

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 – raguan 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

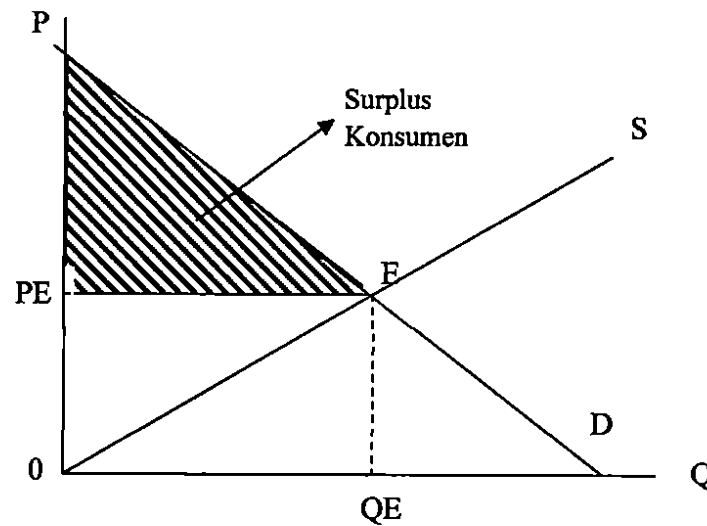
Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan untuk pengambilan kebijakan dalam pengembangan dan perbaikan kualitas pelayanan kesehatan di D. I. Yogyakarta khususnya BPJS Kesehatan.

pengguna terhadap pelayanan kesehatan, pendapatan pengguna layanan kesehatan (Ofyar Z. Tamin, dkk, 1999).

Kesediaan untuk membayar (*willingness to pay*) memiliki pengertian lain yakni kesediaan masyarakat untuk menerima beban pembayaran, sesuai dengan besarnya jumlah yang ditetapkan. WTP ini penting untuk melindungi konsumen dari penyalahgunaan kekuasaan monopoli yang dimiliki perusahaan dalam penyediaan produk berkualitas dan harga (Grace L. dan Njo N., 2014).

Jika dijelaskan secara grafis, WTP adalah area dibawah kurva permintaan. WTP juga dapat mencerminkan surplus konsumen dimana hasil hitungnya didapatkan dari selisih WTP dengan jumlah iuran yang dibayar oleh peserta (Mustofa Kamal, 2014).

Berikut akan dijelaskan melalui gambar yang menunjukkan WTP dan surplus konsumen:



**Sumber : Penelitian terdahulu
Gambar 2.1 Surplus Konsumen**

Keterangan:

$0Q_0EP$ adalah *Willingness to Pay*

$0EP$ adalah manfaat sosial bersih

P_0EP adalah surplus konsumen

$0EP_0$ adalah surplus konsumen

2. *Contingent Valuation Method (CVM)*

a. Konsep *Contingent Valuation Method (CVM)*

Contingent valuation method (CVM) merupakan metode teknik survei untuk menanyakan penduduk tentang nilai atau harga yang mereka berikan terhadap komoditi yang tersedia di lingkungan. CVM merupakan salah satu valuasi ekonomi lingkungan. Valuasi ekonomi lingkungan bertujuan untuk memberikan nilai ekonomi pada sumber daya alam dan

lingkungan. Nilai ekonomi ini dapat didefinisikan sebagai pengukuran jumlah maksimum seseorang ingin mengorbankan barang dan jasa untuk memperoleh barang dan jasa lainnya. CVM pada hakikatnya bertujuan untuk mengetahui *Willingness to pay* (WTP) dan *willingness to accept* (WTA). Pendekatan CVM secara teknis dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu pertama dengan teknik eksperimental melalui simulasi atau permainan, dan kedua dengan teknik survei (Rosita Manurung, 2008).

