

SISTEM PERLINDUNGAN SOSIAL JEPANG: MENUJU NEGARA WELFARE PLURALISM *(Social Protection System in Jepang for Welfare Pluralism Country)*

Mu'man NURYANA

Abstract This article attempts to describe social security system in Japan, with special emphasize on its objectives, purposes and functions. However, Japanese social security systems will be looked at the present situation in order to know how they have been established. Indeed, social security system in Japan is a general expression that includes the systems in the following fields: social insurance systems including medical and pension insurance programs, public assistance systems to ensure the minimum level of sound and cultural living, social welfare systems for children, mothers and children, people of disabilities and for the elderly, medical care systems, and the systems for public and environmental health. And there are objectives and functions for each social security system in. A recognition into the objectives and functions of social security systems in Japan will help us in analyzing the present situation of, evaluating, or examining the desirable future of social security in Indonesia.

Key words: Social security system, Social insurance, Long-term care insurance, Pension system.

1. PENDAHULUAN

Jepang telah lama mengembangkan sebuah sistem perlindungan sosial universal dan membaginya ke dalam tiga sistem, yakni asuransi medis, sistem pensiun, dan asuransi perawatan jangka-panjang. Tiga sistem itu memungkinkan semua warga negaranya terlindungi kesejahteraan sosialnya ketika masih usia produktif maupun pada masa sudah tidak bekerja lagi. Walaupun perlindungan tersebut secara garis besar dibagi ke dalam tiga sistem tadi, ternyata beragam sistem yang sangat rinci dibangun pemerintah secara komprehensif. Di balik keragaman sistem itu, upaya yang dilakukan pemerintahnya demikian serius dengan melalui proses evolusi yang terdiri dari beberapa tahap hingga akhirnya menjadi

sebuah konsep universal seperti sekarang.

Berdasarkan sejarahnya, asuransi sosial di Jepang dimulai dengan sebuah 'sistem bantuan pegawai gotong royong' di tempat kerja, yang bertujuan untuk menurunkan risiko di antara pegawai dan majikan. Sistem ini kemudian diperluas ke dalam sebuah 'sistem asuransi pegawai', kemudian diikuti oleh sistem asuransi non-pegawai yang tidak pernah dicakup sebelumnya dalam sistem asuransi pegawai. Sistem disebut terakhir adalah satu jenis asuransi yang disediakan bagi mereka yang bekerja atau berusaha secara mandiri seperti petani, nelayan, pedagang kecil, dan pertukangan atau pengrajin.

Tujuan pembentukan asuransi perawatan jangka-panjang (*Long-term Care Insurance*) adalah sebagai tanggapan pemerintah terhadap perkembangan penduduk lanjut usia yang semakin banyak dan semakin panjang usia harapan hidupnya. Perawatan bagi mereka menjadi perhatian masyarakat Jepang bagaimana caranya agar mereka bisa mendapatkan perawatan jangka panjang yang didukung oleh masyarakat sendiri.

Pemerintahan Jepang membentuk sebuah dewan penasihat pemerintah terutama Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan yang disebut Dewan Perlindungan Sosial atau *Social Security Council*, hasil karya dewan ini adalah sebuah klasifikasi tentang sistem perlindungan sosial (*Social security system*). Secara garis besar, sistem perlindungan sosial dimaksud serta pembiayaannya dibagi ke dalam beberapa kategori. Sebagai ilustrasi, jumlah tunjangan (*Benefit*) perlindungan sosial pada tahun 1994 mencapai nilai ¥70 triliun, yang setara dengan 16.3% pendapatan nasional. Tunjangan pensiun adalah bagian terbesar kedua dari biaya pelayanan medis. Kedua item pengeluaran tunjangan itu pada tahun 1997 mencapai nilai lebih dari 95% dari jumlah tunjangan perlindungan sosial. Sedangkan proporsi pengeluaran yang lain, seperti pelayanan sosial perorangan dan untuk mendukung kebijakan keluarga, diperkirakan lebih tinggi lagi di masa-masa yang akan datang.

Ada pemahaman menarik dari pemerintah dan masyarakat terhadap sistem perlindungan sosial di Jepang. Pemerintah memahami sistem

perlindungan sosial itu mencakup sistem dalam bidang berikut: 1) sistem asuransi sosial, termasuk di dalamnya 'program asuransi medis dan pensiun'; 2) sistem bantuan publik untuk menjamin level minimum kehidupan yang berbudaya; 3) sistem kesejahteraan sosial bagi anak, ibu dan anak, penyandang cacat dan lanjut usia; 4) sistem perawatan medis; dan 5) sistem untuk publik dan kesehatan lingkungan.

Namun bagaimana masyarakat Jepang memahami ekspresi sistem perlindungan sosial itu. Berdasarkan hasil survai yang dilakukan Nomura Research Institute (1999) dengan sasaran responden penduduk berusia 20-60 tahun, ternyata 81.7% mengasosiasikan sistem perlindungan sosial itu sebagai "kesejahteraan sosial". Terutama kesejahteraan anak, penyandang cacat dan orang lanjut usia. Mengikuti persentase tersebut adalah 76.6% menjawab sebagai sebuah "pensiun", 74.9% "sebagai asuransi medis dan kesehatan", dan 44.4% "sebagai bantuan publik" atau *public assistance*. Hal ini menarik sekali terutama orang Jepang mengasosiasikan sistem perlindungan sosial itu sebagai kesejahteraan sosial, karena infrastruktur sosial untuk anak yang mengalami masalah sosial, penyandang cacat dan orang lanjut usia di Jepang sudah demikian maju, universal, dan komprehensif, dan terdapat di semua daerah kota dan desa. Pembangunan infrastruktur sosial ini dilakukan pemerintah sesuai dengan amanat konstitusi Jepang yang mewajibkan pemerintah dan masyarakat membangun sarana tersebut sebagai pusat pelayanan kesejahteraan sosial bagi sasaran dimaksud.

Apabila dibandingkan dengan hasil penelitian yang diperoleh dari survei yang dilakukan 22 tahun yang lalu, ratio orang yang mengasosiasikan ekspresi "sistem perlindungan sosial" dengan bidang spesifik mengenai kesejahteraan sosial, pensiun, perawatan medis, dan lain sebagainya telah menunjukkan peningkatan yang besar. Survei 22 tahun yang lalu itu, hanya satu dari empat responden yang tidak dapat mengasosiasikan ekspresi itu dengan bidang spesifik dan jawabannya adalah "Saya tidak tahu."

Meningkatnya jumlah orang yang mengasosiasikan ekspresi dengan bidang spesifik itu mencerminkan adanya perkembangan dan peningkatan dalam sistem perlindungan sosial di Negeri Sakura itu. Adanya ekspansi sebaran ruang lingkup sistem dan skalanya. Semakin banyak orang yang mengakui betapa pentingnya sistem-sistem yang dibangun Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan Jepang saat itu yang memainkan peranan penting dalam kehidupan sehari-hari masyarakat.

2. LATAR BELAKANG SEJARAH

Sebenarnya, buat apa kegunaan sistem perlindungan sosial itu dibentuk dan apa fungsinya? Makalah ini mempunyai tujuan spesifik dan fungsi untuk masing-masing sistem perlindungan sosial di Jepang. Makalah ini mendiskusikan tujuan dan fungsi dari sistem perlindungan sosial.

Pertama, dalam sejarahnya sistem perlindungan sosial di Jepang dimulai sejak berakhirnya Perang Dunia II.

Selanjutnya, berdasarkan sejarahnya, definisi, tujuan dan fungsi perlindungan sosial akan diklarifikasi. Latar belakang sejarah ini penting dikemukakan agar dapat membantu kita lebih mudah dalam mempelajari dan menganalisis situasi sekarang. Evaluasi, atau pengkajian sistem perlindungan sosial untuk kepentingan kita sebagai bahan rujukan bagi pembangunan sistem perlindungan sosial di Indonesia.

Asal-muasal perlindungan sosial di Jepang sudah cukup tua karena berasal atau merujuk kepada *Poor Law* Inggris pada tahun 1601. Di Jepang, sebuah undang-undang sejenis pada waktu itu dinamakan *Jyukkyu Kisoku* yang diperkenalkan pada tahun 1874, ketika Restorasi Meiji baru saja berlangsung 10 tahun. Sistem perlindungan sosial rujukan lainnya adalah sistem asuransi sosial yang diperkenalkan oleh Otto Bismarck di Jerman pada tahun 1870-an. Di Jepang, asuransi sosial yang pertama kali dibuat adalah 'Sistem Asuransi Kesehatan' yang diperkenalkan tahun 1922. Sedangkan 'Sistem Pensiun Pegawai' diperkenalkan di Jepang pada tahun 1941. Sedangkan Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan (*Koseisho*) dibentuk pada tahun 1938.

Dari informasi itu terlihat bahwa Jepang telah lama mengembangkan sistem perlindungan sosial, dan dimulai jauh sebelum Restorasi Meiji, dan puncaknya dimulai secara intensif ketika Kaisar Meiji memerintah Jepang mulai tahun 1864. Pada waktu itu kaisar Meiji mengirimkan banyak sekali pemuda untuk menjadi mahasiswa pada berbagai perguruan tinggi terkemuka di Jerman, Perancis, Inggris, dan Amerika Serikat, untuk menuntut ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang

kesehatan, kesejahteraan sosial, militer, otomotif, kimia, fisika, dan lain-lain.

Pengembangan sistem perlindungan sosial universal dan modern dimulai setelah berakhirnya Perang Dunia II. Konstitusi Jepang yang baru dibentuk pada tahun 1947 menyatakan bahwa "semua orang Jepang memiliki hak untuk menikmati standar minimum hidup yang layak menurut kemanusiaan (*Decent life*). Kemudian, Dewan Perlindungan Sosial Pemerintah Jepang dibentuk dan pada tahun 1950. Dewan ini menganjurkan perlu dibentuknya suatu sistem perlindungan sosial universal. Suatu Undang-undang Bantuan Publik dibentuk dan diberlakukan pada tahun 1950, mengikuti Undang-undang Kesejahteraan Anak tahun 1947, dan Undang-undang Kesejahteraan Penyandang Cacat dibentuk pada tahun 1949, dan setelah itu dibentuk Undang-Undang Pelayanan Sosial pada tahun 1951.

Upaya Pemerintah Jepang itu berhenti sampai di situ, selanjutnya dibentuk pula sebuah Sistem Perlindungan Sosial pada tahun 1960-an, yang bertujuan untuk mewujudkan visi Jepang "From Selectivism to Universalism" dan "From Relief to Prevention." Sistem Pensiun dan Sistem Asuransi Kesehatan kemudian dibentuk, dan sistem yang baru ini diimplementasikan pada tahun 1961. Sejak saat itu, maka 'Sistem Pensiun Nasional' dan 'Sistem Asuransi Kesehatan Nasional' terbentuk, sehingga semua penduduk Jepang terjangkau oleh pelayanan kesehatan dan kesejahteraan sosial yang universal.

