



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
 - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
 - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
PENGAMBILAN KEPUTUSAN RUMAH TANGGA UNTUK IKUT
SERTA DALAM ASURANSI KESEHATAN SWASTA
DI SUMATERA BARAT**

SKRIPSI



**LIA WADHANI
06 151 089**

**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG 2011**

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, yang telah membuka hati dan pikiran serta memberikan kekuatan dan kesabaran kepada penulis sehingga bias menyelesaikan penelitian dan penulisan skripsi ini sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Ekonomi pada Jurusan Ilmu Ekonomi Fakultas Ekonomi Universitas Andalas.

Selama penulisan skripsi ini penulis banyak mendapat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih terutama diajukan kepada :

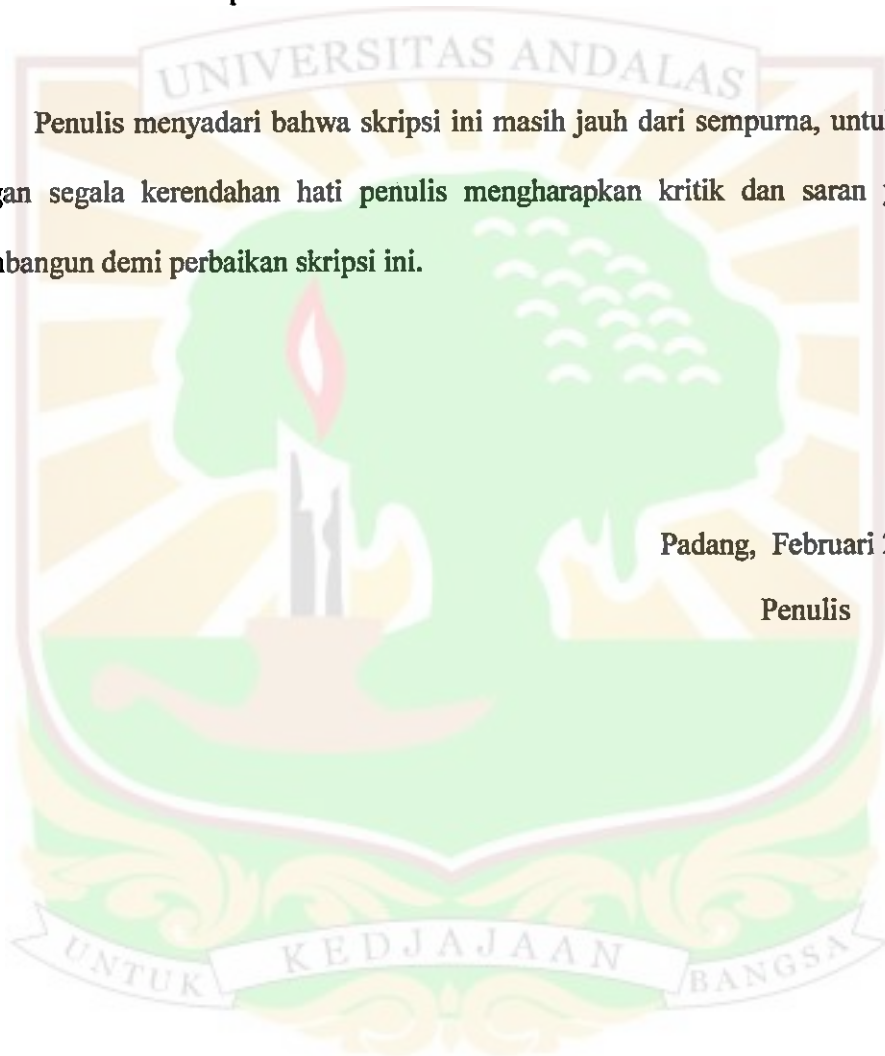
1. Bapak Prof. Dr. Syafrudin Karimi, SE, MA Selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Andalas.
2. Bapak Prof. Dr. H. Firwan Tan, SE, M.Ec, DEA.Ing Selaku Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi Fakultas Ekonomi Universitas Andalas.
3. Bapak Edi Ariyanto, SE, M.Si Selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu dan menyumbangkan pemikiran karena selesainya skripsi ini tidak terlepas dari arahan, koreksi, kritik dan saran darinya.
4. Bapak dan Ibu staff Pengajar Fakultas Ekonomi atas Ilmu yang telah diberikan kepada penulis.
5. Seluruh Civitas Akademika terutama Biro Ilmu Ekonomi yang telah membantu pengurusan perkuliahan selama ini.


6. Orang tua dan keluarga juga Seseorang yang special “REP” yang selalu memberikan dorongan, motivasi dan masukan-masukan yang berarti untuk skripsi ini, LU MU ☺.
7. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2006 Anggy, Cei, Nana, Inop, Fran ambung, Ari dan teman-teman lainnya yang namanya tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, untuk itu dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi perbaikan skripsi ini.

Padang, Februari 2011

Penulis



	No. Alumni Universitas	LIA WADHANI	No. Alumni Fakultas
	BIODATA a).Tempat/Tanggal Lahir: Padang, 24 Juli 1988 b).Nama Orang Tua: Waliyus Amir dan Elly Farida c).Fakultas: Ekonomi d).Jurusan: Ilmu Ekonomi e).No.BP: 06151089 f).Tgl lulus: 31 Januari 2011 g).Predikat lulus: Dengan Pujian h).IPK: 3, i).Lama Studi: 4,5 Tahun j).Alamat Orang Tua: Perumdam 4 Blok O.11 Tunngul Hitam, Kota Padang, Sumatera Barat		

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPUTUSAN RUMAH TANGGA UNTUK IKUT SERTA DALAM ASURANSI KESEHATAN SWASTA DI SUMATERA BARAT

Skripsi S1 Oleh : **Lia Wadhani**

Pembimbing: **Edi Ariyanto, SE, M.Si**

ABSTRAK

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan rumah tangga untuk ikutserta dalam asuransi kesehatan swasta di Sumatera Barat. Data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu data skunder dan primer yang didapat dari data Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2009 yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Sumatera Barat dan survey lapangan dengan interview langsung terhadap rumah tangga yang ikut serta dalam asuransi kesehatan swasta. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah akses rumah tangga dalam asuransi kesehatan swasta dan variabel independen adalah pendapatan perkapita rumah tangga, pendidikan kepala rumah tangga (tamat SLTA), pendidikan kepala rumah tangga (Diploma ke atas), Lapangan usaha beresiko, potensi sakit parah anggota rumah tangga dan alokasi pendapatan terhadap biaya kesehatan . Data dianalisis dengan menggunakan metode regresi logistik dengan menggunakan SPSS for windows. Hasil penelitian yang diperoleh bahwa pendapatan perkapita rumah tangga, pendidikan kepala rumah tangga (tamat SLTA dan Diploma ke atas), potensi sakit parah signifikan terhadap asuransi kesehatan swasta di Sumatera Barat. Dengan taraf signifikan <0,005. Sedangkan variabel lain seperti lapangan usaha beresiko dan alokasi pendapatan terhadap biaya kesehatan tidak signifikan terhadap asuransi kesehatan swasta di Sumatera Barat.

Key Word: Faktor-faktor Yang mempengaruhi ikutserta asuransi

Skripsi telah dipertahankan di depan sidang penguji dan dinyatakan lulus pada tanggal 31 Januari 2011. Abstrak telah disetujui oleh pembimbing dan penguji :

Tanda Tangan	1.Pembimbing	2. Penguji	3 .Penguji
Nama Terang	Edi Ariyanto, SE, M.Si	Prof. Dr. Sofyardi, SE, MA	Dra. Laksmi Dewi, SE, M.Si

Mengetahui :

Ketua Jurusan Manajemen: **Prof. Dr. H. Firwan Tan, SE, M.Ec, DEA.Ing**
NIP. 130 812 952

Tanda tangan

Alumnus telah mendaftarkan ke fakultas dan telah mendapat Nomor Alumnus:

	Petugas Fakultas / Universitas	
No Alumni Fakultas	Nama:	Tanda tangan:
No Alumni Universitas	Nama:	Tanda tangan:

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK.....	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GRAFIK.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.5 Ruang Lingkup Pembahasan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB II KERANGKA TEORI DAN TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kerangka Teori.....	9
2.1.1 Teori Human Capital.....	9
2.1.2 Teori Kebutuhan Dasar Manusia.....	9
2.1.3 Teori Permintaan (Prilaku) Konsumen.....	11
2.1.3.1 Pelayanan Publik.....	15
2.1.3.2. Teori Pembiayaan Kesehatan.....	17
2.2 Konsep Dasar Asuransi dan Asuransi Kesehatan.....	22
2.2.1 Asuransi.....	22
2.2.2 Asuransi Kesehatan.....	23
2.2.3. Tujuan dan Manfaat Asuransi Kesehatan.....	25
2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan terhadap Asuransi Kesehatan Swasta.....	27
2.3.1. Proses Pengambilan Keputusan.....	27
2.3.2. Faktor Internal dan Eksternal.....	27

2.4.	Sistem Pembiayaan Kesehatan di Negara Lain.....	32
2.5.	Penelitian Terdahulu.....	37
BAB III	METODOLOGI PENELITIAN	
3.1.	Lokasi Penelitian.....	39
3.2.	Data dan Sumber Data.....	39
3.3.	Pembentukan Model dan Analisa Data.....	40
3.4.	Variabel dan Definisi Operasional.....	45
3.5.	Pengujian Model.....	48
3.5.1.	Uji G.....	48
3.5.2.	Uji Wald.....	49
BAB IV	GAMBARAN UMUM	
4.1.	Perkembangan Asuransi di Indonesia.....	51
4.2.	Aksesibilitas Masyarakat terhadap Asuransi Kesehatan Swasta di Sumatera Barat.....	58
4.2.1.	Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Menurut Pendapatan Perkapita Rumah Tangga.....	58
4.2.2.	Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Menurut Pendidikan Kepala Rumah Tangga (Tamatan SLTA)	60
4.2.3.	Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Menurut Pendidikan Kepala Rumah Tangga (Diploma ke atas)	61
4.2.4.	Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Menurut Pekerjaan Beresiko.....	63
4.2.5.	Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Menurut Potensi Sakit Parah Anggota Rumah Tangga	64
4.2.6.	Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Menurut Alokasi Biaya Kesehatan.....	66
4.3.	Hambatan Dalam Partisipasi Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta.....	68

	4.3.1. Lapangan Pekerjaan Beresiko.....	68
BAB V	HASIL TEMUAN EMPIRIS	
	5.1. Persamaan Regresi Logistik dan Odd Ratio.....	72
	5.2. Hasil Estimasi Regresi Logistik Variabel Independen	76
	5.2.1. Pendapatan Perkapita Terklasifikasi.....	76
	5.2.2. Pendidikan Kepala Rumah Tangga (Tamat SLTA).....	77
	5.2.3. Pendidikan Kepala Rumah Tangga (Diploma ke atas).	78
	5.2.4. Pekerjaan Beresiko.....	79
	5.2.5. Potensi Sakit Parah.....	80
	5.2.6. Alokasi Biaya Kesehatan.....	80
	5.3. Implikasi Kebijakan.....	81
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	
	6.1. KESIMPULAN.....	84
	6.2. SARAN.....	86
	DAFTAR PUSTAKA	87
	LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel	Teks	Halaman
2.1	Pembiayaan Kesehatan di Negara-Negara yang Ikut Asuransi.....	20
4.1	Kinerja Asuransi Umum dengan Asuransi Jiwa.....	53
4.2	Perbandingan Biaya Premi dengan Negara-Negara Lain.....	55
4.2.1	Pengaruh Pendapatan Perkapita Terhadap Akses Asuransi Kesehatan Swasta di Sumatera Barat.....	58
4.2.2	Pengaruh Pendidikan Kepala Rumah Tangga(Tamat SLTA) Terhadap Akses Asuransi Kesehatan Swasta di Sumatera Barat.....	60
4.2.3	Pengaruh Pendidikan Kepala Rumah Tangga(Diploma ke atas) Terhadap Akses Asuransi Kesehatan Swasta di Sumatera Barat.....	61
4.2.4	Pengaruh Lapangan Pekerjaan Beresiko Terhadap Akses Asuransi Kesehatan Swasta di Sumatera Barat.....	63
4.2.5	Pengaruh Potensi Sakit Parah Terhadap Akses Asuransi Kesehatan Swasta di Sumatera Barat.....	65
4.2.6	Pengaruh Alokasi Pendapatan Terhadap Biaya Kesehatan Terhadap Akses Asuransi Kesehatan Swasta di Sumatera Barat.....	66
5.1	Hasil Uji Korelasi Pearson Antara Variabel Bebas.....	73
5.2	Hasil Estimasi Koefisien, Nilai Uji Wald, Signifikansi dan Odd Ratio.....	75

DAFTAR GRAFIK

Grafik	Teks	Halaman
4.2.1	Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Berdasarkan Pendapatan Perkapita Rumah Tangga, Tahun 2009	59
4.2.2	Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Berdasarkan Pendidikan Kepala Rumah Tangga (Tamat SLTA), Tahun 2009.....	60
4.2.3	Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Berdasarkan Pendidikan Kepala Rumah Tangga (Diploma ke atas), Tahun 2009.....	62
4.2.4	Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Berdasarkan Lapangan Pekerjaan Beresiko, Tahun 2009	63
4.2.5	Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Berdasarkan Potensi Sakit Parah Anggota Rumah Tangga, Tahun 2009	65
4.2.6	Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Berdasarkan Alokasi Pendapatan Terhadap Biaya Kesehatan Rumah Tangga, Tahun 2009.....	67



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dewasa ini pemerintah mengarahkan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan yang bermutu secara adil dan merata.

Untuk mencapai dan mewujudkan tujuan Indonesia Sehat 2010 tersebut telah ditetapkan 4 (empat) pilar strategi sebagai acuan dalam pembangunan kesehatan yaitu pembangunan nasional berwawasan kesehatan, profesionalisme, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), dan desentralisasi.

Sesuai dengan strategi ketiga Indonesia Sehat 2010 pemerintah telah mengembangkan suatu kebijakan program untuk pemeliharaan kesehatan masyarakat melalui suatu program yang dikenal dengan JPKM (Askes). Dalam Undang-Undang No.23/92 Pasal 1 butir 15 disebutkan bahwa JPKM adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan asas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara prapayaya. Jadi pada hakikatnya JPKM ini merupakan upaya perpaduan penataan pelayanan kesehatan dengan pembiayaan kesehatan.

Peran asuransi semakin penting dalam sistem pemeliharaan kesehatan masyarakat. Biaya kesehatan makin tinggi, tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan semakin besar. Sementara itu, pendapatan pemerintah dari sumber-sumber konvensional seperti pajak, minyak bumi, dan sebagainya tidak meningkat dengan signifikan. Akibatnya, kebijakan pemerintah tidak dapat lagi memandang pelayanan kesehatan sebagai public goods, dengan memandang pelayanan kesehatan sebagai barang yang tak terbatas jumlahnya dan dinikmati setiap orang tanpa khawatir akan habis. Penyediaan pelayanan kesehatan tidak dapat lagi didekati dengan pendekatan sosial, yang semata-mata mengandalkan anggaran negara (Bhisma, 2000).

Adanya sektor pemerintah dan sektor swasta dalam penyelenggaraan kesehatan sangat mempengaruhi perhitungan total biaya kesehatan suatu negara. Total biaya dari sektor pemerintah tidak dihitung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemakai jasa (income pemerintah), tapi dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah (*expenditure*) untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Pemerintah di negara berkembang mencari sumber-sumber pembiayaan alternatif bagi pelayanan kesehatan masyarakat. Sumber-sumber pembiayaan kesehatan dapat berasal dari mekanisme swasta, asuransi kesehatan sukarela (swasta) dan asuransi kesehatan sosial (wajib), bantuan asing dan sebagainya.

Asuransi kesehatan menjadi menarik karena merupakan sumber dana potensial untuk pemeliharaan masyarakat, tetapi juga mampu mengalihkan peristiwa penyakit dan implikasi biaya yang tidak dapat diprediksi dan tidak teratur menjadi dapat direncanakan dengan teratur.

Bhisma (2000), mengemukakan asuransi mereduksi resiko kerugian besar perorangan karena sakit menjadi resiko kerugian yang lebih kecil dan pasti setelah resiko-resiko perorangan dirangkum (*pooling*) secara agregat.

Dalam sistem kesehatan Nasional dinyatakan bahwa untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan diperlukan dana / biaya baik yang bersumber dari pemerintah maupun masyarakat. Akan tetapi makin tingginya biaya kesehatan sehingga merupakan beban yang bertambah berat bagi pemerintah. Oleh karena itu, salah satu aspek dalam pembiayaan upaya kesehatan yang perlu dikembangkan adalah penerahan kemampuan masyarakat dalam memecahkan masalah pembiayaan kesehatan, baik dengan upaya masyarakat sendiri seperti upaya kesehatan maupun melalui usaha swasta (Ascobat, 1986).

Di Indonesia terjadi masalah dalam mengatasi biaya pelayanan kesehatan yang meningkat dengan tajam dari waktu ke waktu. Terlihat dalam kurun waktu 10 tahun sebelum krisis ekonomi, biaya kesehatan di Indonesia meningkat hampir empat kali lipat, tentunya pada saat krisis ekonomi ini biaya kesehatan di Indonesia meningkat lebih tinggi (Depkes, 2000). Dalam rangka mengendalikan biaya, meningkatkan akses pelayanan dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pembiayaan pelayanan kesehatan di Indonesia berbagai upaya dilakukan.

Melihat fenomena yang ada di Indonesia, apabila dilihat dari sisi pendanaan kesehatan Indonesia masih termasuk ke dalam komitmen mendukung sistem kesehatan yang rendah dan masih dibawah standar apabila dibandingkan dengan berbagai negara yang setara dengan Indonesia, dimana poporsi PDB yang dialokasikan kepada sub sektor kesehatan berkisar 2% yang diikuti Filipina. Pada negara-negara Asia Selatan komitmen tersebut ternyata relatif lebih tinggi berkisar

3-4%, rekomendasi WHO Indonesia seharusnya menghabiskan 5-6% dari PDB untuk pembiayaan kesehatan (Elfindri, 2001). Implikasi dari rendahnya kemampuan masyarakat dan pemerintah Indonesia dalam membiayai pelayanan kesehatan ini, membawa dampak pada rendahnya usia harapan hidup penduduk Indonesia dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya.

Ketidakmampuan sebagian besar masyarakat Indonesia membiayai pelayanan kesehatan, karena belum diberlakukan wajib mengikuti jaminan kesehatan nasional bagi setiap penduduk oleh pemerintah (Azrul, 2002).

Begitu juga, dengan melihat keadaan di Sumatera Barat, terhadap terbatasnya akses dan rendahnya mutu pelayanan kesehatan, serta kondisi sosial ekonomi masyarakat juga kurangnya pemahaman terhadap perilaku hidup sehat merupakan masalah utama yang menyebabkan rendahnya mengikuti jaminan kesehatan.

Untuk mengatasi masalah pembiayaan kesehatan yang dirasakan berat oleh sebagian besar masyarakat dapat dilakukan dengan menabung. Akan tetapi, jika dana yang ditabung belum mencukupi maka alternatif yang terbaik melalui *asuransi kesehatan*, mengingat penyakit merupakan resiko bagi setiap orang yang tidak mungkin dihindarkan, lagipula tidak diketahui lebih dulu kapan seseorang akan diserang oleh penyakit, maka resiko sakit dapat diasuransikan (Radiks, 1995).

