

KAJIAN ABILITY TO PAY (ATP) BAGI CALON PESERTA BPJS KESEHATAN DALAM PEMILIHAN BESARAN IURAN DI PROPINSI JAMBI TAHUN 2015

¹Dwi Noerjoedianto

¹Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi
Email : masyudi_psik99@yahoo.com

Abstract

Introduction: Government has launched Health for all, especially in health financing set forth in Law No. 40 of 2004 on the Social Security. Various indicators have been prepared in order to the degree of achievement of a better public health, including life expectancy 70.07 years, nutritional status and MMR 102 per 100,000 live births and IMR 32 per 1,000 live births. Riskesdas 2013 Indonesia was ranked 108 out of 187 countries in the HDI rankings, so it needs the strengthening of the aspect of health services. One indicator is in terms of access, through a program DTPK including facilities and infrastructure. This was confirmed by JKN program that coverage should reach 95% coverage by 2019. The achievement of 2014 in Indonesia only 51.8% of the total population of 238 million. The achievement of universal coverage in BPJS Health Branch Jambi in 2014 amounted to 44.69% of the amount of 1.70963 million inhabitants. The aim of research to determine the ability to pay premiums / contributions, with the specific purpose of measuring the level of heads of household income, the level of non-food expenditure and food expenditure and expenditure on tobacco candidates BPJS.

Method: observational research (Mixed Methods) with the design of cross sectional, locations in five regencies / cities in the area Office BPJS Jambi, as respondents community / family heads who will register as a candidate member BPJS Health, the study period of 3 months, with a total sample 718 people distributed in Jambi 137 people, Kab. West Tanjab 145 people, Kab. East Tanjab 140 people, Kab. Muaro 147 and Kab Muarabulian 149 people, the sampling technique accidental sampling, variable-free (revenue and expenditure of households), while the dependent variable (ability to pay), the analysis of the test data T.

Results: The level of income, including high-income 97.20% while only 2.40% of low-income, middle-income remainder (0.40%). On the basis of the income level, nearly 95.7% had grade I package options (25,500), while 1.5% and 2.8% choose a package class II (42.500) and class III (59,500). For the amount of ATP which is calculated based on 10% of disposable income of Rp. 25,235, if calculated based on 5% of expenditure cigarettes plus non-food expenditures, the amount of ATP her Rp. 574 992, and if calculated at 5% of the total expenditure of cigarettes, earned Rp. 110.044.-

Conclusion: The average income of the family head of Rp. 3,652,973, non-food expenditure of Rp. 854 302, food expenditure of Rp. 1,129,484, expenditure on tobacco Rp. 295 681, while the amount of ATP's ability to Rp 25,235, There is a relationship between the level of income of the respondent selection in the selection of the amounts of fees BPJS

Keywords: income, expenditure ability to pay, a premium option packages

Abstrak

Pendahuluan, Pemerintah telah mencanangkan Kesehatan bagi semua, terutama dalam pembiayaan kesehatan yang tertuang dalam UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Berbagai indikator telah dipersiapkan guna menuju capaian derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik, diantaranya UHH 70,07 tahun, status gizi dan AKI 102 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 32 per 1000 kelahiran hidup. Hasil Riskesdas 2013 Indonesia menduduki peringkat 108 dari 187 negara dalam ranking HDI, sehingga perlu penguatan dari aspek penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Salah satu indikatornya adalah dari sisi akses, melalui program DTPK termasuk fasilitas sarana dan prasarananya. Hal ini diperkuat oleh Program JKN yang cakupan coverage harus mencapai 95 % tahun 2019. Capaian tahun 2014 di Indonesia baru 51,8 % dari jumlah penduduk sebesar 238 juta jiwa. Capaian universal coverage di BPJS Kesehatan Cabang Jambi tahun 2014 sebesar 44,69 % dari jumlah 1.709.630 jiwa. Tujuan penelitian untuk mengetahui kemampuan membayar premi / iuran, dengan tujuan khusus mengukur tingkat pendapatan kepala keluarga, tingkat pengeluaran non pangan dan pengeluaran pangan serta pengeluaran untuk rokok calon peserta BPJS Kesehatan

Metodologi: jenis penelitian observasional (Mixed Methods) dengan *disain cros sectional*, lokasi di 5 Kabupaten/Kota dalam wilayah Kantor BPJS Kesehatan Jambi, sebagai responden masyarakat/kepala keluarga yang akan mendaftarkan sebagai calon anggota BPJS Kesehatan, waktu penelitian 3 bulan, dengan total sampel 718 orang terdistribusi di Kota Jambi 137 orang, Kab. Tanjab Barat 145 orang, Kab. Tanjab Timur 140 orang, Kab. Muaro Jambi 147 orang dan Kab Muara Bulian 149 orang, teknik pengambilan sampel *accidental sampling*, variable bebas (pendapatan dan pengeluaran kepala keluarga), sedangkan variable terikatnya (*ability to pay*), analisis data dengan uji T.