Metode ini memungkinkan semua komoditas yang tidak diperdagangkan di pasar dapat di-estimasi nilai ekonominya. Dengan demikian nilai ekonomi suatu benda publik dapat diukur melalui konsep WTP.

b. Tahap – Tahap *Contingent Valuation Method (CVM)*

Irma Suryahani, Nurul A. dan Sudjarwanto menyatakan dalam operasionalnya untuk menentukan nilai *willingness to pay* (WTP) melalui pendekatan *contingent valuation method (CVM)* dilakukan lima tahapan kegiatan atau proses, yaitu:

1) Pembangunan Hipotesis Pasar

Pasar hipotesis dimaksudkan untuk memberikan gambaran kepada responden tentang permasalahan yang sedang dihadapi. Peneliti mendeskripsikan keadaan seolah-olah permasalahan yang

sebenarnya tampak didepan mata. Responden diharapkan mampu mencermati dengan baik sehingga dapat memberikan nilai WTP yang maksimal. Dalam hal ini peneliti dapat membuat suatu kuisisioner yang berisi informasi lengkap mengenai kondisi pelayanan kesehatan, bagaimana kenaikan harga iuran BPJS mempengaruhi keadaan ekonomi suatu keluarga. Kuisisioner dapat terlebih dahulu diuji pada kelompok kecil guna mengetahui reaksi atas proyek yang akan dilakukan sebelum proyek dilaksanakan secara menyeluruh (Mustofa Kamal, 2013).

2) Mendapatkan Nilai Lelang/Penawaran (*Bids*) WTP

Untuk memperoleh nilai lelang/penawaran dilakukan dengan menggunakan kuisisioner yang telah disiapkan. Tujuannya adalah untuk memperoleh nilai maksimum keinginan membayar (WTP) dari responden terhadap pembayaran iuran BPJS. Nilai lelang/penawaran ini dilakukan dengan teknik membuat pertanyaan berstruktur sehingga akan memperoleh nilai WTP yang maksimum. Petty P. dkk menyatakan dalam kuisisionernya, setiap individu ditanya melalui nilai uang yang bersedia dibayarkan (nilai WTP). Untuk mendapatkan nilai tersebut dapat dicapai melalui cara-cara sebagai berikut :

- (a) *Bidding Game*, yaitu Resonden diberikan pertanyaan secara berulang mengenai jumlah pembayaran tertentu. Nilai

tawaran mulai dari nilai terkecil hingga mencapai nilai WTP maksimum yang bersedia dibayarkan.

- (b) *Closed-ended Referendum*, dimana sebuah nilai tunggal diberikan kepada responden, baik untuk responden yang setuju ataupun yang tidak setuju dengan nilai tersebut (jawabannya ya atau tidak).
- (c) *Payment Card*, dimana suatu kisaran nilai disajikan pada sebuah kartu yang mungkin mengindikasikan tipe pengeluaran responden terhadap jasa publik yang diberikan.
- (d) *Open-ended Question*, setiap responden ditanya maksimum WTP yang bersedia dibayarkan dengan tidak adanya nilai tawaran yang diberikan. Responden diberikan kebebasan menyatakan nilai yang ingin dibayarkan.

3) Menghitung Nilai Rata-Rata WTP

Nilai ini didasarkan nilai lelang/penawaran yang diperoleh pada tahap dua. Perhitungan ini didasarkan pada nilai *mean* (rata-rata) dan nilai *median* (nilai tengah). Rata-rata ini dapat dihitung dengan menggunakan persamaan berikut :

$$EWTP = \frac{\sum_{i=1}^n W_i}{n}$$

Keterangan :

EWTP = Dugaan rata-rata nilai WTP

W_i = Nilai WTP ke-i

n = Jumlah responden

i = Responden ke- i yang bersedia membayar (1,2,...,n)

4) Memperkirakan Kurva Lelang (*Bids*)

Kurva lelang diperoleh dengan meregresikan WTP sebagai variabel dependent/terikat dengan tingkat penghasilan, usia, jumlah anggota keluarga, usia, pendidikan terakhir yang ditempuh, asumsi masyarakat tentang pentingnya sistem syariah sebagai variabel tidak terikat/independennya.

$$WTP = f(\text{Income, Age, JAK, edu, SYAR})$$

Dimana,

WTP : Nilai WTP yang ingin dibayarkan (Rp)