Berdasarkan hasil survey Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia pada tahun 2009, menunjukkan minat berasuransi masyarakat Indonesia semakin meningkat. Hal itu terbukti dari pendapatan premi baru industri asuransi jiwa pada kuartal

pertama 2010 meningkat 38,3 % jika dibanding dengan tahun yang sama tahun lalu. Produk asuransi yang paling diminati konsumen adalah asuransi kesehatan diikuti asuransi perlindungan kecelakaan dan pendidikan. Pencapaian itu, dipengaruhi sejumlah faktor antara lain meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap pentingnya berasuransi (Media Indonesia, 2010).

Asuransi merupakan bentuk alternatif terhadap pengendalian pembiayaan kesehatan yang semakin tahun meningkat, karena hidup di negara yang biaya pelayanan kesehatannya mencekik leher, tanpa perlindungan asuransi kesehatan adalah seperti hidup diujung tanduk. Dan seperti masyarakat umum juga sudah menyadari bahwa pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu hanya dapat diperoleh dengan harga yang tidak murah bahkan upaya pelayanan kesehatan dewasa ini memang sudah dapat dianggap sebagai salah satu komoditi kebutuhan hidup (Budioro, 1996).

Namun dalam kenyataannya, demand terhadap asuransi kesehatan biasanya rendah pada masyarakat berpendapatan rendah dan tinggi pada golongan ekonomi ke atas. Secara teoritis pasaran asuransi kesehatan ditentukan oleh dua hal, yaitu tingkat pendidikan penduduk dan persepsi penduduk terhadap resiko yang dihadapinya (Ascobat, 1990).

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka penulis tertarik meneliti mengenai kepedulian kesehatan (*healthy care*) oleh rumah tangga terhadap semua masalah kesehatan. Dengan judul skripsi :

**“ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
PENGAMBILAN KEPUTUSAN RUMAH TANGGA UNTUK IKUT SERTA
DALAM ASURANSI KESEHATAN SWASTA DI SUMATERA BARAT”.**

1.2 Perumusan Masalah

Meningkatnya biaya pemeliharaan kesehatan akan sangat berpengaruh terhadap masyarakat berpendapatan rendah apalagi dalam keadaan ekonomi saat ini. Salah satu alternatif pengendalian biaya kesehatan adalah melalui asuransi kesehatan.

Sehingga muncul beberapa pertanyaan yang perlu dikaji dalam penelitian ini, antara lain :

1. Kelompok rumah tangga yang bagaimanakah yang cenderung melakukan permintaan terhadap asuransi kesehatan swasta.
2. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi keputusan rumah tangga dalam mengikuti asuransi kesehatan.

1.3 Tujuan Penelitian

Dari latar belakang dan perumusan masalah diatas maka tujuan penelitian ini adalah :

1. Mengetahui Karakteristik Rumah Tangga Yang Cenderung melakukan permintaan Asuransi Kesehatan Swasta.
2. Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi masyarakat dalam mengambil keputusan untuk ikutserta asuransi kesehatan di Sumatera Barat.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini sebagai berikut :

1. Agar dapat memberikan masukan pada pihak asuransi sebagai acuan dalam mengembangkan produk asuransinya.
2. Agar dapat memberikan informasi kepada peneliti tentang perilaku rumah tangga dalam mengambil keputusan terhadap produk asuransi kesehatan.

1.5 Ruang Lingkup Pembahasan

Ruang lingkup pembahasan dari penelitian ini sebagai berikut :

1. Penelitian dilakukan terhadap rumah tangga yang terdata Survey Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) 2009 di daerah kajian penelitian yaitu Sumatera Barat..
2. Dalam hal ini peneliti melakukan observasi pada konsumen asuransi swasta di Sumatera Barat.

1.6 Sistematika Penulisan

Untuk dapat memberikan gambaran yang lebih jelas secara sistematis mengenai masalah yang dibahas, maka sistematika penulisan adalah sebagai berikut :

BAB I. PENDAHULUAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai latar belakang pemilihan judul, perumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian, hipotesa, ruang lingkup pembahasan dan sistematika penulisan.

BAB II. LANDASAN TEORI DAN TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan mengenai teori yang digunakan untuk mendekati permasalahan yang diteliti.

BAB III. METODOLOGI PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai suatu pembahasan metode analisis yang digunakan dalam penelitian dan jenis data-data yang digunakan beserta sumber data.

BAB IV. GAMBARAN UMUM

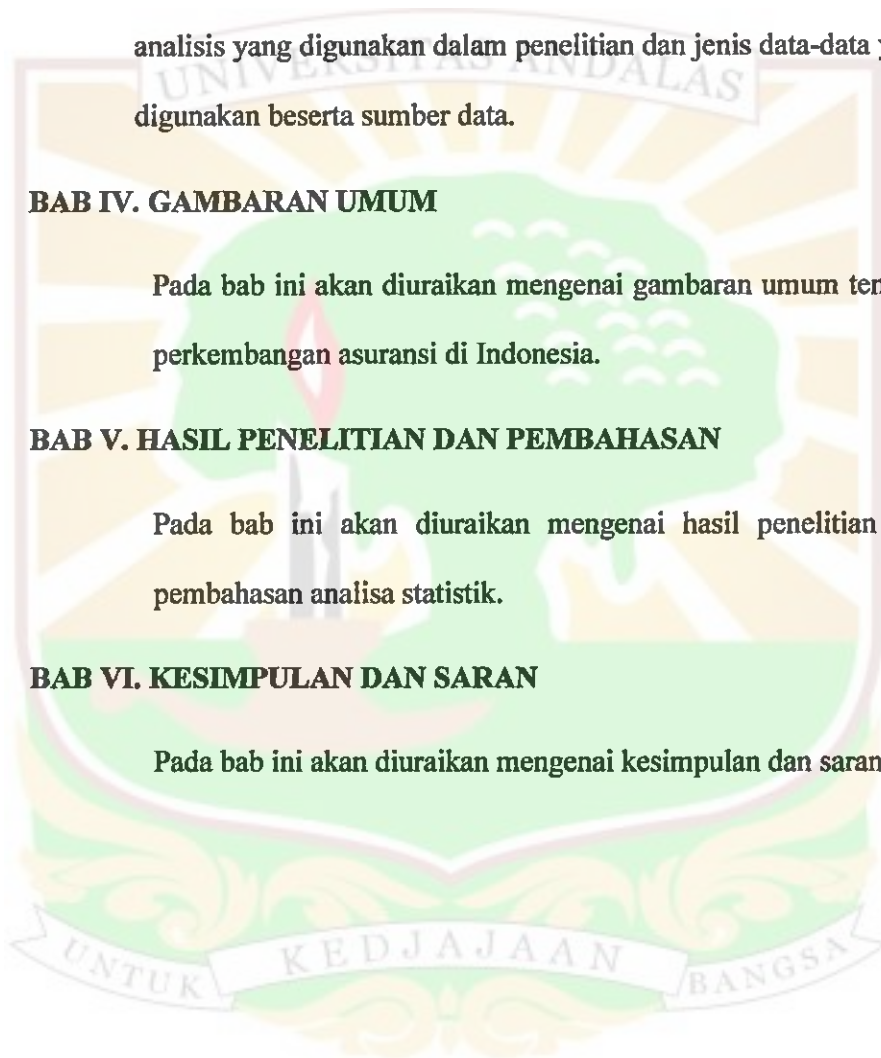
Pada bab ini akan diuraikan mengenai gambaran umum tentang perkembangan asuransi di Indonesia.

BAB V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai hasil penelitian dan pembahasan analisa statistik.

BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kesimpulan dan saran.



BAB II

KERANGKA TEORI DAN TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kerangka Teori

2.1.1 Teori Human Capital

Visi kependudukan yang sehat adalah sebagai investasi sumber daya manusia pada jangka panjang, karena sehat merupakan investasi dan revenue di kemudian hari. Oleh karena itu, setiap manusia akan menaikkan pendapatan dengan menurunkan angka kesakitan, bukan menunggu sampai terjadi sakit.

Peningkatan kualitas sumber daya manusia dapat melalui investasi modal manusia (Human Investment). Menurut Becker dalam pembangunan ekonomi, peran mutu modal manusia sangat penting dalam peningkatan kapasitas produksi khususnya yang berkaitan dengan adanya mutu modal manusia yang tinggi.

Mutu modal manusia dikatakan meningkat apabila dalam satuan waktu yang sama, seseorang dapat menghasilkan output yang lebih tinggi. Untuk meningkatkan mutu modal manusia perlu ditingkatkan pula tiga variabel utama investasi dalam modal manusia, salah satunya adalah kesehatan, kemudian pendidikan dan keamanan (Djajaneegara dan Ananta, 1986).

2.1.2 Teori Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan manusia sangat beragam dari kebutuhan yang paling mendasar (fisiologis) yang lebih diarahkan pada upaya mempertahankan kelangsungan hidup sampai dengan kebutuhan manusia akan keindahan. Pengertian kebutuhan

menurut Engel, et.al (1994) didefinisikan sebagai perbedaan yang disadari antara keadaan ideal dan keadaan sebenarnya yang memadai untuk mengaktifkan perilaku.

Menurut Maslow terdapat lima tingkatan kebutuhan yang berjarak dalam prioritas dari urutan yang terendah hingga urutan yang tertinggi. Setiap kebutuhan dai urutan yang lebih tinggi kebanyakan belum terpenuhi sebelum kebutuhan pada tingkat yang lebih rendah terpenuhi (Engel, et.al, 1994). Gambaran hierarki kebutuhan manusia menurut Maslow dapat dilihat pada gambar 2.1 dibawah ini:

Gambar 2.1
Hierarki Kebutuhan Manusia menurut Maslow



Sumber : Stanton (1993).

Maslow mengidentifikasi hirarki lima tingkat kebutuhan yang disusun berjenjang sesuai dengan urutan kebutuhan manusia. Orang akan tetap berada dalam sebuah tingkat kebutuhan sampai semua kebutuhannya dalam tingkat itu terpenuhi. Kemudian kebutuhan yang baru muncul pada tingkat yang lebih tinggi. Untuk kebutuhan pengetahuan dan keindahan diidentifikasi Maslow sebagai tambahan kebutuhan kognitif bagi sejumlah orang yang dapat memenuhi kebutuhan aktualisasi diri.

Dalam konteks teori kebutuhan Maslow, kesehatan merupakan bagian dari kebutuhan fisiologis yang paling mendasar disamping kebutuhan fisiologis lainnya seperti makan, minum dan perumahan.

Kesehatan merupakan suatu kebutuhan (*need*) yang dapat diartikan secara umum yang merupakan perbandingan antara situasi nyata dan standar teknis tertentu yang telah disepakati. Selain itu juga merupakan kebutuhan yang dirasakan (*felt need*) yaitu kebutuhan yang dirasakan sendiri oleh individu. Sehingga keputusan untuk memanfaatkan suatu pelayanan kesehatan merupakan pencerminan kombinasi kebutuhan normatif dan kebutuhan yang dirasakan (Mills dan Gilson, 1990).

2.1.3 Teori Permintaan (Prilaku) Konsumen

Seseorang dalam usaha memenuhi kebutuhannya, pertama kali yang akan dilakukan adalah pemilihan atas berbagai barang atau jasa yang dibutuhkan. Selain itu juga dilihat apakah harganya sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Jika harga tidak sesuai, maka ia akan memilih barang atau jasa yang sesuai

dengan kemampuan yang dimiliki. Prilaku tersebut sesuai dengan hukum permintaan.

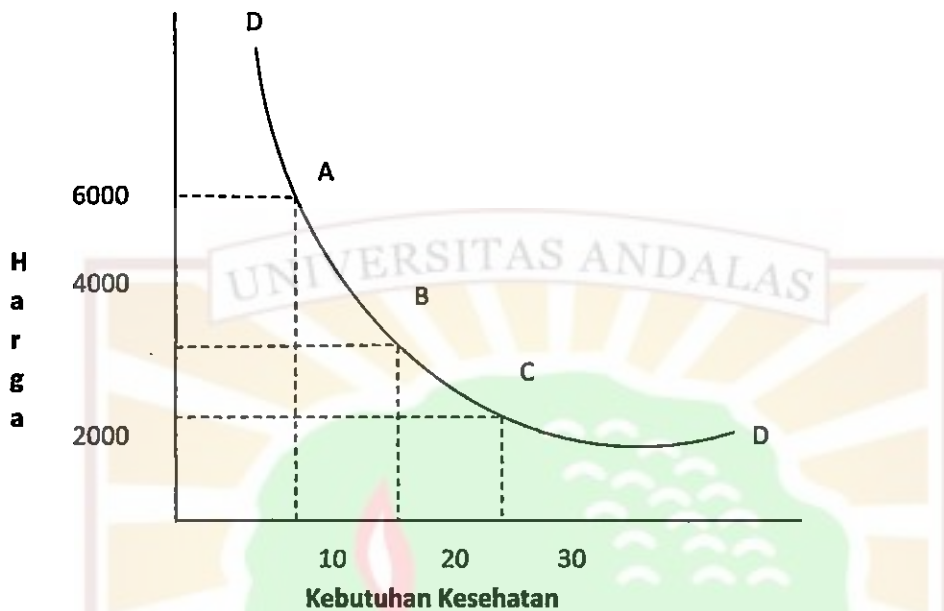
Hukum permintaan menurut Samuelson & Nordhaus (1992), bahwa bila harga suatu barang atau jasa naik maka *ceteris paribus* jumlah barang atau jasa yang diminta konsumen akan mengalami penurunan. Dan sebaliknya bila harga dari suatu barang atau jasa turun, maka *ceteris paribus* jumlah barang atau jasa yang diminta konsumen akan mengalami kenaikan.

Definisi prilaku konsumen mempunyai arti yang luas karena didalamnya terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi konsumen sebelum dan akan melakukan pembelian. Prilaku konsumen adalah sebagai tindakan yang langsung terlibat dalam mendapatkan, mengkonsumsi, dan menghabiskan produk dan jasa, termasuk proses keputusan yang mendahului dan menyusuli tindakan (James F. Engel dan Paul W. Miniard, 1994 : 3).

Keadaan lingkungan yang menyebabkan terjadinya perubahan perilaku konsumen dalam menuntut manajemen perusahaan untuk selalu memperbaiki pengenalan terhadap konsumennya, menilai kembali kebutuhan-kebutuhan masyarakat sekarang dan juga memperkirakan kebutuhan konsumen dimasa yang akan datang.

Sifat permintaan (prilaku) konsumen akan suatu kebutuhan hidup, yaitu kalau harga turun – *ceteris paribus* – permintaan akan bertambah dan kalau harga naik permintaan akan berkurang. Ilustrasi kurva permintaan kebutuhan kesehatan dengan bantuan analisis kepuasan sama dapat dijelaskan melalui Gambar 2.2 di bawah ini :

Gambar 2.2
Kurva Permintaan Kebutuhan Kesehatan
dengan Analisis Kepuasan Sama



Sumber : Modifikasi dari Sadono Sukirno (2000)

Pada gambar 2.2 mengilustrasikan gambar kurva permintaan kesehatan. Titik A menunjukkan kedudukan konsumen ketika belum berlaku perubahan harga dan ketika harga kesehatan turun jumlah yang diminta akan bertambah terlihat pada titik B. Sehingga kurva DD diatas merupakan kurva permintaan kebutuhan kesehatan.

Dalam kenyataan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tidaklah demikian bebasnya seperti barang publik murni, karena dalam hal ini seorang konsumen tetap mengeluarkan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Menurut Bhisma (2000) biaya disini termasuk biaya perjalanan, biaya parkir dan biaya-biaya lainnya.

Pelayanan kesehatan yang baik yang dapat meningkatkan jumlah (kuantitas) pelayanan kesehatan menurut Azrul (1996), harus memenuhi persyaratan-persyaratan, yaitu :

- Tersedia dan berkesinambungan, artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tidak sulit ditemukan setiap saat dibutuhkan.
- Dapat diterima dan wajar, artinya tidak bertentangan dengan adat istiadat dan kepercayaan masyarakat.
- Mudah dicapai, dari sudut lokasi mudah dicapai oleh masyarakat.
- Mudah dijangkau, biaya kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.
- Bermutu, menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan dan memuaskan konsumen.

Menurut Bhisma (2000), permintaan seseorang akan asuransi kesehatan mengikuti teori permintaan barang atau pelayanan pada umumnya. Namun secara khusus terdapat sejumlah variabel independen yang membedakan asuransi dari produk-produk lainnya, sehingga fungsi permintaan asuransi kesehatan sebagai berikut :

$$Q_d = f(P, P_r, L, Y, B)$$

Dimana :

- Q_d** : kuantitas permintaan asuransi kesehatan.
- P** : harga asuransi, yakni premi yang harus dibayar.
- P_r** : penilaian individu tersebut tentang probabilitasnya untuk sakit dan mengalami kerugian finansial.
- L** : besarnya kerugian finansial akibat sakit.
- Y** : tingkat pendapatan.
- B** : derajat perilaku penghindar resiko.

2.1.3.1 Pelayanan Publik

Secara teori, tidak ada masalah dalam soal kependudukan. Seandainya pemerintah suatu negara diberikan kesempatan mengatur secara keseluruhan aspek kependudukan sejak awal. Tapi ini hanya ada dalam teori. Kenyataannya, sistem kependudukan dan pemerintahan suatu negara terus berkembang sejak negara tersebut berdiri. Semakin banyak jumlah penduduk, semakin terbarnya mereka secara geografis dan semakin banyak instansi pemerintah akan semakin kompleks dan rumit pula masalah kependudukan. Itulah yang terjadi di dunia kesehatan Indonesia.

Indonesia memiliki populasi tidak kurang dari 220 juta orang yang tersebar di seluruh Nusantara dan memiliki karakteristik yang berbeda antara yang satu dengan yang lain. Hal ini yang membuat kebutuhan antar individu itu berbeda. Tanpa mengetahui kebutuhan setiap individu, sulit bagi pemerintah untuk menciptakan mekanisme pelayanan publik yang tepat sasaran.

Dalam konteks bernegara masing-masing individu pasti memiliki beragam aktifitas yang terkait dengan aspek budaya, ekonomi, politik, dan sosial. Pemerintah ditantang untuk bisa memberikan pelayanan terbaiknya agar masyarakat dapat melakukan kesehariannya secara efektif, efisien dan terkontrol dengan baik. Tantangan inilah yang membuat sejumlah besar unit pemerintah, apakah itu Departemen, Kementerian, Lembaga, Badan Usaha atau yang lain, merencanakan dan membangun beragam perangkat teknologi untuk membantu pelayanan publik.

Kesehatan merupakan modal untuk bekerja dan hidup untuk mengembangkan keturunan seseorang yang kebutuhan hidupnya sangat

tergantung dari kesehatannya tentu akan mempunyai demand yang lebih tinggi akan status kesehatannya. Pendekatan ekonomi menekankan bahwa kesehatan merupakan suatu modal untuk bekerja. Pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit merupakan salah satu input dalam proses untuk menghasilkan hidup sehat.

Menurut Sulastomo (1984), beberapa sifat khusus pelayanan kesehatan adalah :

1. Baik provider maupun para penderita jarang mempertimbangkan aspek biaya sepanjang ini menyangkut soal kesembuhan. Karena rasa tanggung jawab yang besar kepada penderita maka para provider ingin pelayanan yang terbaik penderita dan sebaliknya para penderita ingin memperoleh yang terbaik pula.
2. Pelayanan kesehatan banyak yang bersifat pribadi. Hubungan antara dokter dengan pasien sering menimbulkan sesuatu yang tidak rasional. Begitu mereka sakit karena dokter tersebut dianggap paling pintar dan mampu memberikan pelayanan dengan kualitas yang terbaik.
3. Pelayanan kesehatan ingin member dan memperoleh pelayanan kesehatan dengan menggunakan teknologi yang serba mutakhir menyebabkan biaya pelayanan kesehatan mahal.

