

POTENSI PARTISIPASI MASYARAKAT MENUJU PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN DALAM RANGKA *UNIVERSAL COVERAGE* DI KOTA BANDUNG

POTENTIAL OF COMMUNITY PARTICIPATION FOR HEALTH INSURANCE IMPLEMENTATION TO ACHIEVE UNIVERSAL COVERAGE IN BANDUNG MUNICIPALITY

Henni Djuhaeni, Sharon Gondodiputro, Elsa Pudji Setiawati

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran
Universitas Padjadjaran, Bandung

ABSTRACT

Background: Community is one of the components that must be prepared to participate on funding the health insurance according to their ability. The main problem in Indonesia is that there are many informal workers who have unsteady income and are not the target of *Jamkesmas*, but they have the ability funding for their health insurance

Method: The study aim was to asses the ability and willingness of informal workers funding for health insurance in Bandung City. A survey with multy stage random sampling was conducted using questionnaire for 700 respondents. Descriptive analysis technique was performed.

Result: The results were average nonfood expenditure was 1.62 times greater than average food expenditure, average "nonprimary" expenditure such as personal expenditure, "arisan", recreation and saving, was 2.13 times greater than average health expenditure. 94.4% of respondents did not have any health saving, 87.1% of respondents would like to participate funding their health insurance.

Conclusions: In Bandung City, the informal workers have the ability and willingness to participate on funding their health insurance, so that the policy of "free health care" should be reconsidered. On the other hand, there are some actions still need to be developed, those are socialization; the collecting method; motivating this group to save money for health as they have an unsteady income.

Keywords: community participation, health insurance, "free" health care

ABSTRAK

Latar belakang: Masyarakat merupakan salah satu komponen yang harus dipersiapkan untuk ikut serta dalam pembiayaan jaminan kesehatan sesuai kemampuannya. Fokus utama sasaran adalah masyarakat pekerja informal, karena mereka tidak mempunyai penghasilan tetap serta bukan merupakan sasaran program pemerintah dalam jamkesmas baik di tingkat nasional, provinsi maupun kabupaten/kota, namun demikian, kelompok ini mempunyai kemampuan untuk menyisihkan sejumlah uang bagi jaminan kesehatan, walaupun terbatas.

Metode: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kemampuan serta kemauan masyarakat pekerja informal Kota Bandung untuk menyisihkan dana bagi jaminan kesehatan melalui asuransi. Metode penelitian adalah survey menggunakan kuesioner terhadap 700 responden di Kota Bandung melalui *multi stage random sampling*, selanjutnya dilakukan analisis deskriptif.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa, rata-rata pengeluaran pokok nonmakanan 1.62 kali lebih besar dari rata-rata pengeluaran pokok makanan, selain itu rata-rata pengeluaran nonpokok seperti konsumsi pribadi, arisan, rekreasi dan menabung (Rp244,886.29), 2.13 kali lebih besar dibandingkan dengan rata-rata pengeluaran kesehatan perbulan (Rp114,935.36 per bulan). Sebagian besar (94.4%) responden belum memiliki tabungan kesehatan. Selanjutnya, 87.1% responden menyatakan mau ikut asuransi kesehatan dengan pelayanan kesehatan lengkap sampai ke tingkat rumah sakit. Sebagian besar (93.3%) responden menginginkan besaran premi asuransi kesehatan sebesar maksimal Rp 25,000/bulan/orang.

Kesimpulan: Terdapat potensi partisipasi masyarakat informal dalam menyisihkan dana untuk jaminan kesehatan, sehingga kebijakan pelayanan kesehatan "gratis" bagi kelompok ini perlu dikaji ulang. Selanjutnya perlu dipersiapkan berbagai upaya pendukung seperti sosialisasi, cara pengumpulan dana dan menumbuhkan perilaku menabung untuk kesehatan mengingat kelompok ini tidak berpenghasilan tetap.

Kata kunci: partisipasi masyarakat, jaminan kesehatan, kebijakan "gratis"

PENGANTAR

Pembangunan Kesehatan adalah bagian Pembangunan Nasional yang pada dasarnya bertujuan menciptakan kesejahteraan masyarakat dengan menempatkan manusia sebagai titik sentral karena merupakan *output* penting dalam proses perencanaan pembangunan. Peraturan Pemerintah No. 38/2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah Pusat, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota menyebutkan bahwa di bidang kesehatan, provinsi, kabupaten dan kota mempunyai kewenangan untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai kondisi lokal.¹

Undang-Undang (UU) No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

menyatakan bahwa jaminan kesehatan menggunakan prinsip asuransi sosial yaitu kepesertaan yang bersifat wajib, besaran premi berdasarkan persentase pendapatan dan semua anggota mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama.^{2,3} Melalui pelaksanaan SJSN ini, seluruh masyarakat akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang akan berdampak pada peningkatan derajat kesehatan.

