



## SURVEI PASAR JAMINAN KESEHATAN SOSIAL BALI

### MARKET SURVEY ON BALI SOCIAL HEALTH INSURANCE

A. A. I. Nirmala Trisna, A. A. Gde Muninjaya  
Unit Penelitian dan Latihan Epidemiologi Komunitas  
Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana, Bali

#### ABSTRACT

**Background:** In conjunction with Bali Social Health Insurance (B-SHI) plan, it is critical to assess market of such program.

**Purpose:** To examine health insurance coverage, ability and willingness to pay insurance premium among Bali population, also public opinion on B-SHI.

**Method:** Research was designed as survey. Locations were purposively chosen to represent poor, mid and rich districts. Sampling units were family. Respondent selection was based on occupation. Samples are 1,500 families, proportionally chosen in selected locations. Data were analyzed quantitatively to assess insurance coverage, opinion on B-SHI, ability and willingness to pay. Opinions on B-SHI were also analyzed qualitatively to assess reasons of rejection.

**Results:** 56.2% respondents were uninsured, increased to 82.6% among informal sector. Among uninsured respondents, 61% agreed with B-SHI. Financial limitation was the main reason of B-SHI rejection. Willingness to pay premium, which is lower than their ability, is Rp2.000,00 to Rp5.000,00/capita/month. For premium collection, respondents chosen to add monthly B-SHI bill to their electricity bill.

**Conclusion:** B-SHI has good prospect to be developed. Social marketing of this program should be carefully planned in order to educate people on the benefits of B-SHI. Good governance of B-SHI administration is a critical point to enhance satisfaction and health status of the people.

**Keywords:** Bali Social Health Insurance, willingness to pay, ability to pay, survey

#### ABSTRAK

**Latar belakang:** Dalam rangka pengembangan Jaminan Kesehatan Sosial Bali (JKSB), perlu dilakukan survei untuk mengetahui kondisi pasar program tersebut.

**Tujuan:** Untuk mengetahui kepemilikan jaminan pembiayaan kesehatan, kemampuan dan kemauan membayar masyarakat Bali, serta tanggapan atas JKSB.

**Metode:** Penelitian merupakan survei pasar dengan lokasi yang dipilih untuk mewakili wilayah miskin, menengah dan kaya. Unit *sampling* adalah keluarga yaitu responden dipilih berdasarkan pekerjaan. Sampel sebanyak 1.500 keluarga dipilih secara proporsional di setiap lokasi. Data dianalisis secara kuantitatif untuk mengetahui frekuensi kepemilikan jaminan pembiayaan kesehatan, tanggapan atas rencana JKSB, kemampuan dan kemauan membayar premi. Tanggapan responden juga dianalisis secara kualitatif untuk mengetahui alasan tidak setuju atas JKSB.

**Hasil:** Sebanyak 56.2% responden belum memiliki jaminan kesehatan, dan persentasenya menjadi 82.6% pada responden sektor informal. Sebanyak 61% responden yang belum terjamin, setuju berpartisipasi dalam JKSB. Keterbatasan finansial menjadi alasan utama penolakan JKSB. Kemauan membayar premi rata-rata lebih kecil daripada kemampuannya, yaitu Rp2.000,00 sampai dengan Rp5.000,00/kapita/bulan. Untuk pembayaran premi, responden memilih menggabungkan tagihan premi bulanan ke dalam tagihan listrik.

**Simpulan:** Jaminan Kesehatan Sosial Bali (JKSB) memiliki prospek baik untuk dikembangkan di Bali. Pemasaran sosial program perlu direncanakan seksama agar masyarakat memahami manfaat JKSB. Tata kelola administrasi JKSB yang baik juga perlu dikembangkan untuk meningkatkan kepuasan dan status kesehatan masyarakat.

**Kata kunci:** Jaminan Kesehatan Sosial Bali, kemampuan membayar, kemauan membayar, survei

#### PENGANTAR

Lebih dari setengah penduduk Bali tidak memiliki jaminan pembiayaan kesehatan. Mereka adalah kelompok masyarakat yang bekerja di sektor informal dan golongan ekonomi menengah ke bawah. Masyarakat yang sudah memiliki jaminan pembiayaan kesehatan berupa asuransi kesehatan di Bali adalah 35% penduduk Bali 8.5% pegawai pemerintah dan TNI/POLRI, 15% keluarga miskin, 10% pegawai swasta.<sup>1,2</sup> Rendahnya cakupan penduduk yang memiliki jaminan pembiayaan kesehatan diperburuk dengan lemahnya kemampuan ekonomi masyarakat dan tingginya biaya pelayanan kesehatan. Fakta empiris menyatakan bahwa mereka yang sakit dan membutuhkan pelayanan kesehatan cenderung menunda atau tidak berupaya untuk mengakses pelayanan kesehatan karena faktor-faktor di atas.<sup>3</sup> Akibatnya, kondisi kesehatan penderita semakin buruk, serta produktivitas masyarakat termasuk aktivitas sosialnya terganggu.

Sejak tahun 1960-an, Indonesia telah berupaya untuk mengembangkan skema pembiayaan kesehatan bagi seluruh masyarakat.<sup>4</sup> Di era desentralisasi ini, ada dua produk hukum yaitu Undang-Undang (UU) No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU No. 32/2004 tentang Pemerintah Daerah, di samping amanat UUD 1945 (amandemen) yang mewajibkan pemerintah untuk mengembangkan sistem jaminan kesehatan bagi penduduk.<sup>5,6,7</sup> Sampai saat ini, masih banyak penduduk yang harus merogoh kantongnya ataupun

berhutang untuk membayar jasa pelayanan kesehatan ketika diri dan keluarganya sakit. Umumnya, mereka adalah pekerja sektor informal dan masyarakat yang berada tidak jauh di atas batas garis kemiskinan. Mereka sebenarnya masih mampu memenuhi kebutuhan pokok harian, namun jika sakit dan harus dirawat di rumah sakit, maka mereka akan pailit karena ketiadaan jaminan pembiayaan kesehatan. Kelompok ini merupakan bagian terbesar dari masyarakat yang perlu dijadikan sasaran skema pembiayaan kesehatan. Oleh karena itu, provinsi Bali memandang perlu pengembangan jaminan pembiayaan kesehatan yang bersifat sosial.

