

BAB I

PENDAHULUAN

1. 1. Latar Belakang

Dalam melakukan kegiatan sehari-hari kita tidak pernah lepas dari yang namanya resiko. Contohnya saat ini kita dalam keadaan sehat, suatu hari kita bisa jatuh sakit, begitu juga dengan aset dan barang yang kita miliki. Resiko yang terjadi akan memiliki dampak keuangan yang lebih tinggi. Keuangan yang kita keluarkan atas resiko ini dapat disebut dengan resiko finansial. Resiko ini mengakibatkan biaya yang dikeluarkan jauh lebih tinggi dari pada dana atau keuangan yang sudah disiapkan untuk keadaan darurat. Dengan adanya asuransi resiko ini dapat diminalisir dengan biaya resiko yang dialihkan ke pihak ketiga yakni perusahaan asuransi. Jadi, saat terjadi resiko biaya yang dikeluarkan akan ditanggung oleh penyedia asuransi.

Metode pemindahan resiko berarti seseorang dapat memindahkan dampak kerugian yang ada jika resiko tersebut muncul, sehingga kerugian yang muncul nantinya tidak mempengaruhi kegiatan atau kondisi keuangannya. Cara pemindahan resiko ini disebut *Risk Transfer Mechanism*. Namun demikian, keberadaan dari asuransi bukan berarti menghilangkan resiko, melainkan memberikan proteksi atas kerugian keuangan apabila resiko yang belum tentu (*Uncertainty Risk*) tersebut terjadi.

Di Indonesia Penyediaan layanan kesehatan adalah hak yang wajib dipenuhi oleh pemerintah untuk kepentingan kesejahteraan masyarakat Indonesia. Tercantum pada UUD 1945 Pasal 28H (1) bahwa "Setiap orang berhak hidup



sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan” serta Pasal 34 (3) UUD 1945 yaitu “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”. Pemerintah memiliki kewajiban untuk memberikan penyediaan layanan kesehatan yang dibutuhkan oleh seluruh masyarakat Indonesia. Penyediaan layanan kesehatan dapat berupa penyediaan fasilitas kesehatan yang lengkap, biaya pengobatan yang terjangkau serta kualitas pelayanan yang baik.

Program pemerintah dalam menjamin penyediaan layanan kesehatan dilaksanakan melalui Jaminan Kesehatan Nasional disingkat JKN bertujuan memberikan kecukupan atas kebutuhan kesehatan pada seluruh orang yang membayar iuran atau iuran dibayarkan pemerintah. Dalam menjalankan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pemerintah secara resmi membentuk dan memberlakukan sebuah badan yakni Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau yang disingkat BPJS bertepatan tanggal 1 Januari 2014 sebagai bentuk penyelenggaraan dari program jaminan kesehatan.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Pasal 3 dijelaskan bahwa “BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya”. BPJS Kesehatan adalah bagian dari BPJS sebagai penyelenggara program dari jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan memiliki peranan cukup besar dalam menjamin pelayanan kesehatan kepada seluruh peserta BPJS Kesehatan.



Hasil data dari Badan Pusat Statistik pada Kabupaten Solok dalam Angka Tahun 2018 Jumlah penduduk Kabupaten Solok 2017 sebesar 368.692 sedangkan Peserta BPJS Kesehatan tahun 2019 sudah terdaftar sebanyak 267.792 hal ini menandakan bahwa ketertarikan dan kepercayaan masyarakat Kabupaten Solok terhadap BPJS Kesehatan sangat tinggi.

Dana operasional BPJS Kesehatan tidak hanya berasal dari dana iuran peserta BPJS Kesehatan tetapi juga berasal dari alokasi dana bantuan pemerintah. Pemerintah banyak memberikan alokasi dana bantuan kepada BPJS Kesehatan untuk dapat menjalankan kinerjanya dengan baik. Pemerintah mengeluarkan dana sebesar 4,2 Triliun rupiah untuk membayar peserta BPJS Kesehatan dari golongan penerima bantuan iuran atau masyarakat kurang mampu serta 9,9 Triliun Rupiah untuk suntikan dana BPJS Kesehatan dan suntikan dana kedua sebesar 3,6 Triliun Rupiah yang berasal dari penyertaan modal negara. Bantuan dana kedua pada tanggal 20 September 2018 sebesar 4,9 Triliun Rupiah dan terakhir pada tanggal 5 Desember 2018 sebesar 5,2 Triliun Rupiah.