Undang-Undang (UU) No. 36/2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya dalam bidang kesehatan serta mempunyai kewajiban untuk ikut mewujudkan, mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, serta turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.⁴ Dengan demikian, masyarakat sebagai sasaran program merupakan salah satu komponen yang harus dipersiapkan untuk ikut serta dalam pembiayaan jaminan kesehatan sesuai kemampuannya.

Saat ini hampir di seluruh pelosok daerah, pembiayaan kesehatan dan kepesertaan jaminan pemeliharaan kesehatan menjadi masalah yang sangat penting karena cukup memberatkan khususnya bagi golongan ekonomi menengah ke bawah. Masyarakat miskin telah mendapatkan bantuan baik dari pemerintah pusat (Jamkesmas) maupun pemerintah daerah (Gakinda), sedangkan masyarakat yang kaya, mampu untuk membiayai kesehatannya. Dipihak lain masyarakat pekerja informal yang tidak mempunyai penghasilan tetap serta bukan merupakan sasaran program pemerintah dalam Jamkesmas baik di tingkat nasional, provinsi maupun kabupaten/kota, merupakan sasaran yang perlu diprioritaskan karena kelompok ini cukup banyak jumlahnya dan merupakan potensi pendanaan kesehatan yang berkaitan dengan pelaksanaan asuransi kesehatan yang berbasis sumberdaya masyarakat. Kelompok tersebut mempunyai kemampuan untuk menyisihkan sejumlah uang bagi jaminan kesehatan, namun terbatas.

Kota Bandung merupakan salah satu kota yang ada di Jawa Barat dengan jumlah penduduk sebanyak 2.232.624 jiwa dengan sumber dana kesehatan berasal dari berbagai sumber yaitu subsidi gakin, askes, retribusi kesehatan, APBD Kota, Provinsi dan APBN. Dari seluruh total pendanaan, pendanaan kesehatan di Kota Bandung pada tahun 2003-2004 hanya berkisar antara 7% dan 7,31%.⁵ Keadaan ini masih jauh dari standar yang telah ditetapkan oleh WHO yaitu 15%.

Melihat kenyataan tersebut, di satu pihak anggaran pemerintah terbatas, dipihak lain merupakan kewajiban masyarakat untuk turut meningkatkan kesehatannya, maka partisipasi masyarakat Kota Bandung menjadi sebuah potensi untuk pencapaian *universal coverage*. Walaupun sebagian penduduk Kota Bandung sudah ada yang melakukan pendanaan kesehatannya melalui pihak ketiga, namun masih relatif kecil yaitu 23,3%. Dengan demikian, potensi penggalan dana untuk kesehatan masih cukup tinggi yaitu sekitar 76,66%. Seberapa besar kemampuan dan kemauan masyarakat pekerja informal tersebut untuk turut serta dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan di Kota Bandung belum diketahui, sehingga perlu dilakukan penelitian dalam rangka menunjang *universal coverage*.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini, adalah penelitian survei dengan menggunakan kuesioner. Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat pekerja informal di Kota Bandung yang merasa berpenghasilan antara Rp.650.000,00 sampai dengan Rp1.500.000,00 (di atas Upah Minimum Regional Kota Bandung yang berlaku sampai bulan November 2006)⁶ dan belum menjadi peserta asuransi kesehatan. Dari populasi yang memenuhi kriteria tersebut ditetapkan 700 responden yang didapat melalui *multistage random sampling* sampai dengan tingkat Rukun Warga (RW).

