

ASURANSI KESEHATAN SOSIAL DAN BIAYA *OUT OF POCKET* DI INDONESIA TIMUR

SOCIAL HEALTH INSURANCE AND OUT OF POCKET PAYMENT IN EASTERN INDONESIA

Isak Iskandar Radja¹, Hari Kusnanto², Mubasysyir Hasanbasri³

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Kefamenanu, Propinsi Nusa Tenggara Timur

²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Social health insurance in Indonesia is carried by social insurance mechanism aims to provide social security protection to the community so their basic health needs can be met adequately. Social insurance is expected to increase access and utilization of health services as well as reducing the risk of out-of-pocket expenditure (OOP) that resulting in catastrophic expenditures and poverty.

Objective: To analyze the utilization of inpatient care, health insurance and hospitalization OOP expense ratio based on living area, type of health facility and type of social health insurance in Eastern Indonesia.

Methods: This study uses secondary data analysis using Indonesian Family Life Survey East 2012 data. This is a quantitative approach using cross-sectional design, and multivariate analysis using linear regression at 95% confidence level.

Results: The use of hospitalization in Eastern Indonesia by insurance users is 54.6%, while those who do not use insurance is 45.4%. A total of 24.6% insurance owner do not use insurance at the time of hospitalization. Multivariate analysis showed no significant difference in the cost of hospitalization OOP based living area and type of health facility. OOP costs of hospitalization for Jamsostek/other members were higher than Askes and Jamkesmas members.

Conclusion: The government needs to implement a social health insurance system that is of a better quality and comprehensive in order to protect users from the burden of high health care cost.

Keywords: social health insurance, out of pocket, eastern Indonesia

ABSTRAK

Latar belakang: Jaminan kesehatan sosial di Indonesia dilakukan dengan mekanisme asuransi sosial bertujuan untuk memberi jaminan perlindungan sosial kepada masyarakat agar dapat terpenuhi kebutuhan dasar hidupnya secara layak, khususnya di bidang kesehatan. Asuransi sosial diharapkan dapat meningkatkan akses dan utilisasi pelayanan kesehatan serta mengurangi resiko pengeluaran biaya *out of pocket* (OOP) yang bisa berdampak pada pengeluaran katastrofik serta kemiskinan.

Tujuan: Menganalisis pemanfaatan rawat inap, asuransi kesehatan dan perbandingan biaya OOP rawat inap berdasarkan area tinggal, jenis fasilitas kesehatan dan jenis asuransi kesehatan sosial di Indonesia Timur.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode analisis data sekunder dengan sumber data Indonesian Family Life Survey East 2012. Pendekatan kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Analisis multivariat menggunakan regresi linier pada tingkat kepercayaan 95%.

Hasil: Pemanfaatan rawat inap di Indonesia Timur oleh pengguna asuransi sebesar 54,6% sedangkan yang tidak menggunakan asuransi sebesar 45,4%. Sebanyak 24,6% pemilik asuransi tidak menggunakan asuransinya pada saat kunjungan rawat inap. Hasil analisis multivariat menunjukkan tidak ada perbedaan biaya OOP rawat inap yang signifikan berdasarkan area tinggal dan jenis fasilitas kesehatan. Biaya OOP rawat inap pengguna Jamsostek/lainnya ternyata lebih tinggi dari pengguna Askes dan Jamkesmas.

Kesimpulan: Pemerintah perlu menerapkan sistem asuransi kesehatan sosial yang lebih bermutu dan komprehensif agar dapat melindungi penggunaannya dari beban biaya kesehatan yang tinggi, agar utilisasi asuransi kesehatan lebih berkualitas di masa mendatang.

Kata kunci: asuransi kesehatan sosial, out of pocket, indonesia timur

PENGANTAR

Reformasi kebijakan jaminan sosial di Indonesia diawali dengan pengembangan jaminan atau asuransi kesehatan nasional yang dikemas dalam suatu Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Lahirnya Undang-Undang No. 40/2004 tentang SJSN merupakan bukti kepedulian pemerintah dalam memberikan perlindungan sosial bagi masyarakat, tanpa memandang status sosial¹. Mekanisme yang dipakai dalam jaminan sosial adalah asuransi sosial, dengan cara pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran guna memberikan perlindungan atas resiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya. Bagi masyarakat miskin atau tidak mampu, iurannya tetap ditanggung oleh pemerintah.

