanjang tidak mengambil laba dari akad tersebut.

Terdapat beberapa pengertian perjanjian dalam asuransi syariah, seperti berikut ini:

- **Akad** adalah perjanjian tertulis yang memuat kesepakatan tertentu, beserta hak dan kewajiban para pihak sesuai prinsip syariah.
- Akad **hibah tanahud** adalah akad hibah sejumlah dana dari peserta secara individu kepada peserta secara kolektif untuk membentuk dana tanahud pada produk anuitas syariah untuk program pensiun.
- Akad **tabarru'** adalah akad hibah dalam bentuk pemberian dana dari satu peserta kepada dana tabarru' untuk tujuan tolong menolong di antara para peserta, yang tidak bersifat dan bukan untuk tujuan komersial.
- Akad **tijarah** adalah akad antara peserta secara kolektif atau secara individu dan perusahaan asuransi syariah, perusahaan reasuransi syariah, atau unit syariah dengan tujuan komersial.
- Akad **wakalah bil ujah** adalah akad tijarah yang memberikan kuasa kepada perusahaan asuransi syariah, perusahaan reasuransi syariah, atau unit syariah sebagai wakil peserta untuk mengelola dana

⁵ Perkembangan asuransi syariah sampai tahun 2016 dapat dibaca di bagian Industri Asuransi di Indonesia di muka pada Bab ini.

tabarru' dan/atau dana investasi peserta, sesuai kuasa atau wewenang yang diberikan, dengan imbalan berupa **ujrah (fee)**.

- Akad **mudharabah** adalah akad tijarah yang memberikan kuasa kepada perusahaan asuransi syariah, perusahaan reasuransi syariah, atau unit syariah **sebagai mudharib (pengelola dana)** untuk mengelola investasi dana tabarru' dan/atau dana investasi peserta, sesuai kuasa atau wewenang yang diberikan, dengan imbalan berupa **bagi hasil (nisbah)** yang besarnya telah disepakati sebelumnya.
- Akad **mudharabah musytarakah** adalah akad tijarah yang memberikan kuasa kepada perusahaan asuransi syariah, perusahaan reasuransi syariah, atau unit syariah sebagai **mudharib (pengelola dana)** untuk mengelola investasi dana tabarru' dan/atau dana investasi peserta, yang digabungkan dengan kekayaan perusahaan asuransi syariah, perusahaan reasuransi syariah, atau unit syariah, sesuai kuasa atau wewenang yang diberikan, dengan imbalan berupa **bagi hasil (nisbah)** yang besarnya ditentukan berdasarkan komposisi kekayaan yang digabungkan dan telah disepakati sebelumnya.

Polis asuransi untuk produk asuransi dengan prinsip syariah, selain harus memuat ketentuan selain seperti polis asuransi konvensional, juga harus memuat hal-hal sebagai berikut:

- jenis akad yang digunakan;
- hak, kewajiban, dan wewenang masing-masing pihak berdasarkan akad yang disepakati;
- besar kontribusi yang dialokasikan ke dalam dana tabarru', ujarah, dan dana investasi;
- besar, waktu, dan cara pembayaran bagi hasil investasi dalam hal produk asuransi menggunakan akad mudharabah atau mudharabah musytarakah;
- alokasi penggunaan surplus underwriting untuk dana tabarru', dana peserta, dan/atau dana perusahaan; dan
- pemberian qardh oleh perusahaan dalam hal dana tabarru' tidak cukup untuk membayar manfaat asuransi.

Qardh adalah suatu akad pinjaman atau penyaluran dana kepada nasabah dengan ketentuan nasabah wajib mengembalikan dana yang diterimanya kepada **Lembaga Keuangan Syariah (LKS)** pada waktu yang telah disepakati antara nasabah dan LKS.

Polis asuransi syariah dan perjanjian reasuransi syariah wajib mengandung akad tabarru' dan akad tijarah. Dan polis anuitas syariah untuk program pensiun wajib mengandung akad hibah tanahud dan akad tijarah.

Dana pada Asuransi Syariah

Pada **asuransi konvensional (conventional insurance)** dikenal **dana asuransi** adalah kumpulan dana yang berasal dari premi yang dibentuk untuk memenuhi kewajiban yang timbul dari polis yang diterbitkan atau dari klaim asuransi konvensional. Pada asuransi syariah **dana tabarru'** adalah kumpulan dana yang berasal dari kontribusi para peserta, yang mekanisme penggunaannya sesuai dengan perjanjian asuransi atau reasuransi syariah.

Dana tanahud adalah kumpulan dana yang berasal dari kontribusi **tanahud**, hasil investasi dana tanahud, qardh dari perusahaan kepada dana tanahud, dan/atau dana tanahud dari reasuradur, yang penggunaannya sesuai dengan perjanjian anuitas syariah untuk program pensiun atau perjanjian reasuransi syariah atas anuitas syariah untuk program pensiun.

Berdasarkan akad wakalah bil ujah, akad mudharabah, dan akad mudharabah musytarakah, perusahaan asuransi syariah, perusahaan reasuransi syariah, atau unit syariah wajib menanggung seluruh kerugian yang terjadi dalam kegiatan pengelolaan risiko dan/atau kegiatan pengelolaan investasi yang diakibatkan oleh kesalahan yang disengaja, kelalaian, atau wanprestasi yang dilakukan perusahaan asuransi syariah, perusahaan reasuransi syariah, atau unit syariah.

Kontribusi atau Iuran

Premi (premium) pada asuransi konvensional adalah sejumlah uang yang ditetapkan oleh perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi dan disetujui oleh pemegang polis untuk dibayarkan berdasarkan perjanjian asuransi atau perjanjian reasuransi, atau sejumlah uang yang ditetapkan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mendasari program asuransi wajib untuk memperoleh manfaat.

Kontribusi (contribution) pada asuransi syariah adalah sejumlah uang yang ditetapkan oleh perusahaan asuransi syariah atau perusahaan reasuransi syariah dan disetujui oleh pemegang polis untuk dibayarkan berdasarkan perjanjian asuransi syariah atau perjanjian reasuransi syariah untuk memperoleh manfaat dari Dana tabarru' dan/atau dana investasi peserta dan untuk membayar biaya pengelolaan atau sejumlah uang yang ditetapkan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mendasari program asuransi syariah untuk memperoleh manfaat.

Kontribusi iuran peserta dapat dikatakan sebagai derma atau donasi yang dikumpulkan pada asuransi syariah merupakan hak peserta sebagai **dana bersama (pool of fund)** dan dana tersebut di kelola oleh bank yang memegang amanah pengelolaan. Sedangkan dalam asuransi konvensional,

dana premi dikumpulkan dari tertanggung menjadi dana perusahaan asuransi.

Tergantung pada jenis produk asuransi syariah, kontribusi iuran akan dikelola oleh perusahaan asuransi. Untuk produk yang mengandung unsur tabungan atau investasi, maka kontribusi iuran dihimpun ke dalam dua rekening yakni **rekening risiko (risk account)** untuk menampung dana tabarru' dan **rekening tabungan atau investasi (saving or investment account)**. Secara umum, produk term life insurance dan general insurance dapat dikatakan sebagai dana tabarru'.

Pembayaran klaim pada asuransi syariah diambil dari dana tabarru, sedangkan klaim pada asuransi konvensional diambil dari dana cadangan klaim yang berupa dana penanggung.

Dalam asuransi konvensional dikenal hubungan penanggung dan tertanggung, di mana tertanggung membayar premi sebagai imbalan dari manfaat yang diperjanjikan. Sedangkan pada asuransi syariah hubungannya adalah pengelola dan peserta, di mana peserta melakukan kontribusi dengan menghibahkan dana tabarru' untuk dikelola oleh pengelola.

Kecenderungan Teknologi di Industri Asuransi⁶

Perusahaan asuransi harus menyesuaikan dengan perubahan teknologi. Industri asuransi memasuki perubahan teknologi menuju Revolusi Industri 4.0 yang didorong oleh teknologi digital, data dan perilaku nasabah. Perusahaan asuransi perlu menyesuaikan diri dengan perubahan yang berlangsung dalam era ekonomi digital. Kreativitas dan profesionalitas menjadi kunci untuk tetap bertahan. Berikut ini adalah beberapa kecenderungan perkembangan disrupsi yang terjadi di bidang asuransi.

Model-Model Baru dan Produk Personal

Dewasa ini sebagian besar produk asuransi umumnya standar seragam untuk segmen pasar yang dipilih (all-in-one insurance). Ekonomi digital memungkinkan menawarkan produk asuransi personal (personalized insurance) yang disesuaikan dengan perilaku nasabah (behavior-driven model). Ciri-ciri dari asuransi personal in adalah:

- Cakupan dibuat berdasarkan pemakaiannya (usage-based coverage)

⁶ Informasi selengkapnya bisa dibaca di Laporan 2019 *Insurance Outlook, growing economy bolsters insurers, but longer-term trends may require transformation* dari Deloitte Center for Financial Services, dan baca Laporan tentang *Business Process Management* dari WNS (Holding) Ltd.

- Cakupan berdasarkan kebutuhan atau permintaan nasabah (on-demand coverage)

Umumnya saat ini dari premi yang dikumpulkan perusahaan asuransi, alokasi untuk biaya distribusi cukup besar. Model-model digital dapat bertindak sebagai perantara dalam mata rantai nilai asuransi, untuk mengatasi ketergantungan besar pada tenaga manusia yang sudah mulai usang.

Cakupan-cakupan yang lebih fleksibel, asuransi mikro, dan asuransi peer-to-peer menjadi pilihan yang layak di masa depan. Konsep peer-to-peer memberikan kemungkinan orang-orang membentuk platform bersama berbagi yang mengumpulkan premi yang akan dipakai untuk membayar klaim mereka.

Produk-produk dapat lebih disederhanakan, produk murah yang memenuhi kebutuhan tertentu, membuat asuransi lebih mudah untuk dipahami atau dengan kata lain mengartikulasikan nilai asuransi.

Kecerdasan Buatan dan Otomasi Proses Robotik

Otomasi Proses Robotik (Robotic Process Automation, RPA) dan Kecerdasan Buatan (Artificial Intelligent, AI) akan berperan yang didorong oleh kanal-kanal data baru, kemampuan pengolahan data yang lebih baik, dan keunggulan algoritma kecerdasan buatan yang bisa memberikan saran-saran (robo-advising).

Dengan penggunaan AI dan RPA, perusahaan asuransi akan mendapat kemampuan yang lebih baik dalam:

- Otomatisasi dalam pelayanan polis
- Manajemen klaim yang lebih cepat
- Pelayanan nasabah yang lebih personal
- Melakukan optimasi biaya
- Efisiensi operasional perusahaan
- Menaikkan daya saing di pasar
- Membuat model usaha baru

Analisis data

Analisis data (data analytic) yang maju dapat membuat proses pengambilan keputusan yang lebih proaktif dan didorong oleh wawasan (insights-driven). Perusahaan asuransi cenderung menggunakan metode analisis data generasi baru untuk melakukan beberapa hal:

- Menyusun profil granularitas risiko perorangan (granular individual risk profile)

- Membuat penawaran harga atau premi yang akurat dan personal
- Melakukan identifikasi pengecualian-pengecualian
- Melakukan pemodelan prediktif berdasarkan perilaku

Kemitraan InsurTech

Perusahaan-perusahaan teknologi di bidang asuransi atau InsurTech tumbuh signifikan saat ini dalam bidang asuransi kendaraan, asuransi kepemilikan rumah, dan asuransi siber. Hal ini menstimulasi asuransi tradisional untuk menguasai teknologi atau bermitra dengan perusahaan InsurTech. Kemitraan dengan perusahaan InsurTech tersebut dimaksudkan untuk:

- Menata kembali model-model usaha yang ada
- Mendorong profitabilitas usaha
- Menambah pengalaman para pelanggan

Teknologi Blockchain

Teknologi blockchain akan memudahkan manajemen melakukan transfer atas data secara mudah dan aman ke lintas organisasi dan pemangku kepentingan yang berbeda-beda.

Teknologi blockchain bisa digunakan untuk membantu perusahaan asuransi dalam hal:

- pembayaran otomatis pada kondisi yang sudah ditentukan sebelumnya,
- otentikasi dan validasi identitas nasabah
- mengelola cakupan sesuai waktu aktual yang digunakan (actual-time-used coverage)
- mendeteksi terjadinya kecurangan (fraud management)

Ringkasan

Industri asuransi memiliki aset yang besar dan memberikan perlindungan untuk berbagai risiko, termasuk jiwa, kesehatan, properti, dan kecelakaan. Perusahaan asuransi umumnya berbentuk badan usaha perusahaan perseroan atau perusahaan bersama.

Industri asuransi AS lebih diatur di tingkat negara bagian. Industri asuransi Kanada, secara signifikan berbeda dengan AS dalam cara pengaturannya. Kecuali asuransi kesehatan, yang disediakan oleh provinsi, pemerintah federal tidak memainkan peran besar. Asuransi kesehatan swasta digunakan untuk menutupi kebutuhan yang tidak dipenuhi oleh program

provinsi. Industri asuransi Indonesia hanya diatur di tingkat pusat, dan di bawah pengawasan Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

Disrupsi yang berkembang di semua sektor industri juga terjadi di industri asuransi. Kecendrungan pasar global asuransi bereksperimen melakukan transformasi model bisnis yang memprioritaskan penggunaan teknologi digital. Model produk baru asuransi lebih personal yang didorong oleh kemajuan teknologi seperti teknologi blockchain, analisis data, dan kecerdasan buatan. Kolaborasi perusahaan asuransi dengan InsurTech merupakan salah satu cara untuk menangani model produk baru, menaikkan profitabilitas serta untuk menurunkan biaya operasional perusahaan.

Istilah Penting

| | |
|------------------------------------|---|
| <i>Acquisition</i> | <i>Akuisisi</i> |
| <i>Actuary</i> | <i>Aktuaria</i> |
| <i>Adjuster</i> | <i>Penilai kerugian</i> |
| <i>Artificial intelligent (AI)</i> | <i>Kecerdasan buatan</i> |
| <i>Asset</i> | <i>Aset, Kekayaan</i> |
| <i>Blockchain technology</i> | <i>Teknologi blockchain</i> |
| <i>British North America Act</i> | <i>Undang-Undang Inggris di Amerika Utara</i> |
| <i>Broker</i> | <i>Pialang</i> |
| <i>Capital requirement</i> | <i>Persyaratan modal</i> |
| <i>Claim ration</i> | <i>Rasio klaim</i> |
| <i>Controlling shareholder</i> | <i>Pemegang saham pengendali</i> |
| <i>Data analytic</i> | <i>Analisis data</i> |
| <i>Disruption</i> | <i>Disrupsi</i> |
| <i>Distribution channel</i> | <i>Kanal distribusi</i> |
| <i>Financial Service Authority</i> | <i>Otoritas Jasa Keuangan (OJK)</i> |
| <i>Fraternal society</i> | <i>Masyarakat persaudaraan</i> |
| <i>Gross claim</i> | <i>Klaim bruto</i> |
| <i>Gross premium</i> | <i>Premi bruto</i> |
| <i>Industrial Revolution 4.0</i> | <i>Revolusi Industri 4.0</i> |
| <i>InsurTech</i> | <i>InsurTech</i> |
| <i>Internet of Things (IoT)</i> | <i>Internet of Things (IoT)</i> |
| <i>Investment</i> | <i>Investasi</i> |
| <i>Maximum commission</i> | <i>Komisi maksimum</i> |

| | |
|---|--|
| <i>Mutual company</i> | <i>Perusahaan bersama, Perusahaan mutual</i> |
| <i>Net premium</i> | <i>Premi neto</i> |
| <i>New model</i> | <i>Model baru</i> |
| <i>Personalized insurance</i> | <i>Asuransi personal</i> |
| <i>Premium tax</i> | <i>Pajak premi</i> |
| <i>Robotic process automation (RPA)</i> | <i>Otomasi proses robotik</i> |
| <i>Shareholders</i> | <i>Pemegang saham</i> |
| <i>Sharia insurance</i> | <i>Asuransi syariah</i> |
| <i>Stock company</i> | <i>Perusahaan perseroan</i> |
| <i>Unit link</i> | <i>Produk asuransi yang dikaitkan investasi (PAYDI), unit link</i> |
| <i>Universal Health Coverage (UHC)</i> | <i>Cakupan Kesehatan Semesta</i> |

Istilah Penting Lainnya

| | |
|---------------------------------------|--|
| <i>Akad</i> | <i>Perjanjian. Perikatan</i> |
| <i>Contribution</i> | <i>Iuran secara syariah</i> |
| <i>Conventional insurance</i> | <i>Asuransi konvensional</i> |
| <i>Dewan Pengawas Syariah (DPS)</i> | <i>Dewan Pengawas Syariah (DPS)</i> |
| <i>Dewan Syariah Nasional (DSN)</i> | <i>Dewan Syariah Nasional (DSN)</i> |
| <i>Lembaga Keuangan Syariah (LKS)</i> | <i>Lembaga Keuangan Syariah (LKS)</i> |
| <i>Majelis Ulama Indonesia (MUI)</i> | <i>Majelis Ulama Indonesia (MUI)</i> |
| <i>Mudharabah</i> | <i>Akad bagi hasil secara syariah atas pengelolaan dana</i> |
| <i>Mudharib</i> | <i>Pengelola dana syariah</i> |
| <i>Mudharabah musytarakah</i> | <i>Akad mudharabah atas dana peserta yang digabung dengan dana pengelola</i> |
| <i>Nisbah</i> | <i>Bagi hasil secara syariah</i> |
| <i>Qardh</i> | <i>Akad pinjaman atau penyaluran dana</i> |
| <i>Risk sharing</i> | <i>Berbagi risiko</i> |
| <i>Risk transfer</i> | <i>Memindahkan risiko</i> |
| <i>Sharia insurance</i> | <i>Asuransi syariah</i> |
| <i>Syariah</i> | <i>Hukum Islam</i> |
| <i>Ta'awun</i> | <i>Saling menolong</i> |
| <i>Takaful</i> | <i>Saling melindungi</i> |
| <i>Tabarru'</i> | <i>Sumbangan. Derma</i> |

Tanahud

Kontribusi atau hibah untuk program anuitas atau pensiun syariah

Tijarah

Akad syariah bertujuan komersial

Ujrah

Imbalan atau fee sesuai syariah

Wakalah bil ujrah

Akad tijarah dengan imbalan ujrah

Bab 4

Cakupan Asuransi Kesehatan

| | |
|--|-----|
| <i>Cakupan Biaya Medis</i> | 84 |
| <i>Asuransi Medis Utama</i> | 84 |
| <i>Asuransi Bedah Rumah Sakit</i> | 88 |
| <i>Cakupan Suplemen</i> | 91 |
| <i>Asuransi Ganti Rugi Rumah Sakit</i> | 91 |
| <i>Asuransi Perawatan Gigi</i> | 92 |
| <i>Asuransi Obat Resep</i> | 94 |
| <i>Asuransi Perawatan Penglihatan</i> | 95 |
| <i>Asuransi Kematian dan Kehilangan Anggota Badan Karena Kecelakaan (AD&D)</i> | 96 |
| <i>Asuransi Biaya Medis Kecelakaan</i> | 99 |
| <i>Asuransi Penyakit Tertentu</i> | 99 |
| <i>Asuransi Suplemen Medicare</i> | 100 |
| <i>Asuransi Kecelakaan Perjalanan</i> | 101 |
| <i>Cakupan Disabilitas Pendapatan</i> | 102 |
| <i>Cakupan Disabilitas Total</i> | 102 |
| <i>Cakupan Disabilitas Residual</i> | 103 |
| <i>Cakupan Pilihan</i> | 104 |
| <i>Pengecualian dan Pembatasan</i> | 106 |
| <i>Program Disabilitas Bisnis</i> | 106 |
| <i>Kecenderungan ke Depan</i> | 107 |
| <i>Cakupan Perawatan Jangka Panjang</i> | 107 |
| <i>Manfaat</i> | 108 |
| <i>Pembatasan dan Pengecualian</i> | 109 |
| <i>Portabilitas</i> | 110 |
| <i>Kecenderungan ke Depan</i> | 110 |
| <i>Program Manfaat Fleksibel</i> | 110 |
| <i>Tujuan Program Manfaat Fleksibel</i> | 110 |
| <i>Merancang Program Manfaat Fleksibel</i> | 111 |
| <i>Kecenderungan ke Depan</i> | 113 |
| <i>Produk Unit Link Kesehatan</i> | 114 |

Setiap orang menghadapi risiko penyakit atau cedera serius yang mahal. Asuransi kesehatan melindungi perorangan atau keluarga dengan menyediakan pembayaran manfaat atau tunjangan atas kerugian yang terjadi sebagai akibat dari penyakit atau cedera.

Perawatan kesehatan melibatkan berbagai sarana, layanan, dan persediaan atau supply. Cakupan terhadap pengeluaran atau biaya ini bervariasi, dan ada banyak program atau paket berbeda yang ditawarkan di pasar. Dalam pasar yang kompetitif, industri asuransi kesehatan swasta mengembangkan berbagai cakupan asuransi kesehatan untuk memenuhi kebutuhan konsumen.

Bab ini membahas cakupan asuransi kesehatan dalam kategori **biaya medis (medical expenses)**, **biaya suplemen (supplemental expenses)**, **biaya pendapatan disabilitas (disability income expenses)**, dan **biaya perawatan jangka panjang (long-term care expenses)**. Di samping itu dijelaskan juga sepiintas tentang unit link kesehatan yang sesungguhnya bukan produk murni asuransi.

Cakupan Biaya Medis

Penanggung menawarkan **cakupan biaya medis (medical expenses coverage)** baik di pasar kelompok atau kumpulan dan individu atau perorangan. Tujuan cakupan biaya medis adalah untuk melindungi tertanggung - dan keluarganya bila tersebut dalam polis - dari biaya perawatan medis yang ditanggung. Ada dua jenis cakupan biaya medis adalah **cakupan medis utama (major medical expense plan)** dan **bedah rumah sakit (hospital-surgical plan)**.

Asuransi Medis Utama

Program **asuransi medis utama (major medical insurance)** menyediakan perlindungan yang luas dan perlindungan yang substansial dari biaya perawatan medis yang besar, tidak terduga, dan oleh karena itu, merupakan biaya medis yang tidak dianggarkan. Paket ini mencakup sebagian besar biaya medis hingga manfaat maksimal yang tinggi. Program ini mungkin mengandung batasan internal pada manfaat tertentu berdasar per prosedur, kategori layanan, atau hari inap dan biasanya dikenakan **deductible** atau pengurangan dan **coinsurance**.

Ada dua mekanisme dasar medis utama untuk penggantian biaya yang dicakup atau ditanggung: **tambahan atau suplemen** dan **komprehensif**. Medis utama komprehensif lebih sering digunakan.

Asuransi Medis Utama Tambahan

Asuransi medis utama tambahan (supplemental major medical insurance) mencakup biaya-biaya tertentu yang pada awalnya tidak dibayar oleh program dasar manfaat bedah rumah sakit. Setelah deductible dipenuhi, program medis utama tambahan membayar sisa biaya yang ditanggung, biasanya dalam basis persentase (misalnya, 80 persen). Biaya total untuk tertanggung adalah jumlah deductible ditambah persentase pengeluaran yang tidak diganti oleh asuransi medis utama.

Asuransi Medis Utama Komprehensif

Suatu program **medis utama komprehensif (comprehensive major medical)** menggunakan cara penggantian biaya total yang ditanggung tanpa membedakan antara biaya-biaya yang seharusnya ditanggung paket dasar dan biaya-biaya tersebut akan ditanggung sebagai manfaat biaya medis utama. Contoh program medis utama komprehensif adalah memberikan penggantian 80 persen dari semua biaya gabungan yang ditanggung dalam satu **tahun kalender (calendar year)**, setelah deductible Rp 5 juta atau Rp 10 juta, hingga batas maksimum manfaat sebesar Rp 10 milyar.

Fitur utama medis utama komprehensif adalah rancangan paket yang sederhana dan mencegah cakupan yang tumpang tindih. Ukuran, jenis, dan penerapan deductible; cakupan penuh untuk biaya tertentu; dan batas **biaya sendiri (out-of-pocket expenses)** yang harus ditanggung oleh tertanggung ditentukan oleh pemegang polis kumpulan dan praktik underwriting di perusahaan asuransi.

Fitur Program Medis Utama

Program tambahan dan komprehensif memiliki ketentuan umum, seperti deductible, coinsurance, manfaat maksimum keseluruhan, dan **biaya yang ditanggung (covered expenses)**. Banyak jenis layanan dan persediaan perawatan medis — dari layanan profesional dokter, ahli osteopati, dan praktisi medis yang diakui lainnya hingga terapi fisik — adalah umum untuk semua jenis program. Selain itu, program dapat memberikan cakupan biaya yang dikeluarkan dalam fasilitas perawatan terampil serta biaya perawatan kesehatan rumah dan biaya perawatan rumah sakit.

Deductible

Deductible adalah jumlah biaya yang ditanggung yang harus dikeluarkan dan dibayar oleh tertanggung sebelum manfaat dibayarkan oleh perusahaan asuransi. Tujuan utama dari deductible adalah untuk menurunkan biaya premi dengan menghindari penggunaan layanan yang tidak perlu dan menghilangkan klaim kecil dan biaya penanganannya.

Istilah yang berhubungan dengan deductible adalah periode akumulasi (*accumulation period*), merupakan periode waktu selama pengeluaran perawatan medis yang diakumulasikan cukup untuk memenuhi deductible.

Deductible yang umum adalah **all cause (semua penyebab), per cause (per penyebab), koridor (corridor), dan tipe integrasi (integrated types)**.

All cause deductible. All cause deductible mencakup semua biaya yang dikeluarkan, terlepas dari jumlah penyakit atau kecelakaan, yang terakumulasi untuk memenuhi deductible. Tahun kalender (1 Januari hingga 31 Desember) digunakan hampir secara universal sebagai periode akumulasi untuk all cause deductible. Pendekatan all cause deductible mudah dikelola dan dianggap paling mudah dipahami tertanggung.

Per cause deductible. Per cause deductible adalah jumlah tetap yang harus dibayar tertanggung untuk **pengeluaran medis yang memenuhi syarat (eligible medical expenses)** akibat penyakit atau kecelakaan sebelum perusahaan asuransi melakukan pembayaran manfaat apa pun. **Periode manfaat (benefit period)** untuk setiap penyebab dimulai dengan biaya pertama yang digunakan untuk memenuhi deductible dan biasanya berakhir satu atau dua tahun setelah tanggal dimulainya.

Setelah periode manfaat berakhir, deductible harus dipenuhi lagi untuk memulai periode manfaat baru untuk penyebab itu. Pada pendekatan per cause, klaim kecil untuk penyakit kecil, tidak terkait atau kecelakaan sering dihilangkan.

Corridor deductible. Deductible ini digunakan pada paket medis utama tambahan. Hal ini merupakan koridor antara program dasar dan program medis utama. Pengeluaran medis yang melebihi jumlah yang tercakup dalam paket dasar tercakup dalam paket medis utama tambahan setelah **corridor deductible** dipenuhi.

Integrated deductible. Kurang umum dibanding corridor deductible adalah integrated deductible yang lebih besar dari jumlah yang cukup tinggi, seperti Rp 10 juta, atau manfaat paket dasar. Misalnya, jika paket dasar membayar Rp 15 juta, deductible Rp 10 juta otomatis akan dipenuhi dan manfaat tambahan akan dibayarkan. Di sisi lain, jika paket dasar hanya membayar Rp 7 juta, maka Rp 3 juta diperlukan untuk memenuhi deductible Rp 10 juta sebelum manfaat medis tambahan bisa dibayarkan.

Coinsurance

Coinsurance adalah pengaturan di mana penanggung dan tertanggung berbagi persentase kerugian yang ditanggung setelah deductible dipenuhi. Untuk biaya yang ditanggung setelah deductible, perusahaan asuransi biasanya membayar 80 persen dan tertanggung, membayar 20 persen.

Banyak program menerapkan batas biaya (misalnya, Rp 10 juta) pada coinsurance yang harus ditanggung oleh tertanggung selama satu tahun kalender. Namun, dalam program perawatan terkelola atau managed care, istilah coinsurance mengacu pada jumlah, biasanya 50 atau 100 ribu rupiah, dibayar oleh pasien saat layanan diberikan oleh penyedia yang berpartisipasi (participating provider). Coinsurance digunakan untuk mengendalikan biaya program, untuk mempertahankan kepentingan keuangan tertanggung dalam biaya layanan, dan untuk mengurangi penggunaan layanan yang tidak perlu.

Overall Maximum

Setiap polis medis utama memiliki batas manfaat maksimal yang dibayarkan oleh perusahaan asuransi. Maksimum bisa sebagai seumur hidup (**all cause**) atau **per cause**.

Biaya yang Ditanggung

Program medis utama menyediakan cakupan untuk layanan dan persediaan perawatan medis tertentu. Hal-hal berikut jaya pelayanan umum untuk sebagian besar jenis paket:

- layanan profesional dokter dan praktisi medis yang diakui lainnya;
- biaya rumah sakit untuk kamar dan makan semi privat dan layanan dan persediaan lain yang diperlukan;
- terapi fisik;
- layanan keperawatan rutin;
- pusat bedah rawat jalan (ambulatory surgical center);
- anestesi dan administrasinya;
- diagnosis sinar-X dan prosedur laboratorium;
- terapi sinar-X atau radiasi;
- skrining mamografi;
- oksigen dan gas obat atau therapeutic lainnya dan administrasi mereka;
- transfusi darah, termasuk biaya darah (bila tidak diganti oleh donor darah);
- obat-obatan yang membutuhkan resep dokter;
- layanan ambulans lokal;
- sewa peralatan medis yang diperlukan untuk pengobatan;
- anggota badan buatan atau peralatan prosthetic lainnya, kecuali penggantian peralatan tersebut;
- pembalut gips, pembalut lengan patah, trusses, kawat gigi, dan crutches; dan
- sewa kursi roda atau tempat tidur tipe rumah sakit.

Pembatasan dan Pengecualian Umum

Paket juga mengecualikan atau membatasi layanan dan persediaan. Ketentuan yang menghilangkan cakupan untuk risiko tertentu disebut **pengecualian (exclusion)**; salah satu yang membatasi cakupan di area tertentu disebut **pembatasan (limitation)**. Keterbatasan untuk manfaat gigi, misalnya, sering dinyatakan secara seumur hidup atau per tahun.

Program pengeluaran medis biasanya mengecualikan atau membatasi manfaat untuk hal-hal berikut:

- perawatan yang diterima dari program pemerintah atau lembaga pemerintah manapun;
- kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja;
- bedah kosmetik;
- kondisi yang sudah ada sebelumnya (preexisting conditions);
- perawatan dan pengobatan gigi;
- gangguan sendi rahang;
- refraksi mata dan pembelian atau pemasangan kacamata atau alat bantu dengar;
- transportasi (kecuali layanan ambulans lokal);
- pemeriksaan kesehatan atau pemeriksaan berkala;
- gangguan mental atau saraf;
- perawatan kustodian;
- manipulasi tubuh dan subluksasi;
- biaya di luar **jumlah manfaat (benefit amount)** yang ditanggung;
- hal-hal elektif; dan
- cedera yang terjadi akibat perang, yang diumumkan atau tidak diumumkan, termasuk agresi bersenjata atau perlawanan terhadap agresi.

Asuransi Bedah Rumah Sakit

Penanggung menjual banyak polis **bedah rumah sakit (hospital-surgical)** yang berbeda, bervariasi dalam biaya yang ditanggung dan tingkat cakupan. Polis yang lengkap meliputi:

- biaya kamar dan makan harian;
- biaya rumah sakit lainnya;
- biaya rawat jalan, diagnostik sinar-X, dan laboratorium;
- biaya bedah;
- biaya bersalin; dan
- biaya dokter rumah sakit.

Biaya Kamar dan Makan Harian

Biaya terbesar rawat inap di rumah sakit adalah **kamar dan makan (daily room and board)** harian, dan perawatan umum. Manfaat ini umumnya dianggap sebagai ketentuan manfaat dasar dalam polis bedah rumah sakit. Berbagai macam maksimum harian yang ditawarkan oleh perusahaan asuransi memungkinkan tertanggung untuk memilih polis yang memenuhi kebutuhan tertanggung atau keluarganya. Kebutuhan tersebut bervariasi tergantung kehidupan tertanggung. Sebagian besar perusahaan asuransi meninggalkan konsep maksimum biaya kamar makan (misal, Rp 1 juta sehari) dengan mengganti biaya aktual rumah sakit untuk ruang semi-privat.

Biaya Rumah Sakit Lainnya

Biaya rumah sakit untuk layanan dan persediaan yang diperlukan (selain kamar dan makan harian) yang disediakan selama masa rawat inap yang ditanggung oleh ketentuan biaya rumah sakit lainnya. Layanan dan persediaan yang paling umum termasuk:

- layanan laboratorium;
- pemeriksaan sinar-X;
- obat-obatan;
- surgical dressings; dan
- ruang operasi.

Selain itu, ketentuan biaya rumah sakit lainnya biasanya mencakup biaya untuk layanan khusus yang diberikan oleh profesional di rumah sakit, seperti ahli patologi, ahli radiologi, dan ahli anestesi. Biaya layanan ambulans profesional terkadang dicakup dalam ketentuan ini.

Biaya Rawat Jalan, Diagnostik Sinar-X, dan Laboratorium

Banyak praktek dokter yang dilengkapi dengan pemeriksaan sinar-X dan pemeriksaan laboratorium yang membantu diagnosis kondisi tertentu. Jumlah maksimum yang harus dibayar berdasarkan ketentuan ini dapat dibatasi hingga Rp 2 juta atau Rp 5 juta untuk satu penyakit atau cedera. Namun, beberapa polis dapat memungkinkan penggantian hingga manfaat maksimal, yang sering kali beberapa puluh juta rupiah.

Biaya Bedah

Cakupan ini memberikan manfaat biaya dokter untuk operasi bedah. Salah satu unsur utama dari ketentuan ini adalah **daftar tarif bedah (surgical schedule)** untuk prosedur bedah umum. Daftar tarif atau unit yang diperbolehkan hingga jumlah maksimum yang bisa dibayar perusahaan asuransi, berdasarkan tingkat kesulitan operasi. (Tabel 4.1)

Manfaat bedah dibayarkan terlepas di mana operasi dilakukan. Banyak operasi saat ini dilakukan pada pasien rawat jalan di pusat bedah atau praktek dokter dan tidak memerlukan rawat inap. Pasien tidak harus dirawat inap di rumah sakit untuk mendapatkan manfaat bedah.

Table 4.1. Surgical schedule

| Sistem kardiovaskular | Persentase manfaat bedah maksimum |
|---|-----------------------------------|
| Repair of heart valve, mitral | 32.0 |
| Aortic, pulmonic or tricuspid | 50.0 |
| Catheterization of heart, independent procedure | 4.0 |
| Double valve procedure, replacement and/or repair by valvuloplasty or replacement | 70.0 |
| Triple valve procedure, replacement and/or repair | 80.0 |
| Excision and graft, thoracic aorta | 48.0 |
| Repair aneurysm of aorta | 56.0 |
| Aortography | 2.7 |
| Coronary angioplasty (endarterectomy, arterial implantation, or anastomosis, with bypass) | 60.0 |

Sebagian besar polis memerlukan pendapat bedah kedua (second opinion) untuk operasi rawat inap dan rawat jalan elektif. Jika pasien menjalani operasi elektif tanpa mencari pendapat kedua, paket tersebut tidak dapat membayar manfaat bedah atau dapat mengganti manfaat bedah pada tingkat yang lebih rendah.

Biaya Bersalin

Polis bedah rumah sakit sering mencakup bagian dari biaya kehamilan yang diasuransikan. Manfaat dapat dimasukkan secara otomatis atau ditawarkan sebagai cakupan opsional. **Manfaat kehamilan (maternity benefit)** yang khas telah memberikan cakupan hanya jika kehamilan terjadi lebih dari jumlah hari tertentu, biasanya tiga puluh, setelah tanggal efektif polis. Atau, manfaat bersalin dikenakan masa tunggu (waiting period) sepuluh bulan dari tanggal efektif polis.

Beberapa negara bagian di AS memberlakukan UU yang mewajibkan persalinan dicakup sama seperti penyakit atau kondisi kesehatan lainnya. UU Portabilitas dan Akuntabilitas Asuransi Kesehatan AS (Health Insurance

Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) melarang masa tunggu apa pun untuk manfaat kehamilan.

Biaya Dokter Rumah Sakit

Ketentuan biaya dokter untuk perawatan di rumah sakit memberikan penggantian untuk biaya dokter untuk perawatan non-bedah yang diterima selama rawat inap di rumah sakit. Polis membatasi jumlah yang harus dibayarkan untuk layanan ke jumlah yang dinyatakan untuk setiap kunjungan, dengan batas biasanya pada jumlah kunjungan yang akan dibayarkan selama satu periode rawat inap.

Biaya yang Memenuhi Syarat

Seperti halnya paket medis utama, polis bedah rumah sakit berisi definisi biaya yang memenuhi syarat dan biaya umum dan biasa. Polis juga berisi pengecualian dan pembatasan. Banyak pengecualian serupa untuk polis bedah rumah sakit. Yang umum adalah **kondisi yang sudah ada sebelumnya (pre-existing condition)**, cedera yang ditimbulkan secara sengaja, dan cedera yang terjadi selama tugas militer aktif penuh waktu atau perang.

Cakupan Suplemen

Penanggung menawarkan cakupan kesehatan tambahan atau suplemen baik di pasar kumpulan dan perorangan. Cakupan ini memberikan rasa aman bagi tertanggung, bahwa mereka ditanggung untuk pengeluaran tak terduga terkait dengan penyakit atau cedera. Cakupan tambahan dirancang untuk:

- mengisi kesenjangan cakupan biaya medis (misalnya, deductible, coinsurance, biaya sendiri maksimum);
- memberikan manfaat tambahan, seperti cakupan gigi, obat resep, dan penglihatan; dan
- menanggung biaya tambahan sebagai akibat dari kecelakaan atau penyakit serius.

Cakupan tambahan yang dijelaskan: ganti rugi rumah sakit, gigi, obat resep, penglihatan, kematian dan kehilangan anggota badan, biaya medis kecelakaan, penyakit tertentu, suplemen Medicare, dan asuransi kecelakaan perjalanan.

Asuransi Ganti Rugi Rumah Sakit

Cakupan ganti rugi rumah sakit (hospital indemnity coverage) membayar manfaat untuk setiap hari tertanggung rawat inap di rumah

sakit. Perlindungan jenis ini biasanya ditawarkan sebagai cakupan tambahan opsional untuk asuransi biaya medis kumpulan atau perorangan. Manfaat dibayarkan mulai dari hari pertama rawat inap rumah sakit, baik untuk sakit atau cedera. Periode manfaat maksimum umumnya tiga, enam, atau 12 bulan.

Manfaat biasanya dinyatakan dalam jumlah uang tetap per hari, minggu, atau bulan. Ganti rugi berkisar dari Rp 1 hingga Rp 4 juta per hari. Manfaat ganti rugi rumah sakit biasanya dibayarkan sebagai tambahan dari manfaat lainnya. Konsumen membeli jenis perlindungan ini untuk menjaga dari pengeluaran luar biasa dari cakupan medis utama mereka, dan untuk memberikan penghasilan tambahan ketika dirawat di rumah sakit untuk membantu membayar kebutuhan seperti biaya perawatan anak dan biaya tidak ditanggung lainnya.

Asuransi Perawatan Gigi

Asuransi perawatan gigi (dental care insurance) mempunyai manfaat berupa memberikan penggantian **biaya perawatan gigi (dental expense)** dan biaya persediaan, termasuk perawatan pencegahan. Klasifikasi utama layanan gigi meliputi:

- diagnostik;
- preventif;
- restoratif (termasuk tambalan, inlay, dan mahkota);
- prosthodontik (pemasangan dan perawatan bridgework);
- bedah mulut;
- periodontik atau endodontik (pengobatan gusi); dan
- orthodontik (perawatan meratakan gigi).

Manfaat dapat diberikan melalui paket yang terintegrasi dengan pertanggungansian asuransi biaya medis lainnya, atau paket dapat terpisah dari cakupan lain (tidak terintegrasi atau berdiri sendiri).

Paket Terintegrasi

Pada **paket gigi terintegrasi (integrated dental plan)** berarti biaya perawatan gigi di bawah program ini digabung ke dalam biaya yang dicakup oleh paket manfaat medis utama. Umumnya, cakupan adalah berdasar biaya **biasa dan umum (usual and customary)** atau **non-tarif (non-scheduled)**. Deductible harus dipenuhi setiap tahun kalender, baik biaya perawatan medis maupun gigi. Jumlah yang dibayarkan untuk biaya perawatan gigi dan medis biasanya dikenakan persentase coinsurance yang sama. Kadang-kadang biaya perawatan gigi dipisahkan menjadi kelas atau kategori layanan (restoratif, prostodontik, ortodontik, dan sebagainya), dan tingkat coinsurance yang berbeda diterapkan untuk setiap kelas.

Paket Non-Terintegrasi

Pada **paket gigi tidak terintegrasi (non-integrated dental plan)** berarti biaya perawatan gigi di bawah program ini dicakup secara terpisah baik berdasarkan daftar tarif maupun daftar non-tarif. Apakah paket gigi tidak terintegrasi berdasar daftar tarif atau tidak, layanan gigi sering dikelompokkan sehingga berbagai deductible, coinsurance, dan manfaat maksimum dapat digunakan untuk setiap kelompok.

Dengan daftar tarif (scheduled). Daftar tarif layanan gigi, mirip dengan daftar tarif operasi, berisi daftar prosedur khusus. Penggantian biaya dokter gigi adalah hingga jumlah yang ditentukan dalam daftar tarif untuk setiap prosedur. Untuk menghindari manfaat yang tidak memadai atau berlebihan, jumlahnya bervariasi sesuai dengan tingkat biaya di berbagai wilayah.

Tanpa daftar tarif (non-scheduled). Paket gigi yang tidak memakai daftar tarif memberikan penggantian terhadap biaya dokter gigi untuk semua layanan gigi yang ditanggung atas dasar tarif yang **biasa dan umum (usual and customary)**, serupa dengan paket terintegrasi. (Tabel 4.2)

Fitur Paket Gigi

Baik paket gigi terintegrasi dan tidak terintegrasi memiliki ketentuan umum, seperti deductible, coinsurance, dan manfaat maksimal.

Deductible. Sebagian besar program, deductible harus dipenuhi oleh tertanggung setiap tahun kalender. Untuk mendorong perawatan pencegahan, deductible bahkan tidak diterapkan untuk layanan pencegahan dan diagnostik.

Coinsurance. Sebagian besar program gigi dirancang dengan persentase dari biaya dokter gigi dibayar tertanggung untuk biaya layanan yang disediakan dan untuk menghindari penggunaan yang berlebihan. Karena orthodontik adalah layanan dan manfaat berbiaya tinggi, biasanya merupakan pilihan bagi pemegang polis. Untuk menghindari adverse selection, umumnya dibayar dengan tingkat penggantian 50 persen. Penggantian pada semua kelas perawatan gigi lainnya dapat bervariasi dari 50 persen hingga 80 persen, tertanggung membayar persentase lebih besar untuk biaya prosedur utama daripada prosedur dasar.

Manfaat maksimal. Beberapa program gigi tidak terintegrasi dirancang dengan maksimum seumur hidup untuk manfaat ortodontik dan maksimum tahun kalender atau maksimum tahun polis pada semua layanan perawatan gigi lainnya. Beberapa paket juga menerapkan maksimum seumur hidup pada perawatan periodontal.

Table 4.2. Paket Biaya Gigi Tanpa Daftar Tarif (Nonscheduled Dental Expense Plan)

| | |
|---|---|
| Calendar Year Maximum | Rp 10 juta |
| Calendar Year Deductible | Rp 5,5 juta |
| Preventive and Diagnostic Services | |
| Diagnostic: Oral exams, tests and lab exams, emergency treatment | Penggantian 100% (tanpa deductible) |
| Pre-votive: Prophylaxis, fluoride treatments, space maintainers | |
| Basic Services | |
| Radiographs, basic restoration (amalgam, silicate. acrylic), anclocranits, periodontics, prostodontik (maintenance), oral surgery, anesthesia | 80% reimbursement (20% payable the insured) |
| Major Services | |
| Major restoration (gold foil, gold inlays, porcelain, crowns), prosthodontics (installation) | 60% penggantian (40% dibayar tertanggung) |
| Lifetime Maximum Amount | Rp 10 juta |
| Orthodontics | Pengembalian 50% (50% dibayar tertanggung) |

Pembatasan dan Pengecualian

Frekuensi pemberian layanan tertentu di bawah polis biaya perawatan gigi seringkali terbatas. Misalnya, biasanya tidak lebih dari dua kali pembersihan gigi dan satu perawatan fluoride dicakup dalam 12 bulan berturut-turut. Bridgework atau gigi palsu tidak diganti dalam periode lima tahun kecuali dalam keadaan tertentu. Penggantian gigi yang hilang sebelum tanggal efektif paket gigi dapat dikecualikan seluruhnya atau ditanggung dengan biaya penggantian lebih rendah.

Layanan yang dilakukan semata-mata untuk keperluan kosmetik umumnya dikecualikan, juga untuk layanan yang dianggap eksperimental. Tidak ada pembayaran yang dilakukan untuk biaya untuk instruksi kebersihan mulut, pembatalan kunjungan, atau pelengkapan formulir klaim.

Asuransi Obat Resep

Asuransi obat resep (prescription drug insurance) mencakup obat-obatan yang dibeli dengan resep dokter, dengan sangat sedikit atau tanpa biaya kepada tertanggung. Sebagian besar program ditawarkan melalui

pemberi kerja berdasarkan kelompok. Ada dua paket dasar: **penggantian biaya (reimbursement)** dan **layanan (service)**.

Paket Penggantian Biaya

Program **penggantian biaya (reimbursement)** bergantung pada tertanggung untuk membayar obat-obatan yang diresepkan dan menyerahkan biaya-biaya ini kepada penanggung dengan formulir klaim yang dilengkapi oleh apoteker atau tertanggung untuk perusahaan asuransi. Pembayaran dilakukan kepada tertanggung berdasarkan pada penetapan asuransi atas **biaya biasa dan umum (usual and customary)**.

Paket Layanan

Paket **layanan (service)** mengacu pada suatu sistem di mana pembayaran oleh perusahaan asuransi dilakukan langsung kepada penyedia pelayanan kesehatan (PPK) untuk layanan atau produk yang dicakup oleh polis asuransi tanpa tertanggung mengajukan klaim. Obat resep melibatkan sejumlah besar klaim kecil dan memerlukan jaringan luas apotek yang berpartisipasi. Administrator pihak ketiga TPA umumnya mengelola paket untuk perusahaan asuransi karena mereka dapat meminimalkan biaya melalui volume besar dan formulir serta prosedur standar.

Program obat resep melalui pos juga menyediakan jaminan kenyamanan mendapatkan obat melalui pos. Paket ini menyediakan pasokan obat untuk 60 hari dan 90 hari dan mengharuskan tertanggung untuk melakukan **copayment**. Copayment berkisar antara Rp 50 ribu hingga Rp 150 ribu.

Pembatasan dan Pengecualian

Biaya-biaya berikut ini biasanya dikeluarkan dari paket obat resep:

- alat medis jenis apa pun, seperti jarum suntik dan perban;
- obat kontrasepsi, imunisasi, serum, darah atau plasma darah, suplemen diet, alat bantu kecantikan, atau kosmetik;
- obat-obatan yang diberikan ke tertanggung di rumah sakit atau fasilitas perawatan lainnya; dan
- resep yang melebihi jumlah tertentu hari persediaan obat, seperti persediaan 90 hari jika diperoleh dari apotek melalui dan persediaan 30 hari jika diperoleh dari apotek lainnya.

