

## ANALISIS *WILLINGNESS TO PAY* TERHADAP IURAN BPJS KESEHATAN PADA PEKERJA SEKTOR INFORMAL DI KOTA SEMARANG

Cindy Purnama Hardika<sup>1✉</sup>, Evi Yulia Purwanti<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Departemen IESP Fakultas Ekonomika dan Bisnis  
Universitas Diponegoro

✉Email: [cindy.purnama95@gmail.com](mailto:cindy.purnama95@gmail.com)

### *Abstract*

*National Health Insurance (JKN) aims to ensure the health of all citizens to fulfill the basic needs that are carried out by BPJS Kesehatan. However, every year BPJS Kesehatan has a deficit. This is caused by the mismatch between costs and benefits received, adverse selection, weak regulation in controlling the level of utilization, and the unoptimal level of collectivity that due to the low ability and willingness to pay (ability and willingness to pay). To cover the ongoing deficit, the government established a policy of increasing premium to reduce financial risk as an effort to maintain the sustainability of the BPJS Kesehatan. The purpose of this study is to analyze the factors that influence willingness to pay (WTP) BPJS Kesehatan contributions, the influence of the contribution increase policy on nursing class choices, and to identify costs that are willing to be paid against BPJS Kesehatan contributions. The method that is used in this study is the Contingent Valuation Method (CVM). Data was obtained through an individual survey of 100 informal sector workers who were Non Wage Recipient Participants (PBPU) in Semarang City. The average of willingness to pay (WTP) premium for BPJS Kesehatan of informal sector workers Semarang City is 50,190. The factors that influence a person's willingness to pay for BPJS Kesehatan premium are the level of income, quality of health services, knowledge about health insurance, the level of education, and the number of family.*

*Keywords : BPJS Kesehatan, National Health Insurance, Contingent Valuation Methods, Willingness to Pay*

### PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Program ini bertujuan untuk menjamin kesehatan seluruh warga negara dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasar. Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan sekaligus investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa. BPJS Kesehatan memiliki tugas untuk menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh rakyat Indonesia. BPJS Kesehatan diharapkan dapat menyelenggarakan program jaminan sosial kesehatan yang berkualitas dan berkesinambungan. Namun, faktanya setiap tahun, defisit BPJS Kesehatan selalu mengalami kenaikan. Hal ini disebabkan oleh adanya *mismatch* antara biaya dan manfaat yang diterima, *adverse selection*, lemahnya regulasi dalam kendali tingkat utilisasi, serta potensi *fraud* yang

terjadi. Menurut kajian yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan, apabila iuran tidak mengalami perubahan, diperkirakan defisit yang terjadi di tahun 2024 mencapai Rp.77 Triliun. Penelitian yang dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, menemukan bahwa tingkat *willingness to pay* masyarakat yang rendah yang berdampak pada tingkat kolektibilitas iuran yang tidak optimal. Kelompok peserta yang “bertanggung jawab” terhadap hal ini adalah kelompok PBPU (Peserta Bukan Penerima Upah).

Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) merupakan peserta yang bekerja diluar hubungan kerja atau peraturan ketenagakerjaan secara umum. Peserta pada segmen ini dapat diartikan sebagai pekerja pada sektor informal. Kelompok Peserta Penerima Upah (PPU) memiliki sistem pembayaran iuran yang dibayarkan secara langsung melalui potongan upah yang diterima sesuai dengan biaya iurannya. Sementara, sistem pembayaran iuran peserta PBPU dilakukan secara pribadi melalui instansi-instansi pembayaran terkait, sehingga masyarakat memiliki pilihan untuk berpartisipasi atau tidak dalam JKN. BPJS Kesehatan Kantor Cabang Unit (KCU) Semarang tercatat mengalami defisit setiap bulannya. Hal ini disebabkan oleh adanya ketidaksesuaian antara jumlah biaya tunggakan dan biaya iuran peserta yang masuk. Berdasarkan informasi yang diperoleh, adapun tunggakan pada segmen ini pada tahun 2018 adalah sebesar Rp. 72.170.414.733 dan meningkat secara signifikan di tahun 2019 sebesar Rp. 104.297.294.041. Sebagian besar tunggakan dilakukan oleh peserta segmen PBPU. Pada tahun 2019 adapun jumlah peserta BPJS Kesehatan di Kota Semarang adalah sebesar 1.854.123 peserta, dan 323.360 peserta diantaranya merupakan peserta pada segmen PBPU. Kondisi BPJS Kesehatan yang terus menerus mengalami defisit mengharuskan pemerintah dalam penyesuaian iuran melalui kebijakan kenaikan iuran. Kebijakan ini menimbulkan pertanyaan mengenai bagaimana tingkat *willingness to pay* masyarakat terhadap iuran BPJS Kesehatan pada peserta segmen PBPU.

