

BAB I

PENDAHULUAN

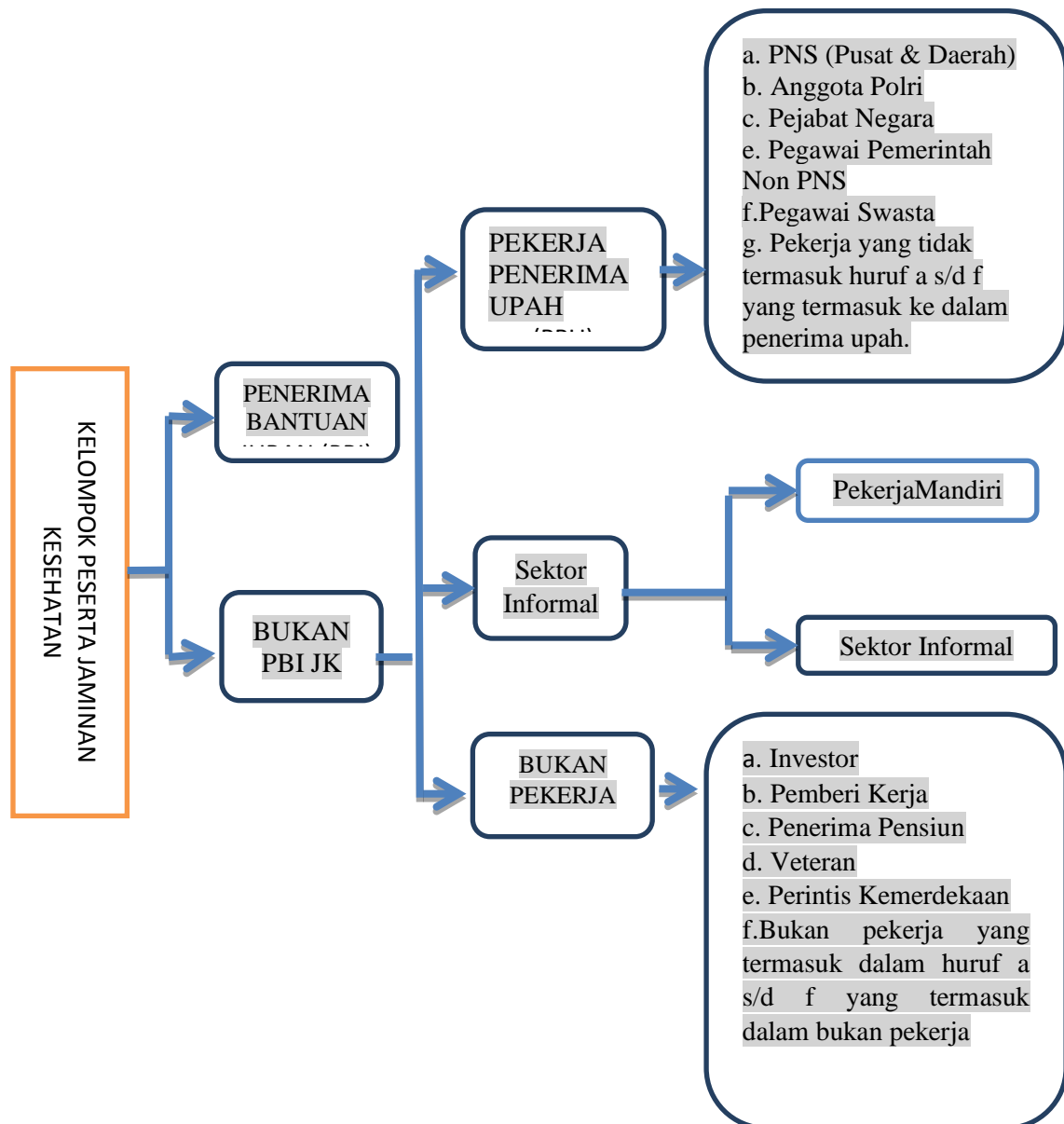
A. Latar Belakang

Kesejahteraan masyarakat merupakan hal yang sangat penting bagi setiap Negara di belahan dunia mana saja, baik Negara maju maupun Negara berkembang. Kesejahteraan masyarakat di setiap Negara merupakan hal yang sangat diperhatikan bagi tiap-tiap *stake holder* di berbagai penjuru dunia. Kesejahteraan masyarakat meliputi sejahtera jasmani, rohani, serta sosial. Salah satu bentuk kesejahteraan yang bisa di rasakan adalah kesehatan. Kesehatan akan sangat mempengaruhi tingkat produktifitas seseorang. Ketika kesehatan masyarakat di suatu Negara memburuk, maka secara otomatis akan mengurangi tingkat produktifitas. Menurunnya tingkat produktifitas menyebabkan berkurangnya pendapatan, sedangkan semua kebutuhan mengalami kenaikan, termasuk kenaikan biaya pelayanan kesehatan.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2010), mendorong seluruh Negara mengembangkan jaminan kesehatan untuk semua penduduknya (Universal Health Coverage). Dengan jaminan kesehatan tersebut semua penduduk di negara yang mengembangkan jaminan kesehatan itu termasuk peserta jaminan kesehatan (WHO, 2010) (Syahputra, 2015). Seperti yang terkandung dalam pasal 28H ayat 1, yang berbunyi **“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal, dan mendapatkan**

lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan” Dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan diperlukan instansi atau badan hukum khusus yang dibentuk untuk menjamin kesejahteraan jaminan kesehatan.

Di Indonesia, pada Januari 2014 pemerintah mengadakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mempunyai tujuan yang sama dengan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam mengembangkan jaminan kesehatan untuk seluruh masyarakat. Pada 1 Januari 2014, PT. Askes yang merupakan badan hukum persero yang diperuntukan khusus untuk menjamin jaminan kesehatan PNS, Pensiunan TNI/POLRI, Perintis Kemerdekaan dan Veteran berubah menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Lestari, 2013). Dalam PerPres Jaminan Kesehatan no 12/2003, menerangkan bahwa kelompok jaminan kesehatan dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok penerima bantuan iuran (PBI) dan bukan penerima bantuan iuran (non PBI).