Asuransi Perawatan Penglihatan

Asuransi perawatan penglihatan (vision care insurance) dirancang untuk memberikan manfaat untuk perawatan mata pencegahan dan korektif rutin. Biasanya dibuat untuk melengkapi cakupan dasar kumpulan lainnya. Tujuan utamanya adalah untuk mendorong pemeriksaan mata

rutin atau berkala sehingga tindakan korektif yang tepat dapat dilakukan. Pada sebagian besar program perawatan penglihatan, layanan yang tercakup memerlukan otorisasi dokter mata (ophthalmologist) atau optometrist.

Manfaat

Manfaat dari biaya perawatan penglihatan memberikan penggantian biaya untuk:

- pemeriksaan mata (termasuk pembiasan);
- lensa single vision, bifocal, dan trifocal;
- lensa kontak;
- alat bantu lainnya untuk penglihatan subnormal (seperti lensa lenticular); dan
- frame atau gagang kaca mata (pembatasan dalam jumlah rupiah, karena bervariasinya biaya barang-barang ini).

Program perawatan penglihatan mengganti tertanggung dengan salah satu dari tiga cara: menyediakan jumlah rupiah tetap per tertanggung (misalnya, Rp 1,5 juta) untuk semua layanan yang ditanggung dalam satu tahun kalender; cakupan atas dasar biaya biasa dan umum; atau cakupan berdasarkan daftar tarif layanan yang ditentukan.

Pembatasan dan Pengecualian

Untuk menghindari penggunaan yang berlebihan, paket perawatan penglihatan dapat membatasi cakupan hanya untuk satu pemeriksaan dan sepasang lensa dalam 12 bulan berturut-turut dan satu pasang frame setiap dua tahun. Berikut ini juga umum untuk mengecualikan:

- perawatan medis atau bedah;
- kacamata hitam;
- lensa berwarna;
- kacamata pengaman; dan
- duplikasi karena kerusakan atau kehilangan.

Asuransi Kematian dan Kehilangan Anggota Badan Karena Kecelakaan (AD&D)

Asuransi kematian dan kehilangan anggota badan karena kecelakaan (accidental death and dismemberment insurance, AD&D) ditawarkan oleh perusahaan asuransi kumpulan. Manfaat ini dibayarkan ketika tertanggung meninggal atau kehilangan penglihatan satu atau kedua mata, atau kehilangan satu tangan atau kaki secara langsung sebagai akibat dari cedera tubuh karena kecelakaan. Cakupan ini dapat dibuat sebagai asuransi 24 jam atau sebagai asuransi bukan dalam hubungan kerja (non-

occupational). Asuransi dua puluh empat jam memberi manfaat kapan saja untuk kecelakaan atau sakit yang terjadi baik di dalam maupun di luar hubungan kerja. Asuransi di luar hubungan kerja tidak memberikan manfaat untuk kecelakaan atau sakit yang timbul dari pekerjaan tertanggung

Deskripsi Manfaat

Ketentuan manfaat menyatakan bahwa jika, akibat dari cedera yang tidak disengaja, terjadi pada seorang karyawan, secara langsung dan bukan dari semua penyebab lainnya dan dalam 90 hari setelah cedera, oleh salah satu kerugian berikut ini, perusahaan asuransi akan membayar tertanggung sejumlah dana pokok (principle sum), atau sebagian dari itu, sebagai contoh berikut:

- meninggal dunia, dibayar seluruh **jumlah pokok atau uang pertanggungan (principal sum)**.
- cacat tangan atau kaki di atau di atas pergelangan tangan atau pergelangan kaki, dibayar separuh uang pertanggungan.
- kehilangan penglihatan satu mata, dibayar separuh uang pertanggungan.
- kehilangan lebih dari satu kerugian yang diuraikan di atas, dibayar seluruh uang pertanggungan.

Manfaat ganda. Manfaat ganda yang melebihi seluruh uang pertanggungan tidak dapat dibayarkan sebagai akibat dari satu kecelakaan, terlepas dari tingkat kerugiannya. Misalnya, jika tertanggung kehilangan kedua tangan dan melihat kedua mata sebagai akibat dari kecelakaan yang sama, hanya uang pertanggungan yang dibayarkan. Jumlah asuransi biasanya dibayarkan secara sekaligus kepada penerima yang ditunjuk untuk kematian karena kecelakaan. Untuk kerugian lainnya, pembayaran dilakukan kepada tertanggung.

Pembatasan dan pengecualian. Manfaat tidak dibayarkan atas kerugian apa pun yang secara langsung atau tidak langsung, seluruhnya atau sebagian, dari hal-hal berikut:

- penyakit atau cacat tubuh atau mental atau perawatan medis atau pembedahannya;
- keracunan ptomaine atau infeksi bakteri, kecuali infeksi yang terjadi melalui luka atau terpotong yang tidak disengaja;
- bunuh diri atau cedera yang ditimbulkan diri sendiri secara sengaja;
- perang atau tindakan perang apa pun; dan
- obat-obatan, kecuali yang diresepkan oleh dokter.

Jenis Paket AD&D

Ada beberapa jenis paket kematian dan kehilangan anggota badan akibat kecelakaan: **suplemen jiwa kumpulan (group life supplement), sukarela (voluntary), perjalanan bisnis (business trip), dan tanggungan keluarga (dependent).**

Suplemen jiwa kumpulan. Ketika disertakan pada asuransi jiwa kumpulan, uang pertanggungan AD&D biasanya sama dengan jumlah asuransi jiwa kumpulan. Namun, jika asuransi jiwa dilanjutkan setelah pensiun, manfaat AD&D biasanya berakhir pada saat itu.

Sukarela. Manfaat elektif bukan bagian dari asuransi jiwa kumpulan juga tersedia, disebut **AD&D sukarela (voluntary AD&D)**. Tertanggung umumnya membayar premi melalui pemotongan gaji.

Perjalanan bisnis. Cakupan ini, kadang-kadang disebut **asuransi kecelakaan perjalanan (business trip AD&D)**, dirancang untuk pemberi kerja yang memberikan perlindungan kecelakaan tambahan untuk karyawan saat perjalanan dinas atau bisnis perusahaan. Biaya cakupan ini biasanya dibayar sepenuhnya oleh pemberi kerja. Secara umum, ada tiga jenis program kecelakaan perjalanan bisnis yang ditawarkan:

- **paket komprehensif atau seluruh risiko (comprehensive or all risk plan)**, yang memberikan perlindungan 24 jam dari saat karyawan meninggalkan rumah atau tempat usaha sampai kembalinya dari perjalanan bisnis;
- **paket transportasi umum (common carrier plan)**, yang mencakup kecelakaan hanya ketika karyawan yang melakukan perjalanan bisnis naik ke, turun dari pesawat, atau kecelakaan oleh jenis kendaraan tertentu, seperti kendaraan umum yang berlisensi dan digunakan untuk transportasi penumpang; dan
- **paket semua transportasi (all-conveyance plan)**, yang mencakup cakupan saat bepergian dalam bisnis di, naik, turun dari, atau kecelakaan oleh kendaraan bermotor, pesawat terbang, atau kendaraan lain, termasuk kendaraan milik pribadi atau milik perusahaan.

Tanggungan keluarga. AD&D untuk tanggungan keluarga dapat disediakan pada paket yang mencakup karyawan. Ini dibuat dengan basis 24 jam terlepas dari bagaimana cakupan disediakan untuk karyawan. Tanggungan yang memenuhi syarat, termasuk pasangan karyawan dan anak-anak yang belum menikah, hingga usia tertentu.

Asuransi Biaya Medis Kecelakaan

Penanggung menawarkan berbagai jenis polis biaya medis tambahan atas kecelakaan. Umumnya, pertanggung hanya berlaku jika pengeluaran terjadi dalam waktu tertentu (biasanya tiga atau enam bulan) sejak tanggal kecelakaan. Manfaat dikenakan manfaat maksimal secara keseluruhan untuk satu kecelakaan. Beberapa perusahaan asuransi menawarkan program medis kecelakaan perorangan yang melebihi tingkat manfaat ini. Beberapa paket memiliki deductible kecil (misalnya, Rp 250 ribu); yang lain menyediakan cakupan biaya seluruhnya (first dollar coverage).

Baik kumpulan atau perorangan, manfaat mencakup perawatan yang diperlukan setelah cedera akibat kecelakaan. Biasanya, manfaat berikut ini termasuk:

- perawatan oleh dokter;
- perawatan di rumah sakit;
- perawatan oleh perawat terdaftar (RN); dan
- pemeriksaan sinar-X dan laboratorium.

Asuransi Penyakit Tertentu

Jenis polis **asuransi penyakit tertentu (specified disease insurance)** yang paling umum adalah **asuransi kanker (cancer insurance)** dan merupakan bagian terbesar dari pasar. Banyak perusahaan asuransi menawarkan satu atau lebih polis kanker kepada perorangan dan keluarga untuk memenuhi kebutuhan perlindungan kanker tambahan. Asuransi kanker dibeli untuk mengisi kesenjangan dalam asuransi kesehatan (misalnya, deductibles, coinsurance, dan biaya yang tidak ditanggung). Ini juga memberikan perlindungan terhadap biaya tambahan - makanan dan penginapan saat bepergian ke kota lain untuk perawatan, biaya perawatan anak, dan biaya transportasi yang sering berkaitan dengan merawat pasien kanker.

Beberapa polis kanker memberikan banyak manfaat seperti polis medis utama. Polis ini membayar manfaat untuk hal-hal seperti tes skrining kanker; kamar harian dan makan; kunjungan dokter; perawatan; dan obat-obatan. Manfaat maksimal Rp 500 juta hingga Rp 1,5 milyar adalah hal biasa. Manfaat ini biasanya dibayarkan sebagai tambahan untuk jenis asuransi medis lainnya.

Sering juga asuransi penyakit ini disebut sebagai **asuransi penyakit kritis (critical illness insurance)** yang mencakup manfaat untuk beberapa penyakit-penyakit kritis.

Asuransi Suplemen Medicare

Berbeda dengan di Indonesia, Program **Medicare** di Amerika Serikat merupakan asuransi kesehatan sosial bagi penduduk usia yang pendanaannya dipupuk sejak peserta masih dalam usia produktif melalui pajak jaminan sosial yang dipotong dari gaji karyawan oleh para pemberi kerja. Dan Medicare memang dirancang tidak komprehensif, sehingga untuk menutup kesenjangan ada program Medicare yang diselenggarakan oleh CMS (Center for Medicare and Medicaid), pemerintah federal merancang 10 produk suplemen Medicare yang disediakan melalui perusahaan asuransi komersial.

Kebutuhan asuransi kesehatan bagi orang yang berusia 65 tahun ke atas di Amerika Serikat sudah ditangani, sebagian besar, oleh program Medicare pemerintah federal. Namun, karena deductible dan coinsurance, warga lanjut usia tidak sepenuhnya terlindung dari kerugian yang cukup besar yang mungkin diakibatkan oleh rawat inap jangka panjang atau biaya medis yang berkepanjangan. Asuransi tambahan atau suplemen Medicare membantu membayar sebagian dari biaya ini. Untuk memahami perlunya asuransi suplemen Medicare, manfaat Medicare dasar perlu dijelaskan.

Manfaat Medicare: Part A

Part A, asuransi rumah sakit, diberikan secara otomatis kepada orang yang berusia 65 tahun ke atas yang memenuhi syarat untuk manfaat pensiun Jaminan Sosial. Program ini dibiayai dari pajak penghasilan yang dibayar pemberi kerja dan karyawan. Part A menyediakan manfaat rawat inap, **fasilitas perawatan terampil (skilled nursing facilities, SNF), layanan kesehatan di rumah (home health care), dan hospice care.**

Seseorang yang dirawat di rumah sakit harus membayar deductible lebih dulu (USD 736 pada tahun 1996, USD 1.340 pada tahun 2018), setelah itu Medicare membayar 100 persen biaya rumah sakit untuk 60 hari pertama dari persalinan. Dari hari ke-61 hingga ke-90, pasien bertanggung jawab untuk membayar sebagian dari biaya rawat inap setiap hari — sejumlah copayment (USD 184 pada tahun 1996, USD 335 pada tahun 2018). Dari hari ke 91 sampai ke 150, pasien dapat menggunakan **cadangan seumur hidup (lifetime reserve)** dan copayment per hari selama periode ini (USD 368 pada tahun 1996, USD 670 pada tahun 2018). Cakupan 60 hari ini hanya dapat digunakan satu kali selama seumur hidup. Setelah periode copayment selesai, pasien bertanggung jawab untuk membayar seluruh biaya.

Setelah tinggal di rumah sakit selama tiga hari, Part A membayar layanan di fasilitas perawatan terampil yang disetujui hingga 100 hari per penyakit. Program ini membayar 20 hari pertama tanpa coinsurance. Untuk hari ke

21 hingga 100, Medicare membayar sebagian dari sisa pengeluaran yang memenuhi syarat setelah copayment harian dibayar (USD 92 pada tahun 1996, USD 170,50 pada tahun 2019).

Layanan kesehatan di rumah dapat diberikan untuk batas 21 hari (terputus-putus atau berturut-turut). Manfaat hospice bagi pasien yang sakit parah dibayar untuk seumur hidup dengan batas 210 hari.

Semua darah yang dibutuhkan pasien, ditanggung setelah deductible tiga kantong pertama.

Manfaat Medicare: Part B

Part B, asuransi medis tambahan, adalah program sukarela. Dua puluh lima persen dari premi dibayar oleh peserta; sisanya premi dibayar oleh pemerintah. Bagian B memberikan manfaat seperti perawatan dokter, prosedur bedah, layanan rawat jalan rumah sakit, dan persediaan medis.

Setelah penerapan deductible tahun kalender, Medicare membayar 80 persen dari biaya yang dianggap wajar untuk layanan yang disediakan di wilayah geografis di mana layanan itu diberikan. Pasien bertanggung jawab untuk membayar biaya deductible, 20 persen copayment dari biaya yang ditanggung Medicare, ditambah seluruh sisa biaya yang melebihi biaya yang ditanggung Medicare.

Polis Suplemen Medicare

Sejak November 1991, semua polis **asuransi suplemen Medicare (Medicare supplement insurance)** dibakukan ke dalam sepuluh plan atau paket yang diberi label A sampai J (saat ini paket label E, H, I, J tidak dipasarkan lagi, diganti dengan paket dengan label K sampai N). Perusahaan asuransi yang memasarkan paket ini harus menawarkan Plan A, yang umumnya disebut sebagai paket inti. Mereka dapat menawarkan salah satu atau semua dari sembilan paket lainnya. (Tabel 4.3)

Asuransi Kecelakaan Perjalanan

Sebagian besar asuransi perjalanan (**travel insurance**) yang dijual saat ini adalah untuk perlindungan kecelakaan perjalanan. Paket ini dibeli terutama di mesin penjual otomatis (**vending machine**) di bandara, dari petugas asuransi di banyak bandara, atau dari agen perjalanan. Polis ini menawarkan cakupan yang memberikan manfaat dalam kasus kematian atau kehilangan anggota badan karena kecelakaan tertanggung sebagai penumpang angkutan atau **transportasi umum (common carrier)** seperti pesawat terbang. Perlindungannya untuk satu kali perjalanan, biasanya untuk perjalanan pulang pergi.

Tabel 4.3. Cakupan Suplemen Medicare

| Manfaat Medigap | Medigap Plans | | | | | | | | | |
|--|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------------|--------------------------|-----|--------|
| | A | B | C | D | F* | G | K | L | M | N |
| Part A coinsurance dan biaya rumah sakit hingga 365 hari tambahan setelah manfaat Medicare habis | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes |
| Part B coinsurance atau copayment | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | 50% | 75% | Yes | Yes*** |
| Darah (3 kantong pertama) | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | 50% | 75% | Yes | Yes |
| Part A hospice care coinsurance atau copayment | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | 50% | 75% | Yes | Yes |
| Skilled nursing facility (SNF) coinsurance | No | No | Yes | Yes | Yes | Yes | 50% | 75% | Yes | Yes |
| Part A deductible | No | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | 50% | 75% | 50% | Yes |
| Part B deductible | No | No | Yes | No | Yes | No | No | No | No | No |
| Part B Excess charge | No | No | No | No | Yes | Yes | No | No | No | No |
| Penggantian layanan di luar negeri (sampai batas paket) | No | No | 80% | 80% | 80% | 80% | No | No | 80% | 80% |
| Out-of-pocket limit** | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | \$5,240 untuk 2018 | \$2,620 untuk 2018 | | |
| | | | | | | | \$5,560 untuk 2019 | \$2,780 untuk 2019 | N/A | N/A |

* Plan F juga menawarkan paket dengan deductible tinggi. Jika memilih opsi ini, ini berarti tertanggung harus membayar biaya yang ditanggung Medicare hingga deductible sebesar \$2.240 pada tahun 2018 (\$2.300 pada 2019) sebelum program Medigap tertanggung membayar apa pun.

** Setelah tertanggung memenuhi batas biaya sendiri tahunan (out-of-pocket yearly limit) dan bagian deductible tahunan tertanggung, program Medigap membayar 100% dari layanan yang ditanggung untuk sisa tahun kalender.

*** Plan N membayar 100% dari coinsurance Part B, kecuali untuk pembayaran hingga \$20 untuk beberapa kunjungan praktek dokter dan hingga \$50 copayment untuk kunjungan ruang gawat darurat yang tidak berujung rawat inap.

Cakupan Disabilitas Pendapatan

Asuransi disabilitas pendapatan (disability income insurance) adalah bentuk asuransi kesehatan yang dijual secara perorangan dan kumpulan yang memberikan pembayaran berkala jika tertanggung tidak dapat bekerja karena sakit atau cedera. Manfaat dasar memberikan pengganti sebagian dari pendapatan yang diterima tertanggung saat pendapatan berkurang karena kecacatan atau disabilitas. Meskipun istilah asuransi disabilitas pendapatan semakin diterima, sejumlah istilah serupa seperti **asuransi perlindungan pendapatan atau proteksi pendapatan (income protection insurance)** dan **asuransi kehilangan waktu (loss of time insurance)** masih digunakan.

Cakupan Disabilitas Total

Semua polis asuransi disabilitas pendapatan mempunyai persyaratan tertentu yang harus dipenuhi oleh penyandang disabilitas untuk mendapatkan manfaat: sebab kecacatan yang ditanggung, perawatan dokter, dan memenuhi definisi cacat total atau disabilitas total dalam polis.

Berikut ini adalah dua definisi umum **cacat total atau disabilitas total (total disability)** yang berbeda.

- Selama periode awal disabilitas, misalnya ganti rugi bulanan dibayarkan untuk jangka waktu 24 bulan, tertanggung akan dianggap cacat total jika tidak dapat terlibat dalam pekerjaannya sendiri. Setelah periode awal ini, tertanggung akan dianggap cacat total jika tidak dapat terlibat dalam pekerjaan yang menguntungkan yang

menurutnya cukup sesuai dengan pendidikan, pelatihan, dan pengalaman.

- Karena semata-mata cedera atau sakit, bertanggung kehilangan waktu atau tugas dan kehilangan penghasilan atau pendapatan setidaknya 20 persen.

Cakupan Dasar

Polis disabilitas pendapatan dibagi menjadi dua kategori utama: satu hanya mencakup disabilitas yang disebabkan oleh cedera karena kecelakaan; yang lainnya mencakup penyakit dan cedera. Kedua kategori ini sama dalam segala hal kecuali untuk risiko yang dipertanggungkan. Jumlah total manfaat yang dibayarkan berdasarkan polis disabilitas pendapatan ditentukan dan dikendalikan oleh tiga spesifikasi polis: ganti rugi bulanan/mingguan, periode eliminasi, dan periode manfaat maksimal.

Manfaat bulanan/mingguan. Manfaat disabilitas (disability benefit) dasar yang disediakan oleh polis disabilitas pendapatan adalah jumlah yang dibayar bulanan (atau mingguan) selama cacat total. Jumlah ini dinyatakan dalam polis dan disetujui oleh perusahaan asuransi dan bertanggung. Jumlahnya dapat berkisar dari Rp 10 juta hingga Rp 150 juta per bulan, tergantung pada kebutuhan pendapatan dari bertanggung dan batas-batas dari perusahaan asuransi.

Periode eliminasi. Periode eliminasi atau masa tunggu adalah waktu di mana tidak ada manfaat yang dibayarkan pada awal periode kecacatan. Periode eliminasi yang paling umum adalah 30, 60, 90, dan 180 hari untuk penyakit dan cedera. Periode eliminasi juga membantu mengurangi biaya administrasi perusahaan asuransi, menjaga agar premi lebih terjangkau oleh bertanggung.

Periode manfaat maksimal. Periode manfaat maksimum (maximum benefit period) atau juga disebut **batas ganti rugi (indemnity limit)** adalah jangka waktu maksimum untuk mendapatkan manfaat selama satu periode kecacatan. Periode manfaat maksimum yang paling sering ditawarkan adalah satu tahun, dua tahun, lima tahun, dan sampai usia 65 tahun.

Cakupan Disabilitas Residual

Cakupan **disabilitas parsial (partial disability) permanen** atau **residual** didasarkan pada konsep pengurangan penghasilan. Di bawah cakupan tersebut, bertanggung harus secara parsial mengalami disabilitas (yaitu, bertanggung tidak dapat melakukan sebagian tugas pekerjaan normalnya atau tidak dapat bekerja penuh waktu).

Cakupan disabilitas residual umumnya berlaku untuk tertanggung yang benar-benar cacat dan tidak lagi tetapi, karena gangguan berkelanjutan atau kecelakaan atau sakit, menderita pendapatan yang berkurang. Ketika seorang tertanggung kembali bekerja dengan penghasilan yang berkurang, biasanya setelah periode kecacatan total, tunjangan terus dibayarkan dengan dasar yang dikurangi secara proporsional dengan pengurangan pendapatan tertanggung sebelum kecacatan.

Mendefinisikan Penghasilan

Untuk menentukan disabilitas residual, pendapatan yang diperoleh selama disabilitas residual harus dibandingkan dengan pendapatan yang diperoleh sebelum disabilitas. Penghasilan yang didapat didefinisikan sebagai pendapatan yang diterima dari gaji, upah, biaya, komisi, atau imbalan lainnya yang diterima tertanggung untuk layanan yang dilakukan. Penghasilan yang diperoleh ditentukan sebelum dikurangi pajak penghasilan.

Jika tertanggung adalah wiraswasta, pendapatan yang diterima berarti pendapatan kotor dikurangi pengeluaran normal dan biasa dari bisnis. Penanggung biasanya menggunakan pendapatan rata-rata selama periode 12 atau 24 bulan sebelum disabilitas untuk menentukan manfaat residual.

Kualifikasi Dasar

Dalam sebagian besar kasus, manfaat disabilitas residual dibayarkan kepada tertanggung jika ia mengalami disabilitas atau menderita kehilangan pendapatan akibat dari kerugian yang sama atau terkait; terlibat baik penuh atau paruh waktu dalam pekerjaan regulernya atau pekerjaan lainnya; menghasilkan pendapatan saat ini yang setidaknya 20 persen (25 persen dalam beberapa polis) kurang dari penghasilan bulanan sebelumnya; dan terus berada di bawah perawatan seorang dokter.

Cakupan Pilihan

Cakupan pilihan dapat ditambahkan ke polis disabilitas pendapatan. Beberapa ditambahkan secara otomatis; beberapa mungkin memerlukan tambahan premi. Cakupan opsional termasuk pelepasan premi, ganti rugi bulanan jangka pendek, substitusi asuransi sosial, **opsi peningkatan di masa depan (future increase option)**, dan **penyesuaian biaya hidup (cost of living adjustment, COLA)**.

Ganti Rugi Bulanan Jangka Pendek

Jenis cakupan ini mengatur pembayaran sejumlah ganti rugi bulanan tambahan selama beberapa bulan pertama dari disabilitas total. Jumlah tambahan ini mungkin terbatas hingga lima atau enam bulan, meskipun

beberapa perusahaan asuransi membayar hingga satu tahun. Hal ini berguna dalam memberikan penghasilan tambahan di bulan-bulan sebelum bertanggung menjadi memenuhi syarat untuk mendapat manfaat Jaminan Sosial.

Substitusi Asuransi Sosial

Banyak perusahaan asuransi menawarkan manfaat **pengganti asuransi sosial (social insurance substitute, SIS)** yang dimaksudkan untuk menyediakan tambahan manfaat cacat bulanan hingga Rp 10 juta per bulan ketika manfaat disabilitas tidak diberikan melalui program asuransi sosial seperti manfaat disabilitas atau manfaat pensiun Jaminan Sosial, kompensasi pekerja, asuransi kecelakaan lalu lintas, dan berbagai program disabilitas pemerintah yang lain. Ketika seorang tertanggung memenuhi syarat untuk salah satu dari program ini, **manfaat bulanan (monthly benefit)** yang disediakan oleh SIS harus diakhiri atau dikurangi dengan jumlah manfaat bulanan di bawah asuransi sosial yang dia dapatkan.

Opsi Peningkatan di Masa Depan (Opsi Jaminan Dapat Diasuransikan)

Opsi peningkatan di masa depan (future increase option) atau **opsi jaminan dapat diasuransikan (guaranteed-issued option)** dibuat untuk mengantisipasi perubahan kebutuhan manfaat di masa depan. Jumlah cakupan disabilitas pendapatan yang ditawarkan perusahaan asuransi kepada seseorang sebagian bergantung pada pendapatan yang diperoleh seseorang pada saat pengajuan aplikasi. Dengan meningkatnya pendapatan pada tahun-tahun berikutnya, asuransi disabilitas pendapatan tambahan diperlukan untuk mempertahankan rasio asuransi yang memadai terhadap pendapatan.

Pada opsi peningkatan di masa depan, tertanggung dapat membeli hingga jumlah tambahan cakupan disabilitas pendapatan tertentu pada tanggal opsi yang ditentukan di masa mendatang, terlepas dari kelayakan asuransi medis, tetapi penghasilannya cukup meningkat.

Pengembalian Premi

Tertanggung yang memilih opsi ini membayar premi tambahan ditawarkan kesempatan untuk mendapatkan persentase (biasanya antara 50 hingga 80 persen) dari total premi kembali setelah jangka waktu tertentu (misalnya, setiap lima atau sepuluh tahun) jika dia melakukannya tidak mengalami disabilitas. Pembayaran disabilitas kepada tertanggung akan mengimbangi premi yang dikembalikan dengan basis rupiah per rupiah.

Penyesuaian Biaya Hidup

Kekhawatiran mengenai efek inflasi pada daya beli manfaat bulanan selama disabilitas yang berpanjangan membuat manfaat **penyesuaian biaya hidup (cost of living adjustment, COLA)** yang dapat ditambahkan ke cakupan disabilitas pendapatan dasar. Ketentuan ini meningkatkan pembayaran manfaat dengan persentase tertentu.

Pengecualian dan Pembatasan

Polis disabilitas pendapatan berisi bagian yang secara jelas mendefinisikan risiko-risiko yang dikecualikan sepenuhnya dari cakupan dan cakupan yang dibatasi. Seperti asuransi biaya medis, pengecualian dan pembatasan umum adalah untuk kondisi yang sudah ada sebelumnya, kehamilan, cedera yang disebabkan diri sendiri atau percobaan bunuh diri, tugas aktif militer, dan perang.

Program Disabilitas Bisnis

Disabilitas yang berkepanjangan dari pemilik bisnis tanpa perlindungan yang memadai dari bisnisnya dapat mengakibatkan runtuhnya ekonomi perusahaan. Untuk mengatasi masalah ini dan yang terkait, perusahaan asuransi mengembangkan **paket disabilitas berorientasi bisnis (business-oriented disability plan)** seperti asuransi biaya overhead, polis disability buyout, dan polis terkait bisnis lainnya.

Biaya Overhead

Polis **biaya overhead (overhead expenses)** dianggap sebagai polis penggantian karena ia membayar kembali bertanggung atas bagian dari biaya bisnis sebenarnya yang timbul selama disabilitas total. Biaya overhead didefinisikan sebagai biaya biasa dan diperlukan dalam operasi bisnis atau praktik profesional.

Biasanya polis ini dijual hanya usaha usaha kecil di mana bisnis atau praktek profesional tergantung pada keterampilan satu atau dua orang untuk mendapatkan penghasilan untuk memenuhi biaya usaha bisnis.

Polis mencakup jenis biaya overhead berikut: sewa bulanan atau bunga atas pembayaran hipotek, gaji karyawan, utilitas, ongkos kirim, cucian bisnis, dan iuran asosiasi atau perdagangan dan langganan.

Jenis-jenis biaya overhead yang tidak tercakup adalah gaji bertanggung; kompensasi dari setiap orang yang dipekerjakan untuk melaksanakan kewajiban bertanggung (manfaat semacam ini dapat dibeli atas dasar opsional); biaya barang; barang dagangan; inventaris; pembayaran atas pokok hutang apa pun; dan biaya-biaya tidak secara rutin dan secara umum dapat ditanggung sebelum disabilitas terjadi.

Disability Buyout

Cakupan jenis ini memberikan uang tunai untuk pembelian kepentingan bisnis (**business interest**) dari mitra atau pemegang saham yang mengalami disabilitas. Para mitra atau pemegang saham menyiapkan **perjanjian beli/jual (buyout agreement)** resmi terlebih dahulu. Perjanjian ini menetapkan bahwa jika salah satu dari mereka mengalami disabilitas untuk jangka waktu tertentu, biasanya satu hingga dua tahun, yang mengalami disabilitas berkewajiban untuk menjual kepentingannya dan mitra atau pemegang saham lain berkewajiban untuk membelinya. Kesepakatan menentukan harga (atau rumus menghitung harga) di mana kepentingan bisnis akan dijual.

Disabilitas Karyawan Kunci

Asuransi **disabilitas pendapatan karyawan kunci (key personel disability)** menyediakan pembayaran untuk bisnis atas kerugian yang timbul karena disabilitas salah satu personil utamanya. Selama disabilitas, bisnis akan kehilangan laba yang dihasilkan oleh pekerjaan yang sebelumnya dilakukan oleh tertanggung. Manfaat utama karyawan dibayarkan langsung kepada pemberi kerja untuk mengganti kerugian. Penanggung biasanya menjual cakupan ini hanya untuk usaha kecil.

Kecenderungan ke Depan

Dengan populasi yang semakin menua di Amerika Serikat, kemungkinan seseorang mengalami disabilitas untuk jangka waktu signifikan lebih mungkin terjadi daripada di masa lalu. Asuransi disabilitas pendapatan akan terus berperan penting dalam perlindungan konsumen dan gaya hidup dari pendapatan konsumen. Rancangan manfaat cenderung akan mencakup periode eliminasi yang lebih panjang untuk menurunkan biaya.

Produk disabilitas pendapatan sampai saat ini belum ada dipasarkan di Indonesia, kecuali sebagai program wajib JKK SJSN yang dikelola oleh BPJS Ketenagakerjaan. Produk serupa yang beredar di Indonesia biasanya berupa **asuransi proteksi pendapatan (income protection insurance)** yang dijual sebagai lini bisnis asuransi jiwa dengan pertanggunganan tertentu tidak langsung terkait dengan besarnya pendapatan seseorang.

Cakupan Perawatan Jangka Panjang

Asuransi perawatan jangka panjang (long-term care insurance, LTC insurance) memberikan manfaat uang tunai tertentu atau persen dari biaya yang dibebankan untuk **perawatan di panti perawatan (nursing home care)**, **perawatan kesehatan di rumah (home health care)**, dan

perawatan orang dewasa (adult day care) jika bertanggung menderita gangguan kapasitas fungsional atau kognitif. Kerugian ini bisa disebabkan oleh cedera atau penyakit yang tidak disengaja, tetapi kemungkinan besar terjadi akibat proses penuaan. Kehilangan kapasitas fungsional biasanya berarti seseorang membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan beberapa **kegiatan kehidupan sehari-hari (activities of daily living, ADL)** berikut ini:

- mandi — masuk dan keluar dari kamar mandi;
- berpakaian - mengenakan dan melepas semua pakaian yang diperlukan;
- berpindah - bergerak di antara tempat tidur dan kursi atau tempat tidur dan kursi roda;
- ke peturasan — pergi ke dan dari toilet atau peturasan, naik dan turun toilet, dan berhubungan dengan kebersihan pribadi;
- makan — memasukkan makanan ke dalam mulut atau tubuh; dan
- pengendalian diri — pengendalian diri untuk buang air.

Penanggung juga mempertimbangkan **gangguan kognitif (cognitive impairment)** karena penyakit atau cedera atau ketidakmampuan mental karena penyakit otak organik (organic brain diseases).

Manfaat

Program perawatan jangka panjang biasanya membayar antara Rp 500 ribu dan Rp 3 juta untuk setiap hari layanan di fasilitas perawatan (nursing care) dan antara Rp 200 ribu dan Rp 1,50 juta untuk setiap hari perawatan kesehatan di rumah. Bergantung pada paket, manfaat ini dapat dibayarkan sebagai jumlah rupiah rata untuk setiap hari perawatan atau sebagai persen dari biaya layanan aktual per hari, hingga jumlah maksimum yang ditetapkan. Penyesuaian inflasi dapat diberikan dengan memberi tanggung hak untuk membeli kenaikan berkala sering berdasarkan perubahan **indeks harga konsumen, IHK (consumer price index, CPI)**. Premi akan meningkat mencerminkan jumlah tambahan manfaat dan usia saat pembelian. Alternatifnya adalah ketentuan yang menjamin peningkatan tahunan (misalnya, 5 persen) dan untuk premi yang awalnya lebih besar dibebankan. Premi ini dirancang agar sesuai dengan umur polis.

Fasilitas keperawatan harus berlisensi atau secara hukum memenuhi syarat untuk memberikan perawatan atau bantuan perawatan atau bantuan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Perawatan kesehatan di rumah biasanya harus disediakan melalui agen kesehatan di rumah (home health agency) dan dilakukan oleh perawat terdaftar (registered nurse), perawat praktik berlisensi, perawat kejuruan, asisten kesehatan di rumah, terapis bersertifikat atau terdaftar yang berlisensi,

ahli terapi bicara, atau ahli terapi fisik. Perawatan kesehatan di rumah harus dilakukan di rumah bertanggung sendiri, rumah pribadi, fasilitas untuk pusat penitipan orang dewasa yang berlisensi atau beroperasi untuk tujuan memberikan layanan sosial keperawatan, medis, dan yang berhubungan dengan kesehatan. .

Periode Eliminasi

Jika **periode eliminasi (elimination period)** dimasukkan, umumnya manfaat perawatan jangka panjang dibayarkan setelah periode tertentu (misalnya, 90 hari) dari hari berturut-turut hilangnya kapasitas fungsional terus-menerus. Sebelum rawat inap atau tinggal di panti perawatan tidak diperlukan. Beberapa perusahaan asuransi menawarkan opsi **zero-elimination periode (tanpa periode eliminasi)**. Beberapa polis menetapkan bahwa periode eliminasi perlu dipenuhi hanya sekali seumur hidup, bukan per periode manfaat.

Periode Manfaat

Periode manfaat (benefit period) dimulai pada hari pertama setelah akhir periode eliminasi. Manfaat berakhir setelah seseorang tidak lagi kehilangan kapasitas fungsional, umumnya untuk jangka waktu 60 hari berturut-turut. Pada akhir periode manfaat apa pun, manfaat untuk kehilangan kapasitas fungsional berikutnya tidak akan dibayarkan sampai periode eliminasi baru dipenuhi.

Pengabaian Premi

Klausul **pengabaian premi (waiver of premium)** berarti pembayaran premi dibebaskan ketika pembayaran manfaat dimulai. Pembayaran premi mulai lagi pada tanggal jatuh tempo premi pertama setelah berakhirnya periode manfaat.

Pembatasan dan Pengecualian

Pembatasan Kondisi Sebelumnya

Setiap kehilangan kapasitas fungsional yang memenuhi syarat yang disebabkan oleh kondisi yang sudah ada sebelumnya tidak tercakup kecuali kehilangan tersebut dimulai lebih dari enam atau 12 bulan berturut-turut setelah yang bersangkutan menjadi bertanggung.

Pembatasan Lainnya

Pembatasan umum lainnya untuk manfaat perawatan jangka panjang termasuk pengecualian yang berikut:

- gangguan mental, gugup, atau emosional (tidak berlaku untuk penyakit otak organik seperti penyakit Alzheimer);
- setiap hari bertanggung dirawat inap di rumah sakit;
- kecanduan alkohol atau kecanduan narkoba;
- luka yang ditimbulkan diri sendiri atau percobaan bunuh diri;
- manfaat yang diberikan di bawah asuransi kesehatan lain untuk rawat inap di fasilitas perawatan atau untuk perawatan kesehatan di rumah;
- perawatan yang penggantiannya tersedia di bawah program pemerintah; dan
- perawatan yang diterima di luar negeri.

Portabilitas

Ketika asuransi perawatan jangka panjang dibeli melalui program yang disponsori perusahaan, karyawan yang berhenti dapat melanjutkan cakupan untuk diri mereka sendiri, pasangan, dan yang lain. Premi harus dibayarkan oleh tertanggung secara langsung kepada perusahaan asuransi.

Kecenderungan ke Depan

Asuransi perawatan jangka panjang memiliki potensi pasar yang luar biasa. Pertumbuhan yang stabil diharapkan di tahun-tahun mendatang di sejumlah pemberi kerja menambahkan cakupan perawatan jangka panjang pada paket kesejahteraan karyawan, terutama karena UU di Amerika Serikat menetapkan pemotongan pajak penghasilan bagi premi asuransi perawatan jangka panjang.

Asuransi jangka panjang ini belum ada yang dipasarkan secara komersial oleh perusahaan asuransi jiwa di Indonesia.

Program Manfaat Fleksibel

Paket manfaat fleksibel (flexible benefit plan), juga disebut **paket kafeteria (cafeteria plan)**, didasarkan pada konsep pilihan karyawan. Paket-paket memungkinkan peserta untuk memilih beberapa atau semua manfaat yang ditawarkan oleh pemberi kerja.

Tujuan Program Manfaat Fleksibel

Program manfaat fleksibel memiliki tiga tujuan utama: kepuasan karyawan, pengendalian biaya, dan efektivitas pajak.

Kepuasan Karyawan

Paket manfaat dapat menjadi bagian signifikan dari seluruh kompensasi karyawan. Hal ini merupakan salah satu pertimbangan penting dalam keputusan karyawan untuk mengambil pekerjaan. Banyak perusahaan melihat program manfaat fleksibel sebagai paket menarik sesuai dengan citra perusahaan yang progresif dan inovatif. Program ini memungkinkan para karyawan untuk menggunakan uang dari pemberi kerja untuk manfaat yang paling mereka hargai. Manfaat yang dibutuhkan akan tergantung pada faktor-faktor seperti status keluarga, jenis kelamin, usia, gaya hidup, status kesehatan, dan penghasilan.

Pengendalian Biaya¹

Perawatan kesehatan adalah bagian besar dari paket kesejahteraan karyawan. Kenaikan biaya terus-menerus dalam dekade terakhir menyebabkan pemberi kerja, asuransi, penyedia layanan, dan pemerintah untuk mencari cara untuk mengendalikannya. Biaya perusahaan untuk program kesejahteraan tradisional biasanya terkait langsung dengan kenaikan gaji dan biaya perawatan medis. Mungkin dampak paling luas dari program kompensasi yang fleksibel adalah kemampuan mereka untuk mengendalikan kenaikan biaya manfaat perusahaan di masa depan.

Teknik perawatan terkelola – managed care - dapat dimasukkan ke dalam beberapa opsi medis, dan label harga untuk karyawan dapat diatur untuk mendorong pilihan opsi tersebut. Kemampuan untuk memilih mempromosikan kesadaran karyawan akan keseluruhan biaya program.

Efektivitas Pajak

Paket manfaat fleksibel memungkinkan penggabungan teknik yang mudah seperti rekening pembayaran sebelum pajak untuk penggunaan uang kompensasi karyawan yang paling efektif pajak. Dengan akun semacam itu, seorang karyawan dapat mendanai kontribusi premi dengan sebelum pajak. Pemberi kerja juga menghemat pajak Jaminan Sosial atas gaji yang sudah dikurangi.

Merancang Program Manfaat Fleksibel

Ada tiga pendekatan dasar untuk merancang paket manfaat fleksibel: modular, inti-plus, dan seluruhnya fleksibel (full flexible). Dalam ketiga pendekatan tersebut, pemberi kerja memberi setiap karyawan sejumlah kredit untuk diterapkan pada paket manfaat mana pun yang ia pilih. Jika

¹ Untuk informasi lebih lanjut tentang managed care, lihat Bab 1 Managed Care, dan Bab 2 Pengendalian Biaya Kesehatan dalam buku Dasar Asuransi Kesehatan: Bagian B.

manfaat yang dipilih lebih mahal daripada kredit yang diberikan, karyawan dapat membayar selisihnya dengan pengurangan gaji sebelum pajak.

Format Modular

Format **modular** ini memungkinkan karyawan untuk memilih dari paket atau kelompok manfaat yang ditawarkan oleh pemberi kerja. Biasanya tersedia tiga atau empat paket. Setiap paket dirancang untuk memenuhi kebutuhan karyawan dengan karakteristik yang berbeda sekaligus mengurangi potensi bahaya adverse selection. Dengan meminimalkan pilihan karyawan pada awalnya, perusahaan dapat memprediksi partisipasi dengan lebih baik dan dapat memperkenalkan perubahan dan penambahan secara bertahap. (Tabel 4.4)

Tabel 4.4. Program Manfaat Fleksibel – Format Modular

| Manfaat | Paket Opsi 1 | Paket Opsi 2 | Paket Opsi 3 |
|---|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Asuransi jiwa (life insurance) | 2 x gaji | 1 x gaji | 3 x gaji |
| Asuransi disabilitas jangka panjang (LTD) | 50% gaji | 50% gaji | 70% gaji |
| Asuransi penglihatan (vision care) | Tidak ada | Paket penglihatan | Tidak ada |
| Asuransi gigi (dental insurance) | Paket gigi | Tanpa paket gigi | Paket gigi |
| Asuransi obat resep (Rx insurance) | Paket obat resep | Paket obat resep | Tidak ada |
| Asuransi medis (medical insurance) | Deductible Rp 10 juta atau HMO | Deductible Rp 5 juta atau HMO | Deductible Rp 2,50 juta atau HMO |

Format Inti-Plus

Format **inti-plus (core-plus)** menyediakan paket manfaat dasar yang biasanya dibayar oleh perusahaan dan mencakup semua karyawan. Sejumlah manfaat opsional dapat disediakan, didanai melalui kredit fleksibel yang disediakan oleh perusahaan, kontribusi karyawan, atau kombinasi keduanya. (Tabel 4.5)

Format Seluruhnya Fleksibel

Format **fleksibel penuh (full-flexible)** memungkinkan karyawan untuk memilih secara bebas dari berbagai pilihan dalam setiap jenis cakupan secara independen, dan ini memungkinkan kombinasi manfaat yang besar

dan beragam. Ini membantu karyawan menyesuaikan paket manfaat yang memenuhi kebutuhan dan gaya hidup mereka. (Tabel 4.6)

Tabel 4.5. Program Manfaat Fleksibel – Format Inti-Plus

| Manfaat | Inti (wajib) | Manfaat opsional (sukarela) |
|--|-----------------------|---|
| Asuransi jiwa (life insurance) | 1 x gaji | 1 x gaji 2 x gaji 3 x gaji |
| Asuransi jiwa anggota keluarga (dependent life insurance) | Tidak ada | Pasangan Rp 100 juta Anak Rp 50 juta |
| Asuransi medis (medical insurance) | Deductible Rp 10 juta | Deductible Rp 5 juta Deductible Rp 2,50 juta Opsi HMO Opsi PPO |
| Asuransi gigi (dental insurance) | Tidak ada | Deductible Rp 750 ribu Maksimum Rp 25 juta |
| Asuransi disabilitas jangka panjang (long-term disability insurance) | 50% gaji | 60% gaji 70% gaji |
| Rekening penggantian biaya perawatan kesehatan (health care reimbursement account) | Tidak ada | Rp 50 ribu hingga Rp 1 juta per bulan |
| Rekening penggantian biaya perawatan anggota keluarga (dependent care reimbursement account) | Tidak ada | Rp 500 ribu hingga Rp 4 juta per bulan |

Kecenderungan ke Depan

Pasar untuk asuransi kesehatan kumpulan dan perorangan terus berkembang. Di Amerika Serikat, program manfaat fleksibel populer di kalangan karyawan, dan opsi-opsi baru bisa saja ditambahkan ke daftar manfaat yang ditawarkan dalam paket tersebut.

Berbeda dengan di Indonesia program manfaat fleksibel yang merupakan bagian dari program kesejahteraan karyawan, masih dalam proses penyesuaian pengaturan program kesehatan karyawan dengan adanya kewajiban kepesertaan dalam program JKN untuk mengurangi manfaat yang tumpang tindih dan pengeluaran ganda pada program kesehatan karyawan beserta keluarganya. JKN telah menyebabkan industri asuransi mengalami penurunan pasar asuransi kesehatan kumpulan (yang

disponsori pemberi kerja). Sedangkan untuk pasar asuransi kesehatan perorangan masih memberikan peluang dan diminati pasar karena perbedaan pelayanan produk komersial dengan pelayanan program JKN.

Tabel 4.6. Program Manfaat Fleksibel – Format Seluruhnya Fleksibel

| Opsi asuransi jiwa | |
|--|---|
| • Opsi A | 1 x gaji |
| • Opsi B | 2 x gaji |
| • Opsi C | 3 x gaji |
| Opsi asuransi medis | |
| Cakupan HMO atau medis komprehensif, maksimum Rp 10 milyar | |
| • Opsi A | HMO |
| • Opsi B | PPO deductible Rp 2,5 juta |
| • Opsi C | PPO deductible Rp 5,0 juta |
| • Opsi D | Tidak ikut* |
| Opsi disabilitas jangka panjang (LTD) | |
| • Opsi A | 50% gaji sampai dengan Rp 50 juta |
| • Opsi B | 60% gaji sampai dengan Rp 50 juta |
| Opsi gigi | |
| • Opsi A | Tidak ikut |
| • Opsi B | Maksimum Rp 10 juta Deductible Rp 500 ribu |
| • Opsi C | Maksimum Rp 20 juta Deductible Rp 750 ribu |

*Bukti cakupan oleh program medis lain biasanya diperlukan

Produk Unit Link Kesehatan

Produk asuransi yang dikaitkan dengan investasi (PAYDI), lebih dikenal dengan nama produk **unit link**. Unit link adalah produk asuransi yang paling sedikit memberikan perlindungan terhadap risiko kematian dan memberikan manfaat yang mengacu kepada hasil investasi dari

kumpulan dana yang khusus produk asuransi baik yang dinyatakan dalam bentuk unit maupun bukan unit.

PAYDI harus memenuhi kriteria (a) memiliki proporsi perlindungan terhadap risiko kematian dan manfaat yang dikaitkan dengan investasi; (b) memiliki masa pertanggung jawaban tertentu; dan (c) memiliki strategi investasi yang spesifik.

Produk investasi akan menarik apabila jangka waktunya panjang, atau lebih dari satu tahun, dan di produk asuransi kesehatan yang lazim di jual di Indonesia adalah asuransi kecelakaan diri dan asuransi biaya medis, sehingga produk unit link kesehatan akan mengandung kedua jenis produk asuransi kesehatan tersebut.

Premi unit link kesehatan yang dibayarkan oleh pemegang polis dibagi ke dalam dua rekening yang terdiri dari (a) rekening proteksi asuransi kesehatan (risk account) dan (b) rekening unit atau investasi (investment account). Pemegang polis biasanya bebas untuk menarik atau menebus polisnya dan kebanyakan program membolehkan penambahan dana (top up) oleh pemegang polis.

Ringkasan

Industri asuransi kesehatan telah mengembangkan berbagai macam polis dan pendekatan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan perlindungan terhadap potensi kerugian finansial yang tinggi yang disebabkan oleh penyakit dan cedera. Produk dasar meliputi biaya medis, suplemen medis, kematian dan kehilangan anggota badan akibat kecelakaan, disabilitas pendapatan, dan perawatan jangka panjang. Karena perawatan kesehatan dan kebutuhan masyarakat berubah dan berkembang, industri asuransi terus menjawab tantangan baru.