Besarnya bantuan dana pemerintah yang diberikan pemerintah kepada BPJS Kesehatan seharusnya mampu meningkatkan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Bantuan dana tidak hanya sekedar untuk menutupi jumlah defisit keuangan, akan tetapi juga untuk meningkatkan pelayan dan fasilitas kesehatan lainnya. Peningkatan layanan kesehatan dapat memberikan kepuasan kepada peserta BPJS Kesehatan sehingga peserta BPJS Kesehatan mau membayar iuran BPJS Kesehatan tanpa ada keterpaksaan. Peningkatan pelayanan BPJS Kesehatan memberikan pengaruh yang baik untuk mengurangi defisit BPJS Kesehatan.



BPJS Kesehatan Cabang Solok mencatat jumlah tunggakan iuran kesehatan di daerah Solok mencapai 1,8 Milyar Rupiah. Tunggakan iuran ini didominasi oleh 80 persen peserta BPJS Kesehatan kelas III dengan beban biaya Rp. 25.500 per bulan. Hal ini dikarenakan kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnya peranan BPJS Kesehatan terhadap jaminan kesehatan mereka serta kurangnya kualitas pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan menjadi salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya tunggakan iuran BPJS Kesehatan.

Kondisi dimana masyarakat sebagai penerima manfaat BPJS Kesehatan memiliki informasi lebih banyak dari BPJS Kesehatan disebut sebagai asimetris informasi. Kerugian yang dirasakan oleh BPJS Kesehatan selama lima tahun ini diakibatkan oleh BPJS Kesehatan tidak mampu memperoleh informasi yang cukup atau mengambil kebijakan yang seharusnya dalam menghasilkan neraca keuangan yang positif.

Iuran yang rendah dan kualitas pelayanan yang disesuaikan dengan iuran akan membuat peserta BPJS Kesehatan yang memiliki kelebihan alokasi dana untuk asuransi akan pergi. Hal ini disebabkan oleh peserta BPJS Kesehatan berharap untuk memperoleh pelayanan yang lebih baik meskipun mereka harus membayar lebih mahal. Hingga akhirnya BPJS Kesehatan hanya diikuti oleh peserta dengan tingkat resiko yang lebih besar jika dibandingkan dengan premi yang dibayarkan.

Kondisi ini juga bisa terjadi pada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan yang sebelumnya memiliki jumlah pasien sedikit akan terkontrol dengan baik dan ketika sudah bekerja sama maka akan menambah jumlah pasien yang berobat di fasilitas kesehatan tersebut. Sehingga banyak peserta BPJS Kesehatan yang tidak terlayani dengan baik karena



kurangnya tenaga atau petugas yang akan melayani. Saat itu terjadi tentu BPJS Kesehatan akan melakukan perbaikan dalam sisi fasilitas kesehatan. Salah satunya seperti penyesuaian nilai penggantian nilai layanan kesehatan. Saat itulah muncul *adverse selection* yakni penyesuaian nilai penggantian layanan akan mengakibatkan fasilitas kesehatan yang memiliki kualitas pelayanan yang baik akan membatasi pelayanan mereka bahkan mereka tidak menerima pembayaran melalui BPJS Kesehatan. Hal ini disebabkan mereka memiliki standar harga yang lebih tinggi yang tidak masuk dalam tanggungan BPJS Kesehatan.

Dari pemaparan bahasan diatas maka diperlukan adanya suatu penelitian untuk mengetahui pengaruh layanan kesehatan terhadap kepuasan peserta BPJS Kesehatan. Oleh karena itu penulis akan membahas dengan lebih rinci tentang persoalan-persoalan tersebut dalam penelitian ini. maka disusunlah penelitian yang berjudul **“Analisis Kepuasan Peserta BPJS Kesehatan (Studi Kasus: Kabupaten Solok)”**