Hasil Penelitian : Tingkat pendapatan termasuk berpendapatan tinggi 97,20% sedangkan yang berpendapatan rendah hanya 2,40%, sisanya berpendapatan sedang (0,40%). Dengan dasar tingkat pendapatan tersebut, hampir 95,7% mempunyai pilihan paket kelas I (25.500), sedangkan 1,5% dan 2,8% memilih paket kelas II (42.500) dan kelas III (59.500). Untuk besaran ATP yang dihitung berdasar 10% dari disposable income sebesar Rp. 25.235, jika dihitung berdasar 5% dari pengeluaran rokok ditambah pengeluaran non pangan, maka besaran ATP nya Rp. 574.992, dan jika dihitung berdasar 5% dari jumlah pengeluaran rokok, didapatkan Rp. 110.044.-

Kesimpulan : Rata-rata pendapatan kepala keluarga sebesar Rp. 3.652.973, pengeluaran non pangan Rp. 854.302, pengeluaran pangan Rp. 1.129.484, pengeluaran untuk rokok Rp. 295.681, sedangkan besaran kemampuan ATP sebesar Rp 25.235, Ada hubungan antara antara tingkat pendapatan terhadap pemilihan responden dalam pemilihan besaran iuran BPJS Kesehatan

Kata kunci : pendapatan, pengeluaran ability to pay, paket pilihan premi

LATAR BELAKANG

Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN), merupakan kebijakan untuk memenuhi hak setiap warga negara agar bisa hidup layak dan bermartabat menuju

tercapainya tingkat kesejahteraan yang diharapkan. Hal ini sesuai dengan pengertian jaminan sosial, yang diartikan sebagai perlindungan yang dirancang oleh pemerintah, untuk melindungi warga negara terhadap risiko kematian,

kesehatan, pengangguran, pensiun, kemiskinan, dan kondisi pekerjaan yang tidak layak.¹

Salah satu indikator derajat kesehatan hasil Rapat Kerja Kesehatan Nasional pada tahun 2014 adalah Umur Harapan Hidup 70,07 tahun, dengan ranking Human Development Indeks urutan 108 dari 187 negara. Termasuk di dalamnya biaya pengeluaran untuk pelayanan kesehatan sebesar 643.360 per bulan yang terekam dalam *ability to pay* dan *willingness to pay*.

Jaminan kesehatan merupakan salah satu model jaminan sosial, yang bertujuan untuk menjamin stabilitas ekonomi seseorang saat mengalami risiko kesehatan. Dalam SJSN, jaminan kesehatan diselenggarakan dengan prinsip asuransi sosial, yakni solidaritas sosial, efisiensi, ekuitas, komprehensif, portabilitas, nirlaba dan resposif.² Secara bermakna bahwa prinsip solidaritas sosial mengandung maksud untuk menjamin agar setiap penduduk bisa mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa ada halangan biaya, kondisi geografis, karena adanya partisipasi masyarakat, mengingat wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia yang sangat besar dan dalam rangka pemenuhan akses pelayanan kesehatan.

Kenyataan di Indonesia menunjukkan, cakupan jaminan kesehatan masih rendah, terutama pada sektor informal. Hasil survei yang dilakukan Tim DJSN terhadap tenaga kerja sektor informal, yang memperlihatkan 87% pekerja mengetahui adanya Jamsostek, hanya 4% pekerja yang menjadi peserta.⁴ Hasil ini didukung oleh

penelitian Hasbullah Thabrany memperlihatkan kondisi yang sama, yakni, lebih dari 70% pendanaan kesehatan berasal dari rumah tangga (*out of pocket*).⁵ Ini berarti, masih banyak masyarakat yang belum memiliki jaminan kesehatan dan harus membayar secara langsung untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara mandiri.

Jaminan kesehatan dalam SJSN, menuntut peran serta masyarakat dalam bentuk iuran jaminan kesehatan. Berdasarkan Peraturan Presiden RI Nomor 111 tahun 2013 tentang Penetapan besaran iuran bagi peserta BPJS kesehatan dikategorikan dalam 2 kategori yaitu Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI) yang terdiri dari fakir miskin dan orang tidak mampu dan Non Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI) yang terdiri dari PNS, anggota TNI/POLRI, pejabat negara, pegawai pemerintah non pegawai negeri, pegawai swasta, dan pekerja yang tidak termasuk tersebut tetapi menerima upah.

Sedangkan besaran iuran yang sudah ditetapkan oleh pemerintah sebesar 5% bagi yang bekerja di pemerintahan dengan komposisi 3% dibayar pemerintah dan 2% dibayar oleh peserta, sedangkan bagi yang bekerja di BUMN/BUMD sebesar 4,5% dengan komposisi 4% dibayar pemberi kerja dan 0,5 % dari peserta. Jika dituangkan dalam bentuk paket dan besaran yang harus dibayarkan terdapat 3 kelompok yaitu Rp.25.500,- dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III, Rp.42.500 dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II dan

Rp.59.500, dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I, yang harus dibayarkan oleh yang bersangkutan setiap tanggal 10 pada bank yang sudah ditunjuk oleh pemerintah.

Target yang sudah disepakati berdasarkan hasil Rapat Kerja Kesehatan Nasional sebesar 95% dari jumlah

penduduk pada tahun 2019, ternyata realisasi sampai akhir oktober 2014 sebesar 51,8%. Untuk cakupan selama 3 tahun terakhir di BPJS Kesehatan Cabang Jambi, berdasarkan 5 wilayah Kabupaten/Kota pada tahun 2014 adalah sbb :

Tabel 1 Capaian peserta yang menjadi anggota BPJS Kesehatan Cabang Jambi tahun 2014.

Kabupaten / Kota	Jumlah penduduk	Target (%)	Realisasi	Realisasi (%)
Jambi	569.331	95	357.490	62,79
Muaro Jambi	376.619	95	136.652	36,28
Tanjab Barat	293.446	95	103.638	35,31
Tanjab Timur	212.218	95	67.509	31,81
Batang Hari	258.016	95	98.875	38,32
Jumlah	1.709.630	95	764.164	44,69

Sumber : Kantor BPJS Kesehatan Cabang Jambi Tahun 2014.