Survei bertujuan untuk mengetahui gambaran kepemilikan jaminan pembiayaan kesehatan serta kemampuan dan kemauan membayar terkait dengan kebijakan pengembangan Jaminan Kesehatan Sosial Bali (JKSB).

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

### Lokasi Survei

Tabel 1 dan Tabel 2 menggambarkan karakter kabupaten/kota di Bali secara ekonomi yang dikelompokkan menurut pendapatan asli daerah (PAD) dan pendapatan domestik regional bruto (PDRB) per kapita.<sup>8</sup>

Tabel 1. Statistik Ekonomi Kabupaten/Kota di Bali

Kabupaten/kota	Penduduk (jiwa)	PAD (ribu Rp)	PDRB (ribu Rp)	PDRB/kapita (ribu Rp)
Jembrana	221.316	9.785.326	1.542.636.702	6.970
Tabanan	397.673	43.358.862	2.267.702.445	5.702
Badung	358.311	332.316.936	5.100.377.930	14.235
Gianyar	379.005	49.738.944	2.877.868.346	7.593
Klungkung	170.092	11.913.313	1.323.409.311	7.781
Bangli	210.103	7.395.415	1.133.150.611	5.393
Karangasem	389.576	19.762.682	1.865.504.155	4.789
Buleleng	607.616	19.289.923	3.693.059.667	6.078
Denpasar	446.226	90.827.789	4.631.843.729	10.380

Sumber: Badan Pusat Statistik Provinsi Bali. 2005. Bali Dalam Angka 2004/2005.

Tabel 2. Karakter Ekonomi Pemerintah dan Penduduk di Kabupaten/Kota di Bali

Kabupaten/kota	Karakter ekonomi (PAD)	Karakter PDRB per kapita
Jembrana	Miskin	Miskin
Tabanan	Sedang	Miskin
Badung	Kaya	Kaya
Gianyar	Sedang	Sedang
Klungkung	Miskin	Sedang
Bangli	Miskin	Miskin
Karangasem	Miskin	Miskin
Buleleng	Miskin	Miskin
Denpasar	Kaya	Kaya

Tabel 3 adalah matriks karakter wilayah di Bali yang dikembangkan berdasarkan Tabel 2 (karakter ekonomi menjadi karakter pemerintah dan karakter PDRB per kapita menjadi karakter penduduk).

Tabel 3. Karakter Ekonomi Kabupaten/Kota di Bali

Penduduk	Pemerintah Kabupaten/Kota	
	Miskin	Kaya
Miskin	Jembrana	-
	Tabanan	-
	Bangli	-
Sedang	Karangasem	-
	Gianyar	Badung
	Klungkung	Denpasar
	Buleleng	-

Sebanyak 50% pada lima kabupaten/kota di Bali menjadi lokasi survei berdasarkan representasi dari karakter ekonomi kabupaten/ kota di Bali (*purposive sampling*).

Daerah miskin : Tabanan Bangli

Daerah sedang : Gianyar, Klungkung

Daerah kaya : Denpasar

Selanjutnya, dipilih dua kecamatan yang mewakili daerah perkotaan dan pedesaan (*purposive sampling*). Tabel 4.

Tabel 4. Daftar Kecamatan di Lima Kabupaten/Kota sebagai Pilihan Lokasi Survei

Kabupaten/kota	Kecamatan perkotaan	Kecamatan pedesaan
Klungkung	Klungkung	Banjarangkan
Bangli	Bangli	Susut
Gianyar	Gianyar	Payangan
Tabanan	Kediri	Baturiti
Denpasar	Denpasar Selatan	-
	Denpasar Timur	

### Subjek Survei

Unit *sampling* yang digunakan adalah keluarga yaitu unit terkecil di masyarakat. Populasi kepala keluarga di lokasi terpilih dihitung untuk mengetahui proporsi *sampling* di masing-masing kabupaten/kota. (Tabel 5).

Tabel 5. Populasi Kepala Keluarga di Lokasi Survei

Kabupaten/kota	Jumlah Kepala Keluarga
Klungkung	35.824
Bangli	50.306
Gianyar	82.861
Tabanan	100.206
Denpasar	99.612
<b>Total</b>	<b>368.809</b>

Sumber: Badan Pusat Statistik Provinsi Bali, 2005. Bali Dalam Angka 2004/2005.

Pemilihan responden disesuaikan dengan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui kemampuan membayar dan kemauan membayar. Atas dasar itu, responden dipilih berdasarkan jenis pekerjaannya, yaitu:

1. Pegawai Negeri Sipil (PNS)
2. Pegawai kepolisian (POLRI)
3. Angkatan bersenjata (TNI)
4. Pekerja dibayar non-PNS/POLRI/TNI
5. Bekerja sendiri (wiraswasta)

Demi kepraktisan, terutama karena keterbatasan data penduduk yang bekerja sendiri (wiraswasta) dan pekerja sektor informal, maka jumlah populasi berdasarkan pekerjaan tidak diuraikan terinci.

Besar sampel untuk survei ini ditetapkan 1.500 kepala keluarga. Jumlah tersebut ditentukan berdasarkan waktu dan dana tanpa mengurangi distribusi segmen pasar potensial untuk jaminan pembiayaan kesehatan di Bali. Proporsi *sampling* tersebut adalah 0.4% (1.500 dibagi 368.809) dari populasi keluarga di lima lokasi terpilih. Distribusi sampel di masing-masing kabupaten atau kota (*proportional sampling*) sebagai berikut (Tabel 6).