Inti reformasi pembiayaan kesehatan dalam hal jaminan sosial adalah meningkatkan akses dan utilisasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat, sehing-

ga tidak terjadi lagi *inequity* pelayanan kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 membuktikan 50,5% penduduk Indonesia belum memiliki jaminan kesehatan (*coverage* jaminan kesehatan baru mencapai 49,5%). Kepemilikan jaminan kesehatan didominasi oleh Jamkesmas (28,9%), Jamkesda (9,6%), Askes/Asabri (6%), Jamsostek (4,4%) dan 1,7% Askes swasta serta tunjangan kesehatan perusahaan². Provinsi Aceh menempati ranking tertinggi dalam *coverage* jaminan kesehatan (96,6%), sedangkan provinsi DKI Jakarta berada di posisi buntut dengan *coverage* jaminan kesehatan baru mencapai 30,9%.

Perbedaan *coverage* jaminan kesehatan kedua provinsi di atas tidak sejalan dengan utilisasi pelayanan kesehatan, khususnya pemanfaatan rawat inap (perbedaannya ± 2,3%-2,4%). Tingginya *coverage* jaminan kesehatan tidak selamanya meningkatkan akses dan utilisasi pelayanan kesehatan jika tidak diimbangi dengan ketersediaan tenaga dan fasilitas kesehatan yang memadai. Bukti lain dari hasil Riskesdas adalah adanya kesenjangan dalam hal pengetahuan tentang keberadaan fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Tingkat pengetahuan rumah tangga tentang keberadaan rumah sakit pemerintah tertinggi di Bali (88,6%) dan terendah di NTT (39,6%). Untuk pengetahuan tentang rumah sakit swasta tertinggi di DI Yogyakarta (82,4%) dan terendah di Sulawesi Barat (15,1%).

Berbagai fakta ini mempertegas *inequity* pelayanan kesehatan di Indonesia, terutama bila kita membandingkan antara Jawa-Bali dan luar Jawa-Bali atau Indonesia Barat dan Indonesia Timur. Jika akses informasi atau pengetahuan saja sudah berbeda, apalagi ketersediaan sumber daya kesehatan.

Selain menjamin akses dan utilisasi pelayanan kesehatan, jaminan sosial diharapkan dapat melindungi pesertanya dari bencana pengeluaran biaya *Out of Pocket* (OOP) yang harus ditanggung sendiri oleh individu maupun keluarga. Sebab dampak buruk dari besarnya pengeluaran biaya ini dapat berimpli-

kasi pada pengeluaran katastrofik yang pada akhirnya menyebabkan kemiskinan.

Pengeluaran biaya OOP dalam pelayanan kesehatan banyak terjadi di berbagai negara, termasuk sebagian besar negara-negara Asia. Adanya pengeluaran biaya ini menyerap sebagian besar sumber daya rumah tangga, dan berdampak pada kemiskinan³.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pemanfaatan rawat inap, pemanfaatan asuransi kesehatan dan perbandingan biaya OOP rawat inap berdasarkan jenis asuransi kesehatan sosial pada fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Sedangkan metode analisis data yaitu *secondary data analysis* atau analisis data sekunder dengan menggunakan sumber data IFLS East 2012.

Pelaksanaan survei IFLS East dilakukan pada bulan Mei-November 2012 yang meliputi 7 provinsi (Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Timur, Sulawesi Tenggara, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat dan Papua). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh individu yang pernah memanfaatkan kunjungan rawat inap dan mengeluarkan biaya OOP dalam satu tahun terakhir pada fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta. Sedangkan yang menjadi sampel adalah individu yang mengeluarkan biaya OOP rawat inap pada kunjungan terakhir dalam setahun (yang tercatat dalam survey). Hasil *cleaning* data jumlah sampel yang memenuhi kriteria sebanyak 260 individu.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN Pemanfaatan Layanan Rawat Inap dan Asuransi Kesehatan

Pemanfaatan rawat inap berdasarkan jenis fasilitas, baik di tingkat primer dan sekunder lebih banyak pada fasilitas kesehatan pemerintah daripada fasilitas kesehatan swasta (data disajikan pada Tabel 1).

