

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Identifikasi Masalah

Pemerintah dan sektor swasta saat ini sedang melakukan upaya untuk mencapai tingkat kesehatan masyarakat yang tinggi. Penyediaan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat dalam bentuk fasilitas kesehatan yang berfungsi adalah salah satu langkah yang diambil. Ketika datang ke kesehatan manusia, tidak mungkin untuk memisahkan inisiatif kesehatan dan perawatan kesehatan dari kebutuhan dasar masyarakat manusia. Tidak termasuk kemungkinan kejadian yang tidak diinginkan, seperti terjadinya suatu risiko, termasuk risiko kesehatan. Kemungkinan orang dalam bahaya telah berkembang menjadi masalah mendasar yang mempengaruhi kehidupan masyarakat dan tidak dapat dipisahkan.

Mentransfer risiko ke pihak lain adalah salah satu cara untuk menangani atau mengurangi risiko. Dengan mengadakan suatu perjanjian, risiko dialihkan kepada pihak lain untuk memberikan perlindungan dan rasa aman kepada peserta asuransi. Perjanjian asuransi adalah nama yang diberikan untuk perjanjian ini.

Karena dinamika kehidupan manusia, upaya untuk memberikan perlindungan dalam bentuk asuransi telah muncul, memberikan banyak peluang untuk kejadian berisiko. Seiring berjalannya waktu, orang menjadi semakin sadar betapa pentingnya memiliki lembaga yang dapat menangani risiko dari berbagai bahaya yang dapat membahayakan nyawa, harta benda, kesehatan, atau keselamatan orang.

Indonesia yang saat ini sudah termasuk dalam negara maju yang memiliki jumlah penduduk mencapai 270,6 juta jiwa pada tahun 2019 yang terdampar pada posisi keempat yang memiliki populasi terbesar di dunia. pada zaman serba canggih sekarang ini teknologi berkembang pesat dengan menguasai semua lini kehidupan. Hal itu sangat berpengaruh terhadap kehidupan manusia akan mendatang, dengan

pesatnya perkembangan tersebut maka manusia harus memenuhi semua kebutuhan hidupnya.

Hugh pertama kali mengajukan gagasan asuransi kesehatan pada tahun 1964. Asuransi kesehatan dimulai dengan asuransi kecelakaan pada akhir abad ke-19. Di California, California, Amerika Serikat, model asuransi ini tetap berlaku sampai awal abad ke-20, ketika produk asuransi kesehatan baru yang semakin maju ditemukan. Penanggung (perusahaan asuransi) akan membayar pengobatan dan perawatan orang sakit (tertanggung) melalui asuransi kesehatan. Penyedia dan penanggung jawab membuat suatu perjanjian atau kontrak yang sah didalam sebuah polis. Pihak penanggung jawab mengganti sejumlah kerugian yang mungkin akan timbul dimasa yang akan datang.

Asuransi Kesehatan di Indonesia berkembang bagi pegawai negeri sipil kemudian bermunculan berbagai bentuk asuransi seperti asuransi sosial untuk para pegawai swasta. Perkembangan sosial kehidupan di Indonesia yang kian hari semakin rumit menjadikan kebutuhan terhadap biaya pemeliharaan kesehatan dan biaya pengobatan dalam kehidupan semakin meningkat. Dalam rangka memenuhi kebutuhan tersebut sehingga berbagai macam sistem alat pemeliharaan kesehatan bermunculan.

Ada beberapa macam asuransi di Indonesia salah satunya adalah jaminan sosial seperti BPJS Kesehatan. Per-31 Desember 2020, 222,5 juta orang terdaftar dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan. Jumlah ini mewakili 81,3 persen penduduk Indonesia. 132,8 juta orang merupakan penerima bantuan iuran (PBI) yang tepat dari APBN dan APBD. Pemerintah membayar untuk kategori kontribusi ini. Jumlah penerima upah (PPU) kemudian mencapai 55,1 juta, baik pegawai pemerintah maupun badan usaha. Rakyat Indonesia sangat diuntungkan dari kebijakan pemerintah ini. Kepercayaan masyarakat terhadap kinerja BPJS akan sangat mempengaruhi kemajuan JKN. Publik, di sisi lain, meragukan keberadaannya selama beberapa bulan.

Masyarakat Indonesia sudah sangat familiar dengan asuransi kesehatan yang merupakan produk keuangan. Badan Pusat Statistik (BPS) melaporkan, dari 262

juta penduduk Indonesia, 208 juta atau 79,4 persen memiliki jaminan kesehatan pada 2018. Artinya, ada 794 orang yang sudah memiliki jaminan kesehatan dari setiap 1.000 penduduk. Jumlah ini naik dari tahun 2017, ketika hanya 716 dari 1.000 penduduk yang diketahui tercakup oleh asuransi kesehatan.

Pendirian BPJS Kesehatan pada tahun 2014 bisa dibilang menjadi faktor utama perluasan cakupan jaminan kesehatan di Indonesia. Tak perlu dikatakan bahwa fasilitas pemerintah ini memudahkan masyarakat untuk mendapatkan jaminan kesehatan. Namun, asuransi kesehatan swasta selain BPJS juga harus diperhatikan. Alasannya, BPJS membatasi apa yang bisa ditanggung, seperti penyakit yang dilindungi atau layanan kesehatan. Dengan demikian, asuransi kesehatan swasta dapat melengkapi fasilitas BPJS untuk perlindungan yang lebih baik.