## TINJAUAN PUSTAKA

### Jaminan Kesehatan (*Healthcare*)

Kesehatan adalah hak asasi manusia yang intrinsik serta komponen utama dari pengentasan kemiskinan dan pembangunan sosial-ekonomi. Pembiayaan kesehatan adalah komponen mendasar dari kemampuan untuk mempertahankan sistem kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan manusia (Noor, Saperi, & Aljunid, 2019). Adapun alasan mengapa jaminan kesehatan dibutuhkan adalah adanya ketidakpastian (*uncertainty*) di masa yang akan datang. Orang tidak tahu kapan mereka akan sakit atau perawatan medis apa yang akan mereka butuhkan, pengeluaran untuk perawatan kesehatan tidak dapat diprediksi. Ketidakpastian, dan bagaimana orang menanggapi, adalah alasan utama mengapa kita memerlukan asuransi kesehatan. Dalam hal ini pemerintah hadir untuk menyediakan dan menjamin kesehatan sebagai salah satu kebutuhan dasar (*basic needs*) manusia. Jaminan Kesehatan ditandai dengan karakteristik antara lain : keanggotaan bersifat wajib, setidaknya untuk sebagian besar populasi, pendaftaran terbuka, dan penilaian masyarakat, yaitu, suatu skema untuk membebaskan premi yang berkaitan dengan risiko individu. Dari sudut pandang normatif, jaminan kesehatan dapat dipertahankan

dengan alasan efisiensi dan kesetaraan, sedangkan ekonomi positif berupaya menjelaskan keberadaannya di negara-negara demokrasi berdasarkan model pilihan publik (Zweifel, 2007). Adapun justifikasi lain mengenai asuransi kesehatan sosial adalah adanya "prinsip solidaritas", yang berkaitan dengan pencapaian kesetaraan kesempatan. Dalam asuransi kesehatan swasta, perbedaan-perbedaan dalam risiko ini diterjemahkan ke dalam perbedaan biaya premi. Sehingga orang-orang memiliki risiko kesehatan yang tinggi akan cenderung membayar lebih mahal dibandingkan orang-orang dengan risiko kesehatan yang rendah.

Pasar asuransi kesehatan tidak terlepas dari kegagalan pasar, sehingga intervensi pemerintah diperlukan. Adapun masalah yang terjadi dalam pasar layanan kesehatan menurut Stiglitz (2000) antara lain :

1. *Asymmetric Information* merupakan situasi di mana beberapa agen dalam perdagangan memiliki informasi sementara agen lain yang terlibat dalam perdagangan yang sama tidak memiliki informasi (Frankel, 1999). Dalam kasus asuransi kesehatan hal yang biasanya terjadi adalah perusahaan asuransi memiliki pengetahuan tentang biaya dan manfaat dari suatu pelayanan kesehatan dibandingkan para pembeli asuransi.
2. *Adverse Selection* merupakan situasi di mana partisipasi pasar dipengaruhi oleh informasi asimetris. Ketika pihak-pihak yang terlibat memiliki informasi yang berbeda, hal ini dikenal sebagai keadaan informasi asimetris. Pihak dengan informasi privat yang lebih baik tentang kualitas dari sebuah produk akan berpartisipasi secara selektif karena akan menguntungkan mereka, dengan mengorbankan pihak lainnya. Dalam kasus asuransi kesehatan, biasanya orang-orang yang memiliki kondisi kesehatan yang "*high-risk*" cenderung membeli asuransi lebih banyak dan bersedia membayarkan premi yang lebih tinggi dibandingkan orang lain dengan kondisi kesehatan "*low-risk*".
3. *Third Party Payments* merupakan pihak yang membayar klaim medis atas nama tertanggung. Contoh-contoh pembayar pihak ketiga termasuk lembaga pemerintah, perusahaan asuransi, organisasi pemeliharaan kesehatan, dan pengusaha. Karena adanya asuransi, baik pihak pelayanan kesehatan (dalam hal ini rumah sakit), maupun penerima manfaat (dalam hal ini adalah peserta asuransi) tidak memiliki insentif untuk menekan biaya yang dikeluarkan. Para pasien (peserta asuransi) mengevaluasi *benefit* yang diperoleh dari suatu prosedur medis hanya dengan melihat sebagian kecil biaya prosedur yang harus dibayarkan diluar tanggungan asuransi. Dalam hal ini pihak ketigalah yang akan membayar selisih antara harga yang dibayar pasien dan yang harusnya diterima oleh rumah sakit.
4. *Moral Hazard* adalah kondisi ketika seseorang memiliki asuransi untuk menutupi pengeluaran mereka untuk perawatan kesehatan, mereka memiliki lebih sedikit insentif untuk terlibat dalam perilaku yang akan menjaga pengeluaran itu ke tingkat yang wajar (Meyer, 2016).

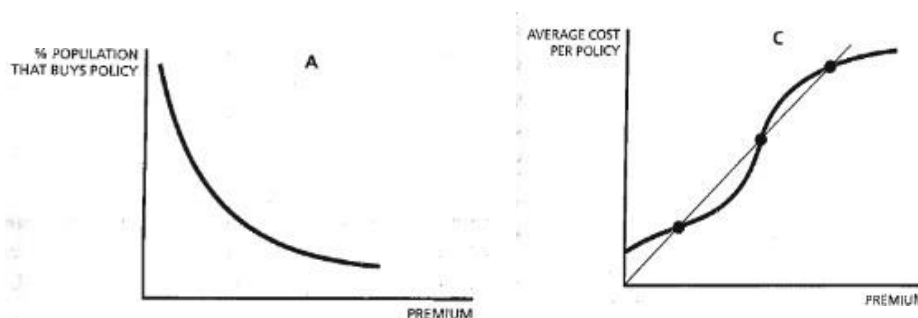
### **Permintaan dan Penawaran Asuransi Kesehatan**

Stiglitz (2000) mengemukakan bahwa dalam teori keseimbangan pasar, harga merupakan salah satu faktor utama yang mempengaruhi permintaan seseorang terhadap suatu barang/jasa. Hal ini juga berlaku dalam pasar asuransi kesehatan.

