

## PENGARUH KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN TERHADAP BELANJA KESEHATAN KATASTROFIK RUMAH TANGGA DI INDONESIA TAHUN 2012

*THE EFFECT OF HEALTH INSURANCE OWNERSHIP FOR HOUSEHOLD CATASTROPHIC HEALTH EXPENDITURE IN INDONESIA IN 2012*

Lena Elfrida Situmeang<sup>1</sup>, Budi Hidayat<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pascasarjana Ekonomi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

<sup>2</sup>Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

### ABSTRACT

**Background:** Indonesia's health development geared to achieve national health insurance scheme (JKN). However, funding of health in Indonesia is still dominated by domestic funding through out-of-pocket (OOP). **Objective:** Catastrophic health expenditure of households will disrupt household consumption and can lead to poverty. Using secondary data of the National Social Surveys 2 (Susenas) 2012, this study aims to prove health insurance ownership lowers catastrophic health expenditure of households in Indonesia in 2012. **Methods:** This study used a cross-sectional study design with models probit and bivariate probit. **Results:** The results found that the health insurance ownership lowers catastrophic health expenditure amounted 12.97% at the threshold 10% of total expenditure and amounted 18.42% at 20% of total non-food expenditure. **Conclusions:** Health insurance ownership provides protection for catastrophic health expenditure in Indonesia in 2012.

**Keywords:** Health insurance, Catastrophic health expenditure, Probit, Bivariate probit, Susenas

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Pembangunan kesehatan Indonesia diarahkan untuk mencapai Jaminan kesehatan Nasional (JKN). Namun, sebagian besar pendanaan kesehatan masih didominasi oleh rumah tangga melalui out-of-pocket (OOP). Pengeluaran biaya kesehatan katastrofik rumah tangga akan mengganggu konsumsi rumah tangga dan dapat mengakibatkan kemiskinan. **Tujuan:** Menggunakan data sekunder Survei Sosial Nasional (Susenas) tahun 2012, penelitian ini bertujuan membuktikan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan menurunkan belanja kesehatan katastrofik rumah tangga di Indonesia tahun 2012. **Metode:** Penelitian dengan desain studi potong lintang ini, menggunakan pendekatan ekonometrik dengan model probit dan bivariat probit. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan menurunkan belanja kesehatan katastrofik sebesar 12.97% pada ambang batas 10% dari total pengeluaran dan sebesar 18.42% pada ambang batas 20% total pengeluaran non-makanan. **Kesimpulan:** Kepemilikan jaminan kesehatan memberikan perlindungan terhadap belanja kesehatan katastrofik di Indonesia pada Tahun 2012.

**Kata Kunci:** Jaminan kesehatan, Belanja kesehatan katastrofik, Probit, Bivariat probit, Susenas

### PENGANTAR

Tujuan dasar dari sistem kesehatan memastikan bahwa setiap orang memiliki akses ke pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi. Sistem kesehatan juga harus melindungi rumah tangga dari pengeluaran kesehatan yang cukup tinggi yang dinyatakan juga sebagai tujuan "perlindungan keuangan" suatu sistem kesehatan (2). Di banyak negara yang berpenghasilan rendah dan menengah, pengeluaran tunai (*out-of-pocket/OOP*) adalah sumber terbesar dari pembiayaan kesehatan. Menurut WHO (2000), pembayaran OOP langsung pada titik layanan merupakan cara tidak adil untuk membiayai sistem kesehatan karena hal tersebut akan membebani kelompok sosial tertentu, terutama yang miskin dan orang tua (3). Sistem pembayaran kesehatan OOP ini memiliki hubungan positif kuat dengan kejadian katastrofik (4). Kejadian belanja kesehatan katastrofik adalah kejadian dimana belanja kesehatan yang dikeluarkan (di atas ambang batas tertentu) mengakibatkan kesulitan keuangan rumah tangga serta dapat menyebabkan pemiskinan. Namun, hal ini tidak selalu sama dengan biaya kesehatan yang tinggi. Contohnya, bila seorang pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang memerlukan biaya besar tetapi tidak sepenuhnya ditanggung oleh pasien itu sendiri melainkan disediakan secara *free/* subsidi harga/ dijamin oleh pihak asuransi, maka pasien tersebut tidak mengalami belanja kesehatan katastrofik (5). Sebaliknya, pengeluaran kesehatan yang tampaknya relatif kecil serta terjangkau jika dibandingkan dengan pendapatan rumah tangga, namun dapat menyebabkan bencana finansial bagi rumah tangga disebut belanja kesehatan katastrofik (6).

Studi multi negara yang dilakukan oleh WHO terhadap 59 negara ditemukan bahwa proporsi rumah tangga yang menghadapi biaya kesehatan katastrofik berkisar dari 0,01% sampai dengan