Tabel 1 Pemanfaatan Rawat Inap Menurut Jenis Fasilitas Kesehatan (n=260)

Provinsi	Jenis Fasilitas Kesehatan							
	RSP		Puskesmas		RSS		Klinik	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Kalimantan Timur	19	46.3	1	2.4	13	31.7	8	19.5
Maluku	28	73.7	2	5.3	7	18.4	1	2.6
Maluku Utara	24	60.0	6	15.0	8	20.0	2	5.0
NTT	19	65.5	7	24.1	1	3.4	2	6.9
Papua	25	60.9	6	14.6	8	19.5	2	4.9
Papua Barat	31	77.5	5	12.5	3	7.5	1	2.5
Sulawesi Tenggara	11	35.5	10	32.3	7	22.6	3	9.7
Total	157	60.4	37	14.2	47	18.1	19	7.3

Dari 260 individu yang memanfaatkan kunjungan rawat inap, yang menggunakan asuransi kesehatan sebanyak 142 individu (54,6%) sedangkan yang tidak menggunakan asuransi/umum sebanyak 118 individu (45,4%). Jika dilihat dari jenis asuransi, pengguna Jamkesmas lebih banyak menggunakan layanan rawat inap, sedangkan pengguna Askes dan Jamsostek/lainnya berimbang (data disajikan pada Tabel 2).

Pada Tabel 4, mereka yang tidak mau menggunakan asuransinya lebih banyak memilih pelayanan rawat inap pada fasilitas kesehatan swasta daripada fasilitas kesehatan pemerintah.

Tabel 5 menunjukkan bahwa pemilik asuransi kesehatan yang tidak mau menggunakan asuransi lebih banyak pada mereka yang status ekonominya menengah ke atas.

Tabel 2 Pemanfaatan Rawat Inap Menurut Jenis Asuransi Kesehatan (n=260)

Provinsi	Jenis Asuransi							
	Umum		Askes		Jamsostek/lainnya		Jamkesmas	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Kalimantan Timur	21	51.2	2	4.9	15	36.6	3	7.3
Maluku	19	50.0	4	10.5	3	7.9	12	31.6
Maluku Utara	20	50.0	10	25.0	0	0.0	10	25.0
NTT	7	24.1	2	6.9	0	0.0	20	69.0
Papua	14	34.2	6	14.6	5	12.2	16	39.0
Papua Barat	16	40.0	6	15.0	5	12.5	13	32.5
Sulawesi Tenggara	21	67.7	2	6.5	4	12.9	4	12.9
Total	118	45.4	32	12.3	32	12.3	78	30.0

Mereka yang tidak menggunakan asuransi/pasien umum bukan hanya karena tidak memiliki asuransi. 24,6% diantaranya memiliki asuransi namun tidak menggunakan asuransinya pada saat rawat inap.

Perbandingan Biaya OOP Rawat Inap

Analisis multivariat dengan menggunakan uji Regresi Linier (tingkat kepercayaan 95%) dilakukan dalam dua step/tahapan untuk menilai kemampuan setiap jenis asuransi kesehatan dalam mempengaruhi

Tabel 3 Distribusi Pemilik Asuransi Yang Tidak Menggunakan Asuransi Menurut Provinsi (n=29)

Provinsi	Jenis Asuransi			Total
	Askes	Jamsostek/lainnya	Jamkesmas	
Kalimantan Timur	2	4	2	8
Maluku	1	1	2	4
Maluku Utara	0	3	0	3
NTT	0	0	1	1
Papua	2	1	2	5
Papua Barat	2	1	1	4
Sulawesi Tenggara	3	0	1	4

Pada Tabel 3 menunjukkan bahwa pemilik asuransi yang tidak menggunakan asuransinya lebih banyak terjadi di wilayah Kalimantan Timur.

biaya OOP rawat inap. (data disajikan pada Tabel 6).