Ketika premi asuransi mengalami kenaikan, presentase populasi yang membayar asuransi akan menurun. Karena adanya situasi *adverse selection*, mereka yang tidak terlalu membutuhkan asuransi (*low risk*) akan keluar dari pasar asuransi. Pada akhirnya, pengeluaran rata-rata perusahaan meningkat pada saat premi asuransi meningkat. Dalam penawaran asuransi kesehatan, perusahaan selalu mencoba untuk meningkatkan “kualitas” asuransi dalam mereduksi ataupun menyelesaikan permasalahan *adverse selection*. Perusahaan asuransi melakukannya melalui beberapa cara diantaranya :

1. Perusahaan tidak akan menyediakan asuransi untuk orang yang memiliki riwayat kesehatan yang buruk.
2. Perusahaan mengenakan batasan untuk tingkat penanganan atau tanggungan.
3. Perusahaan berkonstentrasi untuk mengasuransikan kelompok masyarakat dengan resiko kesehatan yang kecil.

**Gambar 1**  
**Kurva Permintaan Asuransi Kesehatan**



Sumber : Stiglitz (2000)

Gambar 1 menunjukkan keseimbangan pasar, dimana premi asuransi setara dengan pembayaran rata-rata. Pada gambar kurva di atas terdapat lebih dari satu titik ekuilibrium, dimana pada keseimbangan harga tinggi, orang yang terasuransi relatif sedikit. Sedangkan pada harga yang rendah, jumlah orang-orang yang terasuransi akan lebih tinggi.

### Sektor Informal

Menurut ILO (2013) sektor informal mengacu pada produksi dan lapangan pekerjaan pada perusahaan yang tidak terdaftar secara resmi, dan memfokuskan pada pekerjaan diluar peraturan perlindungan tenaga kerja setempat. Pekerjaan informal terdiri dari pekerja yang hubungan kerjanya tidak tunduk pada aturan ketenagakerjaan, perpajakan, perlindungan sosial, atau hak-hak pekerja sebagaimana yang lazim ditentukan (pemecatan dengan pemberitahuan sebelumnya, pesangon, cuti tahunan atau sakit dengan hak penuh, dll), wirausaha, dan anggota koperasi/perhimpunan dalam unit produksi informal, seluruh pekerja keluarga (tak dibayar); dan orang-orang yang terlibat dalam produksi barang untuk penggunaan akhir sendiri.

### **Willingness To Pay (WTP)**

*Willingness to pay* merupakan nilai ekonomi yang diartikan sebagai pengukuran jumlah maksimum seseorang berkeinginan mengorbankan barang dan jasa untuk memperoleh barang dan jasa lainnya (Noor, Saperi, & Aljunid, 2019). Kesiediaan untuk membayar (WTP) adalah konsep yang digunakan digunakan untuk menginformasikan keputusan kebijakan di sektor publik secara umum, dan secara khusus pada sektor kesehatan dalam penelitian ini. *Willingness to pay* (WTP) yang dimaksud adalah besarnya biaya maksimum yang mau dibayarkan seseorang untuk kesehatan. Analisis WTP menggunakan pendekatan yang di dasarkan pada persepsi peserta mengenai biaya pelayanan kesehatan. Russell, Fox-rushby, & Arhin (1995) menyatakan terdapat 3 Faktor yang mempengaruhi WTP dalam pelayanan kesehatan, yaitu :

1. dari pihak produsen, yaitu produksi jasa kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit,
2. dari pihak konsumen, yaitu utilitas peserta pengguna jasa kesehatan terhadap pelayanan yang diberikan.
3. dari sarana dan prasarana, yaitu kualitas serta kuantitas yang diberikan oleh Rumah Sakit.

### **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan *Contingent Valuation Method* (CVM). Metode Valuasi Kontingensi merupakan cara perhitungan secara langsung, dalam hal ini langsung menanyakan kesiediaan untuk membayar (*willingness to pay*, WTP) kepada masyarakat dengan preferensi individu menilai benda publik yang penekanannya pada standar nilai uang (R. Alias, A.R. Khalid & Y. Rusli, 2011). Menurut Percoco (2010) nilai ekonomi suatu benda publik dapat diukur melalui konsep WTP. Tujuan dari CVM adalah untuk menghitung nilai barang yang mendekati nilai sebenarnya. Menurut Hanley dan Spash (1993), implementasi CVM dapat dipandang menjadi enam tahap pekerjaan, yaitu membangun pasar hipotesis, memunculkan nilai tawaran, menghitung dugaan nilai rata-rata WTP, menduga kurva nilai tawaran dengan menggunakan regresi linear berganda (OLS), menjumlahkan data dan mengevaluasi penggunaan CVM. Metode *contingent valuation* penerapannya dengan menggunakan teknik survei sehingga disebut metode survei *contingent valuation*, dilakukan dengan memberikan daftar kuisisioner atau daftar pertanyaan kepada responden tersampling. Adapun kriteria responden dalam penelitian ini antara lain, responden merupakan penduduk usia kerja, responden merupakan tenaga kerja sektor informal, dan responden merupakan peserta terdaftar BPJS Kesehatan pada segmen PBPU.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh peserta pada segemen PBPU (Peserta Bukan Penerima Upah) BPJS Kesehatan Kota Semarang yang merupakan pekerja pada sektor informal. Berdasarkan data BPJS Kesehatan Kota Semarang, adapun jumlah seluruh peserta segmen PBPU adalah sebesar 323.360 peserta pada tahun 2019, yang selanjutnya menjadi dasar dalam penentuan sampel. Penentuan jumlah sampel ditentukan dengan menggunakan rumus Slovin dengan tingkat toleransi kesalahan sebesar 0,1, yang berarti tingkat akurasi untuk mewakili populasi adalah sebesar 90 persen. Hasil perhitungan sampel dengan menggunakan rumus Slovin adalah 99,97 responden, dan dibulatkan menjadi 100 responden. Untuk memperoleh 100 responden, penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan

teknik *purposive sampling* dimana peneliti memungkinkan untuk memilih sampel berdasarkan pertimbangan tentang karakteristik yang cocok dalam penelitian ini. Hal yang menjadi pertimbangan dalam menentukan sampel pada penelitian ini adalah berdasarkan nilai rasio terbesar antara jumlah pekerja sektor informal dan jumlah penduduk pada tahun 2018 menurut data terakhir yang dipublikasikan oleh Badan Pusat Statistik Kota Semarang. Dalam penelitian ini, wilayah yang akan menjadi sampel penelitian merupakan 6 kecamatan di Kota Semarang yang mewakili kecamatan lain berdasarkan letak geografis yang berdekatan dengan nilai rasio tertinggi. Hal ini dilakukan agar setiap kecamatan yang berdekatan dapat direpresentasikan melalui kecamatan lain dengan rasio jumlah pekerja sektor informal dan jumlah penduduk yang lebih besar, yakni Kecamatan Tembalang, Genuk, Semarang Timur, Mijen, Gajahmungkur dan Tugu.

Variabel dalam penelitian ini mencakup variabel dependen, yaitu *willingness to pay*, dan variabel independen, yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, status pernikahan, jumlah tanggungan keluarga, rata-rata biaya kesehatan perbulan, kualitas layanan kesehatan, dan pengetahuan mengenai asuransi kesehatan.

1. *Willingness to Pay (WTP)*  
*Willingness to Pay* dalam penelitian ini adalah biaya premi BPJS Kesehatan per orang yang bersedia dibayarkan oleh responden setiap bulan. Variabel tersebut dihitung dengan satuan nominal Rupiah (Rp). Biaya yang bersedia dibayarkan diperoleh melalui metode *payment card* dengan kisaran biaya yang menggambarkan kemauan seseorang dalam membayar dengan basis biaya iuran yang sudah mengalami kenaikan iuran.
2. Usia (*Age*)  
Usia merupakan ukuran masa hidup responden sejak lahir hingga saat ini. Variabel ini diukur dengan satuan Tahun.
3. Jenis Kelamin (*Male*)  
Jenis kelamin responden merupakan pertanyaan apakah responden berjenis kelamin laki-laki atau perempuan. Dalam penelitian ini, responden berjenis kelamin perempuan bernilai 0, sedangkan responden dengan jenis kelamin laki-laki bernilai 1.
4. Tingkat Pendidikan (*Edu*)  
Pendidikan dalam penelitian ini diukur melalui lama tahun sukses sekolah yang ditempuh oleh responden. Variabel ini diukur melalui satuan Tahun.
5. Tingkat Pendapatan (*Income*)  
Dalam penelitian ini *income* adalah keseluruhan pendapatan keluarga yang diperoleh dari bekerja (*labor income*) maupun pendapatan lainnya (*non labor income*). Variabel ini diukur dengan satuan nominal Rupiah (Rp).
6. Status Pernikahan (*Marital*)  
*Marital Status* diukur melalui status responden, apakah responden sudah menikah atau belum/tidak menikah. Dalam penelitian ini, responden yang belum/tidak menikah bernilai 0, sedangkan responden yang sudah menikah bernilai 1.



7. Jumlah Tanggungan Keluarga (*Family*)  
Variabel jumlah tanggungan keluarga diukur melalui jumlah anggota keluarga yang ditanggung oleh responden dalam menanggung iuran BPJS Kesehatan (termasuk responden itu sendiri).
8. Rata-Rata Biaya Kesehatan Perbulan (HEX)  
Merupakan perkiraan rata-rata biaya kesehatan per orang sesuai dengan jumlah tanggungan keluarga (termasuk responden) yang dikeluarkan untuk membiayai layanan kesehatan tanpa adanya BPJS Kesehatan setiap bulan. Variabel ini diukur dengan satuan nominal Rupiah (Rp).
9. Kualitas Layanan Kesehatan (*Quality*)  
Kualitas Layanan Kesehatan merupakan preferensi responden terhadap kualitas layanan kesehatan yang diterima sebagai peserta BPJS Kesehatan. Adapun indikator yang digunakan dalam mengukur kualitas layanan kesehatan, yakni :
  - arti keberadaan fasilitas kesehatan bagi responden;
  - kondisi fasilitas kesehatan;
  - kinerja tenaga kesehatan;
  - ketanggapan dan ketepatan tindakan pelayanan;
  - kesesuaian biaya (*cost*) dan manfaat (*benefit*) yang diterima.
10. Pengetahuan Mengenai Asuransi Kesehatan (*Knowledge*)  
Variabel ini merupakan ukuran tingkat pemahaman/pengetahuan responden mengenai informasi asuransi kesehatan, dalam hal ini adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan. Berikut indikator yang digunakan dalam mengukur pengetahuan mengenai asuransi kesehatan :
  - peraturan dalam JKN dan BPJS Kesehatan
  - tujuan dan manfaat JKN dan BPJS Kesehatan;
  - cakupan layanan dan kepesertaan;
  - sistem pembayaran iuran.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Dampak Perubahan Iuran BPJS Kesehatan