3. LANDASAN HUKUM

Perundang-undangan yang berkaitan dengan asuransi sosial secara khusus dan sistem perlindungan sosial secara umum dikemukakan di bawah ini. *Pertama* adalah undang-undang yang melandasi pembentuk 'Asuransi Pegawai' (*Workplace Insurance* atau *Employees' Insurance*). Undang-undang yang menjadi dasar pembentukan asuransi itu ada empat buah yang kesemuanya ditujukan untuk pegawai secara umum (*General employees*), yakni: (1) Undang-Undang Asuransi Kesehatan Pegawai yang dikenal dengan Asuransi Perawatan Medis, (2) Undang-Undang Asuransi Pensiun Pegawai yang dikenal dengan Asuransi Pensiun, (3) Undang-Undang Asuransi Pekerjaan yang dikenal dengan Asuransi Proteksi Pengangguran, (4) Undang-Undang Asuransi Kompensasi Kecelakaan Pekerja dikenal dengan Asuransi Kompensasi Kecelakaan Kerja, dan (5) Undang-undang Keterlibatan dalam Pekerjaan Khusus.

Undang-undang yang disebut terakhir disempurnakan dengan undang-undang yang lebih spesifik lagi, yang terdiri dari: (a) Undang-Undang Asuransi Nelayan yang memberikan pelayanan dalam bentuk Asuransi Perawatan Medis, Pengangguran dan Kompensasi Kecelakaan Kerja, (b) Undang-Undang Bantuan Gotong Royong Perhimpunan Pegawai Pemerintah Nasional yang memberikan pelayanan dalam bentuk Asuransi Perawatan Medis dan Pensiun, (c) Undang-Undang Bantuan Gotong Royong Perhimpunan Pegawai Pemerintah Daerah yang memberikan pelayanan dalam bentuk Asuransi Perawatan Medis dan Pensiun, (d) Undang-undang Bantuan Gotong

Royong Guru Sekolah Swasta dan Pegawai yang memberikan pelayanan dalam bentuk Asuransi Perawatan Medis dan Pensiun, dan (e) Undang-undang Bantuan Gotong Royong Perhimpunan Lembaga Pertanian, Kehutanan dan Nelayan yang memberikan pelayanan dalam bentuk Asuransi Pensiun.

Perlu diketahui bahwa kecelakaan di tempat kerja bagi peserta Asosiasi Bantuan Gotong Royong (*Mutual Aid Association*) seperti diuraikan di atas, diberikan kompensasi sesuai dengan undang-undang yang berlaku, dan kompensasi ini ekuivalen dengan kompensasi untuk pegawai secara umum (*General employees*).

Kedua adalah undang-undang yang melandasi Asuransi Komunitas Non-Pegawai. Undang-Undang dimaksud adalah: (1) Undang-Undang Asuransi Kesehatan Nasional yang memberikan pelayanan dalam bentuk Asuransi Perawatan Medis, dan (2) Undang-Undang Perawatan Jangka-Panjang yang memberikan pelayanan dalam bentuk Perawatan Orang Lanjut Usia. Ketiga adalah undang-undang yang menjadi landasan bagi pembentukan asuransi universal. Yang dimaksud adalah Undang-undang Pensiun Nasional, yang memberikan pelayanan dalam bentuk Asuransi Pensiun.

Sebagaimana dijelaskan di atas, asuransi sosial itu disediakan melalui sejumlah sistem yang berbeda. Sistem-sistem itu dipelihara untuk menjaga stabilitas jangka-panjang dalam mengantisipasi masalah lanjut usia, dan untuk itu suatu jaminan ketersediaan tunjangan dan kontribusi yang lebih adil bagi 'orang yang tidak ikut dalam

program asuransi' dan 'peserta' atau pengguna asuransi baik dalam sistem asuransi pensiun maupun sistem asuransi perawatan medis, benar-benar dapat dipastikan.

Pada tahun 1983, Jepang memberlakukan sebuah Undang-undang Pelayanan Kesehatan bagi Orang Lanjut Usia. Sejak saat itu dan selanjutnya, kesejahteraan sosial penduduk Jepang yang berusia 70 tahun ke atas dan orang jompo berusia 65 tahun ke atas telah dijamin oleh undang-undang mengenai 'Tunjangan Perawatan Medis'. Bukan melalui Sistem Asuransi Perawatan Medis yang selama ini berlaku.

Sistem pensiun juga mengalami pembaharuan mendasar, sistem pensiun dasar yang mencakup semua penduduk diperkenalkan pada bulan April tahun 1986. Sebagai hasilnya, mereka yang diasuransikan di tempat kerja oleh sistem asuransi itu sekarang dilindungi oleh Pensiun Nasional juga. Pada bulan April tahun 1990, penyesuaian sistem untuk berbagai sistem pensiun pegawai dimulai, sebagai akibat dari diberlakukannya ketentuan baru.

Asuransi sosial di Jepang dikategorikan ke dalam lima kategori utama berdasarkan peranannya: Perawatan Medis, Pensiun, Pekerjaan, Asuransi Kompensasi Kecelakaan Kerja, Asuransi Perawatan Jangka-Panjang. Masing-masing dari kelima kategori itu dijelaskan berikut ini. Adanya sistem-sistem yang telah dibentuk itu, maka semua penduduk Jepang dewasa ini sudah terlindungi secara sosial. Pengertiannya ketika sakit, berbagai perawatan kesehatan dan medis dapat diterima oleh pasien karena mereka

menjadi peserta asuransi kesehatan; ketika memasuki masa usia pensiun, semua penduduk masih mendapatkan penghasilan bulanan karena mereka menjadi peserta sistem pensiun; ketika memasuki masa lanjut usia, mereka bisa mendapatkan perawatan sosial jangka panjang karena mereka menjadi peserta Asuransi Perawatan Jangka-Panjang.

4. SISTEM PERLINDUNGAN SOSIAL

4.1. Sistem Pensiun

Pensiun pegawai dan sebagian dari pensiun pekerja mandiri (*Self-employed*) telah menjadi sebuah '*double-decker system*'. Artinya, pada bagian pensiun nasional dasar mencakup semua penduduk Jepang. Sedangkan tunjangan sosial yang berkaitan dengan pendapatan atau gaji menjadi suplemen. Sebagai ilustrasi, tunjangan Pensiun Dasar penduduk Jepang pada tahun 1996 besarnya mencapai ¥65,500 per bulan. Tetapi rata-rata nilai tunjangan aktual yang dibayarkan untuk itu pada tahun 1994 hanya sebesar ¥43,000 per bulan. Selebihnya dipenuhi oleh jenis-jenis asuransi pensiun lain di mana masing-masing penduduk berpartisipasi. Pensiun suplemen yang berkaitan dengan pendapatan masing-masing penduduk besarnya mencapai rata-rata besarnya pensiun pegawai yang secara aktual dibayarkan pada tahun 1995 sekitar ¥170,000 per bulan. Ketika seseorang mencapai puncak usia produktif, jumlah uang pensiun pegawai pemerintah, termasuk pasangannya, mencapai ¥240,000 per bulan pada harga sekarang.

Tunjangan pensiun itu selalu diindeks setiap tahun berdasarkan harga-harga konsumen, sehingga nilai pensiun selalu mengalami penyesuaian. Di samping itu, setiap lima tahun pensiun itu di-indexed terhadap gaji bersih riil sesuai dengan besarnya kenaikan premium Asuransi Pensiun. Pegawai yang pensiun pada perusahaan besar dan sektor publik menerima pensiun pegawai pada bagian atas dari '*double-decker*' pensiun publik dan/atau uang lump sum pensiun. Sekitar setengah dari dari semua pegawai menerima pensiun pegawai dan/atau uang lump sum pensiun. Di samping asuransi pensiun nasional, pensiun swasta dan *life insurance* juga sudah sangat berkembang di Jepang. Banyak perusahaan asuransi swasta yang menawarkan jasa tunjangan pensiun bagi pegawai swasta dan siapapun yang berminat. Termasuk tabungan nasional yang dimiliki oleh orang lanjut usia yang nilainya mencapai dua kali dari tabungan yang dimiliki oleh para pekerja yang masih aktif. Tabungan nasional ini terutama digerakan oleh Kantor Pos (*Yubinkyoku*), yang bertindak sebagai lembaga keuangan nonbank yang mampu memberikan pelayanan kepada semua penduduk di Jepang.

Sepertiga dari biaya pensiun nasional dasar ini ditanggung oleh pajak dan selebihnya oleh premi asuransi dari para peserta asuransi itu sendiri. Inilah yang membuat Jepang disebut sebagai negara yang memberikan pelayanan kesejahteraan sosial kepada penduduknya tetapi ditanggung bersama-sama oleh pemerintah, masyarakat dan swasta, atau dikenal dengan *welfare pluralism*. Peranan negara adalah menarik pajak, dan uang pajak itu sebagian dikembalikan kepada

masyarakat dalam bentuk tunjangan kesehatan, perawatan medis dan kesehatan, dan perawatan jangka panjang. Pensiun pegawai yang berkaitan dengan pendapatan dibiayai oleh premium asuransi sosial dan penerimaan dari dana pensiun. Premium asuransi sosial itu ditanggung oleh pegawai dan majikan berdasarkan basis limapuluh-limapoluh. Premium asuransi sosial didasarkan pada pendapatan dan yang berkaitan dengan pendapatan dengan batas tertinggi. Premium asuransi sosial dari pensiun pegawai termasuk premium untuk pasangan yang diperoleh dari pensiun nasional dasar mereka besarnya mencapai 17.5% dari gaji reguler yang dibayarkan untuk keadaan tahun 1997 misalnya. Premium asuransi pegawai, termasuk di dalamnya pensiun nasional dasar dan pensiun nasional dasar untuk pasangan mereka adalah sebesar 17.35% pada tahun 1997.

Premium akan meningkat dengan semakin menuanya populasi penduduk Jepang dan semakin matangnya usia pensiun. Pemerintah Jepang memperkirakan bahwa premium itu akan mencapai 29.5% pada tahun 2025 dengan asumsi bahwa ratio lanjut usia menjadi 25.8%. Jika ratio itu mencapai 28%, maka premium akan lebih tinggi lagi. Inilah ideologi kesejahteraan yang dianut Jepang, yakni *welfare pluralism* Artinya, pertanggung jawaban premium menjadi tanggung jawab bersama antara pemerintah dengan masyarakat terutama peserta asuransi.

Sebagai ilustrasi, jumlah keseluruhan tunjangan pensiun publik adalah 8.3% dari pendapatan nasional pada tahun 1994. Pada tahun yang sama, 51.3% dari tunjangan perlindungan sosial adalah

untuk tunjangan pensiun publik ini. Sedangkan jumlah dana pensiun publik mencapai nilai sekitar ¥150 triliun, yang berarti lebih dari 30% dari GDP Jepang. Hampir semua dana untuk perlindungan sosial bagi penduduk Jepang itu dikelola oleh Kementerian Keuangan Jepang (*Lkurasho*). Bagaimana untuk mengelola dana yang demikian besar itu, sekarang masih dalam diskusi yang sangat serius di Jepang. Tetapi ada kemungkinan yang terbaik pengelolaan bagian terbesar dari dana pensiun itu akan dipercayakan kepada sebuah organisasi keuangan swasta dalam rangka meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanannya.