10,5% (5). Indonesia termasuk salah satu negara yang ikut disurvei dalam studi tersebut. Dari hasil survei tersebut proporsi rumah tangga di Indonesia yang menghadapi belanja kesehatan katastrofik (batasan > 40%) sebesar 1,26% dari jumlah penduduk. Dalam penelitian di Indonesia diperoleh bahwa rumah tangga yang mengalami pengeluaran kesehatan katastrofik sebesar 5,46% pada tahun 2001 dan meningkat menjadi 5,7% pada tahun 2004, yang mana kelompok miskin secara proporsi membayar lebih besar untuk pengeluaran kesehatan dibandingkan kelompok kaya (7). Data Susenas 2004-2010 menunjukkan bahwa proporsi jumlah penduduk tertinggi dengan belanja kesehatan 3 katastrofik, dengan batasan >25% dari total pengeluaran rumah tangga, adalah pada kelompok penduduk tanpa jaminan asuransi kesehatan (8). Penelitian Nadjib et al menyimpulkan bahwa 88,8% penduduk perkotaan dan 94,3% penduduk pedesaan membayar biaya pelayanan kesehatan secara tunai. Rumah tangga yang mengalami belanja kesehatan katastrofik untuk rawat jalan relatif kecil. Namun, untuk rawat inap hampir 77% RT mengeluarkan lebih dari setengah (50%) pengeluaran non-makan sebulan. Pengeluaran katastrofik ini mempengaruhi 72,88% RT di perkotaan dan 80,98% di pedesaan (10). Dari penelitian-penelitian tersebut, terlihat bahwa penduduk Indonesia juga mengalami risiko finansial yang sangat tinggi pada saat menghadapi kemungkinan terjadinya kerugian akibat sakit.

Dampak potensial dari pembiayaan kesehatan terhadap masyarakat, khususnya keluarga miskin, telah banyak dipelajari (5). Laporan WHO mengungkapkan bahwa terdapat 44 juta rumah tangga (atau 150 juta individu) yang mengalami katastrofik dan 25 juta rumah tangga (atau 100 juta individu) di antaranya menjadi miskin (5). Hal yang sama juga ditunjukkan di Kenya bahwa terjadi peningkatan rumah tangga yang mengalami belanja kesehatan katastrofik serta peningkatan rumah tangga yang menjadi miskin dari tahun 2003 ke tahun 2007. Rumah tangga termiskin mengalami insiden tertinggi pengeluaran kesehatan bencana pada tahun 2003 dan 2007 (20%). Tingkat tertinggi pemiskinan pada tahun 2003 adalah 13% dan terjadi pada kedua termiskin kuintil. Pada tahun 2007, tingkat kemiskinan tertinggi di kuintil tengah (6,1%). Sekitar 2,5 juta orang didorong di bawah garis kemiskinan nasional pada tahun 2007 sebagai akibat dari membayar untuk layanan kesehatan (11). Dengan demikian, pengeluaran kesehatan, terutama belanja kesehatan katastrofik, menjadi sumber penting penyebab kemiskinan (2; 11-14).

Pembayaran kesehatan negara merupakan

faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas kesehatan masyarakat suatu negara, begitu juga dengan Indonesia. Kebijakan pembiayaan kesehatan di Indonesia tahun 2016 mengalami peningkatan. Untuk pertama kalinya Pemerintah memenuhi anggaran kesehatan hingga mencapai 5% dari belanja Negara, meningkat cukup signifikan (Rp 30 triliun) dari alokasi dalam APBNP tahun 2015 (15). Pengalokasian dana yang tinggi ini dibarengi dengan upaya untuk melakukan pemerataan kepemilikan jaminan kesehatan, sesuai dengan sasaran anggaran yang telah ditetapkan Pemerintah. Namun, pada akhir tahun 2014 cakupan jaminan kesehatan di Indonesia masih terbilang rendah yaitu 52,9% dari total penduduk Indonesia (16) yang mengalami peningkatan dari 43,1% di tahun 2012 (17). Namun peningkatan tersebut tidak cukup signifikan. Walaupun demikian, Pemerintah terus berupaya untuk mencapai *Universal Coverage*, dan dengan diimplementasikannya Jaminan Kesehatan Nasional, diharapkan akan terjadi pemerataan kepemilikan jaminan kesehatan yang lebih baik pula.

Terdapat beberapa jenis jaminan kesehatan di Indonesia sebelum era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yaitu Askes, Jamsostek, Jamkesmas, Jamkesda, asuransi kesehatan swasta, dan tunjangan kesehatan perusahaan. Studi ini hanya mempelajari empat jenis jaminan kesehatan yang tergabung dalam JKN, yaitu Askes, Jamsostek, Jamkesmas dan Jamkesda sebagai bentuk proyeksi jaminan kesehatan nasional di tahun 2012. Secara teoritis kepemilikan jaminan kesehatan memberikan perlindungan keuangan, termasuk melindungi dari kejadian belanja kesehatan katastrofik. Oleh karena itu, studi ini bertujuan membuktikan bahwa jaminan kesehatan menurunkan belanja kesehatan katastrofik di Indonesia tahun 2012.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Studi ini merupakan studi potong lintang (*cross-sectional*) yang menggunakan data sekunder Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2012. Total sampel dalam Susenas yang dikumpulkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) yaitu 279.581 individu. Dalam studi ini, unit analisis dilakukan pada tingkat individu yang jumlahnya 279.581 sampel.

Studi ini menggunakan pendekatan sistem kesehatan pada sub-sistem pembiayaan kesehatan (8) dan teori *The Behavioral Model and Access to Medical Care* oleh Andersen (1968) (18) digunakan untuk melihat determinan yang meningkatkan atau menurunkan belanja kesehatan katastrofik. Dalam membangun variabel

katastropik, studi ini merujuk kepada studi yang dilakukan oleh Xu (2005) dengan menggunakan dua ambang batas katastropik, yaitu 10% total pengeluaran dan 20% total pengeluaran non-makanan.