Tabel 6. Jumlah Sampel Berdasarkan Jumlah Kepala Keluarga

Kabupaten/Kota	Jumlah Keluarga	Sampel
Klungkung	35,824	146
Bangli	50,306	205
Gianyar	82,861	337
Tabanan	100,206	408
Denpasar	99,612	405
<b>Total</b>	<b>368,809</b>	<b>1,500</b>

Untuk distribusi sampel di tingkat kecamatan yaitu di dua kecamatan per kabupaten (berkarakter kota dan berkarakter desa), subsampel di masing-masing kecamatan mendapat proporsi setengah dari jumlah sampel (*proportional sampling*) yang sudah ditetapkan. Hanya subsampel di Denpasar yang didistribusikan di kecamatan perkotaan karena di kota ini tidak ada wilayah pedesaan. (Tabel 7).

Subsampel berdasarkan pekerjaan dilakukan secara proporsional sesuai dengan jumlah kategori pekerjaan. Masing-masing pekerjaan mendapat proporsi 20% dari kuota sampel di masing-masing kecamatan. (Tabel 8).

Tabel 7. Distribusi Sampel Berdasarkan Karakter Kecamatan

Kabupaten/Kota	Kecamatan berkarakter kota		Kecamatan berkarakter desa	Total	
Klungkung	Klungkung	73	Banjarangkan	73	146
Bangli	Bangli	103	Susut	103	206
Gianyar	Gianyar	168	Sukawati	168	336
Tabanan	Kediri	204	Baturiti	204	408
Denpasar	Denpasar Timur	202	-	-	404
	Denpasar Barat	202	-	-	

Tabel 8. Distribusi Sampel Berdasarkan Pekerjaan

KECAMATAN	PNS	POLRI	TNI	Pekerja dibayar non PNS/POLRI/TNI	Wiraswasta	TOTAL
Klungkung	14	14	14	16	15	73
Banjarangkan	14	14	14	16	15	73
Bangli	20	20	20	22	21	103
Susut	20	20	20	22	21	103
Gianyar	33	33	33	35	34	168
Payangan	33	33	33	35	34	168
Kediri	40	40	40	43	41	204
Baturiti	40	40	40	43	41	204
Denpasar Timur	40	40	40	41	41	202
Denpasar Selatan	40	40	40	41	41	202
<b>TOTAL</b>	<b>294</b>	<b>294</b>	<b>294</b>	<b>314</b>	<b>304</b>	<b>1.500</b>

Berikut ini adalah kriteria responden survei:

1. Merupakan kepala keluarga. Suami atau istri bisa mewakili keluarga yang bersangkutan
2. Memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau Kartu Izin Penduduk Menetap Sementara (KIPEM) Bali
3. Berdomisili dan bekerja di lokasi survei
4. Tidak bekerja di sektor kesehatan.

#### Jenis Dan Cara Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan pada survei ini adalah data primer. Data dikumpulkan dengan melakukan wawancara mulai 27 Juli - 2 Agustus 2006, berdasarkan pertanyaan terstruktur yang tertuang dalam kuesioner.

#### Analisis Data

Analisis kuantitatif dilakukan setelah data bersih dan lengkap dengan menggunakan program *SPSS 10 for Windows*, antara lain:

1. Frekuensi karakter responden (status sosial ekonomi, status kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan).
2. Tabulasi silang antara kepemilikan JPK serta tanggapan atas rencana pengembangan JKSB dengan karakter responden.

3. Regresi logistik untuk mengetahui faktor-faktor yang memprediksi kepemilikan dan partisipasi dalam jaminan pembiayaan kesehatan (95% *confidence interval*).

Tanggapan responden juga dianalisis secara kualitatif untuk mengetahui alasan tidak setuju atas JKSB.

#### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

##### Lokasi Survei

Survei dilaksanakan di lima kabupaten/kota di Bali sesuai dengan *sampling frame*. Untuk menjangkau responden, survei dilaksanakan di tempat-tempat spesifik seperti instansi pemerintah, kantor-kantor swasta, pasar, terminal, kantor/asrama polisi, markas/asrama TNI, sekolah/kampus, serta tempat-tempat umum yang mana masyarakat membuka usahanya.

##### Karakter Responden

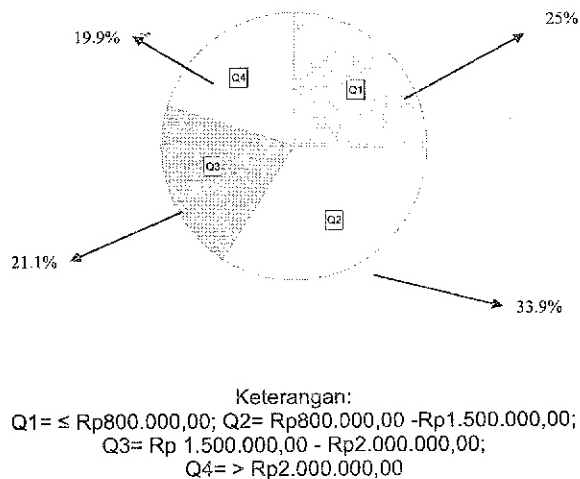
Sebagian besar (65.7%) responden adalah laki-laki. Rata-rata umur responden adalah 39 tahun. Responden termuda berusia 18 tahun dan tertua 76 tahun. Hampir setengah (48.9%) responden menyelesaikan pendidikan SMA. Hanya 5% yang

tidak tamat SD, sedangkan 2.5% responden telah menempuh pendidikan pascasarjana. Gambaran ini menunjukkan bahwa responden umumnya adalah kelompok penduduk usia produktif dengan tingkat pendidikan cukup.

Jumlah responden wiraswasta dan pekerja non-PNS/TNI/POLRI lebih banyak daripada jumlah dalam *sampling frame*. Hal ini karena terbatasnya populasi TNI/POLRI di suatu wilayah, sehingga wawancara dialihkan kepada responden sektor informal. *Over-sampling* untuk responden dengan pekerjaan wiraswasta maupun pekerja non PNS/TNI/POLRI dapat memberikan informasi lebih valid mengenai karakter responden yang bekerja di sektor informal dan preferensi mereka terhadap program JPK Bali.