Variabel penelitian yaitu variabel ekonomi sebagai gambaran *ability to pay*, terdiri dari kepemilikan rumah, kepemilikan kendaraan, penghasilan responden dan pengeluaran untuk kebutuhan pokok makanan dan nonmakanan, bukan kebutuhan pokok dan kesehatan termasuk tabungan untuk kesehatan.⁷ Variabel kemauan sebagai gambaran *willingness to pay* yang dinilai dari sejumlah uang atau biaya maksimum seseorang mau membayar premi/iuran asuransi kesehatan, pelayanan kesehatan yang diharapkan, pengumpul iuran dan kepercayaan terhadap pengumpul iuran yang dipilih.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian menunjukkan hasil pengukuran variabel ekonomi sebagai gambaran *ability to pay*, seperti uraian berikut ini:

1. Kepemilikan rumah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, sebagian besar (51,9%) responden telah memiliki rumah sendiri. Menurut Maslow⁸, rumah merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Dengan

terpenuhinya kebutuhan dasar tersebut, maka diasumsikan bahwa seseorang dapat mengalihkan pengeluarannya untuk kebutuhan yang lain termasuk membayar iuran/premi asuransi kesehatan. Walaupun hasilnya tidak terlalu jauh berbeda dengan responden yang belum memiliki rumah sendiri yaitu 48,1%, namun implikasinya cukup besar karena meningkatnya biaya-biaya yang harus dikeluarkan untuk rumah seperti biaya sewa/kontrak.

2. Kepemilikan kendaraan

Seperti kepemilikan rumah, kepemilikan kendaraan khususnya di kota-kota besar menunjukkan tingkat sosial seseorang.⁹ Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar (54,6%) responden tidak memiliki kendaraan milik sendiri. Hal ini memberikan dampak meningkatnya biaya pengeluaran untuk transportasi dalam akses terhadap pelayanan kesehatan bagi responden jika dibandingkan dengan responden yang memiliki kendaraan sendiri (45,4%). Walaupun kendaraan bukan merupakan kebutuhan dasar manusia, tetapi keadaan ini harus menjadi bahan pertimbangan penentu kebijakan dalam menentukan lokasi fasilitas pelayanan kesehatan yang akan dikontrak oleh badan asuransi serta perhitungan biaya transportasi.

3. Penghasilan dan pengeluaran responden

Hasil penelitian menunjukkan besaran penghasilan dan pengeluaran seperti pada Tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 700 responden, rata-rata berpenghasilan sebesar Rp1.018.435,71, sedangkan rata-rata pengeluaran sebesar Rp1.799.184,59. Dengan demikian didapatkan selisih antara penghasilan dan pengeluaran rata-rata negatif yaitu sebesar minus Rp780.748,88. Ini mengindikasikan bahwa khususnya di Kota Bandung, besaran penghasilan tidak dapat digunakan sebagai tolok ukur alokasi kebutuhan pokok dan non pokok, karena besaran penghasilan lebih kecil dari pengeluaran. Kemungkinan besar masih ada pengeluaran keluarga tersebut yang dibantu oleh orang lain. Hal ini sesuai

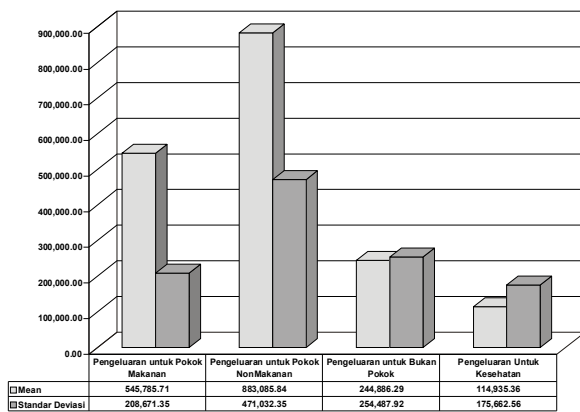
dengan yang dilakukan oleh Biro Pusat Statistik selama ini di dalam pengukuran penghasilan.¹⁰

Seperti diketahui bahwa dalam menghitung *ability to pay* untuk premi/iuran asuransi kesehatan, kita akan melihat adanya sisa dana dari penghasilan setelah dikurangi oleh pengeluaran. Namun demikian, pada kenyataannya sisa dana tersebut tidak ada bahkan negatif. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa rata-rata pengeluaran pokok untuk makanan sebesar Rp545.785,71 per bulan, rata-rata pengeluaran pokok untuk nonmakanan responden sebesar Rp883.085,84 per bulan, rata-rata pengeluaran bukan pokok responden sebesar Rp244.886,29 per bulan dan rata-rata pengeluaran untuk kesehatan responden sebesar Rp114.935,36 per bulan. Akibatnya dari seluruh pengeluaran total rata-rata responden sebagian besar (79,74%) digunakan untuk kebutuhan pokok yang terdiri dari 49,4% kebutuhan pokok nonmakanan dan kebutuhan pokok makanan sebesar 30,34%.

