

ADVERSE SELECTION DALAM ASURANSI KESEHATAN

Oleh: Ade Heryana, SST, MKM

Email: heryana@esaunggul.ac.id

Dosen Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Esa Unggul

Apakah Adverse Selection?

Konsep *adverse selection* pertama kali dikembangkan dan dibahas secara mendalam dalam publikasi ilmiah yang dibuat oleh Rothschild & Stiglitz pada tahun 1976. Menurut artikel ini, berdasarkan kemungkinan seseorang mendapatkan peristiwa yang tidak diinginkan, masyarakat yang membutuhkan asuransi pada dasarnya dikelompokkan menjadi yaitu a) kelompok risiko baik (*good risks*); dan b) kelompok risiko buruk (*bad risks*). (Louberge, 2013, hal. 16). Pada pasar asuransi kesehatan bisa terjadi mereka yang dalam kategori *good risks* (sehat) menderita kerugian finansial akibat membayar premi lebih mahal atau mendapat pelayanan kesehatan yang berlebihan (*irrational treatment*), atau mereka yang *bad risks* (sakit) membayar premi terlalu murah atau mendapat pelayanan kesehatan yang minimal.

Adverse selection dalam industri asuransi timbul karena kondisi *asymmetric information*. Dalam hal ini pihak asuransi tidak memiliki informasi yang cukup tentang calon nasabah (*insured*). Menurut Akerlof, industri asuransi muncul dan tetap ada karena perusahaan asuransi memiliki informasi yang baik tentang calon nasabahnya (Dionne, Fombaron, & Doherty, 2013, hal. 233).

Pelayanan kesehatan juga mengalami *asymmetric information*, yaitu salah satu pihak lebih mengetahui atau lebih memiliki banyak informasi tentang kondisi kesehatan atau pelayanan kesehatan. Misalnya dalam pelayanan radiologi, tenaga kesehatan memiliki informasi yang lebih banyak tentang pemeriksaan dengan alat rontgen. Dalam bidang asuransi kesehatan, masalah *asymmetric information* bisa muncul. Dalam hal ini, calon nasabah (konsumen, *insured*) memiliki informasi lebih banyak tentang kondisi kesehatannya dan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dibanding pihak perusahaan asuransi (produsen, *insurer*).

Katakanlah calon nasabah A memiliki risiko penyakit jantung. Secara logika ekonomi, seseorang akan memilih sesuatu yang memerlukan sedikit pengorbanan sumber daya. Dalam

hal ini, calon nasabah A akan memilih produk asuransi kesehatan dengan *plan* atau paket yang premi-nya lebih murah. Padahal calon nasabah A memiliki risiko kesehatan yang tinggi, sehingga seharusnya ia membayar premi lebih tinggi. Di sisi lain bisa terjadi seorang pasien yang sedang mendapatkan layanan rawat inap yang seharusnya membutuhkan 7 hari perawatan, namun "dipaksa" pulang pada hari perawatan ke-3 untuk menghindarkan kerugian.

Pada kondisi tersebut di atas, jika perusahaan asuransi mengenakan premi bagi orang sehat kepada calon nasabah yang memiliki risiko sakit maka mengalami kondisi *adverse selection*. Sehingga dapat dikatakan ***adverse selection*** adalah *suatu kondisi salah satu pihak dalam asuransi kesehatan membebaskan/mendapat premi atau memberikan/mendapat pelayanan kesehatan yang tidak tepat/tidak sesuai dengan risiko kesehatan yang ada*.

Sebuah penelitian yang dilakukan Miller & Luft (1994) menyatakan bahwa terdapat ketidaksinronan antara tingkat utilitas yang diberikan oleh pelayanan kesehatan kepada pasien dibandingkan dengan kontrak asuransi, yakni pelayanan admision lebih rendah 26-37%, lama rawat inap lebih rendah 1-20%, lama pelayanan di rumah sakit lebih rendah 18-29%, kunjungan dokter sam atau lebih tinggi, dan pelayanan dengan harga mahal lebih rendah digunakan (Morissey, 2008).