Menurut Azwar (2000) bahwa masyarakat sebagai pemakai jasa kesehatan atau pemanfaatan fasilitas layanan masyarakat secara umum dapat dikelompokkan menjadi dua. Pertama yaitu potensial dimana sudah ada gangguan kesehatan tetapi belum memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan dan yang kedua, actual yaitu yang sudah memanfaatkan secara aktif fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam pemanfaatan fasilitas pelayanan masyarakat akan memilih produk layanan yang

berkualitas dan terjangkau, sedangkan kemampuan masyarakat dipengaruhi oleh tingkat pendapatan dan tingkat pengetahuan yang dimiliki, dimana pengetahuan itu akan memberikan kesadaran akan pentingnya hidup sehat.

Menurut Fahmi (2000) secara umum dapat dikatakan bahwa untuk menentukan alasan-alasan mengapa pelayanan yang ditawarkan kadang tidak dimanfaatkan secara maksimal, program pelayanan harus mempertimbangkan factor variasi social maupun perilaku. Oleh karena itu, pelayanan yang memfokus perilaku pemberi layanan dari interaksi antara pemberi dan pemakai dapat dijadikan dasar pemikiran dalam mendesain maupun implementasi program pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh tarif kesehatan itu sendiri.

2.1.3.2 Teori Pembiayaan Kesehatan

Saat ini, permasalahan yang dihadapi hampir seluruh dunia didalam penyelenggaraan pemberian pelayanan kesehatan adalah permasalahan biaya pelayanan kesehatan yang semakin besar dari waktu ke waktu, yang tidak selalu di ikuti dengan peningkatan didalam mutu pelayanan. Peningkatan biaya pelayanan antara lain disebabkan pergeseran pelayanan kesehatan ke arah pelayanan kesehatan yang berjangka panjang karena meningkatnya populasi yang tua, bertambahnya teknologi kedokteran yang mahal, pemberian pelayanan kesehatan yang berlebihan dan tidak diperlukan, adanya tuntutan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berlebihan dan cenderung tidak rasional.

Didalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, salah satu komponen yang memberikan andil yang cukup besar didalam peningkatan biaya adalah obat. Di

satu pihak obat merupakan salah satu komponen yang penting didalam upaya pengobatan. Namun, di pihak lain obat juga merupakan komponen yang terbuka untuk terjadinya penyalahgunaan, sehingga utilisasi dan biayanya meningkat dari waktu ke waktu.

Pada dekade 1980-an pertumbuhan ekonomi dunia melambat dan pengeluaran untuk kesehatan menurun. Subsidi untuk pelayanan kesehatan semakin meningkat, khususnya pelayanan rumah sakit yang menggunakan peralatan canggih. Tidaklah mengherankan jika suatu pelayanan yang bersifat publik dengan subsidi tinggi dan bahkan gratis sama sekali menjadi suatu layanan yang bersifat individualitas. Pada akhirnya terjadi pergeseran sifat rumah sakit yaitu suatu organisasi yang bertitik berat pada fungsi sosial (normatif) menjadi suatu lembaga sosial ekonomi yang kearah utilian. Skibatnya hubungan rumah sakit dengan perusahaan asuransi kesehatan akan dipengaruhi oleh hukum ekonomi dengan dipacunya asuransi kesehatan sebagai sumber pembiayaan rumah sakit. Ini menunjukkan suatu keadaan bahwa mekanisme pembiayaan tidak melalui mekanisme pajak/alokasi Anggaran Departemen. Sehingga bantuan sosial/negara oleh pemerintah ditunjukan kepada masyarakat golongan bawah.

Hubungan pembiayaan dengan derajat kesehatan tidak selalu berbanding lurus, sangat tergantung dari pembiayaan khususnya yang berkaitan erat dengan pengendalian biaya. Contohnya: Amerika Serikat yang pengeluaran untuk kesehatannya paling tinggi (13,7% GNP) pada tahun 1997 (WHO Report 2000), derajat kesehatannya yang dilihat dari indikator umur harapan hidup didapatkan untuk laki-laki 73,8 tahun dan wanita 79,7 tahun. Keadaan ini lebih rendah

daripada Jepang (umur harapan hidup laki-laki 77,6 tahun dan wanita 84,3 tahun) yang pengeluaran kesehatannya lebih kecil (7% GNP).

Hal ini menunjukkan pembiayaan kesehatan di Amerika kurang efisien, yang mungkin terjadi karena sistem pembiayaan kesehatannya sangat berorientasi pasar dengan pembayaran langsung oleh pasien (*out of pocket*) relatif tinggi yaitu kurang lebih 1/3 dari seluruh pengeluaran pelayanan kesehatan (Murti B, 2000). Keadaan ini terjadi juga di negara-negara berkembang termasuk Indonesia.

Berbagai studi, termasuk juga yang dilaporkan dalam World Health Report 2000, menunjukan bahwa rendahnya kinerja sistem kesehatan di Indonesia mempunyai korelasi yang kuat dengan pembiayaan kesehatan.

Pembiayaan kesehatan Indonesia dibanding Filipina tidak sampai separuh yang dikeluarkan Filipina. Hal ini menunjukan bahwa tingkat Investasi Indonesia memang lebih rendah dibanding Negara tetangga tersebut. Pengeluaran kesehatan yang rendah tersebut diduga tidak mengalami kenaikan berarti selama beberapa dekade, baik yang bersumber dari masyarakat maupun yang bersumber dari pemerintah. Pemerintah berkontribusi sekitar 20%-30% dari pembiayaan kesehatan secara keseluruhan. Sementara pembiayaan oleh sektor swasta, yang pada umumnya merupakan pengeluaran dari kantong yang dibayarkan langsung pada pemberi pelayanan kesehatan. Sistem pembiayaan yang regresif ini dikenal sebagai pembiayaan yang tidak adil karena justru memberatkan penduduk golongan bawah.

Tabel 2.1
Pembiayaan Kesehatan di Negara-Negara Yang Ikut Asuransi Swasta

Pendapatan Rendah	Indonesia
	Kenya
	Madagascar
	Mali
	Zimbabwe
Pendapatan Menengah kebawah	Albania
	Brazil
	Colombia
	Jamaica
	Morocco
	Namibia
	Paraguay
	Peru
	Philippines
	South Africa
	Tunisia
	Turkmenistan
Pendapatan Menengah Ke atas	Argentina
	Botswana
	Chile
	Lebanon
	Panama
	Saudi Arabia
	Uruguay
Pendapatan Tinggi	Australia
	Austria
	Bahrain
	Amerika
	Canada
	France
	Germany

Sumber : The World Bank Group, 2004 www.worldbank.org

Studi yang dilakukan Thabrany dan Pujiyanto (2000) menunjukkan bahwa penduduk 10% terkaya mempunyai akses rawat inap di rumah sakit 12 kali lebih besar dibanding penduduk 10% termiskin. Pembiayaan kesehatan yang didominasi pengeluaran dari kantong yang dibayarkan langsung atau OOP (*Out of*

pocket) membuat akses terhadap pelayanan rumah sakit, misalnya jauh berbeda antara penduduk yang kaya dan penduduk yang miskin. Berbagai studi menunjukkan bahwa kesenjangan pelayanan (*inequity*) dapat diperkecil dengan memperbesar porsi pembiayaan publik. Yang paling terpengaruh oleh peningkatan biaya pelayanan kesehatan adalah aksesitas terhadap pelayanan kesehatan. Dengan pembiayaan langsung, bukan hanya masyarakat miskin, tetapi orang yang mengalami sakit pada saat tidak mempunyai uang pun tidak dapat akses terhadap pelayanan kesehatan. Salah satu cara pembiayaan yang merupakan pengendalian biaya, sehingga meningkatkan aksesitas terhadap pelayanan kesehatan adalah dengan asuransi.

Namun cakupan asuransi kesehatan yang bereksinambungan di Indonesia masih rendah, yaitu sekitar 16% dari jumlah penduduk (Thabrany, 2002). Pembiayaan kesehatan publik milik pemerintah juga dihadapkan pada masalah pembiayaan pelayanan kesehatan yang cenderung meningkat, sedangkan dana yang tersedia sangat terbatas. Secara garis besar permasalahan dan tantangan yang dihadapi yaitu :

- a. Sistem Pelayanan, yaitu pelayanan kesehatan kurang efisien, mekanisme pemerintah terlalu bebas, kurang terarah, tidak sesuai dengan kebutuhan medis dan bahkan berlebihan. Pelayanan kesehatan yang diberikan kurang efektif, dimana mekanisme pemberiannya cenderung bersifat kuratif (pengobatan) dan berorientasi kepada pelayanan rumah sakit.
- b. Sistem pembiayaan kesehatan , yaitu adanya keterbatasan dana yang dimiliki pemerintah untuk pembiayaan kesehatan mesyarakat, analisis

pembiayaan kesehatan nasional menunjukkan peran pemerintah hanya sekitar 30%. Penggunaan dan pengalokasian dana kesehatan kesehatan yang kurang efisien dan kecenderungan biaya pelayanan yang terus meningkat sehingga sulit di kendalikan dan tidak terjangkau oleh masyarakat.

2.2 Konsep Dasar Asuransi dan Asuransi Kesehatan

2.2.1 Asuransi

Menurut Purba (1995, 40) pengertian asuransi ditinjau dari paham ekonomi adalah : “Asuransi merupakan suatu lembaga keuangan sebab melalui asuransi dapat dihimpun dana yang besar, yang dapat digunakan untuk membiayai pembangunan, disamping bermanfaat bagi masyarakat yang berpartisipasi dalam bisnis asuransi, karena sesungguhnya asuransi bertujuan memberikan perlindungan (*protection*) atas kerugian keuangan (*financial loss*) yang ditimbulkan oleh peristiwa yang tidak terduga sebelumnya.

Asuransi menurut Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992, diartikan sebagai usaha jasa keuangan yang menghimpun dana masyarakat melalui pengumpulan premi asuransi, memberikan perlindungan kepada para pemakai jasa asuransi terhadap kemungkinan timbulnya kerugian karena suatu peristiwa yang tidak pasti atau terhadap hidup atau meninggalnya seseorang.

Pada saat ini, kegiatan asuransi telah berkembang dengan amat pesat. Dibanyak negara, asuransi merupakan industri tersendiri dengan jenis yang makin bervariasi. Mula-mula lebih terarah pada barang, kemudian pada jasa, untuk selanjutnya ketika hidup dan kehidupan mulai dapat dinilai dalam bentuk rupiah

(*concept of human value*), berkembang menjadi asuransi jiwa (*life insurance*) serta asuransi kesehatan (*health insurance*) (Azrul, 1996).

2.2.2. Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan merupakan pelimpahan resiko (*risk shifting*) oleh tertanggung kepada penanggung agar kerugian finansial yang diderita oleh tertanggung karena serangan penyakit, dijamin oleh penanggung bukanlah hilangnya / merosotnya kemampuan karena sakit, juga bukan hilangnya jiwa yang direnggut oleh penyakit, tetapi kerugian finansial yang diderita oleh tertanggung yang ditimbulkan oleh penyakit yang menyerangnya (Purba, 1995).

Pada hakekatnya asuransi kesehatan memberikan santunan kesehatan kepada seseorang (tertanggung) berupa sejumlah uang untuk biaya pengobatan dan perawatan, apabila diluar kehendaknya ia diserang penyakit. Sebagai imbalan atas santunan kesehatan itu, tertanggung membayar premi kepada penanggung secara berkala seumur hidupnya atau selama jangka waktu tertentu sebagaimana ditutup asuransinya (Purba, 1995). Asuransi kesehatan dapat dikelompokkan dalam tiga bentuk, yaitu :

1. Asuransi Sosial

Asuransi kesehatan sosial adalah asuransi yang diselenggarakan atau diatur oleh pemerintah untuk menjamin pemeliharaan kesehatan secara merata dan adil serta melindungi golongan ekonomi lemah. Dalam penyelenggaraannya, asuransi sosial berciri kepesertaan bersifat wajib bagi sekelompok atau seluruh penduduk, besaran premi ditetapkan dengan

undang-undang, umumnya proporsional terhadap pendapatan dan sesuai kebutuhan medis (Kompas, 2000).

Dalam sistem asuransi kesehatan sosial merupakan konsep asuransi dimana prinsip kesehatan sebagai suatu pelayanan sosial masih dijunjung tinggi.

Asuransi kesehatan sosial merupakan prinsip asuransi yang paling banyak dianut diberbagai negara, dengan prinsip :

- Kepesertaan bersifat wajib
- Iuran premi berdasar presentase pendapatan gaji
- Iuran premi ditanggung bersama oleh perusahaan dan tenaga kerja.
- Peserta dan keluarganya memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan.
- Peranan pemerintah besar.

2. Asuransi Komersial

Asuransi kesehatan komersial memiliki prinsip-prinsip :

- Kepesertaan bersifat sukarela
- Iuran premi berdasar angka absolut, sesuai dengan kontrak.
- Peserta dan keluarganya memperoleh santunan biaya pelayanan kesehatan sesuai kontrak.
- Peranan pemerintah relatif kecil.

Dalam asuransi komersial prinsipnya murni berdasar resiko sakit seseorang, sehingga kelompok yang mempunyai resiko sakit tinggi sangat berkepentingan untuk mengikuti program asuransi kesehatan. Resiko dari keadaan ini perusahaan asuransi kesehatan dengan sendirinya lebih besar,

sehingga kenaikan premi lebih tinggi, sehingga hanya akan terjangkau oleh masyarakat kelas menengah ke atas.

3. Asuransi Swasta

Asuransi kesehatan swasta adalah suatu asuransi kesehatan yang merupakan suatu alternatif bagi asuransi kesehatan komersial, dengan prinsip-prinsip :

- Kepesertaan bersifat sukarela, iuran premi berdasar angka absolut (nominal).
- Peserta memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai kontrak.
- Peran pemerintah relatif besar.

Dalam asuransi ini penerapan premi peserta berdasar resiko yang terjadi di masyarakat (*community rating*), dengan konsumen biasanya dari kelompok menengah ke atas.

2.2.3 Tujuan dan Manfaat Asuransi Kesehatan

Tujuan asuransi menurut Drs. A. Hasymi Ali (1995, 3) adalah :
“Sebenarnya bukanlah pemerataan maupun pencegahan kerugian, melainkan mengurangi uncertainty (ketidakpastian, keraguan) yang disebabkan oleh kesadaran dan kemungkinan kerugian. Adapun tujuan dari asuransi kesehatan adalah :

1. Untuk menjamin kesehatan masyarakat
2. Adanya persiapan dana kesehatan yang pasti (jaminan kesehatan).

Asuransi juga memberikan manfaat bagi tertanggung, penanggung, dan pemerintah. Manfaat yang diterima tertanggung baik sebagai individu atau sebagai pengusaha dari jasa asuransi yaitu:

1. Rasa aman dan perlindungan.
2. Pendistribusian biaya dan manfaat yang lebih adil.
3. Polis Asuransi dapat dijadikan memperoleh kredit dan dapat dijadikan sebagai kelengkapan memperoleh kredit.
4. Berfungsi sebagai tabungan dan sumber pendapatan.

Asuransi dapat memberikan manfaat bagi penanggung sebagai berikut:

- 1) Mendorong peningkatan kegiatan usaha.
- 2) Memperoleh keuntungan

Asuransi dapat memberikan manfaat kepada pemerintah, yaitu:

- 1) Mendorong peningkatan investasi di berbagai bidang usaha.
- 2) Mendorong peningkatan kesempatan kerja.
- 3) Meningkatkan penerimaan pajak

Sedangkan, beberapa manfaat asuransi kesehatan selain mendekatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan antara lain :

- Asuransi merubah peristiwa tidak pasti menjadi pasti dan terencana
- Asuransi membantu mengurangi risiko perorangan ke risiko sekelompok orang dengan cara perangkuman risiko (*risk pooling*). Dengan demikian terjadi subsidi silang; yang muda membantu yang tua, yang sehat membantu yang sakit, yang kaya membantu yang miskin.

2.3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keputusan Investasi terhadap Asuransi Kesehatan

2.3.1 Proses Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan menurut Robbins (2001) adalah rasional. Artinya, membuat pilihan memaksimalkan nilai yang konsisten dalam batas-batas tertentu melalui beberapa tahapan, yaitu :

1. Menganalisa kebutuhan dan keinginan.
2. Pencarian informasi dan pemilihan sumber-sumber.
3. Pemilihan dan seleksi terhadap alternatif pemenuhan.
4. Keputusan untuk membeli.

Para rumah tangga yang sebagai konsumen asuransi dapat membuat keputusan dalam suatu pembelian tidak dari suatu tempat yang terisolasi dari lingkungan sekitarnya. Kepala rumah tangga sebagai pembuat keputusan dalam rumah tangga sebagai konsumen dengan keinginan untuk membeli suatu barang dipengaruhi oleh faktor yang berbeda-beda baik mengenai produk, waktu maupun tempat.

2.3.2 Faktor Internal dan Eksternal yang Mempengaruhi Investasi Kesehatan

Dari studi di luar negeri, pengendalian biaya kesehatan dapat melalui intervensi pemberian pelayanan kesehatan dan pembiayaan melalui badan asuransi kesehatan (Sulastomo, 2000).

Feldstein (1976) berpendapat bahwa secara ringkas teori permintaan terhadap asuransi kesehatan dapat digambarkan dalam dua area yaitu faktor-faktor

Yang berpengaruh terhadap permintaan asuransi kesehatan serta kesejahteraan yang dicapai karena seseorang membeli asuransi kesehatan untuk seluruh jenis penyakit. Selanjutnya menurut Feldstein ada beberapa faktor yang berpengaruh terhadap permintaan asuransi antara lain : harga dan pendapatan, selera individu tentang keengganan menerima risiko dan besarnya kemungkinan kehilangan kekayaan akibat kejadian sakit.

Jacobs P (1997) mengemukakan bahwa dasar teori permintaan terhadap asuransi digambarkan secara sistematis dan pasti bagaimana variabel selera konsumen, tingkat kekayaan, harga asuransi, kemungkinan kejadian sakit, kehilangan karena pengeluaran pembiayaan pada saat sakit serta pemanfaatan maksimal mempengaruhi keputusan seseorang untuk membeli asuransi.

- Selera konsumen berhubungan erat dengan konsep pemanfaatan (utilitas) Adanya perubahan pemanfaatan yang berkaitan dengan perubahan tingkat kekayaan akan mempengaruhi fungsi selera yang ditentukan oleh pengurangan pemanfaatan marginal (*marginal utility*).
- Tingkat kekayaan berhubungan erat dengan tingkat pemanfaatan; pendapatan yang rendah akan menurunkan permintaan terhadap asuransi.
- Pengeluaran biaya pada waktu sakit, yang terdiri dari dua komponen yaitu biaya satuan pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan dan jumlah penggunaannya.
- Kemungkinan sakit. Peluang seseorang untuk menderita sakit akan mempengaruhi tingkat kekayaannya.
- Harga asuransi berhubungan dengan pemanfaatan.

- Perilaku masyarakat yang menginginkan memanfaatkan haknya secara maksimal.