Selanjutnya rata-rata pengeluaran untuk kebutuhan bukan pokok dan kesehatan masing-masing sebesar 13,7% dan 6,4% (total 21,1%). Konsekuensinya, peluang untuk kemampuan membayar (*ability to pay*) iuran/premi asuransi hanya dimungkinkan dari 21,1% yang jika dirupiahkan adalah rata-rata sebesar Rp 244.886,29 ditambah Rp114.935,36 (total sebesar Rp.359.821,70) per bulan per keluarga. Terlebih lagi apabila perhitungan dihitung per kapita, contohnya untuk keluarga dengan jumlah tanggungan > 4 orang, maka pengeluaran rata-rata untuk kebutuhan tersebut hanya kurang dari 3% artinya *ability to pay* untuk iuran asuransi/premi asuransi kesehatan sangat rendah yaitu kurang dari 3%. Selain itu, tampak pula bahwa pengeluaran rata-rata pokok nonmakanan lebih besar 1.62 kali dari pengeluaran rata-rata untuk pokok makanan, sedangkan pengeluaran rata-rata kebutuhan nonpokok per bulan 2.13 kali lebih besar dibandingkan dengan pengeluaran rata-rata kesehatan per bulan, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Gambar 1.

Tabel 1. Besaran rupiah penghasilan, pengeluaran dan selisih penghasilan dengan pengeluaran responden (nilai rata-rata, nilai standar deviasi, nilai median, nilai minimum dan nilai maximum)

n = 700	Penghasilan (Rp)	Pengeluaran (Rp)	Selisih penghasilan dengan pengeluaran (Rp)
Mean	1.018.435,71	1.799.184,59	-780.748,88
Std. Deviation	273.830,75	774.898,93	-501.068,18
Median	1.000.000,00	1.634.415,71	-634.415,71
Minimum	650.000,00	428.932,33	221.067,67
Maximum	1.500.000,00	5.816.276,43	-4.316.276,43



Gambar 1. Besaran rupiah untuk pengeluaran pokok makanan, pokok nonmakanan, bukan pokok dan kesehatan responden (nilai rata-rata dan nilai standar deviasi)

Kecilnya pengeluaran untuk kesehatan disebabkan beberapa hal antara lain responden tidak mengalami keadaan sakit, adanya keterbatasan dana untuk berobat, responden pernah mengalami sakit, tetapi mengobati sendiri atau mencari alternatif pengobatan lainnya, bukan dari tenaga kesehatan atau responden yang lebih mementingkan konsumsi pribadi, arisan dan rekreasi dibandingkan kepentingan kesehatannya.

4. Kepemilikan tabungan kesehatan

Untuk melihat kesiapan responden dalam menghadapi masalah kesehatan, ditanyakan apakah responden memiliki tabungan untuk mendanai keadaan bila mereka sakit. Ternyata hampir seluruh (94,4%) responden mengatakan tidak memiliki tabungan untuk kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa secara umum masyarakat Kota Bandung belum mempersiapkan sejumlah dana untuk digunakan bila menghadapi masalah kesehatan. Ini mengandung arti bahwa mereka tidak terlindungi secara finansial bila timbul masalah kesehatan. Dampaknya adalah bila mereka sakit, pada saat tersebut tidak mempunyai dana tunai, yang bersangkutan tidak memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan.

Willingness to pay didefinisikan sebagai seberapa besar seseorang atau kelompok orang bersedia untuk membayar barang atau pelayanan tertentu. Ada beberapa pertimbangan yang mempengaruhi keputusan *willingness to pay* antara lain *ability to pay*, pelayanan kesehatan yang akan dijamin oleh asuransi kesehatan, kepercayaan terhadap pengumpul iuran/premi dan besaran iuran/premi asuransi kesehatan seperti uraian sebagai berikut.

1. Pelayanan kesehatan yang diharapkan dijamin oleh asuransi kesehatan

Dari hasil penelitian tampak bahwa, sebagian besar (87,1%) responden mengharapkan bahwa bila mereka ikut asuransi kesehatan, pelayanan kesehatan yang didapatkan adalah lengkap yaitu terdiri dari pelayanan di fasilitas kesehatan primer dan sekunder (semua jenis pelayanan rawat jalan, rawat inap, laboratorium, dan operasi). Oleh karena itu, pemerintah Kota Bandung perlu memperhatikan dan mengupayakan agar kelompok masyarakat pekerja informal ini dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal sampai di tingkat rumah sakit dengan pelayanan yang lengkap apabila dibutuhkan.

