

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Beberapa keluarga di empat puluh Negara berkembang memiliki pengeluaran yang cukup besar untuk pemeliharaan kesehatan. Frekuensi dari pengeluarannya dibedakan menjadi dua, salah satunya yaitu pengeluaran dalam rangka meminjam uang atau menjual aset yang dimiliki untuk membayar servis kesehatan di Negara dengan pendapatan rendah dan menengah (Kruk, Margaret E. dkk). Peningkatan kesehatan selalu disebutkan sebagai salah satu cara menegas kemiskinan. Selain itu, kesehatan adalah pra syarat bagi peningkatan produktifitas, dan pendidikan yang berhasil juga bergantung pada kesehatan yang memadai (Michael P. Todaro dan Stephen C. Smith). Pada setiap tahunnya, kebutuhan akan kesehatan mengalami peningkatan sesuai dengan peningkatan kualitas dan fasilitas di bidang tersebut namun tidak diimbangi dengan pendapatan yang lebih baik, seperti yang tertera pada tabel berikut.

TABEL 1.1

Pengeluaran per Kapita Sebulan untuk Biaya Kesehatan (Rupiah)

Tahun 2009 – 2013

No	Tahun	PDB harga konstan (%)	Kota (Rupiah)	Desa (Rupiah)	Rata – Rata di Kota dan Desa (Rupiah)
1	2009	-	15.310	7.636	11.342
2	2010	6,31	17.515	9.164	13.198
3	2011	6,32	23.950	12.249	18.075
4	2012	6,10	25.961	13.265	19.588
5	2013	5,59	32.933	15.468	24.169

Sumber : Badan Pusat Statistik (BPS)

Biaya yang dikeluarkan untuk investasi kesehatan yang mengalami kenaikan tentunya menjadi beban tersendiri bagi warga miskin dengan pendapatan yang rendah. Dengan demikian masyarakat akan terus berada pada lingkaran kemiskinan meskipun dengan beberapa upaya mereka telah meningkatkan pendapatan. Oleh karena itu pemerintah dirasa perlu melakukan beberapa kebijakan dalam mengetas kemiskinan melalui peningkatan kualitas kesehatan. Salah satu cara yang dilakukan pemerintah salah satunya adalah menciptakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat pada umumnya, dan pada masyarakat miskin pada khususnya.

Pada Januari 2014, pemerintah mengadakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dalam pelaksanaannya dijalankan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Lalu kemudian ditetapkan dalam UU BPJS pasal 57 yang berisi mengenai ketentuan peralihan PT. Askes menjadi BPJS, PT. Jamsostek menjadi BPJS bagi tenaga kerja, PT. Asabri menjadi

BPJS bagi pensiunan militer, dan PT. Taspem menjadi BPJS pensiun pegawai dan pensiun janda/duda pegawai yang diperkecil lingkungannya menjadi BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Pada pasal 60 ayat (1) UU BPJS yang menentukan BPJS Kesehatan akan mulai beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014, dan kemudian pasal 62 ayat (1) UU BPJS menentukan PT. Jamsostek berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan dan mulai beroperasi paling lambat tanggal 1 Juli 2015.

Kelompok Jaminan kesehatan ini kemudian dibagi menjadi dua, yaitu kelompok penerima bantuan iuran (PBI) dan bukan PBI dengan sistem semacam asuransi yang dianutnya. Peserta JKN dihimbau untuk membayar iuran sesuai dengan kelompoknya dengan pilihan kelas pelayanan kesehatan dari mulai kelas 1, 2, dan 3 namun khusus untuk kelompok peserta JKN penerima bantuan iuran (PBI) akan ditetapkan dengan pelayanan kelas 3.

Jaminan kesehatan adalah perlindungan kesehatan bagi pesertanya untuk mendapatkan pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap peserta yang membayar iuran atau iurannya telah ditanggung oleh pemerintah (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2014).