Istilah Penting

| | |
|--|---|
| <i>Accident medical expense</i> | <i>Biaya medis akibat kecelakaan</i> |
| <i>Accidental death and dismemberment (AD&D)</i> | <i>Kematian dan kehilangan anggota badan akibat kecelakaan (AD&D)</i> |
| <i>Activities of daily living (ADLs)</i> | <i>Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)</i> |
| <i>Adult day care</i> | <i>Perawatan orang dewasa</i> |
| <i>All cause deductible</i> | <i>Deductible untuk semua penyebab</i> |
| <i>Benefit amount</i> | <i>Jumlah manfaat</i> |
| <i>Benefit period</i> | <i>Periode manfaat</i> |
| <i>Business-oriented disability plans</i> | <i>Paket disabilitas yang berorientasi bisnis</i> |
| <i>Business trip AD&D</i> | <i>Perjalanan bisnis AD&D</i> |
| <i>Cafeteria plan</i> | <i>Paket kafetaria</i> |
| <i>Calendar year</i> | <i>Tahun kalender</i> |
| <i>Cognitive impairment</i> | <i>Gangguan kognitif</i> |
| <i>Coinsurance</i> | <i>Coinsurance</i> |

| | |
|---|---|
| <i>Common carrier</i> | <i>Transportasi umum</i> |
| <i>Comprehensive major medical insurance</i> | <i>Asuransi medis utama komprehensif</i> |
| <i>Copayment</i> | <i>Copayment</i> |
| <i>Core-plus plans</i> | <i>Paket inti-plus</i> |
| <i>Corridor deductible</i> | <i>Corridor deductible</i> |
| <i>Cost-of-living adjustment (COLA)</i> | <i>Penyesuaian biaya hidup (COLA)</i> |
| <i>Covered expenses</i> | <i>Biaya yang ditanggung</i> |
| <i>Daily room and board</i> | <i>Kamar dan makan harian</i> |
| <i>Deductible</i> | <i>Deductible</i> |
| <i>Dental expense insurance</i> | <i>Asuransi biaya perawatan gigi</i> |
| <i>Dependents' accidental death and dismemberment</i> | <i>Kematian dan kehilangan anggota badan akibat kecelakaan bagi tanggungan keluarga</i> |
| <i>Disability benefits</i> | <i>Manfaat disabilitas</i> |
| <i>Disability buyout</i> | <i>Disability buyout</i> |
| <i>Disability income insurance</i> | <i>Asuransi disabilitas pendapatan</i> |
| <i>Eligible medical expenses</i> | <i>Pengeluaran medis yang memenuhi syarat</i> |
| <i>Elimination period</i> | <i>Periode eliminasi</i> |
| <i>Exclusions</i> | <i>Pengecualian</i> |
| <i>Flexible benefit plans</i> | <i>Paket manfaat fleksibel</i> |
| <i>Full-flexible plans</i> | <i>Paket fleksibel penuh</i> |
| <i>Future increase option</i> | <i>Opsi peningkatan di masa depan</i> |
| <i>Guaranteed insurability option</i> | <i>Opsi jaminan diasuransikan</i> |
| <i>Home health care</i> | <i>Perawatan kesehatan di rumah</i> |
| <i>Hospice care</i> | <i>Hospice care</i> |
| <i>Hospital indemnity</i> | <i>Ganti rugi rumah sakit</i> |
| <i>Hospital-surgical-medical insurance</i> | <i>Asuransi bedah rumah sakit</i> |
| <i>Income protection</i> | <i>Perlindungan pendapatan</i> |
| <i>Integrated dental plans</i> | <i>Paket gigi terintegrasi</i> |
| <i>Limitations</i> | <i>Pembatasan</i> |
| <i>Long-term care (LTC) insurance</i> | <i>Asuransi perawatan jangka panjang (LTC)</i> |
| <i>Loss of time insurance</i> | <i>Asuransi kehilangan waktu</i> |
| <i>Major medical insurance</i> | <i>Asuransi medis utama</i> |
| <i>Maternity benefit</i> | <i>Manfaat kehamilan</i> |
| <i>Maximum benefit period</i> | <i>Periode manfaat maksimal</i> |
| <i>Medical expense insurance</i> | <i>Asuransi biaya medis</i> |
| <i>Medicare</i> | <i>Medicare</i> |
| <i>Medicare supplement insurance</i> | <i>Asuransi suplemen Medicare</i> |
| <i>Modular plans</i> | <i>Paket modular</i> |
| <i>Monthly benefit</i> | <i>Manfaat bulanan</i> |
| <i>Non-integrated dental plans</i> | <i>Paket gigi yang tidak terintegrasi</i> |
| <i>Out-of-pocket expenses</i> | <i>Biaya sendiri</i> |
| <i>Overhead expense</i> | <i>Biaya overhead</i> |
| <i>Partial disability</i> | <i>Disabilitas parsial</i> |
| <i>Per cause deductible</i> | <i>Deductible per penyebab</i> |
| <i>Permanent partial disability</i> | <i>Disabilitas parsial permanen</i> |
| <i>Pre-existing conditions</i> | <i>Kondisi yang sudah ada sebelumnya</i> |
| <i>Prescription drug insurance</i> | <i>Asuransi obat resep</i> |

| | |
|---|---|
| <i>Principal sum</i> | <i>Jumlah pokok. Uang pertanggungan</i> |
| <i>Reimbursement plans</i> | <i>Paket penggantian</i> |
| <i>Residual disability</i> | <i>Disabilitas residual</i> |
| <i>Skilled nursing facilities (SNF)</i> | <i>Fasilitas perawatan terampil</i> |
| <i>Social insurance substitute (SIS)</i> | <i>Substitusi asuransi sosial (SIS)</i> |
| <i>Specified disease insurance</i> | <i>Asuransi penyakit tertentu</i> |
| <i>Supplemental major medical insurance</i> | <i>Asuransi medis utama tambahan</i> |
| <i>Surgical schedule</i> | <i>Daftar tarif operasi bedah</i> |
| <i>Total disability</i> | <i>Disabilitas total</i> |
| <i>Usual and customary</i> | <i>Biasa dan umum</i> |
| <i>Unit link</i> | <i>Unit link</i> |
| <i>Vision care insurance</i> | <i>Asuransi perawatan penglihatan</i> |
| <i>Voluntary AD&D</i> | <i>AD&D sukarela</i> |
| <i>Waiver of premium</i> | <i>Pengabaian premi</i> |

Bab 5

Kontrak Asuransi

| | |
|--|-----|
| <i>Tinjauan Umum Mengenai Perjanjian</i> | 120 |
| <i>Pengertian Perjanjian</i> | 120 |
| <i>Asas–Asas Perjanjian</i> | 121 |
| <i>Syarat–Syarat Sah Perjanjian</i> | 122 |
| <i>Asuransi Merupakan Suatu Perjanjian</i> | 127 |
| <i>Bentuk Perjanjian Asuransi</i> | 127 |
| <i>Sifat dari Perjanjian Asuransi:</i> | 128 |
| <i>Syarat–syarat Sah Perjanjian Asuransi</i> | 128 |
| <i>Pemberitahuan</i> | 130 |
| <i>Polis</i> | 131 |
| <i>Fitur Kontrak Asuransi</i> | 135 |
| <i>Ikatan Kontrak</i> | 135 |
| <i>Bahasa Polis</i> | 137 |
| <i>Tipe Kontrak</i> | 138 |
| <i>Aplikasi Polis Asuransi Biaya Medis</i> | 139 |
| <i>Aplikasi Asuransi Biaya Medis Kumpulan</i> | 139 |
| <i>Aplikasi Asuransi Biaya Medis Perorangan</i> | 140 |
| <i>Karakteristik Kontrak Asuransi Biaya Medis Kumpulan</i> | 141 |
| <i>Istilah dan Kondisi</i> | 141 |
| <i>Format Penerbitan Polis</i> | 141 |
| <i>Revisi Kontrak</i> | 142 |
| <i>Provisi Kontrak Asuransi Biaya Medis Kumpulan</i> | 142 |
| <i>Definisi</i> | 142 |
| <i>Provisi Umum</i> | 143 |
| <i>Provisi Berhubungan dengan Pemegang Polis</i> | 145 |
| <i>Provisi Berhubungan dengan Tertanggung</i> | 147 |
| <i>Karakteristik Polis Asuransi Kesehatan Perorangan</i> | 151 |
| <i>Provisi Kontrak Asuransi Biaya Medis Perorangan</i> | 151 |
| <i>Provisi Dasar</i> | 151 |
| <i>Provisi yang Disyaratkan oleh UPPL</i> | 156 |

Polis asuransi adalah perjanjian tertulis antara penanggung atau asuradur dan peserta atau tertanggung di mana penanggung setuju untuk

mengompensasi kerugian peserta dalam rangka mengembalikan premi yang dibayar kepada penanggung. Polis menjelaskan semua istilah dan kondisi perjanjian dan hak serta kewajiban kedua belah pihak. Polis asuransi sering disamakan dengan kontrak asuransi, tetapi kontrak dapat dibuat tanpa penerbitan polis kecuali diharuskan untuk memenuhi persyaratan undang-undang.

Di pihak lain, walau penanggung menerbitkan polis kontrak mungkin tidak dapat digunakan secara legal kepada penanggung jika kecurangan atau misrepresentative terdapat pada aplikasi atau jika pihak lain gagal memenuhi setiap elemen esensial untuk pembentukan kontrak.

Semua pihak tidak bebas sepenuhnya untuk meraih setiap perjanjian yang mereka inginkan pada kontrak. Hukum dan peraturan mengatur jenis formulir yang harus digunakan dan menetapkan sejumlah jenis provisi yang diharuskan dan optional pada polis. Bab ini mendiskusikan prinsip-prinsip legal, hukum dan regulasi yang menolong untuk membentuk kontrak asuransi. Bab ini juga menyediakan gambaran elemen kunci dari kontrak asuransi biaya medis perorangan dan kumpulan untuk memberikan kepada pembaca pengertian tentang struktur dan isi kontrak asuransi kesehatan. Banyak aspek yang sama dari kontrak asuransi kesehatan — disabilitas pendapatan, kecelakaan, kematian kecelakaan dan kehilangan anggota badan serta pelayanan jangka panjang mempunyai fitur yang berhubungan dengan manfaat spesifik.

Aplikasi dan kontrak asuransi yang akan dibahas pada bab ini hanya untuk produk asuransi biaya medis, sedangkan untuk jenis asuransi kesehatan lainnya dibahas pada buku-buku modul PAMJAKI pada setiap jenis asuransi tersebut.

Tinjauan Umum Mengenai Perjanjian¹

Pengertian Perjanjian

Pengertian perjanjian atau persetujuan secara umum telah diatur dalam pasal 1313 KUHPer yang mengatakan bahwa: “persetujuan adalah suatu perbuatan dengan mana satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap satu orang lain atau lebih”.

¹ Untuk memahami hukum asuransi di Indonesia yang disajikan pada bagian awal bab ini, Dianjurkan membaca buku tulisan Prof. Abdulkadir Muhammad SH, Hukum Asuransi Indonesia, PT Citra Aditya Bakti, Bandung, 1999.

Menurut Abdulkadir Muhammad Pasal 1313 KUHPer ini mengandung kelemahan-kelemahan, seperti:

- Hanya menyangkut sepihak saja;
- Kata perbuatan mencakup juga tanpa konsensus;
- Pengertian perjanjian terlalu luas; dan
- Tanpa menyebut tujuan

Berdasarkan alasan-alasan tersebut, beliau merumuskan kembali apa yang dimaksud dengan perjanjian, yaitu: “perjanjian adalah suatu persetujuan dengan mana dua orang atau lebih saling mengikatkan diri untuk melaksanakan suatu hal dalam lapangan harta kekayaan”. Perumusan ini erat hubungannya dengan syarat-syarat perjanjian yang diatur dalam Pasal 1320 KUHPer.

Subekti memberikan pengertian suatu perjanjian adalah “suatu peristiwa di mana seorang berjanji kepada seorang yang lain atau di mana dua orang itu saling berjanji untuk melaksanakan sesuatu hal”. Dari peristiwa ini, timbulah suatu hubungan antara dua orang tersebut yang dinamakan perikatan. Perjanjian itu menerbitkan suatu perikatan antara dua orang yang membuatnya. Dalam bentuknya, perjanjian itu berupa suatu rangkaian perkataan yang mengandung janji-janji atau kesanggupan yang diucapkan atau ditulis.

Asas-Asas Perjanjian

Asas-asas penting yang perlu diketahui dalam Hukum Perjanjian, yaitu:

Sistem terbuka (open system), artinya di mana hukum perjanjian memberikan kebebasan yang seluas-luasnya kepada masyarakat, untuk mengadakan perjanjian mengenai apa saja, tentunya selama tidak melanggar ketertiban umum dan kesusilaan dalam masyarakat. Pasal 1338 ayat (1) KUHPer menyatakan bahwa: “Semua perjanjian yang dibuat secara sah berlaku sebagai undang-undang bagi mereka yang membuatnya.” Ketentuan ini menjadi dasar bahwa undang-undang juga mengandung asas kebebasan dalam membuat perjanjian (sistem terbuka). Masyarakat dapat membuat perjanjian apa saja dan perjanjian itu akan mengikat mereka seperti halnya suatu undang-undang.

Bersifat pelengkap (optional), artinya pasal-pasal undang-undang boleh disingkirkan, apabila pihak-pihak yang membuat perjanjian menghendaki dan membuka ketentuan-ketentuan sendiri yang menyimpang dari ketentuan pasal-pasal undang-undang. Tetapi apabila dalam perjanjian

yang mereka buat tidak ditentukan, maka berlakulah ketentuan undang-undang.

Segala ketentuan yang ada dalam hukum perjanjian merupakan hukum pelengkap, maksudnya bahwa pasal-pasal tersebut dapat disingkirkan oleh para pihak apabila mereka menghendaknya dan mereka dapat membuat ketentuan-ketentuan sendiri yang menyimpang dari hukum perjanjian. Dalam hal mereka tidak mengatur sendiri perjanjian tersebut, maka mereka harus tunduk kepada ketentuan dalam undang-undang. Jadi, para pihak yang mengadakan perjanjian dapat memperjanjikan hal-hal yang bersifat pokok saja, sedangkan hal-hal yang lain cukup tunduk kepada ketentuan undang-undang.

Bersifat konsensual, artinya perjanjian dan perikatan itu timbul sejak detik tercapainya kata sepakat antara pihak-pihak. Dengan kata lain perjanjian sudah sah dan mempunyai akibat hukum sejak saat tercapai kata sepakat antara pihak-pihak, mengenai hal-hal yang pokok dan tidak diperlukan sesuatu formalitas. Maksud dari asas konsensual ini yaitu adanya kesesuaian kehendak antara pihak yang satu dengan yang lain.

Dari asas ini dapat disimpulkan bahwa perjanjian dapat dibuat menjadi:

- Perjanjian lisan, dan
- Perjanjian tertulis, yang terbagi menjadi:
 - Perjanjian otentik, yaitu perjanjian yang berbentuk akta yang dibuat oleh atau di hadapan pejabat umum yang berwenang seperti notaris, PPAT, pejabat catatan sipil dan sebagainya.
 - Perjanjian di bawah tangan.

Bersifat obligator (Obligatory), artinya perjanjian yang dibuat oleh pihak-pihak itu baru taraf menimbulkan hak dan kewajiban saja, belum memindahkan hak milik. Hak milik baru berpindah, apabila diperjanjikan tersendiri yang disebut perjanjian yang bersifat kebendaan.

Syarat–Syarat Sah Perjanjian

Pasal 1320 KUHPer berbunyi:

Untuk sahnya suatu perjanjian diperlukan empat syarat: (lihat juga pada di bagian berikut pada bab ini)

- Sepakat mereka yang mengikatkan diri;
- Kecakapan untuk membuat perjanjian;
- Suatu hal tertentu;
- Suatu sebab yang halal,.

Syarat yang pertama menghendaki agar para pihak atau subjek yang mengadakan perjanjian telah setuju mengenai hal-hal yang pokok dari perjanjian. Hal-hal yang dikehendaki oleh pihak yang satu juga dikehendaki oleh pihak lainnya dalam perjanjian. Adanya paksaan secara fisik (dipukul dan sebagainya), paksaan rohani (diancam dan sebagainya), penipuan (perbuatan yang menjerumuskan seseorang ke dalam keadaan yang merugikan), dan khilaf baik mengenai objek yang diperjanjikan atau subjek dengan siapa perjanjian itu dibuat, merupakan cacat dalam kata sepakat, sehingga mempengaruhi sahnyanya perjanjian. Misalnya penanggung dan tertanggung dalam perjanjian asuransi telah sepakat bahwa tertanggung mengasuransikan objeknya wajib membayar premi kepada penanggung dan apabila terjadi peristiwa yang tidak tentu terjadi terhadap objek asuransi yang dijamin risikonya maka penanggung akan mengganti kerugian tersebut. Apabila tertanggung menipu penanggung atau sebaliknya maka dapat mengakibatkan cacat dan/atau tidak sahnyanya perjanjian.

Syarat adanya kecakapan untuk membuat perjanjian, mengharuskan bahwa subjek perjanjian itu mempunyai kewenangan bertindak dalam hukum. Mempunyai wewenang untuk bertindak dalam hukum, artinya adalah mempunyai wewenang untuk melakukan perbuatan hukum, yaitu perbuatan yang dimaksudkan untuk menimbulkan akibat hukum (hak dan kewajiban), dan berwenang untuk mengadakan suatu proses di muka pengadilan. Pada umumnya seseorang dikatakan cakap melakukan perbuatan hukum, apabila ia sudah dewasa, artinya sudah mencapai umur 21 tahun atau sudah kawin walaupun belum 21 tahun. juga dikatakan ada kewenangan, apabila ia mendapat kuasa dari pihak ketiga untuk melakukan perbuatan hukum tertentu, dalam hal ini untuk mengadakan perjanjian. Dikatakan tidak ada kewenangan, apabila ia tidak mendapat kuasa untuk itu.

Syarat ketiga berupa hal tertentu, mensyaratkan agar prestasi yang diperjanjikan oleh kedua pihak itu disebutkan secara terperinci, sehingga hak dan kewajiban para pihak diketahui secara tegas dan jelas. Dalam hal prestasi itu berupa barang, maka harus disebutkan jenis dan jumlahnya. Misalnya dalam perjanjian asuransi objek yang dipertanggungkan berupa 1.000-ton bahan baku biji plastik, sifatnya tidak tahan api dan mudah terbakar.

Syarat keempat yaitu mensyaratkan agar isi perjanjian itu tidak bertentangan dengan undang-undang maupun kesusilaan umum. Misalnya

jual beli ganja atau membunuh orang, merupakan perjanjian yang berkausa tidak halal.

Jenis-jenis Perjanjian

Secara teoritis terdapat 5 jenis pembedaan perjanjian, yaitu:

Perjanjian sepihak dan perjanjian timbal balik. Pada perjanjian sepihak, hanya satu pihak saja yang mempunyai kewajiban untuk mewujudkan prestasi, sedang pihak lainnya hanya mempunyai hak. Misalnya perjanjian hibah, hadiah. Sedangkan pada perjanjian timbal balik, kedua belah pihak sama-sama mempunyai hak dan kewajiban terhadap prestasi yang diperjanjikan. Misalnya perjanjian jual beli.

Perjanjian dengan beban dan perjanjian tanpa beban. Perjanjian dengan beban adalah perjanjian di mana kedua pihak harus melakukan sesuatu prestasi. Misalnya perjanjian asuransi. Perjanjian tanpa beban adalah perjanjian di mana hanya satu pihak saja yang harus melakukan prestasi, dan lain-lain. Misalnya perjanjian hibah.

Perjanjian bernama dan tidak bernama. Perjanjian bernama adalah perjanjian yang mempunyai nama sendiri, yang dikelompokkan sebagai perjanjian-perjanjian khusus, karena jumlahnya terbatas, misalnya jual beli, sewa menyewa, tukar menukar, pertanggungan. Perjanjian tidak bernama adalah perjanjian yang tidak mempunyai nama tertentu dan jumlahnya tidak terbatas.

Perjanjian kebendaan dan obligatory. Perjanjian kebendaan adalah perjanjian untuk memindahkan hak milik dalam perjanjian jual beli. Perjanjian kebendaan ini sebagai pelaksanaan perjanjian jual beli. Perjanjian kebendaan ini sebagai pelaksanaan perjanjian obligator. Perjanjian obligatory adalah perjanjian yang menimbulkan perikatan, artinya sejak terjadinya perjanjian, timbullah hak dan kewajiban pihak-pihak. Pembeli berhak menuntut penyerahan barang, penjualan berhak atas pembayaran harga. Pentingnya pembedaan ini untuk mengetahui apakah dalam perjanjian itu ada penyerahan sebagai realisasi perjanjian, dan penyerahan itu sah menurut hukum atau tidak.

Perjanjian konsensual dan perjanjian riil. Perjanjian consensual adalah perjanjian yang tercipta dengan dicapainya kata sepakat (ada persetujuan kehendak) antara kedua belah pihak, sedang perjanjian riil adalah perjanjian yang tercipta dengan dipenuhinya kata sepakat dan pelaksanaan

prestasi yang diperjanjikan (penyerahan nyata atas barangnya). Misalnya jual beli barang bergerak, perjanjian penitipan.

Adanya perjanjian maka ada suatu hubungan hukum yang timbul dari perjanjian itu, yang akan dijamin oleh hukum selama isinya tidak bertentangan dengan hukum dan kesusilaan dan memenuhi syarat-syarat keabsahan perjanjian. Apabila prestasi yang diperjanjikan dalam hubungan hukum itu tidak dipenuhi secara sukarela, maka pihak yang lain dapat menuntut di muka hakim. Perjanjian yang disepakati kedua pihak atau lebih merupakan sumber perikatan yang terpenting, karena perikatan paling banyak dilahirkan dari perjanjian. Sumber perikatan lain adalah undang-undang.

Akibat Hukum dari Perjanjian yang Sah

Menurut ketentuan pasal 1338 KUHPer, perjanjian yang dibuat secara sah, yaitu memenuhi syarat-syarat Pasal 1320 KUHPer akan berlaku sebagai undang-undang bagi mereka yang membuatnya, tidak dapat ditarik kembali tanpa persetujuan kedua belah pihak atau karena alasan-alasan yang cukup menurut undang-undang, dan perjanjian itu harus dilaksanakan dengan itikad baik.

Perjanjian berlaku sebagai undang-undang bagi para pihak, artinya pihak-pihak tersebut harus mentaati perjanjian itu sama dengan mentaati undang-undang. Misalnya polis berkekuatan seperti undang-undang bagi penanggung dan tertanggung.

Perjanjian tersebut tidak dapat ditarik kembali secara sepihak. Jika ingin menarik kembali atau membatalkannya harus meminta persetujuan pihak lainnya, jadi diperjanjikan lagi. Jika tidak ada kesepakatan untuk melakukan pembatalan maka pembatalan hanya bisa dilakukan melalui pengadilan (Pasal 1266 KUHPer dan Pasal 1267 KUHPer). Tetapi, apabila ada alasan yang cukup menurut undang-undang, perjanjian dapat ditarik kembali atau dibatalkan secara sepihak. Misalnya: Perjanjian yang bersifat terus menerus, dalam pasal 1571 KUHPer tentang sewa menyewa yang dibuat secara tidak tertulis dapat dihentikan dengan memberitahukan kepada penyewa.

Pelaksanaan dengan itikad baik. Pasal 1338 ayat (3) KUHPer mensyaratkan bahwa perjanjian harus dilakukan dalam batas-batas norma kepantasan dan kepatutan. Dengan demikian, apabila terjadi kekhilafan, paksaan dan penipuan dalam pembuatan perjanjian yang mengakibatkan cacatnya dari perjanjian itu dan akan mempengaruhi keabsahan perjanjian

tersebut. Misalnya penanggung dan tertanggung harus melaksanakan perjanjian asuransi dengan itikad baik, apabila di kemudian hari ternyata salah satu pihak menipu, hal tersebut dapat mempengaruhi keabsahan perjanjian asuransi itu.

Batal dan Pembatalan Perjanjian

Apabila suatu syarat objektif dari perjanjian (hal tertentu atau causa yang halal) tidak terpenuhi, maka perjanjian itu menjadi batal demi hukum. Dalam hal yang demikian, secara yuridis dari semula tidak ada suatu perjanjian dan tidak ada pula suatu perikatan antara orang-orang yang dimaksud membuat perjanjian itu. Hakim dalam hal ini diwajibkan karena jabatannya menyatakan bahwa tidak pernah ada suatu perjanjian atau perikatan. Berbeda dengan syarat subjektif apabila dari suatu perjanjian tidak terpenuhi (sepakat atau kecakapan), maka perjanjian itu dapat dimintakan pembatalan. Dalam hal adanya kekurangan mengenai syarat subjektif, undang-undang menyerahkan kepada pihak yang berkepentingan, apakah ia menghendaki pembatalan perjanjiannya atau tidak.

Hal-hal yang dapat menyebabkan suatu perjanjian menjadi tidak berlaku sempurna adalah:

Adanya Kekeliruan atau Kekhilafan

Adanya kekeliruan atau kekhilafan (pasal 1322 KUHPer). Kekeliruan yaitu apabila salah satu pihak khilaf tentang hal-hal yang pokok dari apa yang diperjanjikan atau tentang sifat-sifat yang penting dari barang yang menjadi objek perjanjian, ataupun mengenai orang dengan siapa diadakan perjanjian itu. Misalnya dalam perjanjian asuransi, tertanggung keliru memberikan keterangan yang penting dan patut diketahui mengenai objek asuransi kepada penanggung.

Perbuatan Curang atau Penipuan

Perbuatan curang yaitu apabila satu pihak dengan sengaja memberikan keterangan-keterangan palsu atau tidak benar disertai dengan tipu muslihat untuk membujuk pihak lawannya memberikan perizinannya (pasal 1328 KUHPer). Menurut yurisprudensi, orang tersebut paling sedikit melakukan rangkaian kebohongan atau tipu muslihat. Misalnya dalam perjanjian asuransi, tertanggung sengaja memberikan keterangan yang keliru atau menyembunyikan keterangan yang benar mengenai objek asuransi kepada penanggung.

Paksaan

Paksaan yaitu dapat berupa paksaan rohani atau paksaan jiwa (pasal 1323-1327 KUHPer), jadi bukan hanya paksaan (fisik). Misalnya salah satu pihak, karena diancam atau ditakuttakuti terpaksa menyetujui suatu perjanjian.

Ketidakcakapan

Ketidakcakapan yaitu orang menurut ketentuan Pasal 1330 KUHPer tidak cakap seseorang ketidakbebasan dalam memberikan perizinan pada suatu perjanjian. Perjanjian yang dibuat oleh orang yang demikian memberikan hak kepada pihak yang tidak cakap dan pihak yang tidak bebas dalam memberikan sepakatnya itu untuk meminta pembatalan perjanjiannya. Dalam meminta pembatalan tersebut oleh Pasal 1454 KUHPer dibatasi sampai suatu batas. Waktu tertentu, yaitu 5 tahun. Waktu tersebut mulai berlaku sejak orang ini menjadi cakap menurut hukum. Misalnya A menyetujui suatu perjanjian ketika berumur 18 tahun, A dapat meminta pembatalan perjanjian tersebut di depan sidang pengadilan ketika A telah cakap hukum (berusia 21 tahun) atau paling lama ketika A berusia 23 tahun yaitu 5 tahun setelah perjanjian dilakukan.

Asuransi Merupakan Suatu Perjanjian

Asuransi harus memenuhi syarat-syarat perjanjian pada umumnya ditambah dengan syarat-syarat khusus yang terdapat dalam ketentuan asuransi. Dilihat dari jenis-jenis perjanjian, perjanjian asuransi termasuk dalam perjanjian timbal balik, tetapi bersyarat. Hal ini yang membuat perjanjian asuransi ada perbedaan dengan perjanjian jual beli, karena dalam perjanjian asuransi prestasi dari pihak penanggung harus digantungkan kepada syarat tertentu. Oleh karena itu perjanjian asuransi termasuk ke dalam perjanjian bersyarat.

Bentuk Perjanjian Asuransi

Perjanjian dalam asuransi itu dapat berbentuk:

- Suatu perjanjian tertentu berdasarkan kesepakatan para pihak (Pasal 1313 KUHPer);
- Perjanjian timbal balik. Masing-masing pihak berjanji akan melakukan sesuatu bagi pihak lain, maka dalam asuransi tertanggung berjanji akan membayar uang premi dan penanggung akan membayar sejumlah uang, apabila suatu peristiwa tertentu akan terjadi.

- Perjanjian yang bersifat consensual. Perjanjian asuransi dianggap terbentuk dengan nama atau telah adanya kata sepakat belaka antara kedua belah pihak, seperti yang tercantum dalam Pasal 257 ayat (1) KUHD; “Perjanjian asuransi diterbitkan seketika setelah ditutup, hak-hak dan kewajiban bertimbal-balik dari si penanggung dan tertanggung mulai berlaku sejak saat itu bahkan sebelum polisnya ditandatangani. Ditutupnya perjanjian menerbitkan kewajiban bagi si penanggung untuk menandatangani polis tersebut dalam waktu yang ditentukan dan menyerahkannya kepada si tertanggung.
- Persetujuan atau perjanjian formal; Hal ini dapat dilihat dalam Pasal 255 KUHD yang berbunyi “suatu asuransi harus dibuat secara tertulis dalam suatu akta yang disebut polis. Pasal ini menyatakan bahwa perjanjian asuransi dalam bentuk suatu tulisan yang dinamakan polis seolah-olah merupakan syarat mutlak. Polis dalam asuransi bukan merupakan syarat mutlak, sebab persetujuan asuransi terjadi pada saat diadakan persetujuan tersebut, meskipun polis belum ditandatangani oleh para pihak (Pasal 257 KUHD), adanya asuransi dapat dibuktikan dengan alat-alat bukti lainnya (Pasal 258 KUHD) seperti bukti tertulis (akta otentik, akta bawah tangan dan / atau surat-surat lain) sebagai permulaannya.

Sifat dari Perjanjian Asuransi:

- Bila perjanjian asuransi itu telah terbentuk, maka yang terlihat adalah sifat timbal balik antara tertanggung dan penanggung yang melaksanakan masing-masing prestasinya, dengan syarat penanggung melaksanakan prestasinya bila onzeker vorpel telah menjadi pasti, sedangkan tertanggung premi sebagai prestasinya itu sudah harus dibayar prestasi pasti.
- Oleh karena itu perjanjian asuransi merupakan perjanjian bersyarat (adanya syarat tertentu).

Syarat-syarat Sah Perjanjian Asuransi

Asuransi merupakan salah satu jenis perjanjian khusus yang diatur dalam KUHD. Sebagai perjanjian, maka ketentuan syarat-syarat sah suatu perjanjian dalam KUHDPer berlaku juga bagi perjanjian asuransi. Perjanjian asuransi merupakan perjanjian khusus, maka di samping ketentuan syarat-syarat sah suatu perjanjian, berlaku juga syarat-syarat khusus yang diatur dalam KUHD (lihat juga penjelasan di bagian lain yang berik特 pada bab ini).

Kesepakatan

Tertanggung dan Penanggung sepakat mengadakan perjanjian asuransi. Kesepakatan tersebut pada pokoknya meliputi:

- Benda yang menjadi objek asuransi;
- Pengalihan risiko;
- Evenemen dan ganti kerugian;
- Syarat-syarat khusus asuransi;
- Dibuat secara tertulis yang disebut polis.

Pengadaan perjanjian antara tertanggung dan penanggung dapat dilakukan secara langsung atau secara tidak langsung. Maksudnya dapat dilakukan tanpa perantara atau dengan jasa perantara, di mana memang diperbolehkan dalam Undang-undang yaitu dalam Pasal 260 KUHD dan Pasal 5 huruf (a) Undang-undang No.2 Tahun 1992. Sebutan perantara pada kedua ketentuan itu berbeda yaitu dalam KUHD disebut makelar, sedangkan dalam UU No.2 Tahun 1992 disebut pialang.

Kesepakatan antara tertanggung dan penanggung itu dibuat secara bebas, artinya tidak berada di bawah pengaruh, tekanan, atau paksaan pihak tertentu.

Kewenangan

Kewenangan kedua pihak tertanggung dan penanggung dalam melakukan perbuatan hukum yang diakui oleh undang-undang. Kewenangan berbuat tersebut ada yang bersifat subjektif dan ada yang bersifat objektif. Kewenangan subjektif artinya kedua pihak sudah dewasa, sehat ingatan, tidak berada di bawah perwalian dan pemegang kuasa yang sah. Kewenangan objektif artinya tertanggung mempunyai hubungan sah dengan benda objek asuransi karena benda tersebut adalah kekayaan miliknya sendiri.

Objek Tertentu.

Objek tertentu dalam perjanjian asuransi adalah objek yang diasuransikan, dapat berupa harta kekayaan dan kepentingan yang melekat pada harta kekayaan, dapat pula berupa jiwa atau raga manusia, karena yang mengasuransikan objek itu adalah tertanggung, maka ia harus mempunyai hubungan langsung atau tidak langsung dengan objek asuransi itu. Tertanggung harus dapat membuktikan bahwa dia adalah benar sebagai pemilik atau mempunyai kepentingan atas objek asuransi tersebut.

Apabila tertanggung tidak dapat membuktikannya, maka akan timbul anggapan bahwa tertanggung tidak mempunyai kepentingan apa-apa, hal mana mengakibatkan perjanjian asuransi menjadi batal (null and void).

Menurut polis dalam asuransi kebakaran, objek merupakan objek bahaya yang terdiri dari bangunan dan/atau barang. Penunjukan pada suatu jenis objek demikian, penggunaan bangunannya adalah yang disebut. Misalnya adalah pasar sebagai objek asuransi adalah bangunan yang dipergunakan sebagai pasar.

Keterangan yang jelas mengenai benda yang menjadi objek asuransi kebakaran ada hubungan dengan risiko yang menjadi tanggungan penanggung. Risiko tersebut menjadi dasar penentuan jumlah premi yang wajib dibayar oleh tertanggung. Makin berat risiko yang ditanggung. Makin besar jumlah premi yang dibayar. Apabila terjadi pemberatan risiko karena perubahan tujuan penggunaan, maka perlu diberitahukan kepada penanggung apakah jumlah premi ditingkat atau penanggung menghentikan asuransi kebakaran tersebut.

Kausa yang Halal

Kausa yang halal dimaksudnya adalah isi perjanjian asuransi itu tidak dilarang undang-undang, ketertiban umum, dan kesusilaan. Misalnya tertanggung membayar premi, penanggung menerima peralihan risiko atas objek asuransi. Kausa yang halal dilihat dari perimbangan pembayaran premi dengan peralihan risiko atas objek.

Pemberitahuan

Tertanggung bertanggung jawab memberitahukan (memberikan keterangan, dalam aplikasi permohonan asuransi) kepada penanggung mengenai keadaan objek asuransi. Kewajiban ini dilakukan pada saat mengadakan asuransi. Apabila tertanggung lalai, maka akibat hukumnya asuransi batal. Kewajiban pemberitahuan itu berlaku juga apabila setelah diadakan asuransi terjadi pemberatan risiko atas objek asuransi.

Kewajiban pemberitahuan pasal 251 KUHD tidak tergantung pada ada atau tidaknya itikad baik pada tertanggung. Apabila tertanggung keliru memberitahukan, tanpa kesengajaan, juga mengakibatkan batalnya asuransi, kecuali jika tertanggung dan penanggung telah memperjanjikan lain. Biasanya perjanjian seperti ini dinyatakan dengan tegas dalam polis dengan klausul sudah diketahui (bekenheids clause).

Misalnya dalam asuransi kesehatan, keterangan tertulis dari tertanggung merupakan bagian integral polis. Keterangan tertulis ini merupakan pemberitahuan seperti yang dimaksud di atas, yang dituangkan dalam surat permintaan pertanggungan kesehatan. Status kesehatan merupakan kuesioner yang harus diisi sebaik mungkin oleh tertanggung dengan mengingat *principle of utmost good faith* (pasal 251 KUHD), yang mengatur akibat fatal karena usaha penyembunyian keterangan mengenai objek kesehatan yang hendak diasuransikan, yang bersifat menentukan bagi keputusan *underwriting*.

Status kesehatan hendaknya diisi serta ditandatangani oleh tertanggung atau pun perantara yang mewakilinya, bukan oleh penanggung atau agennya. Status kesehatan juga harus tetap diisi dan dimintakan tanda tangannya, walaupun penanggung telah mengadakan survei risiko sendiri atau telah menyuruh penyurvei atau surveyor independen untuk melakukannya. Sebabnya karena status kesehatan telah menjadi bagian integral polis, sedangkan laporan survei tidak demikian halnya.

Polis

Dalam Pasal 255 KUHD, perjanjian asuransi harus dibuat secara tertulis dalam bentuk akta yang disebut polis. Selanjutnya Pasal 19 ayat (1) Peraturan Pemerintah No. 73 Tahun 1992 menentukan, Polis atau bentuk perjanjian dengan nama apapun, berikut lampiran yang merupakan satu kesatuan dengannya, tidak boleh mengandung kata, kata - kata atau kalimat yang dapat menimbulkan penafsiran yang berbeda mengenai risiko yang ditutup asuransinya, kewajiban penanggung dan kewajiban tertanggung, atau mempersulit tertanggung mengurus haknya.

Fungsi Polis

Berdasarkan ketentuan tersebut di muka, maka dapat diketahui bahwa polis berfungsi sebagai alat bukti tertulis yang menunjukkan telah terjadi perjanjian asuransi antara tertanggung dan penanggung. Polis sebagai alat bukti tertulis, maka isi yang tercantum dalam polis harus jelas, tidak boleh mengandung kata-kata atau kalimat yang memungkinkan perbedaan interpretasi, sehingga mempersulit penanggung dan tertanggung merealisasikan hak dan kewajiban mereka dalam pelaksanaan asuransi. Di samping itu polis juga memuat kesepakatan mengenai syarat-syarat khusus dan janji-janji khususnya yang menjadi dasar pemenuhan hak dan kewajiban untuk mencari tujuan asuransi. Misalnya pencantuman klausul

bank dalam perjanjian asuransi kebakaran, di mana pembayaran klaim diberikan kepada bank.

Unsur Penting Polis

Dalam polis asuransi terdapat 5 unsur penting, yaitu:

- Para pihak (penanggung dan tertanggung);
- Peralihan risiko. Misalnya pengalihan risiko kebakaran atas gedung beserta isinya.
- Premi. Misalnya di halaman muka polis disebutkan bahwa penanggung mengikatkan diri untuk menanggung tertanggung atas dasar pembayaran premi, karena pembayaran premi adalah dasar perikatan.
- Peristiwa yang tidak tentu (evenement). Misalnya dalam asuransi kecelakaan, terdapat berbagai bahaya-bahaya penyebab timbulnya kecelakaan yang dapat menjadi tanggungan penanggung. Penanggung menerima sebagai tanggung jawabnya semua kerugian yang ditimbulkan oleh terjadinya kecelakaan.
- Ganti rugi. Misalnya ketika timbul kerugian dalam asuransi kecelakaan, penanggung berkewajiban membayar klaim yang diajukan oleh tertanggung. Untuk memenuhi kewajibannya, penanggung perlu membuktikan apakah kecelakaan yang terjadi itu adalah sebab dari kerugian yang menjadi tanggung jawabnya.

Kesalahan tertanggung sendiri membuat ketentuan dalam pasal 276 KUHD, merupakan unsur yang membebaskan penanggung dari kewajiban membayar ganti kerugian. Menurut ketentuan pasal 276 KUHD;

“Tiada kerugian yang disebabkan oleh kesalahan tertanggung sendiri menjadi beban penanggung. Bahkan penanggung tetap memiliki atau menuntut pembayaran premi apabila dia telah mulai menjalani bahaya.”

Menurut van Oostveen, kesalahan itu hampir setaraf dengan kesengajaan. Kalau yang menjadi tertanggung adalah suatu perseroan terbatas (PT) maka yang menentukan sifatnya ialah kesalahan melampaui batas mereka yang dianggap sebagai alat PT sehingga jika terjadi kecelakaan karena kesalahan yang melampaui batas seseorang demikian, pemegang saham PT yang tidak bersalah dirugikan.

Prosedur pengajuan klaim biasanya sebagai berikut:

- Tindakan-tindakan yang harus segera dilakukan oleh tertanggung.

- Laporan klaim dan dokumentasi klaim;
- Perhitungan jumlah kerugian;
- Pembayaran klaim;
- Soal sisa barang;
- Sanksi terhadap laporan klaim palsu.

Isi Polis

Menurut ketentuan Pasal 256 KUHD, setiap polis kecuali mengenai asuransi jiwa, harus memuat syarat-syarat khusus berikut ini:

- Hari dan tanggal pembuatan perjanjian asuransi;
- Nama tertanggung, untuk diri sendiri atau pihak ketiga;
- Uraian yang jelas mengenai benda yang diasuransikan;
- Jumlah yang diasuransikan;
- Bahaya-bahaya/eventement yang ditanggung oleh penanggung;
- Saat bahaya/eventement mulai berjalan dan berakhir yang menjadi tanggungan penanggung;
- Premi asuransi;
- Pada umumnya, semua keadaan yang perlu diketahui oleh penanggung dan segala janji-janji khusus yang diadakan antara para pihak.

Klausul dan Jaminan.

Akad polis asuransi kebakaran biasanya terdiri dari:

- ada ketentuan perikatan;
- ada uraian perikatan;
- ada syarat-syarat umum yang dapat diamandemen dengan klausul; dan
- ada tanggal serta tanda tangan penanggung.

Klausul ialah persyaratan jenis kondisi mengenai hak dan kewajiban para pihak yang digunakan untuk menyesuaikan akad polis pada kebutuhan situasi. Di antaranya ada yang wajib digunakan untuk:

- Semua polis, terutama yang merupakan penegasan kaidah hukum yang memerlukan penekanan;
- Risiko tertentu saja;
- Digunakan jika dikehendaki.

Jika klausul dirumuskan sebagai jaminan tertanggung, maka klausul demikian dinamakan **jaminan (warranty)**. Klausul ini berisikan jaminan tertanggung bahwa:

- Keadaan dijamin pasti akan ada;
- Perbuatan dijamin pasti akan dilakukan oleh tertanggung;
- Dijamin pasti tak akan ia melakukan itu. Kalau dilanggar, maka asuransi batal.

Banyak klausul yang tercantum dalam polis dan dua di antara klausul-klausul tersebut adalah:

Klausul Pengetahuan Keadaan Risiko

Klausul pengetahuan keadaan risiko (bekenheids clause) cocok untuk risiko yang disurvei oleh penanggung sebelum ditutup asuransinya, tetapi tidak untuk risiko kecil yang biasanya ditutup asuransinya oleh penanggung tanpa survei.

Suatu perusahaan asuransi besar tidak selalu mengadakan survei risiko, karena tiap hari harus melayani banyak sekali risiko sehingga tidak akan mungkin melaksanakannya. Risiko besar, risiko berbahaya dan risiko industri saja yang biasanya disurvei. Survei demikian dapat dilakukan oleh staf teknik perusahaan sendiri ataupun perusahaan penyurvei (surveyors) atau penaksir ahli (appraisers) yang berdiri sendiri.

Dalam klausul ini, keterangan yang diberitahukan oleh tertanggung dianggap cukup dan lengkap, dan segala sesuatu mengenai benda yang diasuransikan dianggap telah diketahui oleh penanggung. Hanya terhadap pemberitahuan yang tidak benar maka klausul ini tidak berlaku karena yang diketahui penanggung berdasarkan pemberitahuan yang tidak benar tersebut, sebenarnya tidak akan ada. Klausul ini sering dipergunakan dalam asuransi kebakaran, misalnya dinyatakan dalam perjanjian asuransi bahwa sifat, susunan, konstruksi, letak dan pemakaian yang sekarang ada dari risiko itu telah kami (penanggung) ketahui dengan sempurna tercantum dalam polis.

Klausul Penyimpangan

Adalah masuk akal bilamana pasal 251 KUHD itu di dalam praktek pada umumnya dikesampingkan oleh pihak-pihak yang bersangkutan. Mereka dapat menjanjikan sebelumnya bahwa penanggung juga akan tetap terikat walaupun ada pemberitaan yang keliru atau penyembunyian dari keadaan-keadaan yang penting. Penyimpangan dari undang-undang ini dibolehkan dan terjadi dalam praktek, walaupun dalam batas-batas tertentu, dan inilah yang disebut **renuntiatie (penyimpangan)**. Ketentuan dalam pasal 251 KUHD selalu dicantumkan dalam polis-polis asuransi yang digunakan

dalam praktek di Indonesia. **Klausul penyimpangan (renuntiatie clause)** yang dapat memuat ketentuan pasal 251 KUHD dalam polis itu dapat dikesampingkan kecuali kalau hakim berpendapat, bahwa pasal itu harus diperlukan menurut kejujuran dan adat kebiasaan.

Penyimpangan ini ditegaskan oleh Dorhout Mees yang mengatakan bahwa:

“Hanya terhadap pemberitaan-pemberitaan yang tidak benarlah maka klausul ini tidak berlaku oleh karena apa yang dinyatakan diketahui oleh penanggung di dalam klausul itu tentulah berdasarkan pemberitaan-pemberitaan bertanggung yang tidak benar itu. Jadi yang sebenarnya tidak akan ada”.

Misalnya dalam polis dicantumkan, bahwa kami yang bertandatangan tidak akan menggugat dengan pasal 251 KUHD terhadap bertanggung, kecuali hakim yang disebut kemudian menetapkan bahwa untuk itu di dalam suatu hal, secara itikad baik dan menurut kebiasaan ada alasan-alasannya.

Fitur Kontrak Asuransi

Sebelum mendiskusikan komponen spesifik dari kontrak asuransi biaya medis, yang penting adalah mengerti alamiah umum dari kontrak apa yang membuat mereka terikat, bahasa hukum polis, dan jenis-jenis dasar dari kontrak.

Ikatan Kontrak

Semua kontrak membutuhkan elemen esensial tertentu untuk membuat para terikat menjadi suatu **ikatan kontrak (binding contract)**:

- **penawaran dan penerimaan (offer and acceptance),**
- **pertimbangan atau konsiderasi (consideration),**
- **kesepahaman (meeting of minds), dan**
- **kapasitas dari pihak-pihak untuk berkontrak (capacity to contract).**

Penawaran dan Penerimaan

Suatu ikatan kontrak memerlukan adanya dua hal yakni **penawaran dan penerimaan (offer and acceptance)**. Komponen pertama dalam membuat setiap kontrak terjadi ketika satu pihak menyampaikan kepada pihak lain suatu tawaran atau undangan untuk membuat penawaran. Jika tidak ada tindakan lebih lanjut yang diperlukan dari pihak yang membuat proposal awal, penawaran akan diperpanjang. Apabila diperlukan tindak

lanjut, proposal tersebut dianggap sebagai undangan kepada pihak lain untuk melakukan penawaran.

Aplikasi asuransi selalu bagian integral dari proses penawaran. Calon pemegang polis yang melengkapi aplikasi dan membayar premi yang disyaratkan telah membuat penawaran kepada penanggung di mana penanggung dapat menerima atau menolak. Jika premi tidak dibayar ketika aplikasi dilengkapi, pelamar tidak membuat penawaran kepada penanggung tetapi berarti mengundang penanggung untuk membuat penawaran.

Apabila penawaran telah dibuat, komponen kedua — penerimaan oleh pihak lain harus terjadi terbentuknya kontrak. Jika penanggung menolak penawaran tetapi membuat alternatif proposal (contoh: penanggung hanya menerima risiko pada tingkat premi yang tinggi atau dengan pengecualian pada polis), proposal alternatif dipertimbangkan sebagai penawaran lain. Di sini, Tidak terdapat ikatan kontrak kecuali pelamar menerima penawaran lain tersebut.