4.2. Pelayanan Kesehatan

Item kedua terbesar dari tunjangan perlindungan sosial di Negeri Sakura itu adalah Asuransi. Total biaya medis pada tahun 1995 di Jepang mencapai ¥27 triliun, 7.3% pendapatan nasional. Dari angka itu, 88~89% dibayar oleh pajak dan dana asuransi kesehatan, dan sisanya dibayar secara langsung oleh pasien dan keluarga mereka. Ratio penggantian pembayaran sakit selama cuti sakit dan pembayaran pengangguran adalah 60% dari gaji dari pegawai bersangkutan. Sedangkan jumlah penduduk yang ikut asuransi medis adalah 175,590 ribu orang pada akhir tahun fiskal 2002, dengan total tunjangan yang mereka terima sebesar ¥2,382 milyar.

Sistem perawatan kesehatan sifatnya universal, artinya pemilihan terhadap penyedia perawatan kesehatan diserahkan kepada pasien. Termasuk besarnya ongkos untuk praktis pelayanan itu. Hingga sekarang, divisi rumah sakit dan farmasi merupakan

kekecualian. Rumah sakit dan klinik dokter menjual obat dan pasien biasanya membeli obat pada rumah sakit dan klinik. Pada tahun 1994, hanya 18.1% resep obat dokter yang dikeluarkan oleh rumah sakit dan klinik yang dijual pada farmasi (apotek), meskipun proporsinya meningkat dari tahun ke tahun. Pembiayaan pelayanan medis ditanggung oleh Pemerintah dan Pemerintah Lokal, premium asuransi sosial dan ongkos pasien (*Fee patient*). Kebijakan yang dikembangkan jelas sekali dalam hal tanggung jawab pembebanan biaya asuransi sosial antara Pemerintah dengan Pemerintah Lokal dalam rangka otonomi, dengan tanggung jawab pasien (*Welfare pluralism*).

Sistem perawatan kesehatan sebagaimana dijelaskan di atas, dibagi ke dalam tiga sistem. Sistem itu adalah (a) asuransi kesehatan pegawai, (b) asuransi kesehatan bagi pekerja mandiri, dan (c) pelayanan kesehatan bagi orang lanjut usia. Ongkos yang harus dibayar oleh pasien secara tunai maupun elektronik yang disebut dengan istilah *out-of-pocket payment*, sebesar 12% dari total biaya. Sedangkan biaya untuk item (c) ditanggung Pemerintah dan Pemerintah Lokal, dan dana yang berasal dari item (a) dan item (b). Pelayanan kesehatan bagi orang lanjut usia (item c) yang paling besar biayanya sedangkan ongkos yang ditanggung pasien termasuk yang paling kecil di antara semua segmen penduduk. *Out-of-pocket payment* dari pegawai besarnya 10% untuk biaya medis, sedangkan *out-of-pocket payment* bagi pekerja mandiri mencapai 30%. Bagi semua pelayanan kesehatan, ongkos yang harus dibayar pasien memiliki batas atas. Batas atasnya adalah ¥63,600 per bulan.

Pemerintah Jepang berupaya untuk meningkatkan ongkos pasien yang terjangkau oleh pegawai yang besarnya hanya 20% dari biaya medis dalam rangka untuk memperkecil perbedaan dalam ratio *out-of-pocket payment*. Oleh itu, Pemerintah melakukan reformasi sistem perlindungan sosial melalui moderasi perluasan biaya medis pada waktu yang bersamaan.

Reformasi lain yang diupayakan Pemerintah adalah dilakukannya perubahan ongkos praktis pelayanan. Sistem ini sangat efektif untuk menstimulasi agar dokter bekerja keras. Tetapi kadang-kadang memaksa mereka untuk menggunakan terlampau banyak obat-obatan dan pasien untuk tinggal di rumah sakit lebih lama. Dengan demikian pembiayaan perawatan kesehatan dan medis membengkak, dan ini harus ditanggung Pemerintah. Ratio persentase biaya obat-obatan di Jepang sangat tinggi, sekitar 30% dari keseluruhan pelayanan kesehatan dan biaya medis. Rata-rata lama hospitalisasi juga demikian panjang dan lebih lama dibandingkan dengan di negara-negara industri maju lainnya. Mengatasi kesulitan ini Pemerintah berupaya untuk (1) melakukan pepaduan antara ongkos pelayanan dengan tingkat ongkos yang ditentukan; (2) mempromosikan pemisahan rumah sakit dengan farmasi; dan (3) mengintegrasikan pelayanan kesehatan dengan pelayanan sosial pribadi untuk orang lanjut usia.

4.3. Pelayanan Sosial Pribadi

Sistem Pensiun dan Sistem Asuransi Medis sudah bersifat universal dan komprehensif di Jepang. Akan tetapi ada dua kemunduran relatif dalam bidang perlindungan sosial di sana. Pelayanan

Sosial Pribadi untuk Lanjut Usia dan Penyandang Cacat, dan Kebijakan Keluarga untuk mendukung perempuan yang bekerja. Dalam "Welfare Vision Towards the 21st Century," yang dipublikasikan pada tahun 1994, Pemerintah menempatkan prioritas tinggi terhadap perbaikan Pelayanan Sosial Pribadi bagi Orang Lanjut Usia dan meningkatkan Dukungan Pengasuhan Anak.

Sedangkan dalam rencana Pemerintah seperti yang tertuang dalam "Golden Plan for the Elderly" dan "Angel Plan" untuk mendukung perempuan yang bekerja diperkenalkan sebagai kebijakan sosial prioritas menuju Abad 21. Merealisasikan rencana tersebut secara efektif, Pemerintah berupaya keras untuk memperkenalkan sebuah 'Sistem Asuransi Sosial untuk Pelayanan Perawatan'. Termasuk 'Perawatan Intensif' di dalamnya, untuk membiayai terjadinya peningkatan biaya untuk pelayanan tersebut.

Jika 'Sistem Asuransi Sosial untuk Pelayanan Perawatan' diperkenalkan di Jepang, maka ada sekitar 10% dari biaya pelayanan perawatan dan pemeliharaan yang harus dibayar oleh penerima pelayanan dari pelayanan sosial. Setengahnya akan dibiayai oleh pajak, selebihnya akan dibayar oleh Asuransi Pelayanan Perawatan (*Nursing Service Insurance*). Asuransi Pelayanan Perawatan ini menjangkau tidak hanya pelayanan pegawai publik (pegawai pemerintah), tetapi juga pengaturan pelayanan bagi pegawai swasta. Pembayaran tunai terhadap *care-giver* yang memberikan pelayanan sosial di rumah tidak termasuk ke dalam rencana pemerintah tersebut. Tetapi asuransi pelayanan perawatan ini nampaknya

akan mencakup model perawatan domisili bagi lanjut usia.

Muncul perdebatan hangat di Jepang mengenai bagaimana mereformasi Pelayanan Perawatan bagi Orang Lanjut Usia dan dukungan dana atas pembiayaannya. Nampaknya Pemerintah berusaha untuk memperkenalkan suatu Sistem Asuransi Sosial untuk membiayai setengah dari pembiayaan pelayanan itu. Mereka yang mendukung Sistem Asuransi Sosial ini berpendapat bahwa jika asuransi sosial diperkenalkan, maka akan ada tiga manfaat yang bakal diperoleh: Pelayanan perawatan akan disediakan atas dasar prinsip universalisme; provisi pelayanan oleh swasta dan organisasi informal perlu dipromosikan; dan beban pajak bagi masyarakat akan bisa diturunkan. Di samping itu, pelayanan medis telah dibiayai oleh sistem asuransi sosial sehingga akan lebih mudah untuk mengintegrasikan pelayanan medis dengan pelayanan sosial pribadi bagi orang lanjut usia, jika keduanya pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial pribadi itu memperkenalkan sebuah sistem asuransi sosial.

Sistem utama dari pelayanan keperawatan (*Nursing services*) diklasifikasikan ke dalam tiga tipe: Tipe Skandinavia, Tipe Jerman, dan Tipe Amerika. Pelayanan sosial pribadi yang saat ini digunakan, termasuk pelayanan keperawatan dibiayai oleh pajak tetapi masih terbatas dan selektif. Dalam hal ini, sistem tersebut diklasifikasikan sebagai Type B, meskipun bagian terbesar dari pelayanan itu disediakan oleh organisasi semi-pemerintah. Sebaliknya, di negara-negara Skandinavia, pembiayaan pelayanan

sosial pribadi dan hampir semua pelayanan kesehatan dibiayai oleh pajak, dan pelayanan ini terutama disediakan oleh pemerintah, atau disebut Type A.

Di Jepang, pelayanan keperawatan sebagai sebuah pelayanan sosial probadi disediakan oleh pemerintah lokal (*Shiyakusho*) dan oleh organisasi nirlaba yang mendapat otorisasi dari pemerintah. Biaya pelayanan tidak termasuk ongkos pasien yang dibiayai oleh pajak. Pemerintah memberikan subsidi setengah dari biaya itu dan pemerintah lokal membayar sisanya. Sedangkan penerima pelayanan sosial pelayanan sangat terbatas. Hanya kurang dari 2% dari penduduk lanjut usia Jepang tinggal dalam fasilitas keperawatan atau 'rumah (*Shelter*) pelayanan.' Bagi mereka yang menerima bantuan pelayanan di rumah sebagai salah satu bentuk pelayanan sosial lebih terbatas lagi dewasa ini di Jepang (Type B).

Jepang sangat berterima kasih kepada dukungan keluarga yang masih eksis hingga sekarang. Pembiayaan pelayanan sosial pribadi telah menjadi lebih murah dibandingkan dengan negara-negara Eropa. Tetapi akan lebih sulit dan sulit lagi untuk menggantungkan terlampau banyak kepada keluarga dan sektor informal. Pemerintah berusaha untuk memperluas dan mereformasi sistem pelayanan sosial pribadi yang ada sekarang sehingga menjadi sebuah sistem campuran tetapi universal, yang disebut *welfare pluralism* sebagaimana diindikasikan oleh Type B. Beberapa pakar di Jepang mengusulkan untuk dilakukan reformasi atas Tipe Skandinavia itu yang sekarang berlaku di Jepang (Type A), dan nampaknya

bahwa pelayanan keperawatan akan direformasi sehingga menjadi sebuah bentuk yang disebut dengan sistem campuran (*Mixed system*) atau *plural system*, atau terkenal dengan nama 'Japanese Welfare Pluralism.'

4.4. Kebijakan Keluarga

Kebijakan keluarga atau kebijakan keluarga dikembangkan untuk mendukung perempuan yang bekerja yang memiliki anak. Ini merupakan bidang yang kurang begitu berkembang di Jepang dalam konteks perlindungan sosial. Pemerintah memutuskan untuk terus mengembangkan kebijakan sosial ini dan kristalisasi kesungguhan dan komitmen yang tinggi terhadap kebijakan keluarga itu dinamakan "*Angel Plan*."