Income : Pendapatan per bulan (Rp)

Age : Usia (tahun)

JAK : Jumlah anggota keluarga (orang)

Edu : Pendidikan terakhir yang ditempuh (tahun)

SYAR : Pentingnya proses syariah diperlukan (*Dummy*)

5) Mengagregatkan Data

Tahap terakhir dalam teknik CVM adalah mengagregatkan nilai rata-rata lelang/penawaran yang diperoleh pada tahap ketiga. Proses ini melibatkan konversi dari data rata-rata sampel ke rata-rata populasi secara keseluruhan. Salah satu cara mengkonversi ini

adalah dengan mengalihkan rata-rata sampel dengan jumlah rumah tangga dalam populasi.

$$TWTP = EWTP \cdot Ni$$

Dimana,

TWTP : Total WTP

EWTP : Rata-rata WTP

Ni : Jumlah populasi

c. Kelemahan *Contingent Valuation Method* (CVM)

Kelemahan dalam metode CVM yang paling utama adalah adanya bias. CVM mengalami bias ketika nilai WTP yang dihasilkan lebih rendah atau lebih tinggi dari nilai sebenarnya. Sebab – sebab terjadinya bias yaitu karena bias strategi, bias rancangan, bias *mental account*, dan kesalahan hipotesis pasar (Petty P. dkk).

d. Kelebihan *Contingent Valuation Method* (CVM)

Petty P. dkk, mengungkapkan bahwan kelebihan teknik CVM adalah kemampuannya dapat menghitung nilai bukan manfaat (*non-use value*) yang memungkinkan untuk pengukuran utilitas dari penggunaan barang lingkungan bahkan ketika tidak

digunakan secara langsung. Hasil penelitian menggunakan metode ini juga lebih mudah dijabarkan dan dianalisis.

3. Jaminan Kesehatan

a. Pengertian Jaminan Kesehatan

Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan program Negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat (Fahny Agnifa, 2015). Jaminan Sosial adalah satu bentuk perlindungan sosial yang dirancang oleh pemerintah untuk melindungi warga Negara terhadap resiko kematian, kesehatan, pengangguran, pensiun, kemiskinan, dan kondisi pekerjaan yang tidak layak (Dewi Susanti, 2014).

Jaminan Kesehatan adalah suatu sistem untuk memberikan perlindungan dan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat dengan prinsip kendali mutu dan biaya (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 316/Menk.es/SK/V/2009). Jaminan Kesehatan Nasional dimaksudkan untuk memenuhi hak setiap orang atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur.

Tingkat pendapatan di bawah garis kemiskinan dan rendahnya kesempatan memperoleh berbagai fasilitas kesejahteraan sosial akan mempersulit terpenuhinya berbagai keperluan pangan bergizi atau kemampuan untuk menangkis penyakit (Chriswardani Suryawati, 2005). Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan (Buku Saku FAQ, Kementerian Kesehatan RI 2013).

b. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan yang beroperasi mulai pada tanggal 1 Januari 2014. Sedangkan jaminan kesehatan itu sendiri berupa jaminan perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Semua penduduk Indonesia diwajibkan untuk menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran.

c. Kepesertaan BPJS

Peserta BPJS ini dikelompokkan menjadi dua, yaitu penerima bantuan iuran (PBI) dan bukan penerima bantuan iuran (*non PBI*).

Penerima bantuan iuran (PBI) adalah peserta jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya ditanggung oleh pemerintah sebagai peserta program jaminan kesehatan. Peserta PBI adalah golongan fakir miskin yang ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui peraturan pemerintah. Peserta yang berhak masuk dalam

kategori PBI adalah yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu. Cacat total tetap tersebut merupakan kecacatan fisik dan/atau mental yang mengakibatkan ketidakmampuan seseorang melakukan pekerjaan, penetapan ini dilakukan sebelumnya oleh dokter yang berwenang.