Studi menggunakan model bivariat probit (biprobit) untuk memenuhi tujuan studi. Model ini dipilih karena model memiliki *outcome* binari untuk dua variabel dependen  $y$  (19-21). Konsep dasar dua variabel dependen tersebut adalah (20,21):

$$y_1^* = X_1'\beta_1 + \varepsilon_1, y_1 = 1 \text{ jika } y_1^* > 0,0 \text{ lainnya}$$

$$y_2^* = X_2'\beta_2 + \varepsilon_2, y_2 = 1 \text{ jika } y_2^* > 0,0 \text{ lainnya}$$

Jaminan kesehatan diduga mengalami masalah endogenitas (23,24) karena pilihan jaminan kesehatan dapat dipengaruhi oleh karakteristik yang tidak teramati (24). Persamaan pada studi dengan variabel dependen binari dan variabel endogen binari adalah sebagai berikut:

$$C = X_1'\beta_1 + \varepsilon_1 \dots\dots\dots(1a)$$

$$y = X_2'\beta_2 + \gamma C + \varepsilon_2 \dots\dots\dots(1b)$$

dimana  $y$  adalah belanja kesehatan katastropik atau tidak;  $C$  adalah kepemilikan jaminan kesehatan atau tidak;  $X$  adalah set variabel predisposisi (jenis kelamin, umur, status menikah, lama pendidikan, status bekerja, jumlah anggota rumah tangga, kepemilikan balita), *enabling resources* (penghasilan rumah tangga, wilayah tempat tinggal), dan *need* (status kesehatan, keparahan sakit, utilitas pelayanan kesehatan yang terdiri dari rawat jalan dan rawat inap).  $\beta$  dan  $\gamma$  are parameter.

Masalah endogenitas dapat terjadi pada persamaan (1b). Jaminan kesehatan dikatakan endogen jika terdapat korelasi antara  $\varepsilon_1$  and  $\varepsilon_2$  ( $\rho \neq 0$ ). Endogenitas dapat menyebabkan inkonsistensi estimator (20) pada model probit sehingga model biprobit digunakan untuk mendapatkan estimator yang konsisten.

Pengujian endogenitas menjadi penting karena (i) tidak melakukan tes endogenitas saat endogenitas tersebut memang ada, maka estimasi koefisien pada model akan menjadi bias; dan (ii) melakukan koreksi endogenitas padahal endogenitas tidak ada, maka akan menghasilkan *standard error* (SE) yang lebih besar dan kehilangan presisi (24). Mengikuti Waters (1999) tes endogenitas pada studi adalah (i) dengan membandingkan perubahan 5 koefisien variabel jaminan kesehatan pada model probit dan biprobit; dan (ii) melihat signifikansi nilai  $\rho$  (*rho*) pada model biprobit.

Pengujian endogenitas memerlukan variabel instrument (IV)  $z$  untuk membersihkan hubungan antara jaminan kesehatan ( $x$ ) dan  $\varepsilon$ . Variabel

instrumen harus eksogen terhadap error pada persamaan (1a), berhubungan dengan variabel endogen jaminan kesehatan, dan tidak lemah (21). Estimator IV menghasilkan estimator yang konsisten (24). Variabel instrumen pada studi menggunakan anak (umur < 14 tahun). Ketepatan pemilihan variabel instrumen diuji melalui statistik Kleibergen-Paap rk LM (*underidentification test*) dan statistik F (*weak identification*) (20). Studi juga melakukan uji multikolinearitas dan heteroskedstisitas. Uji multikolinearitas menampilkan nilai *variance inflation factor* (VIF) untuk tiap variabel independen (21). Uji heteroskedastisitas penting dilakukan karena heteroskedastitas dapat menyebabkan bias dan inkonsistensi hasil pada model probit dan biprobit sehingga diperlukan koreksi atas isu tersebut (23).

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Uji endogenitas variabel jaminan kesehatan menyimpulkan bahwa jaminan kesehatan adalah variabel endogen sehingga estimasi pada model probit menjadi inkonsisten (tes Wald *rho* 10% total pengeluaran 115.824 dengan  $p$  0.001 dan 20% total pengeluaran non-makanan 208.343 dengan  $p$  0.001). Selanjutnya, estimasi pada model biprobit digunakan. Pengujian ketepatan variabel instrumen menunjukkan bahwa variabel instrumen (i) adekuat untuk mengidentifikasi persamaan (statistik Kleibergen-Paap rk LM 109.469;  $p$  0,001), (ii) tidak lemah yang ditunjukkan dengan statistik F 109.542 ( $p$  0,001), dan (iii) berhubungan dengan variabel endogen jaminan kesehatan ( $p$  0,001). Eksogenitas variabel instrumen tidak dapat dites karena model hanya memiliki satu variabel instrumen (*just-identified*) (20). Uji multikolinearitas menunjukkan bahwa semua variabel independen memiliki nilai VIF kurang dari 10 (Mean VIF = 3.82) sehingga tidak terjadi multikolinearitas pada model. Uji heteroskedastisitas menunjukkan bahwa model mengalami masalah heteroskedastisitas ( $p$  0,001) sehingga diperlukan koreksi.

Tabel 1 menyajikan statistik deskriptif variabel independen yang digunakan dalam studi ini. Variabel independen utama adalah Jaminan kesehatan. Data pada tabel di atas menunjukkan bahwa pada tahun 2012 cakupan penduduk yang memiliki jaminan kesehatan sebesar 36.2%.