Di Jepang, partisipasi angkatan kerja perempuan pada sektor informal atau self-employed dewasa ini sedang meningkat. Proporsi pekerja perempuan terhadap jumlah pekerja cenderung mengalami peningkatan. Walaupun ada penurunan ketika tingkat pertumbuhan ekonomi mengalami penurunan. Rationya meningkat dari 30.7% pada tahun 1960 menjadi 38.8% pada tahun 1985.

Ada tiga motivasi yang menstimulasi Pemerintah mengembangkan kebijakan keluarga bagi perempuan yang bekerja. Motivasi pertama adalah untuk mempromosikan kesempatan yang setara dan perlakuan yang setara bagi pekerja perempuan dengan pekerja laki-laki. Hasil survei mengenai opini publik yang dilakukan pemerintah menemukan bahwa salah satu praktis sosial yang paling dikehendaki masyarakat dewasa ini adalah pembedaan perlakuan pada

tempat kerja dan pekerjaan (lihat, *Japan Productivity Center for Social and Economic Development*, 1996). Motivasi kedua yaitu keterbatasan tenaga kerja sekitar tahun 1990, ketika Jepang mengalami tingkat pertumbuhan ekonomi yang sangat tinggi (*Kodokeizai-seicho*). Motivasi ketiga adalah penurunan angka kelahiran.

Motif kedua menjadi semakin kurang jelas karena bekepanjangannya resesi ekonomi di Jepang. Tetapi motif ketiga telah menjadi lebih mendesak. Sebagaimana diindikasikan, tingkat kelahiran total telah mengalami penurunan sejak tahun 1967. Pada tahun 1966 merupakan kekecualian, karena terkait dengan apa yang dikenal dengan 'The Year of Hinoeuma Fiery Horse.' Kepercayaan tahayul lama yang mengatakan bahwa perempuan yang dilahirkan pada 'The Year of Hinoeuma' tidak cocok untuk dijadikan seorang isteri. Menarik untuk dicatat di sini bahwa kepercayaan tahayul (*Superstition*) itu masih mempunyai pengaruh besar dalam perilaku aktual orang Jepang hingga sekarang.

Sebagai penyebab menurunnya angka kelahiran, ada berbagai pandangan ilmiah terhadapnya. Tetapi nampak bahwa peningkatan populasi perempuan yang bekerja adalah merupakan salah satu sebab yang paling memungkinkan. Semakin tingginya tingkat partisipasi perempuan dalam lapangan kerja, semakin menurun pula perhatiannya kepada urusan rumah tangga. Perempuan semakin sibuk dengan pekerjaan di luar rumah, semakin serius terhadap pengembangan karir, maka konsekuensinya adalah menurunnya perhatian perempuan terhadap kewajiban untuk mendapatkan keturunan. Tuntutan karir membatasi

perempuan untuk memiliki anak yang banyak seperti dalam keluarga tradisional. Kehadiran anak dianggap dapat mengganggu pengembangan karir. Jadi, ketika suami bekerja di luar rumah, dan istri juga melakukan hal yang sama dengan suami, maka kesempatan mereka untuk mendapatkan anak semakin kecil. Akibatnya adalah menurunnya jumlah anak secara dramatis dan menyeluruh di Jepang.

Pengalaman negara Swedia menyarankan bahwa kebijakan keluarga yang proaktif mungkin bisa membantu untuk secara bersama-sama meningkatkan ratio partisipasi kerja. Saat bersamaan memperbaiki tingkat kesuburan. Pemerintah Jepang saat ini tengah mengembangkan suatu kebijakan sosial yang disebut Kebijakan Keluarga atau "Angel Plan" dalam rangka untuk meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjamin kelangsungan bangsa. Pemerintah telah mengimplementasikan kebijakan itu ke dalam program dan kegiatan pengembangan keluarga dalam rangka menjamin eksistensi bangsa Jepang seperti diuraikan berikut ini.

Berdasarkan argumentasi itu, maka Undang-Undang Kesetaraan Kesempatan Kerja, Undang-Undang Cuti Hamil, dan Undang-Undang Kompensasi untuk Perempuan Bekerja kemudian diperkenalkan pada tahun 1990-an. Fasilitas Pengasuhan Harian untuk Anak tengah dibangun di mana-mana untuk mengurus pelayanan kesejahteraan sosial anak dalam rangka membantu perempuan yang bekerja melalui fasilitas yang disebut *Hoikuen*. Meskipun kompensasi selama cuti hamil masih rendah. Perhitungannya (20% dari nilai gaji dana asuransi pegawai dan Kontribusi Asuransi Sosial atau

premi dari majikan). Tetapi hal ini diharapkan Pemerintah untuk semakin lebih baik di masa depan.

4.5. Lapangan Kerja bagi Pekerja Senior

Kebijakan ketenagakerjaan untuk mendorong pekerja lanjut usia adalah contoh lain dari kebijakan kesejahteraan produktif yang dikembangkan Jepang. Sangat menarik bagi kita. Jika pekerja lanjut usia didorong untuk berpartisipasi dalam pasar kerja melalui kebijakan subsidi. Kontribusi mereka terhadap GDP akan lebih besar dari pada biaya yang harus dikeluarkan melalui subsidi biaya kepada mereka. Jika mereka membayar pajak dan memberikan kontribusi (premi) terhadap asuransi sosial, maka penerimaan pajak dari mereka akan melampaui subsidi biaya yang harus disediakan bagi pelayanan kesejahteraan sosial bagi mereka. Sebagai contoh, Formula (5) berbunyi bahwa sepanjang jumlah subsidi Pemerintah lebih kecil dari kenaikan penerimaan pemerintah disebabkan oleh adanya kenaikan pekerja senior, maka subsidi itu akan meningkatkan penerimaan bersih pemerintah dibandingkan dengan mengencangkannya.

4.6. Bantuan Publik

Bantuan Publik (*Public assistance*) adalah sebuah jaring terakhir yang disediakan Pemerintah untuk menyelamatkan penduduk yang tidak terlindungi oleh perlindungan sosial yang preventif. Jumlah mereka yang masuk ke dalam kategori ini kurang dari 1% dari jumlah penduduk Jepang dan total tunjangan yang mereka terima hanya mencapai sekitar 0.4% dari pendapatan nasional.

5. ASURANSI SOSIAL

5.1. Asuransi Perawatan Medis

Asuransi Perawatan Medis (*Medical Care Insurance*) adalah sebuah sistem yang menyediakan tunjangan bagi orang-orang yang diasuransikan untuk melindungi dari segala penurunan derajat kesejahteraan sosial yang diakibatkan oleh kehilangan sumber penghasilan dalam jangka-pendek yang disebabkan oleh sakit, kecelakaan, kematian, dan kelahiran, dan lain sebagainya. Tunjangan Perawatan Medis tidak diberikan dalam bentuk tunai, tetapi dalam bentuk tunjangan lain (*Benefit in-kind*) yang dipasok oleh lembaga asuransi perawatan medis yang ditetapkan Gubernur Prefecture. Orang yang diasuransikan harus membayar premium sebagai bentuk pembiayaan medis terhadap lembaga tersebut. Sedangkan kecelakaan, sakit dan kematian yang disebabkan oleh penyakit kerja dilindungi oleh Asuransi Kompensasi Kecelakaan Kerja. Kewajiban majikan untuk memberikan kompensasi, dan hal ini bukan menjadi kewajiban Asuransi Perawatan Medis. Sedangkan Asuransi Kesehatan Pegawai mencakup kecelakaan pegawai sendiri maupun bagi mereka yang menjadi tanggungan keluarga.

Asuransi Perawatan Medis ini ternyata banyak ragamnya di Jepang, seperti diuraikan di bawah ini. Asuransi bagi pegawai. Jenis-jenisnya adalah Asuransi Pegawai, yang terdiri dari Asuransi Kesehatan Pegawai, yang dibagi ke dalam Asuransi Kesehatan Pegawai. Asuransi Kesehatan Pegawai juga ada macamnya, yakni Pegawai Umum terdiri; (1) yang dikelola

pemerintah, baik bagi pegawai yang bekerja pada majikan dalam bentuk Asuransi Kesehatan Masyarakat tidak diorganisasi terutama perusahaan kecil dan menengah dan (2) yang dikelola oleh masyarakat dengan peserta adalah pegawai yang bekerja pada majikan di mana asuransi kesehatan masyarakat yang terorganisasi terutama pada perusahaan besar.

Pegawai yang dipekerjakan dan pekerja yang dipekerjakan dengan batasan pekerjaan kurang dari dua bulan, dimasukkan ke dalam jenis asuransi ini. Ada juga asuransi untuk nelayan, termasuk yang bekerja sebagai awak kapal. Ada juga pegawai pemerintah yang ikut program asuransi *Mutual Aid Association*. Sedangkan pegawai pemerintah lokal masuk ke dalam program *Mutual Aid Association* Pegawai Pemerintah Lokal. Dan terakhir adalah promosi untuk pengembangan *Mutual Aid Corporation for Private Schools*, yang dapat menampung para guru sekolah swasta dan pegawai swasta, dan lainnya.

Jepang juga mengembangkan Asuransi Komunitas, yang terdiri dari Asuransi Kesehatan Nasional maupun Munisipalitas dan Asuransi Nasional Kesehatan Masyarakat. Mereka yang tidak termasuk ke dalam Asuransi Pegawai, seperti petani, pekerja mandiri, tukang kayu dan tukang tembok, dokter yang membuka praktek sendiri, dan lain-lain. Orang Jepang yang memenuhi syarat terhadap Asuransi Perawatan Medis untuk tahun 2000 adalah sebagai berikut, terutama termasuk ke dalam program Asuransi Kesehatan Nasional jumlahnya mencapai 46,581,000 orang.

5.2. Asuransi Pensiun

Asuransi Pensiun adalah sebuah sistem yang menyediakan tunjangan sosial bagi orang yang diasuransikan. Atau mereka yang selamat untuk melindungi dirinya dari risiko, seperti orang lanjut usia, penyandang cacat, dan kematian. Sistem ini merupakan sebuah asuransi jangka panjang yang bertujuan untuk memberikan kompensasi bagi yang diasuransikan. Atau mereka yang selamat dari kehilangan pekerjaan dalam jangka panjang atau kematian. Dengan demikian, ketika seorang pegawai meninggal, asuransi pensiun ini akan membayar pensiun kepada keluarga yang ditinggalkannya. Sementara Asuransi Perawatan Medis hanya membayar pembiayaan penguburan. Biaya prosesi penguburan di Jepang sangat mahal karena lahan sangat terbatas, sehingga hal ini mendapat perhatian pemerintah karena termasuk ke dalam salah satu bentuk pelayanan kesejahteraan sosial. Sementara tunjangan pensiun orang lanjut usia dibayarkan kepada mereka yang telah membayar premium untuk Asuransi Pensiun untuk selama 25 tahun atau lebih dan telah mencapai usia pensiun. Jumlah premium dikalkulasi atas basis pelayanan jangka panjang.