Berdasarkan data dimaksud, penelitian ini untuk mengkaji kemampuan membayar (*ability to pay*) bagi calon peserta BPJS kesehatan terhadap pemilihan besaran iuran premi yang sudah ditetapkan oleh pemerintah, apakah didasarkan pada paket yang tersedia atau sesuai dengan kemampuan keluarga yang bersangkutan. Rumusan masalahnya adalah apakah yang mendasari pemilihan paket besaran iuran calon peserta BPJS Kesehatan Cabang Jambi Tahun 2015 ?, dengan tujuan penelitian secara umum adalah untuk mengetahui kemampuan membayar premi / iuran bagi calon peserta BPJS Kesehatan Cabang Jambi, sedangkan secara khusus bertujuan untuk mengukur pendapatan kepala keluarga,

mengukur pengeluaran non pangan, mengukur pengeluaran pangan dan

mengukur pengeluaran untuk rokok dari calon peserta BPJS Kesehatan

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep ATP dikembangkan dari perspektif *coping strategic*.⁸ Strategi ini mencakup berbagai upaya yang dilakukan individu atau keluarga dalam memobilisasi sumberdaya yang sifatnya tidak rutin (*non-routine resources*) untuk membayar suatu produk atau jasa yang mereka perlukan. Dalam bidang kesehatan, konsep ATP digunakan untuk mengetahui kemampuan individu membayar suatu program atau pelayanan kesehatan. Penelitian mengungkapkan *coping strategic* oleh individu, yang merefleksikan ATP antara

lain : meminjam uang, menjual hasil pertanian, menggunakan uang tabungan, menjual barang berharga, mencari bantuan donor, menunda pembayaran, bahkan mengemis. Menilai ATP masyarakat terhadap iuran jaminan kesehatan, bertujuan untuk melihat seberapa besar kemampuan masyarakat untuk membeli produk tersebut. ATP ini merupakan factor penting dalam mengembangkan system jaminan kesehatan dan menjadi pertimbangan utama dalam menetapkan besarnya iuran atau premi.

Menurut Kementerian Kesehatan, ATP adalah besarnya dana yang sebenarnya dipergunakan untuk membiayai kesehatan suatu keluarga dengan menggunakan pendekatan pendapatan keluarga dan alokasinya.¹⁰ Pendekatan lain dengan mengkonversi pengeluaran keluarga untuk tembakau, alkohol dan sirih ditambah pengeluaran untuk kesehatan, termasuk biaya pengobatan alternatif.¹¹ Pengeluaran jenis ini dapat diasumsikan sebagai ATP keluarga terhadap program atau layanan kesehatan.

Russel menyatakan, factor yang berpengaruh ketika individu atau keluarga menghadapi situasi yang tiba-tiba seperti sakit, maka kemampuan keluarga untuk mengatasi biayanya secara umum akan tergantung beberapa determinan seperti⁸, (1) Sifat alami penyakit, frekuensi, lama sakit dan besarnya biaya yang diperlukan (2) Berbagai sumberdaya yang tersedia dalam rumah tangga, bisa berupa uang tunai, aset, pendidikan, kemampuan untuk mengorganisir sumberdaya secara efektif,

investasi, dan tagihan piutang, dan (3) Respon keluarga, yakni keputusan untuk memobilisasi sumberdaya atau tidak.

Teori Steven Russel, menilai ATP dari seluruh aset dan pendapatan yang bisa didapatkan oleh keluarga, termasuk pendapatan ilegal. Semakin banyak aset dan pendapatan, semakin besar ATP. Teori ini tidak secara langsung menilai ATP untuk iuran jaminan kesehatan, tetapi memberikan gambaran, bagaimana rumah tangga mengalokasikan sumberdaya untuk kesehatan dan dampak pengambilan keputusan tersebut terhadap kesejahteraan keluarga. Informasi ini, bisa menjadi dasar bagi pemilihan formula / penilaian ATP yang tepat bagi penelitian selanjutnya yang menggunakan pendekatan survei atau data sekunder.

Penelitian di Indonesia, pendekatan untuk menghitung ATP, berbeda dengan teori Steven Russel di atas. ATP tidak dinilai dari besarnya pendapatan dan aset semata, tapi juga menghitung besarnya pengeluaran. Berdasarkan pengeluaran, ATP masyarakat secara garis besar dapat dibagi menjadi 3 kelompok¹², yaitu ATP belanja bukan makanan (*non food expenditure*) biasanya diukur secara bulanan dan tahunan., contohnya belanja untuk kesehatan, ATP belanja bukan pokok (*non essential expenditure*) seperti belanja rokok, tembakau, sirih, minuman beralkohol, kosmetik dan hiburan dan ATP belanja pokok (*essential expenditure*) meliputi belanja untuk makanan, sewa rumah dan pakaian.

Steven Russel berpendapat, pendekatan kualitatif lebih tepat untuk

mengetahui ATP keluarga terhadap pelayanan kesehatan.⁸ Pendekatan ini dapat memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang kemampuan finansial, termasuk mengeksplorasi secara detil dilema, prioritas dan keputusan-keputusan dan akibatnya bagi keluarga. Studi seperti ini bermanfaat bagi pengambil kebijakan untuk mengidentifikasi kelompok masyarakat yang tidak memiliki kemampuan membiayai pelayanan kesehatan. Studi kuantitatif, melalui survei juga bisa dilakukan untuk mengetahui ATP masyarakat terhadap iuran jaminan kesehatan, seperti Ritanenny di Sukabumi, Nirmala di Bali dan Djuhaeni dkk, di Kota Bandung.¹²⁻¹⁴ ATP dinilai dari besarnya pendapatan dan konversi belanja keluarga untuk kesehatan, rokok, tembakau, alkohol dan sirih. Di bidang lain selain kesehatan, ATP juga bisa dinilai dengan menanyakan langsung kepada responden, berapa sebenarnya kemampuannya untuk membayar suatu produk atau jasa, yang dikenal dengan *revealed ATP*.