Rata-rata pendapatan keluarga bulanan dalam survei ini adalah Rp1.668.000,00. Pendapatan terkecil dalam keluarga adalah Rp70.000,00 (seorang perempuan 30 tahun, buruh pasar Kediri, Tabanan), sedangkan terbesar adalah Rp30 juta (dua wiraswasta, seorang laki-laki 56 tahun di Denpasar Barat, Denpasar dan seorang perempuan 31 tahun di Baturiti, Tabanan). Kondisi ini menggambarkan adanya *gap* finansial responden di lokasi survei.

Seperempat (25%) responden tergolong ke dalam pendapatan kuartil 1 (lebih kecil atau sama dengan Rp800.000,00). Lebih dari sepertiga (33.9%) responden tergolong ke dalam pendapatan kuartil 2 (di atas Rp800.000,00 - Rp1.500.000,00). Sebanyak 21.1% responden adalah kelompok pendapatan kuartil 3 (di atas Rp1.500.000,00 - Rp2.000.000,00). Sisanya (19.9%) tergolong kuartil 4 (pendapatan di atas Rp2.000.000,00).



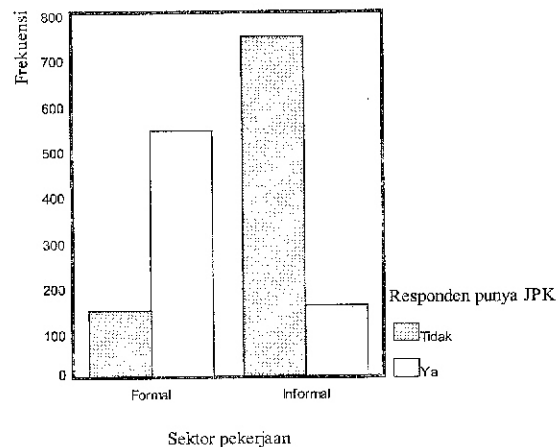
Gambar 1. Pendapatan Bulanan Keluarga Responden

Survei menginformasikan bahwa mayoritas responden memiliki keluarga kecil. Hampir tigaperempat (74.2%) responden memiliki anggota keluarga sebanyak satu sampai dengan empat orang. Untuk memperoleh gambaran beban finansial kepala keluarga untuk memberikan perlindungan kepada setiap anggota keluarganya, informasi pendapatan bulanan keluarga dibagi jumlah kapita dalam keluarga yang bersangkutan. Survei menemukan rata-rata pendapatan bulanan per kapita adalah Rp455.350,00 dengan pendapatan terkecil adalah Rp23.350,00 per kapita per bulan, dan terbesar adalah Rp 10 juta per kapita per bulan.

### Kepemilikan dalam Jaminan Pembiayaan Kesehatan

#### Kelompok yang tidak memiliki jaminan pembiayaan kesehatan

Lebih dari setengah responden (56.2%) mengaku bahwa keluarga responden belum sepenuhnya memiliki jaminan pembiayaan kesehatan. Keluarga dari pekerja sektor formal (PNS, TNI, POLRI) pun ada yang tidak seluruhnya terjamin dalam skema jaminan yang dimiliki oleh kepala keluarga, yaitu sebanyak 22%. Sebagian besar (96%) penyebabnya adalah peraturan yang membatasi kepesertaan (jaminan hanya untuk kepala keluarga, suami/istri dan dua orang anak yang berusia di bawah 21 tahun, belum menikah, belum berpenghasilan dan masih menjadi tanggungan peserta atau sampai usia 25 tahun bagi yang masih mengikuti pendidikan formal). Penyebab lain adalah responden belum mengurus administrasi kepesertaannya.



Gambar 2. Kepemilikan Jaminan Pembiayaan Kesehatan Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Khusus yang berasal dari sektor informal (pekerja non-PNS/TNI/POLRI dan wiraswasta, jumlah responden 903 orang), sebanyak 82.6% responden mengaku bahwa keluarganya belum memiliki jaminan pembiayaan kesehatan. Informasi ini merupakan potret kondisi di Indonesia. Pada umumnya, hanya pekerja sektor formal yang secara otomatis menjadi peserta jaminan pembiayaan kesehatan.

Hal-hal yang diungkapkan oleh responden sektor informal tentang alasan keluarganya belum dijamin dalam skema pembiayaan kesehatan, antara lain: keterbatasan finansial (32.6%), belum pernah mendengar informasi tentang jaminan pembiayaan kesehatan (29%), tidak tahu manfaat jaminan (22.5%), citra buruk perusahaan penyelenggara, khususnya birokrasi dan kredibilitas (7.2%), peraturan dari penyelenggara jaminan yang membatasi kepesertaan (5.2%), dan belum sempat mengurus kepesertaan (3.5%). Temuan ini mengkonfirmasi pentingnya strategi penyusunan materi pemasaran sosial sebagai media pembuka wawasan publik mengenai konsep dan manfaat jaminan pembiayaan kesehatan, di samping manajemen penyelenggaraan yang lebih terbuka dan bertanggung jawab.

