

BAB II

GAMBARAN UMUM ASURANSI JEPANG DAN INDONESIA

Asuransi kesehatan atau jaminan sosial adalah salah satu mekanisme yang mengarah pada biaya layanan kesehatan yang semakin banyak digunakan di seluruh negara dan dunia. Dalam segala kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat khususnya kegiatan yang berkaitan dengan pembiayaan, adanya risiko yang tidak bisa dihindari, salah satu cara untuk menghindari risiko tersebut adalah dengan menggunakan asuransi. Menurut M. Nur Rianto (2012:212) kesehatan masyarakat ialah hal terpenting pada suatu negara. Hal ini dikarenakan kemajuan suatu negara bisa ditentukan oleh tingkat kesehatannya. Kualitas kesehatan fisik dan mental memengaruhi kinerja sumber daya manusia (sdm) pada tata pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan. Berikut ini adalah pernyataan penulis yang sesuai dengan pendapat Sørensen et al. (2012).

2.1. Asuransi

Dalam setiap kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat, khususnya kegiatan Berkaitan dengan keuangan, risiko adalah sesuatu yang tidak bisa dihindari. Salah satu hal yang dapat meminimalisir resiko tersebut adalah dengan Pertanggung. Asuransi memberi manfaat bagi kehidupan masyarakat dengan mengurangi kekayaan yang harus disisihkan untuk menutupi kerugian akibat berbagai resiko diperoleh. Ada beberapa definisi asuransi yang dikemukakan oleh beberapa ahli.

Menurut M.Nur Rianto (2012:212) asuransi adalah mekanisme perlindungan jika ia menderita risiko di masa depan dimana tertanggung akan membayar premi untuk mendapatkan kompensasi dari penanggung. Sementara itu, menurut Ktut Silvanita, asuransi adalah asuransi di mana suatu pihak diberi insentif untuk mentransfer dana dengan membayar sejumlah dana tertentu untuk menghindari risiko kehilangan sejumlah aset yang dimilikinya.

Asuransi adalah suatu mekanisme perlindungan harta kekayaan yang dimiliki dengan cara tertanggung membayar sejumlah uang kepada pihak asuransi untuk kompensasi atas risiko yang mungkin timbul di masa depan. Mekanisme perlindungan asuransi diperlukan terutama bagi mereka yang melakukan kegiatan

bisnis berisiko di masa depan. Berikut merupakan beberapa manfaat asuransi bagi masyarakat yang dikemukakan oleh M.Nur Rianto (2012:212) :

1. Memberikan rasa aman dan terlindungi Polis asuransi yang dimiliki oleh tertanggung akan memberikan rasa aman dari risiko atau kerugian yang mungkin timbul di masa depan datang. Jika risiko memang terjadi, tertanggung memiliki hak mendapatkan penggantian kerugian sebesar polis yang telah ditentukan sebelumnya.
2. Polis asuransi dapat dijadikan jaminan untuk memperoleh kredit.
3. Asuransi dapat berfungsi sebagai tabungan dan sumber penghasilan. Premium dibayarkan oleh tertanggung setiap periode memiliki substansi sama dengan tabungan.
4. Distribusi biaya dan manfaat yang lebih adil. Prinsip keadilan dihitung dengan cermat untuk menentukan uang pertanggungan dan premi yang harus ditanggung pemegang polis secara berkala dengan memperhatikan faktor-faktor yang memiliki pengaruh besar pada asuransi.
5. Membantu meningkatkan kegiatan usaha. Investasi yang dilakukan oleh investor dibebani oleh risiko kerugian yang dapat diakibatkan oleh beberapa hal Benda.
6. Asuransi dapat bermanfaat sebagai sarana penyebaran risiko. Risiko itu harus ditanggung oleh tertanggung juga ditanggung oleh penanggung dengan imbalan sejumlah premi tertentu berdasarkan nilai cakupan.

2.2. Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan adalah suatu cara untuk melindungi pihak tertanggung apabila mengalami risiko di masa yang akan datang dimana pihak tertanggung akan membayar asuransi untuk mendapatkan ganti rugi dari pihak penanggung. Asuransi menguntungkan kehidupan penduduk dalam menghadapi risiko yang tidak terduga di masa yang akan datang serta untuk menutupi kerugian akibat segala macam risiko yang di dapat. Julius R.Latumaerissa mendefinisikan asuransi sebagai suatu perjanjian dimana seseorang tertanggung membayar suatu premi kepada pihak

penanggung untuk memperoleh suatu keinginan, kerusakan atau kerugian, keuntungan yang diharapkan mungkin tidak akan terjadi di masa yang akan datang.

Sistem asuransi dalam suatu negara sangatlah berpengaruh dalam mewujudkan tingkat harapan kehidupan dan mengurangi risiko kesehatan manusia dimasa yang akan datang. Dengan ini di bawah sistem asuransi kesehatan universal, Jepang telah mewujudkan sistem medis di mana setiap orang dapat mendapatkan perawatan medis dengan tenang, dan sudah mencapai tingkat harapan hidup rata-rata dan standar perawatan kesehatan tertinggi di dunia (MHLW 2020). Pernyataan di atas mempunyai kutipan bahasa Jepang sebagai berikut :

国民健康保険制度は、他の医療保険制度（被用者保険、後期高齢者医療制度）に加入されていない全ての住民の方を対象とした医療保険制度です。

(*Kokumin kenkōhoken seido wa, hoka no iryō hōkenseido (hiyōsha hoken, kōkikōreishairyōseido) ni kanyū sa rete inai subete no jūmin no kata o taishō to shita iryō hōkenseidodesu*) (MHLW 2020).