Konsep adverse selection sangat penting dalam upaya meng-efisiensikan pelayanan kepada peserta asuransi kesehatan. Dalam sebuah media online dikatakan penurunan adverse selection merupakan salah satu strategi yang diterapkan BPJS Kesehatan pada tahun 2017 agar tetap survive.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menetapkan tiga fokus utama yang menjadi landasan dalam menyusun arah dan kebijakan yang akan dijalankan BPJS Kesehatan di 2017. Adapun fokus pertama adalah keberlangsungan finansial untuk menjamin keberlangsungan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menuju cakupan semesta. Direktur Utama BPJS Kesehatan, Fachmi Idris menjelaskan, cara yang dilakukan adalah dengan peningkatan rekrutmen peserta potensial dan meminimalkan *adverse selection*, peningkatan kolektibilitas iuran peserta dan seluruh segmen, peningkatan kepastian dan kemudahan pembayaran iuran. "Penerapan *law enforcement* bagi fasilitas kesehatan, peserta JKN-KIS dan Badan Usaha yang melanggar, serta efisiensi dan efektivitas pengelolaan dana operasional serta optimalisasi kendali mutu dan kendali biaya Dana Jaminan Sosial (DJS)

Kesehatan," ujar dia dalam keterangan tertulisnya di Jakarta, Selasa 23 Mei 2017. (Metronews.com, 23 Mei 2017)

Kapan terjadi adverse selection?

Adverse selection terjadi bila (Louberge, 2013, hal. 13):

1. Calon nasabah (*insured*) bersifat heterogen. Heterogenitas ini menyebabkan calon nasabah memiliki risiko sakit yang berbeda-beda.
2. Perusahaan asuransi tidak memiliki atau belum menentukan kelas risiko (*risk class*) calon nasabah, sehingga bisa terjadi pemberlakuan premi asuransi yang sama pada setiap nasabah dengan risiko yang berbeda.

Pihak mana yang melakukan adverse selection?

Sesuai prinsip *asymmetric information*, kondisi *adverse selection* cenderung dilakukan oleh pihak yang memiliki informasi lebih banyak tentang kondisi kesehatan pasien.

Pada saat calon nasabah (pasien) akan membeli paket asuransi kesehatan, informasi risiko sakit lebih banyak dimiliki oleh pasien. Pada kondisi ini, pasien cenderung melakukan *adverse selection* dengan berupaya "menyembunyikan" risiko sakitnya. Biasanya perusahaan asuransi bekerjasama dengan laboratorium klinik atau layanan diagnostik di Rumah Sakit untuk mendiagnosa kondisi kesehatan pasien. Untuk meloloskan paket asuransi kesehatan yang diinginkan, bisa terjadi calon nasabah berusaha mempengaruhi hasil pemeriksaan kesehatan dengan berbagai cara. Di lain pihak, bisa pula yang mempengaruhi hasil pemeriksaan kesehatan adalah dari pihak perusahaan asuransi melalui para agen. Motif agen asuransi melakukan hal ini adalah untuk mencapai target penjualan, yang terkadang bekerjasama dengan calon nasabah atau pihak yang melakukan pemeriksaan kesehatan.

Pada saat pasien sudah menjadi nasabah asuransi kesehatan, informasi tentang risiko sakit lebih banyak dimiliki pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan perusahaan asuransi. Terdapat dua kondisi *adverse selection* oleh pelayanan kesehatan yaitu jika jaminan penggantian pasien tidak terbatas atau jika terdapat pembatasan (plafon) penggantian. Pada kondisi penggantian tidak terbatas, pelayanan kesehatan cenderung memberikan pelayanan

kesehatan yang lebih banyak/besar dari seharusnya. Misalnya lama rawat inap 10 hari diberikan kepada pasien yang seharusnya hanya memerlukan 3 hari, atau pemberian obat antibiotik yang tidak perlu (irasional). Dalam praktik klinis sering kita mendengar ucapan “..ah mumpung pakai asuransi..” dari tenaga kesehatan. Sebaliknya pada kondisi penggantian terbatas (ada plafon), pelayanan kesehatan cenderung mengurangi pelayanan yang seharusnya diberikan. Misalnya: lama rawat inap hanya 3 hari padahal seharusnya 7 hari, atau mengganti merk obat yang lebih murah.