Jika calon pemegang polis membuat penawaran, kemudian penanggung menerima penawaran dan penanggung menyetujui pelamaran dan menerbitkan polis maka terjadi aplikasi. Jika penanggung membuat penawaran, penawaran tersebut akan menjadi bentuk dari polis. Calon pemegang polis akan menerima penawaran-penawaran dengan menerima duplikat polis dan membayar premi.

Pertimbangan

Istilah pertimbangan mengacu kepada apa yang diberikan atau dilepaskan oleh suatu pihak dalam rangka tukar-menukar untuk apa yang diberikan atau dilepas oleh pihak lain. Ini dapat termasuk rentang luas dari aktivitas atau janji yang harus dilakukan atau yang tidak dilakukan. Untuk validitas kontrak, pertimbangan harus saling ditukarkan kepada setiap pihak. Pertimbangan dari pelamar untuk asuransi adalah pernyataan yang dibuat pada aplikasi dan pembayaran premi yang sesuai. Pertimbangan penanggung adalah janjinya untuk membayar manfaat yang disediakan pada polis.

Kesepahaman

Kedua pihak yang membuat kontrak harus mencapai kesepahaman — perjanjian dan pengertian berkaitan dengan kewajiban dan hak yang tertera pada kontrak. Jika kedua belah pihak tidak mengerti istilah

perjanjian tersebut bukan karena kesalahan mereka, validitas kontrak dapat dipertanyakan.

Sebagai contoh jika penanggung tidak memberikan peluang yang adil untuk menilai risiko disebabkan informasi material yang salah pernyataan atau disembunyikan, penanggung mungkin dihadapkan pada validitas polis dan harus menghapusnya (pada bisnis asuransi penghapusan tersebut disebut **rescission**). Riwayat medis merupakan contoh utama dari pada informasi material, jika disembunyikan dapat menyebabkan **penghapusan (rescission)**. Peserta juga dihadapkan pada validitas kontrak dan harus membatalkan atau membuat modifikasi kontrak jika dia telah melakukan kontrak oleh karena kesalahan iklan dan misrepresentasi agen.

Kecakapan Melakukan Kontrak

Untuk membuat kontrak yang sah, kedua pihak harus mempunyai kemampuan atau cakap untuk mengerti tentang istilah-istilah kontrak. Tanpa kapasitas ini tidak dapat dicapai kesepakatan. Umumnya, seseorang yang mencapai umur dewasa (18 tahun pada seluruh negara bagian) mempunyai kapasitas legal untuk melakukan kontrak asuransi kesehatan. Hukum biasanya mempertimbangkan orang-orang di bawah umur sebagai kurang mampu untuk membuat kontrak kecuali untuk sejumlah item yang sangat terbatas dan sangat dibutuhkan dengan rujukan hukum. Asuransi kesehatan tidak masuk dalam kategori ini. Dengan demikian untuk setiap penanggung yang melakukan kontrak dengan orang di bawah umur menanggung risiko di mana yang bersangkutan dapat membatalkan kontrak tersebut pada saat mereka mencapai umur dewasa. Berapapun umurnya, orang-orang yang mempunyai kelemahan mental tidak mempunyai kapasitas untuk membuat kontrak kepada perusahaan.

Bahasa Polis

Polis asuransi kesehatan baik perorangan maupun kumpulan yang dijual harus menggunakan **bahasa polis (policy language)** yang disetujui oleh otoritas asuransi. Hampir seluruh negara bagian mewajibkan peraturan ini dan menetapkan polis asuransi harus memenuhi standar minimum keterbacaan polis. Tujuan dari pada hukum ini adalah untuk menyederhanakan bahasa dan format dari kontrak polis sehingga pelanggan umumnya dapat mengerti dokumen dengan baik.

Kontrak Adhesi

Kontrak asuransi merujuk pada **kontrak adhesi (contracts of adhesion)** yaitu kontrak yang ditawarkan dengan basis ambil atau tinggalkan (take-it-or-leave-it basis) oleh pihak yang mempunyai pengetahuan yang lebih kuat kepada pihak yang mempunyai keterbatasan sumber daya dan sedikit keahlian. Bahasa kontrak tradisional mempunyai kejelasan dan ketepatan arti melalui interpretasi waktu dan pengadilan. Dalam melakukan interpretasi bahasa kontrak asuransi, pengadilan harus mengenal pihak yang tidak mempunyai kesamaan kekuatan. Sebab itu umumnya kontrak asuransi ditafsirkan oleh pengadilan lebih menguntungkan kepada pemegang polis dan sering undang-undang lebih menguntungkan kepada pemegang polis bila terjadi ketidakjelasan.

Doctrine of Reasonable Expectations

Sejumlah pengadilan negara bagian tertentu, mengembangkan teori interpretasi kontrak yang disebut **Doktrin Ekspektasi Beralasan (Doctrine of Reasonable Expectations)**. Doktrin ini, diaplikasikan terutama untuk kontrak asuransi, berpegang bahwa bahasa yang terdapat dalam kontrak bukan merupakan faktor kontrol jika dalam situasi di mana pemegang polis berharap sesuatu yang berbeda dari apa yang tertulis dalam kontrak. Jika pengadilan mempertimbangkan bahwa ekspektasi pemegang polis lebih beralasan dan dengan konklusi terjadi ketidakjelasan dalam pengertian kontrak maka keputusan pengadilan lebih berpihak kepada pemegang polis.

Tipe Kontrak

Ada sejumlah fitur dari kontrak asuransi kesehatan yang merujuk pada kondisi pihak yang terlibat. Kondisi kontrak dapat unilateral, kondisional dan aleatory.

Kontrak Unilateral

Kontrak unilateral atau kontrak sepihak (unilateral contract) adalah apabila hanya satu pihak yang terlibat kontrak membuat janji-janji. Pada kontrak asuransi pemegang polis tidak membuat janji untuk melakukan atau membayar sesuatu. Polis aktif jika peserta membayar premi pada waktunya, tetapi mereka tidak berjanji untuk melakukan itu. Polis akan berhenti jika premi tidak dibayar pada waktunya tetapi penanggung tidak dapat menuntut pemegang polis untuk kegagalan memenuhi kontrak.

Kontrak asuransi adalah satu sisi di mana penanggung secara hukum diharuskan melaksanakan janji-janjinya, tetapi tidak pada pemegang polis.

Kontrak Kondisional

Kontrak kondisional (conditional contract) mewajibkan kepada penanggung untuk membayar benefit yang disediakan kepada pemegang polis apabila sesuatu terjadi padanya. Kinerja (performance) kontrak adalah kondisional tergantung kepada kejadian yang dijamin risikonya.

Kontrak Aleatory

Pada **kontrak aleatory (aleatory contract)** pada satu pihak akan mungkin mendapatkan keuntungan secara finansial yang besar dibandingkan pihak lain tergantung daripada kejadian yang terjadi di masa depan. Sebagai contoh pada polis disabilitas pendapatan peserta yang mendapatkan kecelakaan serius setelah membayar premi sekali dan menjadi berhak mendapatkan manfaat disabilitas pendapatan dan penghilangan pembayaran premi untuk bertahun-tahun.

Aplikasi Polis Asuransi Biaya Medis

Aplikasi polis asuransi biaya medis menyediakan informasi yang kritis untuk identifikasi risiko dan underwriting secara baik. Ada perbedaan-perbedaan informasi yang disediakan untuk kumpulan dan perorangan asuransi biaya medis.

Aplikasi Asuransi Biaya Medis Kumpulan

Aplikasi asuransi biaya medis kumpulan dapat menggunakan aplikasi formulir panjang atau pendek. Formulir panjang memperlihatkan rincian dari eligibilitas karyawan sebagaimana juga tipe dan besaran dari pada manfaat. Ini memberikan kepada underwriter informasi yang dibutuhkan untuk menilai kelompok dan memberikan program manfaat yang diharapkan. Bila formulir pendek yang digunakan, rincian informasi tentang program baru biasanya diberikan kepada underwriter oleh petugas lapangan pada kertas kerja yang lengkap.

Pada kasus lain pemegang polis menerima aplikasi final polis. Aplikasi ini menyatakan bahwa polis telah disetujui oleh penanggung dan istilah-istilahnya diterima oleh pemegang polis, Penandatanganan polis oleh pemegang polis menjadi bagian daripada suatu kontrak.

Apapun bentuk dari aplikasi - formulir panjang atau pendek - penanggung harus memberikan persetujuan.

Agen tidak dapat meloloskan penerimaan asuransi atau modifikasi atau memperluas isu kontrak. Polis asuransi menjadi efektif bila kantor pusat penanggung menyetujui aplikasi dan seluruh hukum yang dibutuhkan telah dipenuhi. Asuransi kumpulan juga mewajibkan minimum jumlah atau persentase dari pendaftaran dari orang-orang yang sesuai dari kelompok pelamar untuk menyebar risiko ke seluruh populasi dan mencegah terjadinya adverse seleksi

Aplikasi Asuransi Biaya Medis Perorangan

Aplikasi asuransi biaya medis perorangan mempunyai 3 bagian aplikasi:

- **Bagian pertama.** Mengidentifikasi nama, alamat, dan tanggal lahir pelamar yang mengajukan perlindungan.
- **Bagian Kedua.** Berisi informasi tentang manfaat yang diharapkan termasuk tipe polis, besaran dan lama dari manfaat.
- **Bagian Ketiga.** Berisi informasi penting untuk underwriting terutama yang berkaitan dengan riwayat kesehatan masa lalu. Bagian ini juga memberikan informasi tentang manfaat asuransi lain yang aktif, pekerjaan dan penghasilan, dan faktor lain yang menonjol yang menimbulkan risiko.

Penanggung dapat berharap pelamar mengetahui bila mereka konsultasi ke dokter terakhir atau apakah mereka pernah mendapatkan informasi mempunyai penyakit spesifik. Pertanyaan lain mungkin tidak dapat dijawab secara tepat, tapi jawaban diberikan berdasarkan fakta dengan pengetahuan yang paling baik dari peserta.

Penanggung dapat membatalkan asuransi jika informasi yang disampaikan tidak akurat atau tidak lengkap. Jika jawaban pada aplikasi membingungkan atau tidak lengkap maka diperlukan informasi lebih lanjut, yang merupakan tanggung jawab penanggung untuk melakukan underwriting sebelum polis diterbitkan.

Aplikasi mengandung pernyataan tentang pengetahuan dan keyakinan yang diberikan oleh pelamar. Umumnya, ketentuan menyatakan asuransi menjadi efektif bila premi "pertama dibayar dan polis disampaikan kepada peserta. Ini juga dapat termasuk pernyataan bahwa manfaat bisa menjadi tidak efektif kecuali pelamar dalam kesehatan yang baik ketika polis disampaikan.

Agen yang menandatangani formulir aplikasi yang bertindak sebagai saksi bertujuan untuk memverifikasi bahwa terjadi penandatanganan aplikasi oleh pelamar dan untuk memenuhi perundang-undangan yang berlaku pada negara bagian tertentu.

Karakteristik Kontrak Asuransi Biaya Medis Kumpulan

Karakteristik kontrak asuransi biaya medis kumpulan merupakan polis utama antara penanggung dan pemegang polis yang menguraikan tidak saja tentang manfaat dari paket asuransi kumpulan tetapi juga tentang istilah dan kondisi pelayanan yang disediakan. Kontrak adalah representasi persetujuan bersama kepada istilah dan kondisi yang disepakati oleh kedua belah pihak — penanggung dan pemegang polis. Kontrak dibuat berdasarkan niat baik hubungan bisnis.

Kontrak menjelaskan secara tepat deskripsi manfaat, kontrak dinilai oleh pemegang polis dan bilamana diperlukan disampaikan kepada departemen asuransi untuk melakukan penilaian dan menerima persetujuan dalam periode waktu tertentu.

Istilah dan Kondisi

Kondisi dan istilah tertentu yang membentuk polis kumpulan termasuk:

- Tipe dan tingkat dari manfaat yang tersedia untuk setiap peserta pada kelompok
- Persyaratan anggota kelompok harus dipenuhi untuk menjadi peserta
- Provisi yang berkaitan dengan klaim, administrasi dan aspek legal
- Kondisi yang memungkinkan manfaat dihentikan
- Manfaat yang mungkin tersedia kepada peserta setelah manfaat dihentikan

Format Penerbitan Polis

Kombinasi Polis yang menjamin seluruh pelayanan kesehatan dalam satu kontrak, paket manfaat dapat berupa biaya medis, disabilitas, kematian karena kecelakaan, kehilangan anggota badan dan manfaat lainnya. Metode ini mencegah terjadi duplikasi provisi polis yang mungkin bisa terjadi bila dilakukan multiple kontrak asuransi kesehatan.

Alternatifnya, penanggung dapat mengeluarkan polis terpisah untuk setiap manfaat produk utama. Definisi dari produk utama berbeda dalam

beberapa hal di antara perusahaan asuransi, tetapi ini biasanya berupa asuransi medis kumpulan, asuransi dental, asuransi jiwa, asuransi kematian akibat kecelakaan dan kehilangan anggota badan, jangka pendek dan jangka panjang asuransi disabilitas penghasilan, asuransi pelayanan jangka panjang.

Asuransi suplemen medis utama biasanya tertulis sebagai bagian dari polis biaya rumah sakit. Tetapi ini dapat tertulis sebagai polis terpisah bila manfaat kesehatan dasar disediakan oleh penanggung. Asuransi dental mungkin ditulis sebagai polis terpisah yang ditawarkan sebagai manfaat suplemen di bawah paket medis utama.

Revisi Kontrak

Pemegang polis sering meminta untuk merevisi tipe atau tingkat manfaat dari paket mereka dan mungkin hendak merubah dengan provisi lain. Efek dari perubahan ini, penanggung menggunakan Polis rider yang menjelaskan perubahan pada polis asuransi kumpulan.

Pemegang polis kemudian mensahkan revisi polis yang dijelaskan rider dengan menandatangani dan mengembalikan kontrak kepada penanggung. Sejumlah penanggung dapat menerbitkan kontrak amandemen yang tidak membutuhkan persyaratan penerimaan pemegang polis (tanda tangan) sepanjang revisi tidak mengurangi manfaat yang diterima pemegang polis.

Provisi Kontrak Asuransi Biaya Medis Kumpulan

Kontrak asuransi biaya medis kumpulan berisi sejumlah definisi spesifik dan provisi. Sejumlah provisi adalah umum; adapun bentuk provisi lain dapat diterapkan kepada pemegang polis atau seseorang yang dijamin di bawah kontrak.

Definisi

Sebagai mana setiap kontrak, istilah yang digunakan pada polis kumpulan seharusnya mudah dimengerti. Untuk mencapai tujuan ini, polis mendefinisikan kata kunci dan istilah yang digunakan. Tanpa definisi dapat terjadi ketidaksetujuan terhadap kondisi pengobatan atau kesakitan. Orang yang dijamin terikat oleh pengertiannya sendiri terhadap istilah-istilah tersebut kecuali definisi tampil secara jelas pada kontrak.

Oleh karena faktor undang-undang dan keputusan pengadilan, perusahaan asuransi berusaha untuk menyediakan manfaat yang lebih liberal. Hal ini menyebabkan terjadinya perubahan yang terus-menerus pada definisi istilah kontrak. Sebagai contoh definisi dokter aslinya adalah profesional yang mempunyai lisensi untuk praktek kedokteran dan bedah. Sekarang telah dikembangkan kepada mereka yang berpraktek kedokteran lain yang berlisensi seperti Psikolog dan Chiropractors.

Definisi dari anggota keluarga sedikit bervariasi di antara perusahaan asuransi. Anggota keluarga biasanya didefinisikan sebagai berikut:

- Pasangan pegawai yang tidak berpisah secara legal dan pasangan tidak sedang aktif berdinis pada angkatan bersenjata atau angkatan laut,
- Anak pegawai yang belum menikah (termasuk anak angkat) yang bergantung kepada dukungan orang tua yaitu anak di bawah 19 tahun, atau lebih 19 tahun tetapi kurang dari 23 tahun (dalam beberapa kasus sampai umur 26) dan terdaftar sebagai mahasiswa reguler penuh waktu dan anak yang tidak punya kapasitas untuk bekerja sendiri disebabkan oleh kemunduran mental atau cacat fisik.

Provisi Umum

Sebagai tambahan pada definisi, sejumlah provisi umum tampak pada kontrak asuransi biaya medis kumpulan.

Kontrak keseluruhan

Polis dan aplikasi peserta adalah **kontrak keseluruhan (entire contract)** yang tidak terpisahkan antara pemegang polis dengan penanggung. Pernyataan pada aplikasi yang dibuat oleh pemegang polis dan setiap orang yang dijamin yang dipertimbangkan sebagai representasi. Ini berarti pernyataan dibuat sebelum polis diterbitkan dan bersandar pada penentuan dan bentuk penerbitan polis. Tidak ada pernyataan yang dibuat oleh pemegang polis dapat digunakan untuk melawan validitas kontrak (pada proses pengadilan) yang disebabkan oleh misrepresentasi pada aplikasi kecuali duplikat aplikasi itu telah diserahkan kepada orang tersebut atau ahli warisnya.

Validitas Pernyataan

Ada sejumlah kondisi di mana kesalahan pernyataan terjadi pada polis asuransi biaya medis kumpulan. Penanggung telah menegakkan metode untuk menangani kesalahan pernyataan ini.

Kesalahan pernyataan tentang umur. Jika umur peserta pada polis kumpulan terjadi kesalahan pernyataan dan sebagai akibatnya orang tersebut dijamin tidak sesuai dengan paket yang disediakan untuk orang tersebut. Personil asuransi memperbaiki kesalahan tersebut dan premi juga disesuaikan.

Kesalahan juru tulis (Clerical). Jika terjadi kesalahan atau kelalaian pada administrasi polis kumpulan, personil asuransi harus mempertimbangkan bayar dan besaran kesalahan walaupun kegagalan pemegang polis untuk melaporkan terminasi tidak menyebabkan kepada keberlangsungan manfaat asuransi pada individu tersebut.

Pemeliharaan Catatan (Record keeping)

Penanggung dan pemegang polis, tergantung pada tipe administrasi menyetujui untuk memelihara pencatatan seluruh pemegang polis, termasuk informasi seperti nama, umur, jumlah asuransi, dan tanggal efektif asuransi.

Catatan, Bukti kerugian dan klaim pembayaran

Undang-undang asuransi kesehatan pada sejumlah negara bagian mewajibkan bahwa penanggung memasukkan provisi tentang klaim pembayaran di dalam seluruh polis asuransi kesehatan. Provisi ini umumnya diterapkan untuk:

- Batas waktu untuk menyampaikan catatan klaim pada perusahaan asuransi, biasanya 20 hari setelah tanggal kerugian
- Batas waktu untuk menyampaikan bukti kerugian biasanya 90 hari.
- Waktu di mana perusahaan asuransi harus melakukan pembayaran biasanya setelah 60 hari bukti kerugian diterima

Pengalihan Manfaat

Polis biaya medis biasanya menyatakan bahwa tidak ada pengalihan manfaat yang mengikat penanggung kecuali tertulis dan telah disampaikan ke kantor pusat. Meskipun manfaat medis kumpulan normalnya dibayarkan langsung kepada pemegang polis, sebagian besar kontrak dapat membayarkan manfaat langsung kepada penyedia pelayanan kesehatan (PPK). Walau tidak terdapat spesifik kontrak provisi **pengalihan manfaat (assignment of benefit)**, biasanya ada persetujuan yang diisi oleh pemegang polis pada aplikasi permohonan sehingga manfaat dapat dibayarkan langsung ke PPK.

Provisi lainnya

Kontrak kumpulan berisi provisi yang berhubungan dengan manfaat pembayaran, jika pemegang polis di bawah umur, atau jika pemegang polis meninggal di mana sejumlah manfaat belum dibayar. **Assignment of benefit** (manfaat yang dibayarkan langsung kepada pemegang polis) biasanya dibayarkan kepada pasangannya yang hidup, kepada anaknya, atau administrator otoritas asuransi.

Provisi Berhubungan dengan Pemegang Polis

Kontrak kumpulan memasukkan provisi yang berhubungan secara spesifik kepada pemegang polis.

Tanggal Efektif

Tanggal efektif (effective date) kontrak kumpulan ditegakkan dengan perjanjian antara pemegang polis dan penanggung. Biasanya tanggal ini tampak pada halaman muka polis dan diterapkan untuk semua seksi dari polis. Kecuali ada spesial pengaturan di mana satu atau lebih manfaat menjadi efektif pada tanggal kemudian. Asuransi kumpulan yang ditransfer dari satu penanggung kepada yang lain, tanggal efektif dari kontrak yang baru segera setelah terjadi terminasi tanggal dari penanggung sebelumnya. Sejak tanggal tersebut pemegang polis mendapat manfaat apabila terjadi transfer.

Informasi Wajib bagi Pemegang Polis

Di bawah kontrak pemegang polis diwajibkan untuk melengkapi informasi tertentu berkaitan yang bersangkutan menjadi peserta atau perubahan klasifikasi atau status yang mengikat pada besaran manfaat asuransi

Pembayaran Premi

Frekuensi pembayaran premi dinyatakan pada kontrak. Hampir semua pemegang polis kumpulan membayar premi secara bulanan; beberapa membayar tahunan, semesteran, atau kuartalan. Tingkat premi yang diperbarui (renewal) tidak menjadi bagian dari polis; kecuali ada surat atau bentuk catatan lain yang digunakan untuk menghitung premi awal. Pada waktu perpanjangan, penanggung umumnya menghilangkan tingkat premi dalam polis; kecuali mereka menggunakan surat atau bentuk catatan lain untuk menjelaskan pembaruan tingkat premi.

Hampir semua polis memberikan garansi tingkat premi awal untuk 12 bulan, kecuali isi polis berubah. Jarang tingkat premi digaransi untuk selama 3 bulan atau sepanjang 2 atau 3 tahun.

Setelah periode garansi awal, tingkat premi mungkin berubah pada suatu periode tertentu. Prakteknya bervariasi, tetapi tingkat premi secara spesifik dapat berubah:

- Pada premi jatuh tempo, penanggung memberikan informasi kepada pemegang polis sedikitnya 31 hari sebelum jatuh tempo atau
- Bila isi polis berubah

Masa Tenggang

Kontrak kumpulan memberikan **masa tenggang (grace period)** yang umumnya 31 hari setelah tanggal jatuh tempo, di mana pada periode ini pemegang polis dapat membayar premi melewati batas tempo tanpa dikenakan penalti atau denda. Pada periode ini manfaat tetap berjalan kecuali pemegang polis memberikan catatan pemutusan kontrak kepada penanggung. Jika pada akhir masa tenggang premi belum dibayar juga, maka kontrak putus. Disebabkan manfaat tetap berlaku dan penanggung berkewajiban terhadap klaim selama masa tenggang, maka pemegang polis berkewajiban untuk membayar polis pada periode itu.

Pengembalian Premi Berdasar Pengalaman

Kontrak dapat mempunyai spesifik provisi untuk mengembalikan sebagian premi kepada pemegang polis dalam bentuk **experience refunds** yang ditentukan pada tanggal ulang tahun polis jika kontrak aktif dan premi dibayar. Pemegang polis yang mentransfer paket kelompoknya kepada penanggung lain pada tanggal yang bukan ulang tahunnya mungkin juga dapat mendapatkan pengembalian dana dari penanggung terdahulu. Pengembalian premi tersebut dapat tunai, atau dalam bentuk deposit pada penanggung.

Otoritas untuk Merubah Kontrak

Provisi polis dimodifikasi hanya dengan persetujuan antara pemegang polis dan penanggung. Agen atau perwakilan asuransi lainnya tidak berhak untuk melakukan perubahan pada kontrak provisi. Kontrak yang dirancang spesifik hanya dapat diubah oleh orang yang mempunyai otoritas yaitu personil perusahaan asuransi.

Hak Terminasi

Pemegang polis dapat menghentikan polisnya pada setiap tempo pembayaran premi dengan memberikan catatan tertulis 31 hari sebelumnya kepada penanggung. Di AS, HIPA 1996 mewajibkan penanggung untuk memperbarui seluruh kontrak biaya medis kumpulan. Penanggung mempunyai hak untuk terminasi kontrak untuk manfaat kumpulan dibatasi oleh kondisi berikut. kecurangan atau misrepresentasi, pelanggaran keharusan partisipasi atau kontribusi minimum. Untuk kelompok perusahaan keharusan partisipasi bisa dinyatakan pada kontrak sebagai persentase dari seluruh pegawai yang dapat mengikuti program asuransi kesehatan seperti 75% atau minimum jumlah tertentu seperti 10 pegawai atau keduanya. Untuk asosiasi atau program kumpulan union atau serikat pekerja perbedaan keharusan partisipasi dapat diterapkan. Minimum keharusan 10 peserta bukan merupakan hal biasa. Program jaringan diizinkan untuk tidak memperbarui atau menghentikan pertanggung jika tidak terdapat peserta dari kelompok yang tinggal atau pekerja di daerah kerja penanggung. Sebagai tambahan, penanggung dapat diizinkan untuk menghentikan manfaat (ada ketentuan tertentu) jika dia menarik manfaat tipe tertentu. Penanggung diizinkan untuk tidak memperbarui pada kasus premi tidak dibayar.

Provisi Berhubungan dengan Tertanggung

Kontrak kumpulan memasukkan provisi yang spesifik kepada peserta atau tertanggung.

Eligibilitas

Definisi orang yang berhak atau memiliki **eligibilitas (eligibility)** bervariasi tergantung apakah kelompok perusahaan atau sejumlah entitas lainnya sebagai pemegang polis. Tanggal seseorang menjadi **berhak (eligible)** mendapat manfaat biasanya setelah tanggal efektif dari paket atau hari pertama setelah selesainya waktu percobaan.

Tanggal Efektif Manfaat

Aturan yang menentukan tanggal efektif manfaat bervariasi tergantung apakah orang yang dijamin berkontribusi pada sebagian premi. Bila pemegang polis (perusahaan) membayar penuh biaya paket kumpulan, permintaan manfaat tidaklah penting, tetapi calon peserta diminta untuk melengkapi kartu pendaftaran untuk tujuan pencatatan. Manfaat otomatis mulai pada tanggal eligibilitas personil. Bila personil berkontribusi, orang yang eligible untuk manfaat melengkapi kartu pendaftaran disertai

otorisasi pemotongan gaji. Ini metode yang umum yang digunakan oleh perusahaan untuk mengumpulkan kontribusi dari pegawai.

Manfaat

Kontrak memasukkan **provisi manfaat (benefit provision)** yang menjelaskan sepenuhnya kondisi dan tingkat manfaat dan juga batasan dari manfaat. Jumlah dan tipe provisi ini tergantung pada paket yang dibeli pemegang polis.

Kondisi yang Sudah Ada Sebelumnya

Paket biaya medis dapat berisi provisi **kondisi yang sudah ada sebelumnya (pre-existing condition)**. Paket ini mengeluarkan atau membatasi manfaat kecelakaan atau kesakitan yang sudah exist dalam waktu yang spesifik seperti contoh 3 atau 6 bulan sebelum orang yang bersangkutan menjadi peserta asuransi. Paket kumpulan mungkin meng-cover kondisi pre-existing dengan basis yang sama pada peserta perorangan untuk suatu waktu tertentu atau memenuhi kriteria lain.

Prakteknya penanggung menentukan besar kelompok dan tipe manfaat yang menerapkan kondisi pre-existing. Banyak negara bagian di Amerika Serikat (AS) membatasi aplikasi provisi kondisi pre-existing pada manfaat kelompok kecil dan perorangan. HIPA 1996 mengurangi dampak dari kondisi pre-existing pada peserta. Di bawah peraturan baru pengecualian sampai 12 bulan hanya dapat dilakukan sekali saja. Bila peserta pindah program asuransi mereka mendapatkan pengecualian manfaat terhadap kondisi pre-existing yang baru.

Koordinasi manfaat

Dalam banyak keluarga suami dan istri bekerja. Juga terjadi peningkatan jumlah orang yang dijamin lebih dari satu paket asuransi kesehatan. Jika klaim diajukan dengan 2 paket untuk masalah kesehatan yang sama, ini memungkinkan total manfaat dapat melebihi pengeluaran yang terjadi. Situasi ini memberikan kesempatan kepada peserta untuk mendapatkan keuntungan yang berefek kepada over utilisasi pelayanan dan meningkatkan premi asuransi kesehatan.

Memasukkan provisi **koordinasi manfaat (coordination of benefit, COB)** mencegah terjadinya over pembayaran. Provisi ini, umumnya pada polis kumpulan yang mempunyai lebih dari satu paket asuransi. Total pembayaran manfaat tidak melebihi dan mungkin kurang dari total

pengeluaran. Untuk informasi lebih lanjut tentang koordinasi benefit lihat bab 3 tentang klaim administrasi dan examinasi asuransi Fundamental bagian B.

Klausul Mengasuransikan

Ketentuan mengasuransikan (insuring clause) mewajibkan bahwa penanggung menyetujui untuk membayar manfaat yang dijelaskan di dalam polis untuk setiap individu yang dijamin dan kepada siapa manfaat diberikan sesuai dengan ketentuan polis. Ketentuan ini juga menentukan bahwa pembuktian kerugian harus disampaikan kepada penanggung sebelum pembayaran dilakukan.

Klausul Pemutusan Asuransi Perorangan

Klausul pemutusan (termination clause) asuransi perorangan bervariasi tergantung pada tipe kelompok dan manfaat. Provisi terminasi yang paling umum berdasarkan pada kondisi status pekerjaan dari personil. Provisi ini memutuskan manfaat bila:

- Terminasi tanggal polis kumpulan
- Pada tanggal polis diubah untuk pemutusan eligibilitas klasifikasi personil yang dimilikinya
- Pada akhir periode pembayaran premi untuk pegawai yang bersangkutan
- Pada tanggal penghentian status kepegawaian atau
- Pada tanggal pegawai ditransfer keluar dari klasifikasi eligibilitas untuk manfaat

Pada union atau kelompok asosiasi pemutusan manfaat bila keanggotaan putus. Asuransi kesehatan anggota keluarga putus bila pegawai yang dijamin tidak lagi mempunyai eligibilitas anggota keluarga. Manfaat anggota keluarga berhenti lebih dahulu jika asuransi tertanggung atau karyawan berhenti atau untuk anggota keluarga tertentu jika orang tersebut tidak lagi memenuhi definisi dari eligibilitas anggota keluarga pada polis.

Kelangsungan Manfaat

Di bawah COBRA 1985, perusahaan yang mempunyai 20 atau lebih pegawai diwajibkan untuk memasukkan dalam paket manfaat kesehatan mereka; hak personil untuk **kelangsungan manfaat (coverage continuation)** kesehatan selama 18 bulan disebabkan oleh terminasi atau pengurangan jam kerja. Kelangsungan manfaat dibayar oleh tertanggung.

Hak ini juga berlaku untuk pasangan dan anggota keluarga dari personil, janda, atau pegawai yang menjadi eligible untuk Medicare. Anak-anak juga dapat melangsungkan manfaat jika eligibilitas mereka sebagai anggota keluarga putus. Kelangsungan manfaat anggota keluarga sampai 36 bulan.

Federal Family and Medicare Leave Act of 1993, mencantumkan personil yang memenuhi syarat untuk mendapatkan cuti dalam 12 minggu tanpa dibayar pada periode 12 bulan untuk alasan-atasan sebagai berikut:

- Melahirkan bayi atau adopsi anak atau pelayanan yang intensif
- Merawat anak, pasangan atau orang tua yang mempunyai kondisi kesehatan yang serius
- Kondisi kesehatan dari pegawai yang serius yang mengganggu kinerjanya

Perusahaan wajib untuk menjaga keanggotaan paket kumpulan untuk setiap personil yang cuti karena alasan keluarga atau kesehatannya.

Hak Istimewa Konversi

Hak istimewa konversi (conversion privilege) merupakan hak yang diberikan kepada peserta kumpulan untuk melanjutkan dan menyesuaikan manfaat jaminan yang mengizinkan tertanggung (karyawan) dan anggota keluarganya untuk melanjutkan proteksi asuransinya dengan polis perorangan atau kumpulan jika jaminan atau manfaat di bawah polis biaya medis berakhir ketika:

- Pegawai memutuskan kepegawaian pada klasifikasi personil yang dijamin di bawah polis kumpulan
- Polis diubah untuk memutuskan manfaat pada klasifikasi di mana personnel berada
- Polis kumpulan berakhir atau
- Anak mencapai umur limitasi
- Conversion privilege asuransi medis tersedia untuk peserta:
- Peserta yang telah dijamin dalam kontrak biaya medis kumpulan minimal 3 bulan
- Peserta yang memutuskan keanggotaan kelompok dan tidak eligible untuk manfaat yang sama dari pada paket kumpulan lain

Walau **bukti kelayakan asuransi (evidence of insurability)** tidak dibutuhkan, orang yang bersangkutan biasanya harus melamar secara tertulis dan membayar premi pertama dari terminasi manfaat kumpulan. Mereka yang secara sukarela memutuskan jaminan asuransinya ketika

masih menjadi pegawai tidak eligible untuk merubah jaminan. Di bawah undang-undang negara bagian di AS, hak konversi dibutuhkan hanya pada penerbitan pelamaran jaminan kelangsungan.

Karakteristik Polis Asuransi Kesehatan Perorangan

NAIC telah mengembangkan 4 model hukum yang berhubungan dengan polis asuransi kesehatan perorangan. Model ini ditegakkan untuk memberikan pedoman kepada setiap negara bagian yang mengembangkan hukum asuransi sendiri, walaupun model ini bukan suatu kewajiban.

- **Pedoman resmi untuk pengajuan, pemberkasan dan persetujuan kontrak kesehatan dan kecelakaan** menetapkan standar bahasa polis, besaran tipe, provisi pengecualian dan pembatasan
- **Uniform Policy Provision Law (UPPL)** menentukan mandatory dan provisi opsional untuk digunakan pada formulir seluruh asuransi kesehatan.
- **Individual Accident and Sickness Insurance Minimum Standards Act** merancang sejumlah kategori untuk bentuk cakupan dasar, dengan tingkat manfaat minimum yang diharuskan untuk setiap level
- **Model Life and Health Insurance Policy Language** menegakkan standar yang berkaitan dengan kejelasan bahasa (readability)

Walaupun dengan model hukum ini masih terdapat variasi substansial pada struktur dan kata-kata provisi polis yang digunakan oleh perusahaan asuransi untuk asuransi perorangan.

Provisi Kontrak Asuransi Biaya Medis Perorangan

Kontrak asuransi biaya medis perorangan berisi sejumlah provisi dasar. Walaupun sejumlah provisi sama dengan provisi asuransi biaya medis kumpulan, disini dijelaskan ulang untuk memberikan pengertian yang baik secara penuh kepada pembaca tentang kontrak asuransi biaya kesehatan perorangan.

Provisi Dasar

Ketentuan Mengasuransikan

Ketentuan insuring mewajibkan bahwa penanggung menyetujui untuk membayar manfaat yang dijabarkan di dalam polis untuk setiap individu

yang dijamin dan kepada siapa benefit diberikan sesuai dengan ketentuan polis. Ketentuan ini juga menentukan bahwa pembuktian kerugian harus disampaikan kepada penanggung sebelum pembayaran dilakukan.

Ketentuan konsiderasi

Pada ketentuan konsiderasi penanggung menyatakan penerbitan polis dengan mempertimbangkan aplikasi dan pembayaran premi pertama harus dilakukan sebelum diserahkannya polis.

Catatan hak menilai

Catatan hak untuk menilai polis dan mengembalikannya harus tampak pada halaman muka polis. ini juga dikenal dengan 10 hari provisi bebas periksa (**free look**),

Provisi Pembaruan atau Perpanjangan

Umumnya hampir semua polis biaya medis diperbarui untuk waktu tertentu di bawah kondisi tertentu (sebaliknya, polis kecelakaan dan asuransi kesehatan lainnya dirancang untuk meng-cover situasi risiko jangka pendek dan diterbitkan untuk batas waktu tertentu dan berakhir pada batas waktu tersebut). Pengaturan pembaruan bervariasi menurut apakah polis diterbitkan sebagai **noncancellable, guaranteed renewable, nonrenewable for stated reasons only**, atau **optionally renewable**.

Penerbitan polis pada atau setelah 1 Juli 1997, HIPAA 1996 mewajibkan hampir semua polis biaya medis perorangan untuk **guaranteed renewable** sebagai opsi dari pemegang polis perorangan. Nonrenewal diizinkan hanya pada situasi spesial seperti premi tidak dibayar, kecurangan atau misrepresentasi atau keputusan penanggung untuk keluar dari pasar. Untuk polis yang tidak terkena oleh aturan HIPAA pengaturan pembaruan yang biasanya tetap tersedia.

Noncancellable. Polis **noncancellable (tidak dapat dibatalkan)** memberikan peserta hak untuk melanjutkan asuransi dengan pembayaran premi yang tepat waktu sampai minimal berumur 50 tahun atau pada kasus yang diterbitkan setelah berumur 44 tahun, sedikitnya 5 tahun dari tanggal penerbitan polis. Penanggung tidak mempunyai hak untuk membuat perubahan sepihak pada setiap provisi polis ketika polis dalam keadaan berlaku (in-force)

Dengan kata lain dengan polis **noncancellable** penanggung tidak dapat membatalkan, menolak untuk memperbarui atau meningkatkan tingkat

premi yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang sudah ditentukan pada polis yang berlaku pada periode waktu tertentu, bila peserta membayar premi secara tepat waktu.

Guaranteed Renewable. Definisi untuk **guaranteed renewable (dijamin dapat diperbarui)** sama seperti paket noncancellable kecuali penanggung mungkin membuat perubahan klasifikasi tingkat premi. Klasifikasi di sini berarti kategori luas seperti umur, atau pekerjaan sehingga menghilangkan kemungkinan kenaikan premi pada basis perorangan.

Nonrenewable for stated reasons only. Polis ini berada di antara guaranteed renewable dan optionally renewable. Penanggung dibatasi haknya untuk tidak memperbarui setiap polis perorangan tertentu. Polis mungkin tidak diperbarui hanya di bawah kondisi tertentu seperti:

- Bila peserta mencapai umur/usia tertentu
- Bila peserta berhenti sebagai pegawai atau
- Bila penanggung menolak untuk memberi seluruh polis yang mengikat sejumlah bentuk formulir polis perorangan.

Bentuk provisi yang dapat diperbarui tidak melindungi peserta sebagaimana provisi guaranteed renewable, tetapi ini lebih protektif dibandingkan dengan polis yang renewable option-nya pada penanggung.

Optionally renewable. Asuransi optional renewable memberikan paling minimal security kelanjutan manfaat asuransi kesehatan kepada peserta. Ini hanya renewable sesuai dengan perhatian penanggung di mana penanggung mempunyai hak unilateral untuk menolak renewal pada akhir periode premi dibayarkan. Dalam kondisi dan situasi nonrenewal, penanggung dapat menentukan kondisi yang harus dipenuhi sebelum disepakati untuk memperbarui kembali polis. Kondisi itu dapat memasukkan perubahan polis untuk menghilangkan manfaat pada kerugian tipe tertentu, penghilangan manfaat untuk tumbukan (injury) pada bagian tubuh, atau membatasi tingkat manfaat pada kejadian-kejadian tertentu.

Pembatalan vs Nonrenewal. Pembatalan berbeda dengan nonrenewal (tidak dapat diperbarui kembali). Renewal mungkin terjadi hanya pada premi jatuh tempo; pembatalan dapat terjadi setiap waktu selama periode manfaat yang disertai pemberitahuan terlebih dahulu. Sejumlah negara bagian di AS melarang provisi pembatalan, tetapi provisi ini hakekatnya jarang digunakan.

Eligibilitas anggota keluarga

Uniform Policy Provision Law (UPPL) memberikan secara spesifik untuk bentuk formulir asuransi keluarga. Ini dibuat sehingga manfaat dapat dijangkau oleh "seluruh anggota yang eligible dari keluarga termasuk suami, istri, anak dan setiap orang lain sebagai anggota keluarga yang dijamin". Ini lebih jauh memberikan kepada setiap anak di bawah umur tertentu (19 tahun) dapat dimasukkan tanpa memenuhi tes ketergantungan. Anak-anak yang melewati usia tertentu harus membuktikan ketergantungan sebagai anggota keluarga pemegang polis. Ketika polis diterbitkan bayi yang baru lahir otomatis dijamin.

Provisi eligibilitas umumnya memasukkan pasangan peserta dan anak yang belum menikah dan anak pasangan peserta yang tidak berumur lebih 19 tahun atau berumur 23 tahun jika sekolah penuh waktu. Anak-anak cacat tetap dijamin walaupun umurnya telah melewati umur 23 tahun. Pasangan tetap dijamin kecuali dia bercerai atau telah mencapai umur 65 tahun atau eligible untuk Medicare.

Jaminan anggota keluarga berakhir bila mencapai umur tertentu atau berhenti sebagai anggota keluarga dari peserta. Jaminan biaya medis biasanya berhenti bila peserta menjadi eligible untuk Medicare. Anak-anak dan pasangan berhenti manfaatnya disebabkan oleh perceraian atau dapat dikonversi kepada manfaat yang lain jika diberikan oleh penanggung. Walaupun negara bagian di AS tidak mewajibkan, penanggung untuk memasukkan hak konversi ini.

Definisi

Sebagai asuransi biaya medis kumpulan, kontrak asuransi biaya medis perorangan memasukkan kondisi spesifik dan situasi untuk manfaat. Kata trauma dan kesakitan sebagai contoh didefinisikan secara spesifik. Tentunya tidak setiap penanggung mendefinisikan ini dan istilah lain persis sama dengan yang lain.

Provisi Manfaat

Seksi provisi manfaat adalah inti dari kontrak asuransi dan menentukan sekumpulan janji penanggung. Setiap manfaat yang disediakan polis dijelaskan dengan rinci, mengidentifikasi kondisi yang mewajibkan penanggung melakukan pembayaran, kondisi pembayaran akan dilakukan, alamiah dan tingkat manfaat yang dapat dibayar, dan limitasi manfaat yang diterapkan.

Daftar manfaat

Daftar manfaat (benefit schedule) dalam polis harus mudah dieja atau dibaca sehingga mudah dimengerti oleh pemegang polis. Ini biasanya dilakukan pada schedule manfaat yang terpisah atau dalam spesifikasi polis yang memperlihatkan nomor polis dan tanggal diterbitkan, nama peserta, variasi tipe dan besar manfaat, premi tahunan awal, setiap periode manfaat maksimum, setiap periode eliminasi, dan variabel lainnya.

Pengecualian dan Pembatasan

Provisi **pengecualian dan pembatasan (exclusions and limitations)** kontrak membatasi reabilitas penanggung pada kasus yang mungkin dijamin. Pengecualian mungkin melindungi penanggung terhadap aktivitas peserta yang berbahaya dan juga meningkatkan risiko kerugian secara besar sebagai contoh: usaha bunuh diri atau akibat nyata yang menyebabkan kerugian. Pengecualian juga dapat melindungi penanggung terhadap kerugian yang sangat besar dalam jangka pendek yang dapat mengganggu kemampuannya membayar manfaat

Ketentuan Eksekusi

Begitu pelamar harus menandatangani aplikasi, penanggung juga harus menandatangani, melalui personil eksekutif yang ditunjuk, menandatangani polis asuransi. Ini menandakan bahwa penanggung masuk di dalam kontrak dan terikat dengan kondisi kontrak. Penerbitan sistem polis modern, tanda tangan dapat berupa cetakan faksimili pada polis.

Counter tanda tangan agen (Agent's Countersignature)

Ini diwajibkan oleh hukum atau istilah pada polis, tanda tangan agen pada halaman depan polis adalah tindakan terakhir sebelum polis disampaikan kepada peserta. Walaupun ini bukan merupakan kewajiban hukum, penanggung berharap ini merupakan kontrol tambahan atas penerbitan suatu polis. Tanda tangan memberikan bukti identitas dari agen dan membuat yang bersangkutan partisipasi dalam catatan tersebut. Kewajiban agen untuk menandatangani polis mungkin diharapkan untuk menjalankan tanggung jawabnya secara baik. Persyaratan ini juga dapat menolong untuk menjamin bahwa bisnis terus berlangsung untuk agen yang mempunyai lisensi menjalankan bisnis di negara bagian AS.

Rider

Rider (tumpangan, tambahan) adalah dokumen terpisah yang melekat yang dapat merubah polis. Ada 3 tipe riders untuk kontrak asuransi kesehatan perorangan yaitu: bahasa polis, manfaat optional dan pengecualian. Penanggung menggunakan istilah rider, endorsement, dan amandemen secara bertukar-tukar.

Provisi yang Disyaratkan oleh UPPL

Kontrak keseluruhan

Hanya provisi item-item yang masuk ke dalam polis adalah bagian dari kontrak asuransi. Setiap perubahan mungkin dibuat oleh personil eksekutif penanggung. Agen tidak mempunyai otoritas untuk merubah atau menghapus provisi polis. Representasi yang dibuat pada aplikasi tidak mengikat peserta kecuali duplikat aplikasi yang dibuat sebagai bagian daripada polis dapat dinilai oleh peserta.

Klausul Pembatasan Waktu untuk Menggugat dan Tidak Dapat Digugat

Klausul pembatasan waktu untuk menggugat (time limit on certain defense clause) merupakan ketentuan polis asuransi kesehatan perorangan yang membatasi di mana perusahaan asuransi dapat menggugat keabsahan kontrak atas dasar kesalahan penyajian dalam aplikasi atau dapat mengurangi atau menolak klaim atas dasar hasil dari kondisi yang sudah ada sebelumnya (pre-existing condition).

UPPL membatasi 3 tahun hak penanggung untuk membatalkan polis disebabkan oleh kesalahan pernyataan tertanggung pada aplikasi. Kesalahan pernyataan adalah informasi yang tidak benar atau penghilangan informasi dari pemohon yang merupakan risiko material. Jika kesalahan pernyataan adalah kecurangan, batas waktu tidak dapat diterapkan, namun kecurangan sangat sulit untuk dibuktikan.

Juga UPPL menempatkan batas waktu 2 tahun hak penanggung untuk menghindari manfaat pada kondisi pre-existing, kecuali untuk setiap yang secara spesifik dikeluarkan berdasarkan nama peserta.

Ketentuan **klausul tidak dapat dibantah (incontestable clause)** adalah klausul yang menyatakan bahwa setelah berlaku efektif selama 2 tahun, penanggung tidak akan membantah keabsahan keterangan yang diberikan tertanggung yang dijadikan dasar untuk menguji kebenaran (contestable)

yang diberikan bertanggung dengan tujuan menjaga prinsip itikad baik (utmost good faith). Ketentuan ini adalah provisi alternatif untuk provisi batasan waktu yang mungkin digunakan pada noncancellable or guaranteed renewable polis. Ketentuan ini juga membatasi hak penanggung untuk menyelidiki polis selama 2 tahun. Waktu tersebut di luar jangka waktu selama periode peserta mengalami total disabilitas.

Keuntungan yang jelas dari provisi ini untuk peserta adalah memberikan proteksi terhadap kerugian polis setelah kontrak berlaku pada periode waktu tertentu.

Masa Tenggang

Penanggung diwajibkan untuk memberikan kepada peserta **masa tenggang (grace period)** waktu jatuh temponya premi. Selama masa tempo, premi dapat dibayar dan polis tetap aktif. Manfaat tetap berlaku selama masa tenggang waktu.

Pemulihan Polis

Jika premi tidak dibayar sebelum masa tenggang waktu, manfaat dibatalkan. Provisi menentukan sejumlah prosedur untuk membuat peserta melakukan **pemulihan polis (reinstatement)** dan memberikan kesempatan kepada penanggung untuk menilai kembali risiko. Menghidupkan polis biaya medis terbatas pada penjaminan kesakitan yang mulai lebih dari sepuluh hari setelah tanggal pemulihan. Sepuluh hari mundur untuk manfaat yang ditanggung untuk menghindari klaim yang terjadi pada waktu pemulihan polis.