Dalam UU no 40 tahun 2004 pasal 4 tentang SJSN, berisi tentang sifat dari kepersertaan jaminan sosial ini bersifat wajib. Hal ini ditentukan oleh Perpres 111 tahun 2013 pasal 6 ayat 1 juga yang menetapkan bahwa kepersertaan jaminan kesehatan bersifat wajib mencakup seluruh penduduk Indonesia. Status kepersertaan ini tidak langsung serta merta menjadikan

seluruh warga Indonesia menjadi peserta dari JKN ini, namun tentu saja melalui beberapa tahap seperti berikut :

1. Pada tanggal 01 Januari 2014, peserta JKN mencakup PBI Jamkes, peserta Askes, TNI/Polri, dan peserta Jaminan Pelayanan Kesehatan (JPK) Jamsostek.
2. Pada tanggal 01 Januari 2015, pemberi kerja BUMN, usaha besar, usaha menengah, dan usaha kecil harus menjadi peserta JKN.
3. Pada tanggal 01 Januari 2016, pemberi kerja usaha mikro harus menjadi peserta JKN.
4. Lalu pada tanggal 01 Januari 2019, diharapkan seluruh penduduk Indonesia akan menjadi peserta JKN.

Hal ini menimbulkan pro dan kontra tersendiri bagi warga Indonesia yang sejatinya tidak ingin mengikuti program semacam ini dengan berbagai pertimbangan masing-masing. Namun dengan dikelurkannya beberapa peraturan pemerintah semacam ini, sebagian kelompok masyarakat terpaksa mengikuti program BPJS Kesehatan demi meningkatkan kualitas kesehatan di Indonesia. Ditambah lagi dengan masih lemahnya layanan, pemberian obat yang belum maksimal, minimnya sarana kesehatan, rendahnya kapitasi, kurangnya tenaga medis, dan menurunnya keuntungan yang diterima oleh Rumah Sakit menjadikan dilema tersendiri bagi masyarakat sebagai peserta BPJS Kesehatan (Dr. Suranto M.Pol, Kedaulatan Rakyat).

Dengan diadakannya program BPJS Kesehatan ini, para pesertanya berhak mendapatkan manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat ini terdiri atas manfaat medis dan non medis (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia). Pelayanan kesehatan menggunakan sistem operasi semacam asuransi ini terbilang ringan bagi kantong masyarakat dengan kebutuhan akan pemeliharaan kesehatan yang tinggi dan pendapatan menengah hingga yang rendah.

Namun, rendahnya tarif paket BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit berdampak serius bagi sejumlah Rumah Sakit. Menurut Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (Persi), tidak sedikit Rumah Sakit yang memilih-milih pasien agar dapat mendapatkan profit (Liputan6.com, Jakarta). Pelayanan kesehatan yang semula menjadi tujuan dari diciptakannya program BPJS Kesehatan ini pada akhirnya tidak terlaksana dengan maksimal, sehingga perlu dilakukan penyesuaian kembali pada iuran setiap pesertanya demi memberikan keseimbangan antara pelayanan dan profit yang akan diterima baik oleh Rumah Sakit maupun BPJS tersendiri. Pada tanggal 27 Februari 2015, Presiden memberikan persetujuan untuk kenaikan iuran jaminan kesehatan untuk menutupi kekurangan dana yang dialami BPJS (BPJS.info, 2015). Ketentuan iuran BPJS Kesehatan ini dapat dilihat melalui tabel berikut.

TABEL 1.2
Ketentuan Iuran BPJS Kesehatan

Peserta			Iuran		Keterangan
Bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI)	Pekerja Penerima Upah	Pegawai Pemerintah (PNS, TNI, POLRI Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non PNS)	Pemberi Kerja	3%	% Gaji atau Upah per bulan
			Pekerja	2%	% Gaji atau Upah per bulan
		Pegawai Swasta (Lainnya)	Pemberi Kerja	4,00%	% Gaji atau Upah per bulan
			Pekerja	0,50%	% Gaji atau Upah per bulan
	Pekerja Bukan Penerima Upah			Rp 59.500,00	Kelas I, Iuran Per Jiwa Per Bulan
				Rp 42.500,00	Kelas II, Iuran Per Jiwa Per Bulan
				Rp 25.500,00	Kelas III, Iuran Per Jiwa Per Bulan
	Bukan Pekerja			Rp 59.500,00	Kelas I, Iuran Per Jiwa Per Bulan
				Rp 42.500,00	Kelas II, Iuran Per Jiwa Per Bulan
				Rp 25.500,00	Kelas III, Iuran Per Jiwa Per Bulan
Penerima Bantuan Iuran (PBI)			Rp 19.225,00 (dibayarkan oleh pemerintah)	Kelas III, Iuran Per Jiwa Per Bulan	

*.Batas paling tinggi gaji atau upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran iuran sebesar dua kali penghasilan tidak kena pajak (PTKP) dengan status kawin dengan satu orang anak.