Sistem asuransi kesehatan nasional adalah sistem asuransi kesehatan untuk semua penduduk yang tidak terdaftar dalam sistem asuransi kesehatan lainnya (asuransi karyawan, sistem kesehatan untuk lansia berusia 75 tahun ke atas) (MHLW 2020).

Berdasarkan beberapa pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa suatu negara di dunia menggunakan sistem asuransi kesehatan sebagai suatu cara membuat perlindungan terhadap finansial yang dimiliki untuk pembayaran pelayanan kesehatan atau penanggung untuk mendapatkan kompensasi atas risiko yang mungkin terjadi terjadi di masa depan.

2.3. Sejarah Umum Asuransi

Asuransi diciptakan dan masih mulai dikembangkan sampai saat ini, dijelaskan pada jurnal yang berjudul "Sejarah Asuransi Kesehatan" Oleh Thabrany, Hasbullah (2012:1). Asuransi modern mulai menyebar secara luas dikalangan eropa pada pertengahan abad-19 setelah revolusi industri membangkitkan harapan akan kehidupan baru sekaligus banyak meningkatkan ancaman bahaya industrialisasi dalam kehidupan pekerjaan. Eropa mengembangkan perkumpulan (*asosiasi*,

societies, club, dan sebagainya), bertujuan untuk menanggung bersama berbagai risiko yang dihadapi oleh anggota kelompok perkumpulan tersebut. Negara akan berkembang pesat ke negara lain, seperti di Jerman, Denmark, Swedia, Norwegia, Swiss, dan Belanda dimana terbentuk berbagai klub-klub yang terutama melakukan upaya bersama untuk menghadapi anggotanya yang sakit yang disebut *sick clubs, mutual benefit funds, cooperatives*, atau *societies*. Tahun 1883, Konsep asuransi sosial, asuransi bersifat wajib yang tentu saja diatur oleh pemerintah atau penguasa mulai berkembang di Eropa.

Negara harus menjamin agar hak tersebut terpenuhi dengan cara mewajibkan pekerja untuk mengiur untuk dirinya sendiri, dalam menghadapi ketiadaan upah ketika ia sakit. Kebijakan Jerman di akhir abad ke -19 tersebut, yaitu bahwa setiap pekerja wajib mengikuti program dana sakit ini, dana itu sendiri dikelola sendiri oleh kelompoknya karena tradisi yang berkembang sudah demikian, dan sumber dana bukan dari pemerintah akan tetapi dari pekerja itu sendiri (thabrany,Hasbullah:2005). Asuransi sosial atau asuransi kesehatan inilah yang kemudian berkembang dan menjadi dasar penyelenggaraan asuransi kesehatan/jaminan sosial (*social security*) di seluruh dunia dengan variasi penyelenggaraan.

Tahun 1852, asosiasi mendirikan rumah sakit untuk melayani perawatan bagi anggotanya. Mulai tahun 1875 banyak terbentuk *establishment funds* (pembiayaan Bersama) di Amerika yang merupakan mutual benefit *associations*, semacam serikat pekerja, dari suatu firma (*employer*) yang dapat berbentuk perusahaan atau bentuk badan hukum lainnya. Hingga tahun 1917, pemasukan pendapatan asuransi (*disability income*) ini yang pembayar sebagai pemanfaatan ;pada saat peserta sakit, bukan karena kecelakaan kerja atau sakit akibat pekerjaan yang sudah dijamin oleh pemerintah melalui UU Kecelakaan Kerja tahun 1908, merupakan satu-satunya jenis asuransi kesehatan yang ditawarkan oleh perusahaan asuransi. Pasar asuransi kesehatan yaitu penggantian upah ini tidak berubah secara signifikan di Amerika sampai 40 tahun kemudian.

2.4. Asuransi Kesehatan di Indonesia

Sebagai negara berkembang Indonesia pun ikut dalam meningkatkan sistem kesehatan ataupun pelayanan kesehatan untuk seluruh masyarakatnya. Sistem pemerintahan dan politik Indonesia juga mengalami transformasi yaitu sistem demokrasi totaliter 1998 menjadi demokrasi reformasi. Perubahan tersebut juga mempengaruhi pelayanan sistem kesehatan di Indonesia (Mahendradhata, Yodi, et al, 2017). Krisis ekonomi di Indonesia telah mempengaruhi pelayanan kesehatan. Dengan demikian, sistem kesehatan juga telah mengalami reformasi, reorientasi dan revitalisasi (Juanita, 2015).

Berdasarkan data Dewi, M. W., & Sulistyani, D. (2015) bahwa sekitar 37% (87 juta) penduduk Indonesia tidak memiliki atau tidak ditanggung oleh asuransi kesehatan/jaminan. Salah satu upaya pemerintah untuk mencakup secara keseluruhan, dimana seluruh warga negara berhak mendapatkan jaminan kesehatan, pada tahun 2004 telah diundangkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional atau bisa disebut asuransi kesehatan nasional. Undang-undang ini menekankan jaminan kesehatan sebagai program jaminan sosial prioritas. Pengaturan undang-undang ini merupakan wujud khusus komitmen lembaga penyelenggara negara dalam pelaksanaan tugas konstitusional UUD 1945. Maka dengan ini untuk menindak lanjuti UU No 40 Tahun 2004, diundangkan UU No 24 Tahun 2011 terkait Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai asuransi nasional.