Sumber :BPJS, Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional & BPJS Kesehatan.

*Bagi pekerja penerima upah dan pekerja bukan penerima upah : termasuk Warga Negeri Asing yang bekerja di Indonesia paling singkat minimal 6 bulan.

*Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan dapat mengikut sertakan anggota keluarga yang lain.

Gambar 1.1
Kelompok PBI dan Non PBI

Seluruh peserta JKN telah di klasifikasikan berdasarkan jenis pekerjaan dan membayar iuran sesuai dengan kelas pilihan yang dipilihnya. Terdapat 3 kelas pilihan bagi peserta JKN yaitu, kelas 1, 2, dan 3. Peserta JKN dihimbau agar membayar iuran sesuai dengan jenis pilihan kelas yang dipilihnya. Namun, terdapat pengecualian untuk kelompok PBI khusus berada di kelas 3. Iuran untuk kelompok PBI dibayarkan oleh pemerintah yang sesuai dengan Perpres 111/2013.

Tabel 1.1
Klasifikasi Jenis Kepesertaan BPJS Kesehatan

Peserta	Bentuk Iuran	Besaran Iuran	Ket
PBI	Nilai Nominal (per jiwa)	Rp. 19.225,- (dibayar pemerintah)	Rawat Inap kelas 3
PNS/TNI/POLRI/PENSIUNAN	5% (per keluarga)	2% dari pekerja 3% dari pemberi kerja	Rawat Inap kelas 1 dan 2
Pekerja Penerima Upah selain PNS	4,5% (per keluarga) dan 5% (per keluarga)	s/d 30 Juni 2015: 0.5% dari pekerja 4% dari pemberi kerja. Mulai 1 Juli 2015: 1% dari pekerja 4% dari pemberi kerja	Rawat Inap kelas 1 dan 2
Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja	Nilai Nominal (per jiwa)	1. Rp. 25.500,- 2. Rp. 42.500,- 3. Rp. 59.500,-	

Sumber : pasien sehat, data diolah

Rendahnya iuran peserta BPJS tentunya menimbulkan pro dan kontra. Pro dan kontra datang dari berbagai macam pihak. Bagi tim medis, rumah sakit yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan mengeluh karena dengan adanya program BPJS ini. Tim medis mengeluh karena biaya pengobatan dan tindakan medis yang seharusnya menghabiskan dana yang

besar menjadi tidak sepadan. Hal ini menyebabkan kinerja para tim medis menurun drastis.