Pendekatan yang lebih praktis untuk menilai ATP adalah, dengan menggunakan data sekunder, seperti hasil Survey Sosial dan Ekonomi Nasional/Susenas, yang dilakukan oleh BPS. Susenas menghasilkan data seperti pendapatan dan pola konsumsi keluarga. Terdapat berbagai formula yang dapat digunakan untuk menghitung ATP, beberapa di antaranya adalah, 10% dari *disposable income*, yakni pendapatan dikurangi pengeluaran untuk pangan, atau 50% dari pengeluaran rokok ditambah

pengeluaran non pangan, atau 5% dari total pengeluaran.⁹ Ritanenny menggunakan formula 5% dari pengeluaran non makanan, sedangkan Nirmala menerapkan formula 5% dari pendapatan rata-rata bulanan keluarga dibagi jumlah anggota keluarga.¹³

Jaminan Kesehatan adalah suatu program jaminan sosial dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh (komprehensif) bagi setiap peserta/rakyat Indonesia agar dapat hidup sehat, produktif, atau sejahtera. Diberikan dalam bentuk pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis (Pemerintah RI, 2004b). Jaminan sosial diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial, dimana dalam asuransi kesehatan sosial seharusnya tidak diperkenankan adanya pengecualian seseorang tidak ikut dalam program tersebut. Hal ini akan mempengaruhi *risk pooling* menjadi encer, apalagi jika banyak orang yang tidak ikut dalam program. Oleh karena kepesertaan yang bersifat wajib ini maka secara teknis perasuransian dapat memenuhi hukum bilangan banyak (*the law of large number*), meskipun tidak ada ketentuan pasti tentang berapa jumlah banyak itu. Asuransi kesehatan sosial ini membawa konsekuensi yang kaya membantu yang miskin, yang muda membantu yang tua, yang sehat membantu yang sakit dan yang beresiko rendah membantu yang beresiko tinggi (Mukti, 2004). Pada prinsipnya asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*) menerapkan keanggotaan yang bersifat wajib. Sehingga dapat

menghindari kesulitan karena asuransi yang bersifat sukarela. Pertama, mencegah segala bentuk pengecualian terhadap kelompok populasi yang paling miskin dan paling rentan. Kedua, asuransi yang bersifat wajib dengan karakteristik dasar yang dimilikinya akan menghambat *adverse selection* (Carrin, 2000) Prinsip asuransi, mengalihkan resiko perorangan menjadi resiko kelompok. Mengubah ketidakpastian menjadi pasti, semakin besar peserta program asuransi, semakin tinggi tingkat kepastian / hukum *the law of large number* (Sulastomo, 2002).

UU No 40 tahun 2004 pasal (4) menyebutkan bahwa prinsip SJSN meliputi (1) Prinsip kegotong-royongan, (2) Prinsip nirlaba, (3) Prinsip keterbukaan, (4) Prinsip kehati-hatian, (5) Prinsip akuntabilitas, (6) Prinsip portabilitas, (7) Prinsip kepesertaan bersifat wajib, (8) Prinsip dana amanat, dan (9) Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial (Pemerintah RI, 2004a).

Definisi asuransi kesehatan, berdasarkan UU RI No.2/1992 tentang asuransi, adalah sebagai berikut: Asuransi adalah perjanjian antara kedua belah pihak atau lebih dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita kepada tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau

untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.

Prinsip dan mekanisme asuransi kesehatan, antara lain: Asuransi kesehatan adalah suatu sistem pembiayaan kesehatan yang berjalan berdasarkan konsep resiko. Masyarakat bersama-sama menjadi anggota asuransi kesehatan dengan dasar bahwa keadaan sakit merupakan suatu kondisi yang mungkin terjadi dimasa mendatang sebagai suatu resiko kehidupan. Sehingga dalam hal ini orang yang jelas sakit tidak dapat membeli asuransi kesehatan komersial. Dalam sistem asuransi kesehatan, resiko sakit secara bersama-sama ditanggung oleh peserta dengan membayar premi kesuatu perusahaan. Dengan kata lain fungsi asuransi adalah (1). Mentransfer resiko dari satu individu ke suatu kelompok (2). Membagi bersama jumlah kerugian dengan proporsi yang adil oleh seluruh anggota kelompok. Usaha asuransi kesehatan harus berdasarkan pada manajemen resiko yang mempunyai proses sebagai berikut: menentukan tujuan, identifikasi resiko, evaluasi resiko, mencari penanganan resiko, melaksanakan usaha pengurangan resiko dan melakukan evaluasi. Dengan manajemen resiko ini, dapat ditarik kesimpulan bahwa bila anggota suatu sistem asuransi kesehatan sebagian besar anggotanya mempunyai resiko besar, maka premi yang harus dibayar oleh para anggota menjadi besar.