Provisi Klaim

UPPL mempunyai 5 provisi yang menyangkut dengan penyampaian klaim:

- Pemberitahuan harus diberikan kepada penanggung dalam waktu 20 hari pada kerugian atau secepat mungkin dilakukan
- Formulir harus di supply oleh penanggung dalam 15 hari setelah peserta memberikan pemberitahuan klaim
- Bukti kerugian harus disampaikan dalam 90 hari setelah tanggal kerugian atau secepat mungkin, tetapi tidak lebih dari satu tahun dari hari terakhir periode 90 hari kecuali kehilangan kapasitas legal.
- Klaim harus dibayar segera
- Manfaat harus dibayar kepada peserta jika hidup; kalau tidak kepada ahli waris. Ada ketentuan opsional di mana penanggung dapat memberikan pembayaran sampai \$1000 kepada anggota keluarga

peserta pada kondisi yang bersangkutan meninggal atau tidak mempunyai kapasitas untuk menerima manfaat.

Tindakan legal

Peserta harus menunggu sedikitnya 60 hari setelah menyampaikan bukti kerugian sebelum memulai tindakan legal (**legal action**) terhadap penanggung. Provisi ini melindungi penanggung terhadap tuntutan hukum yang dimulai sebelum penanggung mempunyai peluang yang cukup untuk menyelidiki klaim. Selanjutnya peserta dilarang membawa tindakan hukum lebih dari 3 tahun setelah bukti disyaratkan.

Provisi Pilihan

Ada sejumlah provisi lain (**optional provision**) yang dapat dimasukkan atau tidak oleh penanggung yaitu:

- Penyesuaian premi jika peserta merubah pekerjaan yang lebih berbahaya dibandingkan pekerjaan pada waktu polis diterbitkan
- Pengurangan premi yang belum dibayar dari pembayaran klaim
- Pada kasus **kesalahan pernyataan umur (misstatement of age)**, penyesuaian besar manfaat terhadap premi yang dibayar jika umur yang sebenarnya dari peserta telah disampaikan.

Ringkasan

Polis asuransi adalah dokumen yang penting. Ini menggambarkan janji yang dibuat penanggung dan dokumen di mana pemegang polis harus memberikan bukti dari janji polis tersebut. Walaupun banyak variasi pada kontrak asuransi yang diterbitkan oleh penanggung, elemen-elemen kunci tertentu adalah penting untuk semua perusahaan. Penanggung diharuskan membuat kontrak yang jelas, tidak membingungkan, mengikat persetujuan di bawah hukum dan sesuai dengan hukum asuransi negara bagian AS di mana kontrak tersebut di terbitkan. Berbeda dengan di Indonesia, persyaratan di AS dapat sangat bervariasi secara substansial di negara bagian, walau model hukum dan regulasi NIAC telah menghasilkan sejumlah keseragaman yang diadopsi oleh model negara-negara bagian di AS.

Istilah Penting

Acceptance
Aleatory contract
Application

Akseptasi, Penerimaan
Kontrak aleatory
Aplikasi

| | |
|---|---|
| <i>Assignment of benefits</i> | <i>Assignment benefit</i> |
| <i>Benefit provision</i> | <i>Provisi manfaat</i> |
| <i>Capacity to contract</i> | <i>Kontrak kapasitas</i> |
| <i>Conditional contract</i> | <i>Kontrak kondisional</i> |
| <i>Consideration</i> | <i>Konsiderasi</i> |
| <i>Contract</i> | <i>Kontrak</i> |
| <i>Contracts of adhesion</i> | <i>Adhesi kontrak</i> |
| <i>Conversion privilege</i> | <i>Konversi privilege</i> |
| <i>Coordination of benefits (COB)</i> | <i>Koordinasi manfaat</i> |
| <i>Dependents</i> | <i>Anggota keluarga</i> |
| <i>Effective date</i> | <i>Tanggal efektif</i> |
| <i>Eligibility</i> | <i>Eligibilitas</i> |
| <i>Entire contract</i> | <i>Kontrak keseluruhan</i> |
| <i>Exclusions</i> | <i>Pengecualian</i> |
| <i>Experience refund</i> | <i>Experience refunds</i> |
| <i>Grace period</i> | <i>Masa tenggang</i> |
| <i>Incontestable clause</i> | <i>Incontestable clause</i> |
| <i>Insuring clause</i> | <i>Insurance clause</i> |
| <i>Limitations</i> | <i>Limitasi</i> |
| <i>Meeting of the minds</i> | <i>Meeting of minds</i> |
| <i>Misstatement of age</i> | <i>Kesalahan pernyataan umur</i> |
| <i>National Association of Insurance Commissioners (NAIC)</i> | <i>National Association of Insurance Commissioners (NAIC)</i> |
| <i>Noncancellable</i> | <i>Tidak dapat dibatalkan</i> |
| <i>Nonrenewable</i> | <i>Tidak dapat diperbarui</i> |
| <i>Offer</i> | <i>Penawaran</i> |
| <i>Optional provisions</i> | <i>Provisi pilihan</i> |
| <i>Pre-existing conditions provision</i> | <i>Provisi kondisi pre-existing</i> |
| <i>Rescission</i> | <i>Rescission</i> |
| <i>State insurance department</i> | <i>Departemen asuransi tingkat negara bagian</i> |
| <i>Termination provisions</i> | <i>Provisi terminasi</i> |
| <i>Uniform Policy Provisions Law (UPPL)</i> | <i>Uniform Policy Provisions Law (UPPL)</i> |
| <i>Unilateral contract</i> | <i>Kontrak unilateral, Kontrak sepihak.</i> |

Bab 6

Pemasaran dan Penjualan

| | |
|---|-----|
| <i>Pasar Asuransi Kesehatan</i> | 162 |
| <i>Segmentasi Pasar</i> | 162 |
| <i>Pasar Asuransi Kumpulan</i> | 163 |
| <i>Pasar Asuransi Kesehatan Perorangan</i> | 166 |
| <i>Penelitian dan Pengembangan Produk</i> | 167 |
| <i>Gagasan Awal</i> | 167 |
| <i>Penelitian Pasar</i> | 167 |
| <i>Kerangka Produk</i> | 167 |
| <i>Analisis Pasar</i> | 168 |
| <i>Rancangan dan Pengembangan Produk</i> | 168 |
| <i>Pengenalan Produk</i> | 168 |
| <i>Penelaahan dan Pemantauan Penjualan</i> | 168 |
| <i>Metode Distribusi</i> | 169 |
| <i>Distribusi Asuransi Kesehatan Kumpulan</i> | 169 |
| <i>Distribusi Asuransi Kesehatan Perorangan</i> | 171 |
| <i>Pemasaran masal</i> | 173 |
| <i>Kompensasi untuk Agen</i> | 176 |
| <i>Kompensasi untuk Asuransi Kesehatan Kumpulan</i> | 176 |
| <i>Kompensasi untuk Asuransi Kesehatan Perorangan</i> | 178 |
| <i>Proses Penjualan</i> | 181 |
| <i>Penjualan Asuransi Kesehatan Kumpulan</i> | 181 |
| <i>Penjualan Asuransi Kesehatan Perorangan</i> | 185 |

Dulu pemasaran dianggap sama dengan penjualan. Banyak orang menganggap bahwa pekerjaan pemasaran terbatas pada kegiatan penjualan dan cara-cara meyakinkan konsumen untuk membeli produk yang ditawarkan. Selama tahun-tahun terakhir ini, pengertian dan konsep pemasaran berkembang lebih luas. Perusahaan asuransi semakin menyadari bahwa setiap aspek usahanya pada akhirnya akan mempengaruhi penjualan produk usahanya. Sekarang ini pemasaran didefinisikan sebagai seluruh kegiatan dan fungsi perusahaan yang secara langsung dan tidak langsung terlibat dalam proses penjualan produk kepada konsumen serta upaya untuk memenuhi standard produk dengan tujuan memperoleh keuntungan yang wajar.

Pemasaran asuransi kumpulan dan perorangan adalah suatu proses yang kompleks. Pertama harus dikenal terlebih dahulu situasi pasar yang ada. Misalnya kalau di suatu wilayah tidak ada rumah sakit, tentu kita tidak bisa menawarkan pelayanan rumah sakit. Kegiatan pemasaran termasuk kegiatan mengidentifikasi dan **mengevaluasi kebutuhan (needs evaluation)** pasar tertentu. Kemudian dilakukan pengembangan produk diikuti promosi dan distribusi yang dilakukan oleh tenaga-tenaga pemasaran yang profesional. Di samping itu fungsi-fungsi perusahaan asuransi lainnya juga mempengaruhi penjualan produk maupun retensi peserta, termasuk misalnya kegiatan aktuaria, underwriting, pelayanan peserta serta proses klaim.

Bab ini khusus membahas hal-hal yang perlu dilakukan untuk keberhasilan pemasaran dan penjualan asuransi kumpulan dan asuransi perorangan.

Pasar Asuransi Kesehatan

Pasar untuk produk-produk asuransi kesehatan kumpulan dan asuransi kesehatan perorangan cukup luas dan beragam

Segmentasi Pasar

Segmentasi pasar adalah proses pembagian pasar yang pada dasarnya memiliki ukuran yang sama menjadi pasar-pasar dengan ukuran lebih kecil yang memiliki ciri-ciri tertentu, seperti kebutuhan akan produk dengan harga terjangkau atau produk yang dapat memenuhi keinginan dasar pelanggan yang sama. Kelompok kecil pasar-pasar ini dikenal dengan segmentasi pasar. Tujuan utama segmentasi pasar adalah membantu perusahaan menetapkan segmen-segmen pasar mana yang ada di antara pasar yang luas dan cocok untuk produk-produk asuransi.

Umumnya, semakin jelas penetapan segmen pasar, semakin tepat perusahaan mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan segmen tersebut, dan dapat memusatkan upaya-upaya pemasarannya.

Empat hal pokok yang digunakan untuk segmentasi pasar adalah:

Segmentasi Geografis

Segmentasi ini membagi suatu pasar menjadi kelompok homogen berdasarkan kebutuhan dan keinginan masyarakat di lokasi yang berbeda, bisa berupa Negara, wilayah, provinsi, kabupaten atau kota.

Segmentasi Demografi

Segmentasi ini membagi suatu pasar menjadi kelompok homogen berdasarkan pada faktor tak tetap yang menggambarkan ciri-ciri penduduk seperti: umur, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah keluarga, penghasilan, tingkat pendidikan, pekerjaan.

Segmentasi Psikografi

Segmentasi ini membagi suatu pasar menjadi kumpulan homogen berdasarkan pada ciri-ciri yang berhubungan dengan kepribadian atau gaya-hidup, kebutuhan, sikap, motif, dan persepsi yang dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial di dalam lingkungan konsumen

Segmentasi Perilaku

Segmentasi ini membagi suatu pasar menjadi kumpulan homogen berdasarkan pada berbagai macam perilaku konsumen terhadap produk yang ditawarkan seperti manfaat asuransi yang dicari, tingkat penggunaan, kesediaan untuk membeli dan metode membeli yang dikehendaki.

Pasar Asuransi Kumpulan

Perusahaan asuransi mengelompokkan pasar asuransi kumpulan menurut ukuran besarnya pasar tersebut serta jenis-jenis pesertanya.

Ukuran Pasar

Sekitar 80% kelompok yang diasuransikan terdiri dari peserta yang jumlahnya kurang dari seratus. Umumnya kontrak dengan kelompok-kelompok yang kecil seperti ini memerlukan struktur santunan yang bersifat baku. Biasanya pasar seperti ini mempertimbangkan tarif, kemampuan membayar terhadap santunan yang tersedia untuk kelompok yang lebih besar, di samping juga mempertimbangkan proses administrasi yang sederhana.

Sekitar 10% dari kontrak asuransi kumpulan adalah pasar yang besarnya antara 100 sampai 500 orang. Dalam hal ini rancangan manfaat dan administrasinya lebih fleksibel. Banyak agen asuransi perorangan dan broker sangat aktif menjual asuransi kepada pasar jenis ini. Para agen asuransi terlibat langsung dalam penjualan dan melayani peserta. Biasanya pasar jenis ini mempertimbangkan aspek biaya, fleksibilitas rencana santunan dan mutu pelayanan.

Kelompok pasar ini mencakup lebih dari setengah dari total penerimaan premi asuransi, namun kelompok pasar yang besarnya lebih dari 500 peserta hanya 10% dari kontrak asuransi kumpulan. Perusahaan asuransi

biasanya mengatur manfaat yang ditawarkan sesuai dengan permintaan pembeli dan mengatur sistem administrasi sesuai dengan kebutuhan peserta. Perusahaan asuransi biasanya menjual produknya melalui broker atau konsultan atau menjual sendiri secara langsung. Dalam hal ini agen penjualan asuransi kumpulan atau kantor-kantor cabang juga terlibat. Kepentingan-kepentingan pembeli disalurkan melalui seorang konsultan yang paham tentang manfaat.

Jenis-Jenis Peserta Asuransi Kumpulan

Seorang majikan biasanya merekrut dan mempertahankan karyawannya dengan memberikan gaji dan juga paket manfaat asuransi untuk melindungi karyawan tersebut dari beban ekonomi akibat sakit, tidak bisa bekerja atau kematian. Ada majikan yang membeli paket asuransi kumpulan atas nama karyawannya. Pembeli semacam ini umumnya adalah suatu perusahaan tunggal. Namun ada pula serikat pekerja atau serikat perusahaan yang bertindak sebagai peserta asuransi kumpulan atas nama sejumlah karyawan perusahaan.

Di Indonesia sejak adanya kewajiban seluruh penduduk dalam program JKN, program-program kesejahteraan karyawan terutama yang memberikan program kesehatan bagi karyawan (baik dengan membeli asuransi atau asuransi mandiri) semakin menyusut. Dan berikut ini ada beberapa kelompok cara menyelenggarakan asuransi kumpulan di Amerika Serikat (AS) yang ada sekarang.

Pemberi kerja tunggal. Contoh **pemberi kerja atau majikan tunggal (single employer)** adalah pemilik usaha sendiri, kongsi beberapa orang dalam satu perusahaan, perseroan terbatas, atau anak perusahaan yang berada di bawah satu perusahaan. Karyawan perusahaan ini bisa diasuransikan oleh pemilik perusahaan tersebut. Sebagian besar kontrak asuransi kumpulan di AS adalah kontrak dengan pemberi kerja tunggal semacam ini, yaitu kira-kira 90% dari asuransi kumpulan yang ada.

Pemberi kerja membayar semua premi atau bisa juga pemberi kerja dan karyawan bersama-sama membayar premi. Di AS ada negara bagian tertentu yang menetapkan undang-undang asuransi yang mengatur tentang jumlah minimum anggota asuransi kumpulan, syarat-syarat seorang karyawan untuk masuk sebagai anggota asuransi kumpulan, besar maksimum asuransi jiwa serta syarat-syarat lain tentang asuransi kumpulan tersebut. Serikat buruh bisa juga mempengaruhi jenis dan luas santunan yang diberikan bagi asuransi kumpulan.

Serikat pekerja. Di AS, **serikat pekerja (labor union)** tingkat federal dan negara bagian juga bisa menawarkan manfaat asuransi kesehatan kumpulan kepada anggotanya, sesuai dengan program kesejahteraan dari

serikat pekerja tersebut. Dalam hal ini serikat pekerja membayar premi yang diperoleh dari iuran anggotanya. Sekarang ini di AS hanya sedikit serikat pekerja yang mengadakan kontrak asuransi kumpulan seperti ini. Pasaran asuransi melalui serikat pekerja ini semakin berkurang karena serikat pekerja lebih suka memperoleh manfaat asuransi kumpulan bagi anggotanya melalui negosiasi dengan perusahaan di mana anggota tersebut bekerja.

Biasanya serikat pekerja membeli asuransi kumpulan apabila negosiasi dengan perusahaan tidak berhasil.

Kumpulan Pemberi Kerja. Beberapa pemberi kerja berhimpun sebagai suatu himpunan (**multiple-employer group**) misalnya adalah dana perwalian atau wali amanah, asosiasi industri, asosiasi dagang dan asosiasi profesi.

- **Negotiated Trusteeships (Taft-Hartley Groups).** Di AS, ini adalah semacam perusahaan perwalian atau wali amanah yang diatur oleh Undang-undang perburuhan (**Labor Management Relation Act 1974, Taft-Harley Act**). Wali amanah ini terdiri dari satu atau beberapa serikat pekerja atau beberapa perusahaan dan perusahaan **perwalian (trustee)** yang mewakilinya, yang menyediakan manfaat bagi anggota serikat pekerja. Kontrak semacam ini dibuat atas dasar kesepakatan antara serikat pekerja dengan perwalian. Besar pangsa pasar asuransi semacam ini di AS mencakup sekitar 2% dari semua kontrak asuransi kumpulan.
- **Multiple-Employer Trusts (METS).** Di AS, METS terdiri dari beberapa pemberi kerja tunggal biasanya yang berkiprah dalam industri yang sama. Mereka bergabung dan secara bersama-sama dalam menggunakan jasa asuransi, agen, broker, konsultan, atau jasa administrasi. Manfaat dari kerjasama semacam ini adalah untuk memberikan perlindungan asuransi kepada karyawannya di bawah satu kontrak besar (kontrak master) dan kontrak tersebut diberikan kepada sebuah perwalian (trustee). Dengan cara ini pemberi kerja yang kecil akan mampu memberikan manfaat yang sama dengan manfaat bagi perusahaan besar dengan biaya lebih murah.
- **Asosiasi dagang.** Beberapa pemberi kerja tunggal bisa juga bergabung dalam sebuah asosiasi dagang atau asosiasi industri. Dengan demikian karyawan mereka dapat memperoleh manfaat asuransi melalui sebuah kontrak yang dikeluarkan untuk asosiasi tersebut. Kontrak semacam ini hanya sebagian kecil dari kontrak asuransi kumpulan yang ada di AS.
- **Asosiasi profesi dan asosiasi perorangan.** Individu dari berbagai profesi, misalnya dalam bidang hukum, kedokteran, teknik dan

pendidikan dapat juga menyediakan santunan secara sendiri-sendiri atau kadang-kadang melalui kontrak dengan asosiasi mereka, atau melalui perwakilan yang didirikan untuk mengurus asuransi mereka. Premi asuransi untuk kumpulan semacam ini dibayar oleh masing-masing anggota asosiasi tersebut. Sebagai mana halnya dengan kontrak asuransi dengan asosiasi, organisasi profesi, dan asosiasi perorangan, kontrak semacam ini juga hanya sebagian kecil dari semua kontrak asuransi kumpulan yang ada di AS sekarang ini.

- **Kelompok Pemberi Kredit.** Lembaga-lembaga kreditor seperti misalnya bank, multi-finance atau perusahaan yang bergerak di bidang keuangan bisa juga mengadakan kontrak berupa asuransi bagi nasabah yang meminjam uang apabila nasabah meninggal atau menjadi tidak bisa bekerja. Di Indonesia produk ini diterapkan pada praktek bisnis kredit baik lembaga perbankan maupun non-bank dalam bentuk **credit life insurance**, namun bentuk **health credit insurance** belum dijumpai di sini.

Pasar Asuransi Kesehatan Perorangan

Perusahaan asuransi memasarkan asuransi perorangan kepada 3 jenis kelompok peserta:

- **Pasar primer permanen (primary permanent market)**, yang terdiri dari orang-orang yang membeli asuransi secara perorangan.
- **Pasar primer sementara (primary interim market)**, yang terdiri dari orang-orang yang memerlukan asuransi untuk sementara. Orang-orang ini biasanya membeli asuransi untuk jangka waktu 6 bulan dan umumnya mereka adalah orang-orang yang untuk sementara tidak bekerja, atau baru lulus dari perguruan tinggi, atau baru berhenti dari dinas militer. Demikian juga orang yang baru bekerja di sebuah perusahaan biasanya belum berhak atau belum layak untuk ikut dalam asuransi kumpulan karena mereka masih dalam **masa percobaan (probation period)** sehingga oleh karenanya memerlukan asuransi perorangan yang bersifat sementara.
- **Pasar tambahan (supplemental market)**, yang terdiri dari rumah tangga-rumah tangga yang telah dicakup oleh asuransi primer tersebut di atas, akan tetapi ingin menambah manfaat yang belum dicakup oleh asuransi primer.

Penelitian dan Pengembangan Produk

Potensi untuk mengembangkan produk baru atau meningkatkan produk yang ada sangat tergantung pada imajinasi dan kreativitas perusahaan asuransi. Namun agar pengembangan tersebut efektif, perusahaan asuransi perlu melakukan kegiatan-kegiatan pengembangan agar produk baru tersebut betul-betul bermanfaat bagi perusahaan. Kegiatan pengembangan penelitian ini perlu dilakukan baik untuk asuransi kumpulan maupun untuk asuransi perorangan.

Setiap perusahaan asuransi yang menyediakan asuransi kumpulan atau asuransi perorangan dalam kenyataannya memang melakukan penelitian dan pengembangan produk. Namun intensitas kegiatan tersebut sangat bervariasi. Kegiatan tersebut biasanya dilakukan oleh unit penelitian dan pengembangan atau bisa juga dilakukan oleh panitia sementara. Para ahli yang ada di unit-unit lain perusahaan perlu dimintai pendapatnya.

Sebagian besar perusahaan asuransi merancang produk yang sesuai dengan kelompok pasar tertentu. Dalam hal ini perusahaan asuransi memperkirakan berapa kira-kira besar risiko yang masih dapat ditanggungnya dan berapa keuntungan finansial yang dapat diperoleh dari produk baru tersebut. Proses pengembangan produk baru terdiri dari 7 langkah-langkah dasar:

Gagasan Awal

Gagasan awal (idea generation) untuk mengembangkan produk biasanya didasarkan pada masukan informasi dari lapangan, dari staff kantor cabang dan dari manajer senior.

Penelitian Pasar

Penelitian pasar (market research) meliputi analisis kebutuhan pasar serta besarnya kompetisi dalam pasar tersebut. Juga diteliti lokasi kantor yang layak serta proyeksi hasil penjualan.

Kerangka Produk

Kerangka produk (product outline) adalah berupa gambaran umum tentang pasar yang menjadi sasaran (jenis dan besarnya kelompok, area geografis, industri, tingkat sosial ekonomi, dll. Kerangka produk juga menggambarkan ciri-ciri pokok yang membedakan satu produk dari produk lainnya, estimasi awal biaya yang diperlukan untuk mengembangkan produk tersebut dan daftar santunan-santunan yang dapat dikembangkan dari kegiatan tersebut.

Analisis Pasar

Analisis pasar (market analysis) meneliti apakah suatu produk sesuai dengan rencana pengembangan produk dan juga menelaah apakah produk baru tersebut berkaitan dengan produk lain yang telah dijual perusahaan di pasar. Analisis pasar juga memperkirakan kemampuan dan keahlian yang diperlukan dalam pengembangan produk dan mempertimbangkan apakah sistem distribusi dan administrasi yang ada mampu menangani produk tersebut. Yang juga penting adalah analisis pengaruh faktor-faktor eksternal seperti misalnya konsumen, penyedia pelayanan kesehatan, pemerintah dan kompetitor.

Rancangan dan Pengembangan Produk

Rancangan dan pengembangan produk (product design and development) termasuk hal-hal sebagai berikut:

- Mengisi dan menyampaikan formulir kontrak kepada departemen asuransi negara bagian.
- Menetapkan skala tarif dan komisi
- Menetapkan batas-batas underwriting, syarat-syarat dan pedoman.
- Menyusun pedoman underwriting program latihan lapangan dan brosur pemasaran untuk peserta dan agen.
- Melakukan modifikasi terhadap sistem pengolahan data dan sistem administrasi (pengusulan, rating, penagihan, akuntansi, proses penyusunan santunan serta mempertahankan intensitas kegiatan administratif yang sudah berjalan).

Pengenalan Produk

Produk tersebut kemudian diperkenalkan (**product introduction**) oleh bagian penjualan. Kepada rekanan kemudian disampaikan brosur-brosur, promosi penjualan, informasi tentang keunggulan produk, pedoman-pedoman penjualan, poster, bahan-bahan untuk melatih agen, dan kalau perlu disampaikan tape film video atau rekaman.

Penelaahan dan Pemantauan Penjualan

Langkah akhir dalam proses pengembangan produk adalah melakukan **penelaahan dan pemantauan (review dan monitoring)**. Ini meliputi kegiatan analisis hasil penjualan, analisis terhadap masukan-masukan dari petugas penjualan dan para agen.

Metode Distribusi

Asuransi kesehatan dijual melalui berbagai saluran distribusi. Saluran distribusi ini berbeda untuk asuransi kumpulan dan asuransi perorangan.

Distribusi Asuransi Kesehatan Kumpulan

Bagian penjualan di kantor pusat memberikan dukungan kepada bagian penjualan di kantor cabang berupa promosi dan pengembangan produk, pelatihan, administrasi dan akuntansi secara keseluruhan. Bagian penjualan kantor cabang biasanya terdiri dari wakil kelompok (group representatives) dan seorang staff yang bertanggung jawab memberikan pelayanan dan penjualan melalui agen dan broker dalam satu wilayah tertentu. Masing-masing bagian penjualan di kantor cabang mempunyai seorang manager yang melapor kepada manajer wilayah (area manager).

Kalau jumlah peserta asuransi kumpulan terlalu kecil maka perusahaan asuransi mendelegasikan tanggung jawab penjualan dan pelayanan kepada agen dan broker umum.

Umumnya perusahaan asuransi melakukan kegiatan pemasaran dengan melibatkan wakil peserta, agen asuransi, broker, dan konsultan. Sebagian kecil perusahaan asuransi yang dikenal sebagai **direct writers** (perusahaan yang langsung melakukan kontrak dengan peserta tanpa menggunakan agen atau broker), langsung memasarkan produknya kepada calon peserta (prospek). Mereka menggunakan tenaga-tenaga yang digaji untuk mendekati perusahaan dan tidak melalui agen dan broker.

Perwakilan Kelompok

Perwakilan kelompok (group representative) adalah karyawan perusahaan asuransi yang dilatih tentang teknik penjualan dan memberikan pelayanan tentang santunan asuransi kumpulan. (Biasanya untuk itu diperlukan beberapa keterampilan yang berbeda-beda dan oleh sebab itu beberapa perusahaan membentuk unit penjualan dan unit pelayanan). Tanggung jawab group representative adalah sebagai berikut:

- bekerja sama dengan agen dan broker dalam mengembangkan kepesertaan kumpulan
- mengumpulkan data dan mengirimkannya ke kantor pusat dengan proposal rekomendasi
- menyiapkan proposal lapangan dan menyampaikan proposal tersebut kepada calon peserta
- membantu bagian penjualan asuransi kumpulan
- membantu pendaftaran peserta dalam kelompok peserta baru
- mempersiapkan prosedur administrasi untuk peserta baru

- secara teratur membantu proses administrasi
- meningkatkan penjualan dan mempertahankan kepesertaan yang sudah ada
- selalu memberi informasi kepada kantor pusat tentang persaingan yang ada di lapangan

Biasanya perusahaan asuransi memberi gaji kepada perwakilan kelompok, ditambah dengan insentif atau bonus kalau kinerjanya melampaui target atau kuota yang direncanakan. Adanya bonus atau insentif ini bervariasi antara perusahaan. Ada yang sama sekali tidak memberikan bonus dan ada pula perusahaan di mana pendapatan pokok “group representatives” tersebut justru terutama diperoleh dari bonus. (Lihat bahasan tentang kompensasi agen di bagian lain bab ini).

Agen

Agen dari asuransi kumpulan biasanya bekerja di bawah kontrak untuk melakukan penjualan semua produk perusahaan yang bersangkutan. Para agen ini terutama berperan dalam menjual asuransi kepada kelompok peserta skala kecil dan skala medium. Dalam hal berhubungan dengan kelompok kecil, para agen biasanya tidak memerlukan bantuan **perwakilan kelompok (group representatives)** jadi langsung memberikan pelayanan individual kepada klien.

Para agen mendapat kompensasi dari hasil penjualan dan pelayanan asuransi kumpulan. Selain itu, hal lain yang menarik bagi para agen untuk menjual asuransi kumpulan adalah:

- prospek asuransi kesehatan kumpulan juga bisa menjadi prospek asuransi lain, misalnya asuransi bisnis atau asuransi perorangan lainnya
- agen tersebut dapat menawarkan produk dan jasa asuransi yang lebih beragam kepada kliennya
- agen bisa melakukan penjualan dalam waktu kerja normalnya (pukul 9 sampai pukul lima), tanpa harus bekerja lembur

Pialang

Pialang (broker) adalah orang atau perusahaan yang mewakili peserta dalam menentukan cakupan asuransinya dari suatu perusahaan asuransi. Broker adalah sumber utama penjualan asuransi kumpulan skala besar.

Perusahaan broker kecil dan asuransi perorangan cukup besar porsinya dalam pasar asuransi, namun dari sudut volume premi asuransi, yang paling besar peranannya adalah perusahaan-perusahaan broker yang besar yang mempunyai unit khusus menangani peserta kumpulan. Unit-unit

khusus ini mempunyai kelebihan karena bisa berhubungan langsung dengan pimpinan perusahaan asuransi umum (seperti asuransi harta benda, musibah dan kebakaran), sehingga bisa menangani asuransi kumpulan yang lebih besar. Unit khusus ini biasanya mempunyai kemampuan teknis asuransi dan juga kemampuan teknis menangani peserta.

Suatu broker bisa juga bertindak sebagai **penyedia jasa administrasi pihak ketiga (third party administrator, TPA)**. Sebagai TPA, broker tersebut bisa menangani beberapa asuransi kumpulan, termasuk misalnya dalam menghitung premi, menangani daftar karyawan yang masih eligible di perusahaan peserta dan mengurus klaim.

Konsultan Kesejahteraan Karyawan

Konsultan kesejahteraan karyawan (**employee benefit consultant**) adalah perorangan atau perusahaan yang mengkhususkan diri dalam membuat rancangan, penjualan dan jasa pelayanan asuransi karyawan. Konsultan ini pada dasarnya memberikan jasa pelayanan yang sama seperti perusahaan broker yang besar dan oleh karena itu kadang-kadang sulit membedakan konsultan tersebut dengan broker. Namun konsultan biasanya jarang terlibat kerja sama dengan pihak perusahaan asuransi, akan tetapi lebih cenderung memberikan nasihat kepada peserta. Konsultan biasanya mendapat pembayaran dari peserta dan tidak menerima komisi dari perusahaan asuransi.

Distribusi Asuransi Kesehatan Perorangan

Sebagian besar asuransi perorangan berkembang atas upaya para broker dan agen yang berhubungan langsung dengan masyarakat. Namun banyak juga para agen yang melakukan pemasaran secara masal untuk menangkap prospek.

Pialang

Pialang (broker) untuk asuransi kesehatan perorangan adalah para penjual asuransi independen yang diberi izin. Biasanya mereka melakukan bisnis asuransi kesehatan dengan sejumlah perusahaan asuransi. Mereka memilih perusahaan asuransi atas dasar pertimbangan manfaat dan harga yang akan diberikan kepada klien mereka. Banyak broker yang menjual asuransi harta benda dan asuransi kerugian termasuk asuransi jiwa dan asuransi kesehatan.

Meskipun sebagian besar perusahaan asuransi mau bekerja sama dengan perusahaan broker ada pula beberapa yang menolaknya. Alasannya adalah hanya para agen yang terlatih baik dan bekerja full time serta memiliki keahlian di bidang asuransi kesehatan yang akan mampu memberikan

pelayanan yang baik kepada konsumen dan sekaligus membantu perusahaan asuransi khususnya dalam bidang underwriting dan perkiraan risiko.

Dalam tahun-tahun terakhir ini banyak perusahaan broker yang besar dan independent dalam bidang asuransi harta benda dan kerugian mengembangkan departemen asuransi jiwa dan kesehatan dan menempatkan spesialis asuransi jiwa dan kesehatan pada department tersebut. Akibatnya banyak broker yang telah menjadi sangat mahir dalam melakukan underwriting asuransi kesehatan sebagaimana halnya dengan agen perusahaan asuransi kesehatan uang profesional.

Broker juga dapat melakukan peranan penting mewakili prospek dalam mengembangkan asuransi kumpulan yang cukup besar. Broker bisa ditunjuk sebagai penasihat asuransi oleh perusahaan-perusahaan besar dan dalam hal ini broker sangat menentukan dalam memilih perusahaan asuransi yang akan memberikan asuransi umum, termasuk asuransi jiwa dan kesehatan serta asuransi harta benda dan kerugian.

Agen

Tumpuan pengembangan bisnis asuransi adalah pada **sistem keagenan (agency system)**. Agen adalah orang yang dikontrak oleh perusahaan asuransi untuk menjadi agen perusahaan tersebut. Agen untuk asuransi kesehatan perorangan bisa bekerja pada sebuah kantor cabang, atau kantor agen umum atau pada kantor **PPGA (Personal Producing General Agent)**.

Agen tersebut melakukan penjualan langsung kepada perorangan. Ia juga melakukan fungsi-fungsi penting sebagai berikut:

- **Underwriting lapangan (field underwriting)** - seleksi risiko awal
- **Pelayanan pemegang polis (policyholder service)** - memberikan penjelasan dan memberi nasihat tentang perubahan santunan
- **Hubungan masyarakat (public relations)** - memberikan kesan yang baik tentang perusahaan asuransi kepada konsumen.

Meskipun sebagian besar agen adalah kontraktor independen, mereka bisa juga terdiri dari karyawan perusahaan asuransi atau perusahaan agen tempat mereka bekerja. Sebagai ganjaran menjual asuransi, agen tersebut diberikan ruang kantor serta dukungan staff, kompensasi (biasanya dalam bentuk komisi) dan tunjangan-tunjangan lain. Agen prospek juga mendapat latihan agar bisa mengikuti ujian guna memperoleh izin negara bagian bersangkutan. Mereka juga dilatih dalam pengembangan dan penjualan produk.

Kantor cabang. Kantor cabang perusahaan asuransi mengendalikan bagian penjualan. Kantor cabang dikelola oleh seorang manager penjualan yang langsung menjadi karyawan perusahaan asuransi bersangkutan. Seorang agen bisa ditempatkan di kantor cabang tersebut sebagai pegawai penuh atau sebagai tenaga independent yang di kontrak.

Manager penjualan kantor cabang melapor kepada manager kantor wilayah. Ia adalah seorang pegawai perusahaan asuransi yang membawahi beberapa kantor cabang. Tanggung jawab manager penjualan di kantor cabang adalah sebagai berikut:

- Merekrut dan melatih agen baru.
- Mengawasi para karyawan di kantor cabang dan kegiatan-kegiatan petugas lapangan.
- Menyebarkan informasi dari perusahaan asuransi kepada agen.
- Menangani masalah-masalah pelayanan bagi peserta.
- Menjaga agar jumlah dan mutu penjualan tetap baik.

Perusahaan asuransi memberikan gaji kepada manager penjualan kantor cabang meskipun manager penjualan tersebut juga mendapatkan kompensasi atas dasar jumlah dan mutu penjualan., kelangsungan usaha, dan jumlah premi yang dibayarkan peserta selama beberapa tahun.

Agen umum. Agen umum bekerja sebagai seorang agen yang dikontrak oleh perusahaan asuransi. Agen ini juga mempunyai fasilitas kantor dan staff serta tenaga supervisor. Mereka merekrut melatih dan mengawasi para agen. Mereka juga dapat memperoleh bantuan dana dari perusahaan asuransi untuk melatih agen-agen baru.

PPGA (Personal Producing General Agent). PPGA bekerja secara independen di bawah kontrak dengan perusahaan asuransi. PPGA yang telah berpengalaman bertahun-tahun biasanya memilih perusahaan asuransi yang memberi komisi lebih besar dibandingkan dengan kalau mereka bertindak sebagai agen.

Secara umum PPGA membiayai sendiri fasilitas kantor, tenaga staff dan pengeluaran-pengeluaran lainnya. PPGA juga mendapat tunjangan seperti misalnya asuransi jiwa dan asuransi kesehatan serta asuransi hari tua.

Sebagian besar PPGA mempunyai wewenang untuk mengangkat atau menunjuk agen atau menggunakan jasa pialang independen.

Pemasaran masal

Perusahaan asuransi perorangan dijual melalui **pemasaran masal (mass marketing)** guna mendapat peserta dalam jumlah besar sekaligus. Teknik-teknik pemasaran secara masal termasuk menyurati secara langsung,

franchise plan, menggunakan pihak sponsor, menggunakan vending machine, penjualan melalui over the counter.

Pemasaran dengan surat langsung. Perusahaan asuransi melakukan **pemasaran dengan surat langsung (direct-mail marketing)** kepada perorangan atau kelompok. Mereka mengirimkan penawaran melalui pos ke rumah-rumah penduduk. Isinya termasuk penawaran tentang jenis-jenis asuransi serta formulir permohonan yang berisi sejumlah pertanyaan tentang kesehatan dan pekerjaan.

Kalau manfaat yang ditawarkan itu terbatas, misalnya manfaat atau santunan biaya rumah sakit dan tindakan medis, beberapa perusahaan asuransi melakukan pemasaran melalui iklan di surat kabar dan majalah. Dalam iklan tersebut juga disertakan formulir permohonan yang singkat yang bisa diisi oleh responden dengan mudah dan kemudian dapat dikirimkan langsung kepada perusahaan asuransi.

Di samping media cetak perusahaan asuransi juga sering memuat iklan di radio dan TV untuk menarik konsumen. Perusahaan asuransi biasanya menyediakan sambungan telepon bebas pulsa kalau masyarakat ingin memperoleh informasi tambahan tentang manfaat yang ditawarkan. Perusahaan asuransi tersebut kemudian memberi jawaban secara tertulis melalui pos atau mengirim seorang agen untuk menemui konsumen bersangkutan.

Pemasaran dengan Franchise Plan. **Franchise plan** adalah kegiatan pemasaran bagi karyawan atau individu-individu yang tidak memenuhi syarat untuk dianggap sebagai peserta asuransi kumpulan. Mereka tidak memenuhi syarat yang ditetapkan oleh peraturan di beberapa negara bagian di AS. Franchise plan dirancang untuk mencakup biaya pelayanan rumah sakit, pelayanan bedah, tindakan medis yang besar, kompensasi pendapatan dan meninggal karena kecelakaan. Tanggungan calon peserta (keluarga) pemohon juga dicakup oleh asuransi ini, kecuali asuransi kompensasi pendapatan. Keuntungan utama memperoleh asuransi melalui franchise plan adalah reduksi atau pengurangan premi bagi asuransi perorangan. Reduksi ini diberikan oleh perusahaan asuransi karena biayanya lebih murah karena komisi penjualan yang rendah dan proses administrasi dalam skala besar.

Perusahaan asuransi melakukan underwriting kepada setiap permohonan perorangan, dan dapat menerima atau menolak permohonan tersebut. Manfaat yang diberikan dapat diperbarui sesuai dengan polis asuransi tersebut. Perusahaan atau seseorang yang bertindak atas nama perusahaan tersebut membayar premi kepada perusahaan asuransi secara teratur.

Perusahaan yang ingin mengembangkan franchise plan untuk semua karyawannya dapat memotong pendapatan atau gaji karyawannya. Dalam

hal ini perusahaan tersebut menawarkan kepada karyawannya asuransi perorangan yang cukup menarik melalui pemotongan gaji-

Pemasaran melalui cara franchise plan tersebut memberi peluang kepada perusahaan asuransi untuk menjual asuransi perorangan kepada karyawan perusahaan kecil, anggota perkumpulan, anggota organisasi sosial dan perusahaan terbatas. Cara ini telah mengembangkan produk asuransi perorangan yang baru dengan cara penagihan yang baru dan cara underwriting yang baru pula. Produk yang ditawarkan melalui pemasaran cara ini tidak mencakup kelanjutan asuransi apabila peserta meninggalkan perusahaannya. Tapi cara ini memungkinkan konversi (pindah) ke asuransi perorangan lainnya yang sama.

Pemasaran Melalui Sponsor Pihak Ketiga. Dalam sistim ini perusahaan asuransi bergabung dengan **sponsor pihak ketiga (third-party sponsorship)** yang bukan perusahaan asuransi, misalnya sebuah bank, perusahaan penjaminan, atau perusahaan kartu kredit. Konsumen pihak ketiga ini mendapat penawaran asuransi melalui surat langsung. Perusahaan asuransi mengirimkan iklan melalui pihak ketiga atau memasang iklan di perusahaan-perusahaan pihak ketiga tersebut.

Perusahaan pihak ketiga ini biasanya menagih premi asuransi dari para pelanggannya. Perusahaan asuransi mengerjakan semua transaksi-transaksi yang berkaitan dengan asuransi pelanggan tersebut.

Penjualan melalui vending machine dan over the counter. Sebagian besar penjualan melalui cara ini adalah asuransi kecelakaan dalam perjalanan (travel insurance), yang dijual melalui **mesin jual otomatis (vending machine)** dengan menggunakan uang logam atau uang kertas; dan umum juga dijual melalui counter, meja atau loket khusus. Asuransi perjalanan ini menawarkan manfaat bila terjadi kematian atau kehilangan anggota badan karena kecelakaan kalau peserta tersebut adalah penumpang angkutan umum seperti misalnya pesawat terbang. Perlindungan yang diberikan biasanya hanya untuk satu kali jalan atau bisa juga untuk perjalanan pulang pergi. Manfaat bisa diperluas untuk mencakup kematian atau cacat yang terjadi pada kecelakaan angkutan umum lainnya. Vending machine tersebut banyak terdapat di bandara dan kini juga ditemukan di terminal bus dan stasiun kereta api serta tempat-tempat umum lainnya. Manfaat biasanya terbatas seperti ini preminya cukup murah. Tidak ada kontrak yang perlu dibuat dengan agen atau perwakilan asuransi lainnya.

Agen perjalanan juga menyediakan asuransi kecelakaan perjalanan yang jaminannya dapat dibeli sebagai pilihan dalam paket perjalanan. Banyak juga perusahaan penjual kartu kredit juga menawarkan asuransi jenis ini.

Pemasaran menggunakan internet dan media sosial. Dengan perkembangan teknologi digital dalam dekade terakhir terus bermunculan cara-cara baru dengan memanfaatkan kemajuan teknologi untuk usaha pemasaran dan penjualan produk asuransi.

Produk-produk dapat disimulasikan baik melalui media sosial, situs web baik milik penanggung atau pialang, ataupun agen yang memudahkan nasabah dalam memilih produk yang cocok dengan kebutuhan mereka, mulai dari produk yang paling sederhana dan produk yang semakin kompleks.

Kompensasi untuk Agen

Para agen yang bergerak dalam bidang produk asuransi kesehatan kumpulan dan perorangan mendapat pembayaran terutama dalam bentuk komisi.

Kompensasi untuk Asuransi Kesehatan Kumpulan

Perusahaan asuransi yang menawarkan asuransi kesehatan kumpulan biasanya mendapat komisi atas dasar penjualan dan jasa yang berhasil mereka jual. Ada dua jenis komisi yang digunakan yaitu (1) komisi tinggi-rendah dan (2) komisi tetap. Jenis komisi lainnya bagi penjual asuransi kesehatan kumpulan adalah: override commission, vesting dan pembayaran langsung dari klien.

Komisi Tinggi-Rendah dan Komisi Bertingkat

Komisi tinggi-rendah (high-low commission) memberikan komisi yang lebih tinggi untuk tahun pertama diikuti dengan komisi yang lebih rendah untuk tahun-tahun berikutnya. **Komisi tetap (level commission)** memberikan jumlah komisi yang sama untuk setiap tahun. Komisi tetap ini semakin banyak diterapkan. Dalam tempo sekitar sepuluh tahun ke-dua jenis komisi tersebut biasanya memberikan jumlah komisi yang sama (dengan asumsi besar premi tidak berubah dan peserta tetap bertahan selama sepuluh tahun). Biasanya juga diberikan bonus kalau peserta dan premi tersebut bisa bertahan melampaui sepuluh tahun (tabel 6.1).

Umumnya para agen dan broker memilih salah satu dari cara komisi tersebut di atas namun demikian beberapa perusahaan asuransi dan negara bagian tertentu menetapkan keharusan menggunakan komisi tetap dalam hal-hal sebagai berikut:

- Terjadi transfer dari perusahaan asuransi lain, hal mana lebih sering terjadi dibandingkan dengan kelompok yang diasuransikan untuk pertama kalinya.

- Reinstated (dipulihkan), yaitu pertanggungan yang dihidupkan kembali setelah dihentikan untuk sementara waktu.
- Pengembangan manfaat di mana peserta membayar semua premi.
- Perusahaan asuransi memperkirakan adanya kemungkinan terjadinya penghentian sementara.
- Negosiasi dengan serikat pekerja.

Tabel 6.1 Persentase komisi tinggi-rendah dan komisi tetap

| Premi Tahunan | | % komisi tinggi-rendah | | % komisi tetap |
|---------------|---------|------------------------|-------------------|-----------------|
| | | Tahun ke-1 | Tahun ke-2 s/d 10 | Selama 10 tahun |
| Tahun pertama | 1.000 | 20,0 | 5,0 | 6,50 |
| Berikutnya | 4.000 | 20,0 | 3,0 | 4,70 |
| Berikutnya | 5.000 | 15,0 | 1,5 | 2,85 |
| Berikutnya | 10.000 | 12,5 | 1,5 | 2,60 |
| Berikutnya | 10.000 | 10,0 | 1,5 | 2,35 |
| Berikutnya | 20.000 | 5,0 | 1,5 | 1,85 |
| Berikutnya | 200.000 | 2,5 | 1,0 | 1,15 |
| Berikutnya | 250.000 | 1,0 | 0,5 | 0,55 |

Beberapa perusahaan asuransi mempercepat pembayaran komisi kepada agen dengan memberikan pembayaran awal semua komisi untuk tahun pertama, begitu terjadi penjualan. Untuk kelompok yang terdiri dari dua puluh lima karyawan atau kurang, komisi yang dibayarkan untuk tahun pertama diberikan lebih tinggi, dengan harapan agen tersebut bekerja lebih keras untuk menjual dan melayani kelompok-kelompok kecil.

Komisi Override

Agen umum atau manajer perusahaan agen umumnya berpengalaman dalam mengembangkan asuransi kumpulan. Mereka dapat memberikan nasihat kepada agen yang mengerjakan underwriting. Jadi perusahaan asuransi tidak perlu lagi memberikan advise kepada agen underwriting tersebut. Oleh karena itu kadang-kadang perusahaan asuransi bersedia memberikan **komisi override**. Komisi ini adalah tambahan di atas komisi yang dibayarkan kepada agen penjualan atau broker, yang besarnya mengikuti skala komisi tinggi rendah atau skala komisi tetap (tabel 6.2).

Komisi Vesting

Komisi vesting diberikan kepada agen underwriting atau kepada pemilik agen tersebut terlepas dari apakah agen tersebut tetap bekerja di perusahaan asuransi atau tidak. Cara vesting ini berbeda antara

perusahaan-perusahaan asuransi. Namun ada kecenderungan asuransi kumpulan meninggalkan cara ini. Umumnya komisi tersebut dibayarkan hanya kalau agen underwriting tetap memberikan jasa pelayanan kepada para peserta dan tetap bekerja di bawah kontrak dengan perusahaan asuransi.