Gambaran faktor *predisposing* diperoleh bahwa variabel jenis kelamin menunjukkan bahwa jumlah responden perempuan hampir sama dengan responden laki-laki yaitu sebesar 49.8% adalah perempuan. Kurang dari setengah responden sudah menikah yaitu sebesar 47%. Variabel lama pendidikan diperoleh rerata lama responden menempuh pendidikan selama 5.4 tahun, dengan lama minimum 0 tahun atau tidak menempuh pendidikan formal sama sekali, hingga lama

maksimum 22 tahun. Untuk menghindari pencilan, maka pada maka variabel lama pendidikan dikuadratkan dan diperoleh rerata lama pendidikan kuadrat 29.49 tahun. Variabel jumlah anggota rumah tangga (ART) menunjukkan bahwa rata-rata jumlah ART sebanyak 5 orang, dengan jumlah ART paling sedikit yaitu 1 orang dan paling banyak 22 6 orang. Variabel jumlah anggota keluarga juga dikuadratkan dan diperoleh rerata jumlah ART kuadrat 22.24 orang. Satu dari 10 rumah tangga memiliki balita dengan angka kepemilikan balita sebesar 9.18%.

Gambaran faktor *enabling* untuk penghasilan, yang merupakan log konsumsi ekpenditur per kapita, diperoleh rerata penghasilan 13.08 dengan nilai terkecil 11.11 dan terbesar 18.14. Pada wilayah tempat tinggal sebagian besar responden tinggal di pedesaan, yaitu 42.5% tinggal di urban/perkotaan.

Gambaran faktor *need* untuk status kesehatan, yang merupakan kejadian keluhan kesehatan

selama sebulan yang lalu, menunjukkan bahwa sebesar 30.5% memiliki keluhan sakit. Angka tersebut menunjukkan bahwa dari 10 responden terdapat 3 responden yang mengalami kejadian sakit. Rerata responden melakukan kunjungan rawat jalan 13.3% dan kunjungan rawat inap 1.86%. Angka ini menunjukkan bahwa tidak semua responden yang mengalami keluhan sakit mengakses pelayanan kesehatan. Dari 30.5% responden yang mengeluhkan sakit hanya 13.3% yang mengakses rawat jalan dan kurang dari 2% yang mengakses rawat inap.

Untuk variabel katastrofik, responden yang mengalami risiko katastrofik di Indonesia pada tahun 2012 dengan ambang batas 10% total pengeluaran sebesar 3.29% dan dengan ambang batas 20% total pengeluaran non-makanan sebesar 4.09%.

Variabel	Mean	SD	Min	Maks
Kepemilikan Jaminan Kesehatan	0.362	0.481	0	1
<b>Faktor Predisposing</b>				
Jenis Kelamin	0.498	0.500	0	1
Status Menikah	0.470	0.499	0	1
Lama Pendidikan	5.430	4.313	0	22
Lama Pendidikan Kuadrat	29.49	65.45	0	484
Jumlah Anggota RT	4.716	1.900	1	22
Jumlah Anggota RT Kuadrat	22.24	22.66	1	484
Balita	0.0918	0.289	0	1
<b>Faktor Enabling</b>				
Penghasilan	13.08	0.662	11.11	18.14
Wilayah Tempat Tinggal	0.425	0.494	0	1
<b>Faktor Need</b>				
Status Kesehatan	0.305	0.460	0	1
Kunjungan Rawat Jalan	0.133	0.339	0	1
Kunjungan Rawat Inap	0.0186	0.135	0	1
<b>Katastrofik</b>				
Katastopik $\geq$ 10% total pengeluaran	0.0329	0.178	0	1
Katastopik $\geq$ 20% total pengeluaran non-makanan	0.0408	0.198	0	1

Table 1 Distribusi Responden Menurut Variabel Penelitian di Indonesia Tahun 2012

Tabel 2 menyajikan perbandingan dampak kepemilikan jaminan kesehatan terhadap belanja kesehatan katastrofik pada dua model. Model hasil biprobit menunjukkan bahwa 7 kepemilikan jaminan kesehatan memberikan perlindungan

terhadap kejadian katastrofik sebesar 12.97% pada ambang batas 10% total pengeluaran dan sebesar 18.42% pada ambang batas 20% pengeluaran non-makanan.