Peserta bukan penerima bantuan iurang (non PBI) terdiri atas pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, serta bukan pekerja dan anggota keluarganya. Yang dimaksud dengan pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain. Pekerja penerima upah diartikan sebagai orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah, yang terdiri atas:

- Pegawai Negeri Sipil
- Anggota TNI
- Anggota POLRI
- Pejabat negara
- Pegawai pemerintah non pegawai negeri
- Pegawai swasta
- Dan pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja penerima upah

Selanjutnya pekerja bukan penerima upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri yang terdiri atas pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri, dan pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja bukan penerima upah. Sedangkan yang dimaksud dengan bukan pekerja adalah setiap orang yang tidak bekerja tetapi mampu membayar iuran jaminan kesehatan yang terdiri atas :

- Investor
- Pemberi kerja
- Penerima pension
- Veteran
- Perintis kemerdekaan
- Bukan pekerja lain yang memenuhi kriteria bukan pekerja penerima upah.

Dalam kepesertaan BPJS ini, anggota keluarga yang wajib terdaftar dan ditanggung iurannya terdiri atas satu orang istri atau suami yang sah dari peserta, anak kandung / anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari peserta dengan kriteria:

- Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri

- Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

Jumlah peserta dan anggota keluarga yang ditanggung oleh jaminan kesehatan ini paling banyak adalah 5 (lima) orang, sedangkan apabila jumlah anggota keluarga lebih dari lima orang termasuk peserta, maka peserta dapat mengikutsertakan anggota lainnya dengan membayar iuran tambahan (Buku Saku FAQ BPJS, 2013).

B. Penelitian Terdahulu

Rosita Manurung (2008), penelitiannya menggunakan CVM (*contingent valuation method*) yang merupakan metode teknik survey untuk mencari tahu nilai atau harga ekonomi maksimum yang dikeluarkan untuk mendapatkan barang dan jasa. CVM bertujuan untuk mengetahui *willingness to pay* (WTP) yaitu keinginan untuk membayar dengan tujuan memperoleh peningkatan kualitas lingkungan, dan *willingness to accept* (WTA) yaitu kesediaan untuk menerima kompensasi atas dampak negative yang dihasilkan oleh lingkungan. Dalam penelitian ini menjelaskan bahwa variabel yang mempengaruhi WTP adalah variabel jenis kelamin, keterlibatan organisasi, prestasi akademis, jumlah anggota keluarga, dan pendapatan keluarga.

Sementara dalam penelitiannya Bhisma Murti (2005), menggunakan *willingness to pay* dan *willingness to buy* sebagai variabel dependent, serta rata-rata pendapatan setiap bulan, tingkat pendidikan, usia, jenis kelamin, dan tawaran harga sebagai variabel independent. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan informasi kepada pembuat kebijakan mengenai permintaan harga untuk asuransi kesehatan. Penelitian ini juga berguna untuk mengestimasi tingkat subsidi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan antara anggota yang dapat membayar premi secara maksimal agar dapat membantu anggota asuransi kesehatan dengan premi yang lebih rendah dan murah.

Penelitian Asri Maharani dan Viera Wardhani (2011), menunjukkan hasil tingkat kemauan responden dalam semua jenis pemeriksaan laboratorium yang rendah. Dari 76 persen responden yang tidak memiliki asuransi kesehatan, sekitar 50 persen responden bersedia membayar pemeriksaan laboratorium. Jumlah 15 dari 24 (lebih dari 50 persen) responden yang memiliki asuransi kesehatan bersedia membayar pelayanan laboratorium. Kemauan responden untuk membayar produk pemeriksaan laboratorium tidak secara signifikan dipengaruhi oleh status kepemilikan asuransi kesehatan. Alasannya adalah karena masyarakat Banyuwangi belum mengenal dengan baik dan masih sedikit yang memiliki asuransi kesehatan, sehingga sebagian besar pembayaran dari *out of pocket*. Penelitian kemauan membayar menggunakan pendekatan *contingent valuation method* yang merupakan metode untuk mengukur

kemauan membayar sebenarnya dan bertujuan untuk mengukur keuntungan dari pelayanan publik yang tidak diperjual belikan melalui pasar di ekonomi bebas. Variabel yang digunakan pada penelitian ini adalah jenis kelamin, usia, pendidikan, jumlah anggota keluarga, pendapatan, dan sosio-ekonomi.