Tabel 4 Distribusi Pemilik Asuransi Yang Tidak Menggunakan Asuransi Menurut Jenis Fasilitas Kesehatan (n=29)

Jenis Fasilitas Kesehatan	Jenis Asuransi			Total
	Askes	Jamsostek/lainnya	Jamkesmas	
RS Pemerintah	5	3	3	11
Puskesmas	0	1	0	1
RS Swasta	4	3	3	10
Klinik	1	3	3	7

Tabel 5 Distribusi Pemilik Asuransi yang Tidak Menggunakan Asuransi Menurut Status Ekonomi (n=29)

Status Ekonomi	Jenis Asuransi			Total
	Askes	Jamsostek/lainnya	Jamkesmas	
Kuantil 1 (Miskin)	0	0	1	1
Kuantil 2	1	0	3	4
Kuantil 3	3	3	3	9
Kuantil 4	3	5	1	9
Kuantil 5 (Kaya)	3	2	1	6

Tabel 6 Pengaruh Jenis Asuransi dan Variabel Independen Lain Terhadap Biaya OOP Rawat Inap (n= 178)

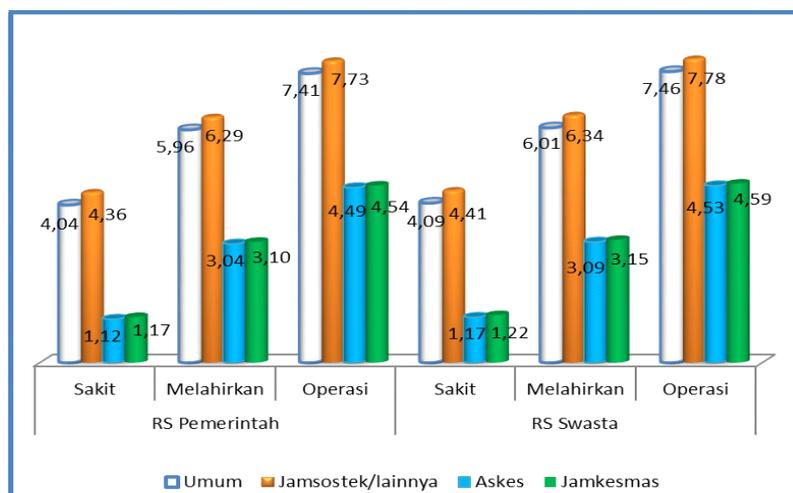
	Variabel	Koefisien	SE	p	(95% CI)	
Step 1	<i>Jenis Asuransi:</i>					
	Askes	-1.757	0.862	0.043	-3.458	-0.056
	Jamsostek/lainnya	1.379	0.998	0.169	-0.590	3.347
	Jamkesmas	-2.207	0.815	0.007	-3.815	-0.599
	Konstanta	2.925	0.335	<0.001	2.264	3.586
Step 2	<i>Jenis Asuransi:</i>					
	Askes	-2.921	0.826	0.001	-4.552	-1.291
	Jamsostek/lainnya	0.323	0.901	0.721	-1.456	2.101
	Jamkesmas	-2.868	0.769	<0.001	-4.387	-1.349
	<i>Status Ekonomi:</i>					
	Kuantil 2	-0.591	0.838	0.482	-2.245	1.064
	Kuantil 3	-0.110	0.807	0.892	-1.703	1.483
	Kuantil 4	1.122	0.812	0.169	-0.482	2.726
	Kuantil 5 (kaya)	1.908	0.791	0.017	0.345	3.470
	<i>Jenis Fasilitas:</i>					
	Puskesmas	-1.881	0.804	0.021	-3.469	-0.293
	RS Swasta	0.049	0.672	0.942	-1.278	1.377
	Klinik	-1.912	0.887	0.033	-3.664	-0.159
	<i>Jenis Kunjungan:</i>					
	Kecelakaan	1.512	0.903	0.096	-0.271	3.296
	Melahirkan	1.927	0.621	0.002	0.701	3.153
	Operasi	3.368	0.916	<0.001	1.559	5.178
	Lainnya	3.993	1.660	0.017	0.715	7.272
	<i>Area Tinggal</i>	0.025	0.582	0.966	-1.123	1.174
	<i>Length of Stay</i>	0.408	0.088	<0.001	0.235	0.581
	Konstanta	0.498	0.917	0.588	-1.312	2.309

Catatan: referensi (pasien umum, kuantil 1/miskin, kunjungan berobat/sakit dan fasilitas RS pemerintah).