Santerre dan Neun (2000) mengemukakan empat faktor individu yang mempengaruhi jumlah permintaan terhadap asuransi kesehatan yaitu :

- Harga asuransi. Secara spesifik apabila harga asuransi kesehatan menurun, pemanfaatan relatif meningkat sesuai dengan yang diharapkan dan jumlah permintaan terhadap asuransi kesehatan meningkat, apabila yang lain tidak berubah (*ceteris paribus*).
- Peluang kejadian sakit secara subjektif, merupakan satu alasan mengapa banyak orang mengambil pelayanan pilihan dibanding pelayanan rutin, misalnya pemeriksaan fisik secara periodik dan pemeriksaan gigi.
- Besarnya kehilangan relatif dari pendapatan akibat pengeluaran waktu sakit.
- Kemauan untuk membeli asuransi kesehatan meningkat seiring dengan besarnya kemungkinan kehilangan relatif dari pendapatan. Potensi untuk kehilangan pendapatan dalam jumlah yang besar merupakan alasan banyak orang memilih pelayanan rumah sakit.
- Derajat keengganan menerima risiko. Yang dimaksud penghindar risiko dalam hal ini adalah seseorang dalam keadaan *gambling* dengan kemungkinan kehilangan kekayaan karena pengeluaran waktu dia sakit dengan keuntungan tidak kehilangan kekayaan adalah 50-50. Hasil tersebut berdasarkan penilaian sendiri yang biasanya dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti status kesehatan, umur dan cara hidup.

Menurut Murti B (2000), faktor internal yang berpengaruh terhadap jumlah permintaan asuransi kesehatan yaitu :

1. Harga / biaya kesehatan

Harga / biaya berperan dalam menentukan permintaan terhadap pemeliharaan kesehatan. Meningkatnya harga mungkin akan lebih mengurangi permintaan dari kelompok yang berpendapatan rendah dibanding dengan kelompok yang berpendapatan tinggi.

2. Pendapatan

Ada hubungan antara tingginya pendapatan dengan besarnya permintaan akan pemeliharaan kesehatan, terutama dalam hal pelayanan kesehatan modern.

3. Status kesehatan (*state of health*),

Yakni sesuatu yang tidak pasti (*uncertainty*), tidak teratur dan mungkin jarang terjadi. Tetapi bila peristiwa tersebut benar-benar terjadi, implikasi biaya pengobatan dapat demikian besar dan membebani ekonomi rumah tangga. Kejadian sakit yang mengakibatkan bencana ekonomi bagi pasien atau keluarganya biasa disebut *catastrophic illness*.

4. Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada konsumen.

Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan sangat berpengaruh dalam pengambilan keputusan untuk meminta pelayanan dari pemberi jasa tertentu.

Menurut Stanton (1999), kelompok sosial budaya sebagai faktor eksternal.

Faktor eksternal yang berpengaruh terhadap permintaan asuransi kesehatan, yaitu:

1. Status Sosial

Status sosial dijelaskan sebagai suatu kelompok yang relatif homogen dan bertahan di dalam suatu komunitas masyarakat, kelompok tersebut tersusun atas suatu jenjang dimana anggota yang berada pada kelompok di tiap jenjang yang ada memiliki pola minat, nilai dan perilaku yang sama.

Ciri-ciri status sosial, yaitu :

- Orang yang bergabung dalam kelompok tersebut memiliki banyak kesamaan atribut (jabatan, kemampuan finansial, gaya hidup, dll).
- Tungkatan dari kelompok yang terbentuk tergantung pada anggota yang mengisinya (jabatan, tingkatan, dll).
- Dapat dinyatakan dalam bentuk variabel dasar pengelompokan status yang ada seperti berdasar pada suatu variabel jabatan, pendapatan, dll.
- Dimungkinkan terjadinya perpindahan status sosial, baik naik maupun turun.

2. Jumlah Anggota Keluarga

Anggota keluarga merupakan kelompok primer yang paling berpengaruh.

Keluarga memainkan peranan terbesar dan terlama dalam pembentukan sikap dan perilaku manusia. Studi tentang keluarga dan hubungannya dalam pemberian dan konsumsi adalah penting, ada 2 alasan tentang hal tersebut :

- a. Banyak produk dibeli oleh konsumen ganda yang bertindak sebagai unit keluarga.
 - b. Bahkan ketika pembelian dilakukan oleh individu, keputusan individu sangat dipengaruhi oleh anggota keluarga atau yang lebih spesifik yaitu keadaan baik ekonomi, sosial, dan budaya dalam setiap keluarga.
3. Menurut Basu Swastha dan T Hani Handoko (1987 : 119), faktor-faktor demografi yang mempengaruhi pengambilan keputusan konsumen sebagai berikut :
- a. Jenis kelamin
 - b. Pekerjaan
 - c. Pendapatan

2.4. Sistem Pembiayaan Kesehatan di Negara Lain

Menurut penelitian oleh Commonwealth Fund, sistem kesehatan Amerika Serikat berada pada posisi paling bawah apabila dibandingkan dengan negara-negara maju lainnya dalam hal kualitas, akses dan efisiensi. Amerika sebagai bangsa yang memiliki sistem kesehatan termahal di dunia, menunjukkan pelayanan yang relatif dibawah negara lain.

Penelitian berupa wawancara yang dilakukan dengan para dokter dan pasien di Australia, Inggris, Kanada, Jerman, New Zealand, dan Amerika. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Amerika berada di urutan paling bawah, di antaranya akses layanan kesehatan, keamanan pasien, layanan tanpa batas waktu, efisiensi dan keadilan. Fakta lain menunjukkan bahwa penduduk Amerika tidak

mempunyai cakupan asuransi kesehatan yang universal. Ternyata Amerika adalah satusatunya negara yang tidak menyediakan akses perawatan kesehatan secara universal dan promosi layanan medis. Sekitar 45 juta orang Amerika atau 15% dari total populasi tidak mempunyai asuransi kesehatan, yang kemudian menambah rendahnya sektor layanan kesehatan negara ini (Karen Davis, 2000).

1. JERMAN

Sejarah asuransi sosial dimulai di Jerman dan dikembangkan pada pemerintahan Bismarck tahun 1883 dengan meluncurkan undang-undang yang mewajibkan para pekerja untuk mengikuti asuransi sakit. Kepesertaan wajib dengan pembiayaan melalui pajak penghasilan merupakan ciri program asuransi sosial Jerman sampai saat ini.

Ditinjau dari aspek model pelayanan dan pembiayaan kesehatan, asuransi di Jerman termasuk asuransi sakit tradisional yaitu menggunakan pendekatan pasar pada asuransi swasta, tetapi dengan subsidi negara. Besarnya premi berdasarkan prosentase, sehingga sangat tergantung dari penghasilan peserta, sehingga tampak jelas subsidi silang, yaitu yang muda menyumbang yang tua, keluarga kecil menyumbang keluarga besar, yang sehat menyumbang yang sakit, yang kaya menyumbang yang miskin, karena semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diberikan sama, tidak tergantung premi. Asuransi ini dikenal dengan nama *Social Health Insurance*.

2. INGGRIS

Sistem asuransi kesehatan sosial di Inggris dimulai tahun 1911 yang kemudian berkembang menjadi *British National Health Service* (NHS) pada tahun

1946. Ciri-ciri NHS adalah pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh pemerintah, dan termasuk kategori model pelayanan kesehatan nasional. Pendanaan bersifat sentralistik dengan prinsip ekuitas berdasarkan kebutuhan serta status kesehatan setempat, sedangkan pelayanan bersifat desentralistis dengan dokter umum sebagai *gate keeper* yang bukan pegawai negeri, apabila diperlukan, pasien dirujuk ke dokter rumah sakit (RS) yang merupakan pegawai negeri.

Sistem pembayaran prospektif, dan untuk mengatasi permintaan yang berlebihan diberlakukan *co payment* misalnya: obat-obatan di luar rumah sakit serta *rationing* yang berkaitan dengan waktu, dan ini cukup efektif dalam menekan biaya kesehatan. Selain itu NHS mencurahkan sebagian besar biayanya untuk program-program yang memberikan hasil balik yang tinggi, misalnya: pelayanan kesehatan ibu dan anak.

3. AMERIKA SERIKAT

Berbeda dengan di Eropa, sistem pelayanan kesehatan diasumsikan berorientasi pasar, dan kurang lebih sepertiga dari pembiayaan kesehatan adalah langsung dibayar oleh pasien (*out of pocket*). Sumber dana sisanya berasal dari organisasi asuransi swasta yang *profit*, organisasi asuransi *not for profit* seperti *Blue Cross* dan *Blue Shield* serta *Health Maintenance Organization (HMO)*. HMO merupakan praktek kelompok pelayanan kesehatan yang dibayar di muka (*pre-paid*) berdasarkan kapitasi dan pelayanan kesehatan yang diberikan bersifat komprehensif.

Pada pertengahan 1960-an diperkenalkan *Medicare* dan *Medicaid*. *Medicare* merupakan suatu asuransi sosial bagi usia lanjut dan dijalankan oleh

Pemerintah Federal, sedangkan *Medicaid* yang dijalankan oleh Pemerintah Federal dan Negara Bagian merupakan sistem asuransi bagi masyarakat miskin. Ditinjau dari cakupan peserta asuransi, Amerika kurang berhasil karena masih 1/3 dari jumlah penduduk tidak terlindungi asuransi kesehatan. Selain itu kualitas pelayanan tampak berbeda antara sektor swasta dengan sektor pemerintah.

4. CANADA

Sistem yang dianut adalah asuransi kesehatan nasional yang juga disebut *medicare* yang berbeda dengan pengertian *medicare* di Amerika, yaitu asuransi berbasis pada pemerintahan propinsi serta bersifat universal, komprehensif, independen dan *portable* yaitu individu dapat mentransfer perlindungan dengan mencari pelayanan ke propinsi lain, anggaran yang diberikan bersifat blok prospektif dengan dana yang berasal dari masyarakat. Sebagian besar dokternya berpraktek swasta dan dapat memasukkan pasien ke rumah sakit yang juga merupakan institusi swasta, sehingga intervensi pemerintah sangat kecil.

Cara pembiayaan ini dapat menekan biaya serendah mungkin, meningkatkan efisiensi teknis dan alokasi sumber daya serta meningkatkan pendelegasian wewenang untuk pengambilan keputusan.

5. ASIA

Dibandingkan dengan Indonesia, sistem pelayanan kesehatan di negara Asia, seperti Filipina, Thailand lebih maju. Di dalam perkembangannya mereka mengarah kepada asuransi sosial. Malaysia dan Singapura merupakan negara dengan income per kapita yang cukup tinggi serta jumlah penduduk kecil, yaitu jumlah penduduk Malaysia hanya 10% dari Indonesia, dan Singapura kurang

lebih sama dengan penduduk kota Bandung (3,5 juta/tahun 2000) mempunyai sistem pelayanan kesehatan dan asuransi yang lebih mapan. Yang menarik adalah Bangladesh yang mempunyai penduduk sebagian besar beragama Islam, menggunakan dana zakat untuk asuransi kesehatan.

Sebetulnya asuransi kesehatan di Indonesia bukanlah barang baru, asuransi kesehatan untuk pegawai negeri sipil merupakan lanjutan dari *Restitutie Regeling* 1934 dan pada tahun 1985 dimulai asuransi untuk tenaga kerja (ASTEK) serta tahun 1987 dengan menggerakkan dana masyarakat melalui DUKM. Pada tahun 1992 diterbitkan tiga buah undang-undang yang berkaitan dengan asuransi yaitu UU No. 2 Tentang Asuransi, UU No. 3 Tentang JAMSOSTEK (Jaminan Sosial Tenaga Kerja) serta UU No. 23 Tentang Kesehatan yang di dalamnya terkandung pasal 65-66 tentang JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat). JPKM mengikuti pola *managed care* di Amerika dengan pembayaran prepaid berdasarkan kapitasi dan pelayanan yang bersifat komprehensif meliputi preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Sementara ini baru puskesmas yang dicakup oleh pelayanan JPKM dengan dokter puskesmas sebagai *gate keeper*, dan saat ini telah mulai dikembangkan dokter keluarga yang diharapkan menjadi *gate keeper* pada masa yang akan datang.

Dari pengalaman JPKM-JPSBK (Jaminan Pemeliharaan Sosial Bidang Kesehatan), kendala utama pelaksanaan JPKM antara lain adalah sumber daya manusia Badan Penyelenggara (BAPEL) baik kuantitas maupun kualitas, sedangkan ditinjau dari aspek permintaan masyarakat akan asuransi maupun faktor yang mempengaruhinya di Indonesia belum diketahui.

2.5. Penelitian Terdahulu

Santerre & Neun tahun 1995 (dalam Santerre & Neun, 2000) telah melakukan penelitian terhadap kuantitas (jumlah) permintaan pemeliharaan kesehatan pada seluruh negara di wilayah timur dan utara Amerika, dengan menggunakan alat analisis regresi OLS. Penelitian ini dipengaruhi oleh beberapa faktor pendapatan rata-rata keluarga dan harga rata-rata yang dibayar rumah tangga untuk kunjungan kerumah sakit. Hasilnya bahwa variabel kuantitas permintaan pemeliharaan kesehatan dipengaruhi oleh harga dan pendapatan.

Abraham et.al (2002), dengan menggunakan data *Medical Expenditure Panel Survey* tahun 1996 melakukan penelitian permintaan rumah tangga akan penggunaan asuransi kesehatan yang ditawarkan oleh perusahaan tempat kerja. Dari hasil penelitiannya diketahui bahwa jumlah penggunaan asuransi kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor antara lain : ukuran status kesehatan, penerimaan rumah tangga (*income*), kekayaan, besarnya keluarga, dan tempat bekerja. Variabel-variabel tersebut berpengaruh secara signifikan terhadap penggunaan asuransi kesehatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Collier et.al (2002) menunjukkan bahwa penggunaan fasilitas kesehatan yang ada di Ethiopia adalah terendah di dunia dan lebih dari 60% masyarakat menggunakan fasilitas kesehatan milik pemerintah. Penyebab masalah yang prinsip adalah kurangnya fasilitas kesehatan, namun dari data rumah tangga menunjukkan bahwa penggunaan fasilitas kesehatan dipengaruhi tidak hanya faktor jarak terdekat dengan fasilitas kesehatan tetapi juga dipengaruhi oleh kualitas penyedia pelayanan kesehatan.

Dengan menggunakan alat analisis regresi probit diketahui bahwa penggunaan fasilitas kesehatan ketika sakit dipengaruhi oleh variabel umur, jenis kelamin, pendidikan ibu, ukuran keluarga, pendapatan perkapita di provinsi dengan pengeluaran perkapita, jarak terdekat dengan fasilitas kesehatan pemerintah, kualitas pelayanan kesehatan pemerintah, jarak terdekat fasilitas kesehatan swasta, kualitas kesehatan swasta, dummy publik farmasi. Hasilnya bahwa semua variabel tersebut signifikan kecuali variabel jarak fasilitas pelayanan kesehatan swasta tidak signifikan terhadap penggunaan fasilitas kesehatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Bobby Irwanprasetya (2001) dengan melakukan analisis terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi pembelian polis asuransi pada PT Asuransi Takaful Umum. Pembelian terhadap pembelian polis asuransi dipengaruhi oleh faktor persepsi terhadap harga premi, image perusahaan, persepsi terhadap promosi, persepsi terhadap produk dan persepsi terhadap kualitas pelayanan. Dengan menggunakan alat analisis regresi diperoleh kesimpulan bahwa kelima variabel bebas berpengaruh secara signifikan dan berpengaruh positif terhadap pembelian polis asuransi. Dari kelima variabel bebas tersebut variabel promosi mempunyai pengaruh terbesar.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Lokasi Penelitian

Daerah yang diteliti adalah Sumatera Barat. Alasan pemilihan lokasi penelitian adalah dikarenakan tersedianya data yang lengkap untuk menganalisis permasalahan yang ada dan akses menuju tempat penelitian lancar.

3.2 Data dan Sumber Data

Data merupakan faktor yang sangat penting dalam setiap penelitian. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data skunder dan data primer.

Data yang digunakan adalah data hasil Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2009 yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Sumatera Barat. Data yang digunakan adalah data hasil Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2009 yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Sumatera Barat, yang berkaitan dengan penelitian ini. Selain itu penulis juga menggunakan data sekunder lainnya yang dipublikasikan oleh BPS dan data yang diperoleh dari studi literatur seperti artikel, jurnal yang umumnya di akses melalui internet serta beberapa pendukung lainnya.

Sedangkan pengumpulan data primer dilakukan dengan metode wawancara/*interview*, yaitu wawancara langsung dengan peserta asuransi kesehatan swasta yang diambil sebagai responden dengan panduan kusioner secara lisan. Tujuan

pengumpulan data primer adalah untuk mendapatkan informasi dan hanya sebagai data pelengkap dari pengumpulan data skunder (Susenas).

3.3. Teknik Pengumpulan Data

Dalam pelaksanaan tugasnya, BPS bertanggung jawab atas tersedianya data yang diperlukan untuk perencanaan pembangunan. Data sosial kependudukan yang dihasilkan BPS, dikumpulkan melalui Sensus Penduduk (SP), Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS), Survey Angkatan Kerja (SAKERNAS), dan Survey Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS).

BPS melaksanakan Susenas setiap tahun. Data yang dikumpulkan antara lain meliputi bidang pendidikan, kesehatan/gizi, perumahan/lingkungan hidup, kriminalitas, kegiatan sosial budaya, konsumsi/pengeluaran dan keluarga berencana. Jadi dalam Susenas terdapat perangkat data yang dapat digunakan untuk memantau taraf kesejahteraan masyarakat, merumuskan program pemerintah dan menganalisis dampak berbagai program peningkatan kesejahteraan penduduk.

Pengumpulan data atau keterangan dari Susenas dilakukan dengan wawancara untuk pertanyaan yang menyangkut ciri-atau karakteristik rumah tangga. Pertanyaan tersebut ditanyakan kepada kepala rumah tangga atau mereka yang dianggap paling mengetahui rumah tangga tersebut (BPS, 2009).

3.4 Pembentukan Model dan Analisa Data

Penelitian ini menggunakan data Susenas 2009 untuk menjawab permasalahan penelitian yang ada. Untuk analisis Susenas yang digunakan dalam penelitian ini adalah rumah tangga dan individu. Terdapat banyaknya faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan rumah tangga untuk mengikuti asuransi swasta di Sumatera Barat. Namun, variabel yang akan diteliti adalah variabel yang menggambarkan faktor rumah tangga yang ikut serta asuransi kesehatan swasta yaitu : jumlah tanggungan anggota rumah tangga, pendapatan perkapita, resiko pekerjaan, pendidikan kepala rumah tangga, potensi sakit parah anggota rumah tangga, dan alokasi pendapatan terhadap biaya kesehatan yang dikeluarkan rumah tangga.

Dalam penelitian ini, metode yang digunakan adalah model regresi logistik. Metode ini sangat cocok diterapkan untuk variabel dependen yang bersifat dikotomi (biner) yang hanya menghasilkan dua kategori saja. Dalam studi ini pengambilan keputusan rumah tangga dibedakan menjadi dua yaitu, $Y=1$ menyatakan kejadian “mengikuti asuransi kesehatan” sedangkan $Y=0$ menyatakan kejadian “tidak mengikuti asuransi kesehatan”. Untuk variabel independen (X) yang lebih dari satu disebut dengan multiple logistik regression dengan model peluang regresi logistik dengan p faktor penjelas (Agung dalam Nurnyaik, 2004). Sehingga dapat dibuat model sebagai berikut (Norusis dalam Sofyardi, 2007) :

$$P_i = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_i}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_i}} \dots \dots \dots (1)$$

atau

$$P_i = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 X_i)}} \dots \dots \dots (2)$$

Dimana β_0 dan β_1 merupakan parameter yang diestimasi, X adalah variabel bebas, dan e adalah logaritma natural yang bernilai 2,718 dan Pi adalah probabilitas suatu kejadian terjadi.