Analisis regresi logistik menghasilkan faktor-faktor yang memprediksi karakter responden sektor informal yang memiliki jaminan pembiayaan kesehatan. Tabel 9 menampilkan faktor-faktor yang signifikan memprediksi karakter responden sektor informal yang seluruh keluarganya terjamin skema pembiayaan kesehatan. Faktor-faktor tersebut antara lain:

a. **Pendidikan- terakhir.** Dibandingkan dengan penduduk sektor informal yang tidak tamat

SD, mereka yang memiliki pendidikan terakhir setara SMA memiliki kecenderungan 2.5 kali lipat untuk memiliki jaminan pembiayaan kesehatan, hal-hal lainnya dianggap sama (*ceteris paribus*). Begitu pun halnya dengan penduduk sektor informal yang berpendidikan setingkat universitas/diploma, kecenderungan untuk memiliki jaminan pembiayaan kesehatan sebesar lebih dari lima kali lipat dibandingkan dengan mereka yang tidak tamat SD, *ceteris paribus*.

b. **Lokasi kabupaten.** Responden sektor informal di Kabupaten Gianyar, secara statistik memiliki kemungkinan lebih besar hampir dua kali (1.8) lipat untuk mengikutkan seluruh keluarganya dalam skema jamina pembiayaan kesehatan, dibandingkan dengan responden di Kota Denpasar, *ceteris paribus*.

c. **Karakter wilayah.** Berada di wilayah perkotaan, responden sektor informal berasosiasi dengan kemungkinan 1.6 kali lebih besar untuk memiliki jaminan pembiayaan kesehatan dibandingkan dengan mereka yang tinggal di wilayah pedesaan, *ceteris paribus*.

Hasil analisis regresi logistik di atas dapat menjelaskan bahwa responden yang lebih berpendidikan umumnya akan memiliki jenis pekerjaan yang memberikan paket manfaat lebih besar (bukan secara finansial semata). Di samping itu, mereka pun memiliki pemahaman lebih baik mengenai manfaat JPK. Hasil signifikan secara statistik bahwa responden yang tinggal di Gianyar memiliki kemungkinan lebih besar untuk memiliki JPK dibandingkan dengan mereka yang tinggal di Denpasar. Hal tersebut dapat disebabkan oleh hal-hal lain di luar pertanyaan survei, misalnya adanya

Tabel 9. Hubungan antara Kepemilikan Jaminan Pembiayaan Kesehatan dan Karakter Responden Sektor Informal

	B	Exp(B)	95% C.I.	
			Lower	Upper
PENDIDIKAN*				
SMA	.935	2.547	1.013	6.400
Universitas/Diploma	1.688	5.411	2.050	14.281
KABUPATEN*				
Gianyar	.636	1.893	1.156	3.100
WILAYAH <sup>†</sup>	.505	1.656	1.026	2.674

\* Kelompok referensi adalah tidak tamat SD

<sup>†</sup> Kelompok referensi adalah Denpasar

<sup>‡</sup> Kelompok referensi adalah wilayah pedesaan

inisiasi komunitas lokal dalam pengembangan JPK (seperti di Desa Mas dan Desa Peliatan, Kabupaten Gianyar). Selanjutnya, bahwa responden sektor informal yang tinggal di wilayah perkotaan mempunyai kemungkinan lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tinggal di pedesaan untuk memiliki jaminan pembiayaan kesehatan, sangat mungkin terkait dengan tingkat pendidikan (yang juga memberikan hasil signifikan dalam analisis regresi ini). Mereka yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi, cenderung memiliki pekerjaan yang memberikan hasil finansial lebih besar karena lebih dapat dicapai jika berdomisili di perkotaan. Di samping itu, kemajemukan penduduk perkotaan ditengarai menyebabkan wawasan seseorang lebih luas, termasuk dalam hal kepemilikan JPK.

Analisis ternyata tidak menemukan asosiasi signifikan antara pendapatan per kapita per bulan dengan kepemilikan JPK. Keterbatasan finansial sebagai alasan responden sektor informal tidak memiliki JPK tidak semata-mata diungkapkan oleh mereka yang memiliki sumber daya finansial terbatas. Hal kritis yang patut menjadi pertimbangan dalam pengembangan jaminan kesehatan sosial di Bali adalah diseminasi informasi untuk meningkatkan pemahaman penduduk mengenai manfaat jaminan, serta mengurangi dampak dari citra buruk penyelenggaraan jaminan yang telah berjangkung. Tidak adanya kewajiban hukum bagi warganegara untuk menjadi peserta sebuah skema jaminan pembiayaan kesehatan juga dapat menjelaskan mengapa pendapatan keluarga tidak mempengaruhi keputusan keluarga untuk memiliki sebuah jaminan. Kewajiban hukum sebaiknya dikembangkan, misalnya dengan mengharuskan pemohon administrasi kependudukan, pendaftaran sekolah, pembayaran pajak, dan lain-lain yang menunjukkan bukti kepesertaan jaminan kesehatan sosial Bali.

**Kelompok yang memiliki jaminan pembiayaan kesehatan.**

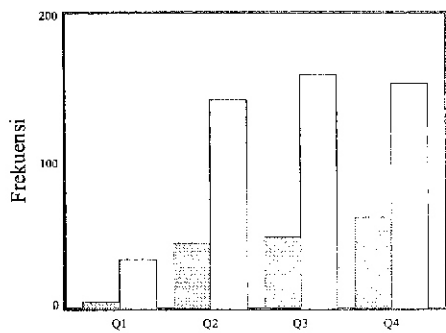
Di antara 856 orang responden yang sebagian ataupun seluruh anggota keluarganya telah memiliki JPK, ada 22% yang tidak puas dengan penyelenggaraan jaminan tersebut. Kelompok pekerjaan yang memiliki proporsi terbesar peserta yang tidak puas dengan penyelenggaraan jaminan

adalah PNS, yaitu 32% responden PNS merasa tidak puas dengan penyelenggaraan jaminan kesehatan. Selanjutnya adalah kelompok POLRI, merasa tidak puas dengan penyelenggaraan jaminan yaitu 21%. Hal menarik adalah tingginya kepuasan pada kelompok responden wiraswasta yang ditengarai karena adanya pilihan pribadi mengenai jumlah premi yang harus dibayar dan paket pelayanan yang diterima, di samping pula karena lebih terbukanya informasi hak dan kewajiban yang diterima peserta jaminan yang bersangkutan. Selengkapya dapat dilihat dalam Tabel 10.