Asuransi komersial di Indonesia juga sudah mulai bermunculan dari berbagai perusahaan atau PT (*Perseroan Terbatas*) sebagai penjamin risiko ketenaga kerjaan sebelum adanya asuransi nasional diresmikan di negara ini. BPJS kesehatan diluncurkan pada 1 Januari 2014 dan BPJS ketenagakerjaan diluncurkan pada juli 2015. Besarnya iuran BPJS kesehatan tergantung kepada fasilitas kesehatan yang ingin diakses oleh peserta. Sebagian besar pekerja dengan jaminan asuransi kesehatan milik PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) menginginkan iuran BPJS serendah mungkin (Ariyaanti, 2013).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Iwanet al, 2008) menghasilkan bahwa pentingnya sebuah dana/iuran/premi dengan memperhitungkan beberapa aspek

terkait dengan dana/iuran/premi nyata, premi penggunaan yang berlaku dan keuntungan paket dengan mempertimbangkan kemampuan dan kemauan membayar masyarakat. Hasil penelitian menyatakan bahwa jika jumlah yang diperlukan untuk memproses klaim terus meningkat dan tidak sebanding dengan konsekuensi membayar premi yang sesuai, maka beban regulator/penanggung akan semakin besar. Berdasarkan peraturan presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, BPJS Kesehatan menghitung kelebihan dan kekurangan iuran/premi berdasarkan gaji atau gaji peserta. Iuran/premi bagi bukan peserta PBI (*Penerima Bantuan Iuran*) atau pekerja peserta dibayar oleh pemberi kerja dan pemberi kerja/pemberi kerja. Bertentangan dengan Perpres ini, JPK (*Jaminan Pemeliharaan Kesehatan*) PT Jamsostek yang akan bergabung dengan BPJS kesehatan pada 1 Januari 2014 penyelenggaraan akan membayar iuran akan diserahkan kepada pengusaha/pemberi kerja secara penuh. Berikut adalah penjelasan tentang kelebihan dan kelemahan asuransi swasta dengan asuransi BPJS kesehatan di Indonesia.

2.4.1 Asuransi Komersial / Asuransi Swasta

Asuransi kesehatan swasta adalah asuransi yang dapat mencakup asuransi jiwa, asuransi kebakaran, dan asuransi kebakaran dan asuransi kecelakaan. Asuransi komersial didasarkan pada partisipasi sukarela dan pada biasanya dijalankan oleh perusahaan atau badan usaha swasta nirlaba. Dalam asuransi komersial, perusahaan asuransi bertindak sebagai pembisnis yang menawarkan paket asuransi kepada pembeli potensial atau konsumen yaitu masyarakat. Jika paket yang ditawarkan sesuai dengan apa yang diperlukan masyarakat, maka paket tersebut akan dibeli dalam jumlah besar sehingga pihak pembisnis akan memperoleh keuntungan yang sangat besar pula. Tetapi sebaliknya, jika paket tersebut tidak diinginkan masyarakat maka tidak akan dijual sehingga akan menyebabkan kerugian bagi pihak asuransi/pembisnis, contohnya asuransi prudential. Inilah yang membedakan sistem asuransi nasional dengan sistem asuransi komersial. Asuransi nasional memenuhi kebutuhan, sedangkan asuransi

komersial memenuhi permintaan. Tujuan dari asuransi komersial ini adalah untuk memenuhi kebutuhan individu yang berbeda (Dewi M ,Sulistiyani D, 2017: 42)

Asuransi komersial atau asuransi swasta juga memiliki kelebihan dan kekurangan jika dibandingkan dengan asuransi nasional. Berikut adalah beberapa kekurangan dan kelebihan asuransi swasta yang dijelaskan pada jurnal yang berjudul “ Perbandingan Premi Asuransi Kesehatan Peserta BPJS Badan Usaha dengan Asuransi Kesehatan Swasta” ditulis oleh Dewi M ,Sulistiyani D (2017 :43).

1. Kelebihan Asuransi Kesehatan Swasta :

- 1) Pihak penyelenggara tidak terbatas
- 2) Memiliki Plafond
- 3) Prosesnya sangat sederhana
- 4) Semua rumah sakit melayani
- 5) Bisa digunakan di luar negeri

2. Kekurangan Asuransi Kesehatan Swasta :

- 1) Besarnya premi tinggi
- 2) Peserta bersifat sukarela sehingga peserta sangat sedikit
- 3) Biaya administrasi mahal
- 4) Memiliki administrasi yang rumit
- 5) Ruang inap sangat terbatas
- 6) Syarat untuk memiliki asuransi kesehatan swasta sangat sulit

Kita harus menyadari bahwa tidak ada sistem pelayanan kesehatan yang sempurna, masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan. Namun, sistem ekonomi pasar yang bergerak bebas tanpa aturan harus diatur oleh sistem pembiayaan layanan kesehatan yang komprehensif yang dapat mengurangi kemungkinan dampak buruk pada hubungan antara penyedia layanan kesehatan dan pemohon/permintaan. Walaupun sulit dan kompleks, namun harus dipahami secara bertahap agar dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia secara efektif dan efisien.