Mekanisme asuransi kesehatan, dasar mekanisme ini adalah *the law of*

the large number atau hukum bilangan besar. Sesuatu kejadian yang tidak pasti (*uncertain*) pada tingkat perorangan atau rumah tangga menjadi hampir pasti pada tingkat populasi yang besar. Mekanisme asuransi kesehatan telah berproliferasi sehingga kita dapatkan berbagai bentuk asuransi kesehatan di pasaran dunia. Bentuk modern pada awal perkembangannya, umumnya berupa transfer resiko dengan pertanggung jawaban penggantian biaya (*reimbursement*). Resiko yang dipertanggung jawabkan mulanya terbatas pada suatu resiko tertentu, seperti kecelakaan diri, perawatan rumah sakit dan tindakan bedah. Kemudian pertanggung jawaban berkembang menjadi pertanggung jawaban komprehensif. Model asuransi kesehatan tersebut kemudian menimbulkan masalah pembiayaan karena terjadi *overutilisasi* dan tingginya inflasi biaya kesehatan. Hal ini dapat dimengerti karena adanya kecenderungan pemegang polis menggunakan pelayanan berlebihan dan tidak menggunakan pelayanan kesehatan secara benar. Dokter atau Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) cenderung memberikan pelayanan berlebih, kadang juga melakukan tindakan dan pemeriksaan yang berlebih karena dibayar dengan sistem *fee for service* (Ilyas, 2003).

Bentuk asuransi kesehatan, bentuk asuransi dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu, bentuk asuransi kesehatan tradisional dengan sistem *reimbursement* dan bentuk asuransi kesehatan *managed care*

Pengertian dari BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Menurut Perpres no 111 tahun 2013 kepesertaan jaminan kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Penduduk yang belum termasuk sebagai Peserta jaminan kesehatan dapat diikutsertakan dalam program Jaminan Kesehatan pada BPJS kesehatan oleh pemerintah daerah provinsi atau pemerintah daerah kabupaten/kota.

Dalam pasal 16 F perpres Nomor 111 tahun 2013 dikatakan bahwa iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja per orang per bulan sebesar Rp 25.500 dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III, Rp 42.500 dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II, dan Rp 59.500 dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

Ketentuan keterlambatan pembayaran iuran jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) oleh Pemberi Kerja selain penyelenggara negara, dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak paling banyak untuk waktu 3 (tiga) bulan, yang dibayarkan bersamaan dengan total iuran yang tertunggak oleh Pemberi Kerja.

METODOLOGI PENELITIAN

Rancangan penelitian ini adalah penelitian observasional (Mixed Methods) dengan *design crosssectional*, dengan lokasi di 5 Kabupaten/Kota dalam wilayah Kantor BPJS Kesehatan Jambi, waktu penelitian selama 3 tiga bulan (mei sampai juli 2015), dengan populasi seluruh calon peserta BPJS Kesehatan di Kota Jambi, Kab. Tanjab Barat, Kab. Tanjab Timur, Kab. Muaro Jambi dan Kab Batang Hari berjumlah 1.709.630 orang, sedangkan jumlah sampel 718 orang, teknik pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *accidental random sampling*, dengan kriteria kepala / anggota keluarga yang belum terdaftar sebagai anggota BPJS Kesehatan / asuransi kesehatan lainnya, dan bersedia menjadi responden. Variabel penelitian terdiri variable bebas (pendapatan dan pengeluaran kepala keluarga), dan variable terikat adalah *ability to pay*, instrument penelitian menggunakan kuesioner yang sudah disusun sesuai dengan variable dalam penelitian sedangkan teknis pengolahan data terdiri *Editing, Coding, Scoring, Cleaning, sedangkan analisis data* dengan analisa univariat dan bivariat (Uji T/ hubungan).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian / Karakteristik Responden

Karakteristik reponden terdiri pekerjaan kepala keluarga, sebagian besar

didominasi dengan pekerjaan swasta 297 orang (41,4%), sedangkan pekerjaan yang paling sedikit mempunyai profesi sebagai sopir 34 orang (4,74 %), dengan pendidikan kepala keluarga sebagian besar berpendidikan SLTA/ sederajad 344 orang (47,9 %), sedangkan yang berpendidikan diploma/ sederajad hanya 28 orang (3,9 %). Jika ditinjau dari pekerjaan isteri, didominasi ibu rumah tangga 465 orang (64,8%) sedangkan yang mempunyai pekerjaan sebagai tani 18 orang (2,5%).

1. Pengeluaran Rokok, Pangan dan Non Pangan

Pengeluaran rokok dihitung berdasarkan nilai konsumsi rokok setiap bulan dengan nilai maksimum sebesar Rp. 1.710.000, sebaliknya nilai minimum sebesar Rp. 0, dengan nilai rata-rata sebesar Rp. 295.681.

Sedangkan pengeluaran untuk pangan nilai maksimumnya sebesar Rp.324.000, sebaliknya nilai minimumnya sebesar Rp. 300.000, dengan nilai rata-ratanya sebesar Rp. 1.129.484. Selanjutnya untuk pengeluaran untuk non pangan (listrik, air, pendidikan, bahan bakar minyak, rekreasi dll) nilai maksimumnya sebesar Rp. 10.900.000, sedangkan nilai minimumnya sebesar Rp. 40.000, dengan nilai rata-ratanya sebesar Rp. 854.302, seperti table berikut :

Tabel 2 Distribusi pengeluaran rokok, pangan & non pangan dalam Penelitian ATP dalam penentuan besaran luran BPJS Kesehatan di Propinsi Jambi Tahun 2015

No	Nilai	Rokok	Pangan	Non Pangan
1.	Mean	295.681	1.129.484	854.302
2.	Median	245.000	900.000	600.000
3.	Modus	160.000	900.000	200.000
4.	Minimum	0	300.000	40.000