Tabel 10. Kepuasan Terhadap Penyelenggara Jaminan Pembiayaan Kesehatan

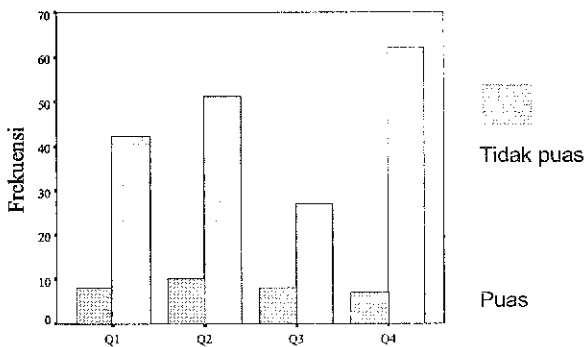
	Tidak Puas	Puas	Total
<b>PNS</b>	94 32.4%	196 67.6%	290 100%
<b>POLRI</b>	41 20.5%	159 79.5%	200 100%
<b>TNI</b>	22 14.6%	129 85.4%	151 100%
<b>pekerja non PNS/POLRI/TNI</b>	20 14.8%	115 85.2%	135 100%
<b>Wiraswasta</b>	13 16.3%	67 83.8%	80 100%
<b>TOTAL</b>	190 22.2%	666 77.8%	856 100%

Analisis selanjutnya adalah untuk mengetahui gambaran ketidakpuasan peserta JPK dalam kelompok pendapatan pekerja sektor formal dan informal. Gambar 3A mengindikasikan bahwa dalam kelompok sektor formal, responden yang tergolong dalam kuartil 1 (penghasilan ≤ Rp800.000,00, diasumsikan mereka adalah pegawai golongan rendah) cenderung lebih puas terhadap JPK yang dimiliki. Di sisi lain, ketidakpuasan dalam kelompok sektor informal cenderung merata di semua kelompok pendapatan (Gambar 3B). Informasi dari analisis responden sektor formal mengkonfirmasi bahwa pegawai dengan golongan yang lebih tinggi mempunyai preferensi dan ekspektasi berbeda dibandingkan dengan pegawai golongan rendah. Pegawai dengan golongan lebih tinggi mengharapkan pelayanan yang lebih baik dibandingkan dengan apa yang menjadi haknya.



Kategori income per kapita per kuartil

A. Responden sektor formal



Kategori income per kapita per kuartil

B. Responden sektor informal

**Gambar 3. Kepuasan Terhadap Jaminan Pembiayaan Kesehatan Yang Dimiliki Responden**

Alasan ketidakpuasan yang diungkapkan responden bervariasi, antara lain obat-obatan yang diberikan terbatas, ketiadaan stok obat yang diperlukan, rumitnya birokrasi pengurusan klaim pembayaran maupun rujukan, peserta tidak pernah menerima sosialisasi hak dan kewajiban, serta kurang tanggapnya pelayanan. Selanjutnya, alasan-alasan tersebut digolongkan menjadi lima kategori untuk memudahkan analisis (Tabel 11).

**Tabel 11. Alasan Ketidakpuasan Terhadap Penyelenggaraan Jaminan Pembiayaan Kesehatan (n=190)**

	Frekuensi	Persentase
Birokrasi rumit	52	27.4
Tanggungan obat tidak jelas	66	34.7
Kurang sosialisasi hak-kewajiban	25	13.2
Paket pelayanan kurang komprehensif	34	17.9
Responsiveness kurang	13	6.8

Informasi mengenai penyebab ketidakpuasan terhadap penyelenggaraan JPK yang dimiliki responden saat ini menggambarkan belum efektifnya program sosialisasi hak dan kewajiban yang seharusnya dilakukan oleh penyelenggara jaminan. Sosialisasi tidak dapat dilakukan dengan mendistribusikan buku pedoman semata, namun seharusnya juga diadakan forum dialog untuk meningkatkan efektivitas diseminasi informasi. Pengetahuan peserta tentang hak dan kewajibannya harus senantiasa dievaluasi untuk mengurangi ketidakpuasan peserta maupun penyedia pelayanan kesehatan.

### Partisipasi dalam Jaminan Kesehatan Sosial Bali (JKSB)

#### Tanggapan responden terhadap JKSB

Sebagian besar (58%) responden menyatakan setuju berpartisipasi dalam JKSB. Hampir 61% responden yang belum memiliki jaminan menyatakan setuju ikut JKSB, dan 53.4% responden yang telah memiliki jaminan juga menyatakan demikian. Dari kategori sektor pekerjaan, 61% pekerja sektor informal setuju, sedangkan pekerja sektor formal sebanyak 53% (Tabel 12).

**Tabel 12 Tanggapan Responden Berpartisipasi dalam JKSB**

		Partisipasi dalam JKSB	
		Tidak	Ya
Responden punya JPK	Tidak	350 39.1%	544 60.9%
	Ya	325 46.6%	372 53.4%
Sektor pekerjaan	Formal	326 47.4%	362 52.6%
	Informal	349 38.6%	554 61.4%

#### Faktor-faktor yang memprediksi partisipasi JKSB

Analisis regresi logistik dilakukan terhadap data responden sektor informal saja untuk mengetahui faktor-faktor yang memprediksi partisipasi mereka dalam JKSB yang akan dikembangkan sebagai asuransi sosial di provinsi Bali. Analisis dilakukan dengan mengeluarkan data responden sektor formal karena kelompok ini pada umumnya telah memiliki JPK sosial. Ternyata hanya satu faktor yang secara statistik memprediksi partisipasi responden sektor informal dalam program JKSB yaitu lokasi kabupaten.