2.4.2 Asuransi Nasional

Sistem asuransi nasional atau bisa disebut jaminan sosial nasional adalah suatu sistem untuk mengelola program nasional pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial agar setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak untuk menjamin kesejahteraan sosial untuk seluruh warga negara Indonesia. Asuransi sosial diperlukan ketika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan yang dapat menyebabkan kerugian atau penurunan pendapatan baik karena hari tua atau pensiun, gangguan kesehatan, cacat, kehilangan pekerjaan, dan lain sebagainya. JKN merupakan program pelayanan kesehatan terkini yang merupakan kepanjangan dari sistem jaminan kesehatan nasional yang menggunakan sistem asuransi. Artinya, seluruh warga negara Indonesia harus menyisihkan sebagian kecil uangnya untuk membuat asuransi kesehatan di masa depan.

Dalam pembahasan jurnal yang berjudul “ Perbandingan Premi Asuransi Kesehatan Peserta BPJS Badan Usaha dengan Asuransi Kesehatan Swasta” ditulis oleh Dewi M ,Sulistiyani D (2017 :35), dan dalam kajian tersebut sistem asuransi nasional Dalam kajian ini dikemukakan pandangan bahwa jaminan sosial mencakup dua muatan, yaitu:

1. Asuransi sosial Asuransi sosial memiliki konsep yang mirip dengan asuransi umumnya, yaitu dimana pembayaran premi menjadi tanggungan bersama antara pemberi kerja (yaitu pemerintah dan pemberi kerja) dan pegawai (PNS), ABRI/POLRI atau pekerja swasta secara bersama-sama bertanggung jawab atas pembayaran premi yang jatuh tempo. hubungan kerja. Menurut UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN, pengertian jaminan sosial diberikan dalam pasal 1 ayat 3 yaitu mekanisme pengumpulan modal wajib dari iuran untuk memberikan perlindungan terhadap risiko sosial ekonomi yang dihadapi peserta dan/atau anggota keluarganya.
2. Bantuan sosial adalah berbagai bentuk 'bantuan', uang, jasa atau barang yang memiliki tujuan sosial.

Sistem kesehatan asuransi nasional adalah sistem manajemen kesehatan yang diselenggarakan oleh seluruh sektor bangsa Indonesia secara terpadu untuk

menjamin tinggi kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan kesehatan diselenggarakan melalui subsistem kesehatan yang dibagi menjadi beberapa bagian, yaitu upaya kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan kesehatan, pemeliharaan kesehatan, sumber daya manusia, sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, manajemen, informasi dan regulasi kesehatan, pemberdayaan masyarakat (Peraturan Presiden Republik Indonesia, 2012).

2.4.4. Perbedaan prinsip Asuransi Komersial/Swasta dan Asuransi Nasional

Pada asuransi nasional dan asuransi komersial/swasta ternyata juga memiliki perbedaan prinsip antara lain adalah asuransi nasional yang bersifat wajib di ikuti oleh seluruh warga negara dan asuransi swasta yang memiliki prinsip siapa saja boleh mengikuti sesuai dengan keinginan peserta dalam memilih asuransi yang ingin digunakan untuk tunjangan hidup atau mempersiapkan risiko yang ada dimasa mendatang nanti, tidak hanya wajib dan sesuai keinginan saja. Ada beberapa perbedaan prinsip lainnya antara asuransi komersial/swasta dan asuransi nasional, Berikut adalah tabel beberapa perbedaan antara kedua asuransi yaitu :

Tabel.1 Perbedaan prinsip asuransi swasta dan nasional di Indonesia.

Aspek	Asuransi komersial/Swasta	Asuransi Nasional
Peserta	keinginan	Wajib
Sifat Gotong royong antar golongan	Sehat-Sakit	Muda-Tua Kaya-Miskin Sehat-Sakit
Premi	Biasanya dalam jumlah harga tertentu	Biasanya proposional terhadap upah
Paket jaminan/benefit	Bervariasi sesuai dengan premi yang dibayar	Sama untuk semua peserta
Keadilan	Individual	Sosial
Respon pelayanan medis	Pemenuhan permintaan medis	Pemenuhan kebutuhan medis

Sumber : Dewi, M. W., & Sulistyani, D. (2015 :42).

2.4.5 Perbandingan antara Asuransi Swasta dengan Asuransi Nasional (BPJS)

Asuransi swasta dengan asuransi nasional selain memiliki perbedaan prinsip juga memiliki perbandingan antara kedua asuransi tersebut, antarlain seperti premi yang lebih murah asuransi nasional daripada asuransi swasta, begitu pula syarat ketentuan dalam pemakaiannya ada yang lebih mudah dan ada yang lebih sulit ,hanya bisa digunakan di beberapa rumah sakit dan ada yang bisa digunakan di seluruh rumah sakit, serta perbandingan proses yang mudah dan sulit diantara kedua asuransi tersebut, Berikut adalah tabel dari hasil beberapa perbandingan antara asuransi swasta dengan asuransi nasional BPJS.