Tabel 6.2 Persentase komisi override tinggi-rendah dan komisi tetap

| Premi Tahunan | | % komisi tinggi-rendah | | % komisi tetap |
|---------------|---------|------------------------|-------------------|-----------------|
| | | Tahun ke-1 | Tahun ke-2 s/d 10 | Selama 10 tahun |
| Tahun pertama | 1.000 | 4,0 | 1,00 | 1,30 |
| Berikutnya | 4.000 | 4,0 | 0,60 | 0,94 |
| Berikutnya | 5.000 | 2,0 | 0,30 | 0,57 |
| Berikutnya | 10.000 | 2,5 | 0,30 | 0,52 |
| Berikutnya | 10.000 | 2,0 | 0,30 | 0,47 |
| Berikutnya | 20.000 | 1,0 | 0,30 | 0,37 |
| Berikutnya | 200.000 | 0,3 | 0,13 | 0,15 |
| Berikutnya | 250.000 | 0,2 | 0,10 | 0,55 |

Cara Pemberian Kompensasi Lainnya

Kadang-kadang perusahaan asuransi kesehatan kumpulan melakukan negosiasi dengan kliennya secara langsung dalam menentukan besarnya pembayaran, yang tergantung kepada jenis pelayanan yang diberikan. Misalnya mereka melakukan negosiasi untuk pembayaran tetap setiap bulan atau setiap tahun atau per karyawan. Cara seperti ini banyak ditemukan pada perusahaan yang bertindak sebagai TPA atau perwakilan kelompok klien yang besar-besar.

Kadang-kadang perwakilan kelompok juga mendapat bonus. Bonus ditetapkan sejumlah persentase premi, baik premi untuk tahun pertama atau premi tahun pertama plus premi tahun-tahun berikutnya. Besarnya bonus berkisar antara 10 sampai 50% dari gaji perwakilan kelompok, kadang-kadang dengan batas maksimum sama dengan besarnya gaji. Bonus tersebut bisa digabung dengan gaji dan dianggap sebagai kompensasi total, dan dipergunakan untuk menentukan jumlah tunjangan yang akan diberikan kepada perwakilan kelompok.

Kompensasi untuk Asuransi Kesehatan Perorangan

Perusahaan asuransi memberikan kompensasi kepada agen yang menjual asuransi kesehatan perorangan melalui sistem komisi. Kadang-kadang juga diberikan biaya pelatihan untuk agen yang baru memulai karirnya, ditambah dengan tunjangan kesejahteraan tertentu.

Komisi

Ada dua bentuk komisi yang diberikan kepada agen penjual asuransi kesehatan perorangan, yaitu komisi tinggi-rendah dan komisi tetap. Mekanismenya sama seperti pemberian komisi kepada agen penjualan asuransi kumpulan.

Banyak perusahaan asuransi yang memberikan komisi kepada agennya dalam bentuk pembayaran khusus selama tahun-tahun awal perusahaan tersebut beroperasi. Cara khusus ini bisa membantu agen yang pada mulanya masih menangani klien dalam jumlah terbatas. Pada tahun awal ini, para agen juga belum bisa mendapat komisi dari pembaruan kepesertaan. Beberapa perusahaan memberikan pembayaran kepada agen dalam jumlah yang nantinya akan diambil dari komisi yang akan diperoleh pada masa yang akan datang, yaitu setelah jumlah peserta yang ditanganinya cukup banyak (semacam pembayaran di muka). Besarnya pembayaran di muka seperti ini bervariasi antara perusahaan asuransi.

Komisi untuk manfaat rumah sakit, tindakan bedah dan tindakan medis yang mahal cukup bervariasi antara perusahaan asuransi, akan tetapi untuk santunan ganti rugi pendapatan umumnya tidak terlalu bervariasi. Komisi untuk manfaat biaya pengobatan biasanya lebih rendah, karena biaya manfaat tersebut biasanya tinggi dan peserta lebih sering menghentikan kepesertaannya dibandingkan dengan manfaat ganti rugi pendapatan. Komisi untuk asuransi ganti rugi pendapatan memang cenderung lebih tinggi karena biasanya agen memerlukan upaya lebih sulit untuk mendapatkan peserta dibandingkan dengan upaya mendapatkan peserta asuransi ganti rugi biaya pelayanan kesehatan.

Komisi yang diperoleh agen umumnya bervariasi atas dasar hal-hal sebagai berikut:

- jumlah premi yang akan dibayarkan untuk manfaat yang terjual
- jangka waktu kontrak dengan perusahaan asuransi atau agen
- jenis santunan yang dijual
- sudah berapa lama manfaat tersebut efektif

Komisi Vesting

Vesting adalah hak agen untuk menerima semua atau sebagian komisi dari penjualan asuransi, meskipun kontraknya dengan perusahaan asuransi sudah berakhir. Dalam kontrak antara agen dengan perusahaan asuransi biasanya ada klausul yang mengatur hak terhadap “vesting” ini.

Vesting ini bisa tanpa syarat, atau bisa juga tergantung pada lamanya hubungan kerja antara agen tersebut dengan perusahaan asuransi, atau tergantung pada besarnya volume penjualan oleh agen bersangkutan.

Besarnya vesting juga bisa bervariasi tergantung pada alasan kenapa agen tersebut berhenti, misalnya karena mati, cacat, atau berhenti secara sukarela atau diberhentikan. Kalau dalam perjanjian dinyatakan bahwa vesting terus berlaku setelah agen tersebut mati, maka yang menerimanya bisa orang lain yang diberi kuasa oleh agen bersangkutan.

Cara Pemberian Kompensasi Lainnya

Perusahaan asuransi perorangan menggunakan berbagai cara untuk memberi kompensasi kepada tenaga-tenaga pemasaran produknya, mulai dari pemberian uang tunai dan tunjangan kesejahteraan sampai bonus atas kinerjanya.

Tunjangan pelatihan. Ada perusahaan asuransi yang memberikan **tunjangan pelatihan (training allowance)** untuk agen yang baru bekerja. Agen baru tersebut diberikan gaji akan tetapi tetap harus menghasilkan target premi atau target komisi untuk bisa memperoleh gaji tersebut. Cara seperti ini bisa berlangsung selama beberapa bulan sampai beberapa tahun.

Tunjangan biaya pengembangan. Banyak agen independen, **agen umum (general agent)** atau agensi yang bekerja atas dasar kontrak kerja sama dengan perusahaan asuransi dan mendapat **tunjangan biaya pengembangan (development expense allowance)**. Tunjangan ini biasanya didasarkan atas dua faktor: berapa banyak produk yang terjual oleh agen tersebut dan berapa lama penjualan tersebut bisa bertahan. Tujuan cara pemberian tunjangan seperti ini adalah untuk menutupi biaya overhead agen tersebut.

Tunjangan kesejahteraan. Agen full time yang kinerjanya mencapai target minimum perusahaan asuransi biasanya mendapat **tunjangan kesejahteraan (fringe benefits)** di antaranya asuransi kesehatan dan asuransi jiwa, yang disponsori oleh perusahaan asuransi tempat ia bekerja. Sering juga agen tersebut mendapat asuransi hari tua. Dalam hal ini, baik perusahaan asuransi maupun agen tersebut memberi kontribusi premi asuransi hari tuanya secara bersama-sama.

Agen penuh waktu (full time) yang mendapat tunjangan kesejahteraan biasanya juga menjadi peserta program jaminan sosial yang dilaksanakan oleh perusahaan asuransi bersangkutan. Agen atau karyawan tersebut membayar 50% dari pajak atau iuran jaminan sosial dan sisanya (50%) akan dibayar dari kompensasi yang akan diperoleh agen tersebut.

Konvensi, kampanye penjualan dan penghargaan. Kompensasi **konvensi, kampanye penjualan dan penghargaan (conventions, sales campaigns, and recognition)** diberikan kepada agen yang kinerjanya mencapai atau melebihi standar kinerja tertentu. Demikian juga

kompensasi diberikan kepada agen kalau kampanye penjualan yang dilakukannya dapat target tertentu dan ini tujuannya adalah untuk memotivasi agen untuk bekerja maksimum.

Proses Penjualan

Proses penjualan asuransi kumpulan dan perorangan terdiri dari beberapa unsur yang sama. Proses tersebut terdiri dari langkah-langkah tertentu seperti mencari **prospek (prospect)** sampai transaksi penjualan dan pelayanan klien setelah terjadi penjualan. Namun masing-masing langkah tersebut berbeda untuk asuransi kumpulan dan asuransi perorangan.

Penjualan Asuransi Kesehatan Kumpulan

Pengembangan Prospek

Perwakilan asuransi kesehatan kumpulan umumnya mencari calon peserta melalui agen dan broker serta menghabiskan waktu cukup banyak untuk memanfaatkan prospek tersebut sebagai sumber usaha (bisnis). Perwakilan ini bisa melakukan pendekatan menyeluruh untuk mengembangkan prospek asuransi kumpulan ini, yaitu dengan melakukan pertemuan secara teratur dengan para agen, melakukan pelatihan tertentu kepada sejumlah agen serta menyebarkan buletin pemasaran dan buletin informasi lainnya.

Pengembangan prospek (prospecting) yang paling berhasil biasanya terjadi kalau perwakilan kelompok mampu mengembangkan hubungan baik dengan para agen dan melatih serta memotivasi mereka untuk melakukan pengembangan prospek secara teratur. Demikian juga, broker asuransi umum bisa dimanfaatkan sebagaimana halnya dengan agen tersebut. Kunci keberhasilan pengembangan prospek adalah melakukan motivasi dan pelatihan bagi setiap broker.

Dalam melakukan pengembangan prospek, cara yang dilakukan perwakilan kelompok agak berbeda. Biasanya perwakilan kelompok mengembangkan hubungan kerja yang erat satu sama lain dan melakukan motivasi kepada broker untuk mengembangkan prospek bagi perusahaan asuransi tertentu. Pengembangan asuransi kumpulan juga dapat dilakukan melalui bantuan konsultan asuransi karyawan. Perwakilan kelompok juga dapat menjalin kerja sama dengan manajer perusahaan besar untuk mengembangkan asuransi kumpulan.

Terlepas dari cara apa yang dilakukan untuk mengembangkan prospek asuransi kumpulan, yang paling penting adalah mendapatkan informasi yang diperlukan untuk mempersiapkan proposal dan merencanakan santunan.

Perencanaan Manfaat dan Persiapan Proposal

Untuk menyusun sebuah proposal, perusahaan asuransi harus melakukan perhitungan tentang kebutuhan prospek, menyusun manfaat, melakukan underwriting, menghitung premi dan menyusun agar semua rencana tersebut dalam sebuah rencana proposal yang menarik. Untuk menyusun proposal tersebut, diperlukan informasi khusus tentang prospek, tentang data karyawan, deskripsi sistem asuransi yang dimiliki karyawan tersebut sekarang serta deskripsi manfaat yang direncanakan, termasuk informasi tentang premi dan klaim yang terjadi selama ini.

Informasi lain yang perlu dipertimbangkan adalah ciri usaha prospek bersangkutan, apakah ada kesepakatan antara karyawan dan majikan yang diperkirakan mempengaruhi rencana manfaat yang ditawarkan, apakah ada kesepakatan dari pemilik, apa yang diharapkan oleh klien serta gambaran keuangan perusahaan bersangkutan.

Spesifikasi program (plan specification) yang direncanakan dapat bervariasi, yang dipengaruhi oleh preferensi broker atau konsultan. Spesifikasi program terutama diperlukan oleh klien untuk melakukan perbandingan dengan proposal lain, serta memberikan gambaran objektif tentang perusahaan asuransi mana yang paling mampu melaksanakan rencana tersebut dengan biaya paling efisien.

Rekomendasi yang disampaikan oleh perwakilan kelompok dalam suatu wilayah adalah faktor utama yang menentukan keputusan perusahaan asuransi apakah akan melanjutkan usahanya atau tidak. Perwakilan kelompok harus yakin terlebih dahulu apakah prospek yang dikembangkan akan memenuhi standar underwriting perusahaan asuransi, dan yakin pula bahwa penjualan akan dapat berhasil. Hal ini perlu diketahui sebelum perusahaan asuransi melanjutkan proses penyusunan proposal.

Format proposal untuk kelompok prospek yang berjumlah besar biasanya meliputi informasi berikut:

- gambaran singkat atau outline setiap manfaat yang dimasukkan dalam paket manfaat
- tarif dan premi untuk setiap cakupan manfaat
- asumsi-asumsi dan persyaratan dalam melakukan underwriting sehubungan dengan manfaat yang diusulkan
- gambaran biaya program tersebut, biasanya mencakup kurun waktu 3 sampai 5 tahun
- informasi tentang kekuatan dan kinerja keuangan perusahaan asuransi tersebut termasuk daftar hubungan kerjanya dengan perusahaan peserta

Proposal untuk kelompok kecil juga memerlukan informasi tersebut di atas, akan tetapi tidak termasuk gambaran estimasi biaya. Estimasi biaya tersebut menggambarkan berapa banyak premi akan dipergunakan untuk membayar manfaat, berapa untuk pengeluaran rutin perusahaan, dan biaya-biaya lain, termasuk pula berapa yang akan dikembalikan kepada peserta dalam bentuk dividen, kalau memang ada. Ilustrasi biaya program semacam ini tidak diperlukan untuk rencana peserta kelompok dalam jumlah kecil, karena setiap klaim dari kelompok kecil tersebut biasanya tidak termasuk pemberian “experience refund”, yaitu pengembalian premi kepada kelompok peserta tersebut kalau ternyata biaya program lebih kecil dari jumlah premi yang dikumpulkan.

Presentasi Proposal

Konsultan penyusunan santunan bagi karyawan serta broker skala besar biasanya meminta semua proposal langsung disampaikan kepada mereka, untuk dianalisis dan selanjutnya memberikan rekomendasi kepada klien. Hal ini juga dilakukan oleh broker yang lebih kecil. Namun biasanya broker dan agen berskala kecil biasanya mengharapkan keterlibatan perwakilan kelompok dalam melakukan presentasi proposal tersebut kepada klien.

Hal-hal umum yang dipertimbangkan dalam melakukan evaluasi proposal tersebut adalah kemampuan, pengalaman dan reputasi perusahaan asuransi bersangkutan. Kemudian, hal khusus yang dipertimbangkan adalah rumusan rencana manfaat yang ditawarkan oleh perusahaan asuransi tersebut, sejauh mana rencana manfaat tersebut akan dipenuhi atau diwujudkan, serta posisi tarif dan biaya yang ditawarkan dibandingkan dengan perusahaan asuransi lain.

Menutup Penjualan

Apakah kelompok besar atau kecil, bagian dari proses penjualan ini dilengkapi dengan aplikasi yang ditandatangani dan tanda terima untuk premi bulan pertama dari pemegang polis yang baru sebagai suatu akad penjualan. Proses ini adalah merupakan kegiatan **menutup penjualan (closing the sale)**.

Pendaftaran Karyawan dan Instalasi Program

Proses pendaftaran berbeda antara rencana baru dan yang ada.

Program yang baru. Ketika program kumpulan ditawarkan untuk pertama kalinya, atau ada lini asuransi (seperti asuransi gigi) ditambahkan ke program yang ada, langkah selanjutnya setelah menutup penjualan adalah menyajikan program tersebut kepada karyawan. Setelah perusahaan asuransi menyiapkan surat pengumuman atau buklet yang menjelaskan program tersebut kepada karyawan, pemberi kerja mengatur

pertemuan presentasi kepada karyawan, distribusi kartu pendaftaran karyawan, dan tindak lanjut ada wakil karyawan untuk mendapatkan kartu yang ditandatangani. Dukungan aktif dari pemberi kerja dan penggunaan wakil karyawan sangat penting untuk mendapatkan kartu pendaftaran karyawan yang ditandatangani, terutama jika karyawan membayar sebagian dari biaya program.

Program yang sudah ada. Kalau sistem manfaat yang ada sekarang akan diserahkan kepada perusahaan asuransi yang baru, maka perlu dilakukan pendaftaran kembali, meskipun tidak ada perubahan lain yang dilakukan. Pendaftaran ulang ini perlu dilakukan dengan pertimbangan sebagai berikut:

- kembali mengingatkan karyawan tentang adanya manfaat tersebut
- agar karyawan lebih mengenal perusahaan asuransi yang baru
- karyawan akan patuh membayar premi kalau satu saat premi tersebut dinaikkan

Setelah pendaftaran ulang selesai dilakukan, perwakilan kelompok mengirimkan formulir permohonan yang sudah ditanda tangani, kartu peserta dan premi bulan pertama kepada perusahaan asuransi atau kantor cabangnya di lapangan. Ini diperlukan untuk pengesahan kepesertaan, pemberian sertifikat kepesertaan dan bahan-bahan administrasi lainnya.

Perwakilan kelompok, biasanya ditemani oleh agen atau broker, menyampaikan bahan-bahan tersebut kepada klien dan menjelaskan semua aspek tentang administrasi, termasuk tentang penagihan dan perhitungan premi, tata cara klaim dan manfaat yang dicakup. Untuk kelompok peserta yang lebih kecil, semua proses tersebut cukup dilakukan oleh agen saja.

Pelayanan Kepada Pemegang Polis

Perwakilan dan pelayanan kelompok secara berkala mengadakan kunjungan kepada pemegang polis agar proses administrasi bisa berjalan lancar. Biasanya dipergunakan formulir yang berisi check-list untuk menilai secara menyeluruh proses administrasi yang dilaksanakan. Formulir tersebut biasanya dipergunakan sebagai laporan pelayanan yang disampaikan kepada kantor pusat perusahaan asuransi bersangkutan.

Menjaga kesinambungan bisnis adalah aspek penting dalam fungsi pelayanan. Misalnya, kalau premi dinaikkan, bisa terjadi penghentian kepesertaan atau pindahnya peserta ke perusahaan asuransi lain. Hubungan baik dengan perwakilan kelompok dan pelayanan bisa membantu meningkatkan pengertian pemegang polis atau broker, kenapa kenaikan premi tersebut perlu dilakukan.

Pelayanan yang baik sangat menentukan kepuasan dan keberlangsungan kepesertaan pemegang polis. Pelayanan yang tidak baik bisa dimanfaatkan oleh broker dan pemasaran perusahaan asuransi lain. Bagi perwakilan kelompok, keuntungan penting untuk memberikan pelayanan secara teratur dan memuaskan klien adalah terbukanya kesempatan untuk menjual santunan yang lebih luas kepada klien.

Penjualan Asuransi Kesehatan Perorangan

Pengembangan Prospek

Semua prospek untuk asuransi kesehatan perorangan mempunyai nama, tetapi tidak semua nama adalah **prospek (prospect)**. Pencatatan nama adalah langkah awal dalam melakukan kegiatan pengembangan prospek. Setelah daftar nama tersebut disusun, maka langkah berikutnya adalah bagi agen untuk merubah daftar nama tersebut menjadi prospek atau **pengembangan prospek (prospecting)**. Daftar nama tersebut baru bisa dikatakan sebagai prospek asuransi kesehatan perorangan kalau nama-nama tersebut terbukti membutuhkan asuransi kesehatan dan mempunyai kemampuan untuk membayar premi serta memenuhi syarat-syarat yang diperlukan untuk proses underwriting.

Agen asuransi kesehatan menyusun daftar prospek dengan menggunakan berbagai sumber data, misalnya dari pemegang polis asuransi yang ada, dari agen atau dari perusahaan asuransi, dari teman dan keluarga agen tersebut, rujukan dari pemegang polis atau orang tertentu yang dapat mempengaruhi orang lain untuk membeli asuransi dari agen tertentu.

Sumber data lain adalah catatan di pemerintah daerah, buku telepon, daftar lulusan perguruan tinggi, daftar manfaat pinjaman di bank, dan daftar berbagai kegiatan swadaya masyarakat. Sumber data lain yang cukup penting adalah iklan perkawinan dan kelahiran, atau bahkan dari perusahaan yang khusus yang melakukan kompilasi daftar prospek.

Untuk dapat melakukan interview dengan prospek, para agen dapat melakukan beberapa pendekatan, yaitu:

- **telepon langsung (cold call)** - agen langsung memberikan penawaran kepada prospek melalui telepon tanpa memberi tahu sebelumnya
- **pendekatan melalui telepon (pre-approach telephone call)** - sebelum melakukan pertemuan untuk mengajukan penawaran penjualan, agen menelepon prospek untuk menumbuhkan minatnya
- **surat perkenalan (pre-approach letter)** - agen mengirim surat kepada prospek untuk menjelaskan kenapa ia ingin mengadakan

kunjungan, diikuti dengan telepon untuk mengatur pertemuan guna wawancara

- **rujukan pemegang polis (policyholder referral)** - kenalan dekat agen dan prospek membuat perjanjian untuk mempertemukan agen dan prospek, atau agen mengirim surat pendahuluan dan dalam surat tersebut dicantumkan nama sejumlah klien yang merekomendasikan agen tersebut menemui prospek bersangkutan. Klien tersebut adalah orang yang dikenal oleh prospek bersangkutan.

Hal terakhir yang disebutkan di atas sangat penting artinya menunjang kegiatan agen, yaitu memanfaatkan pengaruh pemegang polis dalam mendukung kegiatan penjualan oleh agen. Pengaruh semacam itu juga bisa diperoleh dari pengacara, akuntan, banker dan developer, yang umumnya mempunyai jaringan relasi yang cukup luas serta reputasi yang dipercayai.

Pencarian fakta

Setelah berhasil melakukan pendekatan, agen mulai melakukan wawancara. Tujuannya adalah untuk memperoleh informasi tentang kebutuhan prospek atau **pencarian fakta (fact finding)**. Kebutuhan tersebut dapat diketahui dari jawaban atas dua pertanyaan pokok berikut:

- Apa jenis asuransi kesehatan yang telah dimiliki prospek bersangkutan
- Apakah ada kesenjangan atau yang kurang dalam asuransi tersebut yang perlu dilengkapi agar diperoleh perlindungan penuh bagi prospek bersangkutan

Setelah jawaban atas kedua pertanyaan tersebut diperoleh, maka kebutuhan prospek bersangkutan dapat digolongkan dalam tiga kategori pasar yang telah disebutkan di muka, yaitu: primer permanen, primer sementara atau suplemen.

Kalau jawabannya adalah bahwa prospek tersebut termasuk dalam pasar primer permanen dan tidak termasuk dalam salah satu asuransi kumpulan serta tidak dilindungi oleh asuransi pemerintah, maka santunan yang ditawarkan harus termasuk pelayanan dasar atau pelayanan rumah sakit dan bedah yang komprehensif, yang besarnya sesuai dengan biaya pelayanan rumah sakit di wilayah setempat. Selain itu, juga perlu dimasukkan santunan biaya tindakan medis besar dan kompensasi pendapatan yang cukup untuk menunjang kebutuhan hidup sehari-hari prospek bersangkutan.

Prospek tersebut mungkin juga membutuhkan santunan untuk sementara. Banyak santunan asuransi kumpulan menetapkan syarat sudah bekerja selama 30, 60 atau 90 hari sebelum seorang karyawan boleh menjadi

peserta asuransi kumpulan. Dalam situasi demikian, prospek yang bersangkutan hanya memerlukan asuransi sementara selama masa tersebut, sampai tiba saatnya ia boleh menjadi peserta asuransi kumpulan. Jawaban prospek bisa juga menunjukkan bahwa ia memerlukan cakupan suplementer (pelengkap), meskipun ia sudah menjadi peserta asuransi kumpulan.

Menyampaikan Bahan-Bahan Penjualan

Setelah memperkirakan sifat dan besarnya kebutuhan prospek, agen kemudian menawarkan produk atau santunan yang paling tepat untuk prospek tersebut. Biasanya agen menggunakan bahan-bahan informasi yang telah dipersiapkan oleh perusahaan asuransi. Bahan tersebut termasuk brosur, pamflet dan foto atau gambar-gambar yang berisi keterangan tentang manfaat dan batasan-batasan dari produk yang ditawarkan. Dengan menggunakan bahan-bahan tersebut serta memberi penjelasan tentang apa yang paling baik bagi prospek bersangkutan, agen membantu prospek untuk mengambil keputusan untuk membeli produk yang ditawarkan.

Menutup Penjualan

Untuk membuat akad penjualan, agen melengkapi pengisian formulir permohonan sesuai dengan santunan yang disepakati dan langsung menerima pembayaran premi yang pertama sebagai suatu akad penjualan. Pembayaran premi pertama ini dalam praktek tidak selalu diperlukan. Proses ini adalah merupakan kegiatan **menutup penjualan (closing the sale)**.

Melayani Pemegang Polis

Setelah santunan ditetapkan, kemudian agen menyampaikan secara langsung polis tersebut kepada pemegang polis, sekaligus menerangkan apa saja manfaat yang tercakup di dalamnya. Agen harus menerangkan bagaimana cara mengajukan klaim dan juga memberikan formulir pengajuan klaim kepada pemegang polis tersebut.

Pelayanan kepada pemegang polis harus dilakukan secara efisien dan tepat waktu selama kurun waktu berlakunya kontrak. Dalam banyak pengalaman, setelah agen membantu pemegang polis melakukan perubahan-perubahan dalam polisnya, atau pemegang polis tersebut menjawab pertanyaan agen, pemegang polis tersebut sering merekomendasikan prospek lain. Di samping itu, sering pula agen tersebut mendapat kesempatan untuk menjual manfaat tambahan kepada pemegang polis bersangkutan kalau kemudian terjadi perubahan dalam kebutuhannya.

Ringkasan

Sistem pelayanan kesehatan senantiasa berubah dan berkembang. Oleh sebab itu asuransi kesehatan juga perlu berubah dan berkembang atau kalau tidak, produk yang ditawarkannya menjadi kadaluwarsa. Perusahaan asuransi harus terus melakukan penelitian pasar, mengembangkan produk-produk yang inovatif agar sesuai dengan kebutuhan tertentu, meningkatkan pelatihan para agen, meneliti adanya pasar yang baru, serta mengembangkan atau memodifikasi sistem distribusi yang ada. Keberhasilan pemasaran dan penjualan asuransi kesehatan kumpulan dan perorangan tergantung pada mutu pelayanan perusahaan asuransi dan kepuasan konsumen.

Pasaran asuransi kompensasi pendapatan mengalami perubahan dengan cepat karena terjadi perubahan besar dalam klaim dan morbiditas penyakit, baik dalam asuransi kesehatan kumpulan maupun perorangan. Banyak perusahaan asuransi yang telah mengundurkan diri dari pasar asuransi jenis ini. Perusahaan yang terus bertahan harus melakukan perubahan drastis dalam hal jenis dan sifat produk yang ditawarkan. Demikian pula perusahaan tersebut melakukan perubahan mendasar dalam hal standar dan persyaratan underwriting, teknik administrasi klaim, tarif produk, serta struktur komisi. Hal tersebut dilakukan untuk membawa kembali perusahaan tersebut pada posisi yang menguntungkan. Perusahaan asuransi harus siap untuk bergerak cepat dan harus inovatif kalau mau terus berkiprah dalam arena asuransi kesehatan.

Fungsi pemasaran memegang peranan penting dalam asuransi kesehatan kumpulan dan perorangan. Kegiatan ini sangat erat kaitannya dengan besarnya pemasukan dari pengumpulan premi baru-yaitu merupakan darah bagi perusahaan asuransi. Untuk tetap mempertahankan kepesertaan atau mendapatkan peserta baru dalam era yang penuh persaingan dewasa ini, unit pemasaran perlu bekerja sama dengan unit-unit lain dalam perusahaan bersangkutan, misalnya dengan unit underwriting, aktuaria, klaim dan pelayanan kepada pemegang polis.

Penggunaan teknologi digital dalam pemasaran asuransi seperti penggunaan internet melalui situs web dan media sosial sudah banyak dimanfaatkan oleh perusahaan-perusahaan asuransi.

Istilah Penting

Agency system

Agent

Broker

Cold call

Commission

Development expense allowance

Sistem keagenan

Agen

Pialang

Telepon langsung

Komisi

Tunjangan biaya pengembangan

| | |
|--|--|
| <i>Direct mail</i> | <i>Surat langsung</i> |
| <i>Employee benefit consultant</i> | <i>Konsultan kesejahteraan karyawan</i> |
| <i>Franchise plan</i> | <i>Franchise plan</i> |
| <i>General agent</i> | <i>Agen umum</i> |
| <i>Group representative</i> | <i>Perwakilan kelompok</i> |
| <i>High-low commission</i> | <i>Komisi tinggi-rendah</i> |
| <i>Level commission</i> | <i>Komisi tetap</i> |
| <i>Market analysis</i> | <i>Analisis pasar</i> |
| <i>Market research</i> | <i>Penelitian pasar</i> |
| <i>Marketing</i> | <i>Pemasaran</i> |
| <i>Mass marketing</i> | <i>Pemasaran massal</i> |
| <i>Multiple-employer group</i> | <i>Kelompok kumpulan perusahaan</i> |
| <i>Needs evaluation</i> | <i>Evaluasi kebutuhan</i> |
| <i>Override commission</i> | <i>Komisi override</i> |
| <i>Personal producing general agent (PPGA)</i> | <i>Personal Producing General Agent (PPGA)</i> |
| <i>Plan specifications</i> | <i>Spesifikasi program</i> |
| <i>Policyholder referral</i> | <i>Referensi pemegang polis</i> |
| <i>Policyholder service</i> | <i>Pelayanan pemegang polis</i> |
| <i>Pre-approach letters</i> | <i>Surat pendahuluan</i> |
| <i>Pre-approach telephone calls</i> | <i>Telepon pendahuluan</i> |
| <i>Primary interim market</i> | <i>Pasar primer sementara</i> |
| <i>Primary permanent market</i> | <i>Pasar primer permanen</i> |
| <i>Product design</i> | <i>Rancangan produk</i> |
| <i>Proposal</i> | <i>Proposal</i> |
| <i>Prospect</i> | <i>Prospek</i> |
| <i>Prospecting</i> | <i>Pengembangan prospek</i> |
| <i>Research and development (R&D)</i> | <i>Penelitian dan pengembangan (litbang)</i> |
| <i>Sales monitoring and review</i> | <i>Penelaahan dan pemantauan penjualan</i> |
| <i>Third-party sponsorship</i> | <i>Sponsor pihak ketiga</i> |
| <i>Training allowance</i> | <i>Tunjangan pelatihan</i> |
| <i>Vending machine</i> | <i>Mesin jual otomatis</i> |
| <i>Vesting</i> | <i>Vesting</i> |

Bab 7

Underwriting

| | |
|--|-----|
| <i>Pengertian Underwriting</i> | 192 |
| <i>Mengapa Perlu Underwriting</i> | 193 |
| <i>Keputusan Underwriting</i> | 195 |
| <i>Tugas, Fungsi dan Tanggung Jawab Underwriter</i> | 196 |
| <i>Underwriter Asuransi Kesehatan Kumpulan</i> | 196 |
| <i>Underwriter Asuransi Kesehatan Perorangan</i> | 199 |
| <i>Faktor-faktor Seleksi Risiko</i> | 201 |
| <i>Faktor-Faktor Seleksi Asuransi Kesehatan Kumpulan</i> | 201 |
| <i>Faktor-Faktor Seleksi Asuransi Kesehatan Perorangan</i> | 216 |
| <i>Sumber Informasi Underwriting</i> | 221 |
| <i>Sumber Informasi Asuransi Kesehatan Kumpulan</i> | 221 |
| <i>Sumber Informasi Asuransi Kesehatan Perorangan</i> | 223 |
| <i>Kecenderungan ke Depan</i> | 230 |

Istilah **underwriting (seleksi risiko)** dikenal sebagai suatu proses di mana perusahaan asuransi atau penanggung akan menentukan apakah akan menerima sebuah aplikasi permohonan asuransi. Penanggung yang melakukan underwriting untuk **asuransi kesehatan kumpulan (group health insurance)** berpedoman dengan pemahaman bahwa sekelompok orang-orang yang jumlahnya besar hanya akan memiliki beberapa orang saja yang memiliki masalah kesehatan yang parah dan sering, dan merupakan risiko yang tidak dapat diasuransikan atau dapat diasuransikan dalam batas-batas tertentu.

Kondisi kesehatan perorangan bukan merupakan masalah **underwriter** asuransi kumpulan, kecuali bila kelompok tersebut terlalu kecil, Yang terpenting adalah, penyebaran risiko yang luas — sebagian besar karyawan harus memenuhi syarat dan tanggungannya atau keluarganya ikut serta dalam paket asuransi kesehatan itu. Penyebaran ini memungkinkan penanggung dapat mengambil kesimpulan bahwa orang-orang tersebut umumnya dalam keadaan sehat.

Penanggung yang melakukan underwriting **asuransi kesehatan perorangan (individual health insurance)**, tidak memiliki penyebaran risiko yang luas. Mereka harus menilai riwayat kesehatan setiap pemohon untuk menentukan apakah yang bersangkutan mempunyai risiko yang dapat diterima. Jika tidak dilakukan seleksi risiko, underwriter

membiarkan terjadinya kemungkinan **anti-seleksi (anti-selection, adverse selection)** yang menyebabkan biaya klaim yang lebih tinggi dari premi yang dibayarkan untuk produk asuransi.

Seseorang yang memiliki status kesehatan buruk cenderung lebih tertarik untuk membeli produk asuransi kesehatan dengan paket jaminan yang lebih komprehensif, sedangkan mereka dengan status kesehatan baik cenderung menolak produk asuransi kesehatan tersebut karena premi relatif mahal. Fenomena ini, disebut **adverse selection**. Adverse selection telah mendapat perhatian serius para ahli ekonomi kesehatan di berbagai negara karena merupakan salah satu penyebab terjadinya kerugian khususnya pasar asuransi kesehatan sukarela (Feldstein 1993). Penelitian bidang ekonomi dan asuransi kesehatan yang mengkaji pengaruh adverse selection pada kinerja pasar asuransi kesehatan telah banyak dilakukan. Studi yang bertujuan untuk mendeteksi efek asuransi kesehatan terhadap permintaan pelayanan kesehatan juga harus mengidentifikasi terlebih dahulu kemungkinan adanya adverse selection sehingga hasil estimasi utilisasi menunjukkan efek murni dari program asuransi kesehatan. Studi yang dimaksud, misalnya, telah dilakukan di beberapa negara seperti Amerika (Manning et al. 1987; Kreider and Nicholson 1997), Australia (Cameron et al. 1988), Jerman (Geil et al. 1997), Switzerland (Holly et al. 1998), Perancis (Chiappori et al. 1998, Delattre and Dormont 2003), Ekuador (Waters 1999), Arab (Yip and Berman (2001), dan Indonesia (Hidayat et al. 2004).

Bab ini membahas fungsi dasar dari **underwriter**, faktor-faktor yang harus dipertimbangkan untuk menentukan seleksi risiko, dan sumber informasi yang dapat membantu mereka menilai apakah sebuah kelompok atau seorang individu memiliki risiko yang dapat diterima untuk pertanggung jawaban asuransi kesehatan. Kebanyakan contoh yang digunakan pada bab ini adalah berhubungan dengan **asuransi biaya medis (medical expense insurance)** dan **asuransi disabilitas pendapatan (disability income insurance)**.

Pengertian Underwriting

Underwriting adalah suatu proses untuk menentukan apakah sebuah permohonan asuransi calon tertanggung diterima atau ditolak (HIAA 1995). Sedangkan, Merlis M (2005) mendefinisikan underwriting adalah suatu proses untuk mengklasifikasikan tingkatan atau besaran risiko calon peserta asuransi serta memutuskan apakah sebuah polis asuransi perlu di-issued, jika polis di-issued, dalam batas-batas apa dan berapa tarif preminya

Secara implisit, kedua definisi ini mengisyaratkan adanya aktifitas underwriting yaitu proses pengambilan keputusan. Pengambilan keputusan tentunya mengharuskan adanya berbagai aktifitas yang harus ditempuh oleh orang yang melakukan underwriting, yang disebut underwriter. Untuk asuransi kesehatan, karena erat kaitannya dengan manajemen risiko akibat kasus kesakitan maka lingkup aktifitas underwriter adalah seleksi risiko kesakitan terhadap calon peserta yang meliputi penilaian dan klasifikasi derajat risiko tersebut.

Underwriting dilakukan oleh semua jenis asuransi, dan bukan hanya dilakukan oleh asuransi kesehatan. Sebuah perusahaan asuransi mobil akan memutuskan untuk menerima permohonan asuransi dengan menetapkan tarif premi lebih tinggi dari rata-rata jika pemohon adalah pengemudi yang berusia muda, belum menikah, atau bahkan menolak permohonan jika pemohon memiliki **pengalaman (experience)** kecelakaan pada masa lalu. Keputusan yang dibuat perusahaan asuransi itu didasarkan pada informasi dan fakta-fakta empiris yang diperoleh dari aktifitas underwriting. Jadi bukan didasarkan atas pertimbangan subjektif terhadap pemohon. Contoh lain, sebuah perusahaan asuransi kebakaran, ketika melakukan underwriting, underwriter akan memeriksa langsung kondisi barang yang diasuransikan (misal Rumah). Perusahaan asuransi akan membuat keputusan menerima permohonan dan setuju menjamin dengan nilai jaminan sejumlah X rupiah jika suatu saat terjadi kebakaran pada Rumah yang diasuransikan itu. Selanjutnya, perusahaan akan menetapkan besaran premi yang harus dibayar pemohon. Jika, dari hasil pemeriksaan lapangan yang dilakukan underwriter menunjukkan bahwa rumah yang diasuransikan ternyata dilengkapi dengan sistem pengaman kebakaran yang bagus, sehingga risiko akibat kebakaran menjadi lebih kecil, tarif premi yang diberlakukan bisa menjadi lebih murah ketimbang tarif rata-rata premi yang ada.

Walaupun dilakukan oleh semua jenis asuransi, fokus utama underwriting berbeda antara jenis asuransi yang satu dengan yang lainnya. Underwriting asuransi jiwa, misalnya, lebih mengutamakan risiko kematian yang akan terjadi pada calon peserta. Sedangkan, underwriting asuransi kesehatan lebih mengutamakan morbiditas yaitu kejadian kesakitan dan/atau kecelakaan di dalam sebuah populasi tertentu.

Mengapa Perlu Underwriting

Alasan mendasar perusahaan asuransi melakukan underwriting adalah untuk meminimalkan terjadinya adverse selection. Seperti disampaikan pada bagian pendahuluan bahwa pada situasi pasar asuransi sukarela orang cenderung membeli produk asuransi jika mereka yakin dan paham kalau dimasa depan akan memerlukan biaya tinggi sehubungan dengan

risiko yang dimilikinya. Jadi semakin tinggi risiko yang dihadapi orang akan semakin tinggi permintaan orang tersebut untuk membeli asuransi. Tanpa adanya aktifitas underwriting, tidak tertutup kemungkinan pemohon dengan risiko tinggi dapat diterima menjadi peserta, sementara premi yang ditetapkan tidak sebanding dengan risiko yang dimiliki oleh peserta tersebut. Kalau hal ini terjadi pada sebagian besar peserta asuransi, maka akan mempengaruhi kelangsungan usaha asuransi. Perusahaan bisa menjadi bangkrut karena premi asuransi yang ditetapkan tidak mencukupi untuk membiayai paket jaminan yang dijanjikan perusahaan. Strategi yang harus dilakukan perusahaan asuransi komersial yang ditujukan untuk melindungi bisnis asuransinya adalah dengan melakukan underwriting.¹

Tidak ada perusahaan asuransi manapun di dunia yang dapat dengan pasti mengidentifikasi seluruh calon peserta yang sekiranya akan membutuhkan biaya-biaya tinggi (Merlis M 2005). Namun demikian, perusahaan asuransi dapat memprediksi apakah calon peserta akan membutuhkan biaya tinggi atau tidak yaitu dengan melihat pengalaman-pengalaman, kasus-kasus kesehatan, masa lalu dari calon tertanggung. Pemohon yang memiliki masalah kesehatan tertentu dimasa lalu, secara rata-rata, akan membutuhkan biaya yang lebih tinggi ketimbang calon peserta yang tidak memiliki pengalaman masalah kesehatan.

Sebagai gambaran, Tabel 7.1 menyajikan perbandingan prediksi biaya pelayanan kesehatan antara pemohon asuransi kesehatan yang memiliki dan tidak memiliki masalah-masalah kesehatan seperti Kanker, Diabetes, dan/atau Jantung.² Perlu dicatat bahwa pengalaman masa lalu ini bukan satu-satunya faktor yang harus diperhatikan ketika melakukan underwriting, masih banyak faktor risiko lainnya yang harus dianalisis (faktor-faktor risiko lainnya, secara rinci disajikan pada bagian belakang bab ini). Contoh yang disajikan pada Tabel 7.1 hanya digunakan untuk menyederhanakan dan memberi gambaran bagaimana underwriting dilakukan.

Tampak pada Tabel 7.1 bahwa rata-rata biaya kesehatan peserta, setelah dikoreksi oleh faktor usia dan jenis kelamin, yang memiliki satu kasus dan/atau lebih dari tiga kasus kesehatan yang ada (Kanker, Diabetes, Jantung) ketika melamar menjadi peserta asuransi mencapai hampir 5 (lima) kali lebih tinggi ketimbang pemohon yang tidak memiliki kasus

¹ Salah satu instrument kebijakan yang paling handal untuk mengantisipasi terjadinya adverse selection adalah dengan mewajibkan seluruh penduduk yang memenuhi syarat untuk bergabung dengan asuransi. Hal ini dilakukan jika kebijakan publik mengarah pada sistem asuransi kesehatan sosial.

² Informasi pada Tabel 1 diperoleh dari the Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) yang dilakukan oleh the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

kesehatan tersebut (USD 11.194 vs. USD 2.266). Perusahaan asuransi yang menerima seluruh pelamar dan menetapkan tarif premi sama (dengan pendekatan **community rating**) bagi seluruh pelamar dapat menawarkan nilai tarif premi tahunan sebesar USD 3.092 (ditambah dengan loading faktor yaitu biaya-biaya administrasi dan keuntungan). Jika perusahaan asuransi menolak pelamar yang memiliki kasus-kasus kesehatan maka perusahaan dapat menawarkan tarif premi hanya USD 2.266 (plus loading faktor), yang berarti 27% lebih murah.

Tabel 7.1. Biaya Pelayanan Kesehatan Peserta Asuransi Kesehatan Swasta Dengan dan Tanpa Kasus Kanker, Diabetes, dan Penyakit Jantung (tahun 2001)

| | Pengalaman kasus kesehatan kanker, diabetes, dan/atau jantung | | Total |
|--|---|-------|-------|
| | Ya | Tidak | |
| Persen populasi (%) | 9 | 91 | 100 |
| Persen terhadap total premi (%) | 34 | 66 | 100 |
| Biaya per kapita (USD) | 11.194 | 2.266 | 3.092 |

Kalau seluruh perorangan, baik yang memiliki risiko rendah (sehat) atau tinggi (sakit), melamar menjadi tertanggung, perusahaan asuransi dapat menerima seluruh pelamar tersebut dengan besaran tarif premi yang sama. Kondisi ini bisa terjadi pada pasar asuransi kumpulan dengan jumlah anggota yang relatif besar (kelompok besar akan memiliki kombinasi perorangan/pegawai yang memiliki risiko tinggi dan rendah). Di sini tampak bahwa besar kecilnya kelompok merupakan faktor yang perlu dipertimbangkan ketika melakukan underwriting kumpulan.

Keputusan Underwriting

Melalui aktifitas underwriting perusahaan asuransi dapat memprediksi besaran risiko dan mengklasifikasikan risiko calon tertanggung. Informasi tersebut penting diketahui sebagai bahan pertimbangan untuk membuat keputusan akhir tentang status permohonan calon tertanggung. Sekiranya permohonan peserta asuransi diterima, perusahaan asuransi juga harus menyelaraskan risiko yang dimiliki pemohon dengan tarif premi serta paket santunan atau manfaat. Ada tiga kemungkinan keputusan underwriting yaitu:

- Menerima permohonan asuransi calon peserta;
- Menerima permohonan asuransi calon peserta, namun dengan catatan adanya ketentuan-ketentuan yang harus dipenuhi peserta

atau memodifikasi terhadap perubahan paket jaminan yang diminta, atau

- Menolak permohonan asuransi.

Tugas, Fungsi dan Tanggung Jawab Underwriter

Seorang underwriter bisa seorang **agen** asuransi yang bekerja berhubungan langsung dengan konsumen, atau seorang **underwriter** kantor pusat yang tanggung jawab utamanya menilai risiko. Bab ini hanya membahas underwriting dari perspektif seorang underwriter asuransi kesehatan di kantor pusat, tidak membahas peran underwriting oleh agen.

Peran utama underwriter adalah: (1) menganalisis risiko kesehatan dan (2) memprediksi terjadinya risiko pada calon tertanggung. Untuk asuransi kesehatan, analisis risiko calon tertanggung dilakukan dengan mengkaji pengalaman kasus-kasus morbiditas yang pernah diderita pemohon pada masa lalu. Sedangkan perkiraan terjadinya risiko dilakukan dengan menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian morbiditas pada masa yang akan datang. Berdasarkan informasi dan hasil kajian terhadap informasi tersebut, seorang underwriter dapat mengambil keputusan terhadap status permohonan asuransi calon peserta. Informasi tentang risiko yang diperoleh seorang underwriter juga akan sangat berharga (bagi aktuaris) dalam menentukan tarif paket jaminan, atau premi, yang akhirnya akan diberlakukan bagi pemohon.

Ada hal yang membedakan prinsip kerja underwriter asuransi kesehatan perorangan dengan underwriter asuransi kesehatan kumpulan.

Underwriter Asuransi Kesehatan Kumpulan

Tanggung jawab utama underwriter asuransi kesehatan kumpulan antara lain adalah terhadap:

- Paket baru, pembaruan paket yang ada, dan modifikasi paket;
- Paket kecil yang diberi tarif menurut formula penarifan tertentu; serta
- Paket besar yang memiliki tarif seluruhnya berdasarkan pengalaman.

Underwriter asuransi kesehatan kumpulan memeriksa karakteristik program atau paket kumpulan, mempertimbangkan variabel yang ada, menentukan apakah sebuah program dapat diterima seperti apa adanya atau dimodifikasi, menurut standar penanggung, dan menentukan harga yang akan dibebankan.

Fungsi-fungsi lain dari underwriter asuransi kesehatan kumpulan -adalah:

- Mengidentifikasi pengecualian terhadap aturan pedoman standar underwriting;
- Menganalisis pengalaman yang lalu;
- Memperkirakan jumlah klaim;
- Menghitung cadangan klaim;
- Menentukan biaya administrasi;
- Melakukan seleksi risiko baik kelompok baru maupun kelompok telah ada; serta
- Menelaah perubahan polis dan aplikasi **bukti kelayakan asuransi (evidence of insurability)**, serta memodifikasi jika diperlukan.

Berbeda dengan underwriting asuransi kesehatan perorangan, seorang underwriter asuransi kesehatan kumpulan dalam melakukan aktivitasnya tidak terlalu menaruh perhatian khusus pada kondisi kesehatan perorangan (kecuali untuk kelompok yang dianalisis adalah kelompok dengan jumlah peserta yang sangat kecil). Hal utama yang menjadi kajian underwriter asuransi kesehatan kumpulan adalah melihat bagaimana penyebaran risiko kesehatan 'yang luas' di dalam kelompok tersebut dapat terjadi. Penyebaran risiko yang luas ini memungkinkan underwriter dapat mengambil kesimpulan apakah perorangan dalam kelompok tersebut secara umum masuk kategori sehat (memiliki risiko rendah) atau sakit (risiko tinggi).

Pada sebuah kelompok besar biasanya hanya ada sejumlah orang saja yang karena masalah-masalah kesehatan cukup serius dan sering muncul sehingga memiliki risiko yang tidak dapat diasuransikan atau dapat diasuransikan hanya dalam batas-batas tertentu. Namun demikian, pada sebuah kelompok tertentu biasanya memiliki banyak kesamaan karakteristik tentang perorangan dalam kelompok tersebut. Kondisi ini menyebabkan permasalahan potensial yang muncul dengan risiko kesakitan pada sebuah kelompok tertentu akan sulit dideteksi jika hanya melihat secara langsung kelompok tersebut secara keseluruhan. Masalah-masalah potensial akan muncul, jika analisis dilakukan dengan melihat secara saksama terhadap karakteristik dari kelompok itu. Oleh karenanya, dalam melakukan seleksi risiko, seorang underwriter kumpulan harus melakukan kajian tentang karakteristik 'spesifik' yang ada pada suatu kelompok yang membedakannya dengan kelompok lain. Underwriter harus mampu melihat dan menentukan apakah sebuah kelompok yang akan diterima berada dalam koridor 'parameter' tertentu untuk kelompok yang bisa diterima oleh perusahaan asuransi. Batas koridor parameter tersebut biasanya sudah ditetapkan oleh perusahaan asuransi.