5.	Maximum	1.710.000	324.000	10.900.000
----	---------	-----------	---------	------------

2. Pendapatan dan Pengeluaran, sebesar Rp. 3.500.000. Sedangkan nilai
 Jika ditinjau dari sisi perbandingan pengeluaran responden minimumnya
 pendapatan dan pengeluaran responden, sebesar Rp. 400.000, dengan nilai
 tergambar bahwa tingkat pendapatan maksimumnya sebesar Rp. 12.400.000,
 minimum sebesar Rp. 600.000, dengan dengan nilai rata-ratanya sebesar Rp.
 nilai rata-ratanya sebesar Rp. 3.652.973., 2.200.880, seperti table berikut ini :
 dan nilai maksimum pendapatannya

Tabel 3 Distribusi pendapatan dan pengeluaran responden dalam Penelitian Kajian ATP dalam penentuan besaran luran BPJS Kesehatan di Propinsi Jambi Tahun 2015.

No	Nilai	Pendapatan	Pengeluaran
1.	Mean	3.652.973	2.200.880
2.	Median	2.800.000	1.950.000
3.	Modus	3.000.000	890.000
4.	Minimum	600.000	400.000
5.	Maximum	3.500.000	12.400.000

3. Kategori Pengeluaran yang pengeluarannya tinggi mencapai
 Hampir sebagian besar mempunyai 40,60% (292 orang), seperti table berikut
 kategori pengeluaran yang rendah ini :
 sebanyak 422 orang (58,80%), sedangkan

Tabel 4. Kategori pengeluaran responden dalam Penelitian Kajian ATP dalam penentuan besaran luran BPJS Kesehatan di Propinsi Jambi Tahun 2015.

No	Kriteria Pengeluaran	Jumlah	Prosentase
1.	Tinggi	292	40,60
2.	Sedang	4	0,60
3.	Rendah	422	58,80
Jumlah		718	100,00

4. Kategori Pendapatan berpendapatan tinggi sebesar 698 orang
 Berbeda dengan tingkat pengeluaran (97,20%) sedangkan yang berpendapatan
 responden, ternyata tingkat pendapatan rendah hanya 2,40% (17 orang), seperti
 didominasi oleh responden yang table :

Tabel 5 Kategori pendapatan responden dalam Penelitian Kajian ATP dalam penentuan besaran luran BPJS Kesehatan di Propinsi Jambi Tahun 2015.

No	Kriteria Pendapatan	Jumlah	Prosentase
1.	Tinggi	698	97,20
2.	Sedang	3	0,40
3.	Rendah	17	2,40
Jumlah		718	100,0

5. Ability To Pay (ATP), sebagian besar yaitu 95,7% mempunyai pilihan paket kelas I (25.500) sebanyak 687 orang, sedangkan hanya 1,5% (11 orang) dan 2,8% (20 orang) yang mempunyai pilihan paket kelas II (42.500) dan kelas III (59.500), seperti table berikut ini :

Tabel 6 Kajian ATP responden dalam pemilihan paket besaran luran BPJS Kesehatan di Propinsi Jambi Tahun 2015.

No	Persyaratan	Jumlah	Prosentase
1.	Kelas I	687	95,7
2.	Kelas 2	11	1,5
3.	Kelas 3	20	2,8
Jumlah		718	100,0

6. Perhitungan Ability To Pay (ATP)
Berdasarkan data hasil penelitian dapat dirumuskan besaran ATP adalah :
- Besaran ATP dihitung berdasar 10% dari disposable income artinya jumlah pendapatan responden dikurangi pengeluaran untuk pangan, sehingga didapatkan $10\% \times (\text{Rp. } 3.652.973 - \text{Rp. } 1.129.484) = \text{Rp. } 25.235.-$
 - Besaran ATP dihitung berdasar 5% dari pengeluaran rokok ditambah pengeluaran non pangan, sehingga didapatkan $50\% \times (\text{Rp. } 295.681 + \text{Rp. } 854.302) = \text{Rp. } 574.992.-$
 - Besaran ATP dihitung berdasar 5% dari jumlah pengeluaran rokok, sehingga didapatkan $5\% \times (\text{Rp. } 2.200.880) = \text{Rp. } 110.044.-$
Jika disajikan dalam bentuk table adalah :

Tabel 7 Perhitungan ATP responden dalam pemilihan paket besaran iuran BPJS Kesehatan di Propinsi Jambi Tahun 2015.

1	10 % disposable income	Pendapatan - pengeluaran pangan
	Pendapatan	3,652,973
	pengeluaran pangan	1,129,484
		2,523,489
	ATP	25,235
2	50% pengeluaran rokok + pengeluaran non pangan	
	Rokok	295,681
	pengeluaran non pangan	854,302
		1,149,983
	ATP	574,992
3	5% total pengeluaran	
	Pengeluaran	2,200,880
	ATP	110,044

Jika kita lakukan analisis antara 2 variable maka dapat dikategorikan sbb :

1. Pendapatan terhadap pemilihan besaran iuran paket layanan BPJS Kesehatan

Tabel 8 Hubungan tingkat pendapatan responden terhadap pemilihan paket besaran iuran BPJS Kesehatan di Propinsi Jambi Tahun 2015.