5.3. Asuransi Perawatan Jangka-Panjang

a. Pendahuluan

Sistem Asuransi Perawatan Jangka-Panjang yang diimplementasikan pada bulan April 2000. Asuransi ini menyediakan pelayanan sosial seperti perawatan dan bantuan

dalam aktivitas sehari-hari, rehabilitasi dan keperawatan. Atau manajemen medis bagi orang lanjut usia yang membutuhkan perawatan dan bantuan sebagai akibat dari penyakit mental dan fisik yang biasanya dialami orang lanjut usia. Pengguna dari asuransi ini hanya membayar secara parsial biaya karena mereka menerima pelayanan sosial di rumah atau pada fasilitas pelayanan sosial yang disediakan pemerintah dan swasta.

Orang yang diasuransikan adalah orang lanjut usia berumur 65 tahun atau lebih (*Type 1 Insured Persons*) dan mereka yang berusia 40 atau lebih tetapi kurang dari 65 tahun yang ikut dalam salah satu dari Sistem Asuransi Medis Publik (*Type 2 Insured Persons*). Memenuhi kualifikasi sebagai seorang penerima pelayanan Asuransi Perawatan jangka-Panjang. Mereka diminta untuk secara resmi mendapat pengakuan dari pemerintah bahwa mereka memang membutuhkan perawatan dan bantuan sosial.

Jepang telah menyiapkan dukungan sosial untuk mendukung kebijakan asuransi perawatan jangka panjang tersebut. Dukungan sosial itu sangat diperlukan mengingat hal-hal berikut: 1) semakin lamanya dan seriusnya perawatan jangka panjang, di mana satu dari setiap dua orang lanjut usia adalah jompo untuk selama tiga tahun atau lebih; 2) semakin menuanya pelayan perawatan (*Care attendants*), di mana lebih dari 50%

pelayan perawatan sudah berusia 60 tahun ke atas saat ini; 3) menurunnya persentase orang lanjut usia yang tinggal bersama-sama dalam satu rumah dengan anak-anak mereka dan penurunan ini telah mendekati angka 50% saat ini; 4) meningkatnya jumlah pekerja perempuan; dan 5) untuk membangun suatu sistem yang berkelanjutan (*mantap*) di mana hubungan antara tunjangan dan biaya bisa menjadi lebih jelas, yang dapat dengan mudah dipahami atau mendapatkan pemahaman dari publik.

Jumlah orang lanjut usia (*rMjin*) yang memerlukan pelayanan jangka panjang di Jepang pada tahun 1993 sudah mencapai 2 juta orang. Orang lanjut usia yang keadaan fisiknya sudah lemah (*jompo*) dengan mencapai 1,000,000 orang. Mereka mengalami penurunan kesehatan fisik karena *dementia* dan oleh karenanya membutuhkan perawatan jangka panjang. Kecuali *jompo* sebanyak 100,000 orang, orang *jompo* (termasuk *bedridden* dan *dementia*) sebanyak 900,000 orang. Tahun 1993, jumlah orang lanjut usia telah mencapai 16,900,000 orang. Keadaannya berubah pada tahun 2000, jumlah orang lanjut usia mencapai 21,700,000 orang. Jumlah orang lanjut usia yang membutuhkan pelayanan perawatan jangka panjang telah mencapai 2,800,000 orang. Diantaranya 1,300,000 orang yang masuk dalam kategori orang lanjut usia yang kondisi fisiknya lemah. Sejumlah 200,000 orang masuk kategori *dementia* dan

mebutuhkan pelayanan perawatan jangka panjang kecuali bagi *bedridden*. Sebanyak 1,200,000 masuk kategori *bedridden* termasuk *bedridden* dan dementia. Pada tahun 2010, pemerintah memperkirakan penduduk lanjut usia berjumlah 27,700,000 orang. Orang lanjut usia yang memerlukan pelayanan keperawatan jangka panjang mencapai 5,200,000 orang, yang terdiri dari 2,600,000 orang yang fisiknya lemah, 400,000 orang yang sakit karena dementia dan membutuhkan perawatan jangka panjang, kecuali bagi *bedridden*, dan 2,300,000 jompo, termasuk *bedridden* dan dementia.

Sementara itu, hasil survei berjudul "The Comprehensive Survey of the Living Conditions of People on Health and Welfare" yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan. Tahun 1995 menemukan bahwa persentase orang lanjut usia yang membutuhkan pelayanan kesejahteraan sosial selama kurang dari satu bulan hanya 2.8%. Mereka yang membutuhkan pelayanan selama 1-5 bulan sebanyak 11.6%. Mereka yang membutuhkan pelayanan selama 6-11 bulan sebanyak 11.3%. Mereka yang membutuhkan pelayanan selama 12-35 bulan sebanyak 21.2%. Sedangkan persentase mereka yang membutuhkan pelayanan 3 tahun atau lebih mencapai 53.0%. Data ini menunjukkan bahwa Jepang menghadapi tantangan berat karena harus menyediakan pelayanan keperawatan jangka

panjang bagi orang lanjut usia yang membutuhkan itu. Tanpa adanya Asuransi Perawatan Jangka Panjang yang memadai, sulit bagi Jepang untuk memberikan pelayanan komprehensif terhadap orang lanjut usia.

Berdasarkan hasil survei tersebut juga diketahui bahwa perawat sangat diperlukan untuk orang jompo. Ada tiga informasi menarik dari hasil survei tersebut. *Pertama*, menyangkut pemecahan urusan perawat sosial atau *care worker* atau *care taker* berdasarkan hubungannya dengan orang jompo yang berusia 65 tahun atau lebih. Perawat sosial yang disediakan oleh pasangannya mencapai 34.2%, perawat pasangannya mencapai 27.0%, perawat sebagai anaknya ada 20.2%, perawat yang tidak tinggal bersama ada 14.0%, dan perawat dari kalangan keluarga dan lain-lain mencapai 4.5%. *Kedua*, pemecahan masalah perawat utama berdasarkan kelompok usia yang tinggal bersama-sama dengan orang jompo berusia 65 tahun atau lebih. Perawat berusia di bawah usia 39 tahun hanya 4.1%, perawat berusia 40-49 tahun sebanyak 15.3%, perawat berusia 50-59 tahun sebanyak 28.1%, perawat berusia 60-69 tahun sebanyak 28.3%, dan perawat berusia 70 tahun atau lebih sebanyak 24.2%. Data ini menunjukkan bahwa perawat yang berusia 60 tahun atau lebih mencapai jumlah 52.5%, melampaui jumlah perawat yang berusia muda/produktif yang jumlahnya 47.5%. Hal ini

memberikan pertanda bahwa kesinambungan perawatan semakin menurun di masa-masa mendatang. *Ketiga*, pemecahan masalah perawatan untuk orang jompo berusia 65 tahun atau lebih berdasarkan jenis kelamin. Ada informasi menarik di mana 85.1% perawatan berusia 65 tahun atau lebih adalah perempuan, sedangkan sisanya (14.9%) laki-laki.

b. Tujuan

Tujuan dibentuknya Sistem Asuransi Perawatan Jangka Panjang ini adalah sebagai berikut. *Pertama*, untuk memfasilitasi sebuah sistem di mana masyarakat secara keseluruhan mendukung bagi mereka yang memerlukan perawatan jangka panjang. Sebagai alasan utama kepedulian masyarakat karena akan menjadi lanjut usia. *Kedua*, untuk membentuk sebuah sistem di mana hubungan antara tunjangan dan beban dibuat lebih jelas sehingga ada pembagian tanggung jawab bersama. Caranya memperkenalkan suatu pendekatan asuransi sosial yang dapat dengan mudah mendapatkan pemahaman publik. *Ketiga*, untuk merekonstruksi sistem yang terbagi secara sinergi antara pelayanan kesehatan, medis kesejahteraan, dalam rangka membangun suatu sistem. Pengguna pelayanan dapat menerima pelayanan komprehensif dari berbagai ragam lembaga sesuai dengan pilihan mereka. *Keempat*, untuk memisahkan perawatan jangka panjang yang dicakup oleh asuransi perawatan

kesehatan, dan untuk membangun sebuah sistem yang bertujuan untuk menurunkan jumlah kasus "hospitalisasi sosial" sebagai tahap pertama menuju restrukturisasi sistem perlindungan sosial secara menyeluruh.

5.4. Kerangka Sistem Asuransi

a. Penyelenggara Asuransi

Penyelenggara asuransi (*Insurer*) adalah pemerintahan kota (*Municipality*) dan pemerintahan khusus setingkat kecamatan (*Wards*) di kota metropolitan. Pemerintah, prefecture, dan penjamin asuransi keperawatan menyediakan dukungan terus-menerus dan bantuan kepada pemerintah daerah.

b. Peserta Asuransi, Penerima Manfaat, dan Premium

Pertama adalah mereka yang memenuhi syarat (*Eligible person*) untuk *Category 1 Insured Persons* adalah penduduk berusia 65 tahun atau lebih. Sedangkan untuk *Category 2 Insured Persons* adalah penduduk berusia 40-64 tahun yang ikut dalam asuransi perawatan kesehatan.

Kedua, penerima manfaat (*Beneficiaries*) untuk kategori 1 adalah: (a) orang yang membutuhkan perawatan jangka panjang (*bedridden, dementia*). Sedangkan untuk Kategori 2 adalah mereka yang telah menjadi jompo, dementia, dan/atau kondisinya renta karena penyakit tertentu yang berkaitan dengan awal ketuaan

(*Early-stage dementia*), *cerebrovascular disorder*, dan lain-lain.

Ketiga, mengenai premium asuransi untuk Kategori 1 dikumpulkan oleh municipality (*Shiyakusho*). Sedangkan untuk Kategori 2 dikumpulkan bersama-sama dengan premium untuk asuransi perawatan kesehatan oleh lembaga asuransi perawatan kesehatan (*Health care insurers*) dan dibayarkan dalam bentuk *lump sums*.