Tabel .2 Perbandingan asuransi swasta dan nasional di Indonesia

	Asuransi komersial/Swasta	Asuransi Nasional (BPJS)
Premi	Mahal	Murah
Manfaat	Terbatas (Rawat Jalan,Inap)	Lengkap (Rawat Jalan,Inap,Gigi&Optik)
Syarat	Lebih Sulit	Mudah
Plafod	Ada	Tidak ada
Proses	Sederhana	Rumit
Rumah Sakit	Semua RS	Terbatas RS
Double Claim	Bisa	Tidak ada
Luar Negeri	Bisa	Tidak ada

Sumber : Dewi, M. W., & Sulistyani, D. (2015 :44).

2.5. Asuransi Kesehatan di Jepang

Setelah perang dunia kedua, Jepang melakukan upaya untuk memperbaiki sistem pelayanan kesehatan yang ada, termasuk asuransi kesehatan bagi masyarakat Jepang. Subsidi pemerintah pada tahun 1954 secara sepihak ditetapkan oleh pemerintah nasional untuk kepentingan asuransi kesehatan satu miliar yen. Ini adalah masalah mengisi cakupan asuransi kesehatan universal yang akan dicapai

ketika tahun 1961 (Ikegami, Naoki, et al., 2004). Salah satu negara dengan angka harapan hidup tertinggi adalah Jepang (WHO, 2011). Selain itu, Jepang merupakan negara kedua dengan rata-rata harapan hidup saat lahir 82,8 tahun, berdasarkan survei OECD (*Organization for Economic Cooperation and Development*) tahun 2013 (Broida, Joel H, dan Maeda et al., 2014). Sebagian besar pelayanan kesehatan disediakan melalui sistem asuransi kesehatan publik yang mencakup seluruh populasi di Jepang. Asuransi kesehatan publik di Jepang (Fukawa, 2002) pertama kali dikenalkan untuk para pekerja pada sektor swasta dengan dasar hukum yaitu The Health Insurance Law Tahun 1922. The Health Insurance Law berlaku untuk perlindungan kepada para pekerja, namun cakupannya hanya sebagian dan manfaatnya tidak menyeluruh. Asuransi di Jepang tidak semua pengobatan atau perawatan akan ditanggung oleh asuransi, namun akan ditanggung oleh asuransi dan pasien yang bersangkutan.

Pemerintah Jepang pada tahun 1984 mengeluarkan kebijakan dimana kebijakan tersebut menyatakan bahwa kewajiban masyarakat untuk membayar semua pengobatan adalah 10%, sedangkan pada tahun 1997 meningkat sebesar 20% dan dari tahun 2003 sampai sekarang meningkat menjadi 30%. Namun, kenaikan 30% tersebut tidak berlaku untuk semua orang. Pembayaran bersama asuransi kesehatan saat ini di Jepang, yaitu:

1. Bagi mereka yang berusia 75 tahun ke atas, 10% meningkat menjadi 30% ketika pendapatan sama dengan .
2. 20% untuk usia 70-75 tahun, 30% untuk pendapatan yang sama.
3. Awal pendidikan wajib – pembayaran 30% pada usia 70 tahun.
4. Anak-anak di bawah usia sekolah membayar 30%. Sumber daya Jepang cukup berkualitas untuk membantu pemerintah Jepang mewujudkan sistem asuransi kesehatan yang baik dan berkualitas bagi warganya (Fukawa, Tetsuo, 2002).

Asuransi kesehatan diberikan sesuai dengan program yang diikuti peserta, mulai dari penyakit umum sampai dengan penyakit khusus. Jepang memiliki layanan medis berupa lebih dari 1.000 rumah sakit jiwa, 8.700 rumah sakit umum, 1.000 rumah sakit umum dengan kapasitas BOR (*Bed Occupancy Rate*) 15 juta orang,

8.000 klinik gigi, dan 79.000 layanan medis dengan fasilitas rawat jalan dan rawat inap (Fukawa, Tetsuo, 2002).

2.5.1. Landasan Asuransi Kesehatan Jepang

Jepang memiliki macam- macam jenis sistem bantuan timbal balik bahkan sampai periode Edo. Tetapi asuransi sosial baru di kembangkan untuk pekerja dilindungi selama periode pertumbuhan industri yang sangat pesat ini disebabkan oleh perang industri dengan China pada tahun 1894 dan perang industri dengan Rusia pada tahun 1904. Pada tahun 1911, dengan Undang-Undang pabrik, pengusaha dipaksa untuk membantu pekerjanya jika mereka sakit atau terluka, dengan ketentuan bahwa cedera terjadi saat para pekerja ini bekerja di pabrik (Tatara & Okamoto, 2009:29). Pada tahun 1905, sebuah perusahaan tekstil swasta yang mempekerjakan 12.000 pekerja menyelenggarakan sistem bantuan timbal balik untuk memberikan bantuan keuangan jika terjadi penyakit, cedera, dan kehilangan. Semua pekerja berkontribusi 2% dari gaji mereka untuk program ini. Pada tahun yang sama, sistem serupa diselenggarakan untuk pekerja di pabrik baja pada umumnya (Tatara & Okamoto, 2009:30).