Untuk kasus lebih dari satu variabel bebas, modelnya dapat ditulis sebagai berikut (Norusis dalam Sofyardi, 2007) :

$$Pi = \frac{e^{Zi}}{1+e^{Zi}} \dots\dots\dots (3)$$

atau

$$Pi = \frac{1}{1+e^{-Zi}} \dots\dots\dots (4)$$

Dimana Z adalah persamaan linier :

$$Z = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p$$

Agar persamaan (4) dapat diestimasi, maka persamaan tersebut dimanipulasi dengan cara mengalikannya dengan $1 + e^{-z}$ pada kedua sisinya, sehingga diperoleh persamaan berikut :

$$[1 + e^{-Zi}] Pi = \frac{1}{1+e^{-Zi}} [1 + e^{-Zi}] \dots\dots\dots (5)$$

atau

$$[1 + e^{-Zi}] Pi = 1$$

$$Pi + Pi e^{-Zi} = 1 - Pi$$

$$Pi e^{-Zi} = 1 - Pi$$

$$e^{-Z_i} = \frac{1 - P_i}{P_i}$$

$$\frac{i}{e^{-Z_i}} = \frac{1 - P_i}{P_i} \dots\dots\dots (6)$$

Atau dalam bentuk lain :

$$e^{Z_i} = \frac{P_i}{1 - P_i} \dots\dots\dots (7)$$

Angka ini disebut odd atau sering disebut resiko. Bila nilai odd ini ditransformasikan menjadi model logaritma natural, akan dihasilkan persamaan (log odd) sebagai berikut :

$$Z_i = \ln \left[\frac{P_i}{1 - P_i} \right] \dots\dots\dots (8)$$

Persamaan (6) dapat ditulis menjadi persamaan berikut :x

$$Z_i = \ln \left[\frac{P_i}{1 - P_i} \right] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p \dots\dots\dots (9)$$

Dimana : P_i = persentase dari akses terhadap asuransi kesehatan swasta

β_0 = konstanta

$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_p$ = koefisien regresi untuk variabel bebas

X_1, X_2, \dots, X_p = variabel bebas

β_0 menyatakan log odd pada X_1, X_2, X_p , sama dengan nol. β_1 menyatakan perubahan Z bila X_1 berubah 1 unit. Dengan kata lain β_1 menunjukkan bagaimana log odd berubah bila X_1 berubah 1 unit. Pengertian yang sama juga untuk $\beta_2, \beta_3, \dots, \beta_p$. Persamaan (7) dikenal sebagai model logit atau model regresi logistik.

Nilai Z antara $-\infty$ sampai $+\infty$, P_i terletak antara 0 dan 1.

Untuk penelitian ini variabel model regresi logistik pada persamaan (9) di atas akan disesuaikan dengan variabel yang akan digunakan. Secara umum, model regresi logistik dapat ditulis (Nachrowi dan Usman, 2005) :

$$L1 = \ln \left(\frac{p_i}{1-p_i} \right) = \beta_1 + \beta_2 X_i + U_i$$

Untuk mengetahui berapa besar pengaruh variabel-variabel independen terhadap pengambilan keputusan rumah tangga terhadap asuransi kesehatan, maka digunakan model regresi logistik sebagai berikut :

$$\ln \left(\frac{p}{1-p} \right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + E \dots \dots \dots (10)$$

atau :

$$\ln \left(\frac{p}{1-p} \right) = \beta_0 + \beta_1 \text{PPRT} + \beta_2 \text{EBPK1} + \beta_3 \text{EBPK2} + \beta_4 \text{RISKFIELD} + \beta_5 \text{POTILL} + \beta_6 \text{HCOST} + E$$

dimana :

$$\ln \left(\frac{p}{1-p} \right) = \text{odd ratio}$$

p = Probabilitas rumah tangga yang ikut serta asuransi kesehatan swasta

$1-p$ = Probabilitas rumah tangga yang tidak ikut serta asuransi kesehatan swasta

β_c = Konstanta

β_i = Koefisien regresi ($\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_p$)

X = Variabel bebas (X_1, X_2, \dots, X_p)

X_1 (PPRT) = Pendapatan Perkapita Rumah Tangga sebulan

X_2 (EBPK₁) = Tingkat Pendidikan Bapak (Diploma keatas)

X_3 (EBPK₂) = Tingkat Pendidikan Bapak (Tamat SLTA)

X_4 (RISKFIELD) = Lapangan Usaha Beresiko

X_5 (POTILL) = Potensi Sakit Parah Anggota Rumah Tangga

X_6 (HCOST) = Alokasi pendapatan terhadap Biaya Kesehatan

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

Dalam studi ini, variabel yang diukur adalah jumlah tanggungan anggota rumah tangga, pendapatan perkapita rumah tangga sebulan, tingkat pendidikan bapak, lapangan usaha beresiko, potensi sakit parah anggota rumah tangga dan alokasi pendapatan terhadap biaya kesehatan. Variabel-variabel tersebut merupakan variabel independen (variabel bebas). Sedangkan yang merupakan variabel dependennya (variabel terikatnya) adalah akses terhadap asuransi kesehatan swasta.

Berdasarkan penjelasan-penjelasan di atas, maka dibawah ini akan diberikan definisi-definisi dan pengukuran variabel :

a. Akses kesehatan swasta

Akses kesehatan swasta merupakan jumlah rumah tangga yang melakukan permintaan terhadap asuransi kesehatan swasta.

dimana : 1 = Jika ikut asuransi kesehatan swasta

0 = Jika tidak ikut asuransi kesehatan swasta

b. Pendapatan Perkapita Rumah Tangga

Pendapatan perkapita rumah tangga adalah jumlah pendapatan yang biasanya diterima selama sebulan selama bekerja oleh rumah tangga dengan standar 300.000/ bulan (BPS 2010).

dimana : 1 = > 300.000

0 = Lainnya

c. Pendidikan Kepala Rumah Tangga 1

Pendidikan bapak diukur dari pendidikan formal yang pernah diikuti berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki oleh bapak seperti: SD/MI/ sederajat, SLTP/MTSN/ sederajat, SLTA/SMK/MA/ sederajat.

dimana : 1 = Tamat SLTA

0 = Lainnya

d. Pendidikan Kepala Rumah Tangga 2

Pendidikan bapak diukur dari pendidikan formal yang pernah diikuti berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki oleh bapak seperti: SD/MI/ sederajat, SLTP/MTSN/ sederajat, SLTA/SMK/MA/ sederajat, DI, DII, DIII, S1, S2, S3

Dimana : 1 = Jika Diploma keatas

0 = Lainnya

e. Lapangan Usaha Beresiko

Lapangan Usaha beresiko adalah jenis bidang usaha/ pekerjaan utama dari tempat bekerja terhadap resiko pekerjaannya, misalnya lapangan usaha/ pekerjaan pertanian, pertambangan, industri pengolahan, konstruksi, angkutan, dll.

Dimana : 1 = Jika Resiko Tinggi

0 = Lainnya

f. Potensi Sakit Parah Anggota Rumah Tangga

Potensi sakit parah anggota rumah tangga diukur dari pernah atau tidaknya anggota rumah tangga sakit parah menjalani rawat inap dalam 1 tahun terakhir.

Dimana : 1 = Jika pernah rawat inap

0 = Lainnya

g. Alokasi Pendapatan terhadap Biaya Kesehatan ART

Alokasi pendapatan terhadap biaya kesehatan dapat diukur dari rata-rata pengeluaran perkapita rumah tangga dalam 1 bulan terhadap biaya kesehatan yang dikeluarkan.

Dimana : 1 = > 100.000

0 = Lainnya

Tabel 2.2

Variabel dan Skala Pengukuran Data Analisa Logistik Variabel Operasional

Variabel	Label
Variabel Dependen	
Akses dalam asuransi kesehatan swasta	1 = Rumah tangga yang ikut serta dalam asuransi kesehatan swasta 0 = Lainnya
Variabel Independen	
Pendapatan Perkapita Rumah	1 = > 300.000

Tangga	0 = Lainnya
Pendidikan Kepala Rumah Tangga (Tamat SLTA)	1 = Diploma keatas 0 = Lainnya
Pendidikan Kepala Rumah Tangga (Diploma Keatas)	1 = SLTA keatas 0 = Lainnya
Lapangan Usaha Beresiko	1 = Resiko Tinggi 0 = Lainnya
Potensi Sakit Parah Anggota RT	1 = Jika pernah rawat inap 0 = Lainnya
Alokasi Pendapatan terhadap biaya Kesehatan	1 => 100.000 0 = Lainnya

3.5 Pengujian Model

3.5.1 Uji G

Sebelum melakukan proses multiple regression, harus dilakukan terlebih dahulu uji korelasi terhadap variabel independennya. Uji tersebut dilakukan dengan menggunakan uji G dengan langkah-langkah sebagai berikut (Nachrowi, 2002) :

$$H_0: \beta_0 = \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_p = 0$$

H_1 : sekurang-kurangnya terdapat satu $\beta_j \neq 0$

Statistik uji yang digunakan adalah :

$$G = -2 \ln \left[\frac{\text{likelihood}(\text{model B})}{\text{likelihood}(\text{model A})} \right]$$

Model B = model yang terdiri dari konstanta saja

Model A = model yang terdiri dari seluruh variabel

G berdistribusi Khi Kuadrat dengan derajat bebas P atau $G \sim \chi_p^2$. H_0 ditolak jika $G > \chi_{\alpha, p}^2$, α : tingkat signifikansi. Bila H_0 ditolak, artinya model A signifikan pada tingkat signifikansi. Adapun nilai yang digunakan dalam penelitian ini adalah pada tingkat kepercayaan 0,05 (5%).

3.5.2 Uji Wald

Uji signifikansi tiap-tiap parameter dilakukan dengan uji Wald, dengan langkah-langkah sebagai berikut:

$$H_0: \beta_j = 0 \text{ untuk suatu } j \text{ tertentu : } j = 0, 1, 2, \dots, p \quad H_0: \beta_j \neq 0$$

Statistik uji yang digunakan adalah (Nachrowi dan Usman dalam Sofyardi, 2007):

$$W_j = \left[\frac{\beta_j}{SE\beta_j} \right]^2 \quad j = 0, 1, 2, \dots, p$$

Statistik ini berdistribusi Khi Kuadrat dengan derajat bebas 1 atau secara simbolis ditulis $W_j \sim \chi_1^2$. H_0 ditolak jika $W_j > \chi_{\alpha}^2$, 1 dengan α adalah tingkat

signifikansi yang dipilih. H_0 ditolak artinya parameter tersebut signifikan secara statistik pada tingkat signifikansi.

Interpretasi koefisien-koefisien dalam model regresi logistik dilakukan dalam bentuk odd ratio (perbandingan resiko) atau dalam adjusted probability (probabilitas terjadi). Interpretasi parameter dilakukan dengan cara membandingkan nilai odd dari salah satu nilai lainnya (referensi). Karena variabel-variabel yang digunakan adalah variabel dikotomi kategori 1 dan 0 dengan 0 sebagai kategori referensi, maka interpretasi koefisien pada variabel ini adalah rasio dari nilai odds kategori 1 terhadap nilai odds kategori 0, ditulis sebagai berikut :

$$\psi = \left[\frac{P(X_j=1)}{1-P(X_j=1)} / \frac{P(X_j=0)}{1-P(X_j=0)} \right] = \exp. (B_j)$$

Artinya, resiko terjadinya peristiwa $Y = 1$ pada kategorik $X_j = 1$ adalah sebesar $\text{Exp} (\beta_j)$ kali resiko terjadinya peristiwa $Y = 1$ pada kategori $X_j = 0$. Apabila variabel bebas yang digunakan adalah variabel kontinyu, maka interpretasi dari koefisien adalah setiap kenaikan C unit satuan pada variabel bebas, akan mengakibatkan resiko terjadinya $Y = 1$ sebesar $(C\beta_j)$ kali lebih besar (Nachrowi dan Usman, 2005).

BAB IV

GAMBARAN UMUM

4.1 Perkembangan Asuransi di Indonesia

Asuransi kesehatan di Indonesia merupakan hal yang relatif baru bagi kebanyakan penduduk Indonesia. Dalam perjalanannya asuransi kesehatan telah mengalami perkembangan secara substantial, baik dari sifatnya (*wajib/sukarela, social/socialregulated/commercial*), jenis pertanggungan (*accident/sickness/disability/accidental death and dismemberment/hospitalization and survey/special sickness*), kepesertaan (*group/individu*), maupun sifat asuransi (*conventional/managed care*).

Perkembangan profil atau kondisi industri asuransi di Indonesia mencakup aspek regulasi; perkembangan jumlah perusahaan beserta indikator-indikator keuangannya; serta situasi dan permasalahan dalam persaingan pasar. Pelaku asuransi di Indonesia sampai tahun 2007 tercatat sebanyak 92 perusahaan asuransi umum, yang 74 perusahaan diantaranya masih mempunyai modal di bawah 100 Milyar (AAUI, 2007).

Posisi Indonesia di lingkungan global dilihat dari indikator "*insurance penetration rate*" dan "*insurance density*", serta indikator lainnya yang memang relatif masih memprihatinkan. Berdasarkan pada nilai "*global competitiveness index*"- sebuah indikator komposit yang disusun oleh *Global Economic Forum*, Indonesia menempati urutan ke-54 pada tahun 2007. Bila dibandingkan dengan

posisi Singapura, Malaysia, dan Thailand yang berturut-turut menempati posisi ke-7, 21, dan 28 (*Global Economic Forum, 2007*).

Prinsip pengelolaan dana asuransi umum mencakup dua sisi atau perspektif yang saling terkait. Sisi pertama adalah memberikan perlindungan terhadap kekayaan individu atau institusi yang pembiayaan pembayarannya bersumber dari akumulasi nilai premi yang diberikan oleh individu atau institusi. Fungsi kedua adalah penggunaan akumulasi dana premi yang terkumpul tersebut selain berfungsi sebagai sumber utama cadangan klaim, juga dapat dimanfaatkan sebagai sumber pembiayaan untuk lembaga keuangan lainnya- melalui prinsip *circular flow of income*.

Pada tahun 2007 ini jumlah perusahaan asuransi di Indonesia tercatat sebanyak 92 perusahaan dengan mobilisasi dana masyarakat dalam bentuk premi tercatat sebanyak Rp.19.3 triliun. Jika menggunakan data estimasi World Insurance Outlook pada tahun 2006, nilai premi tersebut hanya 0,6 persen dari PDB Indonesia yang tercatat sebesar US\$ 364 juta. Jika nilai premi tersebut dibagi dengan jumlah penduduk Indonesia yang mencapai 225 juta orang maka premi per kapita untuk Indonesia hanya sebesar US\$ 9 per orang per tahun. Angka-angka kinerja asuransi umum tersebut dibandingkan dengan asuransi jiwa dan lembaga keuangan bank dapat dilihat pada Tabel di bawah ini.

Tabel 4.1
Kinerja Asuransi Umum dengan Asuransi Jiwa

No .	Indikator Keuangan	Asuransi Umum	Asuransi Jiwa	Bank
1	Jumlah perusahaan	92		130
2	Total Aset		82 triliun	1801 Triliun
3	Premi/dana masyarakat	19,3 Triliun	26,8 triliun	1562 Triliun
4	Persentase Premi/simpanan bank terhadap PDB	0,60%	0,80%	170%
5	Premi/simpanan bank per kapita	Rp 85,5 ribu per orang	Rp 118,75 ribu per orang	Rp 6,9 juta per orang

Sumber: World Insurance Outlook 2006

Keterangan:

- a. Nilai premi asuransi berdasarkan estimasi World Insurance Outlook yaitu sebesar US\$ 2822 juta untuk jiwa dan US\$ 2027 juta. Nilai kurs yang digunakan adalah Rp 9500/US\$
- b. Persentase nilai premi terhadap PDB menggunakan estimasi World Insurance Outlook 2006, sedangkan untuk bank menggunakan data dari Bank Indonesia sampai Juli 2007 dengan nilai nominal PDB sebesar Rp 915,9 triliun.
- c. Premi per kapita menggunakan World Insurance Outlook 2006, sedangkan simpanan bank dibagi dengan jumlah penduduk Indonesia sebanyak 225 juta orang.

Tabel di atas menunjukkan bahwa asuransi umum belum menunjukkan kinerja keuangan yang lebih baik dibandingkan asuransi jiwa atau bank. Angka tersebut bisa diartikan juga bahwa peran asuransi umum masih bersifat mikro yaitu memobilisasi premi dari masyarakat untuk kepentingan memupuk cadangan klaim yang merupakan kewajiban asuransi umum ketika resiko yang dipertanggungjawabkan terjadi. Bandingkan dengan bank yang sudah sampai pada tahap menyalurkan kembali dana masyarakat dalam bentuk investasi misalnya

melalui penyaluran kredit, pembelian surat-surat berharga atau penyertaan (modal) ke perusahaan terafiliasi.

Berdasarkan data dari Biro Riset InfoBank, tahun 2006 premi asuransi jiwa secara nasional Rp 27,44 triliun, tumbuh 23,15 persen dibandingkan tahun 2005. Sementara dalam periode yang sama, premi asuransi umum sebesar Rp 15,5 triliun, hanya bertumbuh 3,6 persen dibandingkan tahun sebelumnya. Dengan premi sebesar itu, nilai premi asuransi jiwa kurang dari 1 persen dari dana masyarakat yang tersimpan di bank yang sampai tahun 2007 ini sudah mencapai lebih dari Rp 1.562 Triliun.

Dengan pertumbuhan sebesar itu, secara riil nilai premi asuransi umum di Indonesia sebenarnya menurun karena pertumbuhan secara nominalnya lebih rendah dari tingkat inflasi. Pertumbuhan nilai premi asuransi umum yang melambat terkait dengan perang tarif. Perang tarif tersebut secara agregat menimbulkan kerugian terhadap industri asuransi umum.

Nilai total premi dunia pada tahun 2006 adalah sebesar US\$ 3.723,4 Milyar yang terdiri dari premi asuransi jiwa sebesar US\$ 2.209,3 Milyar dan premi asuransi umum sebesar US\$ 1.514 Milyar. Angka tersebut meningkat dengan rata-rata sebesar 7,7 persen untuk asuransi jiwa dan hanya 1,5 persen untuk asuransi non-jiwa (asuransi umum). Beberapa statistik selengkapnya untuk Indonesia serta dengan rata-rata regional, nasional, dan beberapa negara sebagai pembanding selengkapnya dapat dilihat pada Tabel di bawah ini.

Tabel 4.2
Perbandingan Biaya Premi antara Indonesia dengan Negara Lain

	Nilai Premi (dalam US\$ juta)		Pertumbuhan (%)	Premi dari PDB (%)	Per Kapita (dalam US\$)
	2006	2005			
Asuransi Jiwa					
Dunia	2.209.317	2.003.557	7,7	4,48	330,6
Asia	602.266	578.567	3,6	5,00	154,6
ASEAN	20.299	18.108	2,5	1,96	41,4
Jepang	362.766	378.729	-2,0	8,3	2.829,3
RRC	45.092	39.604	9,1	1,7	34,1
Singapur	7.08	6.562	2,0	5,4	1.616,5
Malaysia	4.881	4.487	2,0	3,2	189,2
Thailand	3.887	4.487	1,6	1,9	60,0
Indonesia	2.822	2.131	10,5	0,8	12,5
Asuransi Non Jiwa					
Dunia	1.514.094	1.442.258	1,5	3,04	224,2
Asia	198.553	186.644	4,4	1,63	50,4
ASEAN	12.678	11.601	-0,6	1,01	21,4
Jepang	97.495	99.481	0,3	2,2	760,4
RRC	25.713	20.54	19,9	1,0	19,4
Singapur	3.695	3.486	0,2	1,1	341,2
Thailand	3.241	2.86	1,9	1,6	50,0
Malaysia	2.656	2.49	-0,4	1,7	103,0
Indonesia	2.027	1.904	-11,1	0,6	9,0

Sumber: World Insurance Outlook 2006

Angka-angka di atas menunjukkan bahwa pertumbuhan nilai premi asuransi umum lebih rendah dibandingkan dengan asuransi jiwa yaitu 1.5 % berbanding 7.7%. Angka pertumbuhan tersebut sudah disesuaikan dengan tingkat inflasi di masing-masing negara, termasuk di Indonesia. Sebagian angka-angka pertumbuhan untuk negara-negara ASEAN di atas merupakan angka estimasi dari World Insurance Outlook 2006. Walaupun demikian, Indonesia memang tergolong yang mengalami pertumbuhan negatif secara riil, walaupun secara nominal nilai preminya meningkat dari tahun 2005. Artinya, pertumbuhan nilai premi asuransi umum di Indonesia lebih rendah dibandingkan tingkat inflasi.