Keempat, menyangkut metode untuk pembebanan pembiayaan (*Levy*) dan pengumpulan untuk Category 1 adalah: a) premium tetap per kelompok pendapatan (premium bagi orang berpendapatan rendah diberikan keringanan); b) premium dikurangkan dari pension tunjangan di atas jumlah yang diberikan (¥180,000 per tahun), bila tidak mereka harus membayar langsung ke municipality. Kategori 2, metodenya adalah: (a) Asuransi Kesehatan Pegawai: jumlah premium ditentukan berdasarkan pada jumlah standar gaji dikalikan dengan tingkat premium perawatan jangka panjang. Majikan menanggung bagian pembiayaan tersebut; (b) Asuransi Kesehatan Nasional: jumlah premium ditetapkan berdasarkan jumlah pendapatan maupun jumlah tetap dari per capita. Pemerintah menanggung sebagian biaya ini.

c. Prosedur Penggunaan

Municipal (*Shiyakusho*)

memberikan sertifikasi atas kebutuhan perawatan jangka panjang dan mendukung kebutuhan sertifikasi didasarkan pada hasil skrining yang dilakukan Majelis Persetujuan Perawatan Jangka Panjang. Majelis ini melakukan investigasi atas kondisi mental dan fisik penerima asuransi dan membuat penilaian skrining didasarkan pada opini dokter yang melakukan perawatan secara reguler. *Screening judgement* ini dapat dilakukan oleh *prefecture*. Ada dua bentuk pelayanan keperawatan jangka panjang bagi penduduk lanjut usia, yakni *Home-visit Communing Service* dan *Short-stay Service* (7-42 hari selama 6 bulan). Penyediaan pelayanan komprehensif dan terencana untuk mengakomodasi permintaan dari pengambil kebijakan itu sangat fundamental karena pelayanan keperawatan jangka panjang (*Care plan*) itu perlu diputuskan.

d. Manfaat Asuransi

Orang yang membutuhkan perawatan jangka panjang dapat menerima pelayanan sosial dalam bentuk *In-home Service*. *Home service* ini terdiri dari *Home-visit* atau *Day Service*. *Home visit* ini bisa dalam bentuk *home-visit long-term care*, *home-visit bathing*, *home-visit rehabilitation*, *day rehabilitation* (*day care*), *home-visit nursing care*, *day service*, dan *welfare devices leasing*.

In-Home Visit kedua adalah pelayanan sementara (*Short-stay service*); perawatan sementara (*Short-stay care*); manajemen konseling perawatan medis di

rumah (*In-home medical care management counseling*); pelayanan perawatan dengan mutual support bagi lanjut usia dementia; pelayanan perawatan yang disediakan dalam rumah swasta nirlaba (*For-profit private homes*) untuk lanjut usia, dan lain-lain; tunjangan untuk pembelian perlengkapan kesejahteraan; tunjangan untuk renovasi rumah rel tangan, penyingkiran penghambat, dan lain-lain.

Orang yang membutuhkan dukungan, sama dengan yang pertama di atas. Tetapi tidak termasuk pelayanan perawatan dengan dukungan gotong royong untuk orang lanjut usia yang masuk ke dalam kategori dementia.

Orang yang membutuhkan pelayanan perawatan jangka panjang pada fasilitas pelayanan yang telah disediakan pemerintah, yang terdiri dari: (a) fasilitas perawatan kesejahteraan jangka panjang untuk orang lanjut usia dengan panti perawatan khusus bagi orang lanjut usia.

Fasilitas perawatan jangka panjang untuk orang lanjut usia, terdiri dari Fasilitas perawatan medis untuk orang lanjut usia, seperti Sanatorium-type ward, Sanatorium-type ward untuk pasien orang lanjut usia dengan dementia, rumah sakit yang menyediakan program pelayanan keperawatan jangka panjang untuk selama tiga tahun setelah dimplementasikan.

e. Pembiayaan

Pertama, Out-of-pocket payment dengan tingkat tetap (10% dari biaya pelayanan peserta asuransi) dan suatu standar pembebanan untuk biaya makan yang dikenakan kepada pengguna fasilitas pelayanan seperti *special nursing homes* untuk lanjut usia. *Kedua*, ada batas atas *out-of-pocket payment* bagi peserta asuransi. *Ketiga*, ada batas atas dari *out-of-pocket payment* dan standar pembebanan untuk makan yang ditetapkan lebih rendah bagi orang yang berasal dari yang berpendapatan rendah.

Seperti disajikan pada Tabel 1, bagi penduduk yang berpenghasilan tidak rendah, batas atasnya adalah 10% pengenaan biaya untuk pelayanan perawatan jangka panjang sebesar ¥37,200 per bulan, sedangkan untuk standar biaya pelayanan makan sebesar ¥23,400 per bulan atau ¥780 per hari. Bagi penduduk yang dibebaskan pajak atas pendapatannya oleh kantor *Shiyakusho (municipal)* karena penghasilannya di bawah standar minimum, maka batas atasnya adalah 10% pembebanan yang ditanggung untuk pembiayaan pelayanan perawatan jangka panjang adalah ¥24,600 per bulan. Sedangkan untuk standar pembebanan untuk makan adalah ¥15,000 per bulan atau ¥500 per hari.

Bagi pensiun kesejahteraan orang lanjut usia, dan lain-lain, maka batas atasnya adalah 10%

Tabel 1. Pembiayaan Pelayanan Perawatan Jangka Panjang dan Standar Pembebanan untuk Permakanan di Jepang

	Upper limit of 10% charge covered by high long-term care service cost	Standard charges for meals
Non-low- income persons	¥37,200 per month	¥23,400 per month (¥780/day)
Municipal tax-exempted households	¥24,600 per month	¥15,000 per month (¥780/day)
Old-Age welfare Pension receipients, etc.	¥15,000 per month	¥23,400 per month (¥780/day)

Sumber: Japan College of Social Work, 2005, *Long-term Care Insurance in Japan*

pembebanan yang ditanggung. Tertinggi pembiayaan pelayanan perawatan jangka panjang adalah ¥15,000 per bulan, sedangkan untuk standar pembebanan untuk makan adalah ¥9,000 per bulan atau ¥300 per hari.

f. Pengeluaran

Berdasarkan tahun anggaran 2000, pengeluaran untuk pelayanan perawatan jangka panjang adalah 17% ditanggung oleh pihak pemegang polis asuransi. Sekitar 17% diperoleh dari pengurangan pensiun yang mencapai kira-kira 14%, kira-kira 3% diperoleh dari pengumpulan secara reguler. Tetapi pemegang polis asuransi yang tidak mau membayar premium. Ada kenaikan pengeluaran untuk membayar tunjangan, dan ada dana stabilitas keuangan 33%, ditanggung oleh premium Kategori 2 dari pembayaran dana, dan sebesar 50% sisanya ditanggung oleh dana publik, yang terdiri dari Pemerintah 1/4, *Prefecture* 1/8, dan *Municipality* 1/8. Pengeluaran yang ditanggung oleh premium

Kategori 2 (33%) dan dana publik (50%), tersedia subsidi yang sudah disiapkan Pemerintah.

g. Premium Asuransi

Dilihat dari sudut orang yang memiliki kewajiban untuk pembiayaan sesuai dengan kemampuannya, premium asuransi untuk Kategori 1, yakni orang yang diasuransikan pada prinsipnya ditetapkan dalam bentuk jumlah yang telah ditetapkan oleh masing-masing *municipal* sesuai dengan tingkat pendapatan mereka. Hal ini dapat meringankan beban orang terutama mereka yang masuk ke dalam kategori berpendapatan rendah, sementara itu orang yang berpenghasilan tinggi dikenakan pembiayaan yang lebih tinggi. Jadi, di sini berperan prinsip subsidi silang.

Formula perhitungan penetapan premium asuransi di Jepang untuk Kategori 1 orang yang diasuransikan dapat dilihat pada Tabel 2. Untuk Kategori 2 orang yang diasurnasikan, besarnya premium asuransi dikalkulasi

dengan menggunakan metode yang ditetapkan oleh asuransi perawatan kesehatan. Sebagai catatan bahwa biaya rata-rata untuk orang dari Kategori 2 sama dengan orang dari Kategori 1, (lihat Tabel 2).

h. Provision Pelayanan Perawatan Jangka Panjang

Dalam rangka mempromosikan infrastruktur sosial pelayanan perawatan jangka panjang agar bisa berkembang secara sistematis. *Municipality* menentukan suatu rencana yang disebut Rencana Pelayanan Perawatan Jangka Panjang. Sedangkan *Prefecture* memutuskan Pelayanan Perawatan Jangka Panjang dan Tunjangan didasarkan pada kebijakan Pemerintah. Ketika *municipal* merencanakan atau merubah perencanaan jangka panjang mengenai asuransi pelayanan perawatan jangka panjang,

berbagai tindakan terukur yang merefleksikan orang yang diasuransikan sangat diperhatikan.

Municipal yang mendapatkan kesulitan dalam menjamin standar tunjangan bagi pelayanan di rumah yang ditentukan oleh Pemerintah. Suatu standar yang pasti yang lebih rendah dibandingkan dengan yang umum digunakan. Menaikannya secara perlahan sampai pada yang telah ditentukan oleh regulasi 5 tahun setelah implementasinya.

i. Stabilisasi Sistem Operasi

Pertimbangan Aspek Finansial

Pemerintah Jepang akan menyediakan suatu subsidi yang nilainya ekuivalen dengan 50% dari pengeluaran administratif yang dikenakan kepada hal-hal yang baru ditambahkan kepada sertifikasi kebutuhan pelayanan perawatan jangka panjang, dan

Tabel 2. Premi Asuransi untuk Kategori 1 yang Diasuransikan di Jepang

Level	Eligible Persons	Premium	(Ref.) Estimated percentage of eligible persons
1	<ul style="list-style-type: none"> Public assistance recipients Municipal tax-exempted households and Old-Aged Welfare Pension recipients 	Basic amount x 0.5	Approx. 2%
2	Municipal tax-exempted households	Basic amount x 0.75	Approx. 29%
3	Municipal tax-exempted persons	Basic amount x 1	Approx. 43%
4	Municipal tax payer (The insured persons' total amount of income is less than 2,500,000 yen.)	Basic amount x 1.25	Approx. 16%
5	Municipal tax payer (The insured persons' total amount of income is 2,500,000 yen or more.)	Basic amount x 1.5	Approx. 10%

Sumber: Japan College of Social Work, 2005, *Long-term Care Insurance in Japan*.

lain-lain. Stabilitas dana finansial disediakan untuk menjamin atau memberikan pinjaman luka kepada pemerintah *prefecture*, dan premium Categori 1 masing-masing harus menyediakan sepertiga dari penerimaan mereka. Membuat defisit finansial itu tidak memperburuk keadaan yang disebabkan oleh peningkatan pembayaran sebagai hasil dari adanya estimasi yang melampaui besarnya tunjangan, dan menurunnya tingkat pembayaran premium.

Pertimbangan Aspek Implementasi Bisnis

Pemerintah *prefecture* harus diberikan wewenang untuk melakukan hal-hal yang berkaitan dengan *screening judgement* untuk sertifikasi kebutuhan pelayanan perawatan jangka panjang. Pemerintah *prefecture* juga mendukung pemberlakuan bersama dalam hal melakukan pertemuan skreining untuk sejumlah *municipality*.

j. Implementasi

Sistem Asuransi Perawatan Jangka Panjang ini mulai diberlakukan sejak tanggal 1 April 2000. Secara singkat implementasi sistem asuransi perawatan jangka panjang tersebut dijelaskan sebagai berikut. Dilihat dari penggunaan pelayanan dari sudut pengguna pelayanan, maka ada dua kategori penduduk yang ikut dalam program ini: Categori 1 adalah peserta asuransi yang berusia 65 tahun atau lebih. Categori 2 adalah peserta asurnasi yang berusia 40-

64 tahun. Kedua kategori berhak atas pelayanan kesejahteraan sosial yang disediakan oleh pemerintah atau yang ditunjuknya, yakni Pelayanan Dalam-Rumah atau pada Fasilitas Pelayanan, sesuai dengan kebutuhan klien. Partisipasi peserta asuransi dalam membayar asuransi pelayanan jangka panjang ini (premium) sebesar 10% dari total biaya (10% *co-payment*). Secara tidak langsung, *co-payment* atau peserta asuransi membayar 10% dari total biaya pelayanan perawatan jangka panjang kepada organisasi penyedia pelayanan.