No	Pendapatan	ATP						Jml	%
		Kelas 1	%	Kelas 2	%	Kelas 3	%		
1.	Tinggi	670	97,5	11	10,7	17	85,0	698	97,2
2.	Sedang	1	0,1	0	0,0	2	10,0	3	0,4
3.	Rendah	16	2,3	0	0,3	1	5,0	17	2,4
	Jumlah	687	100	11	100	20	100	718	100

$\chi^2 = P \text{ Value} : 0,000$

Secara statistic ada hubungan antara tingkat pendapatan terhadap pemilihan responden dalam pemilihan besaran iuran BPJS Kesehatan yang dinyatakan dengan tingkat pendapatan tinggi akan mempengaruhi pemilihan kelas 1 (Rp.59.500) sebesar 97,5% sedangkan

dengan tingkat pendapatan rendah sudah dapat dipastikan akan memilih kelas 3 (Rp.25.500) sebesar 5,0 %, tetapi tidak menutup kemungkinan pada pemilihan juga memilih kelas 3 karena adanya dukungan dari sumber saya yang dari luar (Keluarga dan pemerintah)

2. Pengeluaran terhadap pemilihan besaran iuran paket layanan BPJS Kesehatan

Tabel 9. Hubungan tingkat pengeluaran responden terhadap pemilihan paket besaran iuran BPJS Kesehatan di Propinsi Jambi Tahun 2015.

No	Pengeluaran	ATP						Jml	%
		Kelas 1	%	Kelas 2	%	Kelas 3	%		
1.	Tinggi	278	40,,	6	4,5	8	8,1	292	40,6
2.	Sedang	4	3,8	0	0,1	0	0,1	4	0,6
3.	Rendah	405	59,0	5	6,5	12	11,8	422	58,8
	Jumlah	687	100	11	100	20	100	718	100

$$\chi^2 = P \text{ Value } :0,902$$

Sedangkan jika ditinjau dari tingkat pengeluaran dari responden tidak ada hubungan antara tingkat pengeluaran terhadap besarnya pemilihan iuran BPJS, hal ini terjadi karena dengan tingkat pengeluaran yang berbeda sudah barang tentu akan mempunyai kepentingan yang berbeda, tergantung dari berbagai macam factor, salah satunya life style dan kebutuhan masing-masing responden.

PEMBAHASAN

Kemampuan responden dalam menentukan besaran iuran BPJS Kesehatan sangat tergantung dari berbagai factor mulai dari sumber pendapatan atau kumpulan aset baik didapat dari perluasan aset, bantuan pemerintah, barter, sokongan aset, hak property bersama dan aset lancer serta pendapatan illegal (steven russel). Disisi lain juga sangat dipengaruhi oleh adanya kemampuan belanja pengeluaran baik belanja bukan makanan (*non food expenditure*), belanja bukan pokok (*non essential expenditure*) serta belanja pokok

(*essential expenditure*). Berdasarkan hasil penelitian ini ternyata kemampuan besaran ATP nya sebesar Rp. 25.235 yang dihitung dari 10% disposable income (rata-rata jumlah pendapatan dikurangi rata-rata pengeluaran pangan). Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan kepala keluarga/responden dalam membayar untuk biaya pemeliharaan baik itu dilakukan promotif dan preventif sebesar Rp. 25.235 per bulan. Hal senada yang pernah dilakukan oleh Ritanemy di Sukabumi terdapat kemampuan ATP nya sebesar Rp. 16.000 terhadap pemilihan paket besaran iuran, demikian juga yang dilakukan oleh Nirmala di Bali bahwa kemampuan ATP berkisar Rp. 23.350 .- per bulan terhadap paket besaran iuran BPJS Kesehatan.

Perhitungan lainnya dengan menggunakan besaran 50% dari pengeluaran rokok ditambah pengeluaran non pangan didapatkan kemampuan ATP sebesar Rp. 574.992.-, tetapi pada perhitungan ini tidak kami lakukan analisa

karena rerata dari pengeluaran non pangan masih belum bias distandarisasi.

Sedangkan perhitungan metode lain yaitu dengan menghitung 5% dari jumlah total pengeluaran rokok, sehingga didapatkan ATP sebesar Rp. 110.044. Hal ini bisa terjadi karena tingkat pengeluaran rokok berdistribusi normal dengan rata-rata sebesar Rp. 295.681. Pengeluaran rokok merupakan salah satu bentuk perhitungan yang sering dipakai karena program ini salah satu upaya promotif dari seseorang, sehingga kebutuhan pengeluaran untuk merokok bisa ditekan, selanjutnya bisa dimanfaatkan untuk pembayaran iuran BPJS Kesehatan.

Jika melihat paket yang ditawarkan oleh BPJS Kesehatan ternyata ada 3 pilihan paket mulai dari paket Rp. 25.500, Rp. 42.500 dan Rp. 59.500. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa sebagian besar (95,7%) responden berkeinginan untuk membayar pilihan paket kelas I (59.500) sebanyak 687 orang, sedangkan hanya 1,5% (11 orang) dan 2,8% (20 orang) yang mempunyai pilihan paket kelas II (42.500) dan kelas III (25.500).

Hal ini menunjukan bahwa meskipun kemampuan ATP hanya sebesar Rp. 25.235 ternyata pemilihan pakatnya sebgaiian besar tetap memilih paket yang paling bagus yaitu paket Rp. 59.500. Sudah dapat dipastikan bahwa hampir semua orang mempunyai harapan atau berkeinginan untuk mendapat pelayanan kesehatan yang maksimal. Pernyataan ini merupakan peluang bagi

pelayanan kesehatan bahwa dengan pelayanan yang baik maka setiap orang akan berusaha mendapatkan pelayanan tersebut dengan tetap mempertimbangkan pendapatan dan pengeluaran yang mereka miliki.