Posisi Indonesia dalam “dunia perasuransian global” memang tergolong mengkhawatirkan. Dilihat dari nilai preminya, Indonesia menempati ranking dunia ke-37 untuk asuransi jiwa dan ke-44 untuk nilai premi asuransi umum dari 88 negara yang dianalisis dalam World Insurance Outlook. Peringkat berdasarkan laju penetrasi asuransi (persentase premi terhadap PDB) dan densitas asuransi (premium per capita) malah semakin terpuruk yaitu menempati urutan ke-74 dan ke-78 untuk industri asuransi secara keseluruhan. Perbandingan ranking dunia untuk beberapa negara disajikan pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.3
Perbandingan Premi Asuransi Pada Beberapa Negara

Negara	Ranking Dunia (berdasarkan analisis terhadap 88 negara)			
	Premi Asuransi Jiwa	Premi Asuransi Non Jiwa	Insurance Penetration	Insurance Density
Amerika Serikat	1	1	14	6
Jepang	2	4	7	9
Inggris	3	3	1	1
Perancis	4	5	6	5
Jerman	5	2	22	17
Korea Selatan	7	9	4	21
RRC	8	11	47	70
Taiwan	9	18	3	20
India	12	26	31	76
Hongkong	20	41	8	14
Singapura	28	34	23	22
Malaysia	32	37	29	41
Thailand	33	35	37	57
Indonesia	37	44	74	78
Filipina	41	55	73	80
Vietnam	49	71	72	84

Sumber: World Insurance Outlook 2008

Data ranking dunia di atas menunjukkan bahwa Indonesia menempati posisi yang lebih baik dibandingkan dengan Filipina dan Vietnam untuk nilai

premi dan *insurance penetration*, namun ranking untuk *insurance density*-nya lebih rendah dari kedua negara tersebut. Tiga negara Asia yang relatif maju industri asuransinya adalah Jepang, Korea Selatan, dan Taiwan. Ketiga negara tersebut memiliki nilai premi asuransi jiwa yang relatif besar sehingga menempati 10 besar dunia, walaupun untuk asuransi umum hanya Jepang dan Korea Selatan yang masuk papan atas.

Sedangkan RRC mempunyai nilai premi yang relatif besar sehingga menempati urutan ke-8 untuk jiwa dan ke-11 untuk kesehatan. Namun dengan jumlah penduduk terbesar di dunia, ranking *insurance density*-nya merosot ke urutan 70. Kondisi yang hampir sama berlaku juga untuk negara yang berpenduduk besar lainnya seperti India dan Indonesia. India yang tadinya menempati urutan ke-12 dan 26 untuk total premi asuransi jiwa dan non-jiwa, merosot ranking-nya menjadi urutan 31 dan 76 untuk *insurance penetration* dan *insurance density*. Walaupun RRC, India, dan Indonesia sama-sama berada di urutan tujuh puluhan, jumlah penduduk India dan RRC adalah lebih dari 4 kali lipat dari Indonesia. Jadi kemerosotan ranking Indonesia lebih banyak disebabkan karena total premi dan PDB yang jauh lebih rendah dibandingkan India dan RRC.

4.2 Aksesibilitas Masyarakat terhadap Asuransi Kesehatan Swasta di Sumatera Barat.

4.2.1 Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Menurut Pendapatan Perkapita Rumah Tangga

Dari hasil pengolahan data dapat di analisa bahwa peserta asuransi yang memanfaatkan asuransi swasta berdasarkan pendapatan perkapita rumah tangga sebesar 7.0% di Sumatera Barat. Artinya masih cukup rendahnya rumah tangga yang memiliki penghasilan <300.000 untuk mengikuti asuransi swasta. Sedangkan peserta lainnya yang memiliki penghasilan lainnya >300.000 yang mengikuti asuransi swasta yaitu berkisar 93,0%.

Tabel 4.2.1
Pengaruh Pendapatan Perkapita Rumah Tangga Terhadap Akses Asuransi Kesehatan Swasta di Sumatera Barat (%)

Asuransi Swasta	Pendapatan Perkapita Terklasifikasi	
	Lainnya	> 300000
TIDAK	26,40 %	73,60 %
YA	7,00 %	93,00 %

Sumber : BPS Sumatera Barat, Susenas 2009 (data diolah)

Gambaran yang lebih jelasnya dapat dilihat pada Grafik 4.2.1. Dari Grafik 4.2.1 terlihat jelas bahwa persentase rumah tangga yang akses terhadap asuransi kesehatan swasta lebih banyak yang berpendapatan >300.000 (93,00%), dibandingkan dengan rumah tangga yang berpendapatan <300.000 (7,00%).



Sumber : Susenas 2009 (data diolah)

Hal ini memperlihatkan bahwa akses terhadap asuransi kesehatan swasta oleh rumah tangga yang memiliki pendapatan perkapita <300.000 memang lebih kecil dibanding rumah tangga yang memiliki pendapatan perkapita >300.000 untuk mengikuti asuransi swasta karena tingkat dari pendapatan perkapita rumah tangganya tidak mencukupi untuk mengikuti asuransi swasta yang kita tahu memiliki standar minimum premi yang harus di bayar setiap bulannya.

Dapat disimpulkan bahwa rumah tangga yang mengikuti asuransi swasta sangat didasari atas tingkat pendapatan perkapita rumah tangga itu sendiri. Karena dengan dasar pendapatan perkapita mereka tersebut, mereka dapat mengukur tingkat kemampuan mereka dalam memilih untuk mengikuti asuransi mana yang sesuai dengan pendapatan atau terjangkau dengan pendapatan perkapita rumah tangga mereka. Sehingga tidak mengganggu hal-hal lain yang menjadi kebutuhan primer dalam rumah tangga itu sendiri nantinya yang juga harus dipenuhi.

4.2.2 Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Menurut Pendidikan Kepala Rumah Tangga (Tamatan SLTA)

Pendidikan kepala rumah tangga dalam penelitian ini dikelompokkan atas dua kelompok, yaitu tamat SLTA dan tidak tamat SLTA. Akses terhadap asuransi kesehatan swasta berdasarkan pendidikan bapak dapat dilihat pada tabel dan grafik berikut:

Tabel 4.2.2
Pengaruh Pendidikan Kepala Rumah Tangga Terhadap Akses Asuransi Kesehatan Swasta di Sumatera Barat

Asuransi Swasta	Pendidikan Kepala RT	
	Lainnya	Tamatan SLTA
TIDAK	77,70 %	22,30 %
YA	58,10 %	41,90 %

Sumber : BPS Sumatera Barat, Susenas 2009 (data diolah)



Sumber : Susenas 2009 (data diolah)

Tabel 4.2.2 diatas memperlihatkan bahwa rumah tangga yang memanfaatkan asuransi swasta berdasarkan pendidikan kepala rumah tangga

sebesar 41,90% kepala rumah tangga tamat SLTA dan yang tidak memanfaatkan asuransi swasta sebesar 77,7%.

Dari Grafik 4.2.2 juga terlihat bahwa rumah tangga yang akses terhadap asuransi kesehatan swasta berdasarkan pendidikan kepala rumah tangga (tamat SLTA) sebesar 41,90% dan pendidikan kepala rumah tangga tidak tamat SLTA sebesar 58,10% , berarti lebih banyak peserta asuransi yang berpendidikan SLTA kebawah yang tidak memanfaatkan asuransi swasta dibandingkan dengan peserta asuransi yang berpendidikan tamatan SLTA.

Maka dapat disimpulkan bahwa banyak peserta asuransi yang tidak memanfaatkan asuransi swasta, dikarenakan pendidikan yang minim yaitu tamatan SLTA / sederajat, sehingga pengetahuan tentang asuransi sebagai sarana penjamin kesehatan juga masih minim.

4.2.3 Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Menurut Pendidikan Kepala Rumah Tangga (Diploma ke atas)

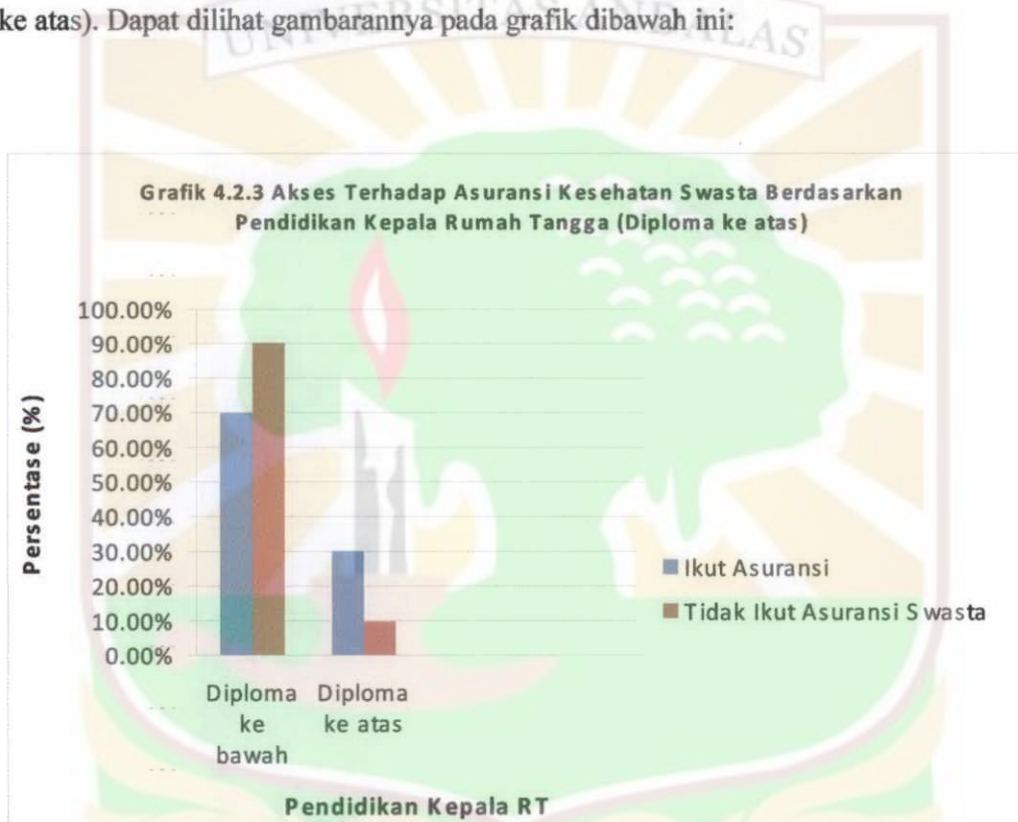
Akses rumah tangga terhadap asuransi kesehatan swasta menurut pendidikan kepala rumah tangga diploma keatas dapat dilihat pada table berikut:

Tabel 4.2.3
Pengaruh Pendidikan Kepala Rumah Tangga Terhadap Akses Asuransi Kesehatan Swasta di Sumatera Barat

Asuransi Swasta	Pendidikan Kepala RT	
	Lainnya	Diploma ke atas
TIDAK	90,30 %	9,70 %
YA	69,80 %	30,20 %

Sumber : BPS Sumatera Barat, Susenas 2009 (data diolah)

Pada tabel 4.2.3 diatas, dapat dilihat bahwa anggota rumah tangga yang memanfaatkan asuransi swasta berdasarkan pendidikan kepala rumah tangga (diploma keatas) sebesar 30,2% dan rumah tangga yang memanfaatkan asuransi swasta dengan pendidikan kepala rumah tangga diploma kebawah sebesar 69,80%. Sedangkan rumah tangga yang tidak memanfaatkan akses terhadap asuransi swasta sebesar 90,30% (diploma kebawah) dan sebesar 9,70% (diploma ke atas). Dapat dilihat gambarannya pada grafik dibawah ini:



Sumber : Susenas 2009 (data diolah)

Berdasarkan Grafik 4.2.3 dapat dilihat bahwa persentase akses rumah tangga terhadap asuransi kesehatan swasta berdasarkan pendidikan kepala RT diploma keatas sebesar 30,20% dan sebesar 69,80% kepala rumah tangga dengan pendidikan diploma kebawah. Artinya lebih banyak rumah tangga yang berpendidikan diploma kebawah yang memanfaatkan asuransi swasta bila

dibandingkan dengan peserta asuransi yang memanfaatkan asuransi swasta pendidikan diploma keatas.

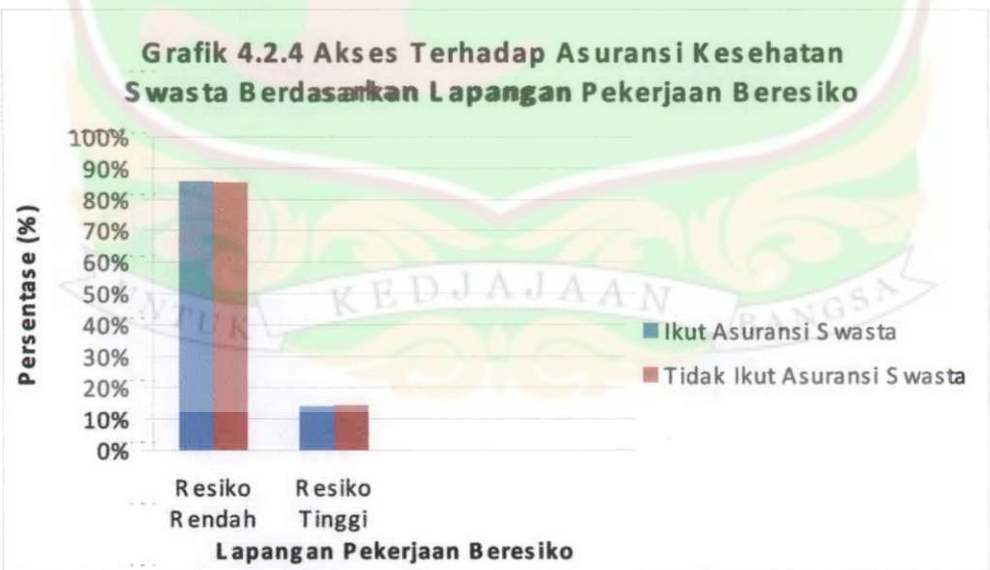
4.2.4 Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Menurut Pekerjaan Beresiko

Adapun akses rumah tangga terhadap asuransi kesehatan swasta menurut lapangan pekerjaan beresiko dapat dilihat pada table dan grafik berikut:

Tabel 4.2.4
Pengaruh Pekerjaan Beresiko Terhadap Akses Asuransi Kesehatan Swasta di Sumatera Barat

Asuransi Swasta	Pekerjaan beresiko	
	Lainnya	Pekerjaan beresiko
TIDAK	85,60%	14,40%
YA	86,00%	14,00%

Sumber : BPS Sumatera Barat, Susenas 2009 (data diolah)



Sumber : Susenas 2009 (data diolah)

Dari table dan grafik 4.2.4 diatas dapat dilihat bahwa rumah tangga yang memanfaatkan asuransi swasta berdasarkan pekerjaan beresiko sebesar 14% dan dengan persentase yang besar tidak sebanding dengan peserta asuransi yang memanfaatkan asuransi swasta yang memiliki pekerjaan beresiko rendah sebesar 86%. Hal ini berarti dapat disimpulkan bahwa masih banyaknya anggota rumah tangga yang memiliki pekerjaan beresiko yang tidak memanfaatkan jasa asuransi kesehatan swasta.

Dapat disimpulkan bahwa jenis pekerjaan bukanlah faktor utama penentu seseorang atau rumah tangga untuk akses asuransi kesehatan. Meskipun dilihat dari jenis pekerjaan yang beresiko. Rumah tangga yang mempunyai pekerjaan beresiko tinggi seperti industri pengolahan, pertambangan, perkebunan, kontruksi, dll tidak signifikan terhadap permintaan asuransi kesehatan. Karena disebabkan oleh pendapatan mereka yang masih minim sehingga hanya bisa untuk memenuhi kebutuhan primer. Selain itu, juga disebabkan oleh keinginan mereka untuk selalu menjaga kesehatan dan *safety* terhadap pelaksanaan pekerjaan dengan tujuan agar tetap dapat bekerja dan menghasilkan pendapatan untuk memenuhi kebutuhan hidup mereka.

4.2.5 Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Menurut Potensi Sakit Parah Anggota Rumah Tangga

Potensi sakit parah anggota rumah tangga diukur dari pernah atau tidaknya anggota rumah tangga sakit parah menjalani rawat inap dalam 1 tahun terakhir. Akses rumah tangga terhadap asuransi kesehatan swasta menurut potensi sakit parah anggota rumah tangga dapat ditunjukkan pada table dan grafik dibawah :

Tabel 4.2.5
Pengaruh Potensi Sakit Parah Terhadap Akses Asuransi Kesehatan Swasta
di Sumatera Barat

Asuransi Swasta	Potensi Sakit Parah	
	Lainnya	Potensi Sakit Parah
TIDAK	97,10 %	2,90 %
YA	92,20 %	7,80 %

Sumber : BPS Sumatera Barat, Susenas 2009 (data diolah)



Sumber : Susenas 2009 (data diolah)

Dari tabel dan grafik 4.2.5 dapat dilihat bahwa rumah tangga yang memanfaatkan asuransi swasta berdasarkan potensi sakit parah anggota rumah tangga sebesar 7,8% pernah rawat inap 1 tahun terakhir dan 92,20% anggota rumah tangga yang tidak pernah rawat inap dalam 1 tahun terakhir. Sedangkan rumah tangga yang tidak memanfaatkan asuransi kesehatan swasta sebesar

97,10% (tidak pernah rawat inap 1 tahun terakhir) dan sebesar 2,90% (pernah rawat inap 1 tahun terakhir).

Dapat disimpulkan bahwa rumah tangga yang pernah rawat inap dalam 1 tahun terakhir yang memanfaatkan asuransi swasta lebih sedikit bila dibandingkan dengan rumah tangga yang tidak pernah rawat inap dalam 1 tahun terakhir, yaitu sebesar 7,8%.