Terhitung sejak tanggal 1 Januari 2020, pemerintah sepakat untuk menaikkan iuran BPJS Kesehatan. Kenaikan iuran ini menuai banyak sekali komentar masyarakat. Karena kenaikan ini dirasa cukup signifikan oleh masyarakat, khususnya peserta BPJS Kesehatan PBP. Masyarakat menilai kebijakan kenaikan iuran ini sungguh memberatkan dan cukup signifikan menambah beban finansial mereka. Berikut Tabel 1 mempresentasikan perubahan biaya iuran BPJS Kesehatan.

**Tabel 1**  
**Perubahan Biaya Iuran BPJS Kesehatan**

| Kelas     | Tarif Lama<br>(Rupiah) | Tarif Baru<br>(Rupiah) | Kenaikan<br>(%) |
|-----------|------------------------|------------------------|-----------------|
| Kelas I   | 80.000                 | 160.000                | 100             |
| Kelas II  | 51.000                 | 110.000                | 116             |
| Kelas III | 25.500                 | 42.000                 | 65              |

Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, 2019

Kebijakan kenaikan iuran ini menyebabkan masyarakat memindahkan kelas perawatan pada kelas yang lebih rendah dengan harapan biaya yang lebih rendah. Per Januari 2020, sudah tercatat hampir 800.000 peserta pindah ke kelas yang lebih rendah, dan rata-rata memilih untuk pindah ke Kelas III atau kelas terendah. Tercatat sebanyak 792.853 peserta sudah pindah kelas perawatan. 96.735 peserta diantaranya turun dari kelas I ke Kelas II, sebanyak 188.088 peserta turun dari Kelas I ke Kelas III, dan selebihnya sebanyak 508.031 peserta turun dari Kelas II ke Kelas III. Sebagian besar peserta dari seluruh responden memilih untuk pindah ke kelas yang lebih rendah dan hanya sebagian kecil yang memilih untuk tetap pada kelas sebelum kebijakan kenaikan iuran ditetapkan. Sebanyak 53 responden merupakan peserta tanpa perubahan kelas dengan sebagian besar responden berada pada Kelas III. Setelah kebijakan kenaikan iuran ditetapkan, sebanyak 47 responden memilih untuk pindah ke kelas yang lebih rendah. Dan sebagian peserta, yakni sebanyak 35 orang pindah ke kelas terendah, atau Kelas III. Kebijakan ini terbilang cukup memberatkan bagi seluruh peserta BPJS Kesehatan. Namun, kebijakan ini membuat peserta Kelas III merasakan bahwa mereka adalah pihak yang paling terdampak, karena tidak memiliki pilihan untuk pindah ke kelas yang lebih rendah lagi.

#### **Willingness to Pay (WTP) Iuran BPJS Kesehatan**

Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, adanya kebijakan kenaikan iuran membuat hampir 800.000 peserta pindah ke kelas yang lebih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa biaya asuransi kesehatan itu sendiri juga mempengaruhi keputusan seseorang dalam membayar iuran.

**Tabel 2**  
**Rata-Rata Nilai WTP Dihitung Berdasarkan Kelas**

| <b>WTP Sebelum Kenaikan Iuran</b> |            |
|-----------------------------------|------------|
| Kelas I                           | Rp. 73.600 |
| Kelas II                          | Rp. 56.629 |
| Kelas III                         | Rp. 32.283 |

*Sumber : Data Primer Diolah*

Rata-rata nilai WTP seluruh responden dalam penelitian ini ditemukan sebesar Rp.50.190. Tabel 2 menunjukkan nilai WTP setiap kelas perawatan. Penelitian ini menemukan hal yang menarik, yakni nilai WTP pada Kelas I berada dibawah harga premi awal BPJS Kesehatan, yakni sebesar Rp.80.000 (sebelum terjadinya kenaikan iuran). Berdasarkan Tabel 2, diketahui bahwa besaran kemauan membayar seseorang terhadap iuran BPJS Kesehatan secara signifikan lebih rendah dibandingkan dengan biaya yang telah ditetapkan saat ini.