Menanggapi hal tersebut, Fachmi Idris selaku Direktur Utama BPJS Kesehatan mengatakan :

“Setiap program yang digulirkan pemerintah, selalu menimbulkan pro-kontra. Begitu juga Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola BPJS (Badan Pengelola Jaminan Sosial) Kesehatan. Namun ketidakefektifan tentang JKN dari berbagai pihak oleh BPJS Kesehatan, dijadikan semangat untuk membuat program ini lebih baik lagi. Bahkan, jajaran BPJS Kesehatan, senantiasa mengajak semua pihak untuk melakukan evaluasi demi sempurnanya program yang mulai dioperasionalkan pada awal Januari dalam tahun ini. Misalnya, perbaikan tarif dan masalah klaim, senantiasa dicarikan solusi agar program ini tidak rapuh. Selain itu, berbagai pihak yang semula khawatir JKN yang dikelola BPJS Kesehatan tidak akan berjalan baik lambat laun bisa ditepis”.

“Selama ini, Program JKN melalui BPJS Kesehatan yang diluncurkan oleh Presiden Susilo Bambang Yudhoyono di Istana Bogor, pada 31 Desember 2013 itu, sudah pasti sangat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat. Program ini pun, merupakan jasa atau track record pemerintahan sekarang, yang akan dirasakan terus oleh masyarakat. Karena itu, semua pihak harus membantu agar Program JKN, berjalan baik.” Ketua DJSN, Chazali H Situmoran

Mulai 1 April 2016, Presiden Jokowi memutuskan menaikkan iuran peserta JKN. Kenaikan iuran peserta berlaku bagi kelas 1 dan kelas 2, sedangkan kelas 3 tetap seperti dahulu. Ketentuan kenaikan iuran JKN dapat dilihat melalui gambar berikut.

Tabel 1.2
Perubahan Iuran JKN

Ruang Perawatan	Iuran Lama	Iuran Baru
Kelas III	Rp 25.500	Rp 25.500
Kelas II	Rp 42.500	Rp 51.000
Kelas I	Rp 59.500	Rp 80.000

Sumber : Panduan BPJS, 2016

Berdasarkan tabel 1.2 dapat diketahui bahwa kenaikan iuran hanya terjadi di kelas 1 dan 2. Hal ini disebabkan karena kelas 1 dan 2 merupakan kelompok non PBI, sedangkan kelas 3 yang merupakan kelompok PBI dikenakan tarif tetap. Kenaikan iuran peserta BPJS tidak serta merta menurunkan minat peserta BPJS untuk tetap menggunakan BPJS sebagai jaminan kesehatan seperti yang terkandung dalam PerPres nomor 111/2013 tentang Perubahan atas PerPres nomor 12/2013 tentang jaminan kesehatan pasal 6 ayat 1 yang berbunyi “Kebersertaan Jaminan Kesehatan yang bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia”. Dengan adanya perubahan iuran BPJS, pelayanan, mutu obat, serta alat kesehatan yang diberikan juga sudah ditentukan.

Di Daerah Istimewa Yogyakarta, Kabupaten Sleman merupakan salah satu Kabupaten terbesar yang berada di Daerah Istimewa Yogyakarta. Jumlah penduduk sleman sudah sekitar 1 juta jiwa, namun belum sepenuhnya menjadi peserta BPJS. Adapun yang sudah terdaftar menjadi peserta BPJS sebesar 600 ribu jiwa penduduk. Dengan katalain, Pemerintah Kabupaten Sleman juga harus meningkatkan standar pelayanan kesehatan mulai dari Puskesmas, Klinik Pratama, Rumah Sakit, Dokter Perorangan, serta Apotek. Penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan di Kabupaten Sleman sebagai berikut.