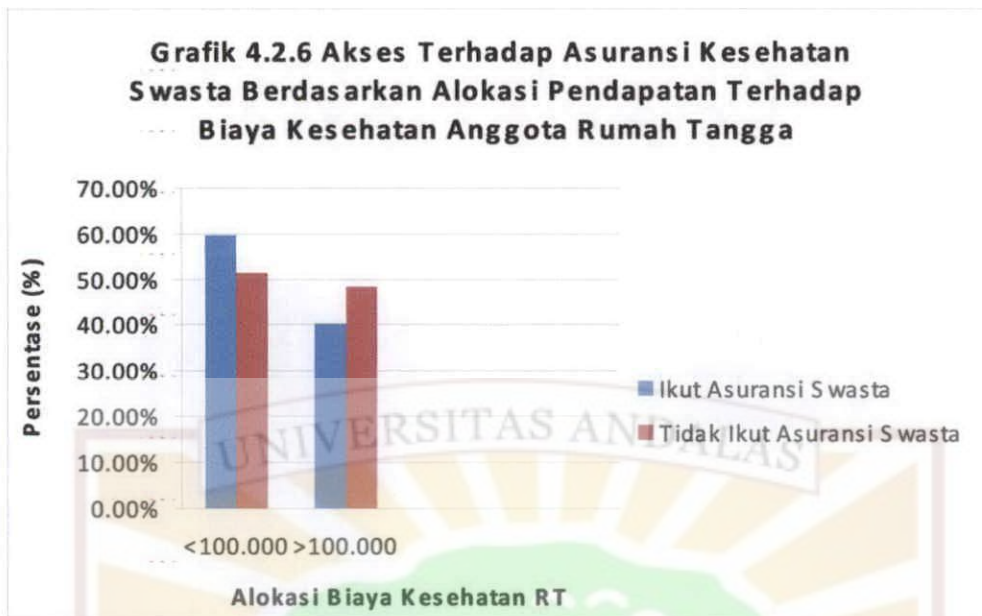
4.2.6 Akses Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta Menurut Alokasi Pendapatan Terhadap Biaya Kesehatan

Alokasi pendapatan terhadap biaya kesehatan untuk akses asuransi kesehatan swasta diukur dari rata-rata pengeluaran perkapita rumah tangga dalam 1 bulan terhadap biaya kesehatan yang dikeluarkan, dapat dilihat pada tabel dan grafik dibawah:

Tabel 4.2.6
Pengaruh Alokasi Biaya Kesehatan Terhadap Akses Asuransi Kesehatan Swasta di Sumatera Barat

Asuransi Swasta	Alokasi biaya kesehatan	
	Lainnya	Alokasi biaya kesehatan
TIDAK	51,50%	48,50%
YA	59,70%	40,30%

Sumber : BPS Sumatera Barat, Susenas 2009 (data diolah)



Sumber : Susenas 2009 (data diolah)

Dari tabel dan grafik 4.2.6 diatas memperlihatkan bahwa rumah tangga yang memanfaatkan asuransi swasta berdasarkan alokasi pendapatan terhadap biaya kesehatan sebesar 40,3% dan yang tidak memanfaatkan asuransi kesehatan swasta sebesar 48,50% di Sumatra Barat. Dimana dari hasil analisis ini rumah tangga yang memanfaatkan asuransi swasta untuk alokasi pendapatan terhadap biaya kesehatan yang ada lebih kecil dibanding peserta yang tidak mengikuti asuransi swasta.

Maka dapat disimpulkan bahwa persentase peningkatan pengeluaran untuk biaya kesehatan lebih rendah dibandingkan persentase peningkatan pendapatan. Elastisitas pendapatan dalam biaya kesehatan tergolong rendah, salah satu penyebab yang membuat rendahnya elastisitas pendapatan adalah pengaruh pendapatan yang tidak tetap. Maka dapat disimpulkan bahwa rumah tangga yang mengikuti asuransi swasta apabila dilihat dari alokasi biaya kesehatan sangat

kecil, karena semakin tinggi biaya kesehatan dan biaya premi nantinya yang akan ditanggung oleh rumah tangga untuk pendapatan yang dihasilkan.

4.3 Hambatan Dalam Partisipasi Terhadap Asuransi Kesehatan Swasta

4.3.1 Lapangan Pekerjaan Beresiko

Sama halnya dengan kesehatan lingkungan, pengetahuan tentang kesehatan kerja juga lebih banyak melibatkan kalangan kedokteran/kesehatan yang menangani kesehatan pekerja di lapangan pekerjaan beresiko seperti di pabrik, pertambangan, dan perusahaan.

Secara statistik diungkapkan bahwa 80% kecelakaan disebabkan oleh perbuatan yang tidak selamat dan hanya 20% oleh kondisi yang tidak selamat. Hal ini disebabkan karena kesalahan utama sebagian besar kecelakaan, kerugian, atau kerusakan terletak pada pekerja yang kurang bergairah, kurang terampil, kurang tepat, terganggu emosinya, yang pada umumnya menyebabkan kecelakaan dan kerugian.

Keselamatan kerja dapat diartikan sebagai kondisi yang bebas dari resiko kecelakaan atau kerusakan atau dengan resiko yang relatif sangat kecil di bawah tingkat tertentu (Simanjuntak, 1994). Kondisi kerja yang aman perlu dukungan dari sarana dan prasarana keselamatan yang berupa peralatan keselamatan, alat perlindungan diri dan rambu-rambu. Alat-alat yang tergolong sebagai penunjang keselamatan kerja tersebut masker, jaket pelindung, peralatan kebakaran, dan pelindung kaki. Untuk prasarana keselamatan seperti rambu-rambu/tanda peringatan memerlukan ketentuan-ketentuan yaitu mudah terlihat, mudah di baca,

dan tahan lama; di tulis dalam bahasa resmi negara yang menggunakan produk yang dimaksud, kecuali bila secara teknis salah satu bahasa tertentu dianggap lebih sesuai; ringkas dan Jelas; dan menjelaskan tingkat bahaya dan memberikan cara mengurangi resiko (Simanjuntak, 1994).

Keselamatan kerja bertujuan untuk melindungi keselamatan tenaga kerja di dalam melaksanakan tugasnya juga melindungi keselamatan setiap orang yang berada di tempat kerja, selain itu melindungi keamanan peralatan dan sumber produksi agar selalu dapat digunakan secara efisien (Suma'mur, 1996).

Temuan dari survei yang dilakukan menunjukkan adanya kebutuhan akan jenis perlindungan sosial seperti asuransi kesehatan. Hal ini disebabkan karena tunjangan untuk kecelakaan kerja dan hari tua juga menjadi prioritas tinggi. Namun terdapat beberapa hambatan dalam mengakses program asuransi, antara lain:

1. Kurangnya kesadaran dan tanggung jawab pihak pengusaha/kontraktor/pemborong untuk mengikutsertakan tenaga kerjanya dalam program asuransi.
2. Masih banyak tenaga kerja yang belum mengetahui bahwa program asuransi merupakan haknya untuk mendapatkan perlindungan. Hal ini disebabkan rendahnya tingkat pengetahuan mereka dan sekitar 78% tenaga kerja di Indonesia masih berpendidikan rendah (SLTP dan SD).
3. Kesulitan keuangan (financial) perusahaan akibat pemenuhan kebijakan pemerintah yaitu adanya kenaikan Upah Minimum Reginal (UMR) tenaga kerja.

4. Hambatan peraturan

Walaupun Undang-Undang No. 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja dapat mengakomodasi tenaga kerja yang melakukan pekerjaan di luar hubungan kerja resmi (Pasal 4, ayat 2), namun pada praktiknya, cakupan wajibnya dibatasi pada pengusaha yang memiliki 10 orang pekerja atau dengan upah bulanan minimal lebih dari Rp 1 juta. Hal ini menegaskan bahwa sebagian besar perusahaan yang saat ini melaksanakan undang-undang tersebut adalah perusahaan di sektor formal yang memiliki badan hukum.

5. Ketidakmampuan membayar iuran Penghasilan

Pekerja di sektor informal yang rendah dan tidak teratur menjadi hambatan besar dalam memastikan sumber daya yang aman. Situasi ini mempersulit penghitungan upah bulanan kotor atau bersih yang diperoleh sehingga tidak dapat diandalkan. Kondisi ini membuat sebagian besar pekerja di sektor perekonomian informal tidak mampu membayar iuran jaminan sosial.

6. Desain tunjangan dan prioritas jaminan sosial

Walaupun diharapkan dapat menyediakan berbagai tunjangan jaminan sosial, program-program yang ada saat ini tidak dapat menyediakan fleksibilitas yang dibutuhkan pekerja di sektor perekonomian informal. Sebagai contoh, program tunjangan untuk kecelakaan kerja Jamsostek hanya mencakup kecelakaan yang terjadi di tempat kerja, sementara ketentuan tentang tunjangan untuk kecacatan hanya mencakup sedikit

cedera yang harus disahkan pengusaha dan laporan medis. Akibatnya, banyak usaha di sektor perekonomian informal tidak mampu memenuhi persyaratan administratif untuk menentukan bahwa kecelakaan tersebut terjadi di tempat kerja. Bagi sebagian besar pekerja di sektor perekonomian informal, mereka memiliki masalah utama hilangnya kapasitas kerja yang mengakibatkan kehilangan penghasilan. Karena itu, ketentuan tentang cakupan 24 jam penuh untuk kecelakaan kerja dianggap akan lebih menarik bagi para pekerja dan efektif bagi pengelola.

7. Administrasi dan pelaksanaan

Peningkatan kapasitas administratif menjadi hal yang sangat penting bagi keberhasilan upaya memperluas cakupan jaminan. Hal ini penting, tidak saja karena meningkatnya tugas administratif, tapi juga karena mereka yang saat ini tidak dilibatkan kemungkinan besar akan menciptakan masalah terkait pendaftaran, kepatuhan, pengumpulan iuran, dan pencatatan.

8. Subsidi

Sebagian kecil subsidi untuk satu program jaminan sosial tunggal, seperti jaminan kematian, dapat menjadi katalisator yang mampu menarik minat para pekerja di sektor perekonomian informal ke dalam satu program dan mungkin ke program-program asuransi yang lain.

BAB V

HASIL TEMUAN EMPIRIS

5.1 Persamaan Regresi Logistik dan Odd Ratio

Dalam menganalisa masalah-masalah dalam ekonomi ketenagakerjaan dan kependudukan, seringkali digunakan teknik logistik untuk menganalisanya (Sofyardi, 2006). Untuk menguji faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan rumah tangga terhadap asuransi kesehatan swasta di Sumatera Barat digunakan regresi logistik. Analisis logistik ini digunakan untuk melihat pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen dimana keduanya adalah biner 0 dan 1. Untuk variabel bebas (x) lebih dari satu disebut *multiple regression*. Analisis data dilakukan dengan menggunakan program SPSS versi 15.0 *windows*.

Sebelum melakukan proses regresi logistik, terlebih dahulu dilakukan uji korelasi variabel sesama independen untuk melihat hubungan antara variabel. Jika terdapat hubungan yang sangat kuat antara sesama variabel independen, maka diasumsikan telah terjadi kasus multikolinearitas, dimana nilai koefisien korelasi antar masing-masing variabel lebih dari 0,70 (Nugroho, 2005). Untuk mengatasi hal ini, maka salah satu variabel yang tingkat hubungannya sangat kuat harus dihilangkan dari model.

Tabel 5.1
Hasil Uji Korelasi Pearson Antara Variable Bebas

	Pendapatan perkapita Terklasifikasi	Pendapatan Kepala RT	Pendidikan Kepala RT	Pekerjaan Beresiko	Potensi Sakit Parah	Alokasi Biaya Kesehatan
Pendapatan perkapita terklasifikasi (X1)	1	0,141	0,175	0,045	0,033	-0,044
Pendidikan Kepala RT (X2)	0,141	1	-0,178	0,068	0,022	-0,042
Pendidikan Kepala RT (X3)	0,175	-0,178	1	-0,089	0,032	-0,032
Pekerjaan beresiko (X4)	0,045	0,068	-0,089	1	0,004	-0,012
Potensi sakit parah (X5)	0,033	0,022	0,032	0,004	1	0,138
Alokasi Biaya Kesehatan (X6)	-0,044	-0,042	-0,032	-0,012	0,138	1

Sumber: Susenas 2009 (data diolah)

Setelah dilakukan uji korelasi terhadap variabel independen dengan uji X^2 atau uji Pearson, ternyata tidak terdapat hubungan yang sangat kuat di antara variabel independen seperti yang terlihat pada tabel 5.1 yakni tidak lebih dari 0,70 sehingga model dapat dikatakan terbebas dari asumsi klasik multikolinearitas dan demikian proses regresi logistik dapat dilakukan.

Penilaian keseluruhan model regresi menggunakan nilai -2 loglikelihood, dimana jika terjadi penurunan dalam nilai -2 loglikelihood pada blok kedua dibandingkan dengan blok pertama, maka dapat disimpulkan bahwa model regresi kedua lebih baik dalam memprediksi. Dari hasil perhitungan, diperoleh nilai -2 loglikelihood pada blok pertama (block number = 0) sebesar 1481,574 sedangkan nilai -2 loglikelihood pada blok kedua (block number = 1) sebesar 1371,253. Nilai -2 loglikelihood mengalami penurunan dari blok pertama ke blok kedua, sehingga dengan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa model regresi

kedua lebih baik dalam mengevaluasi faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan rumah tangga terhadap asuransi kesehatan swasta ini, Dari hasil regresi logistik didapatkan nilai overall sebesar 99,1 persen, yang berarti bahwa secara keseluruhan hasil pendapatan perkapita terklasifikasi, pendidikan kepala rumah tangga, pekerjaan beresiko, potensi sakit parah anggota rumah tangga, dan alokasi biaya kesehatan menunjukkan persentase ketepatan klasifikasi sebesar 99,1 persen.

Untuk mengetahui variabel apa saja yang mempengaruhi keputusan rumah tangga terhadap akses asuransi kesehatan swasta, dapat dilihat dari nilai signifikansinya. Jika nilai signifikansinya besar dari 0,05 maka dikatakan variabel independen tersebut tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel dependen. Sebaliknya jika variabel independen mempunyai nilai signifikan kecil dari 0,05 maka dikatakan bahwa variabel independen mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel dependen.

Interpretasi koefisien-koefisien dalam model regresi logistik dilakukan dalam bentuk Odds Ratio (perbandingan resiko) atau dalam adjusted probability (probabilitas yang disesuaikan) yang dalam output ditulis eksponen B atau Exp B yang dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.2
Hasil Estimasi Koefisien, Nilai Uji Wald, Signifikansi dan Odds Ratio

Variabel	B	Wald	Sig.	Exp(B)
X1	1,011	8,119	0,004	2,749
X2	1,346	37,736	8,099	3,845
X3	1,764	53,744	2,282	5,838
X4	0,031	0,014	0,904	1,031
X5	0,975	7,783	0,005	2,652
X6	-0,313	2,751	0,097	0,731
Constanta	-6,297	312,252	7,054	0,001

Signifikan pada taraf uji 5%

Hasil regresi logistik pada tabel 5.2 diatas dapat ditulis dalam bentuk persamaan berikut

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = -6,298 + 1,011 X1 + 1,346 X2 + 1,764 X3 + 0,031 X4 + 0,975 X5 - 0,313 X6$$

Persamaan regresi tersebut menunjukkan bahwa nilai konstanta atau intersepnya bernilai negatif yaitu sebesar -6,298. Hasil ini menunjukkan bahwa proporsi rumah tangga yang memiliki keputusan akses terhadap asuransi kesehatan swasta lebih kecil daripada rumah tangga yang tidak memiliki keputusan akses terhadap asuransi kesehatan swasta. Ini berarti bahwa pada saat variabel independent yaitu pendapatan perkapita terklasifikasi, pendidikan kepala rumah tangga, pekerjaan beresiko, potensi sakit parah anggota rumah tangga, dan alokasi biaya kesehatan dianggap sama dengan 0 maka besarnya peluang rumah tangga memiliki keputusan akses terhadap asuransi kesehatan swasta adalah:

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = -6,298 \rightarrow \left(\frac{p}{1-p}\right) = e^{-6,298}$$

Dengan demikian, besarnya peluang rumah tangga yang memiliki keputusan akses terhadap asuransi kesehatan swasta dari beberapa karakteristik tersebut adalah :

$$\pi(x) = \frac{e^{-6,298}}{1 + e^{-6,298}} = \frac{0,001841822}{1 + 0,001841822} = 0,001838436$$

Artinya bahwa probabilitas atau peluang rumah tangga memiliki keputusan untuk akses terhadap asuransi swasta adalah sebesar 0,1 %.

5.2 Hasil Estimasi Regresi Logistik Variabel Independen

Berdasarkan hasil output pada tabel 5,2 diatas, maka akan dibahas hasil estimasi masing-masing variabel independen yang mempengaruhi pengambilan keputusan rumah tangga terhadap asuransi kesehatan swasta di Sumatera Barat yaitu:

5.2.1 Pendapatan Perkapita Terklasifikasi

Penemuan empiris memperlihatkan bahwa *slope* untuk variabel Pendapatan perkapita terklasifikasi berpengaruh secara signifikan, dengan nilai koefisien bernilai positif. Dengan tingkat signifikansi sebesar 0,004 lebih kecil dari α 0,05. Nilai parameter (B) 1,011 menyatakan bahwa proporsi masyarakat / rumah tangga yang memiliki keputusan akses terhadap asuransi kesehatan swasta dengan pendapatan rumah tangga besar dari tiga ratus ribu rupiah lebih besar dari pada masyarakat / rumah tangga kecil dari tiga ratus ribu rupiah. Dengan nilai odd ratio sebesar 2,749 yang berarti proporsi pengaruh pendapatan perkapita terklasifikasi besar dari tiga ratus ribu rupiah dalam pengambilan keputusan

rumah tangga untuk akses terhadap asuransi kesehatan swasta mempunyai peluang 2,749 kali pengaruh rumah tangga yang berpendapatan perkapita terklasifikasi kurang dari tiga ratus ribu rupiah .

Hal ini didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Santere & Neun (1995) yang memperoleh kesimpulan bahwa pendapatan rumah tangga merupakan salah satu faktor yang berpengaruh positif dan signifikan terhadap jumlah kunjungan permintaan pelayanan kesehatan. Hal ini dapat dimngerti karena pelayanan kesehatan pada prinsipnya adalah merupakan pelayanan kesehatan dasar yang bukan pelayanan kesehatan modern yang sangat dipengaruhi oleh pendapatan.

Untuk variabel pendapatan yang memiliki tanda positif mempunyai arti bahwa semakin tinggi tingkat pendapatan seseorang ada kecenderungan semakin meningkat akses terhadap asuransi kesehatan swasta, karena dengan pendapatan yang semakin tinggi seseorang akan mempunyai kemampuan yang lebih untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal yang bisa ditentukan oleh tingkat pendapatannya.

5.2.2 Pendidikan Kepala Rumah Tangga (Tamat SLTA)

Pendidikan kepala rumah tangga tamat SLTA berpengaruh secara signifikan, dengan tingkat signifikansinya sebesar 0,000 lebih kecil dari α 0,05. Nilai parameter (B) 1,347 menyatakan bahwa proporsi keputusan kepala rumah tangga untuk akses terhadap asuransi swasta ditentukan oleh pendidikan kepala rumah tangga tamat SLTA sebagai salah satu faktor yang berpengaruh positif dan signifikan terhadap permintaan layanan kesehatan. Nilai ood ratio atau Exp (B)

3,845 berarti bahwa kecenderungan masyarakat/ rumah tangga memiliki keputusan akses terhadap asuransi swasta dengan pendidikan kepala rumah tangga tamat SLTA 2,040 kali kecenderungan kepala keluarga yang berpendidikan tamat SLTA ke bawah.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Collier et.al (2002) yang memperoleh kesimpulan bahwa pendidikan merupakan salah satu aktor yang berpengaruh positif dan signifikan terhadap pelayanan kesehatan ketika sakit.

Tanda positif pada variabel tingkat pendidikan berarti bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang ada kecenderungan semakin tinggi akses terhadap asuransi kesehatan swasta.