Adapun Putu Linda Astrini Wati dan dr.Ketut Suarjana, MPH (2013), penelitiannya menggambarkan kemampuan membayar (*ability to pay*) dan kemauan membayar (*willingness to pay*) pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kapal Bandung. Data mengenai WTP menggunakan pendekatan *contingent valuation method* (CVM) dengan metode permainan penawaran (*bidding game method*) yaitu dengan memberikan pilihan daftar harga yang sanggup dibayar oleh responden. WTA pasien dihitung per kelas rawat inap, sedangkan WTP dianalisa dengan menghitung rata-rata tariff yang diinginkan pasien per kelas rawat inap.

Dalam penelitian Petty Primatury A. P. dan Nia Budi P, *Choosing Health plans All Together* (CHAT) yang digunakan untuk membantu responden memutuskan jenis manfaat seperti rawat inap, konsultasi, tes medis, dan obat-obatan yang ingin dimasukkan sebagai paket manfaat asuransi kesehatan serta tingkat pelayanan apa yang mereka prioritaskan untuk memperoleh manfaat tersebut. *Willingness to pay* (WTP) dihitung berdasarkan kemampuan setiap individu atau masyarakat secara agregat untuk membayar atau mengeluarkan uang dalam rangka memperbaiki

kondisi lingkungan agar sesuai dengan kondisi yang diinginkan. WTP merupakan nilai kegunaan potensial dari sumberdaya alam dan jasa lingkungan. *Contingent valuation method* (CVM) adalah cara perhitungan secara langsung untuk menanyakan kesediaan membayar (WTP). Untuk mendapatkan nilai-nilai yang dibutuhkan dalam WTP, dapat dilakukan dengan cara *bidding game*, *close-ended referendum*, *open ended question*, dan *payment card*.

Pada tahun 2008 Curt Lofgren dkk melakukan penelitian mengenai *willingness to pay* (WTP) untuk asuransi kesehatan di daerah pedesaan Vietnam. Variabel yang digunakan dalam penelitiannya meliputi usia, jenis pekerjaan, tingkat pendidikan, dan jumlah anggota dalam satu keluarga. Dalam penelitiannya, Curt Lofgren dkk menggunakan *open-ended* pertanyaan WTP dimana responden melalui wawancara langsung diberikan pertanyaan terbuka mengenai WTP maksimal yang akan diberikan untuk membayar asuransi kesehatan.

Zulkahfi (2014) melakukan penelitian yang berisi mengenai Asuransi Syariah yang berhubungan dengan pengelolaan dana Jaminan Sosial BPJS. Dalam penelitiannya menyebutkan bahwa sistem BPJS saat ini masih menggunakan sistem asuransi konvensional bukan asuransi syariah dalam pengelolaan dananya sehingga prakteknya masih mengandung unsur *maisir* dan *gharar*.

C. Hipotesis

1. Variabel tingkat penghasilan diduga berpengaruh terhadap *willingness to pay* peserta BPJS Kesehatan kelas III untuk perbaikan kualitas pelayanan kesehatan.
2. Variabel usia diduga berpengaruh terhadap *willingness to pay* peserta BPJS Kesehatan kelas III untuk perbaikan kualitas pelayanan kesehatan.
3. Variabel jumlah anggota keluarga diduga berpengaruh terhadap *willingness to pay* peserta BPJS Kesehatan kelas III untuk perbaikan kualitas pelayanan kesehatan.
4. Variabel tingkat pendidikan terakhir diduga berpengaruh terhadap *willingness to pay* peserta BPJS Kesehatan kelas III untuk perbaikan kualitas pelayanan kesehatan.
5. Variabel syariah diduga berpengaruh terhadap *willingness to pay* peserta BPJS Kesehatan kelas III untuk perbaikan kualitas pelayanan kesehatan.