Responden sektor informal yang tinggal di Bangli, dibandingkan dengan mereka yang tinggal di kota Denpasar, mempunyai kemungkinan lebih dari lima kali lipat untuk berpartisipasi dalam JKSB. Hal ini tentu menarik dan sebaiknya berhubungan dengan kebijakan pembangunan kesehatan di dua wilayah tersebut. Pemerintah Kota Denpasar mempunyai kebijakan publik bahwa seluruh penduduk Denpasar dengan bukti kartu tanda penduduk, dapat menikmati pelayanan kesehatan gratis di seluruh Puskesmas di wilayah ini. Kebijakan yang diterapkan di pemerintah kota yang memiliki pendapatan asli daerah yang besar ini, diasumsikan mempengaruhi persepsi masyarakat mengenai pentingnya JPK. Hal lain yang ditengarai terkait adalah adanya satu wilayah miskin di Bali yaitu Jembrana (tidak menjadi lokasi survei) yang mampu menerapkan kebijakan publik mengenai jaminan kesehatan sosial. Kondisi ini diasumsikan telah diketahui oleh masyarakat Bangli yang juga ingin mendapat fasilitas publik semacam itu.

**Kemauan dan kemampuan membayar kontribusi JKSB**

Besaran premi yang mau dibayar responden berkisar antara Rp2.000,00 -Rp5.000,00 per orang per bulan. Hampir setengah (46.2%) responden memilih besaran premi tersebut, dengan asumsi bahwa 5% pendapatan per kapita per bulan dapat dialokasikan untuk biaya kesehatan, mayoritas responden memiliki kemampuan membayar yang lebih besar daripada kemauannya. Jika 5% dari pendapatan rata-rata bulanan keluarga dibagi dengan total jumlah orang dalam keluarga responden, survei memperoleh hasil rata-rata ATP sebesar Rp22.800,00 dengan ATP paling rendah Rp1.167,00 dan paling tinggi Rp500.000,00.

Tabel 13. Kemampuan Membayar Kontribusi Per Kapita untuk JKSB

Kategori (Rp)	f (N=1591)	Persentase
0-2.000	6	.4
2.001-5.000	97	6.1
5.001-7.500	119	7.5
7.501-10.000	166	10.4
di atas 10.000	1203	75.6

**Preferensi metode pembayaran premi**

Tabel 14 menguraikan frekuensi pilihan responden secara umum. Responden secara umum paling banyak memilih cara lainnya (responden

secara bebas menuliskan pilihannya, antara lain dengan pemotongan gaji, membayar melalui anjungan tunai mandiri (ATM), serta dipungut langsung oleh petugas dari rumah ke rumah) dengan total 35.6%. Pilihan terbanyak kedua adalah dengan menggabungkan tagihan premi dengan tagihan bulanan PLN (24.8%). Metode pembayaran tunai melalui Lembaga Perkreditan Desa (LPD) dipilih oleh 20.1% responden, sedangkan tunai melalui bank umum sebanyak 16.9%. Hanya 2.6% responden yang memilih untuk menggabungkan tagihan premi dengan tagihan PDAM.

Tabel 14. Preferensi Metode Pembayaran Premi JKSB (n=916)

Metode	Frekuensi	Persentase
Tunai melalui LPD	184	20.1
Tunai melalui bank umum	155	16.9
Gabung dengan tagihan PLN	227	24.8
Gabung dengan tagihan PDAM	24	2.6
Lainnya	326	35.6

Untuk mengurangi faktor *confounding* bahwa ada responden sektor formal yang juga setuju untuk berpartisipasi dalam rencana program JKSB, maka preferensi metode pembayaran premi dianalisis berdasarkan sektor pekerjaan (Tabel 15). Hasilnya adalah preferensi metode lainnya tetap mendapat persentase tertinggi (walau turun menjadi 29.8%). Metode penggabungan tagihan premi dengan tagihan PLN meningkat menjadi 26.2%. Hasil ini memberikan masukan yang sangat berarti mengenai preferensi masyarakat yang mayoritas responden setuju berpartisipasi dengan rencana JKSB, dan adanya informasi metode alternatif pembayaran premi yang memungkinkan untuk memperluas cakupan kepesertaan jaminan pembiayaan kesehatan, khususnya penduduk sektor informal.

Tabel 15. Preferensi Metode Pembayaran Premi JKSB oleh Responden Sektor Informal (n=554)

Metode	Frekuensi	Persentase
Tunai melalui LPD	132	23.8
Tunai melalui bank umum	95	17.1
Gabung dengan tagihan PLN	145	26.2
Gabung dengan tagihan PDAM	17	3.1
Lainnya	165	29.8

**Responden yang tidak setuju berpartisipasi dalam JKSB**

Responden yang tidak setuju untuk berpartisipasi dalam JKSB menyampaikan beberapa alasan,

antara lain sudah memiliki JPK, keterbatasan keuangan, ingin melihat aplikasi produk yang direncanakan tersebut, tidak/belum berminat dengan asuransi, tidak percaya dengan produk asuransi, harus berunding dengan keluarga, citra buruk asuransi karena rumitnya birokrasi pelayanan, domisili belum tetap, dan tidak mau ikut jika pelayanannya seperti program jaminan untuk pegawai negeri. Tabel 16 merampikan alasan responden secara keseluruhan, dan Tabel 17 adalah alasan yang disampaikan oleh responden sektor informal.

Tabel 16. Alasan Responden (Keseluruhan) Tidak Mau Ikut Program JKSB (n=873)

Alasan	Frekuensi	Persentase
Sudah punya asuransi kesehatan	342	50.8
Keterbatasan dana	129	19.2
Menunggu sosialisasi produk JKSB	75	11.1
Citra buruk penyelenggaraan asuransi	45	8.7
Belum berminat ikut asuransi	41	6.1
Harus berunding dengan keluarga	36	6.3
Tidak percaya dengan mekanisme asuransi	3	.4
Domisili belum tetap	2	.3

Tabel 17. Alasan Responden Sektor Informal Tidak Mau Ikut Program JKSB (n=347)

Alasan	Frekuensi	Persentase
Keterbatasan dana	117	33.7
Sudah punya asuransi kesehatan	66	19.0
Menunggu sosialisasi produk JKSB	57	16.4
Belum berminat ..	40	11.5
Citra buruk penyelenggaraan asuransi	34	9.8
Harus berunding dengan keluarga	29	8.4
Tidak percaya dengan asuransi	3	.9
Domisili belum tetap	1	.3