**Tabel 3**  
**Komposisi Kualitas Layanan Kesehatan Menurut Kelas Perawatan**

| <b>Kelas Perawatan</b> | <b>Kualitas Layanan Kesehatan</b> |
|------------------------|-----------------------------------|
| Kelas I                | 2,72                              |
| Kelas II               | 2,82                              |
| Kelas III              | 2,93                              |

*Sumber : Data Primer Diolah*



Adapun hal yang menyebabkan rendahnya nilai WTP di Kelas I adalah preferensi responden mengenai manfaat layanan kesehatan yang diukur melalui nilai kualitas pelayanan kesehatan seperti yang sudah dibahas sebelumnya (Tabel 4). Penelitian ini menunjukkan bahwa semakin tinggi kelas perawatan, maka semakin rendah nilai yang diberikan responden mengenai kualitas layanan kesehatan yang diterima. Hal ini disebabkan karena semakin tinggi kelas perawatan maka biaya yang dibayarkan responden lebih tinggi, sehingga ekspektasi mengenai kualitas layanan kesehatan yang akan diterima juga cenderung lebih tinggi.

### Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Willingness to Pay* (WTP)

Analisis regresi merupakan suatu alat analisis untuk mengetahui pengaruh variabel bebas terhadap variabel tak bebas yang dinyatakan dalam koefisien regresi. Analisis regresi linier berganda menunjukkan hubungan sebab akibat antara variabel independen (variabel eksogen) yang merupakan penyebab dari variabel dependen (variabel endogen) yang merupakan akibat. Analisis regresi linier berganda digunakan untuk menguraikan pengaruh variabel-variabel yang menjelaskan (*eksogen*) yang mempengaruhi variabel bebasnya (*endogen*). Adapun model yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

$$\text{LnWTP} = \alpha + \beta_1 \text{LnAge} + \beta_2 \text{Male} + \beta_3 \text{LnEdu} + \beta_4 \text{LnIncome} + \beta_5 \text{Marital} + \beta_6 \text{LnFamily} + \beta_7 \text{LnHEX} + \beta_8 \text{LnQuality} + \beta_9 \text{LnKnowledge} + e \quad (1)$$

Dimana :

- $\alpha$  = konstanta
- $\beta$  = parameter/koefisien regresi
- $\text{LnAge}$  = usia
- $\text{Male}$  = jenis kelamin
- $\text{LnEdu}$  = tingkat pendidikan
- $\text{LnIncome}$  = tingkat pendapatan
- $\text{Marital}$  = status pernikahan
- $\text{LnHEX}$  = rata-rata biaya kesehatan perbulan
- $\text{LnFamily}$  = jumlah tanggungan keluarga
- $\text{LnQuality}$  = kualitas layanan kesehatan, dan
- $\text{LnKnowledge}$  = pengetahuan mengenai layanan kesehatan

Dalam melakukan analisis regresi linear berganda dengan menggunakan OLS, maka pengujian model terhadap asumsi klasik harus dilakukan, yakni untuk meyakinkan bahwa nilai estimasi yang diperoleh bersifat BLUE (*Best Linear Unbiased Estimator*). Menurut Gujarati dan Porter (2012), model penelitian secara teoritis akan menghasilkan nilai parameter penduga yang tepat apabila telah memenuhi deteksi asumsi klasik dalam regresi. Model dalam penelitian ini telah dinyatakan lolos uji asumsi klasik, sehingga model sudah bersifat BLUE (*Best Linear Unbiased Estimator*). Setelah model lolos uji asumsi klasik, berikut hasil estimasi parameter regresi yang disajikan pada Tabel 4.

**Tabel 4**  
**Hasil Estimasi Parameter Regresi**  
**Variabel Dependen : Willingness to Pay**  
**(WTP)**

| Variabel           | Koefisien | t-Statistik |
|--------------------|-----------|-------------|
| C                  | 0.2850    | 0.2023      |
| AGE                | 0.0003    | 0.0034      |
| MALE               | -0.0365   | -0.6848     |
| EDU                | -0.1531   | -2.9323*    |
| INCOME             | 0.6860    | 9.7622*     |
| MARITAL            | -0.1161   | -1.3902     |
| FAMILY             | -0.4541   | -7.6090*    |
| HEX                | -0.0236   | -0.4003     |
| QUALITY            | 0.5271    | 3.5260*     |
| KNOWLEDGE          | 0.3444    | 2.9037*     |
| N                  | 100       |             |
| R-squared          | 0.6669    |             |
| F-statistic        | 20.0243   |             |
| Prob (F-statistic) | 0.0000    |             |
| Durbin-Watson Stat | 2.2252    |             |

Ket. \* : signifikan pada level 5%

Sumber : Data Primer Diolah

Tingkat pendidikan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap WTP. Hal ini menunjukkan bahwa nilai WTP iuran BPJS Kesehatan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan, maka semakin rendah pula nilai WTP. Hasil ini tidak sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin sadar akan pentingnya kesehatan, dan penelitian yang dilakukan oleh Basaza et al (2019), dimana semakin tinggi tingkat pendidikan, maka semakin besar nilai WTP. Adapun justifikasi mengapa tingkat pendidikan memiliki pengaruh negatif terhadap WTP iuran BPJS Kesehatan yakni karena adanya fenomena *adverse selection*. *Adverse Selection* merupakan situasi di mana partisipasi pasar dipengaruhi oleh informasi yang asimetris. Informasi asimetris (*asymmetric information*) merupakan situasi ketika pihak-pihak yang terlibat memiliki informasi yang berbeda (Stiglitz, 2000). Pihak dengan informasi privat yang lebih baik tentang kualitas dari sebuah produk akan berpartisipasi secara selektif karena akan menguntungkan mereka, dengan mengorbankan pihak lainnya. Responden dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi lebih memperoleh informasi mengenai manfaat yang mereka terima. Apabila manfaat yang mereka terima tidak begitu menguntungkan bagi responden, kemauan responden dalam membayar iuran juga akan menjadi rendah.