Kenapa terjadi adverse selection?

Motif ekonomi dan motif spekulasi menjadi alasan kenapa *adverse selection* terjadi.

Sesuai prinsip ekonomi, setiap orang dalam menjalankan kegiatan yang bersifat ekonomi akan berperilaku rasional yaitu mengorbankan sumberdaya yang sekecilnya (prinsip *scarcity*). Pihak-pihak yang terlibat dalam asuransi kesehatan pun menjalankan perilaku demikian. Dengan demikian, calon nasabah atau pasien berusaha membayar premi asuransi yang minimum dengan mendapatkan pelayanan kesehatan atau penggantian yang semaksimal mungkin. Pelayanan kesehatan berusaha mengefisiensikan jenis tindakan medis yang diberikan kepada pasien, atau mendapatkan keuntungan yang semaksimal mungkin dari tindakan medis yang diberikan. Demikian pula, perusahaan asuransi berupaya memperoleh surplus dana premi yang maksimal dengan memperhitungkan risiko secara cermat.

Motif spekulasi dilandasi prinsip bahwa manusia tidak bisa dengan tepat meramalkan apa yang akan terjadi di masa yang akan datang. Untuk menghindari kerugian, semua pihak yang terlibat dalam asuransi kesehatan melakukan upaya “jaga-jaga”. Tindakan calon nasabah mempengaruhi hasil pemeriksaan adalah untuk menghindari terkena premi yang lebih mahal. Pelayanan kesehatan memangkas lama rawat inap untuk menghindari kondisi medis yang lebih berat pada pasien. Perusahaan asuransi membatasi cakupan pelayanan untuk mengantisipasi kondisi kesehatan nasabah yang bisa memburuk.

Bagaimana mencegah Adverse Selection?

Peran tenaga *underwriter* menjadi kunci penting dalam mencegah *adverse selection* (Vaughan & Vaughan, 2014), dan terdapat berbagai cara untuk mencegah terjadinya *adverse selection*.

Louberge (2013, hal. 17) menyatakan cara untuk mencegah *adverse selection* yaitu dengan menggunakan dua *tools* asuransi yaitu 1) *experience rating*, dan 2) *risk categorization*. Sedangkan menurut Dionne dkk (2013, hal. 233) cara mencegah yang umumnya dilakukan adalah dengan 1) *self-selection mechanism*, 2) *categorization of risks*, dan 3) *multi-periode contracting*.

Untuk mencegah *adverse selection* yang dilakukan oleh calon nasabah atau nasabah asuransi kesehatan, di beberapa negara (seperti Irlandia dan Australia) memberlakukan sistem *underwriting* yang berdasarkan pada karakteristik masyarakat sekitar seperti kombinasi antara usia dan jenis kelamin (*disebut community rating*).

Perusahaan asuransi kesehatan berusaha menghindari *adverse selection* dengan secara aktif melakukan pemeriksaan kesehatan individu (*medical check up*) terhadap calon nasabah. Dengan demikian perusahaan asuransi dapat memetakan risiko calon nasabahnya (memiliki *risk categorization*), dan berupaya memilih calon nasabah dengan risiko sakit yang rendah. Perusahaan asuransi kesehatan dapat pula menawarkan berbagai produk asuransi (*health plan*) berdasarkan risiko sakit.

Pencegahan *adverse selection* dapat pula dilakukan dengan mekanisme *self-selection*, yaitu calon nasabah menentukan sendiri cakupan pelayanan yang akan dipilih pada saat penandatanganan kontrak asuransi. Seseorang dengan risiko penyakit kanker dapat menentukan pilihan cakupan pelayanan, mulai dari konsultasi dokter hingga tindakan bedah. Untuk mencegah calon nasabah memilih cakupan pelayanan kesehatan yang berlebihan (karena faktor minat dan keinginan), maka dapat digunakan mekanisme pilihan terbatas atau *restricting choice* (Pauly, McGuire & Baros, 2012).