2. Pengumpul iuran/premi asuransi kesehatan

Pengumpul dana (*fund collector*) dapat berupa: pemerintah baik pusat, provinsi, kabupaten/kota untuk mekanisme pajak langsung dan tidak langsung serta asuransi kesehatan sosial. Selain itu, Badan Penyelenggara Publik Independen atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (*Social Security Agency*) untuk mekanisme asuransi kesehatan sosial dan asuransi kesehatan komersial (*voluntary insurance premiums*) serta dalam bentuk tabungan kesehatan (*medical savings accounts*).

Seharusnya sesuai dengan ketentuan pemerintah bahwa setiap pengambilan dana dari masyarakat harus dilakukan oleh suatu badan yang disahkan oleh UU. Di pihak lain tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pemerintah kurang.¹¹ Dari hasil penelitian ini tampak bahwa, sebagian besar (51,4%) responden mempercayakan pengambilan iuran/premi asuransi kesehatan kepada RT/RW dengan tingkat kepercayaan mencapai 88,9%, selanjutnya 29,4% melalui petugas khusus dan 19,1% melalui tagihan listrik. Keadaan kontradiktif ini perlu menjadi perhatian semua pihak. Keputusan responden untuk memilih pengumpul iuran di tingkat RT/RW adalah lokasi lebih dekat dengan responden, pengawasan lebih mudah, serta penanganan keluhan lebih mudah.

3. Besaran iuran/premi asuransi kesehatan yang diinginkan oleh masyarakat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar (93,3%) responden menginginkan besaran iuran/premi asuransi kesehatan maksimal di bawah Rp25.000,00 per orang per bulan. Bila dilihat dari besaran rupiah

ability to pay yang terbatas maka untuk keluarga yang mempunyai tanggungan = 4 orang, keadaan ini tidak menjadi masalah selama pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan besaran iuran/premi asuransi kesehatan tersebut, sedangkan bagi keluarga yang mempunyai tanggungan >4 orang keadaan ini menjadi kendala yang cukup besar karena *willingness* tidak diikuti dengan *ability*, sehingga untuk keluarga tersebut, mereka hanya membayar sebagian atau tidak bisa membayar. Dampaknya adalah keadaan ini juga menjadi tanggung jawab pemerintah.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil pemetaan secara umum masyarakat yang bekerja di sektor informal Kota Bandung menunjukkan bahwa *ability to pay* yang digambarkan oleh keadaan ekonomi memperlihatkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara yang memiliki (51,9%) dan yang tidak memiliki rumah sendiri. Demikian juga tentang kepemilikan kendaraan, hampir 50% telah memiliki sendiri.

Rata-rata responden berpenghasilan sebesar Rp1.018.435,71 sedangkan rata-rata pengeluaran sebesar Rp1.799.184,59 per bulan. Selisih antara penghasilan dan pengeluaran rata-rata negatif yaitu sebesar minus Rp780.748,88. Hampir 80% dari rata-rata pengeluaran per bulan tersebut digunakan untuk kebutuhan pokok dengan pengeluaran bukan makanan lebih besar dan sejumlah (49,4%) daripada kebutuhan pokok makanan (30,34%).

Rata-rata pengeluaran untuk kebutuhan bukan pokok dan kesehatan masih jauh dari yang diharapkan (21,1%) dengan rincian 13,7% per bulan pengeluaran bukan pokok dan rata-rata pengeluaran untuk kesehatan hanya sebesar 6,39% per bulan. Sebagian besaran inilah yang menjadi peluang *ability to pay* dan dapat dijadikan dasar untuk konversi iuran/premi asuransi kesehatan dan besaran konversi ini perkapita akan sangat tergantung dari jumlah tanggungan. Bila dibandingkan dengan premi peserta asuransi kesehatan komersial PT. Askes (Persero) jenis Alba yang besarnya Rp15.000,00, maka nilai Rp16.000,00 masih dimungkinkan dengan syarat tidak terjadi *cost-sharing*.

Hampir seluruh (93,3%) responden bersedia membayar (*willingness to pay*) premi asuransi sebesar < Rp25.000,00. Dengan demikian, *ability to pay* keluarga yang mempunyai tanggungan = 4 orang, tidak menjadi masalah selama pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan harapan, sedangkan bagi keluarga yang mempunyai

tanggungan > 4 orang, keadaan ini menjadi kendala yang cukup besar karena *willingness* tidak diikuti dengan *ability*.