Variabel	Total Pengeluaran		Pengeluaran Non-Makanan	
	10%		20%	
	ProbitME	BiprobitME	ProbitME	BiprobitME
Variabel Instrumen : kepemilikan anak				
Kepemilikan Jaminan Kesehatan	0.00312*** (0.000678)	-0.1297192*** (0.0188599)	0.00492*** (0.000755)	-0.1842131*** (0.0180303)
<b>Faktor Predisposing</b>				
Jenis Kelamin	3.66E-06 (0.000648)	0.0018856* (0.001089)	-0.000113 (0.000726)	0.0025346** (0.001224)
Status Menikah	0.00490*** (0.00074)	0.0047861*** (0.0011896)	0.00653*** (0.000827)	0.0058126*** (0.001358)
Lama Pendidikan	-0.000108 (0.000236)	-0.0020912*** (0.0004759)	-0.000849*** (0.000263)	-0.0040381*** (0.0005221)
Lama Pendidikan Kuadrat	-3.77e-05*** (1.37E-05)	0.0001056*** (0.0000309)	-1.22E-05 (1.57E-05)	0.0002165*** (0.0000346)
Jumlah Anggota RT	0.00622*** (0.000548)	0.0110053*** (0.001089)	0.00537*** (0.000591)	0.0102714*** (0.0010589)
Jumlah Anggota RT Kuadrat	-0.000225*** (4.28E-05)	-0.0004033*** (0.0000742)	-0.000129*** (4.52E-05)	-0.000284*** (0.0000781)
Balita	0.00573*** (0.00132)	0.0021786 (0.0022146)	0.00414*** (0.00146)	-0.0032687 (0.0025376)
<b>Faktor Enabling</b>				
Penghasilan	0.0306*** (0.000556)	0.0410781*** (0.001442)	0.0254*** (0.000619)	0.0294205*** (0.0009762)
Wilayah Tempat Tinggal	-0.00091 (0.000707)	-0.0063671*** (0.0013834)	-0.00375*** (0.000791)	-0.0129417*** (0.0015346)
<b>Faktor Need</b>				
Status Kesehatan	0.00182** (0.000901)	0.0061273*** (0.001582)	0.00354*** (0.001)	0.0101989*** (0.0017494)
Kunjungan Rawat Jalan	0.0176*** (0.00108)	0.0360612*** (0.0030513)	0.0255*** (0.00121)	0.0517367*** (0.002896)
Kunjungan Rawat Inap	0.0751*** (0.00138)	0.1300911*** (0.0075719)	0.0897*** (0.00162)	0.1574143*** (0.0058611)
Wald chi2(13)	9154.9		7736.39	
Prob > chi2	0.0001		0.0001	
Pseudo R2	0.1091		0.0764	
Log pseudolikelihood	-36052.119		-44028.959	
Wald chi2(26)		19713.32		19414.1
Prob > chi2		0.0001		0.0001
Log pseudolikelihood		-217140.95		-225106.94
Wald test of rho=0:chi(1) dan p value		115.824		208.343
		0.0001		0.0001
Robust standard errors in parentheses				
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1				

Tabel 2. Dampak Kepemilikan Jaminan Kesehatan terhadap Belanja Kesehatan Katastropik di Indonesia Tahun 2012

Hasil penelitian univariat menunjukkan gambaran jumlah penduduk Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan sebesar 36.2%. Cakupan kepemilikan jaminan kesehatan tersebut masih relatif kecil. Hal ini dapat disebabkan oleh kepemilikan jaminan dalam penelitian ini hanya kepada jaminan kesehatan yang merupakan proyeksi dari JKN. Dalam penelitian Pujiyanti (2013), yang menggunakan data Susenas yang sama yaitu Data Susenas tahun 2012, dengan memasukkan semua jenis jaminan kesehatan yang ada ke dalam kategori memiliki jaminan kesehatan dan diperoleh sebesar 43.1% cakupan Jaminan Kesehatan tahun 2012 (17). Sementara, dalam Laporan Satu Tahun Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional bahwa pada akhir Desember 2014 peserta Jaminan Kesehatan Nasional berjumlah 133,4 juta jiwa atau 52,9% dari total penduduk Indonesia (16). Tentunya amanat mulia dari UU SJSN untuk mencapai *Universal Health Coverage* di Indonesia menjadi tugas yang harus terus upayakan sehingga target pencapaian *Universal Health Coverage*, di tahun 2019 dapat terealisasi.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan menurunkan kejadian belanja kesehatan katastrofik di Indonesia tahun 2012, yaitu 12.9% pada 10% total pengeluaran dan 18.4% pada 20 total pengeluaran non-makanan. Terdapat perubahan sebesar 4.45% cakupan perlindungan pada ambang batas 10% total pengeluaran ke ambang batas 20% total pengeluaran non-makanan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan mampu mengurangi kemungkinan jatuhnya rumah tangga ke dalam kondisi biaya kesehatan katastrofik (17, 25-29).

Belanja kesehatan katastrofik sangat ditentukan oleh beberapa faktor. Dalam penelitian ini diperoleh faktor determinan yang meningkatkan dan menurunkan belanja kesehatan katastrofik. Dengan mengetahui faktor determinan ini, maka akan memudahkan pemangku kebijakan untuk mengurangi risiko belanja kesehatan katastrofik di Indonesia.

Faktor Predisposing, determinan jenis kelamin, hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin berhubungan positif di kedua ambang batas penelitian. Hal ini sejalan dengan penelitian Made (2013) bahwa biaya kesehatan dari perempuan lebih tinggi dari pada laki-laki (9). Berbagai penelitian juga menunjukkan bahwa perempuan memiliki peluang mengalami cacat lebih besar dan membutuhkan utilisasi pelayanan kesehatan yang lebih tinggi. Salah satu hal yang mendorong biaya kesehatan perempuan lebih besar dari laki-laki

adalah sifat natur perempuan yang lebih peduli dengan kesehatan. Dengan diperoleh bahwa jenis kelamin perempuan meningkatkan belanja kesehatan katastrofik, maka dalam program-program kesehatan perlu meningkatkan upaya-upaya pelayanan preventif dan promotif untuk kaum perempuan dalam rangka meminimalkan belanja kesehatan katastrofik ke depan, tanpa mengesampingkan pelayanan kesehatan promotif dan preventif untuk laki-laki.