Tabel 1.3
Fasilitas Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS Kabupaten Sleman

No	Jenis Pelayanan	Jumlah
1	RS Umum	22
2	RS TNI Bhayangkara	1
3	Klinik Pratama	18
4	Klinik Pratama TNI	2
5	Klinik Pratama POLRI	1
6	Dokter Praktek Perorangan	52
7	Dokter Gigi Perorangan	18
8	Apotik	23
9	Puskesmas	25
	Jumlah	162

Sumber : Pemkab Sleman, 2016, data diolah

Berdasarkan tabel 1.3 kesiapan Pemerintah Kabupaten Sleman dalam memfasilitasi peserta BPJS sangat matang. Terbukti dengan banyaknya pihak yang sudah bekerjasama dengan BPJS. Namun, yang masih menjadi kendala Pemerintah Kabupaten untuk mensukseskan program ini adalah memastikan seluruh penduduk Kabupaten Sleman menjadi peserta BPJS. Ditambah dengan meningkatnya jumlah iuran peserta BPJS yang mungkin memberatkan bagi peserta dengan pendapatan rendah. Tingkat pendapatan peserta BPJS sangat menentukan jenis kelas yang akan dipilih. Pilihan kelas akan menentukan pula jumlah iuran yang akan dibayarkan, apakah jenis kelas 1, 2 yang merupakan kelompok non PBI.

Berdasarkan permasalahan di atas, maka peneliti berkeinginan untuk mengkaji bagaimana *Willingness to Pay* (WTP) Iuran Peserta BPJS Kesehatan di Kabupaten Sleman dengan menggunakan pendekatan *Contingent Valuation Method* (CVM).

B. Batasan Masalah

Permasalahan yang diteliti oleh peneliti dalam penelitian ini dibatasi dengan berikut :

1. Dilakukan di Kabupaten Sleman.
2. Rumah Sakit dan Puskesmas yang berada di Kabupaten Sleman.
3. Responden peneliti yaitu peserta pengguna BPJS Kesehatan kelas II yang berada di Kabupaten Sleman.

C. Rumusan Masalah

Masalah yang dirumuskan pada penelitian ini adalah pentingnya upaya perbaikan kualitas, penyesuaian harga guna menjadikan program BPJS Kesehatan yang diciptakan pemerintah sebagai bentuk pelayanan kesehatan yang secara keseluruhan akan dimiliki dan digunakan oleh seluruh warga Kabupaten Sleman. Oleh karena itu muncul pertanyaan faktor-faktor sebagai berikut :

1. Berapakah *willingness to pay* peserta pengguna BPJS Kesehatan Kelas II di Kabupaten Sleman ?
2. Apakah variabel usia berpengaruh terhadap *willingness to pay* peserta pengguna BPJS Kesehatan Kelas II di Kabupaten Sleman ?
3. Apakah variabel jumlah anggota keluarga berpengaruh terhadap *willingness to pay* peserta pengguna BPJS Kesehatan II di Kabupaten Sleman ?
4. Apakah variabel pendidikan terakhir berpengaruh terhadap *willingness to pay* peserta pengguna BPJS Kesehatan II di Kabupaten Sleman ?

5. Apakah variabel pendapatan berpengaruh terhadap *willingness to pay* peserta pengguna BPJS Kesehatan II di Kabupaten Sleman ?
6. Apakah Variabel kepercayaan masyarakat berpengaruh terhadap *willingness to pay* peserta pengguna BPJS Kesehatan II di Kabupaten Sleman ?

D. Tujuan Penelitian

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

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

6. Mengetahui pengaruh kepercayaan masyarakat terhadap *willingness to pay* peserta pengguna BPJS Kesehatan Kabupaten Sleman untuk perbaikan kualitas pelayanan.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Empiris

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

2. Manfaat Metodologis

Penelitian ini menggunakan metode *contingent valuation*, karena belum 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 Kabupaten Sleman khususnya BPJS Kesehatan .