Mendapatkan pelayanan jangka panjang itu. Categori 2 biasanya adalah mereka yang telah mendaftar/terdaftar/didaftarkan pada Asuransi Kesehatan Nasional, Asuransi Kesehatan Masyarakat. Melalui asuransi itu peserta membayar uang premium, sehingga secara nasional terkumpul sejumlah uang dalam jumlah besar yang disebut *National Pool of Money*.

Peserta asuransi yang masuk ke dalam Categori 1 diwajibkan memberikan kontribusi melalui premium untuk Asuransi Perawatan Jangka Panjang. Secara nasional besarnya kontribusi tersebut mencapai jumlah 17% dari total biaya perawatan jangka panjang untuk orang lanjut usia. Melalui kedua kategori itu maka terkumpul sejumlah uang dengan nilai yang sangat besar yang mencapai 50% dari total anggaran yang tersedia/disediakan untuk Asuransi

Perawatan Jangka Panjang. Besarnya premium yang menjadi kewajiban peserta asuransi Kategori 1 sebesar ¥2,900 per orang per bulan. Pembayaran premium untuk Asuransi Perawatan Jangka Panjang ini dipotong melalui tunjangan pensiun secara perorangan.

Uang yang dikumpulkan melalui '*National pool of money*' yang berasal peserta asuransi dari Kategori 2 cukup terjamin keberlanjutannya karena mereka masih produktif mengingat usianya masih muda. Tetapi uang yang dikumpulkan dari premium asuransi spesifik Asuransi Perawatan Jangka panjang dari peserta asuransi Category 1 cukup rentan karena mereka sudah kurang produktif mengingat usianya yang sudah lanjut. Menjamin kesinambungan pembayaran premium tersebut, maka pemerintah Jepang membentuk sebuah sistem yang disebut '*Finance Stabiling Fund*' dan '*national pool of money*' dan premium yang dikumpulkan dari peserta asuransi Category 1.

Uang premium yang terkumpul dari Kategori 1 memberikan kontribusi kepada pembiayaan Asuransi Perawatan Jangka Panjang sebesar 17%. Sementara dari Kategori 2 sebesar 33%. Tanggung jawab pembayaran premium untuk kedua kategori itu berbeda karena rentang usianya berbeda, yang berimplikasi terhadap lamanya pelayanan perawatan jangka panjang.

Apabila premium yang terkumpul dari Kategori 1 dan Kategori 2 (*National pool of money*), jumlahnya mencapai 50% dari total pembiayaan pelayanan sosial jangka panjang untuk penduduk lanjut usia di Jepang. Kalau hanya mengandalkan pada *national pool of money* yang terkumpul dari kewajiban atau kontribusi premium dari Kategori 1 dan Kategori 2, tidak akan cukup memadai atau kurang. Menjadi tanggung jawab pemerintah, *prefecture* dan *municipality* untuk memenuhinya. Negara memberikan subsidi yang totalnya mencapai 50% dari kebutuhan pembiayaan pelayanan kesejahteraan sosial jangka panjang untuk penduduk lanjut usia yang membutukannya. Tetapi kewajiban negara untuk memenuhi pembiayaan itu kemudian didistribusi secara adil antara tanggung jawab pemerintah, *prefecture* dan *municipal*. Untuk itu, Pemerintah menanggung biaya sebesar 25%, *prefecture* sebesar 12.5%, dan *municipality* sebesar 12.5%. Negara dalam membayar pemenuhan kewajibannya terhadap biaya pelayanan kesejahteraan sosial jangka panjang untuk penduduk lanjut usia dibebankan kepada pajak. Sedangkan Pemerintah, *prefecture* dan *municipal* juga mendapatkan uang pemasukan pajak sesuai dengan kewenangan yang diberikan oleh Pemerintah.

Anggaran yang diperoleh dari '*National pool of money*' ditambah dengan subsidi negara itu secara nasional mencapai jumlah lebih dari 90% dari kebutuhan

pembiayaan Asuransi Perawatan Jangka Panjang bagi penduduk lanjut usia. Menurut penjelasan sejumlah kalangan akademisi dari *Japan College of Social Work*, terjadinya defisit anggaran bagi manajemen keuangan Asuransi Perawatan Jangka Panjang ini disebabkan adanya peserta asuransi dari Kategori 1 dan Kategori 2 yang tidak bersedia membayar premium.

k. Prosedur Penggunaan Pelayanan

Awalnya peserta asuransi mendaftarkan/didaftarkan ke/di *municipality* (kantor walikota, kecamatan, desa, kelurahan). Lalu dokter atau dokter gigi akan memberikan pendapatnya. Sedangkan bagian investigasi untuk kebutuhan sertifikasi akan melakukan investigasi kelayakan sosial-ekonomi pengguna asuransi itu. Setelah itu, maka *municipality* akan menentukan *Long-term Care Requirement Certification* yang didukung oleh dokter, staf perawat, dan petugas kesejahteraan, dan lain-lain.

Sesuai dengan sertifikasi itu, maka pengguna asuransi atau orang lanjut usia sudah dapat diketahui akan diarahkan ke dalam hal menerima pelayanan perawatan jangka panjang itu. Ada tiga kemungkinan pilihan pelayanan perawatan jangka panjang: (1) *Self-supporting*, (2) *Support required*, dan (3) *Care Level 1-5*.

Apabila sertifikat tersebut mengarahkan pengguna asuransi

baik yang masuk Kategori 1 maupun Kategori 2 dalam hal ini tergantung pada kondisi fisik masing-masing pengguna asuransi kepada *Self-supporting*. Maka tersedia jenis-jenis pelayanan kesejahteraan sosial sesuai dengan keadaan aktual yang tersedia pada *municipality* pelayanan yang tidak disediakan untuk asuransi perawatan jangka panjang. Pelayanan seperti ini yang biasanya tersedia adalah Makan pada Kursi Roda, dan Bantuan Ringan Kehidupan Sehari-hari seperti belanja, menjemur selimut dan kasur, dan merapikan rumah, dan lain-lain. Artinya, jenis pelayanan *Self-supporting* ini masuk ke dalam jenis pelayanan yang paling ringan.

Namun apabila berdasarkan sertifikat tersebut pengguna asuransi diarahkan kepada *Support required*, maka hal ini berarti bahwa yang bersangkutan masuk ke dalam perencanaan jangka panjang pelayanan kesejahteraan sosial yang disebut *Long-term Care Services Usage Plan (Car Plan)*. Perencanaan perawatan ini, pengguna asuransi disiapkan untuk memanfaatkan Pelayanan Dalam-Rumah, di mana di dalamnya ada bermacam-macam pilihan pelayanan sesuai dengan keinginan pengguna asuransi, mulai dari *Home Helper*, *Home-visit*, *Long-term Care*, *Day Service*, *Short-term Stay Service*, *Rental Services for Welfare Equipments*, dan lain-lain. Sertifikasi Persyaratan Perawatan jangka Panjang sudah bisa memberikan indikasi bahwa orang yang memerlukan perawatan

jangka panjang memang memerlukan bantuan harian.

Pengguna Asuransi yang berdasarkan sertifikasi itu masuk dalam klasifikasi *Care Level 1-5*, maka berarti bahwa yang bersangkutan adalah jompo dan orang yang mengalami kemerosotan kondisi fisik akibat dementia yang memang membutuhkan pelayanan perawatan jangka panjang. Pengguna asuransi diarahkan untuk menerima pelayanan *Care Level 1-5*. Artinya, ada pengguna asuransi yang masih memungkinkan masuk ke dalam *Long-term Care Services Usage Plan (Care Plan)*. Ada pengguna asuransi yang masuk yang disebut Pelayanan dalam Fasilitas. Bagi pengguna asuransi yang masuk Pelayanan dalam Fasilitas, maka ada tiga jenis fasilitas yang tersedia, yakni: 1) Rumah Perawatan bagi Lanjut Usia (*Tokubetsu RMjin-hMmu*); 2) Fasilitas Perawatan Kesehatan bagi lanjut usia yang memerlukan perawatan jangka panjang, dan 3) Rumah Sakit yang sebagian besar stafnya menyediakan perawatan jangka panjang, dan lain-lain.

1. Pertimbangan

Pemerintah Jepang menetapkan perlunya pertimbangan dan adanya pengujian tambahan terhadap batasan orang yang dipertanggungjawabkan, level dan muatan manfaat, premium pembiayaan gotong royong yang ideal dan sistem asuransi perawatan jangka panjang secara

umum. Harus dilakukan atas dasar perubahan situasi dan kondisi sosial-ekonomi masyarakat.

Opini dari kelompok komunitas lokal, dan lain-lain sangat diperhatikan sepenuhnya oleh Pemerintah Jepang. Terutama ketika dilakukan investigasi untuk kepentingan reformasi sistem yang sedang berjalan.

Upaya memberikan pelayanan yang berorientasi pada pengguna, pelayanan perawatan jangka panjang yang berkualitas dibangun oleh Pemerintah melalui upaya berikut: (1) mengorganisasikan sebuah sistem sehingga pengguna asuransi dapat menggunakan pelayanan sesuai dengan pilihannya; (2) menyediakan pelayanan kesejahteraan yang dibutuhkan dan pelayanan perawatan kesehatan dan medis melalui cara-cara yang demikian komprehensif dan terpadu, yang ditujukan kepada orang-orang yang memang membutuhkan pelayanan perawatan jangka panjang; dan (3) mempromosikan partisipasi dari berbagai jenis perusahaan, koperasi pertanian, dan organisasi nirlaba, untuk menyediakan pelayanan kesejahteraan sosial yang tidak seragam, tetapi bervariasi sehingga tujuan efisiensi dan efektivitas dapat tercapai.

Sehubungan dengan itu, Jepang memisahkan Asuransi Perawatan Jangka Panjang dari Asuransi Perawatan Medis, dengan mendirikan sebuah sistem sebagai tahap pertama untuk menuju

perbaikan struktur Sistem Perlindungan Sosial. Tahap pertama ini, Jepang melakukan langkah-langkah strategis berikut:

Pertama, memisahkan Asuransi Perawatan Jangka Panjang dari Asuransi Perawatan Medis. Tetapi dengan mempromosikan revisi yang sesuai agar perawatan medis dan perlakuan medis memiliki orientasi yang lebih fokus.