Secara khusus, meskipun kekuatan ekonomi Jepang tumbuh secara signifikan selama perang dunia I, inflasi mengikis kualitas hidup pekerja dan memicu gerakan untuk menciptakan sistem kesejahteraan tenaga kerja pada tahun 1919, pembentukan organisasi perburuhan internasional menerbitkan banyak laporan dan rekomendasi yang telah dampak yang besar pada diskusi dan implementasi langkah-langkah yang dianjurkan dalam gerakan ini (Tatara & Okamoto, 2009:30).

2.5.1.1 Asuransi Kesehatan Bagi Karyawan

Asuransi Kesehatan untuk karyawan undang - undang asuransi kesehatan disahkan pada tahun 1922 dan mulai berlaku pada tahun 1927. Undang - Undang ini menjamin layanan keperawatan kesehatan untuk pekerja yang dipekerjakan . Sistem asuransi kesehatan yang berlaku ini hanya mencakup pekerja berkerah biru yang merupakan 3.2 % dari populasi Jepang dengan tujuan untuk selalu

meningkatkan produktivitas industri dan mencegah keresahan dari tenaga kerja . Sistem jaminan kesehatan untuk karyawan yang ditetapkan oleh Undang - Undang tahun 1927 ini memiliki karakteristik sebagai berikut :

1. Menjamin sakit , cedera , dan kematian (biaya pemakaman) baik karena alasan pekerjaan atau tidak , dan juga biaya melahirkan .
2. Menjamin pekerja yang bekerja di pabrik dan berdasarkan Undang - Undang Pabrik atau Undang - Undang Industri Pertambangan dan dibayar 1.200 yen per tahun atau kurang dari itu harus diasuransikan .
3. Biaya ditanggung oleh pemerintah (dalam kasus perusahaan kecil yang tidak memiliki kemampuan manajemen atau kumpulan risiko yang cukup besar) atau lembaga asuransi kesehatan yang dikelola sendiri, industri yang mempekerjakan pekerja lebih dari 300 karyawan diizinkan untuk mengatur perkumpulan asuransi kesehatan .
4. Memiliki keuntungan terbatas pada tertanggung asuransi .
5. Diwajibkannya mempromosikan atau mengiklankan layanan kesehatan preventif dalam setiap fasilitas kesehatan .
6. Kontribusi asuransi dibagi antara penanggung dan tertanggung (Tatara & Okamoto , 2009 : 30)

2.5.1.2 Asuransi Kesehatan Bagi Pekerja Swasta

Asuransi kesehatan bagi pekerja swasta Pada tahun 1929, terjadi krisis ekonomi global yang membuat perekonomian masyarakat pedesaan di Jepang mengalami penurunan drastis . Pada tahun 1938 , Undang - Undang Asuransi Kesehatan Nasional diresmikan untuk melindungi kesehatan dan kesejahteraan terutama bagi para petani . Undang - Undang ini memberi kewenangan kepada pemerintah kota untuk segera mengatur sistem asuransi kesehatan tersendiri untuk para penduduknya. Sistem bagi pekerja mandiri ini berbeda dari sistem untuk pekerja. Perbedaan tersebut tertulis di bawah ini sebagai berikut :

1. Asuransi dikelola oleh komite manajemen asuransi di tingkat kota .
2. Setiap pemerintah kota tidak diwajibkan membangun sistem asuransi .

3. Setiap penduduk di kabupaten dan kota tersebut dapat menjadi anggota asuransi tetapi tidak diwajibkan untuk bergabung .
4. Anggota dan tanggungan mereka dilindungi oleh sistem .
5. Layanan perawatan kesehatan merupakan tunjangan yang diberikan secara hukum dengan termasuk tunjangan opsional seperti perawatan kebidanan , biaya pemakaman dan tunjangan melahirkan .
6. Layanan perawatan kesehatan yang diberikan sebagai manfaat diatur oleh kontrak antara perusahaan asuransi dan profesi medis (Tatara & Okamoto , 2009 : 31)

2.5.1.3 Asuransi Kesehatan Nasional

Asuransi Kesehatan Nasional memiliki persyaratan dan peraturan baru tentang perlindungan kesehatan masyarakat ditetapkan pada tanggal 3 November 1946 , dan pada 3 Mei 1947 dieksekusi atau diresmikan. Dalam Konstitusi Perlindungan Kesehatan Masyarakat pasal 25 menyatakan bahwa "setiap orang berhak mempertahankan standar hidup sehat dengan berbudaya tertentu , dan untuk mencapai suatu tujuan itu , pihak negara harus berusaha untuk memajukan dan meningkatkan taraf kehidupan serta kesejahteraan sosial , jaminan sosial dan kesehatan masyarakat bagi seluruh masyarakat ”. Setelah Perang Dunia ke II , kebijakan atau peraturan dari keperawatan kesehatan dan kesehatan masyarakat di Jepang didasarkan pada pernyataan ini (Tatara & Okamoto , 2009 : 32) .

Tahun 1956 ,Kepala komisi Pelayanan Sosial yang menerbitkan rekomendasi tentang suatu sistem kesehatan termasuk promosi dan pengiklanan sistem asuransi untuk segera mencakup seluruh penduduk . Tahun 1958 disahkannya atau diresmikannya Undang - Undang Asuransi Kesehatan Nasional yang baru dan mewajibkan semua pemerintah kota untuk menetapkan sistem asuransi mereka sendiri pada tahun 1960 , dengan tingkat penggantian 50 % . Pada bulan April 1961 , semua orang di Jepang telah dilindungi oleh semacam asuransi (Tatara & Okamoto , 2009 : 32) .