Determinan status pernikahan memiliki hubungan yang positif terhadap kejadian belanja kesehatan katastrofik di kedua ambang batas penelitian ini. Hal ini sejalan dengan penelitian yang bahwa kejadian OOP 1.085 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak menikah (17). Perilaku seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dipengaruhi faktor status menikah (18). 9

Determinan lama pendidikan berhubungan negatif dengan belanja kesehatan katastrofik, artinya lama pendidikan menurunkan kejadian belanja kesehatan katastrofik. Hal ini sejalan dengan penelitian Li bahwa rumah tangga dengan kepala rumah tangga tidak berpendidikan memiliki risiko untuk mengalami biaya kesehatan katastrofik dibandingkan dengan RT yang kepala RTnya berpendidikan lebih tinggi (27). Notoadmojo juga menyatakan bahwa tingkat pendidikan tinggi mempengaruhi perilaku seseorang dalam menggunakan pelayanan kesehatan dibandingkan pendidikan rendah (32). Dari hasil penelitian ini juga diperoleh rerata lama pendidikan responden yaitu 5.4 tahun dan masih terdapat responden yang tidak sekolah (lama pendidikan 0 tahun). Hal ini perlu ditingkatkan dan pemerataan pendidikan juga perlu dilakukan di seluruh wilayah Indonesia karena lama pendidikan terbukti menurunkan belanja kesehatan katastrofik.

Determinan jumlah anggota rumah tangga berhubungan positif dengan belanja kesehatan katastrofik. Hal ini sejalan dengan penelitian Karan dan Grag (2005) di India yang menunjukkan bahwa rumah tangga yang memiliki jumlah anak dan anggota rumah tangga yang tinggi total pengeluaran rumah tangga juga semakin tinggi. RT dengan jumlah ART  $\geq 4$  orang sebesar 37% mengalami masalah pembiayaan kesehatan dibandingkan dengan RT perseorangan. Jumlah anggota rumah tangga merupakan salah satu variabel yang digunakan dalam mengukur beban ekonomi suatu rumah tangga. Variabel ini erat kaitannya dengan pengeluaran rumah tangga. Oleh karena itu, Pemerintah dapat menerapkan kembali kebijakan yang mengarah kepada pengendalian jumlah anggota rumah tangga, seperti semboyan 2 anak cukup.

Sementara untuk determinan kepemilikan balita, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kepemilikan balita tidak memiliki hubungan dengan belanja kesehatan katastrofik di kedua ambang batas penelitian. Hal ini bertolak belakang dengan penelitian yang menyatakan bahwa kepemilikan balita berhubungan positif dengan kejadian belanja kesehatan katastrofik rumah tangga (26).

Faktor Enabling, determinan pendapatan rumah tangga berhubungan positif dengan belanja kesehatan katastrofik di kedua ambang batas penelitian. Hal ini berbeda dengan penelitian yang menunjukkan bahwa pendapatan berhubungan negatif dengan belanja kesehatan katastrofik (31). Pendapatan yang diterima rumah tangga dapat menggambarkan tingkat kesejahteraan rumah tangga tersebut.

Determinan wilayah tempat tinggal urban/ kota berhubungan negatif dengan belanja kesehatan katastrofik, artinya RT yang berlokasi di desa memiliki kemungkinan untuk menderita biaya kesehatan katastrofik dibandingkan dengan RT yang di kota. Lokasi RT mempunyai hubungan dengan biaya kesehatan katastrofik (27). Rumah tangga yang tinggal di daerah perkotaan lebih cenderung menggunakan layanan kesehatan publik dan swasta daripada di daerah pedesaan (25). Hasil penelitian Samkotra dan Lagrada memperoleh bahwa tinggal di daerah perkotaan memberikan pelindung terhadap belanja kesehatan katastrofik untuk non-miskin, tetapi tidak untuk orang miskin (33). Hasil yang berbeda ditunjukkan oleh penelitian di Kenya bahwa lokasi RT tidak signifikan mempengaruhi munculnya biaya kesehatan katastrofik (34). Dengan diperolehnya hasil ini, maka kepemilikan jaminan kesehatan juga perlu diperluas ke seluruh daerah Indonesia secara khusus di daerah-daerah 10 pedesaan/terpencil. Tidak hanya memperluas cakupan kepemilikan jaminan kesehatan, tetapi juga mengimbanginya dengan peningkatan akses ke pelayanan kesehatan.

Faktor Need, determinan status kesehatan berhubungan positif dengan belanja kesehatan katastrofik di kedua ambang batas penelitian. Status kesehatan merupakan salah satu faktor penentu perilaku seseorang mencari kesehatan. Orang sakit lebih cenderung untuk mencari layanan kesehatan daripada orang sehat. Ha et al. menemukan bahwa rumah tangga dengan orang sakit berkorelasi dengan memilih penyedia layanan kesehatan (35). Gotsadze et al. menegaskan bahwa keseriusan penyakit merupakan faktor signifikan yang meningkatkan peluang untuk mencari perawatan kesehatan. Orang dengan tingkat keparahan penyakit memiliki pengeluaran medis yang lebih tinggi dibandingkan dengan

tingkat keparahan rendah (36). Seseorang yang bekerja jika mengalami status kesehatan buruk akan mengakibatkan berkurangnya penghasilan dan akhirnya dapat mengakibatkan kemiskinan. Van Damme dalam Made (2013) bahwa penyakit dapat memiskinkan yang disebut sebagai *iatrogenic poverty*. Dia menjelaskan lebih dalam lagi bahwa dua hal utama yang menyebabkan hal tersebut yaitu adanya kematian atau yang menyebabkan cacatan/ketidakmampuan mencari nafkah yang menyebabkan berkurangnya pendapatan dan mempengaruhi konsumsi rumah tangga. Setelah menghabiskan seluruh harta bendanya, maka kemampuan untuk memenuhi kebutuhan pendidikan anak-anaknya berkurang (30).