Sumber : Perpres 111/2013

Di daerah Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Divre VI penduduk yang menjadi peserta JKN sendiri sudah mencapai jumlah 19,2 juta, yaitu 53,6 pesen dari total 35,8 juta penduduknya dengan rata-rata pendaftar mandiri Jateng berjumlah 3.737 jiwa dan DIY berjumlah 426 jiwa per harinya (Rakerkesda Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2014). Berikut data

penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan BPJS Kesehatan tingkat 1 dan tingkat lanjutan di Jawa Tengah dan DIY.

TABEL 1.3
Penggunaan Fasilitas Kesehatan

Fasilitas Kesehatan Tk Pertama		
	Jateng	DIY
Puskesmas	873	121
Dokter Umum	809	85
Dokter Gigi	139	18
Klinik Pratama	131	24
Faskes TNI Polri	99	13
Fasilitas Kesehatan Tk Lanjutan		
RS Pemerintah	56	9
RS Swasta	118	35
RS TNI Polri	11	3
Klinik Utama	10	1

Sumber : Rakerkesda Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014

TABEL 1.4
Jumlah Peserta JKN

Prov	Jumlah Penduduk	Jumlah Peserta JKN						Total	%
		Jamkesmas	Askes Sosial	TNI/Polri	JPK Jamsostek	Integrasi Jamkesda			
Jateng	32.382.657	14.150.983	2.047.571	174.469	681.223	43.504	17.097.750	52,8%	
DIY	3.457.491	1.572.153	390.159	24.024	134.834	-	2.121.170	61,3%	
Divre VI	35.840.148	15.723.136	2.437.730	198.493	816.057	43.504	19.218.920	53,6%	

Sumber : Rakerkesda Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014

Jaminan kesehatan bagi peserta bantuan iuran (PBI) yang berasal dari kalangan tidak mampu ditanggung oleh pemerintah dengan subsidi sebesar Rp. 19.225,00 per orang. Dengan diterapkannya besaran iuran baru, maka subsidi tersebut akan ditambah besarnya (Nila F Moeloek, BPJS.info). Namun yang menjadi permasalahan sesungguhnya adalah bagi peserta non-PBI, dengan bertambahnya iuran wajib yang harus dibayarkan oleh peserta

non-PBI maka akan mengurangi konsumsi mereka terhadap barang lain. Berdasarkan pra survei yang dilakukan oleh peneliti, kenaikan iuran BPJS Kesehatan pada Februari 2015 ini belum disosialisasikan kepada peserta secara menyeluruh, sehingga masih terdapat peserta yang belum mengetahuinya.

Dalam pemenuhan kualitas kesehatan masyarakat, tingkat pendapatan peserta BPJS Kesehatan ini sangat menentukan keinginan para pesertanya untuk membayar iuran setiap bulannya. Semakin tinggi pendapatannya, maka para peserta tidak akan merasa terbebani dengan kenaikan tarif iuran BPJS Kesehatan. Belum lagi kenaikan bahan bakar minyak (BBM) yang mengakibatkan kenaikan harga di berbagai sektor mengakibatkan konsumsi rumah tangga masyarakat juga mengalami kenaikan. Jika iuran jaminan kesehatan yang seharusnya membantu masyarakat dalam pemenuhan layanan kesehatan mengalami kenaikan juga. Bagi peserta dengan pendapatan rendah, maka tentu saja hal ini menjadi beban pengeluaran tersendiri walaupun pada saat tertentu jika peserta jatuh sakit dan membutuhkan dana lebih untuk perawatan kesehatan, jaminan kesehatan ini sangat berperan penting yang sayangnya pelayanan Rumah Sakit terhadap peserta dengan jaminan kesehatan perlu melakukan proses lebih panjang untuk mendapatkan perawatan.