Pendapatan merupakan suatu indikator yang dapat mengukur daya beli masyarakat terhadap suatu barang ataupun jasa dalam upaya pemenuhan kebutuhan, termasuk asuransi kesehatan. Hasil ini sejalan dengan teori dimana semakin tinggi tingkat pendapatan maka kemampuan dan kemauan untuk membayar asuransi kesehatan akan semakin tinggi pula. Tingkat pendapatan berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap kemauan membayar premi BPJS Kesehatan. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aryani & Muqorrobin (2013) memperoleh

hasil yang sama, dimana tingkat pendapatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap *willingness to pay* (WTP) peserta jaminan kesehatan. Penelitian Bärnighausen et al (2007) dan Basaza et al (2019) juga menunjukkan hal yang sama, dimana tingkat pendapatan memiliki hubungan positif dan berpengaruh secara signifikan terhadap WTP.

Penelitian ini menemukan bahwa jumlah tanggungan keluarga berpengaruh negatif dan signifikan terhadap WTP iuran BPJS Kesehatan, sehingga semakin besar jumlah tanggungan keluarga, maka semakin rendah WTP iuran BPJS Kesehatan. Hasil penelitian sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Akande, Salaudeen, & Babatunde (2011) yang menemukan hasil yang sama, dimana semakin besar jumlah anggota keluarga, maka seseorang akan semakin menurunkan WTP, karena jumlah iuran yang harus dibayar semakin besar. Lofgren (2008) menyatakan bahwa jumlah anggota keluarga memengaruhi persepsi keluarga terhadap risiko dan besarnya kerugian. Jumlah anggota keluarga semakin banyak menyebabkan semakin besar risiko sakit. Apabila risiko sakit semakin meningkat, maka semakin besar pula kerugian finansial yang mungkin akan dialami.

Kualitas layanan kesehatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap nilai WTP iuran BPJS Kesehatan. Dalam hal ini, semakin baik kualitas pelayanan kesehatan yang diterima masyarakat selama menggunakan kepesertaan BPJS Kesehatan, maka seseorang memiliki kemauan membayar yang lebih besar pula terhadap premi BPJS Kesehatan. Hasil ini didukung pula dengan penelitian yang dilakukan oleh Aryani & Muqorrobin (2013), bahwa semakin baik kualitas layanan akan meningkatkan keinginan membayar pelanggan atas layanan yang diterimanya. Pelayanan adalah semua upaya yang dilakukan sebuah perusahaan jasa untuk memenuhi keinginan pelanggannya dengan jasa yang akan diberikan. Kualitas pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan jika jasa yang diterima atau dirasakan sesuai dengan yang diharapkan, jika jasa yang diterima melampaui harapan konsumen, maka kualitas pelayanan dipersepsikan sangat baik dan berkualitas.

Hasil dalam penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan mengenai asuransi kesehatan (BPJS Kesehatan) memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap kemauan membayar iuran BPJS Kesehatan, sehingga semakin baik pengetahuan seseorang mengenai asuransi kesehatan, maka semakin besar pula WTP iuran BPJS Kesehatan. Pengetahuan mengenai asuransi kesehatan merupakan suatu ukuran tingkat pemahaman seseorang terhadap informasi mengenai asuransi kesehatan. Pengetahuan mengenai asuransi kesehatan pada umumnya mempengaruhi kemauan seseorang untuk ikut berpartisipasi terhadap asuransi kesehatan. Hasil dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian Oktora (2018), dimana pengetahuan tentang asuransi kesehatan berkorelasi positif dengan WTP terhadap asuransi kesehatan.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada responden pekerja sektor informal yang merupakan peserta BPJS Kesehatan pada segmen PBP (Peserta Bukan Penerima Upah) di Kota Semarang, dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Tingkat pendapatan, kualitas layanan kesehatan, dan pengetahuan mengenai layanan kesehatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap WTP iuran BPJS Kesehatan. Tingkat pendidikan dan jumlah tanggungan keluarga berpengaruh negatif dan signifikan terhadap WTP iuran BPJS Kesehatan. Sedangkan usia, jenis kelamin, status pernikahan, dan rata-rata biaya

- kesehatan perbulan tidak berpengaruh signifikan terhadap WTP iuran BPJS Kesehatan.
2. Kebijakan kenaikan iuran menyebabkan sebanyak 47 dari 100 responden yang memilih untuk pindah ke kelas perawatan yang lebih rendah, dan sebagian besar memilih untuk pindah ke kelas yang paling rendah, yakni pada Kelas III. Dari 47 responden, sebanyak 12 responden pindah dari Kelas I ke Kelas II, 3 responden pindah dari Kelas I ke Kelas III, dan sebanyak 32 responden pindah dari Kelas II ke Kelas III.
  3. Rata-rata kemauan membayar (WTP) iuran BPJS Kesehatan pada pekerja sektor informal dalam hal ini adalah peserta PBPU di Kota Semarang adalah sebesar Rp.50.190. Adapun nilai WTP iuran BPJS Kesehatan adalah sebesar Rp.73.600 pada Kelas I, Rp.56.629 pada Kelas II, dan Rp.32.283 pada Kelas III.