Kedua, menguji ulang adanya ketidaksetaraan biaya bagi pengguna asuransi yang berkaitan dengan pemisahan kesejahteraan bagi orang lanjut usia dengan pelayanan perawatan medis bagi orang lanjut usia. Memisahkan jangka panjang yang disebut hospitalisasi dalam rumah sakit

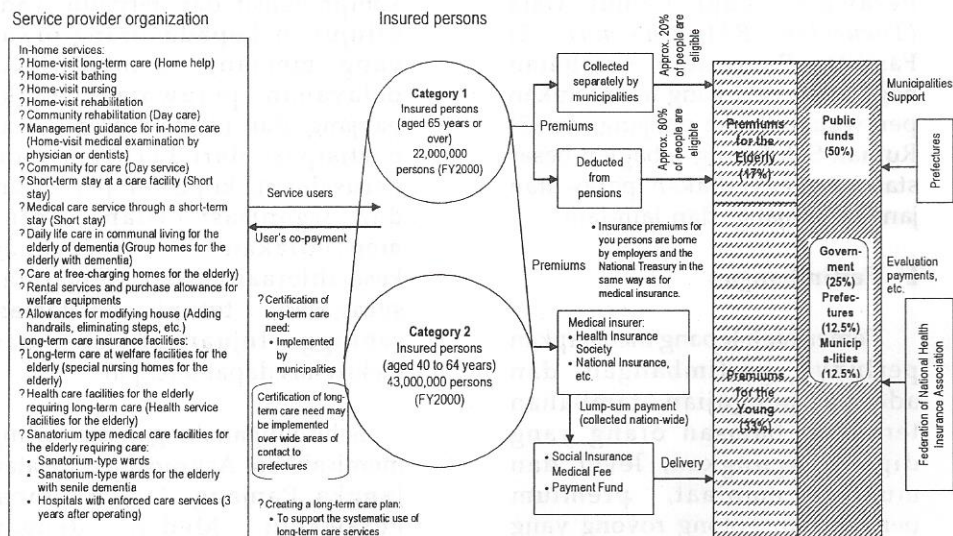
umum dan lain-lain ketika perawatan jangka panjang melampaui kebutuhan.

Ketiga, memperkenalkan suatu *fixed rate* sebesar 10% *charge* untuk pelayanan perawatan jangka panjang. Sekarang *charge* sebesar itu masih belum dimasukan ke dalam Asuransi Perawatan Medis.

6. SIMPULAN DAN APLIKASI INDONESIA

Selama ini Jepang dipandang sebagai *welfare state*, artinya pemerintah sepenuhnya menyelenggarakan pelayanan sosial, mulai dari pembangunan fasilitas, penyediaan tenaga, penyelenggaraan sampai

Gambar 1. Outline tentang Long-term Care Insurance System di Jepang



Sumber: Japan College of Social Work, 2005, *Long-term Care Insurance in Japan*.

pembiayaan pelayanan sosial. Pandangan seperti itu ternyata keliru karena Jepang justru menganut ideologi *welfare pluralism*. Pelayanan sosial ditanggung bersama oleh pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, dan sektor sosial. Tetapi memang pemerintah memiliki kepemimpinan yang bisa dipercaya oleh rakyatnya, sehingga potensi masyarakat dapat digalang untuk dukungan sistem perlindungan sosial.

Di dalam sistem perlindungan sosial itu, ada lima dimensi utama yang dikembangkan pemerintah Jepang untuk mengurangi risiko penurunan derajat kesejahteraan sosial masyarakat, yakni 1) sistem asuransi sosial program asuransi medis dan kesehatan serta asuransi pensiun; 2) sistem bantuan publik untuk menjamin level minimum kehidupan yang berbudaya; 3) sistem kesejahteraan sosial anak, ibu dan anak, penyandang cacat dan lanjut usia; 4) sistem perawatan medis; dan 5) sistem untuk publik dan kesehatan lingkungan. Pajak adalah sumber pembiayaan bagi pembangunan fasilitas pelayanan sosial. Sedangkan premi asuransi dari penduduk sebagai peserta asuransi adalah sumber pembiayaan utama bagi program pelayanan sosial setelah pajak. Dengan kata lain, penerima pelayanan sosial membiayai sendiri atas segala pembiayaan pelayanan sosial itu. Namun demikian, secara nasional pemerintah menanggung pembiayaan pelayanan sosial sebesar 50%, pemerintah daerah menanggung beban pembiayaan 25% dan penduduk sebagai peserta asuransi menanggung beban pembiayaan sebesar 25%.

Khusus mengenai Asuransi Perawatan Medis, saat ini tengah

memasuki tahun kelima di Jepang. Pemerintah menghadapi berbagai masalah untuk mengatasi dan memelihara sistem asuransi ini karena meningkatnya jumlah lanjut usia. Nampaknya manajemen perawatan yang lebih sesuai tengah dikembangkan untuk menjamin perawatan yang memadai tanpa harus meningkatkan biaya perawatan. Tetapi adanya 'mismatch' antara sistem asuransi dengan masalah perawatan orang lanjut usia dementia masih menjadi persoalan rumit di negara itu. Oleh karena itu, Jepang tengah berupaya untuk merealisasikan suatu situasi di mana keluarga orang lanjut usia dementia dapat merasa tertolong.

Sistem perlindungan sosial yang dikembangkan Jepang. Terutama mengenai konsep asuransi sosial yang memberikan perlindungan kepada penduduk yang bekerja pada sektor informal seperti pertanian, nelayan, pertukangan, pengrajin, dan lain-lain. Patut dijadikan rujukan bagi Indonesia sampai sekarang masih belum memiliki sistem perlindungan sosial yang universal dan komprehensif. Pelayanan perawatan jangka panjang bagi orang lanjut usia di Jepang juga bisa menjadi rujukan bagi Indonesia karena adanya perubahan sosial yang hampir sama dengan yang dialami Jepang pada awal kemajuannya. Hal pertama yang perlu dilakukan adalah upaya mengajak penduduk Indonesia sejak usia produktif ikut bertanggung jawab atas segala risiko penurunan derajat kesejahteraan sosial karena faktor usia dan sakit atau kecelakaan. Kita semua memerlukan suatu pelayanan perawatan jangka panjang yang disediakan oleh lembaga pelayanan sosial yang didukung pembiayaannya oleh asuransi pensiun

dan asuransi pelayanan perawatan jangka panjang.

Indonesia memang tengah mengembangkan suatu kebijakan sosial yang mencoba memberikan perlindungan sosial kepada orang lanjut usia. Dimulai dari kalangan keluarga kurang mampu yang bekerja di sektor informal, melalui sebuah konsep yang dinamakan Bantuan Kesejahteraan Sosial Permanen dan Asuransi Kesejahteraan Sosial. Konsep ini dikembangkan berdasarkan pendekatan partisipasi masyarakat, atau tepatnya berbasis komunitas. Konsep ini boleh terus dikembangkan tetapi tidak cukup memadai. Mengingat jumlah penduduk kita yang bekerja di sektor informal jumlahnya demikian banyak yang hampir 64% dari total penduduk Indonesia. Pertimbangan kependudukan ini, maka pengalaman Jepang dalam mengembangkan sebuah sistem perlindungan sosial dengan ideologi *welfare pluralism* memungkinkan Indonesia mengembangkan hal yang sama dengan tetap memperhatikan latar belakang sosial-budaya yang kita miliki.

Indonesia juga sudah memiliki sistem perlindungan sosial. Tetapi baru pegawai negeri, tentara, polisi dan pegawai perusahaan negara dan perusahaan swasta yang bisa menikmati tunjangan sosial tersebut. Ada asuransi kesehatan dan asuransi pensiun bagi pegawai yang bekerja di sektor formal tersebut. Tetapi penduduk yang bekerja di sektor informal seperti petani, nelayan, pedagang kecil dan tukang belum bisa mengakses asuransi tersebut.

Sehubungan dengan itu, sekali lagi pengalaman Jepang bisa dijadikan bahan pelajaran dan sekaligus rujukan bagi

pembangunan sistem perlindungan sosial universal di Indonesia. Penduduk yang bekerja di sektor informal yang merupakan mayoritas penduduk Indonesia merupakan sebuah potensi luar biasa kalau dijadikan sasaran sistem tersebut. Persoalannya adalah bagaimana memobilisasi mereka sehingga menjadi peserta asuransi modern. Diperlukan sebuah mekanisme yang mampu mengajak partisipasi mereka dalam asuransi yang diprakarsai pemerintah. Mekanisme dimaksud adalah bagaimana mereka memberikan kontribusi membayar premi dengan besaran sesuai dengan kemampuan mereka. Oleh karena diperlukan sebuah lembaga yang mampu menyelenggarakan sistem perasuransian yang mampu diakses oleh penduduk yang bekerja di sektor informal.

Di samping itu, seperti pengalaman Jepang, Indonesia seharusnya sejak dini mulai mempersiapkan sebuah asuransi pelayanan perawatan jangka panjang bagi lanjut usia. Penduduk sejak usia produktif harus mulai diajak memikirkan masa depan mereka ketika pelayanan perawatan jangka panjang mereka perlukan. Di sisi lain, Indonesia harus sudah memulai memikirkan bagaimana menyediakan fasilitas pelayanan perawatan jangka panjang bagi penduduk lanjut usia. Keluarga memang harus menjadi tumpuan harapan bagi penduduk lanjut usia ketika memerlukan perawatan jangka panjang. Tetapi situasinya semakin kompleks ketika perubahan sosial dan fungsi keluarga kita semakin terbatas. Oleh karena itu, penyiapan fasilitas pelayanan harus menjadi alternatif bagi penduduk lanjut usia.

Langkah pertama yang perlu dilakukan Indonesia adalah menyepakati ideologi kesejahteraan, yakni *welfare pluralism*, tanggung jawab pelayanan sosial bukan hanya urusan pemerintah. Tetapi menjadi tanggung jawab bersama antara masyarakat, pemerintah daerah, sektor swasta dan sektor sosial. Ideologi semacam ini, perlu dibangun kesepakatan nasional bahwa tanggung jawab pemerintah dalam hal pembiayaan sebesar besaran tertentu, misalnya 50%. Sedangkan pemerintah daerah dan masyarakat masing-masing 25%. Khusus untuk mengelola dana yang terkumpul dari masyarakat melalui premium asuransi. Perlu disiapkan sebuah wadah yang bisa disebut *stabilizing fund* yang berfungsi sebagai stabilisator pembiayaan pelayanan sosial.

Mu'man NURYANA Peneliti Madya
Bidang Kesejahteraan Sosial pada
Pusat Penelitian dan
Pengembangan Kesejahteraan
Sosial, Badan Diklit, Depsos RI.

PUSTAKA ACUAN

- Ministry of Health and Welfare of Japan, 1997. *Annual Report on Health and Welfare 1995-1996*. Tokyo: Japan International Corporation of Welfare and Services (JICWELS).
- Nomura Research Institute, 1999. "Survey on the Consciousness of People about Social Security Systems."
- Japanese Ministry of Health and Welfare, 2002. *Long-term Care Insurance in Japan*. Japan: Tokyo: Japan College of Social Work.
- Statistics and Information Department, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2004. *Statistical Abstracts on Health and Welfare in Japan*.