Determinan utilitas pelayanan yaitu mengakses rawat jalan dan mengakses rawat inap berhubungan positif terhadap belanja kesehatan katastrofik. Utilisasi pelayanan kesehatan memiliki peran besar dalam memicu biaya kesehatan katastrofik. Hal ini sejalan dengan penelitian lain (26,27,37) yang menunjukkan bahwa utilitas dapat meningkatkan pengeluaran kesehatan katastrofik. Pada akses rawat jalan, besaran kejadian belanja katastrofik yaitu 3.6% pada 10% total pengeluaran dan 5.17% pada 20% total pengeluaran non-makanan. Sementara pada akses rawat inap, besaran kejadian belanja katastrofik yaitu 13% pada 10% total pengeluaran dan 15.7% pada 20% total pengeluaran non-makanan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rawat jalan dan rawat inap menyebabkan kejadian belanja kesehatan katastrofik. Oleh karena itu Pemerintah perlu mempertimbangkan pelayanan-pelayanan yang dicover dalam Jaminan Kesehatan Nasional dengan melakukan pelayanan untuk semua baik rawat inap dan rawat jalan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Studi ini menganalisis dampak kepemilikan jaminan kesehatan terhadap belanja kesehatan katastrofik di Indonesia tahun 2012. Studi menyimpulkan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan berhubungan negatif terhadap belanja kesehatan katastrofik sebesar 12.97% pada ambang batas 10% dari total pengeluaran dan sebesar 18.42% pada ambang batas 20% total pengeluaran non-makanan. Artinya kepemilikan jaminan kesehatan dapat menurunkan belanja kesehatan katastrofik. Hal ini diharapkan memberikan perlindungan financial kepada rumah tangga.

Setelah diketahuinya determinan belanja kesehatan katastrofik, baik yang meningkatkan dan menurunkan, maka Kementerian Kesehatan dapat mengambil langkah-langkah praktis dan

tepat untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat dalam rana membangun dan 11 mengembangkan sistem kesehatan yang lebih baik. Adapun hal yang disarankan seperti meningkatkan status kesehatan secara komprehensif dan mengutamakan pelayanan kesehatan preventif dan promotif guna mencegah seseorang jatuh sakit dan tetap sehat; bekerja sama dengan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemendikbud) untuk meningkatkan dan meratakan pendidikan bagi penduduk Indonesia sehingga tidak terdapat lagi penduduk yang tidak sekolah; bekerja sama dengan BKKBN dalam mengendalikan jumlah anggota rumah tangga sehingga anggota rumah tangga tersebut tidak terlalu besar; mengevaluasi cakupan pelayanan kesehatan yang masuk dalam tarif INA-CBG's, baik untuk rawat jalan maupun rawat inap. Apakah perlu diterapkan *all coverage* dengan mengcover seluruh pelayanan kesehatan baik rawat jalan dan rawat inap? Dengan melihat bahwa rawat jalan dan rawat inap penyebab kejadian belanja kesehatan katastrofik. Sementara kepada BPJS Kesehatan selaku provider Jaminan Kesehatan Nasional terus gigih melakukan pelayanan dengan baik sehingga meningkatkan pemerataan cakupan pelayanan kesehatan, khususnya di daerah pedesaan dan wilayah terpencil Indonesia. Dengan demikian amanat mulia UU untuk menerapkan *Universal Health Coverage* dapat terwujud di tahun 2019 serta tidak ada penduduk yang mengalami akibat buruk dari belanja kesehatan katastrofik..