Cara lain yang dapat dilakukan adalah dengan mengeluarkan kontrak asuransi yang memiliki periode kontrak bervariasi, tergantung risiko yang dimiliki calon nasabah. Cara ini disebut juga dengan *renewable term*. Misalnya seseorang membeli premi asuransi kesehatan

pada usia 25 tahun dengan masa kontrak 10 tahun. Dengan asumsi bahwa risiko sakit akan meningkat seiring dengan perkembangan usia, maka jika nasabah ingin memperpanjang kontrak 10 tahun lagi, ia akan dikenakan premi lebih tinggi dibanding periode kontrak sebelumnya saat berusia 25 tahun. Beberapa perusahaan asuransi membatasi perpanjangan kontrak hingga usia 100 tahun (Vaughan & Vaughan, 2014).

Kesimpulan

Adverse selection dalam asuransi kesehatan terjadi karena adanya *asymmetric information* pada pelayanan kesehatan, yaitu suatu kondisi salah satu pihak dalam asuransi kesehatan membebankan/mendapat premi atau memberikan/mendapat pelayanan kesehatan yang tidak tepat/tidak sesuai dengan risiko kesehatan yang ada.

Adverse selection terjadi ketika *insured* bersifat heterogen dan *insurer* tidak memiliki pemetaan terhadap kondisi risiko calon nasabahnya. Dalam asuransi kesehatan, *adverse selection* dapat dilakukan oleh pihak *insured* maupun *insurer* dengan motif ekonomi dan spekulasi.

Adverse selection dapat dicegah dengan berbagai metode antara lain: *experience rating (community rating)*, *risk categorization*, *self-selection mechanism*, dan *multi-period contracting (renewable term)*.

Daftar Istilah

<i>Adverse selection</i>	<i>Asymmetric information</i>
<i>Bad risk</i>	<i>Community rating</i>
<i>Experience rating</i>	<i>Good risk</i>
<i>Health plan</i>	<i>Insured</i>
<i>Insurer</i>	<i>Irrational treatment</i>
<i>Multi-period contracting</i>	<i>Renewable term</i>
<i>Risk classification/ Risk categorization</i>	<i>Scarcity</i>
<i>Self-selection mechanism</i>	<i>Underwriter</i>

Latihan Soal

1. Apakah *adverse selection* dapat terjadi pada asuransi kesehatan sosial (BPJS Kesehatan)?
Jelaskan jawaban Anda
2. Berikan contoh kasus *adverse selection* pada pelayanan kesehatan:
 - a. Farmasi

- b. Laboratorium klinik
 - c. Bedah
3. Berikan contoh *asymmetric information* pada pelayanan kesehatan di poli penyakit dalam

Kepustakaan

Dionne, George, Natahalie Fombaron, dan Neil Doherty. 2013. "Adverse Selection in Insurance Contracting" dalam Georges Dionne (editor), *Handbook of Insurance, 2nd edition*, New York: Springer Science and Business Media

Louberge, Henri. 2013. "Development in Risk and Insurance Economics: The Past 40 Years" dalam Georges Dionne (editor), *Handbook of Insurance, 2nd edition*, New York: Springer Science and Business Media

Morrissey, Michael A, 2008, *Health Insurance*, Washington: AUPHA Press

Pauly, Mark V., Thomas G. McGuire, dan Pedro Pita Baros (editor). 2012. *Handbook of Health Economics, volume 2*, Elsevier

Vaughan, Emmett J. dan Therese M. Vaughan. 2014. *Fundamentals of Risk and Insurance*, John Willey & Sons

Wonderling, David, Reinhold Gruen, dan Nick Black, 2005, *Introduction to Health Economics*, Open University Press