2.5.2. Sistem Asuransi Jepang

Sistem asuransi di Jepang dibiayai dari kontribusi individu, kontribusi pemberi kerja, dan subsidi pemerintah. Pemerintah Jepang memiliki tiga kategori (Fukawa, 2002) dari asuransi kesehatan yaitu:

1) *Employer-Based Insurance*

Kategori ini meliputi asuransi kesehatan yang diatur oleh lembaga serta asuransi kesehatan yang diatur oleh pemerintah, dan mutual *aid association*. Pada asuransi yang diatur oleh lembaga, dana diperoleh atau didapatkan dari pembagian antara pemberi kerja dan pekerja. Peraturan asuransi kesehatan yang diatur oleh pemerintah mencakupi para pekerja sektor swasta pengusaha yang tidak bertanggung pada asuransi kesehatan dan diatur oleh lembaga, serta persentase preminya tetap dari daftar gaji yang dibagi setara antara pemberi kerja dan pekerja. Perbedaan kedua sistem yang telah dijelaskan sebelumnya yaitu pada asuransi yang diatur oleh lembaga dan telah ditawarkan berbagai manfaat, sedangkan yang pemerintah tawarkan hanya untuk satu paket perawatan. Terakhir, *mutual aid association* mencakup pekerja pada sektor publik atau umum.

2) *National Health Insurance*

National Health Insurance adalah asuransi berdasarkan masyarakat yang melingkupi orang-orang yang tidak layak atau tidak pantas untuk *employer-based insurance*, seperti para pekerja yang berada di bidang agrikultur, wiraswasta, dan pensiunan dan juga tanggungannya. Dengan demikian pelayanan kesehatan yang melingkupi sama serta secara umum mirip dengan *employer-based insurance*, namun *cost sharing*nya lebih dominan tinggi dan manfaat pemakaian tunai biasanya lebih terbatas. Kontribusi secara beragam dari satu masyarakat dengan masyarakat lainnya dan berdasarkan atas penghasilan individu dan aset yang dimiliki.

3) *Health Insurance for the Elderly*

Health Insurance for the Elderly adalah sistem yang menyebarkan untuk beban dalam penyediaan keperawatan kesehatan atau memberikan pelayanan kesehatan untuk para penduduk yang sudah memiliki usia lanjut. Pesertanya

adalah untuk penduduk usia 70 tahun lebih dan juga penyandang cacat usia 65-69 tahun.

2.5.3 Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan di Jepang didirikan setelah Perang Dunia II sejalan dengan sistem asuransi kesehatan nasional. Dalam sistem ini, memiliki fokus utama dalam pengendalian penyakit menular, perawatan kesehatan ibu dan anak, pemerintah kota, perawatan kesehatan masyarakat dan relawan kesehatan lokal yang memberikan peran utama dalam pelayanan (Sakamoto et al., 2018 : 99).

Jepang mengalami penurunan tindakan pengendalian penyakit dalam menangani kejadian tuberkulosis dan peningkatan mortalitas akibat stroke pada tahun 1960 - an. Oleh sebab itu, pemerintah pusat memperkuat kegiatan promosi kesehatan untuk pencegahan dan pengendalian *noncommunicable diseases* (NCDs). NCDs tetap menjadi penyebab utama kematian di Jepang. Dalam Undang - Undang Perawatan Medis tahun 1948, setiap pemerintah prefektur diwajibkan untuk membuat " Rencana Perawatan Medis " yang memungkinkan setiap orang memiliki akses yang berkualitas pada pencegahan dan pengobatan untuk kanker, stroke, penyakit kardiovaskular, diabetes mellitus dan penyakit kesehatan mental. Dibawah Undang - Undang Promosi Kesehatan tahun 2002, masing - masing prefektur juga diharuskan membuat " Rencana Promosi Kesehatan sesuai dengan keadaan setempat (Sakamoto et al., 2018 : 99) .

Penduduk Jepang menua dengan cepat sebagian besar karena usia harapan hidup yang panjang dan angka kelahiran yang rendah. Menanggulangi efek penuaan populasi ini, membutuhkan pendekatan berkelanjutan untuk sistem perawatan jangka panjang untuk orang tua. Proporsi usia lansia dari 65 tahun sebanyak 27,3 % dari total penduduk di pada tahun 2016 dan diharapkan proporsi ini akan mencapai 39,4 % pada tahun 2055 (Sakamoto et al ., 2018 : 99) .

Menanggapi tantangan yang ditimbulkan oleh populasi yang menua dengan cepat, pemerintah Jepang memperkenalkan sistem LTCI (*Long - term Care Insurance*) pada tahun 2000 dan ICCS (*Integrated Community Care System*) pada tahun 2006. Kedua sistem tersebut memiliki tujuan untuk menciptakan lingkungan

di mana para lansia dapat hidup bermartabat dengan dukungan sosial yang memadai pada tahun 2025. Kebijakan ini merupakan prinsip sentral dari strategi perawatan jangka panjang di Jepang. Baik perawatan kesehatan maupun perawatan jangka panjang disediakan 100 fasilitas yang kebanyakan melalui fasilitas milik pribadi. Namun, pemerintah kota memiliki kewenangan atas keseluruhan penyediaan dan pembiayaan layanan yang berdasarkan pengawasan pemerintah pusat (Sakamoto et al., 2018 : 99-100).