Peserta BPJS Kesehatan merupakan pemilik kepentingan utama atas fasilitas dan segala proses yang berlaku pada BPJS Kesehatan. Maka tiap – tiap peserta juga perlu memahami bagaimana proses pendanaan dalam program BPJS Kesehatan agar tidak ada keragu – ragan dalam keikutsertaan

program tersebut. Dewasa ini, banyak perbincangan mengenai ketidak-syariahan proses pendanaan BPJS Kesehatan dimana BPJS Kesehatan saat ini diduga kuat mengandung *gharar* pada kedudukan akad, status iuran yang disetorkan, serta dalam investasi iuran yang di kelola oleh BPJS (nasional.tempo.co, 2015). Sehingga sistem pendanaan BPJS Kesehatan ini perlu dikaji ulang secara syariah atau setidaknya diberikan kejelasan atas status dana tersebut.

Berdasarkan permasalahan peserta pengguna jaminan kesehatan nasional (JKN) tersebut, maka peneliti berkeinginan mengkaji bagaimana *Willingness to Pay* (WTP) Iuran per-Bulan Bagi Peserta BPJS Kesehatan di Yogyakarta dengan Menggunakan pendekatan *Contingent Valuation Method* (CVM).

B. Batasan Masalah

Permasalahan yang diteliti dalam penelitian ini dibatasi dengan hanya dilakukan di D.I. Yogyakarta, tepatnya di Rumah Sakit dan Puskesmas kepada peserta pengguna BPJS Kesehatan Kelas III yang berada di D.I. Yogyakarta.

C. Rumusan Masalah

Masalah yang dirumuskan pada penelitian ini adalah pentingnya upaya perbaikan kualitas, penyesuaian harga, serta pentingnya proses syariah

guna menjadikan program BPJS Kesehatan yang diciptakan pemerintah sebagai bentuk pelayanan kesehatan yang secara umum akan dimiliki dan digunakan oleh warga D.I. Yogyakarta. Oleh karena itu muncul pertanyaan faktor-faktor apakah yang mempengaruhi *willingness to pay* peserta pengguna BPJS Kesehatan di D.I. Yogyakarta.

D. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah yang telah dikemukakan, maka tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Mengukur besarnya *willingness to pay* peserta pengguna BPJS Kesehatan D.I. Yogyakarta untuk perbaikan kualitas pelayanan.
2. Mengetahui pengaruh tingkat penghasilan terhadap *willingness to pay* peserta pengguna BPJS Kesehatan D.I. Yogyakarta untuk perbaikan kualitas pelayanan.
3. Mengetahui pengaruh usia terhadap *willingness to pay* peserta pengguna BPJS Kesehatan D.I. Yogyakarta untuk perbaikan kualitas pelayanan.
4. Mengetahui pengaruh jumlah anggota keluarga terhadap *willingness to pay* peserta pengguna BPJS Kesehatan D.I. Yogyakarta untuk perbaikan kualitas pelayanan.
5. Mengetahui pengaruh pendidikan terakhir yang ditempuh terhadap *willingness to pay* peserta pengguna BPJS Kesehatan D.I. Yogyakarta untuk perbaikan kualitas pelayanan.

6. Mengetahui seberapa penting proses syariah diperlukan dalam mempengaruhi *willingness to pay* peserta pengguna BPJS Kesehatan D.I. Yogyakarta untuk perbaikan kualitas pelayanan.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Empiris

Penelitian tentang *willingness to pay* peserta BPJS Kesehatan untuk perbaikan pelayanan kesehatan baru saja dicanangkan belum seluruhnya diterima oleh masyarakat. Semoga penelitian ini dapat menambah wawasan bagi pembacanya.

2. Manfaat Metodologis

Penelitian ini menggunakan metode *contingent valuation*, karena belum banyak yang menggunakan metode ini untuk mengestimasi *willingness to pay* peserta BPJS Kesehatan. Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi penelitian selanjutnya.

3. Manfaat Kebijakan

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan untuk pengambilan kebijakan dalam pengembangan dan perbaikan kualitas pelayanan kesehatan di D. I. Yogyakarta khususnya BPJS Kesehatan.