#### REFERENSI

1. Adisasmito, Wiku (2012). *Sistem kesehatan*. Jakarta: PT. RajaGrafindo Prakara.
2. Baeza, C. and T. G. Packard. 2006. *Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America*. Washington, DC: World Bank and Stanford University Press.
3. World Health Organization (2000). *The world health report 2000 : health system : improving performance*. Geneva, 23-46, 95-116.
4. Tangcharoensathien, V., Patcharanarumol, W., Ir, P., Aljunid, S.M., Mukti, A.G., Akkhavong, K., dkk. (2011) *Health-financing reforms in south-east Asia: challenges in achieving universal coverage*. The Lancet, 377: 863–873.
5. Xu, Ke, David B. Evans, K. Kawabate, R. Zeramdini, J. Klavus, and C. J. L. Murray (2003). *Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis*. The Lancet Vol 362.
6. Su, Tin Tin, Bocar Kouyate, Steffen Flessa (2006). *Catastrophic household expenditure for health care in low income society: a study from Nouna District, Burkina Faso*. *Bulletin of World Health Organization*; 84:21-27.
7. Hariyadi, Ki (2009). *Determinan pengeluaran kesehatan katastrofik di Indonesia*. Yogyakarta: Tesis Universitas Gadjah Mada.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015). *Profil kesehatan Indonesia 2014*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
9. Made, Ni Ayu Sri Ratna Sudewi (2013). *protektabilitas asuransi kesehatan sosial terhadap ekonomi pegawai negeri di Jawa Tengah dan di Yogyakarta*. Depok: Disertasi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
10. Nadjib, Mardiaty dan Pujiyanto (2002). *pola pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan pada kelompok marjinal dan rentan*. *Makara Kesehatan* Vol. 6 No. 2, 35-46
11. Kimami dan Maina (2015). *Catastrophic Health expenditures and impoverishment in Kenya*. Health Policy Project.
12. Van Doorslaer, E., O. O'Donnell, R. P. Rannan-Eliya, A. Samanathan, S. R. Adhikari, et al. 2006. "Effect of payments for healthcare on poverty estimates in 11 countries in asia: an analysis of household survey data." *Lancet* 368(9544): 1357–1361.
13. Wagstaff, Adam dan Eddy van Doorslaer (2003). *Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-98*.
14. Ranson, M. K. 2002. "Reduction of catastrophic health care expenditures by a communitybased health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges." *Bulletin of the World Health Organization* 80(8): 613–21.
15. Republik Indonesia. *Buku II nota keuangan beserta anggaran pendapatan dan belanja negara tahun 2016*.
16. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (2015). *Satu tahun pelaksanaan jaminan kesehatan nasional*. Direktorat Perlindungan dan Kesejahteraan Masyarakat Kementerian PPN/ Bappenas, Jakarta.
17. Pujiyanti, Eka (2013). *Protektabilitas jaminan kesehatan nasional terhadap tingkat pengeluaran biaya kesehatan tunai (out-of-pocket) rumah tangga di Indonesia : analisis data Susenas tahun 2012*. Depok: Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
18. Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*, 36, 1-10.
19. Freedman DA, Sekhon JS. Endogeneity in probit response models. *polit anal* [Internet].

- 2010;18(2):138–50. Available from: <http://pan.oxfordjournals.org/content/18/2/138.abstract>
20. Cameron AC, Trivedi PK. *Microeconometrics using stata* [internet]. Vol. 5, Stata Press books. Texas: A Stata Press Publication; 2009. 706 p. Available from: <http://stata.biz/news/statanews.23.4.pdf>
  21. Greene WH. *Econometric analysis*. 7th ed. USA: Pearson Education, Inc; 2012.
  22. Card D, Dobkin C, Maestas N. The impact of nearly universal insurance coverage on health care utilization: evidence from medicare. *Am Econ Rev* [Internet]. 2008;98(5):2242–58. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2600774/>
  23. Waters HR. Measuring the impact of health insurance with a correction for selection bias--a case study of Ecuador. *Heal Econ*. 1999/09/02 ed. 1999;8(5):473–83.
  24. Cameron AC, Trivedi PK. *Microeconometrics: methods and application*. New York:
  25. Xu, Ke, David B. Evans, Patrick Kadama, Juliet Nabyonga, Peter Ogwang Ogwai, Pamela Nabukhonzu, Ana Mylena Aguilar (2006). *Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda*. *Social Science & Medicine* 62: 866–876.
  26. Cavagnero, E., Carrin, G., Xu, K., Rivera, A., & Mylena, A. (2006). *Health financing in argentina: an empirical study of health care expenditure and utilization*. Instituto Nacional de Salud Publica.
  27. Li, Ye, Qunhong Wu, Ling Xu, David Legge, Yanhua Hao, Lijun Gao, Ning Ning & Gang Wan (2012). *Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance*. *Bull World Health Organ*, 90:664–671.
  28. Preker, A., G. Carrin, D. Dror, M. Jakab, W. Hsiao and D. Arhin (2001). *Role of communities in resource mobilization and risk sharing*. HNP Discussion Paper, World Bank, Washington, D.C
  29. Yip, W. & Berman P. (2001). *Targeted health insurance in a low income country and its impact on access and equity in access : Egypt's school health insurance*. *Health Economics* 10(3):207-20.
  30. Made, Ni Ayu Sri Ratna Sudewi (2013). *Protektabilitas asuransi kesehatan sosial terhadap ekonomi pegawai negeri di Jawa Tengah dan di Yogyakarta*. Depok: Disertasi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
  31. Ekman, Bjorn (2007). *Catastrophic health payments and health insurance: Some counterintuitive evidence from one low-income country*. *Health Policy* 83: 304–313.
  32. Notoatmodjo, Soekidjo (2002). *Metodologi penelitian kesehatan, edisi revisi*. Rineka Cipta, Jakarta.
  33. Somkotra, Tewarit dan Leizel P. Lagrada (2009). *Which households are at risk of catastrophic health spending: experience in thailand after universal coverage*. *Health Affairs* 28, no.3 (2009):w467-w478.
  34. Chuma, J. and T. Maina. 2012. "Catastrophic healthcare spending and impoverishment in Kenya." *BMC Health Services Research* 12: 413.
  35. Ha, N.T.; Berman, P.; Larsen, U. (2002). *Household utilization and expenditure on private and public health services in Vietnam*. *Health Policy Plann* 17, 61–70.
  36. Gotsadze, G. (2005). *Health care—Seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia*. *Health Policy Plann* 20, 232–242.
  37. Hidayat, Budi. *Provider choice for outpatient health care services in indonesia: the role of health insurance*. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 12 No. 3 Juli 2009*. 217-226