2.5.4. Mekanisme Aturan Pembayaran Asuransi Jepang

Peraturan remunerasi untuk dokter dan rumah sakit sama untuk semua orang sistem asuransi. Namun, pembayaran untuk penggunaan adalah biaya pelayanan pembayaran satu kali yang telah digunakan sebagian untuk mencakupi asuransi kesehatan Orang tua. Biaya setiap keperawatan medis ditanggung oleh asuransi tercantum dalam daftar biaya yang ditentukan pemerintah atas dasar Rekomendasi Dewan Asuransi Kesehatan Pusat dan amandemennya dua tahunan. Standar harga obat menentukan harga obat resep yang mungkin diperlukan oleh institusi medis. Setiap bulan, tagihan dikirim ke kantor regional dari dua lembaga seleksi dan pembayaran pusat, Dana Pembayaran Biaya Kesehatan Jaminan Sosial dan Federasi Nasional Asuransi Kesehatan. Agensi ini bertanggung jawab untuk meninjau faktur untuk kesalahan, penggunaan berlebihan, dan penipuan. Ada lampiran yang mengulas penggunaan dokter untuk kasus atau kasus mahal menggunakan peralatan tertentu. Setelah disetujui, faktur dikirim ke dana pribadi. Pembayaran ke rumah sakit dan dokter diproses kembali melalui lembaga penagihan dan pengecekan ini (Ayu Aprillia Paramitha Krisnayana Putri, FE UI, 2010 : 50)

2.5.5. Cakupan Manfaat Asuransi Kesehatan Jepang

Keseluruhan cakupan pendanaan yang melingkupi lingkungan yang luas dari pelayanan medis termasuk rumah sakit dan perawatan dokter, perawatan gigi, dan obat-obatan, dan juga beberapa sarana transportasi. Pendanaan yang diatur lembaga secara umum membayar manfaat tunai yang menjadikan pendapatan

keuntungan bagi perusahaan sangat lebih besar dibanding dengan *National Health Insurance* atau asuransi nasional. Pengusaha besar biasanya menyediakan beberapa pelayanan preventif, akan tetapi *health insurance* hanya melingkupi sedikit pelayanan preventif secara umum dan hanya menyediakan pembayaran secara tunai untuk kehamilan normal karena di Jepang kehamilan tidak tergolong dalam suatu penyakit.

2.6. Outline Sistem Asuransi Kesehatan di Jepang

Sistem asuransi kesehatan di Jepang memiliki beberapa garis besar kategori seperti siapa saja orang yang terasuransi, penjamin, cakupan dari beberapa populasi, lalu tingkatan manfaat dari pelayanan kesehatan. Berikut ini adalah tabel data yang akan lebih menjelaskan apa saja sistem asuransi kesehatan di Jepang secara garis besar.

Tabel. 3 Sistem asuransi kesehatan Jepang.

KATEGORI	<i>Employer-based insurance</i>			<i>National Health Insurance</i>	<i>Health Insurance for the Elderly</i>
	Asuransi Kesehatan		<i>Mutual Aid Association</i>		
	Diatur oleh Pemerintah	Diatur oleh Lembaga			
Orang yang terasuransi	Utamanya pekerja perusahaan kecil dan menengah	Utamanya pekerja perusahaan kecil dan menengah	Pegawai pemerintah daerah dan nasional lainnya	Para petani, self-employed /wiraswasta, dan lainnya.	Penduduk berusia 70 tahun lebih serta penyandang cacat berusia 65-69.
Penjamin	Pemerintah Nasional	Asuransi kesehatan masyarakat biasa	<i>Mutual Aid Association</i>	Pemerintah kota : Asosiasi NHI	Pemerintah kota
Cakupan (presentase dari total populasi)	30,70%	25,40%	9,20%	34,70%	10,10%
Tingkat Manfaat dari pelayanan kesehatan	Orang yang terasuransi : 80% Terganggu : 80% untuk rawat inap 70% untuk rawat jalan <i>Cost sharing</i> pasien jika melebihi tanggungan biaya yang ditanggung oleh asuransi per bulannya.			Orang yang terasuransi: 70% <i>Cost sharing</i> pasien jika melebihi tanggungan biaya yang ditanggung oleh asuransi per bulannya.	Orang yang terasuransi: 100% <i>Cost sharing</i> pasien jika melebihi tanggungan biaya yang ditanggung oleh per hari baik untuk rawat jalan maupun rawat inap.

Sumber : Fukawa, 2002.

Berdasarkan beberapa teori tersebut penulis menyimpulkan di bab ini bahwa Asuransi adalah hal yang sangat penting untuk memudahkan serta memberi tunjangan hal-hal yang akan berkaitan dengan masa yang akan datang. Terutama asuransi kesehatan yang akan lebih memudahkan bagi mereka memperoleh manfaat untuk mendapatkan pelayanan dan fasilitas serta dana bantuan yang akan dibayarkan atau ditanggung oleh asuransi itu sendiri. Sangat pengaruhnya asuransi dikalangan masyarakat ini membuat pemerintah juga ikut berpartisipasi dalam program tersebut dengan menciptakan asuransi kesehatan nasional pemerintah bagi seluruh masyarakat yang ada di suatu negara tersebut.