Secara keseluruhan, alasan utama responden yang tidak mau berpartisipasi dalam program JKSB karena telah memiliki asuransi kesehatan (50.8%), dan khusus sektor informal 33.7% menyatakan keterbatasan dana. Temuan ini menarik karena masih adanya responden dengan penghasilan sangat kecil tetapi tidak menjadi peserta program jaminan kesehatan masyarakat miskin (Askeskin). Survei juga

menemukan hal menarik yang perlu diperhatikan serius dalam pengembangan program JKSB, khususnya dalam penyusunan strategi sosialisasi yaitu responden masih menunggu sosialisasi produk JKSB, termasuk ingin melihat bagaimana paket manfaat jaminan tersebut. Materi sosialisasi sebaiknya disusun untuk mengubah persepsi dan menambah wawasan masyarakat tentang manfaat JPK. Administrasi penyelenggaraan JKSB nantinya harus menerapkan prinsip transparansi dan akuntabilitas untuk mengatasi dampak dari citra buruk penyelenggaraan program jaminan yang telah ada. Di samping itu, mekanisme *quality assurance* pelayanan kesehatan sebainya terus dikembangkan untuk meningkatkan kepuasan dan status kesehatan masyarakat.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Lebih dari setengah responden (56.2%) mengaku bahwa keluarganya belum memiliki JPK. Khusus responden sektor informal, sebanyak 82.6% responden belum memiliki JPK. Kondisi ini menggambarkan bahwa JPK berpeluang untuk dikembangkan sesuai dengan preferensi dan karakter penduduk Bali. Keterbatasan finansial merupakan penyebab utama responden belum memiliki JPK, di samping belum terpaparnya mereka mengenai manfaat jaminan tersebut. Faktor-faktor yang memprediksi kepemilikan JPK adalah pendidikan dan lokasi domisili responden. Di antara responden yang telah memiliki JPK, hanya 22% yang belum merasa puas dengan penyelenggaraan jaminan tersebut. Penyebab utama ketidakpuasannya adalah ketidakjelasan tanggungan obat. Berdasarkan jenis pekerjaan, PNS yang paling banyak merasa tidak puas dibandingkan dengan responden lainnya. Khusus sektor formal, responden dengan pendapatan kuartil keempat yang paling banyak merasa tidak puas dibandingkan kelompok lainnya. Sebagian besar (87.6%) responden menyatakan setuju untuk berpartisipasi dalam JKSB. Khusus responden yang belum memiliki JPK, 61% setuju dengan JKSB. Dengan asumsi ATP sebesar 5% dari pendapatan per kapita perbulan, survei memperoleh besaran rata-rata Rp22.800,00 per kapita per bulan. Besaran premi yang mau dibayar (WTP) oleh 46% responden yang menyatakan setuju dengan JKSB berkisar Rp2.000,00-Rp5.000,00 per kapita per bulan.

Metode pembayaran premi yang paling banyak dipilih adalah menggabungkan tagihan premi dengan tagihan bulanan PLN (24%). Hal ini juga terbanyak dipilih oleh responden sektor informal. Responden yang tidak setuju berpartisipasi dalam JKSB adalah karena telah memiliki asuransi kesehatan. Khusus responden sektor informal, alasan terbanyak yang diajukan adalah keterbatasan finansial.

#### Saran

Jaminan pembiayaan kesehatan sosial sudah saatnya untuk dikembangkan di Bali mengingat besarnya potensi pasar yang masih dapat digarap. Premi sebaiknya ditetapkan mengikuti hasil survei yaitu tidak lebih dari Rp5.000,00 per kapita per bulan, yang pembayarannya dilakukan dengan menggabungkan tagihan premi keluarga ke dalam tagihan bulanan listrik. Pemasaran sosial program JKSB perlu direncanakan secara seksama agar informasi mengenai konsep dan manfaat jaminan sosial ini diterima secara efektif oleh masyarakat. Program jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin perlu dikaji cakupan kepesertaannya karena banyak responden survei JKSB dengan keterbatasan finansial belum terjamin dalam program tersebut. Mekanisme *quality assurance* pelayanan kesehatan dalam skema JPK dan *good governance* administrasi penyelenggaraan sebaiknya juga dikembangkan untuk meningkatkan kepuasan dan status kesehatan peserta jaminan.

#### Ucapan Terima Kasih

Penelitian ini merupakan bagian dari pengembangan JPK Bali, dibiayai dari dana bantuan APBD I Provinsi Bali tahun 2006. Penulis mengucapkan terima kasih

kepada Dinas Kesehatan Provinsi Bali, khususnya Kepala Subdin Bina Kesehatan Masyarakat dan Kepala Seksi Jaminan Pembiayaan Kesehatan Masyarakat atas masukan dan dukungan dalam pelaksanaan kegiatan survei ini.

#### KEPUSTAKAAN

1. Nirmala Trisna. Pembiayaan Kesehatan Untuk Masyarakat Bali. *Harian Bali Post*. 28 Oktober 2005
2. Anonim. Sosialisasi Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin. Dinas Kesehatan Provinsi Bali (Seksi JPKM, Subdin Binkesmas). 2006.
3. Stevens, G., Seid, M., and Halfon, N. Enrolling Vulnerable, Uninsured But Eligible Children In Public Health Insurance: Association With Health Status and Primary Care Access. *Pediatrics*. 2006;117(4):e751-9.
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI). *Sistem Kesehatan Nasional*. Depkes RI, Jakarta. 2004.
5. Undang-Undang Dasar 1945 (Amandemen), pasal 34 ayat 2 dan 3
6. Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah, Bab III
7. Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Bab VI Pasal 19 28
8. Badan Pusat Statistik Provinsi Bali. *Bali Dalam Angka 2004/2005*. 2005.
9. Pedoman Administrasi Kepesertaan Askes Sosial. SK Direksi No. 204/Kep/0605 tanggal 3 Juni 2005. PT. Askes (Persero). Jakarta. 2005.