Jika ditinjau dari segi karakteristik responden, hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerjaan kepala keluarga didominasi oleh swasta sebesar 297 orang (41.40 %) dan wiraswasta 146 orang (20,30%), sehingga pilihan terhadap paket layanan sebagian besar memilih paket 1 (Rp. 59.500), hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendapatan berkorelasi dengan pemilihan paket yang ditawarkan oleh BPJS Kesehatan.

Sedangkan bagi kepala keluarga yang mempunyai pekerjaan buruh sebesar 5,6 % dan sopir (4,7%), sudah pasti akan melakukan pemilihan paket 3 atau 2. Sesuai dengan program pemerintah bahwa sebagian besaran iuran ditanggung oleh pemerintah baik untuk pekerja formal atau informal.

Kajian dari tingkat pendidikan terakhir bagi kepala keluarga dalam penelitian ini, sebagian besar berpendidikan SLTA/ sederajad yaitu 344 orang (47,9 %) dari seluruh jumlah populasi, sedangkan sebagian kecil berpendidikan diploma/ sederajad yaitu 28 orang (3,9%). Dari hasil data tersebut, dapat dinyatakan bahwa dengan tingkat pendidikan SLTA/ sederajad, masyarakat akan mampu dan mempunyai kesadaran yang tinggi untuk mengelola pembiayaan kesehatan sesuai dengan kemampuannya sebagai peserta BPJS kesehatan.

PENUTUP

KESIMPULAN, berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan (1) Rata – rata pendapatan kepala keluarga sebesar Rp. 3.652.973, (2) Rata – rata pengeluaran non pangan dari calon peserta BPJS Kesehatan sebesar Rp. 854.302, (3) Rata-rata pengeluaran pangan dari calon peserta BPJS Kesehatan sebesar Rp. 1.129.484, (4) Rata-rata pengeluaran untuk rokok dari calon peserta BPJS Kesehatan sebesar Rp. 295.681, (5) Besaran kemampuan ATP sebesar Rp 25.235, (6) Ada hubungan antara antara tingkat pendapatan terhadap pemilihan responden dalam pemilihan besaran iuran BPJS

Kesehatan, **SARAN** Agar BPJS kesehatan memberikan peningkatan pelayanan yang lebih baik, dengan memberikan informasi tentang pelayanan yang diberikan pada paket I sampai dengan paket III sehingga peserta tidak salah dalam memilih paket pelayanan, serta masyarakat dalam memilih paket pelayanan harus memperhatikan kemampuan membayar dengan mempertimbangkan bahwa peserta mandiri harus di membayarkan semur hidup untuk menjadi peserta BPJS, dengan kemungkinan bahwa bila salah dalam memilih paket maka akan terjadi permasalahan penunggakan dalam pembayaran setiap bulannya

Daftar Pustaka

1. William C. Arthur, Smith Michael, Young C.Peter. Risk Management and Insurance. The Mc Grow Hill Company 1998.hlm.439
2. Hasbullah Thabrany, Tinjauan Akademis tentang Asuransi Kesehatan Nasional, Laporan Studi, Jakarta; Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan UI. Diakses dari : www.staff.ui.ac.id
3. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN). Sosialisasi SJSN: Persiapan Menuju *Universal Coverage* Jaminan Kesehatan [makalah seminar]. Seminar dan Diseminasi Informasi SJSN dan BPJS; 29 Februari 2012; Bandung
4. Hasbullah Thabrany, Strategi Pendanaan Jaminan Kesehatan Indonesia dalam SJSN, [makalah diskusi] Diskusi RPJMN Bappenas, 29 April 2008; Jakarta. 2008, diakses dari www.staff.ui.ac.id.
5. Russel Steven, Ability to Pay for Health Care: Concepts and Evidence. Health Policy and Planning, [online serial], 1996; [diunduh tanggal,16 Maret 2012]11(3):219-37.Tersedia dari:heapol.oxfordjournals.org
6. Lofgren Curt, Nguyen X Thanh, Nguyen TK Chuc, Emmelin Anders dan Lindhom Lars. People's willingness to Pay for Health Insurance in Rural Vietnam. Cost Effectiveness and Resource Allocation. [online serial]. 2008; [diunduh tanggal 27 Juli 2012]; 7 Februari 2008;6:1-16.Tersedia dari: www.ncbi.nlm.nih.gov
7. Henni Djuhaeni, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM): Strategi Aksesitas Pelayanan Kesehatan di Masa Depan,[makalah seminar]; Seminar JPKM Dana Sehat; Agustus 2004; Bandung. JPKM Dana Sehat A-Ilslam Bandung 2004.[diunduh tanggal 6 Juni 2012]; Tersedia dari: pustaka.unpad.ac.id
8. Ritanenny Esmi, Pola Pembiayaan Kesehatan Masyarakat yang Tidak Memiliki Jaminan Pemeliharaan Kesehatan dalam Mewujudkan Cakupan Menyeluruh Asuransi Kesehatan Di Kota

- Sukabumi [tesis], Institut Pertanian Bogor; 2009.[diunduh tanggal 15 Juli 2012]; Tersedia dari www.repository.ipb.ac.id .
9. Departemen Kesehatan, Pedoman Penetapan Tarif JPKM [*e-book*]. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2000.[diunduh tanggal 21 Maret 2012].Tersedia dari www.depkes.go.id
 10. Nirmala Trisna AA, Gde Muninjaya,A.A. Survey Pasar Jaminan Kesehatan Sosial Bali. Manajemen Pelayanan Kesehatan, 1 Maret 2007;10:29-39.