Data pada Tabel 6 (step 1) menunjukkan bahwa jenis asuransi Askes dan Jamkesmas secara signifikan berpengaruh terhadap biaya OOP rawat inap sementara jenis asuransi Jamsostek/lainnya tidak signifikan. Analisis selanjutnya (step 2) dengan menambahkan variabel independen lainnya sebagai kontrol untuk menilai kemampuan jenis asuransi dalam menekan biaya OOP rawat inap. Ternyata Askes dan Jamkesmas tetap berpengaruh signifikan terhadap biaya OOP rawat inap, sedangkan Jamsostek/lainnya tidak signifikan. Jika dilihat dari nilai koefisien

setiap jenis asuransi (step 1 dan 2) menunjukkan bahwa Askes dan Jamkesmas lebih kecil dari Jamsostek/lainnya. Ini berarti biaya OOP rawat inap yang dikeluarkan oleh pengguna Askes dan Jamkesmas lebih rendah dari pengguna Jamsostek/lainnya.

Adanya perbedaan ini selanjutnya dilakukan estimasi besaran biaya OOP rawat inap untuk ketiga jenis asuransi berdasarkan jenis fasilitas kesehatan, jenis kunjungan, LOS dan status ekonomi (Gambar 1).



Catatan: nilai dalam juta rupiah.

Gambar 1 Estimasi Biaya OOP Rawat Inap Menurut Jenis Asuransi

Pada Gambar 1 menunjukkan bahwa biaya OOP rawat inap pengguna Jamsostek/lainnya lebih tinggi dari pengguna Askes dan Jamkesmas dengan mempertimbangkan karakteristik individu yang sama (tingkat ekonomi kaya/kuantil 5 dan rerata LOS 4 hari). Pola yang sama terjadi di fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta maupun pada ketiga jenis kunjungan (sakit, melahirkan dan operasi).

PEMBAHASAN

Pemanfaatan Rawat Inap dan Asuransi Kesehatan Sosial

Pemanfaatan rawat inap pada fasilitas kesehatan pemerintah (puskesmas dan rumah sakit) ternyata lebih banyak dibandingkan dengan fasilitas kesehatan swasta (Tabel 1). Hal ini menggambarkan bahwa ketersediaan fasilitas kesehatan pemerintah lebih baik daripada swasta. Meskipun demikian, khusus di wilayah Kalimantan Timur, pemanfaatan fasilitas swasta cenderung lebih tinggi. Kondisi ini menyebabkan utilisasi layanan rawat inap lebih banyak di perkotaan dibandingkan dengan wilayah lainnya.

Berdasarkan kepemilikan asuransi kesehatan (tabel 2), pemanfaatan layanan rawat inap oleh pengguna asuransi lebih baik (54,6%) dari yang tidak menggunakan asuransi. Ini berarti asuransi kesehatan dapat meningkatkan akses dan utilisasi pelayanan kesehatan^{4,5}. Asuransi kesehatan juga dapat mengatasi hambatan keuangan⁶ karena mampu melindungi penggunanya dari tingginya beban biaya kesehatan atau pengeluaran rumah tangga⁷. Namun situasi ini tidak terjadi di semua wilayah Indonesia Timur. Seperti di wilayah Sulawesi Tenggara, utilisasi oleh pengguna asuransi hanya sebesar 32,3%. Kondisi ini menggambarkan adanya kesenjangan dalam hal ketersediaan fasilitas kesehatan. Kurangnya ketersediaan fasilitas kesehatan dapat mengurangi fungsi dari asuransi kesehatan, karena akan sia-sia memiliki asuransi jika masih terdapat kesulitan dalam hal akses terhadap layanan kesehatan.

Penelitian ini juga menemukan bahwa diantara mereka yang tidak menggunakan asuransi kesehatan bukan hanya karena tidak memiliki asuransi. 24,6% diantaranya memiliki asuransi namun tidak menggunakan asuransinya pada saat kunjungan rawat inap (Tabel 3). Mereka lebih memilih ke fasilitas kesehatan swasta (tabel 4). Ini mengindikasikan adanya ketidakpuasan dalam pemberian pelayanan kesehatan, terutama pada fasilitas kesehatan pemerintah. Faktor kepuasan sangat terkait dengan kualitas pelayanan⁸. Jika kualitas pelayanan buruk, akan

berimplikasi atau menghambat pemanfaatan asuransi kesehatan⁹. Pemilik asuransi ternyata lebih memilih membayar langsung untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik, lebih memuaskan daripada menggunakan asuransi tetapi mendapatkan pelayanan yang buruk.