Saat PP No. 14 tahun 1993 dikeluarkan, industri jaminan kesehatan Indonesia tumbuh lebih pesat yang menjelaskan bahwa perusahaan memiliki pilihan untuk ikut atau tidak mengikuti program PT Jamsostek. Menurut Thabrany (2014), banyak pelaku usaha yang akan daripada membeli asuransi kesehatan dari swasta daripada dari PT Jamsostek. Kebutuhan individu yang bervariasi dapat diakomodasi oleh penyedia asuransi kesehatan komersial. Akibatnya, bisnis akan merancang berbagai produk untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Dalam hal ini, asuransi kesehatan mencakup pilihan asuransi sosial dan komersial (Thabrany, 2001).

Asuransi kesehatan komersial swasta telah ada di Indonesia sejak awal 1970-an, tetapi pertumbuhannya lambat hingga tahun 1992 karena landasan hukumnya tidak jelas (Thabrany, 2014). Perusahaan asuransi umum pada saat itu menawarkan asuransi kesehatan sebagai produk pengendaraan. perusahaan asuransi jiwa merupakan unsur dalam memasarkan produk. Produk asuransi kesehatan kini dapat dijual baik asuransi kerugian maupun asuransi jiwa sebagai akibat dari Undang-Undang Perasuransian Nomor 2 Tahun 1992. Menurut Basuki & Iskandar (2013), Indonesia ekspansi ekonomi merupakan faktor lain yang mendorong pertumbuhan asuransi.

Sebanyak 69 dari 100 penduduk memiliki jaminan kesehatan pada 2020. Persentase terbanyak terdapat pada BPJS Kesehatan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan perusahaan atau kantor dengan masing-masing sebesar 36,62% dan 33,87%. Jaminan kesehatan selanjutnya sebanyak 24,12% BPJS Non-PBI, jaminan kesehatan daerah (jamkesda) 9,56%, dan 0,85% asuransi swasta (data Susenas diolah).

Dari data diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa pengguna asuransi setiap tahunnya selalu meningkat dan peserta asuransi kesehatan swasta lebih lambat pertumbuhannya di Indonesia dibandingkan BPJS. Pertumbuhan ekonomi di Indonesia juga menjadi faktor lambatnya pertumbuhan asuransi kesehatan swasta di ndonesia. Merujuk pada hal itu, untuk mengetahui persebaran dan pemetaan serta karakteristik kepesertaan asuransi kesehatan swasta di Indonesia 2019 sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **“Pemetaan Kepesertaan Asuransi Kesehatan Swasta di Indonesia tahun 2019”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, diketahui bahwa perkembangan asuransi kesehatan swasta sangat lambat di Indonesia, pertumbuhan ekonomi merupakan salah satu faktor perkembangan asuransi kesehatan tersebut. Rumusan masalah penelitian diturunkan dari uraian sebelumnya:

1. Bagaimana pemetaan Kepesertaan asuransi kesehatan swasta di Indonesia tahun 2019?
2. Bagaimana karakteristik Kepesertaan asuransi kesehatan swasta di Indonesia tahun 2019?

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Memetakan persebaran kepesertaan asuransi kesehatan swasta di Indonesia tahun 2019.
2. Mengetahui karakteristik Kepesertaan asuransi kesehatan swasta di Indonesia tahun 2019.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk penulis

diajukan sebagai bagian dari persyaratan Pendidikan Sarjana Departemen Ekonomi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Andalas. dan mendapatkan ilmu khususnya, di bidang asuransi kesehatan swasta.

2. Untuk pemerintah

Pemerintah dalam kapasitasnya sebagai pembuat kebijakan diharapkan dapat memperoleh data yang berguna untuk memilih strategi yang paling efektif untuk meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat Indonesia.

3. Untuk pengembangan ilmu pengetahuan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan bagi peneliti selanjutnya, dan juga dapat meningkatkan penelitian tentang perkembangan asuransi kesehatan swasta di Indonesia.

Sebagai pembuat kebijakan, pemerintah diharapkan dapat memperoleh informasi yang berguna untuk menentukan kebijakan yang tepat untuk peningkatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian mempelajari mengenai deskripsi karakteristik peserta asuransi kesehatan swasta di Indonesia. Peneliti hanya memakai tiga aspek untuk mendeskripsikan karakteristik peserta asuransi kesehatan swasta di Indonesia yaitu aspek geografis, aspek social ekonomi dan aspek tingkat kesehatan.

Objek penelitian yaitu kepala keluarga peserta asuransi kesehatan swasta di Indonesia. Data digunakan penelitian yaitu raw data Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) Tahun 2019, karena ada keterbatasan data maka data yang digunakan hanya tahun 2019.

1.6 Sistematika penulisan

Sistematika penulisan ini bertujuan untuk memberikan gambaran secara umum dari penelitian ini.

BAB I Pendahuluan

Berisi tentang latar belakang, perumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Literatur

Bab ini berisikan teori yang berupa landasan teori, yang diambil dari kutipan buku dan jurnal–jurnal yang berkaitan dengan penyusunan laporan penelitian.

BAB III Metodologi Penelitian

Bab ini berisi tentang lokasi penelitian, data, sumber data, metode analisis data dan definisi operasional variable.



BAB IV Hasil Penelitian dan Pembahasan

Bab ini berisi pembahasan dari hasil penelitian yang telah dilakukan.

BAB V Penutup

Bab ini berisi kesimpulan dan saran dari hasil penelitian yang diperoleh peneliti terhadap pembahasan pada bab sebelumnya.