Proses Seleksi

Kelompok-kelompok mempunyai kesamaan, tetapi underwriter kumpulan biasanya tertarik pada analisa karakteristik yang membedakan kelompok tertentu. Underwriter menentukan apakah suatu kelompok berada dalam parameter tertentu yang dibuat oleh penanggung sehingga kelompok tersebut termasuk dalam **kelompok yang dapat diterima (acceptable group)**. Masalah karakteristik suatu prospek kelompok biasanya tidak langsung dapat dilihat, tetapi terlihat sebagai masalah-masalah potensial selama underwriter memeriksa dan menilai kelompok tersebut.

Proses seleksi melibatkan sejumlah langkah, termasuk di dalamnya:

- Menganalisis setiap karakteristik kelompok, seperti tipe kelompok, jenis industri, ukuran kelompok, mereka yang memenuhi syarat, partisipasi, dan pertimbangan-pertimbangan finansial;
- Menilai karakteristik individu-individu yang memenuhi syarat, seperti gender, usia, pekerjaan, lokasi geografis, pendapatan, **perputaran (turnover)** karyawan, fasilitas administrasi, dan kontribusi karyawan;
- Menentukan kontrak yang akan diberlakukan dapat diterbitkan sesuai dengan hukum yang ada;
- Memastikan bahwa paket yang akan berlaku dapat diadministrasikan dengan memuaskan, baik oleh pemegang polis maupun oleh penanggung;
- Menentukan **kredibilitas (credibility)** pengalaman klaim yang lalu atau riwayat kesehatan yang dilaporkan oleh pemegang polis kelompok kecil; serta
- Membuat tarif premi yang diperkirakan akan memberikan kontribusi yang wajar sebagai surplus atau laba.

Banyak negara bagian di Amerika Serikat (AS) dalam awal tahun 1990-an mereformasi pasar kelompok usaha kecil, termasuk persyaratan di mana penanggung melayani kelompok kecil menerima permohonan dengan **jaminan diterbitkan (guarantee-issued)** polis atau diterimanya pertanggungan. HIPAA 1996 memberlakukan persyaratan ini secara federal untuk kelompok-kelompok kecil dengan karyawan hanya 2 orang sampai 50 orang. Peraturan di sana tidak membatasi premi yang dijual penanggung untuk kelompok kecil, akan tetapi penarifan preminya diatur oleh hukum dan regulasi asuransi negara bagian.

Untuk kelompok yang tidak dipengaruhi oleh persyaratan guarantee-issued tingkat negara bagian atau federal, baik paket kumpulan ataupun paket manfaat harus dapat diterima oleh penanggung. Jika kelompok itu dapat diterima, underwriter akan menentukan biaya paket manfaat yang

akan diterbitkan dan pelayanan yang akan diberikan, termasuk metode untuk mendanai klaim, cadangan, dan biaya administrasi. Jika kelompok dan paket tidak sesuai dengan standar perusahaan asuransi, penanggung boleh menolak kelompok tersebut.

Munculnya kondisi underwriting khusus. Contohnya, seorang underwriter kumpulan diminta untuk menduplikasi suatu paket manfaat yang dimiliki sebuah kelompok besar dengan penanggung lain, menemukan bahwa paket tersebut tidak memenuhi persyaratan penanggung. Underwriter bisa merekomendasikan manfaat, ketentuan, atau metode pendanaan alternatif sebagai solusi untuk masalah underwriting kumpulan tertentu. Contohnya, jika analisis klaim pasien rawat jalan menunjukkan adanya klaim-klaim besar yang patut dipertanyakan, underwriter bisa merekomendasikan pembatasan kontraktual untuk cakupan ini untuk menghindari penggunaan manfaat yang berlebih (*overutilization of benefit*).

Tarif

Paket kelompok kecil, penanggung menggunakan manual tarif dasar diterapkan sesuai komposisi kelompok (gender, usia, pendapatan, dan sebagainya). Untuk risiko yang lebih besar, penanggung biasanya menggunakan formula tarif pengalaman untuk menyesuaikan tarif manual mereka melihat pengalaman klaim-klaim sebelumnya. Pada nasabah yang sangat besar, penanggung memberikan kredibilitas penuh pada pengalaman klaim aktual.

Tipe-tipe industri tertentu juga menghasilkan kerugian berlebihan secara material dari pada yang diantisipasi oleh tarif manual penanggung, sehingga menghasilkan kelas risiko substandar atau risiko yang tidak dapat diterima, dan penanggung tidak akan menerima di bawah prosedur-prosedur tarif standar.³

Underwriter Asuransi Kesehatan Perorangan

Prinsip dasar dalam melakukan underwriting asuransi kesehatan perorangan adalah bahwa risiko kesehatan pemohon hanya dimiliki oleh pemohon yang bersangkutan. Oleh karenanya, underwriter asuransi kesehatan perorangan harus mengevaluasi riwayat kesehatan dari setiap pemohon untuk menentukan apakah pemohon memiliki risiko yang dapat diterima atau ditolak. Individu dengan status kesehatan buruk memiliki kebutuhan pelayanan kesehatan yang lebih tinggi sehingga akan lebih tertarik membeli produk asuransi kesehatan (*adverse selection*). Kondisi ini harus dapat dideteksi oleh underwriter asuransi perorangan karena

³ Untuk informasi lebih lanjut, bisa baca Bab 5 Penetapan Harga Produk dalam buku Dasar Asuransi Kesehatan Bagian B.

peluang terjadinya adverse selection semakin tinggi pada asuransi kesehatan perorangan.

Untuk memenuhi prinsip ekuitas dalam penentuan premi⁴, seseorang dengan status kesehatan buruk, jika permohonannya menjadi peserta diterima, harus membayar tarif premi yang lebih tinggi dari tarif rata-rata premi untuk individu dengan status kesehatan yang lebih baik.

Underwriter asuransi kesehatan perorangan lebih memberi perhatian pada morbiditas — frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan kecelakaan atau penyakit dalam kelas tertentu tertanggung perorangan. Karena morbiditas berhubungan dengan banyak hal yang tidak berwujud (intangible), maka sulit untuk menentukan dasar yang kuat dalam menilai risiko.

Fungsi-fungsi utama dari underwriter asuransi kesehatan perorangan adalah termasuk:

- Menilai dan, memilih pemohon asuransi kesehatan;
- Menentukan apakah sebuah aplikasi harus disetujui dan, jika disetujui, apa dasar persetujuannya; serta
- Memelihara komunikasi yang memadai dengan tenaga agen di lapangan (field force).

Komunikasi dengan tenaga lapangan penting bagi underwriter asuransi kesehatan perorangan. Agen memerlukan saran yang cepat tentang status aplikasi yang tertunda. Komunikasi yang baik, akan berkontribusi pada pemrosesan aplikasi yang tepat waktu dan kemampuan agen menangani klien secara, efektif, merupakan aspek penting dalam menjaga moral tenaga lapangan dengan baik.

Di AS, HIPAA 1996 meletakkan batasan tertentu pada praktek underwriting asuransi perorangan. Semua penanggung yang melayani pasar perorangan harus menerima siapapun yang **memenuhi syarat (eligible)** yang mengajukan pertanggunganan atau cakupan. **Kelayakan atau eligibilitas (eligibility)** didefinisikan menurut UU tersebut berarti seseorang yang telah dicakup paket selama 18 bulan, di bawah paket asuransi kesehatan kumpulan sebelumnya, yang tidak memenuhi syarat untuk asuransi lainnya. Penanggung juga tidak boleh memberlakukan pembatasan **kondisi yang telah ada sebelumnya (pre-existing condition)** pada cakupan yang diberikan pada orang yang memenuhi syarat tersebut.

⁴ Ada sejumlah prinsip yang harus diperhatikan ketika perhitungan premi dilakukan yaitu: adequate, masuk akal, kompetitif dan ekuitas (penjelasan detail tentang prinsip-prinsip perhitungan premi ini dibahas pada Bab 5 Penetapan Harga Produk buku Dasar Asuransi Kesehatan Bagian B).

Faktor-faktor Seleksi Risiko

Perkalian angka utilisasi pelayanan kesehatan dengan tarif rata-rata pelayanan kesehatan akan menghasilkan biaya kesehatan. Biaya ini, yang merupakan komponen terbesar dalam penentuan tarif premi, akan dikeluarkan perusahaan asuransi untuk membiayai sejumlah paket jaminan kesehatan yang dijanjikan kepada peserta. Untuk keperluan underwriting, underwriter harus memahami dengan benar tentang faktor-faktor yang berhubungan (determinant) dengan utilisasi pelayanan kesehatan. Hal ini bisa dilakukan, misal, dengan mempelajari hasil-hasil studi/penelitian tentang utilisasi terhadap pelayanan kesehatan.

Analisis yang melihat determinant terhadap utilisasi pelayanan kesehatan telah banyak dilakukan, baik di dalam negeri maupun di luar negeri. Ada tiga kerangka analisis (model) yang dapat dipakai untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan yaitu (Hidayat B, 2004): (1) behavioral model; (2) health beliefs model and (3) economic models. Kerangka analisis ini akan memberikan petunjuk bagi peneliti (dan juga underwriter tentunya) untuk mengidentifikasi berbagai faktor yang harus diperhatikan ketika menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan. Behavioral model, misalnya, menyatakan bahwa ada tiga faktor utama yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan. Ketiga faktor tersebut yaitu:

- faktor pre-disposisi, seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, ukuran keluarga.
- faktor enabling, seperti: tingkat pendapatan, kepemilikan asuransi;
- faktor need, seperti: status kesehatan, tingkat keparahan penyakit,

Faktor-faktor seleksi risiko (risk selection factors) dalam melakukan underwriting terhadap **nasabah baru (new business)** sangat berbeda antara asuransi kesehatan kumpulan dengan asuransi kesehatan perorangan.

Faktor-Faktor Seleksi Asuransi Kesehatan Kumpulan

Untuk menilai kelompok yang baru (seringkali sebuah kasus pindah pertanggungansan dari penanggung lain), underwriter melakukan asimilasi atau menyesuaikan dan mempertimbangkan semua informasi yang relevan. Faktor-faktor yang paling penting adalah:

- Ukuran kelompok;
- Industri;
- Komposisi kelompok;

- Lokasi kelompok;
- Paket atau program asuransi;
- Pembagian biaya;
- Fasilitas administrasi dari pemegang polis;
- **Pengalaman klaim sebelumnya (prior claim experience)** dan **cakupan sebelumnya (previous coverage)**, termasuk perubahan dalam manfaat atau tarif selama periode tertentu;
- Perjanjian komisi;
- **Persistensi (persistency)** yang diperkirakan; dan.
- Kemampuan untuk memenuhi kewajiban finansial (terutama pada nasabah besar).

Ukuran Kelompok

Pertimbangan-pertimbangan underwriting bervariasi tergantung dari besarnya kelompok.

Kelompok besar. Lebih banyak jumlah tertanggung, sehingga tingkat klaim dapat diperkirakan lebih akurat. Dalam paket perawatan kesehatan komprehensif, kelompok besar akan menghasilkan pola pengalaman klaim dari tahun ke tahun yang relatif kredibel atau dapat dipercaya secara statistik (statistically reliable). Tentu dalam hal ini dikecualikan bila ada klaim-klaim yang sangat besar yang disebabkan oleh penyakit katastropik dari satu atau lebih orang dalam kelompok.

Perhatian utama dalam melakukan underwriting terhadap kelompok besar adalah ketersediaan data dan keakuratan pola-pola pengalaman sebelumnya untuk membuat **tarif premi awal (initial premium rate)**. Suatu kelompok kecil dengan kenaikan pengalaman klaim 10 hingga 20 persen dari tingkat yang diperkirakan tidak akan memberikan pengaruh yang berarti pada keseluruhan operasional penanggung, karena hasilnya dapat dirata-ratakan dengan kelompok kecil yang lain dengan penurunan persentase klaim yang serupa.

Penyimpangan atau deviasi yang sama pada kelompok yang besar sekali dapat sangat merugikan penanggung— suatu jumlah yang sangat berarti bahkan bagi penanggung yang terbesar sekalipun. Juga, pada kelompok-kelompok kecil, penyimpangan seperti itu seringkali timbul karena kebetulan. Pada kelompok-kelompok besar, lebih intrinsik atau lebih hakiki bagi kelompok tersebut dan akan terulang kecuali jika diambil suatu tindakan.

Untuk menjaga terhadap terjadinya penyimpangan seperti itu, sebagian besar penanggung tidak melakukan underwriting kumpulan yang sangat besar berdasarkan tabel tarif standar. Akan tetapi, penanggung membutuhkan informasi pengalaman sebelumnya dan membuat tarif

premi yang disesuaikan dengan pengalaman penyimpangan sebelumnya. Pengalaman paket yang besar merupakan peramal yang paling baik untuk klaim-klaim di masa depan. Jika pengalaman klaim aktual menunjukkan tarif awalnya terlalu tinggi, hal itu dapat disesuaikan dengan formula **pengembalian premi berdasar pengalaman (refund formula)** atau **pengurangan tarif prospektif. (prospective rate reduction)**.

Kelompok kecil. Kelompok dengan anggota yang kurang dari 50 orang mempunyai masalah underwriting yang berbeda. Beberapa penanggung menerbitkan polis untuk kelompok terkecil yakni hanya untuk 2 orang. Oleh karena biaya untuk kelompok kecil ini tinggi terkait dengan premi, penanggung biasanya membatasi variasi manfaat untuk menekan biaya administrasi. Juga, karena keterbatasan penyebaran risiko dalam kelompok kecil, pengalaman klaim biasanya sangat berfluktuasi.

Angka kesakitan cenderung lebih tinggi pada kelompok kecil daripada kelompok besar, karena kemungkinan adverse selection lebih sering terjadi pada kelompok kecil. Sebagai contoh, pengusaha kecil ingin menjamin seorang karyawan atau anggota keluarga yang sakit atau yang sedang menghadapi terapi medis yang mahal yang diduga lebih besar dibandingkan dengan premi yang harus dibayarkan.

Fluktuasi kerugian klaim ini membuat kebanyakan penanggung untuk mengumpulkan (pool) pengalaman kelompok kecil ini. Total premi dan total klaim untuk tiap kelompok digabungkan menjadi kategori-kategori, dan seluruh kelompok setiap kategori diperlakukan sebagai risiko tunggal untuk maksud penarifan. Di AS, banyak negara bagian membuat peraturan penarifan untuk kelompok kecil, sehingga penanggung yang membutuhkan pooling semacam itu.

Bahaya spesifik underwriting kumpulan kecil adalah kemungkinan adanya beberapa karyawan dalam perusahaan kecil mungkin membeli atau menambah manfaat asuransi kumpulan di mana tertanggung atau anggota keluarganya memiliki gangguan tubuh yang bisa mengakibatkan klaim melonjak. Hal ini, bersama klaim-klaim normal kelompok kecil akan membuat penanggung menderita kerugian jika tidak diterapkan persyaratan underwriting ketat terhadap kelompok kecil.

Kebanyakan penanggung mencoba mengendalikan bahaya yang tampak dalam kelompok kecil dengan menggunakan aturan underwriting khusus, seperti:

- Membatasi manfaat yang bisa ditawarkan untuk membuat paket standar; atau
- Menerapkan pembatasan kondisi yang telah ada sebelumnya atau pengecualian yang membatasi cakupan selama periode tertentu,

biasanya satu tahun, untuk kondisi yang langsung ditangani secepatnya sebelum cakupan berlaku efektif.

Ukuran kelompok juga merupakan faktor penting dalam menghitung beban biaya administrasi dalam perhitungan premi. Misalnya, persentase premi untuk pengeluaran tertentu jauh lebih tinggi pada kelompok yang ukurannya lebih kecil. Hal ini terjadi karena beberapa biaya pengeluaran (misalnya biaya penerbitan kontrak dan administrasi premi) bersifat tetap (fixed cost) yaitu berapapun ukuran kelompok biaya tersebut harus dikeluarkan.

Perlu diketahui bahwa penggunaan pembatasan kondisi yang ada sebelumnya dan **bukti kelayakan asuransi (insurability)** dibatasi oleh HIPAA 1996 dan hukum negara bagian di AS dalam rangka reformasi atas kelompok kecil.

HIPAA 1996 mengharuskan penanggung kumpulan untuk mengkreditkan cakupan asuransi sebelumnya terhadap periode pre-existing yang baru, tidak lebih dari 63 hari. Penanggung kumpulan juga tidak boleh menolak pertanggungkanaan karyawan perorangan dengan alasan status kesehatan.

Juga, pengecualian pre-existing dibatasi hingga 12 bulan, dengan 6 bulan **lookback** (periode seberapa jauh dilihat bila kondisi itu terjadi sebelum cakupan dimulai).

Industri

Asuransi kesehatan umumnya menyediakan manfaat dengan basis **non-occupational** (tidak dalam hubungan kerja atau hubungan industrial), karena bahaya atau risiko pekerjaan biasanya ditanggung oleh aturan **kompensasi pekerja (workers' compensation)**. Namun, pekerja dalam industri tertentu mungkin saja menderita masalah kesehatan yang tidak dianggap disebabkan oleh pekerjaannya. Paket kelompok ini biasanya mencakup kondisi kesehatan sekunder yang diakibatkan oleh lingkungan fisik di mana karyawan bekerja. Karyawan yang bekerja di tempat yang sangat panas (misal, sebuah pengecoran) lebih rentan terhadap penyakit saluran pernapasan daripada mereka yang bekerja dalam suhu normal, dan bisa memiliki klaim yang lebih tinggi dari rata-rata. Pekerjaan di mana karyawannya terlalu lama duduk dapat memberikan masalah dengan punggung yang tidak secara langsung disebabkan oleh pekerjaan itu sendiri.

Pada setiap dari bidang-bidang usaha lainnya bisa memberikan masalah underwriting tersendiri, misalnya pada restoran dan perpakiran. Biaya kesehatan pada bidang usaha tersebut biasanya berhubungan dengan tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, dan sejumlah faktor-faktor sosio-

demografi lainnya. Sebagian besar pekerja masuk dalam tipe pekerjaan dengan menerima gaji rendah dan dengan sedikit atau tanpa pelatihan. Pekerja yang tidak memenuhi standar kesehatan pemberi kerja yang selektif, bisa jadi terpaksa mencari pekerjaan dalam bidang marginal ini, dan kondisi fisik mereka bisa mengakibatkan rasio klaim kesehatan yang lebih tinggi daripada yang diperkirakan. Perputaran pekerja yang tinggi akan berarti komposisi kelompok bisa berubah dengan cepat, membuat biaya-biaya sulit diperkirakan. Juga perputaran dalam pekerjaan ini dapat mengakibatkan cakupan dan perawatan kesehatan yang sporadik, berarti akan terjadi pemanfaatan yang tinggi. Oleh karena alasan-alasan ini, industri-industri tertentu tidak memenuhi syarat asuransi kesehatan, atau tidak diklasifikasikan sebagai substandar dan dikenakan tarif yang lebih tinggi.

Angka kesakitan yang terjadi pada kelompok pekerja tertentu cenderung lebih tinggi, yaitu pada:

- Kelompok pekerja yang bekerja dengan tingkat stres tinggi seperti polisi dan pemadam kebakaran,
- Karyawan yang akses pelayanannya sudah tersedia, seperti karyawan rumah sakit
- Kelompok pekerja yang bekerja di daerah yang sangat panas lebih rentan terhadap penyakit-penyakit saluran pernapasan daripada mereka yang bekerja dalam suhu normal.
- Industri yang tingkat penyalahgunaan obat dan alkohol tinggi seperti klub malam
- Usaha-usaha lainnya, seperti restoran dan lapangan parkir, memberikan masalah kesehatan tersendiri.

Komposisi Kelompok

Karakteristik tertentu dari karyawan dapat mempengaruhi pengalaman klaim suatu kelompok. Karakteristik ini biasanya dikompensasikan oleh faktor-faktor penyesuaian tertentu dalam struktur tarif.

Kelas karyawan. Umumnya, underwriter ingin mencakup semua karyawan tetap yang aktif bekerja, karena penyebaran risiko yang luas dapat mengurangi anti-seleksi dan mengurangi biaya per karyawan tertanggung. Karyawan atau pekerja paruh waktu, musiman, dan sementara jarang dicakup, atau dicakup dengan cara yang berbeda dengan karyawan tetap. Pekerjaan mereka sering mengalami perputaran, dan biaya administrasi bisa jadi akan tinggi.

Karyawan jam-jaman kadang juga tidak dicakup karena mereka umumnya ditanggung dengan manfaat di bawah kontrak kerja kolektif terpisah.

Pengecualian untuk pekerja ini umumnya tidak menimbulkan masalah underwriting, jika kelompok karyawan sisanya yang memenuhi syarat cukup besar untuk memenuhi persyaratan minimum penanggung.

Namun, underwriter harus berhati-hati jika pemberi kerja memilih untuk memperluas cakupan hanya untuk eksekutif dan personil kunci. Duplikasi cakupan atau anti-seleksi merupakan kemungkinan ada dalam situasi ini, karena penanggung bisa jadi ternyata mencakup kondisi kesehatan tertentu pada salah seorang eksekutif atau anggota keluarganya.

Distribusi Usia. Kebanyakan penanggung memiliki penyesuaian otomatis pada usia dalam struktur tarif mereka. Mereka yang lebih tua memiliki tingkat morbiditas yang lebih tinggi dan pendapatan disabilitas serta klaim pengobatan kesehatan yang besar daripada karyawan yang lebih muda. Walaupun faktor penyesuaian ini akan memodifikasi tarif secara otomatis, distribusi usia akan dianalisis bagi penyimpangan dari distribusi normal. Contohnya, kelompok yang lebih tua tidak hanya akan memiliki tingkat **mortalitas (mortality)** dan **morbiditas (morbidity)** yang lebih tinggi, tetapi juga memberikan indikasi bahwa, masuknya beberapa anggota muda dalam kelompok, menandakan adanya kesulitan finansial pada pemberi kerja.

Jika suatu kelompok kehilangan peserta muda secara terus-menerus, tarif awal yang berdasarkan usia peserta aslinya akan menjadi tidak akurat lagi. Selain itu, kelompok yang lebih muda mungkin menunjukkan adanya perputaran pekerja yang tinggi, yang akan meningkatkan biaya administrasi.

Distribusi Gender. Tarif asuransi kesehatan (kecuali untuk asuransi kematian dan kehilangan anggota badan karena kecelakaan, AD&D) menunjukkan bahwa pada kebanyakan usia seorang wanita umumnya memiliki klaim kematian yang lebih tinggi daripada pria. Wanita juga memiliki disabilitas lebih tinggi 25 persen dari pria, dan lebih sering mengalami disabilitas jangka pendek dibanding yang lebih muda, dengan frekuensi semakin berkurang tetapi durasi bertambah hingga mereka usia 40-50 tahunan.

Perbedaan ini tercermin dalam tarif kelompok sebagai berikut:

- Perbedaan gender tidak dapat dibuktikan dalam proses penetapan tarif untuk kelompok yang besar, sebab tarif didasarkan pada evaluasi pengalaman klaim dari keseluruhan kelompok. Namun, klaim-klaim yang berhubungan dengan gender dimasukkan sebagai bagian dari total pengalaman klaim kelompok yang digunakan untuk membuat tarif yang akan ditagih.

- Tarif kelompok kecil mempertimbangkan perbedaan gender dalam penghitungan tarif yang sebenarnya. ini mempengaruhi total premi yang ditagih pada pemberi kerja. Kontribusi karyawan perorangan dibuat tidak berdasarkan jenis gender.

Distribusi tanggungan. Di mana persentase; tinggi wanita menikah, persentase karyawan yang menanggung cakupan tanggungan keluarga, sebaiknya tingkat partisipasinya di bawah 75% diperlukan, karena suami mereka sering sudah memiliki cakupan pada majikannya sendiri. Namun, jika ada pasangan menderita suatu kondisi kesehatan, karyawan ini memilih **cakupan duplikat (duplicate coverage)** karena tingginya kemungkinan klaim. Underwriter menghadapi kemungkinan anti-seleksi jika hanya sedikit karyawan yang memilih untuk mengasuransikan pasangan mereka.

Apabila tingkat partisipasi tanggungan keluarga rendah, penanggung bisa menanyakan status semua karyawan, baik pria maupun wanita, untuk menentukan apakah adanya cakupan lain sedang berlaku atau tidak. Risikonya umumnya akan diterima jika tingkat partisipasi pendaftaran cukup — yaitu 75% dari mereka yang memiliki tanggungan keluarga memang tidak memiliki cakupan lain.

Kecenderungan yang terjadi, **distribusi tanggungan (dependent distribution)** tradisional berubah karena kenaikan dalam jumlah rumah tangga dengan orang tua tunggal, dan berkurangnya jumlah anak dalam keluarga.

Distribusi pendapatan. Pendapatan karyawan suatu kelompok dapat mempengaruhi cara underwriting, demikian pula dengan **distribusi pendapatan (earning distribution)**. Mereka yang berpendapatan lebih tinggi dari rata-rata umumnya mencari perawatan kesehatan lebih sering dan lebih mahal. Ini mengakibatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan pengajuan klaim lebih besar (efek ini terlihat terutama pada manfaat perawatan gigi). Kelompok yang sebagian besar terdiri dari karyawan berpendapatan rendah bisa memberi dampak underwriting yang berarti, seperti tipe pekerjaan atau kondisi pekerjaan yang tidak diinginkan underwriter atau risiko substandar karena lokasi pekerjaan. Situasi ini mungkin akan mempersulit untuk mendapatkan partisipasi yang dibutuhkan untuk paket jika karyawan membayar sebagian atau seluruh premi.

Lokasi Kelompok.

Biaya perawatan kesehatan dan perawatan gigi dapat berbeda-beda tergantung daerah geografisnya. Rumah sakit di daerah urban umumnya

tarif layanan lebih tinggi daripada di daerah rural. Manual tarif perlu disesuaikan dengan adanya perbedaan ini.

Lokasi merupakan masalah bagi underwriter dalam bidang fasilitas pelayanan penanggung. Banyak pemberi kerja memaksa staf perwakilan penanggung untuk membantu masalah sehari-hari. Permintaan paket kumpulan, mendirikan program kumpulan, dan menangani pertanyaan pemegang polis menginginkan adanya fasilitas pelayanan yang cukup dekat dengan pemegang polis, terutama ketika agen atau broker mengharapkan adanya dukungan lokal. Underwriter mungkin ragu untuk menerima suatu kelompok dengan sejumlah karyawan yang tinggal di lokasi di mana penanggung tidak memiliki fasilitas pelayanan.

Lokasi juga merupakan masalah bagi paket kesehatan atau program gigi yang berdasarkan jaringan kerja. Area pelayanan jaringan kerja harus memenuhi permintaan karyawan.

Paket Asuransi

Elemen dasar paket asuransi adalah eligibilitas dan struktur manfaat. Eligibilitas menentukan siapa yang akan ditanggung; struktur manfaat menentukan cakupan yang akan diberikan.

Eligibilitas. Eligibilitas atau kelayakan karyawan untuk asuransi kumpulan didasarkan pada kondisi pekerjaannya. Eligibilitas tidak dapat ditentukan oleh usia, ras, ataupun gender, karena hal tersebut bukan merupakan kondisi pekerjaan. Di AS, HIPAA 1996 melarang membuat faktor yang berhubungan dengan status kesehatan apapun bagi karyawan sebagai persyaratan eligibilitas.⁵

Demikian pula bagi karyawan atau anggota keluarga tertanggung, paket asuransi kumpulan biasanya mencakup tanggungan keluarga pada manfaat perawatan medis. **Tanggungan (dependent)** adalah pasangan karyawan dan anak-anak yang belum menikah yang berusia di atas usia 19 tahun jika mereka adalah pelajar yang belum menikah, dengan batas usia maksimum antara 23 dan 26 tahun. Banyak penanggung melanjutkan cakupan medis untuk anak-anak cacat di atas batas usia jika mereka tidak mampu secara mandiri.

Periode percobaan (probationary period) atau periode menunggu (waiting period) dari satu hingga tiga bulan dapat dimasukkan dalam paket. Fitur ini dirancang untuk mengeliminasi biaya administrasi atas karyawan yang mungkin akan berakhir lebih cepat. Periode percobaan harus cukup lama untuk mencakup periode waktu normal ketika terjadi pertukaran

⁵ Untuk informasi lebih lanjut lihat Bab 6 Peraturan Pemerintah pada buku Dasar Asuransi Kesehatan Bagian B.

karyawan yang cepat, asalkan tidak terlalu lama hingga mengganggu masuknya peserta baru ke dalam kelompok.

Struktur manfaat. Walaupun aturan underwriting penanggung biasanya mempunyai standar untuk **struktur manfaat (benefit structure)** minimum dan maksimum, underwriter memberikan perhatian khusus pada paket yang manfaatnya minimum atau sangat liberal.

Manfaat minimum bisa menunjukkan adanya masalah keuangan pemegang polis. Juga, jika suatu program tidak memadai, misalnya banyak karyawan mengambil cakupan tambahan dengan membeli polis perorangan akan menimbulkan masalah **asuransi berlebih (over-insurance)**. Kejadian asuransi berlebih ini sulit dicegah ataupun dilacak, karena ketentuan **koordinasi manfaat (coordination of benefit, COB)** dalam kebanyakan paket kumpulan tidak mengoordinasi manfaat pada polis perorangan.⁶

Di pihak lain, program yang liberal dapat mengindikasikan anti-seleksi, terutama di mana pilihan paket seperti itu mungkin disebabkan oleh adanya kebutuhan mendesak untuk menyediakan manfaat yang luas untuk asuransi disabilitas karyawan kunci. Demikian pula, paket yang liberal yang membutuhkan kontribusi karyawan yang besar dapat berkurangnya partisipasi karyawan lanjutan karena biayanya yang besar.

Pembagian Biaya

Pembayaran premi mungkin **contributory**, di mana tertanggung membayar sebagian atau seluruh premi. Atau **non-contributory**, di mana pemberi kerja yang membayar semua premi. Dari perspektif underwriting paket **non-contributory** lebih disukai.

Pertama, hal tersebut menjamin partisipasi penuh program dan menyederhanakan administrasi dengan mengeliminasi persyaratan **peserta yang terlambat (late entrant)** menyerahkan bukti kelayakan asuransi.

Kedua, penanggung kadang mewajibkan kelompok tertentu — contohnya, kelompok yang sangat kecil yakni kurang dari 10 orang — dibuat dengan dasar non-contributory sebagai persyaratan underwriting.

Ketiga, jika para karyawan pemegang polis tersebar di beberapa lokasi, pendekatan non-contributory dapat menyederhanakan administrasi, di mana fasilitas-fasilitas administrasi lokal tidak memadai.

Aturan underwriting kebanyakan penanggung melarang program kesehatan **contributory penuh (full contributory)** kecuali dalam situasi-

⁶ Lihat Bab 2 Pengendalian Biaya Kesehatan, dan Bab 4 Administrasi Klaim pada buku Dasar Asuransi Kesehatan Bagian B.

situasi tertentu dan hanya di lokasi-lokasi di mana itu diperbolehkan. Alasannya adalah:

- Mewajibkan contributory penuh dapat mengindikasikan kurangnya perhatian pemberi kerja pada program, yang mengakibatkan administrasi yang buruk dan kurangnya koordinasi dengan pemberi kerja.
- Biaya penuh program asuransi biaya medis yang memadai mungkin lebih dari apa yang bisa ditanggung oleh karyawan biasa.
- Mewajibkan karyawan untuk membayar seluruh premi akan mengakibatkan kurangnya partisipasi awal.
- Masalah mungkin terjadi saat permohonan kembali dan menjaga partisipasi karena kenaikan tarif diterapkan ke seluruh karyawan.

Karena faktor-faktor negatif ini, penanggung menawarkan paket contributory penuh sebagai peluang bagi tertanggung membeli manfaat tambahan untuk memenuhi kebutuhan mereka dalam situasi tertentu, seperti asuransi perawatan jangka panjang (LTC) dan asuransi kematian dan kehilangan anggota badan karena kecelakaan (AD&D). Manfaat itu umumnya memiliki premi yang kecil dan stabil daripada manfaat biaya medis. Bahkan dalam situasi ini, penanggung memiliki persyaratan partisipasi minimum.

Fasilitas Administrasi Pemegang Polis

Tanggung jawab pemegang polis untuk mengadministrasi program kesehatan kumpulan dilakukan oleh karyawan atau staf yang dipekerjakan oleh pemegang polis kumpulan.

Tugas-tugas administrasi tersebut antara lain adalah:

- Menyiapkan pernyataan atau laporan premi;
- Memproses pendaftaran dan terminasi atau pengunduran diri;
- Menerbitkan sertifikat asuransi atau sertifikat polis;
- Memeriksa eligibilitas terhadap cakupan ketika terjadi klaim; dan
- Memproses klaim manfaat perawatan medis dalam beberapa kasus.

Jika pemberi kerja memiliki beberapa lokasi, administrator paket kumpulan di tiap lokasi bertanggung jawab atas pendaftaran karyawan baru dan melaporkan terminasi serta penambahan. Kebanyakan paket kumpulan mencakup karyawan secara otomatis jika mereka bergabung dengan paket dalam tempo 31 hari sebagai tanggal eligibilitas mereka.

Tanpa administrasi pemegang polis yang tepat, penambahan karyawan bisa terjadi tidak tepat waktu dan karyawan baru akan diminta untuk memberikan bukti kelayakan asuransi karena mereka digolongkan sebagai

peserta yang terlambat. Sebagai tambahan, terminasi mungkin tidak dicatat dengan baik dan tagihan premi harus disesuaikan terus-menerus untuk kurang-lebihnya akibat laporan yang buruk dari pemegang polis. Tidak mendaftarkan karyawan baru dan sehat juga dapat mengakibatkan anti-seleksi dan, akibatnya, **rasio kerugian (loss ratio)** bisa lebih tinggi.

Cakupan dan Pengalaman Sebelumnya

Tidak lazim pemberi kerja memindahkan paket manfaat mereka dari satu penanggung ke penanggung lainnya. Kelompok yang memindahkan paket mereka untuk mendapatkan peluang managed care yang lebih besar, seperti akses karyawan pada **organisasi pemeliharaan kesehatan (health management organization, HMO)** dan **organisasi penyedia yang disukai (preferred provider organization, PPO)**. Dalam beberapa kasus, transfer terjadi karena alasan administrasi — pelayanan yang buruk, penanganan klaim yang tidak memuaskan, atau administrasi yang sulit. Sekarang makin banyak pemberi kerja yang berganti penanggung untuk mendapatkan peluang optimal managed care, terutama yang berlokasi tersebar di berbagai lokasi. Sebagian besar transfer terjadi karena biaya, terutama jika penanggung yang sekarang meminta kenaikan tarif atau jasa pelayanan administrasi saja. Suatu penanggung minta untuk mengutip suatu kelompok yang sedang melakukan transfer dari sebuah penanggung lain untuk menelaah tarif, riwayat klaim, struktur manfaat, dan riwayat perpindahan penanggung.

Penarifan. Proses **penentuan tarif** atau **penarifan (rating)** mengharuskan underwriter untuk menilai rasio dan membuat tarif premi yang sesuai. Ini penting untuk kelompok-kelompok besar, karena pengalaman klaim masa lalu mengindikasikan akan hasil-hasil di masa depan. Dengan klaim-klaim kelompok kecil, pengalaman klaim bisa tinggi karena fluktuasi yang acak, dan keputusan underwriting penanggung bisa mengabaikan pengalaman klaim sebelumnya.

Jika dalam kasus kelompok kecil yang memiliki kerugian yang besar, underwriter biasanya memeriksa klaim-klaim perorangan. Pemeriksaan ini menentukan sifat klaim: Apakah kecelakaan semacam itu tidak akan terjadi lagi? Atau apakah mengindikasikan kondisi kronik akan membiarkan klaim terus berlanjut, dan akan mengakibatkan rasio kerugian yang tinggi?

Dalam kelompok yang tarifnya berdasarkan pengalaman lampau mereka sendiri, penanggung mungkin akan meminta pertimbangan underwriting khusus untuk klaim perorangan yang besar. Contohnya, jika tanggungan memiliki klaim medis utama yang sangat besar kemudian meninggal, underwriter dapat menghilangkan sebagian besar dari kerugian tertentu dalam mengevaluasi penerimaan risiko, mengingat hal itu tidak akan berulang. Namun, jika tanggungan masih diasuransikan dan kondisinya

kronis, underwriter dapat menganggap klaim untuk kondisi khusus ini akan berlanjut, dan tidak akan menghilangkan sebagian darinya.

Sebagai tambahan, ketika menilai pengalaman klaim sebelumnya suatu kelompok, penanggung membutuhkan informasi klaim dan premi setiap cakupan selama tiga tahun terakhir. Dalam kasus ini, penanggung bersaing memutuskan besarnya tarif pembaruan jika ia memiliki pengalaman klaim yang sama pada paket manfaat yang sama. Untuk risiko yang lebih besar, penanggung menggunakan formula yang mirip dengan formula pembaruannya dalam menentukan tarif yang ditagih, berdasarkan pengalaman kelompok itu.

Penanggung yang baru dapat merekomendasikan sebuah HMO atau PPO. Dalam kasus di mana penanggung menyesuaikan klaim-klaim yang diproyeksikan untuk mencerminkan klaim-klaim yang lebih rendah daripada yang diperkirakan, dengan penyesuaian premi atau tingkat biaya yang memadai.

Terakhir, penanggung yang baru menelaah struktur manfaat secara hati-hati terhadap paket kumpulan sebelumnya, karena mungkin ada bagian-bagian di mana mungkin terjadi penyalahgunaan yang bisa mengakibatkan rasio kerugian yang tidak diinginkan. Dalam kasus seperti itu, penanggung akan mengambil tindakan dengan menyarankan modifikasi manfaat.

Paket asuransi kumpulan sebelumnya. Untuk melengkapi analisis underwriting, underwriter memastikan sebanyak mungkin informasi tentang paket asuransi sebelumnya kelompok itu. Sebagai aturan umum, underwriter lebih memilih menelaah kontrak, tetapi salinan dari buklet atau sertifikat karyawan juga bisa dipakai. Ada berbagai sebab mengapa penanggung memerlukan informasi tentang paket manfaat yang ada.

Pertama, underwriter menggunakannya untuk menentukan apakah ada ketentuan-ketentuan dalam paket yang ada tidak sama atau mirip dengan kontrak standar perusahaan. Jika ada, underwriter harus memastikan pemegang polis mengerti bahwa kontrak yang baru memiliki ketentuan yang berbeda untuk beberapa cakupan. Juga, jika kelompok itu cukup besar untuk membuat **rancangan paket (plan design)** khusus, penanggung dapat mempertimbangkan memasukkan manfaat yang lebih banyak pada proses penentuan tarif — setelah underwriter menentukan apakah penanggung dapat menangani manfaat-manfaat ini dari baik dari sudut administratif maupun dari sisi klaim.

Kedua, underwriter memperhatikan efek pada klaim yang ada jika polis ditransfer. Di AS, jika kelompok itu berada di negara bagian yang telah mengadopsi regulasi **no loss — no gain** pada asuransi kumpulan, penanggung baru mungkin harus menanggung liabilitas yang ada. Regulasi ini menetapkan bahwa tidak ada karyawan yang menderita kerugian

manfaat akibat transfer polis. Aturan tersebut biasanya melarang klausul-klausul pembatasan kondisi yang telah ada sebelumnya untuk bertanggung program kumpulan dari pemberi kerja sebelumnya sebagai basis untuk menolak atau mengurangi klaim yang seharusnya dibayar berdasarkan polis.

Bahkan jika secara legal tidak disyaratkan, pemberi kerja bisa meminta penanggung baru untuk mengambil kondisi kesehatan yang ada dan untuk mengabaikan persyaratan polis yang membatasi kondisi yang telah ada sebelumnya untuk kelompok awal. Ini umum dilakukan pemberi kerja besar. Dalam kasus seperti ini, untuk mengeliminasi kemungkinan duplikat cakupan, underwriter harus menelaah polis yang ada untuk menentukan apa saja manfaat yang diberikan polis pada terminasi kontrak — contohnya, kelanjutan cakupan untuk periode waktu tertentu bagi disabilitas total yang ada.

Ketiga, underwriter ingin mengidentifikasi setiap ketentuan manfaat dalam paket yang ada yang mungkin menyebabkan masalah yang mengakibatkan pemegang polis berganti penanggung. Jika ditemukan, maka underwriter membutuhkan perubahan paket tertentu untuk menerima risiko tersebut.

Pengalaman klaim sebelumnya. Penanggung baru menggunakan pengalaman klaim kumpulan yang lalu untuk menentukan apakah kelompok bisa diterima dan sering menentukan premi yang akan ditagih. Walaupun pengalaman kerugian klaim yang dapat diandalkan tidak selalu dapat diperoleh, tidaklah bijaksana jika seorang underwriter tidak mengacuhkan kemungkinan transfer karena penanggung kumpulan baru akan menaikkan tarif sebagai akibat dari riwayat klaim yang buruk.

Juga, tindakan pembaruan penanggung baru bisa mengadakan perubahan paket, seperti menaikkan deductible atau menambah pembatasan kontrak, untuk mencoba menyelesaikan masalah klaim tertentu. Penanggung baru menganalisa revisi-revisi yang ditawarkan untuk menentukan apakah itu dibutuhkan dalam kontrak.

Managed care telah membuat underwriting untuk bisnis yang ditransfer dan pembaruan menjadi sangat kompleks. Perhatian yang teliti harus diberikan pada perkiraan klaim. Proyeksi terutama sulit pada usaha yang ditransfer ketika penanggung baru menggantikan HMO dan PPO penanggung sebelumnya. Penanggung yang baru harus:

- Memperkirakan penghematan di bawah jaringan kerja penanggung sebelumnya;
- Menentukan penghematan yang diperkirakan dalam jaringan kerja penanggung sendiri; dan
- Membandingkan angka-angka itu.

Untuk memproyeksikan klaim secara tepat dengan skenario ini atau yang serupa, penanggung membutuhkan informasi berikut:

- Penetrasi HMO dan/atau PPO pada paket sebelumnya;
- Diskon HMO dan/atau PPO pada paket sebelumnya;
- Kecenderungan, misalnya banyaknya yang migrasi ke HMO;
- Bagian klaim yang disebabkan setiap jaringan;
- Tingkat penghematan pada paket sebelumnya; dan
- Derajat efektivitas manajemen medis pada point-of-service (POS), misal, penghematan yang dibuat oleh gatekeeper paket sebelumnya.

Keandalan pengalaman klaim sebelumnya. Apakah pengalaman klaim sebelumnya dianggap dapat diandalkan atau dipercaya tergantung pada berbagai faktor, termasuk:

- Apakah jangka waktu liputan data statistik cukup lama untuk mengurangi kemungkinan fluktuasi dan mencerminkan kecenderungan kerugian yang benar?
- Apakah pengalaman yang buruk merupakan akibat dari banyak klaim dengan keparahan minor (di mana underwriter biasanya memberikan kredibilitas berat), atau hal itu merupakan akibat dari hanya sedikit klaim besar yang tidak akan terjadi lagi dan akan dikurangkan dalam proses penarifan?
- Apakah kelompok tersebut sangat besar (misal, 1.000 jiwa) sehingga pengalaman kerugiannya kredibel secara statistik, atau sangat kecil (misal, 10 jiwa) sehingga kerugian di masa lalu mencerminkan kemungkinan fluktuasi dan tidak kredibel secara statistik?
- Apakah pengalaman lebih dari satu tahun dapat diperoleh untuk menentukan apakah pengalaman tahun lalu tipikal, tinggi atau rendah secara tidak normal?

Tidak ada jawaban tepat mengenai masalah-masalah yang timbul dalam membangun kredibilitas pengalaman klaim. Setiap underwriter membuat keputusan berdasarkan derajat pengalamannya sendiri-sendiri dan standar penanggung untuk underwriting yang bermutu pada tarif yang memadai.

Tarif premi yang akan ditagih. Penanggung memutuskan dengan hati-hati tarif yang digunakan untuk kelompok yang ditransfer. Mungkin termasuk semua risiko dalam ukuran tertentu (misal, di bawah 50 jiwa) dalam suatu **general rating pool**. Underwriter mungkin tidak diizinkan untuk menyesuaikan tarif untuk mencerminkan pengalaman sebelumnya bagi risiko ini, tetapi hanya boleh menolak atau menerima mereka sesuai dengan tarif sekarang. Jika penyesuaian tarif boleh dilakukan, underwriter

biasanya mengembangkan tarif awal menggunakan pendekatan yang sama dengan yang akan digunakan dalam mengembangkan tarif pembaruan.

Kemungkinan-kemungkinan masalah administrasi. Sebagai pertimbangan terakhir pada underwriting untuk bisnis yang ditransfer, underwriter menentukan apakah pemegang polis memiliki atau mengharapkan penanganan administrasi khusus. Ketika mentransfer sebuah risiko, seorang pemegang polis biasanya mengharapkan bahwa pekerjaan administrasinya dan pelayanan penanggung baru dapat dibandingkan dengan penanggung lama.

Pemegang polis mungkin mengharapkan penanggung baru untuk tetap menerapkan pendaftaran spesial dan prosedur administrasi yang dipakai administrator lama. Contohnya, penanggung baru dapat diminta untuk menggunakan semua arsip dan penerima manfaat yang ada, bila sesuai. Pemegang polis juga mungkin mengharapkan untuk lebih memakai fasilitas penanggung daripada yang dipersiapkan penanggung.

Jika pemegang polis memiliki berbagai lokasi yang tersebar, penanggung baru harus menentukan apakah telah dibangun fasilitas administrasi khusus.

- Apakah tagihan yang terpisah dibutuhkan untuk tiap lokasi?
- Apakah penanggung baru diharapkan untuk memiliki arsip yang terpisah di tiap lokasi pemegang polis dan harus memiliki kantor lokal yang menangani secara langsung?
- Dalam menangani klaim apakah penanggung baru diharapkan untuk menyediakan pelayanan klaim lokal untuk tiap cabang lokasi, atautkah cabang itu memproses semua klaim melalui kantor pusat pemegang polis?
- Apakah prosedur penagihan menimbulkan masalah?
- Jika pemegang polis sekarang mendapatkan daftar tagihan yang menyebutkan tiap karyawan dan menunjukkan jumlah cakupan serta premi tiap karyawan, apakah ia akan menerima self-billing, yang membutuhkan pemegang polis untuk menyimpan semua arsip dan hanya laporan ringkasan tiap bulannya?

Underwriting atas bisnis yang ditransfer membutuhkan pertimbangan yang lebih rinci dan mendalam daripada underwriting risiko bisnis baru, karena harus menganalisa pengalaman klaim sebelumnya. Untuk melakukan analisis yang dibutuhkan dengan baik, perwakilan kumpulan (group representative) dan underwriter harus bekerja sama dengan baik dan memiliki cukup waktu sebelum tanggal transfer untuk memeriksa semua data yang relevan.

Pengaturan Komisi

Banyak penanggung menggunakan **skala komisi tetap (level commission scale)** baik pada bisnis baru maupun bisnis lama, sehingga membagi komisi tahun pertama yang biasanya besar dalam jangka waktu tertentu. Underwriter mungkin membuat skala tetap diterapkan sebagai kondisi untuk menerima risiko, terutama dalam situasi di mana ada suatu ketidakpastian tentang tarif dan underwriter ingin menambahkan margin biaya tambahan tertentu pada paket. Skala tetap tersebut membantu menekan biaya tahun pertama pemegang polis.