Sebagian besar (87,1%) responden mengharapkan pelayanan lengkap yang dijamin oleh asuransi kesehatan. Sejumlah 51,4% responden mempercayakan pengumpul iuran/premi asuransi kesehatan kepada RT/RW dengan tingkat kepercayaan mencapai 88,9%.

Saran

Agar kelompok masyarakat pekerja informal mau ikut dalam sistem pendanaan kesehatan melalui asuransi dan tetap mendapatkan pelayanan kesehatan secara optimal sesuai kebutuhannya (*universal coverage*), diharapkan pemerintah dapat memberikan subsidi biaya kesehatan tidak hanya pada orang miskin, tetapi juga pada kelompok masyarakat informal ini (*cost sharing*).

Mengingat penghasilan kelompok informal tidak tetap, pengumpulan dana dilakukan periodik atau harian.

Dari rentang pengeluaran masyarakat yang sangat heterogen terlihat secara faktual sumber iuran sebaiknya diambil dari persentase pengeluaran, namun keadaan ini tidak mungkin dilakukan sehingga persentase harus diambil dari penghasilan dengan persentase yang lebih besar dari iuran/premi yang selama ini telah berlaku di asuransi kesehatan Pegawai Negeri Sipil.

Jika dikaitkan dengan pelaksanaan *universal coverage*, tampaknya *ability to pay* untuk iuran/premi asuransi kesehatan mungkin akan mengalami kendala yang cukup besar di Kota Bandung, karena sebagian besar masyarakat bekerja pada sektor informal dengan kriteria tidak termasuk miskin, tetapi mempunyai daya beli untuk iuran/premi asuransi yang rendah. Konsekuensi yang dihadapi adalah peran pemerintah dalam mendanai kesehatan, harus cukup besar sehingga mampu memberikan subsidi juga kepada masyarakat yang membutuhkan selama daya beli masyarakat terhadap iuran/premi asuransi maupun pelayanan kesehatan masih rendah.

Pemerintah Kota Bandung perlu memperhatikan dan mengupayakan agar kelompok masyarakat pekerja informal ini dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal sampai di tingkat rumah sakit dengan pelayanan yang lengkap apabila dibutuhkan.

Pemerintah Kota Bandung perlu bekerja keras dengan melibatkan berbagai institusi maupun berbagai sektor dalam mensosialisasikan UU SJSN tidak hanya untuk kelompok tertentu seperti Pegawai

Negeri Sipil dan tenaga kerja saja, tetapi harus dilakukan bagi seluruh masyarakat di Kota Bandung sehingga *universal coverage* tercapai.

Perlu dilakukan analisis dan penelitian lebih lanjut untuk penghitungan harga iuran/ premi asuransi dan bentuk pembayaran serta besaran rupiah dari badan penyelenggara asuransi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kota Bandung yang membiayai penelitian ini.

KEPUSTAKAAN

1. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota. 2007.
2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. 2004.
3. Thabrany Hasbullah, Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia. Ed. 1. RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2005.
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
5. Walikota Bandung, LKPJ Walikota Bandung Tahun 2005, Bandung, 2005.
6. Gubernur Jawa Barat. Surat Keputusan Nomor: 561/Kep.1132/Bangsos/2004 Tentang Upah Minimum Kabupaten/Kota di Jawa Barat tahun 2005. Jawa barat, 2005.
7. Jacobs, The Economics of Health and Medical Care, Fourth Ed., Aspen Publication, Maryland, 1997.
8. Shortell and Kaluzny, Health Care Management, Organization Design and Behaviour, 5th Ed., Thomson, Delmar Learning, USA, 2006.
9. Soekanto Soerjono, Sosiologi : Suatu Pengantar. Cetakan ke-32. RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2001.
10. Biro Pusat Statistik Propinsi Jawa Barat, Jawa Barat Dalam Angka. Hanna Grafika, Bandung, 2001.
11. Henni Djuhaeni, Model Permintaan Pepesertaan Asuransi Kesehatan, berdasarkan Keadaan Ekonomi, Sikap terhadap Asuransi Kesehatan, dan Kepuasan atas Mutu Layanan. Disertasi, Universitas Padjadjaran, Bandung, 2005.