### SARAN

Berikut saran yang dapat diberikan berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh :

1. Tingkat pendapatan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kemauan seseorang dalam membayar iuran BPJS Kesehatan. Penelitian ini juga mendukung pernyataan BPJS Kesehatan, dimana rendahnya tingkat kolektibilitas iuran disebabkan oleh kemauan membayar (*willingness to pay*) masyarakat yang rendah. Sehingga berdasarkan hal ini, pemerintah perlu meninjau kembali besaran kenaikan iuran BPJS Kesehatan, karena nilai WTP yang ditemukan lebih rendah dari besaran iuran yang ditetapkan saat ini.
2. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang pada umumnya akan semakin meningkatkan nilai WTP iuran BPJS Kesehatan. Namun hasil yang berbeda ditemukan dalam penelitian ini dimana semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan semakin rendah nilai WTP iuran BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh adanya permasalahan *adverse selection*. Berdasarkan hal ini, pemerintah perlu menempuh kebijakan dalam upaya mereduksi permasalahan *adverse selection*.
3. Kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kemauan seseorang dalam membayar iuran BPJS Kesehatan, sehingga dalam hal ini pihak penyedia pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, dan klinik memiliki peran yang cukup besar. Evaluasi dan peningkatan mutu pelayanan yang selama ini diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan penting untuk dilakukan. Hal ini sangat diperlukan dalam rangka menyelenggarakan pelayanan yang adil dan prima kepada seluruh masyarakat serta untuk meningkatkan kemauan seseorang dalam membayar iuran BPJS Kesehatan.
4. Untuk penelitian selanjutnya, sebaiknya dilakukan perluasan cakupan wilayah. Perluasan cakupan wilayah ini dapat dilakukan agar memperoleh hasil yang lebih baik lagi untuk menggambarkan kondisi wilayah/daerah lainnya secara lebih menyeluruh dan dilakukan dengan metode yang berbeda untuk mengestimasi nilai WTP, karena memungkinkan terjadinya bias dalam penelitian dengan menggunakan *Contingent Valuation Method* (CVM).

### DAFTAR PUSTAKA

Akande, T., Salaudeen, A., dan Babatunde, O. 2011. *The Effects of National Health*

- Insurance Scheme on Utilization of Health Services at Unilorin Teaching Hospital staff clinic, Ilorin, Nigeria.* Health Science Journal, 5(2), 98–106.
- Aryani, M., dan Muqorrobin, M. 2013. *Determinan Willingness To Pay (Wtp) Iuran Peserta Bpjs Kesehatan.* Jurnal Ekonomi & Studi Pembangunan., 14(1), 44–57.
- Bärnighausen, T., Liu, Y., Zhang, X., dan Sauerborn, R. 2007. *Willingness to Pay for Social Health Insurance Among Informal Sector Workers in Wuhan, China: A Contingent Valuation Study.* BMC Health Services Research, 7, 1–16.
- Basaza, R., Kyasiimire, E. P., Namyalo, P. K., Kawooya, A., Nnamulondo, P., dan Alier, K. P. 2019. *Willingness to pay for Community Health Insurance Among Taxi Drivers in Kampala City, Uganda: A Contingent Valuation.* Risk Management and Healthcare Policy, Volume 12, 133–143.
- Chiam Chooi Chiam, R. Alias, A.R. Khalid dan Y. Rusli. 2011. *Contingent Valuation Method: Valuing Cultural Heritage*, Singapore Economic Review Conference (SERC).
- Frankel, J.A. 1999. *Country Funds and Asymmetric Information*, The World Bank Policy Research Working Papers.
- Gujarati, Damodar N, dan Dawn C. Porter. 2012. *Dasar–Dasar Ekonometrika.* Jakarta: Salemba Empat.
- Hanley, N. and C. L. Spash. 1993. *Cost-Benefit Analysis and Environmental*, England : Edward Elgar Publishing.
- International Labor Organization. 2013. *Tren Ketenagakerjaan dan Sosial di Indonesia*, Jakarta.
- Lofgren, C., Thanh, N. X., Chuc, N. T. K., Emmelin, A., dan Lindholm, L. 2008. *People's Willingness to Pay for Health Insurance in Rural Vietnam.* Journal of Cost Effectiveness and Resource Allocation, 6, 1–16.
- Meyer, D. J. 2016. *The Economics of Healthcare*, Michigan : W.E. Upjohn Institute.
- Noor, A. A., Saperi, S., dan Aljunid, S. M. 2019. *The Malaysian Community 's Acceptance and Willingness to Pay for a National Health Financing Scheme.* Journal of Public Health, 175, 129–137.
- Percoco, M. 2010. *Contingent Valuation.* A Dictionary of Transport Analysis, 84–86.
- Russell, S., Fox-rushby, J., dan Arhin, D. 1995. *Willingness and Ability to Pay for Healthcare: A Selection of Methods and Issues.* Health Policy and Planning, 10(1), 94–101.
- Stiglitz, J. 2000. *Economics of the Public Sector*, New York : W.W Norton & Company.
- Zweifel, P. 2007. *The Theory of Social Health the essence of knowledge The Theory of Social Health Insurance In Foundations and Trends in Microeconomics*, Hanover : Now Publisher, Inc.