Persistensi yang Diharapkan

Ada biaya-biaya yang cukup besar untuk melakukan underwriting kumpulan baru. Ini disebut sebagai **pengeluaran atau biaya akuisisi (acquisition expenses)**. Biaya-biaya ini termasuk biaya penjualan, biaya underwriting bisnis baru, dan biaya penerbitan polis. Underwriter mencari jaminan, kecuali dalam situasi khusus, bahwa bisnis baru itu akan tetap berlangsung cukup lama (tidak kurang dari tiga tahun) agar pengeluaran ini dapat ditutup oleh tarif pembaruan. Menuju harapan ini, underwriter mencoba menghindari usaha-usaha yang:

- Kemungkinan bersifat sementara (misal, untuk proyek tertentu);
- Memiliki catatan sering berganti penanggung; atau
- Dalam kesulitan finansial.

Bila salah satu dari kondisi ini terjadi, maka penanggung menolak bisnis itu.

Faktor-Faktor Seleksi Asuransi Kesehatan Perorangan

Seleksi risiko dasar untuk asuransi kesehatan perorangan termasuk ke dalam empat kategori besar, yakni **medis, usia, finansial, dan pekerjaan**.

Faktor Medis

Underwriting medis seorang pemohon asuransi kesehatan perorangan membutuhkan pertimbangan baik riwayat kesehatan maupun kondisi fisik sekarang untuk memutuskan apa asuransi dasar yang dapat diberikan atau sebaiknya ditolak. Underwriter menilai suatu risiko terutama berdasarkan perkiraan pengaruh yang mungkin ada dari gangguan yang ada dan riwayat kesehatan masa lalu terhadap klaim-klaim di masa depan.

Dari perspektif underwriting, pemohon dianggap sebagai risiko gangguan jika menderita atau pernah menderita kondisi medis yang dapat mempengaruhi cedera atau sakit di masa depan atau menciptakan komplikasi yang memperpanjang disabilitas. Underwriter mengklasifikasikan pemohon menurut riwayat kesehatan mereka dan

kondisi fisik yang ada dibedakan dengan yang tidak ada gangguan atau normal.

Di AS, HIPAA 1996 menjamin cakupan asuransi kesehatan perorangan tanpa adanya pembatasan kondisi yang telah ada sebelumnya untuk seseorang yang kehilangan cakupan kumpulan.

Riwayat kesehatan. Evaluasi kesehatan diawali dengan menelaah pernyataan pada **aplikasi permohonan (application)**. Contohnya, jika pemohon melaporkan menerima pengobatan misalnya untuk darah tinggi, suatu **pernyataan dokter yang bertugas (attending physician's statement, APS)** biasanya dibutuhkan. Sebagai tambahan untuk mendapatkan informasi kesehatan umum, underwriter menanyakan dokter yang bertugas tentang data tekanan darah yang ada, obat-obatan yang diberikan, serta tingkat kontrol yang dicapai.

Penanggung menelaah riwayat berbagai kondisi sebelumnya untuk menentukan:

- Kemungkinan akan terjadi lagi;
- Efek dari riwayat kesehatan pada keseluruhan kesehatan pemohon;
- Komplikasi yang mungkin terjadi di masa depan;
- Perkembangan normal gangguan apapun; dan
- Kemungkinan interaksi perkembangan normal ini dengan disabilitas di masa depan dari penyebab yang tidak terkait.

Beberapa penyakit kecenderungan kambuh. Seorang pemohon saat ini dengan riwayat misalnya bisul perut (peptic ulcer), cenderung menjadi disabilitas atau dirawat di rumah sakit di masa depan daripada orang yang tidak pernah menderita penyakit tersebut. Disabilitas yang diakibatkan oleh penyakit lain sistem pencernaan juga mungkin lebih sering atau lebih lama daripada yang diantisipasi tanpa riwayat seperti itu. Banyak kelainan akut lain seperti retak tulang atau usus buntu dapat diabaikan jika sembuh lebih cepat dan pulih serta tanpa adanya kerusakan residual.

Komplikasi yang tidak tampak, atau perkembangan gangguan yang ada hingga harus dirawat di rumah sakit atau menyebabkan disabilitas, dapat terjadi pada banyak kondisi. Contohnya, obesitas dan tekanan darah tinggi, walaupun secara normal tidak saling merugikan, dipandang sebagai indikator terjadinya kerusakan kardiovaskular di masa depan.

Kondisi fisik yang ada. Pernyataan pemohon pada aplikasi dan hasil pemeriksaan medis merupakan indikator awal kondisi fisik yang ada sekarang. Tes pemeriksaan dan penelitian lanjutan, seperti urinalisis, pemeriksaan darah, dan elektrokardiogram, mungkin diperlukan secara rutin, tergantung usia dan tingkat cakupan.

Underwriter bisa menambahkan persyaratan untuk menilai lanjut riwayat kesehatan atau gangguan. Contohnya, mereka mungkin meminta tes gula darah jika urinalisis menemukan gula atau meminta analisis contoh darah untuk berbagai bahan kimia untuk menilai riwayat penyakit liver atau ginjal.

Faktor Usia

Masalah kesehatan cenderung meningkat sesuai dengan **usia (age)**. Oleh karena pedoman underwriting kebanyakan penanggung membutuhkan pemeriksaan kesehatan yang lebih sering dan pernyataan dokter yang bertugas pada pemohon berusia tua. Juga, underwriter yang menelaah aplikasi perorangan cenderung memeriksa riwayat kesehatan pemohon berusia tua lebih teliti daripada yang lebih muda, karena bertambahnya kemungkinan adanya masalah yang tidak dicantumkan dalam formulir.

Penanggung disabilitas pendapatan sering mengurangi batas ganti rugi maksimum untuk pemohon di atas usia 50 tahun, karena pengalaman yang buruk dengan pemohon yang membeli asuransi pada usia yang lebih tua.

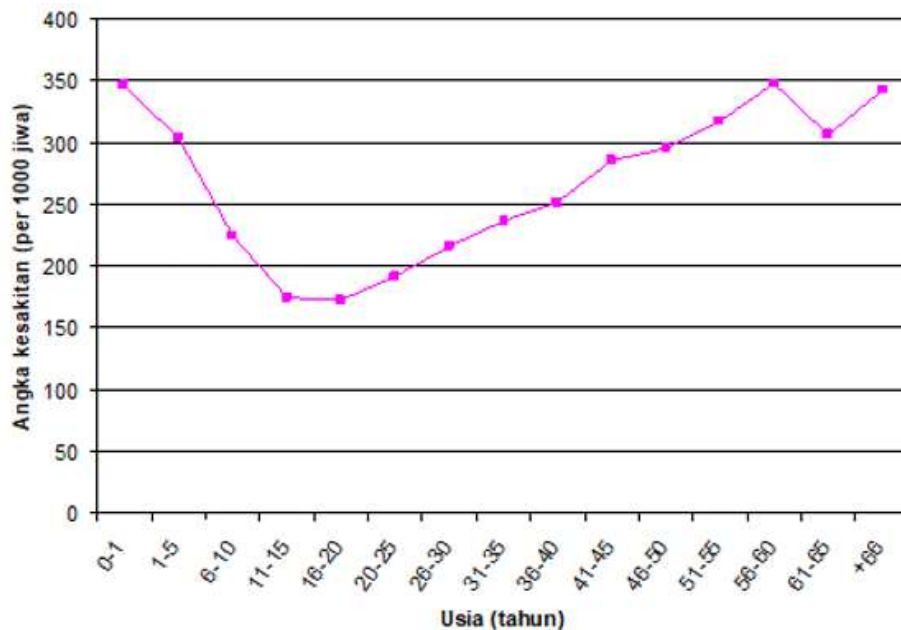
Berbagi temuan studi menunjukkan bahwa kejadian kesakitan (dan pola pencarian pengobatan) cukup bervariasi menurut usia. Kejadian kesakitan sering ditemukan pada usia balita dan usia tua, dengan pola distribusi klasik menyerupai huruf 'U'. Angka kesakitan pada usia balita dan usia tua biasanya jauh melebihi angka kesakitan rata-rata seluruh populasi. Sedangkan angka kesakitan terendah biasanya ditemukan pada kelompok usia produktif. Contoh (Grafik 7.1) diperoleh dari sebuah penelitian yang bertujuan untuk mengevaluasi status kesehatan peserta asuransi di perusahaan asuransi kesehatan terbesar di Indonesia (Thabrany et al. 1996). Studi tersebut menemukan bahwa angka kesakitan pada usia balita mencapai 304, jauh di atas angka kesakitan rata-rata seluruh populasi yang hanya 240. Puncak angka kesakitan terjadi pada kelompok usia 0-1 tahun dan 56-60 tahun, secara berurutan, yaitu 346 dan 348. Sedangkan angka kesakitan terendah ditemukan pada peserta asuransi yang berusia antara 11-20 tahun.

Karena bertambahnya kemungkinan adanya masalah-masalah yang merupakan akibat yang tidak mungkin dimasukkan dalam formulir aplikasi asuransi, underwriter yang mereview aplikasi asuransi perorangan yang lebih tua cenderung memeriksa riwayat kesehatan dengan lebih teliti daripada memeriksa aplikasi asuransi yang lebih muda. Peraturan underwriting yang dibuat perusahaan asuransi kebanyakan juga mengharuskan pemeriksaan kesehatan yang lebih ketat dan memerlukan pernyataan dokter yang bertugas (APS) jika pendaftar berusia lebih tua.

Faktor Keuangan

Status finansial atau keuangan pemohon kurang penting dalam underwriting asuransi biaya medis bila dibandingkan dengan asuransi disabilitas pendapatan. Umumnya, penanggung menerbitkan cakupan dengan jumlah maksimum menanggung biaya rumah sakit dan biaya medis.

Grafik 7.1. Distribusi Angka Kesakitan Menurut Kelompok Umur bagi Peserta Asuransi Kesehatan di Indonesia



Status keuangan pemohon merupakan pertimbangan utama dalam underwriting cakupan disabilitas pendapatan. Penanggung selalu memiliki pedoman yang menyatakan batas maksimum cakupan disabilitas pendapatan yang bisa diberikan. Banyak penanggung membuat pendapatan minimum pada lokasi mereka menjual cakupan disabilitas pendapatan. Pendapatan minimum untuk menyaring orang yang merasa pembayaran premi berat, yang mengakibatkan polis lapse pada tahun awal yang merugikan. Walaupun beberapa penanggung di AS tidak memiliki persyaratan pendapatan minimum, banyak di antaranya tidak akan mengasuransikan orang dengan pendapatan kurang dari sekitar Rp 270 juta (UD 18 ribu) per tahunnya.

Penerbitan polis dan batas partisipasi. Penanggung disabilitas memiliki pedoman persentase pendapatan pemohon yang ingin mengasuransikan. Persentase ini berada di kisaran 30 hingga 80% dari penghasilan pemohon. Pemohon dengan tingkat pendapatan yang lebih rendah mungkin memiliki sedikit discretionary income atau derajat kebebasan pendapatan, pendapatan yang dapat ditanggung lebih besar persentasenya. Pada tingkat pendapatan yang lebih tinggi, persentase pendapatan yang diterima yang

ditanggung berkurang karena discretionary income mereka lebih besar. Banyak penanggung menerbitkan tabel yang menyatakan jumlah cakupan yang dapat diperoleh pada berbagai pendapatan daripada menyatakan tarif persentase yang tetap.

Selain batas jumlah berdasarkan persentase pendapatan, sebagian besar penanggung menetapkan jumlah maksimum pertanggungan cacat atau cakupan disabilitas yang akan mereka tanggung atas risiko apa pun tanpa memandang besarnya pendapatan. Batas ini biasanya bervariasi berdasarkan kelas pekerjaan tertanggung. Beberapa penanggung menetapkan batas maksimum sekitar Rp 225 juta atau USD 15 ribu per bulan atau lebih terhadap tertanggung di bawah usia 50 tahun untuk para pemohon yang paling bebas risiko.

Sertifikasi pendapatan tahunan. Sebagian besar penanggung yang merancang asuransi disabilitas pendapatan mengharuskan pemohon menyatakan pendapatan tahunan mereka pada aplikasi permohonan atau satu pernyataan terpisah yang dilampirkan pada aplikasi tersebut. Penanggung juga dapat meminta salinan SPT (income tax return) terbaru pemohon.

Karena insentif keuangan tertanggung untuk kembali bekerja (return to work) setelah pulih dari disabilitas merupakan pertimbangan penting, underwriter juga harus memperhatikan kekayaan bersih (net worth) dan pendapatan yang akan diterima (unearned income). Kekayaan bersih yang tinggi adalah berarti meskipun mungkin tidak menghasilkan pendapatan yang belum diterima (misal, pendapatan investasi, dividen, bunga, dan sebagainya) pada saat dilakukan underwriting. Jika yang bersangkutan mengalami disabilitas, kekayaan bersih ini dapat dikonversi menjadi aset penghasil pendapatan. Pendapatan yang dihasilkan dikombinasikan dengan pembayaran asuransi disabilitas dapat mengurangi insentif tertanggung untuk kembali bekerja.

Faktor Pekerjaan

Seperti pada asuransi kesehatan kumpulan, pertimbangan pekerjaan relatif tidak penting dalam underwriting terhadap cakupan biaya medis. Premi yang ditagih biasanya tidak dibedakan oleh kelas pekerjaan karena adanya klausul pengecualian kompensasi pekerja pada kebanyakan polis. Bagi underwriter asuransi kesehatan perorangan, masalah utamanya adalah pekerjaan-pekerjaan yang sangat berbahaya, seperti penunggang kuda profesional atau penyelam laut dalam. Kebanyakan penanggung akan menolak underwriting atas cakupan kepada mereka yang berada dalam pekerjaan semacam itu, atau tidak memasukkan pengeluaran atau biaya yang diajukan yang disebabkan oleh kecelakaan pekerjaan (dalam hubungan kerja atau hubungan industrial).

Penanggung mengklasifikasikan risiko terutama pada asuransi disabilitas pendapatan dan asuransi kematian dan kehilangan anggota badan karena kecelakaan (AD&D). Secara tradisional, klasifikasi pekerjaan didasarkan pada bahaya kecelakaan atau penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan atau dalam hubungan kerja. Karena program-program kesehatan dan keselamatan kerja (K3) di industri telah mengurangi sebagian besar bahaya dalam banyak pekerjaan, faktor-faktor sosial dan lingkungan yang mempengaruhi pengalaman klaim menjadi semakin penting dalam menentukan **kelas-kelas pekerjaan (occupational classes)**.

Klasifikasi pekerjaan dalam asuransi disabilitas pendapatan membantu menentukan premi dan tipe serta jumlah cakupan yang ditawarkan. Premi yang lebih rendah, batasan yang lebih tinggi, dan polis yang lebih liberal bisa dibuat untuk kelas-kelas yang lebih diminati pasar. Statistik menunjukkan bahwa pada suatu kelompok, mereka dengan pekerjaan profesional, seperti insinyur, arsitek, dan akuntan, serta yang memiliki pendapatan yang relatif tinggi, memiliki periode disabilitas dan durasi disabilitas yang lebih pendek daripada mereka dengan pekerjaan lainnya. Kelas I mewakili pekerjaan yang paling aman, termasuk mereka yang bekerja dengan tugas eksekutif, administratif atau klerikal, sementara kelas 4 mewakili pekerjaan-pekerjaan yang membutuhkan banyak tugas fisik manual atau di mana terdapat bahaya kecelakaan.

Sumber Informasi Underwriting

Underwriter menggunakan sejumlah sumber informasi untuk menilai apakah suatu kelompok atau seseorang merupakan risiko yang dapat diterima. Sumber informasi ini berbeda untuk asuransi kumpulan dengan untuk asuransi perorangan.

Sumber Informasi Asuransi Kesehatan Kumpulan

Pada underwriting asuransi kumpulan, faktor-faktor berikut ini digunakan untuk mengumpulkan informasi:

- Permintaan proposal;
- Kartu pendaftaran;
- Laporan inspeksi;
- Pernyataan finansial dan laporan kredit;
- Informasi federal disclosure;
- Informasi agen atau broker; dan
- Representatif kumpulan.

Permintaan Proposal

Permintaan proposal (request for proposal, RFP) dan formulir lainnya memberikan informasi underwriting, termasuk data karyawan dan riwayat klaim. Contohnya, jumlah karyawan yang memenuhi syarat (eligible), yang berguna untuk menentukan kecukupan jumlah partisipasi dalam paket. Mengidentifikasi kelas-kelas yang tidak termasuk, juga membantu menentukan apakah ada anti-seleksi (anti-selection, adverse selection).

Permintaan proposal ini juga biasanya memuat riwayat asuransi sebelumnya, yang membantu underwriter menentukan stabilitas risiko. Karena biaya tahun pertama yang tinggi pada penjualan dan penerbitan kontrak kumpulan, penanggung mencari kelompok yang diharapkan akan tetap terasuransi selama beberapa tahun. Permintaan proposal tersebut memperlihatkan bahwa kelompok telah berganti penanggung beberapa kali selama beberapa tahun terakhir mengindikasikan kurangnya stabilitas, atau kecenderungan untuk berganti penanggung ketika kenaikan tarif diminta.

Kartu Pendaftaran

Kartu pendaftaran (enrollment card) ini biasanya memberikan informasi underwriting tentang usia, gender, pendapatan, status tanggungan keluarga, dan pekerjaan.

Laporan Inspeksi

Pada kelompok kecil, penanggung bisa menggunakan jasa investigasi komersial yang mencari informasi underwriting tentang pemohon. Petugas perusahaan jasa ini mengunjungi pemberi kerja, membuat **laporan inspeksi (inspection report)** yang melaporkan setiap kondisi yang merugikan apa adanya, dan membantu memeriksa informasi kelayakan bertanggung (eligibility) yang diberikan pemberi kerja pada permintaan proposal (RFP).

Pernyataan Finansial dan Laporan Kredit

Stabilitas finansial pemberi kerja merupakan faktor penting yang harus dipertimbangkan saat menilai kemungkinan untuk menjaga kelompok itu selama beberapa tahun. Demikian pula, fitur-fitur masa tenggang dan fitur pendanaan lainnya yang intinya bahwa penanggung bisa meminjamkan uang kepada pemegang polis. Risiko kredit dalam hal ini perlu diperhatikan penanggung.

Federal Disclosure Information

Di AS, pemberi kerja dengan karyawan terasuransi 100 orang atau lebih diwajibkan oleh UU ERISA⁷ untuk menyingkapkan informasi setiap tahun dengan melaporkan pengalaman paket kesejahteraan kepada karyawannya dan menyampaikan informasi serupa ke Department of Labor. Underwriter sering memerlukan salinan laporan ini untuk melakukan verifikasi informasi pengalaman yang disampaikan pemohon.

Informasi Agen atau Broker

Untuk kelompok baru, penanggung biasanya meminta agen atau broker untuk mendapatkan informasi pemegang polis tentang pengalaman yang lalu, manfaat, dan premi. Informasi terinci ini diberikan pada petugas perwakilan kumpulan (group representative) atau kantor pusat penanggung.

Perwakilan Kumpulan

Penjualan program atau paket kumpulan termasuk kunjungan ke tempat pemberi kerja oleh petugas atau staf **perwakilan kumpulan (group representative)** untuk membahas paket manfaat. Perwakilan kumpulan bisa memberikan informasi langsung kepada underwriter tentang pemberi kerja dan para karyawan.

Sumber Informasi Asuransi Kesehatan Perorangan

Dalam proses seleksi dan klasifikasi risiko, underwriter asuransi kesehatan perorangan menggunakan berbagai sumber informasi. Untuk asuransi biaya kesehatan dan disabilitas pendapatan, sumber informasi ini termasuk:

- Aplikasi permohonan;
- Pernyataan agen;
- Pemeriksaan kesehatan atau paramedis;
- Pernyataan dokter yang bertugas (attending physician statements, APS);
- Laporan inspeksi;
- MIB, Inc. (Medical Information Bureau); dan
- DIRS (Disability Income Record System).

⁷ Employee Retirement Income Security Act (ERISA 1974), sebuah UU federal di AS mengatur tentang pajak dan tenaga kerja yang menetapkan standar minimum untuk pensiun di industri. Aturan ini berisi tentang dampak pajak penghasilan federal dari transaksi terkait program tunjangan kesejahteraan karyawan.

Aplikasi Permohonan

Bagian utama dari aplikasi permohonan asuransi perorangan merupakan alat dasar yang digunakan underwriter. (Gambar 7.1) Hal ini merupakan dasar untuk pengambilan keputusan underwriter untuk memberikan cakupan yang diajukan, untuk memodifikasinya, atau untuk mencoba mendapatkan informasi tambahan, ataupun menolak aplikasi permohonan itu seluruhnya.

Walaupun agen biasanya yang bertanya dan mengisi jawaban pada aplikasi permohonan, pemohon harus menandatangani. Dalam aplikasi itu termasuk suatu pernyataan bahwa pemohon menjawab pertanyaan-pertanyaan dengan jujur dan secara lengkap menurut pengetahuan dan kepercayaannya. Sebuah formulir aplikasi, harus ditandatangani pemohon, juga disertakan pada aplikasi permohonan. Formulir ini juga mengizinkan underwriter untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan dari sumber lainnya.

Format aplikasi permohonan dan kedalaman serta arah pertanyaannya tergantung tujuan penanggung dan fungsinya. Jika digunakan hanya untuk satu jenis asuransi, maka pertanyaan-pertanyaan pada aplikasi hanya akan mendapatkan informasi yang dianggap relevan untuk underwriting asuransi itu. Namun, jika aplikasi itu untuk beberapa tipe cakupan, maka pertanyaan-pertanyaan dirancang untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan untuk underwriting berbagai cakupan itu, seperti contoh Gambar 7.1 menggambarkan kepentingan asuransi jiwa dan asuransi biaya medis.

Penanggung disabilitas juga memerlukan SPT pemohon yang terbaru. Dengan informasi ini, penanggung dapat mengetahui secara pasti jumlah cakupan disabilitas yang diminta pemohon merupakan jumlah di mana ia memenuhi syarat dengan aturan partisipasi dan polis penanggung.

Pernyataan Agen

Sebagian besar penanggung menyediakan ruang kosong di bagian belakang aplikasi permohonan sebagai ruang penjelasan dan komentar agen, seperti misalnya berapa lama dan berapa baik agen mengenal pemohon. Agen juga mungkin diminta untuk mengindikasikan tentang:

- Pengetahuan mengenai informasi apapun tentang pemohon yang tidak termasuk dalam aplikasi permohonan namun mungkin akan memiliki risiko seleksi yang merugikan; dan
- Kekayaan bersih pemohon, pendapatan tahunan, dan sumber pendapatan lainnya di luar pekerjaan. utamanya
- Agen memberitahu underwriter mengetahui keadaan khusus penjualan atau masalah khusus yang tidak teridentifikasi untuk

mendapatkan kepercayaan underwriter. Seringkali pernyataan agen tentang situasi yang dipertanyakan atau tidak jelas perlu diklarifikasi berdasarkan informasi dari sumber lain.

Gambar 7.1. Contoh Aplikasi Permohonan Asuransi Jiwa dan Biaya Medis Perorangan

A. Applicant Information

Applicant's Name: (Please Print) _____
 (First) _____ (Middle) _____ (Last) _____
 Birthdate: Mo. _____ Day _____ Year _____ Sex Male Female
 Social Security Number: _____
 Street Address or P.O. Box: _____
 County you live in: _____
 Are you a U.S. Citizen? Yes No
 City _____ State _____ Zip Code _____
 Telephone no. where we can reach you during the day: _____
 Area Code _____
 Applicant's Occupation/Nature of Business (if retired, nature of former business): _____
 Are you currently covered by an employer sponsored group medical plan? Yes No
 If yes, please indicate: Plan Number _____ Date Coverage to Cease _____
 Carrier _____ Reason for Termination _____

B. Plan Information

Effective Date:
 I request insurance effective the 1st of the month following Home Office approval
 OR
 I request insurance effective the 1st day of (month) _____, 19____
 * I understand I will be liable for premium from this date and the date cannot be changed even if notice of approval is not received by the until a later date.
 Applicant's Initials: _____

Plan Options: **Optional Benefits:**

Deductible \$ _____
 30/20 _____ 80/20 PPO Yes No Premium Saver
 50/50 _____ PPO Name _____ Yes No Freedom Option
 _____ PPO Number _____ Yes No Supplemental Life

Beneficiary Name: _____
 (First) _____ (Middle) _____ (Last) _____ (Relationship) _____
 Maternity:
 No If no, complications only will be covered.
 Yes If yes, I realize this plan includes a six month waiting period that begins the date the female becomes insured or starts full maternity coverage, whichever is later. Benefits may vary by state.
 Applicant's Initials: _____

Special Instructions: _____

C. Dependent Information - Complete this section only if applying for Dependent Coverage. If so, list full names of all dependent:

Marital Status: Single Married

If any dependents not approved, do you still want coverage for those who are approved? Yes No

Special Notes:
 Foster and stepchildren eligibility is subject to Home Office approval. If applying for coverage for foster children, complete Foster Child Questionnaire. _____
 Dependents age 19 or older, must meet student eligibility requirements.

| Names | Sex M/F | Birthdate | | | Time Insured | Foster Child | Step Child | Lives w/ You | How Hob |
|-----------|------------|-----------|-----|----|-----------------|-----------------|---------------|--------------------|------------|
| | | Mo | Day | Yr | | | | | |
| Spouse | | | | | (X) | (X) | (X) | Yes? | N |
| Children: | | | | | | | | | |
| 1. _____ | | | | | | | | | |
| 2. _____ | | | | | | | | | |
| 3. _____ | | | | | | | | | |
| 4. _____ | | | | | | | | | |
| 5. _____ | | | | | | | | | |

To be completed by Soliciting Agent: Signature of Soliciting Agent _____ Agent's Group Code _____ Agent's Social Security No. _____
 Agent Name (Please Print) _____ Street _____ City _____ State _____ Zip _____

To be completed by Regional Office: Regional Office Signature _____ Date Signed _____ Regional Office Signature (For Adip Program) _____ Date Signed _____ Rep Code _____ Off Code _____

To be completed by Home Office: Effective Date of Coverage _____

Pemeriksaan kesehatan. Penanggung dapat meminta pemeriksaan medis sehubungan jumlah pertanggungan yang diminta, usia pemohon, atau kebutuhan untuk perincian riwayat medis yang lebih spesifik. (Gambar 7.2) Seorang dokter biasanya menyelesaikan pemeriksaan dan mencatat jawaban atas pertanyaan medis. Pemohon harus menandatangani aplikasi medis.

Gambar 7.2. Contoh Aplikasi Permohonan Asuransi Jiwa dan Biaya Medis Kumpulan

A. Employee Information
 Your name (last, first, middle initial) _____ Social security number _____
 Address (street) _____ City _____ State _____ ZIP code _____ County _____ Phone number _____
 Date of birth (month/year) _____ Sex: male female single married divorced legally separated
 Is your spouse employed by this school? yes no If yes, please give accurate name and social security number _____

B. Dependent Information: List your spouse and all eligible dependent children.

| Name of eligible Dependents | Social security number | Date of birth (mo./day/yr) | Full-time Student | Foster Child | Step Child | Handicapped | Adopted |
|-----------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|--------------|------------|-------------|---------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |

Foster or adopted child eligibility is subject to approval. Complete a Foster Child/Stepchild Questionnaire form.
 If you have Developmentally Disabled/Physically Handicapped children, complete an Application for Continuous Handicapped Child form.

C. Beneficiary Designation: Complete only if your coverages include group term life insurance.
 Beneficiary for employee group term life insurance (Print as "Doc, Mary A.", not "Mrs. John Doe.")
 Last name _____ First name _____ Middle initial _____ Relationship _____
 Unless otherwise provided herein, if two or more beneficiaries are named, the proceeds shall be paid in equal shares to the named beneficiaries surviving the insured. If no beneficiary has been designated, any proceeds will be payable as provided by the group policy.

D. Benefit Election: Ask your employer what coverages the plan has. Check your election option below.

If eligible for Medical, I elect coverage for: Myself Dependents If applicable, indicate which plan you choose.
 If eligible for Dental, I elect coverage for: Myself Dependents
 If eligible for Dependent Life, I elect coverage for my Dependents: yes no Medical (i.e. HMO, Comp 100, PPO)
 If eligible for Supplemental Life, I elect coverage for Myself: yes no Dental _____
 If eligible for Life, I elect coverage for Myself: yes no
 If eligible for LTD, I elect coverage for Myself: yes no

E. Acceptance
 I declare I am eligible to enroll in this plan and request to be covered. If the group plan provides that contributions be made by me, I authorize my employer to deduct them from my pay. I hereby declare that, to the best of my knowledge and belief, the information given on this enrollment form is correct, complete and true. I understand that a broker or agent cannot guarantee coverage or revise rates, benefits or plan provisions without prior written approval.
 Signature of employee (Please do not print) _____ Please be sure form is complete so enrollment is not delayed. _____
 Date signed _____

F. Refusal of Coverage Section
 I hereby acknowledge that I have been given an opportunity to apply for all insurance coverages for which I may be eligible under the policy issued by me and I **DECLINE** to enroll. If I am not applying for all coverages for which I am eligible, I understand the benefit is available under the plan and I **DECLINE** to enroll:
 myself to: medical * dental Life LTD all coverages provided by the plan.
 my Dependents to: medical * dental Dep Life all coverages provided by the plan.
 because _____
 I UNDERSTAND if I refuse any coverage under the plan:
 (a) my Dependent(s) are not eligible for any coverage for which I am not covered.
 (b) I (and/or my Dependents) will not be able to enroll in the plan later unless satisfactory proof of good health is provided. Any medical information will be provided at my own expense and coverage will not become effective until approved by _____ subject also to Actively at Work and Period of Limited Activity provisions.
 (c) that any health conditions which have already been diagnosed, are being treated now or develop later may prevent me (and/or my Dependents) from ever being approved for coverage.
 (d) cannot, under any conditions, reenter the plan as a retired person.
 *If you waive medical coverage and your plan provides prescription drugs and/or vision coverage(s) you will not be enrolled for them.
 Signature of employer (Please do not print) _____ Date signed _____

G. Employer to Complete this Section

| | | |
|--|------------------|---|
| Company name as it appears on your billing _____ | Location _____ | Employee effective date _____ |
| Date employed _____ | Occupation _____ | Hours worked per week _____ |
| | | Earnings _____ |
| | | <input type="checkbox"/> yr <input type="checkbox"/> mo <input type="checkbox"/> wk <input type="checkbox"/> hr |
| | | Dependent effective date _____ |

Dengan biaya tambahan, tes kapasitas vital dan elektrokardiogram dapat diperoleh. Layanan ini biasanya menyediakan fasilitas untuk tes lain, seperti profil darah, tes glukosa, dan sinar-X, jika diperlukan. Banyak informasi yang diperoleh, terutama dari profil darah, penting untuk studi statistik.

Penggunaan teknisi medis memiliki keuntungan, menurunkan biaya, memperoleh informasi medis, dan membebaskan dokter dari pekerjaan yang memakan waktu untuk melakukan pemeriksaan fisik rutin bagi penanggung. Analisis kimia darah terbukti lebih efektif dalam mendeteksi atau memastikan diabetes dan gangguan ginjal dan hati, meskipun tidak menunjukkan hipertensi atau penyakit jantung. Namun, pembacaan tekanan darah dan penelusuran elektrokardiogram memberikan informasi mengenai kondisi tersebut.

Kelengkapan formulir riwayat medis, analisis kimia darah, elektrokardiogram, dan pembacaan tekanan darah memberikan sejumlah besar informasi medis untuk underwriter dengan biaya yang rendah. Hasil pemeriksaan paramedis yang tidak menguntungkan akan mendorong permintaan pemeriksaan medis rutin oleh dokter.

Tes Darah dan Tes Laboratorium Lainnya. Terutama dengan wabah acquired immune deficiency syndrome (AIDS), tes darah sudah umum diterapkan pada asuransi biaya medis dan asuransi disabilitas pendapatan. Selain pengujian adanya human immunodeficiency virus (HIV), tes darah dan urin terbukti menjadi alat yang bagus dalam mendeteksi kondisi lain yang dapat mempengaruhi morbiditas. Sebagai contoh, tes darah dapat menunjukkan peningkatan kolesterol dan lipid, yang sering menyebabkan stroke atau serangan jantung.

Kelainan hati adalah kondisi umum lain yang terdeteksi melalui pemeriksaan darah dan dapat mengindikasikan adanya kecanduan alkohol. Penggunaan narkoba juga dapat dideteksi dengan pemeriksaan darah sehingga pemohon dapat disingkirkan sebelum mereka mendapatkan cakupan. Nikotin mudah dilacak melalui tes urin dan dapat menunjukkan apakah pemohon adalah pengguna produk tembakau.

Pernyataan Dokter yang Bertugas

Jika aplikasi atau laporan pemeriksa kesehatan mengungkapkan riwayat medis yang serius atau dipertanyakan, underwriter meminta laporan dari dokter atau rumah sakit yang bertugas. Ini biasanya disebut sebagai pernyataan dokter yang bertugas (attending physician statement, APS). Jenis laporan ini adalah sumber informasi terbaik sebagai deskripsi yang akurat tentang riwayat kesehatan.

Underwriter harus tahu persis untuk apa pemohon dirawat, tanggal perawatan, lama perawatan, konsultasi dokter, jika ada, dan apakah sudah pulih total. Sebagian besar kondisi medis di mana pemohon dirawat tidak menimbulkan masalah. Namun, beberapa kondisi kemungkinan akan menyebabkan klaim tambahan karena kecelakaan atau penyakit yang tidak terkait. Epilepsi, misalnya, meningkatkan kemungkinan cedera, dan hipertensi atau obesitas dapat menyebabkan atau memperpanjang kecacatan atau disabilitas.

Laporan Inspeksi

Laporan inspeksi (inspection report) adalah laporan penyelidikan pemohon yang dilakukan oleh lembaga independen yang memiliki spesialisasi dalam penyelidikan asuransi. Laporan, yang biasanya ditulis, mencakup faktor-faktor terkait seperti pekerjaan, status keuangan, dan riwayat kesehatan.

Perusahaan jasa inspeksi ini hampir sama tuanya dengan industri asuransi itu sendiri, dan laporan inspeksi adalah alat underwriting yang berharga. Baik perusahaan inspeksi maupun perusahaan asuransi selalu menyadari sifat rahasia dari informasi yang dikumpulkan dan telah menetapkan prosedur untuk melindungi orang yang terlibat.

MIB, Inc.

Di AS, **MIB, Inc.** (sebelumnya adalah **Medical Information Bureau**) adalah sistem untuk pertukaran informasi underwriting di antara penanggung yang menawarkan asuransi jiwa dan kesehatan. Lembaga ini adalah asosiasi dengan lebih dari 700 anggota di AS dan Kanada. Agar memenuhi syarat keanggotaan penuh dalam asosiasi, perusahaan asuransi harus memiliki direktur medis dan menjual asuransi jiwa. Karena persyaratan keanggotaan ini, beberapa perusahaan asuransi yang memiliki spesialisasi dalam asuransi kesehatan saja tidak dapat memenuhi syarat untuk menjadi anggota.

Salah satu tujuan utama MIB adalah mendeteksi atau mencegah kecurangan dalam pengadaan jasa asuransi oleh para penanggung yang mungkin menghilangkan atau mencoba menyembunyikan fakta-fakta yang penting untuk penentuan risiko asuransi yang akurat, tepat, dan masuk akal. MIB bertanggung jawab untuk memelihara daftar gangguan medis dan non-medis yang penting bagi underwriting. Daftar ini terus menerus ditelaah untuk memastikan relevansinya dengan proses underwriting.

Informasi MIB tidak menunjukkan tindakan apa yang mungkin diambil oleh perusahaan anggota yang melaporkan, atau jenis atau jumlah asuransi yang diterapkan atau diterbitkan. Hanya perusahaan anggota yang dapat mengirimkan laporan kepada MIB, dan hanya mengenai tentang informasi

yang ditemukan saat membuat aplikasi asuransi. MIB tidak mempekerjakan penyelidik, juga tidak mendapatkan salinan catatan dari agen, dokter, rumah sakit, dan penyedia lainnya. Satu-satunya fungsi MIB adalah mencatat secara akurat informasi yang dikirimkan dalam bentuk kode dan menyebarkan informasi ini kepada para anggotanya sesuai dengan aturan.

Disability Income Record System (DIRS)

Layanan yang disediakan oleh MIB di AS adalah **Disability Income Record System (DIRS)**. Sistem ini memberi perusahaan asuransi informasi tentang aplikasi permohonan asuransi disabilitas pendapatan dan membantu mereka mengenali situasi yang melibatkan potensi **asuransi berlebih (over insurance)**.

DIRS menggunakan basis data terpusat yang mencatat informasi non-medis tertentu tentang aplikasi asuransi disabilitas pendapatan yang diproses oleh perusahaan asuransi yang berlangganan DIRS. Ketika anggota menerima aplikasi asuransi disabilitas pendapatan yang melibatkan manfaat disabilitas pendapatan bulanan sekitar Rp 4,5 juta (USD 300) atau lebih dengan masa manfaat setidaknya hingga 12 bulan, penanggung mengirimkan informasi ini ke basis data DIRS. Informasi ini disimpan selama lima tahun dan tersedia bagi setiap perusahaan anggota lain di mana seseorang dapat mengajukan permohonan untuk asuransi disabilitas pendapatan.

Keanggotaan dalam DIRS terbuka untuk setiap perusahaan asuransi yang menawarkan asuransi disabilitas pendapatan. Karena beberapa pemohon keanggotaan DIRS tidak memenuhi syarat sebagai anggota MIB, MIB telah membentuk keanggotaan asosiasi untuk perusahaan asuransi yang ingin berpartisipasi dalam DIRS. Keanggotaan (associate membership) ini memungkinkan mereka untuk menerima informasi DIRS dan MIB sehubungan dengan aplikasi permohonan disabilitas, sesuai dengan persyaratan yang dijelaskan sebelumnya.

Kecenderungan ke Depan

Margin keuntungan asuransi kesehatan terus tertekan pada lini produk asuransi biaya medis dan disabilitas pendapatan. Morbiditas terus meningkat relatif terhadap mortalitas. Biaya perawatan kesehatan masih meningkat lebih tinggi daripada indeks harga konsumen. Dan pengalaman klaim disabilitas perusahaan asuransi di AS memburuk sejak pertengahan 1980-an. Asuransi DI telah berubah secara signifikan selama bertahun-tahun. Salah satu kecenderungan utama di abad 21 ini adalah bahwa periode liberalisasi atau relaksasi dalam underwriting, persyaratan

kontrak, dan administrasi klaim sering diikuti oleh periode penghematan asuransi. kecenderungan lainnya adalah meningkatnya peraturan pemerintah di AS tentang penjualan dan pemasaran asuransi disabilitas pendapatan.

Salah satu cara yang diharapkan oleh perusahaan asuransi kesehatan untuk mengubah kecenderungan ini adalah dengan fokus pada dan mempertahankan standar yang lebih tinggi dalam underwriting produk asuransi kesehatan. Upaya lainnya termasuk pertumbuhan berkelanjutan managed care (perawatan terkelola) dan kemampuannya untuk membantu mengendalikan biaya klaim, manajemen pengeluaran yang agresif, dan peningkatan efisiensi dan produktivitas dengan, misalnya, memperluas aplikasi komputer terkait dengan produk dan administrasi. Hanya waktu yang akan menentukan apakah tindakan ini akan menghasilkan peningkatan keuntungan bagi perusahaan asuransi.

Di sisi lain, di AS hukum negara bagian dan federal membatasi kemampuan entitas asuransi untuk melakukan pertanggungjawaban. Dalam banyak kasus, perusahaan asuransi diharuskan menerima semua pemohon dari kelas tertentu. Undang-undang HIPAA 1996 mewajibkan operator asuransi melayani pasar kelompok kecil (didefinisikan sebagai kelompok dengan 2 sampai 50 karyawan) untuk menerima pemberi kerja kecil mana pun yang mengajukan pertanggungjawaban. Operator yang melayani pasar perorangan harus menerima (tanpa pembatasan kondisi kesehatan yang sudah ada sebelumnya) setiap pemohon yang kehilangan cakupan kelompok dan memiliki 18 bulan cakupan sebelumnya. Aturan-aturan ini berlaku untuk cakupan biaya medis.

Fokus pada pasar disabilitas yang sebagian besar belum dimanfaatkan, termasuk pengusaha bisa mengarah pada pengembangan produk baru yang lebih menarik. Produk-produk baru ini cenderung dicirikan oleh pilihan, fleksibilitas, pergeseran dari penekanan pada pekerjaan ke pada pendapatan, dan penekanan yang lebih besar pada program kembali bekerja (return-to-work).

Dengan diundangkannya UU No. 40 tahun 2004 tentang SJSN, Pemerintah Indonesia mewajibkan seluruh penduduk untuk memiliki asuransi kesehatan sosial. Namun demikian, UU No. 40 tahun 2014 tentang Perasuransian masih memberi peluang bagi industri asuransi, misal asuransi jiwa dan asuransi umum, untuk tetap menjual produk-produk asuransi kesehatan yang bersifat sukarela dan komersial. Tidak tertutup kemungkinan bagi perorangan dan/atau pemberi kerja yang sudah memiliki asuransi kesehatan sosial nantinya akan tetap membeli produk asuransi kesehatan tambahan yang dijual oleh berbagai perusahaan asuransi kesehatan komersial. Konsumen yang menghendaki produk

asuransi tambahan dapat menunjukkan bahwa mereka akan membutuhkan pelayanan kesehatan yang lebih tinggi, mungkin sehubungan dengan pemahaman tentang risiko kesakitan yang dimilikinya.

Kemajuan ilmu teknologi kedokteran dan keperawatan serta penanganan pasien akan memiliki pengaruh positif terhadap angka harapan hidup penduduk. Sementara berbagai studi mengindikasikan bahwa angka kesakitan pada kelompok usia tua relatif lebih tinggi. Kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran juga memiliki implikasi pada peningkatan biaya kesehatan serta kecenderungan terjadinya pelayanan kesehatan yang tidak tepat, misal adanya pelayanan kesehatan yang berlebihan atau intervensi medis yang tidak sesuai.

Perusahaan asuransi harus lebih responsif terhadap kecenderungan yang akan terjadi. Salah satu strategi yang perlu dilakukan perusahaan asuransi kesehatan untuk merespons kecenderungan tersebut di atas adalah dengan membuat aturan-aturan yang lebih ketat dalam underwriting produk-produk asuransi kesehatan serta mengharuskan para underwriter agar selalu konsisten dalam menerapkan aturan-aturan tersebut. Tindakan-tindakan lainnya yang perlu dilakukan perusahaan asuransi adalah, misalnya: (1) menerapkan teknik-teknik kontrol biaya, baik dari sisi konsumen maupun sisi PPK (provider), yang diterapkan dalam program managed care, (2) manajemen pengeluaran yang agresif, serta (iii) perbaikan dalam efisiensi dan produktivitas dengan cara memperluas aplikasi komputer untuk produk-produk dan administrasi.

Ringkasan

Underwriting merupakan salah satu fungsi penting di perusahaan asuransi karena hal ini menentukan seleksi risiko dan menjadi dasar di mana pemohon akan ditawarkan perlindungan asuransi. Underwriting asuransi kesehatan adalah fungsi vital dan utama dari setiap perusahaan asuransi baik untuk asuransi kesehatan kumpulan maupun asuransi kesehatan perorangan. Underwriter menggunakan berbagai metode dan sumber informasi, melakukan tugas penting ini. Underwriting asuransi kesehatan kumpulan dan perorangan memerlukan keterampilan investigasi dan analitis, perhatian cermat terhadap perincian, dan pengetahuan menyeluruh tentang filosofi bisnis perusahaan asuransi.

Aktifitas underwriting akan menghasilkan keputusan terhadap status permohonan calon peserta asuransi, baik individual maupun kumpulan. Calon peserta yang memiliki pengalaman masalah kesehatan, atau status kesehatan ketika melamar dalam kondisi buruk, akan membutuhkan biaya-biaya kesehatan yang lebih tinggi. Perusahaan asuransi dalam membuat

keputusan tentunya harus mempertimbangkan kondisi pemohon tersebut, seperti akan menetapkan tarif premi yang lebih tinggi ketimbang tarif premi rata-rata yang diberlakukan bagi peserta dengan kondisi kesehatan yang lebih baik, atau mengurangi paket jaminan kesehatan, atau bahkan menolak peserta yang memiliki status kesehatan rendah. Kualitas dari hasil keputusan underwriting tersebut sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti: (1) pemahaman underwriter terhadap prinsip, tugas dan tanggung jawabnya; (2) pemahaman menyeluruh underwriter tentang filosofi usaha perusahaan asuransi; (3) underwriter harus memiliki keterampilan investigatif dan analytical serta perhatian pada detail faktor-faktor risiko calon tertanggung, dan (4) kelengkapan informasi yang diperlukan sebagai dasar untuk penilaian dan klasifikasi risiko calon tertanggung.

Istilah Penting

| | |
|---|---|
| <i>Acceptable group</i> | <i>Kelompok yang bisa diterima</i> |
| <i>Adverse selection</i> | <i>Seleksi yang merugikan. Anti-seleksi</i> |
| <i>Age</i> | <i>Usia</i> |
| <i>Application</i> | <i>Aplikasi permohonan</i> |
| <i>Attending physician statement (APS)</i> | <i>Pernyataan dokter yang bertugas (APS)</i> |
| <i>Benefit structure</i> | <i>Struktur manfaat</i> |
| <i>Contributory plan</i> | <i>Paket contributory</i> |
| <i>Coordination of benefits (COB)</i> | <i>Koordinasi manfaat (COB)</i> |
| <i>Credibility</i> | <i>Kredibilitas</i> |
| <i>Dependent distribution</i> | <i>Distribusi tanggungan keluarga</i> |
| <i>Disability Income Record System (DIRS)</i> | <i>Disability Income Record System (DIRS)</i> |
| <i>Duplicate coverage</i> | <i>Cakupan duplikat</i> |
| <i>Earning distribution</i> | <i>Distribusi pendapatan</i> |
| <i>Eligibility</i> | <i>Eligibilitas</i> |
| <i>Enrollment card</i> | <i>Kartu pendaftaran</i> |
| <i>Evidence of insurability</i> | <i>Bukti kelayakan asuransi</i> |
| <i>Experience</i> | <i>Pengalaman</i> |
| <i>Inspection report</i> | <i>Laporan inspeksi</i> |
| <i>Late entrants</i> | <i>Peserta terlambat</i> |
| <i>Loss ratio</i> | <i>Rasio kerugian</i> |
| <i>Medical Information Bureau (MIB, Inc.)</i> | <i>Medical Information Bureau (MIB, Inc.)</i> |
| <i>Minimum participation</i> | <i>Partisipasi minimum</i> |
| <i>Morbidity</i> | <i>Morbiditas</i> |
| <i>Mortality</i> | <i>Mortalitas</i> |
| <i>Noncontributory plan</i> | <i>Paket non-contributory</i> |
| <i>Occupational class</i> | <i>Kelas-kelas pekerjaan</i> |
| <i>Over insurance</i> | <i>Asuransi berlebih</i> |
| <i>Paramedical examination</i> | <i>Pemeriksaan paramedis</i> |
| <i>Persistency</i> | <i>Persistensi</i> |
| <i>Plan design</i> | <i>Rancangan paket</i> |
| <i>Pre-existing condition</i> | <i>Kondisi yang telah ada sebelumnya</i> |
| <i>Previous coverage</i> | <i>Cakupan sebelumnya</i> |
| <i>Prior claim experience</i> | <i>Pengalaman klaim sebelumnya</i> |
| <i>Rating</i> | <i>Penarifan</i> |

Request for proposal (RFP)

Risk selection factors

Turnover

Underwriter

Underwriting

Workers' compensation

Permintaan proposal (RFP)

Faktor-faktor seleksi risiko

Perputaran

Underwriter

Underwriting

Kompensasi pekerja



PAMJAKI



Perkumpulan Ahli Manajemen Asuransi dan Jaminan Kesehatan Indonesia