5.2.3 Pendidikan Kepala Rumah Tangga (Diploma ke atas)

Variabel pendidikan kepala rumah tangga Diploma ke atas juga berpengaruh secara signifikan, dengan tingkat signifikansinya sebesar 0,000 lebih kecil dari α 0,05. Nilai parameter (B) 1,765 menyatakan bahwa proporsi keputusan kepala rumah tangga untuk akses terhadap asuransi swasta ditentukan oleh pendidikan kepala rumah tangga Diploma ke atas sebagai salah satu faktor yang berpengaruh positif dan signifikan terhadap permintaan layanan kesehatan. Nilai *od ratio* atau *Exp (B)* 5,839 berarti bahwa kecenderungan masyarakat/ rumah tangga memiliki keputusan akses terhadap asuransi swasta dengan pendidikan kepala rumah tangga Diploma ke atas 5,839 kali kecenderungan kepala keluarga yang berpendidikan Diploma ke bawah.

5.2.4 Pekerjaan Beresiko

Variabel pekerjaan beresiko tidak berpengaruh secara signifikan, dengan nilai koefisien bernilai positif. Dengan tingkat signifikansi sebesar 0,905 lebih besar dari α 0,05. Hal ini berarti bahwa pekerjaan beresiko tidak mempunyai pengaruh terhadap akses ke asuransi swasta. Dengan demikian lingkungan pekerjaan beresiko bukan merupakan faktor penentu terhadap akses asuransi swasta tetapi mungkin bisa dipengaruhi oleh faktor lain. Nilai parameter (B) 0,031 menyatakan bahwa proporsi masyarakat / rumah tangga yang memiliki pekerjaan beresiko lebih besar daripada masyarakat/ rumah tangga yang tidak memiliki pekerjaan yang beresiko. Nilai *od ratio* atau *Exp (B)* 1,032 berarti bahwa kecenderungan masyarakat / rumah tangga memiliki keputusan akses terhadap asuransi swasta dengan pekerjaan beresiko 1,032 kali kecenderungan kepala keluarga yang memiliki pekerjaan yang tidak beresiko.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arahm et.al (2002) yang memperoleh kesimpulan bahwa tempat bekerja sebagai salah satu faktor berpengaruh positif dan signifikan terhadap penggunaan asuransi kesehatan. Hal ini dimengerti karena pekerjaan beresiko yang dihadapi para pekerja telah diupayakan antisipasi sesuai norma kesehatan dan keselamatan kerja. Disamping itu, peralatan produksi khusus pada mesin-mesin, alat kerja serta peralatan lainnya yang beresiko terhadap keselamatan dan kesehatan kerja telah dilengkapi dengan alat pengaman dan perlindungan sehingga lingkungan kerja yang ada cukup kondusif terhadap kesehatan dan keselamatan kerja.

Untuk variabel pekerjaan beresiko yang memiliki tanda positif mempunyai arti bahwa semakin tinggi resiko lingkungan kerja yang dihadapi akan ada

kecenderungan meningkatnya akses terhadap asuransi kesehatan swasta, karena pekerja sudah berpikir secara rasional dan menyadari tentang pentingnya kesehatan sebagai akibat hubungan kerja.

5.2.5 Potensi Sakit Parah

Variabel potensi sakit parah anggota rumah tangga berpengaruh secara nyata dan signifikan. Dengan nilai probabilitas sebesar 0,005 yaitu lebih kecil dari α 0,05. Nilai parameter (B) 0,976 menyatakan bahwa proporsi keputusan kepala rumah tangga untuk akses terhadap asuransi swasta ditentukan oleh potensi sakit parah anggota rumah tangga dan sebagai salah satu faktor yang berpengaruh positif terhadap permintaan layanan kesehatan. Nilai *od ratio* atau *Exp (B)* 2,653 berarti bahwa kecenderungan rumah tangga memiliki keputusan akses terhadap asuransi swasta dengan potensi sakit parah sebesar 2,653 kali kecenderungan anggota rumah tangga yang tidak pernah sakit parah.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Deolaikar (1992) yang juga memperoleh kesimpulan bahwa potensi sakit parah anggota rumah tangga sebagai salah satu faktor yang berpengaruh positif dan signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan.

5.2.6 Alokasi Biaya Kesehatan

Variabel pekerjaan beresiko tidak berpengaruh secara signifikan terhadap akses asuransi kesehatan swasta. Dengan tingkat signifikansi sebesar 0,097 lebih besar dari α 0,05. Hal ini berarti bahwa pekerjaan beresiko tidak mempunyai pengaruh terhadap akses ke asuransi swasta. Nilai parameter (B) -0,313

menyatakan bahwa proporsi masyarakat / rumah tangga yang memiliki biaya berobat/biaya kesehatan lebih kecil daripada masyarakat / rumah tangga yang tidak memiliki biaya untuk pelayanan kesehatan. Nilai od ratio atau $Exp (B)$ 0,097 berarti bahwa kecenderungan masyarakat / rumah tangga yang memiliki keputusan akses terhadap asuransi swasta dengan alokasi untuk biaya kesehatan 0,097 kali kecenderungan anggota rumah tangga yang tidak memiliki alokasi biaya kesehatan.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Santere & Neun (1995) yang juga memperoleh kesimpulan bahwa harga yang dibayar untuk pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh positif dan signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan.

Untuk variabel biaya, yang memiliki tanda negatif mempunyai arti bahwa apabila biaya untuk dapat mengakses asuransi kesehatan swasta naik maka ada kecenderungan akan menurunkan akses terhadap asuransi swasta. Sehingga rumah tangga / masyarakat akan berupaya untuk mendapatkan akses kesehatan lain dengan perhitungan biaya yang lebih murah, seperti : pengobatan tradisional, pembelian obat secara langsung ke apotik ataupun toko obat terdekat, atau bahkan memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas yang membutuhkan biaya lebih sedikit daripada biaya berobat ke rumah sakit.

5.3 Implikasi Kebijakan

Dari hasil temuan penelitian ini, pendapatan perkapita terklasifikasi, pendidikan kepala rumah tangga, pekerjaan beresiko, potensi sakit parah anggota rumah tangga, dan alokasi biaya kesehatan berpengaruh terhadap pengambilan

keputusan rumah tangga untuk akses asuransi kesehatan swasta. Implikasi praktis dari hasil penelitian ini dapat disampaikan sebagai berikut:

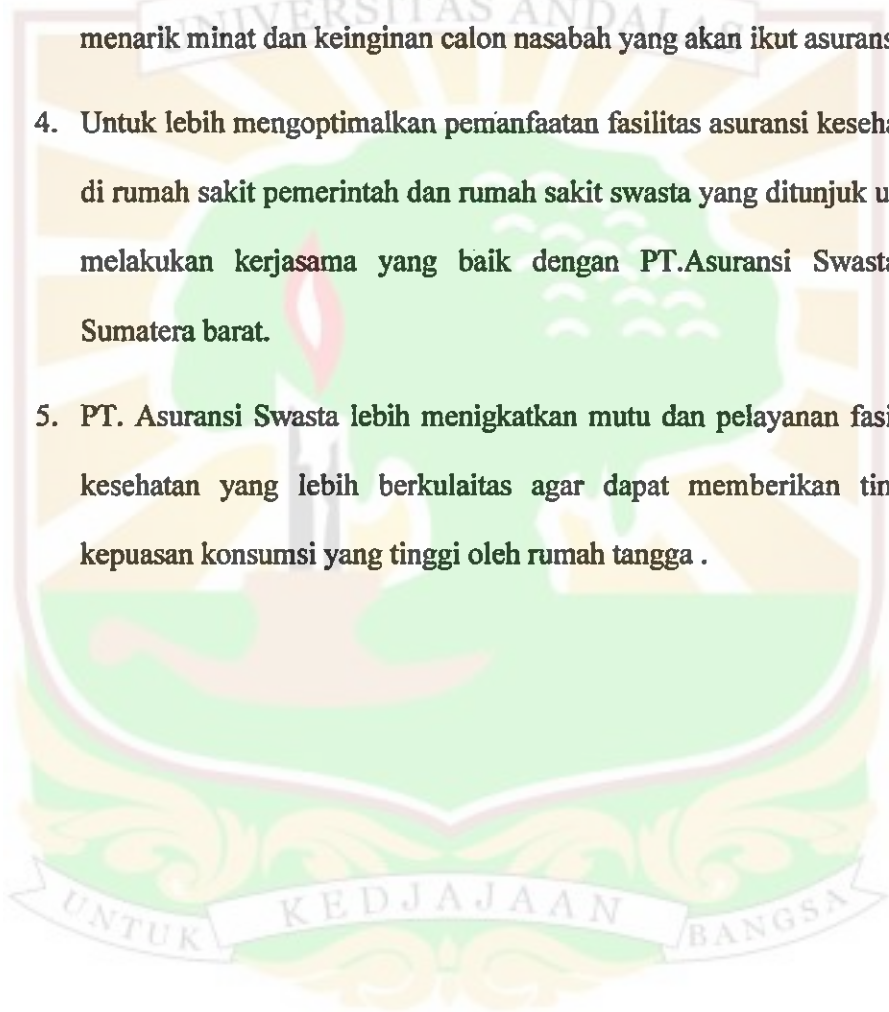
Dari hasil penelitian terbukti bahwa pendapatan perkapita nasabah, pendidikan kepala rumah tangga, pekerjaan beresiko, potensi sakit parah anggota rumah tangga dan alokasi biaya kesehatan memiliki peranan penting terhadap permintaan asuransi. Hal ini dibuktikan dari nilai koefisien variabel pendapatan, pendidikan kepala rumah tangga (tamat SLTA dan Diploma ke atas) dan potensi sakit parah yang signifikan berpengaruh terhadap permintaan asuransi. Sehingga dapat menjadi pedoman bagi pihak Asuransi Kesehatan Swasta dalam mengembangkan produk asuransi yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik nasabah serta dapat memperluas pangsa pasar bagi produk asuransinya di masa mendatang.

Peranan asuransi sangat penting dalam menanggulangi resiko ketidakpastian dimasa yang akan datang. Program Asuransi Kesehatan Swasta merupakan salah satu cara guna mengantisipasi ketidakpastian dalam hal kesehatan. Berpedoman pada hasil penelitian, maka peneliti mencoba memberikan implikasi praktis kepada PT. Asuransi Swasta di Sumatera Barat, antara lain:

1. PT. Asuransi Swasta agar lebih mensosialisasikan program asuransi kesehatan kepada peserta asuransi di Sumatera Barat dengan tujuan memberikan jangkauan informasinya lebih sampai kepada masyarakat, terutama masyarakat di daerah.
2. PT. Asuransi Swasta perlu meningkatkan kegiatan promosi kepada masyarakat terhadap keuntungan dan manfaat asuransi kesehatan bagi

kelangsungan hidup di masa datang dengan acuan mengurangi resiko yang akan terjadi.

3. Sesuai dengan tujuan mencari nasabah atau peserta asuransi, maka sebaiknya PT Asuransi kesehatan menempatkan providers asuransi seperti penempatan petugas asuransi di wilayah kerja yang sempurna dan lebih berpengalaman di bagian pelayanan dengan tujuan untuk menarik minat dan keinginan calon nasabah yang akan ikut asuransi.
4. Untuk lebih mengoptimalkan pemanfaatan fasilitas asuransi kesehatan, di rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta yang ditunjuk untuk melakukan kerjasama yang baik dengan PT.Asuransi Swasta di Sumatera barat.
5. PT. Asuransi Swasta lebih meningkatkan mutu dan pelayanan fasilitas kesehatan yang lebih berkualitas agar dapat memberikan tingkat kepuasan konsumsi yang tinggi oleh rumah tangga .



BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pembahasan yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pendapatan berhubungan dengan akses penduduk Sumatera Barat terhadap asuransi kesehatan swasta . Pendapatan berhubungan positif terhadap akses asuransi kesehatan swasta, hal ini disimpulkan bahwa kenaikan pendapatan akan menyebabkan kenaikan permintaan terhadap asuransi kesehatan swasta.
2. Pendidikan berhubungan dengan akses penduduk Sumatera Barat terhadap asuransi kesehatan swasta. Penduduk dengan pendidikan tinggi lebih banyak akses terhadap pelayanan kesehatan (asuransi kesehatan swasta), sedangkan penduduk yang pendidikan rendah lebih sedikit akses terhadap asuransi. Hal ini terjadi karena penduduk dengan tingkat pendidikan tinggi mempunyai kesadaran yang lebih tinggi untuk mengatasi masalah kesehatannya dibandingkan penduduk yang berpendidikan rendah.
3. Pekerjaan beresiko juga berhubungan dengan akses penduduk Sumatera Barat terhadap asuransi kesehatan swasta. Penduduk yang mempunyai pekerjaan yang beresiko mempunyai peluang lebih kecil untuk akses ke asuransi kesehatan dibandingkan penduduk yang

mempunyai pekerjaan yang tidak beresiko. Penduduk yang mempunyai pekerjaan yang beresiko lebih peduli akan kesehatan karena mereka harus tetap sehat agar bisa bekerja, apabila mereka tidak bekerja maka akan kehilangan pendapatan / penghasilan terutama bagi mereka yang menerima upah harian dan mereka adalah orang yang menjadi sumber pendapatan keluarga. Karena dapat disimpulkan bahwa penduduk yang mempunyai pekerjaan beresiko cenderung lebih peduli terhadap kesehatan.

4. Potensi sakit parah berhubungan dengan akses penduduk Sumatera Barat terhadap pelayanan asuransi kesehatan swasta, yaitu berhubungan positif / signifikan. Hal ini dapat disimpulkan bahwa penduduk yang mengakses pelayanan asuransi kesehatan jika aktivitas mereka terganggu dengan adanya keluhan kesehatan karena tingkat keparahan dapat digunakan untuk melihat kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Penduduk yang terganggu aktifitasnya mempunyai peluang lebih besar untuk akses ke pelayanan kesehatan seperti asuransi kesehatan swasta.
5. Alokasi biaya kesehatan berhubungan dengan akses penduduk Sumatera Barat terhadap pelayanan kesehatan asuransi swasta, yaitu mempunyai hubungan negatif. Hal ini dikarenakan biaya untuk kesehatan yang semakin tinggi. Semakin mahal biaya kesehatan semakin rendah permintaan terhadap akses pelayanan kesehatan seperti asuransi swasta, sehingga penduduk menempatkan pelayanan kesehatan untuk kebutuhan sekunder dan lebih menjaga kesehatan mereka.

6.2 SARAN

Berdasarkan pada hasil penelitian, maka ada beberapa saran yang dapat dilakukan, yaitu :

1. Meningkatkan pemahaman masyarakat terhadap asuransi kesehatan swasta. Untuk mendukung hal tersebut, pemerintah harus lebih mengembangkan asuransi kesehatan swasta sebagai jasa layanan kesehatan.
2. Untuk meningkatkan keikutsertaan rumah tangga dalam asuransi kesehatan swasta, pemerintah perlu mengembangkan mutu asuransi kesehatan swasta dengan cara promosi ke masyarakat luas.
3. Tingkat pendapatan dan pendidikan kepala rumah tangga sangat berpengaruh terhadap keikutsertaan rumah tangga dalam asuransi kesehatan swasta.
4. Supaya penduduk Sumatera Barat dapat akses terhadap pelayanan kesehatan terutama bagi penduduk yang membutuhkan maka perlu dilakukan pemerataan pelayanan kesehatan dengan cara :
 - a. Mendekatkan pelayanan kesehatan seperti asuransi kesehatan swasta kepada masyarakat yang membutuhkan seperti meringankan biaya premi.
 - b. Memberikan kesempatan atau peluang yang luas untuk berkembangnya fasilitas pelayanan kesehatan swasta.
 - c. Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan pada perusahaan yang mempekerjakan banyak orang agar dapat dimanfaatkan oleh semua pekerja.

5. Meningkatkan cakupan jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan mengingat semakin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan dan masih rendahnya cakupan asuransi kesehatan swasta, terutama bagi rumah tangga yang tidak tercakup dalam askes pemerintah, Jamsostek dan Askeskin.



DAFTAR PUSTAKA

- Abraham Marc Jean, Vogt William B, Gaynor Marrtins S, (2002), *Household Demand for Employer-Based Health Insurance*, working paper 9144.
<http://www.nber.org/papers/w9144>.
- ...
- Adams, M., J. Andersson, L.F. Andersson, and M. Lindmark. The Historical Relation between Banking, Insurance and Economic Growth in Sweden: 1830 to 1998. School of Business & Economics, University of Wales Swansea, 2005.
- Ascobat Gani, 1986. *Tinjauan Ekoomi tentang Peran Serta Masyarakat dalam Pembiayaan Upaya Kesehatan*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- Ascobat Gani. 1990. *Mobilisasi Dana Kesehatan*, Prisma, Nomor 6 Tahun 1990. LP3ES, Jakarta.
- Azrul Azwar, 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta. Bina Rupa Aksara.
- Budioro B. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan Masyarakat*. Semarang. Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- CEA, Insurer of Europe. The Contribution of the Insurance Sector to Economic Growth and Employment in the EU. Brussel, 2006.
- Collier Paul, dan Mackinnon John. 2002. Density versus Quality in Helath Care Provision : Using Household Data to Make Budgetary Choice in Ethiopia. *The World Bank Review*. Vol. 16 No.3, 425-448.

- Departemen Kesehatan. 2000. *Naskah Akademik Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta. Departemen Kesehatan.
- Elfindri. 2001. Kesehatan di Indonesia Krisis dan Isue-Isue Jangka Panjang *Jurnal Ekonomi dan Manajemen*. FE Universitas Andalas. Nomor IX.
- Engel James F, dan Blackwell Roger D. 1994. *Perilaku Konsumen*. Bina Rupa Aksara. Jakarta.
- European Financial Management & Marketing Association (EFMA). 2007 World Insurance Report. Capgemini, 2007.
- Haiss, Peter R. and K. Sumegi. The Relationship of Insurance and Economic Growth – A Theoretical and Empirical Analysis. Paper for presentation at the 2006 EcoMod Conference, Hongkong, June 28-30, 2006.
- Media Indonesia, 2010. *Minat Masyarakat Terhadap Produk Asuransi*. Jakarta.
- Mills Anne, dan Gilson Lucy. 1990. *Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-Negara Sedang Berkembang*. Dian Rakyat. Jakarta.
- Murti Bhisma, 2000. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*. Yogyakarta. Kanisius.
- Nachrowi, Nachrowi Djalal dan Usman Hardius. 2005. *Penggunaan Teknik Ekonometri*. Edisi Revisi. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Purba Radiks. 1995. *Memahami Asuransi Indonesia*, cetakan II. CV Taruna Grafica. Jakarta.

Santere Rexford E & Neun Stephen P. 2000. *Health Economics (Theories, Insight, and Industry Studies)*. Revised Edition. Harcourt College Publishers. United States of America.

Samuelson Paul A & William D. Nordhaus. 1992. *Microeconomics*. Fourteenth Edition. McGraw Hill Inc.

Sofyardi. 2006. *Analisa Regresi Logistik Dalam Ilmu Ekonomi*. Padang. Fakultas Ekonomi. Universitas Andalas.

Sukirno Sadono. 2000. *Pengantar Teori Mikroekonomi*. Edisi II. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta.

Swiss Reinsurance Company. World insurance in 2006: Premiums came back to “life”. Switzerland, 2007.

WARD, Damian and R. Zurbruegg. Does Insurance Promote Economic Growth?: Evidence from OECD Countries. School of Banking & Finance, University Of New South Wales, Sydney, 2000.

William J Stanon dan Y Lamarto. 1993. *Prinsip Pemasaran*. Penerbit Erlangga. Jakarta.