Jika dilihat dari status ekonomi (Tabel 5), sebagian besar diantara mereka tergolong mampu atau tingkat ekonominya menengah ke atas. Mungkin kita dapat mengatakan bahwa ada pengaruh faktor ekonomi. Orang yang mampu cenderung tidak mau menggunakan asuransi. Namun faktor kepuasan juga dapat mempengaruhi. Memang dalam penelitian ini belum mengkaji dari aspek tingkat kepuasan, karena itu perlu penelitian lanjutan. Meskipun demikian, beberapa penelitian yang disebutkan sebelumnya telah berhasil membuktikannya.

Perbandingan Biaya OOP Rawat Inap

Analisis multivariat (Tabel 6) membuktikan bahwa secara signifikan pengguna Askes dan Jamkesmas lebih rendah mengeluarkan biaya OOP rawat inap daripada pengguna Jamsostek/lainnya. Ini berarti asuransi Askes dan Jamkesmas lebih mampu mengendalikan tingginya biaya OOP rawat inap daripada asuransi Jamsostek/lainnya¹⁰. Bahkan jika dibandingkan dengan mereka yang tidak menggunakan asuransi/pasien umum, biaya OOP rawat inap yang dikeluarkan pengguna Jamsostek/lainnya masih lebih tinggi.

Hasil estimasi biaya OOP rawat inap (Gambar 1) semakin menegaskan perbedaan diantara ketiga jenis asuransi. Dengan mempertimbangkan karakteristik tertentu dari individu, seperti status ekonomi yang sama (kuantil 5/kaya), lama hari rawat (rerata=4 hari), baik di fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta menunjukkan pengguna Jamsostek/lainnya mengeluarkan biaya OOP rawat inap yang jauh lebih tinggi dari pengguna Askes dan Jamkesmas. Pola yang sama terjadi menurut jenis kunjungan rawat inap (hasil estimasi menunjukkan bahwa biaya untuk berobat/sakit cenderung lebih rendah dibandingkan jika melahirkan atau operasi).

Adanya perbedaan ini kemungkinan disebabkan oleh perbedaan paket manfaat pelayanan yang diterima oleh peserta pada setiap jenis asuransi¹⁰. Hal lain yang turut berpengaruh adalah dari aspek pengelolaan. Askes dan Jamkesmas dikelola oleh pemerintah, sementara Jamsostek/lainnya dikendalikan oleh swasta. Kondisi ini sebenarnya turut berpengaruh dalam implementasi ketiga jenis asuransi tersebut. Sistem keanggotaan dan pembayaran premi peserta Askes bersifat wajib (besaran premi sesuai

golongan) bagi seluruh Pegawai Negeri Sipil (PNS), Jamkesmas (premi ditanggung oleh pemerintah) untuk masyarakat yang kurang mampu/miskin. Tidak ada pilihan jenis asuransi lain, apalagi yang bersifat komersial. Sementara Jamsostek, walaupun kepesertaannya juga bersifat wajib, perusahaan masih diberi keluasaan atau pilihan untuk mengembangkan jenis asuransi lainnya yang bersifat komersial yang dapat memberi keuntungan. Situasi ini menimbulkan gap/kesenjangan yang sangat besar dalam hal *coverage*. Dalam periode yang sama (tahun 1993-2007), *coverage* Askes sebesar 12,9%, Jamsostek hanya 7,4%, Askeskin/Jamkesmas (tahun 2007) sebesar 17,8%¹⁰. Adanya perbedaan pengelolaan asuransi berimplikasi pada kebijakan pemberian paket pelayanan atau manfaat yang berbeda-beda, dan pada akhirnya menimbulkan efek pada kemampuan asuransi dalam melindungi pesertanya dari resiko pengeluaran biaya OOP. Padahal, dalam konteks asuransi kesehatan sosial seharusnya didasari oleh suatu undang-undang atau regulasi dengan pembayaran premi dan paket jaminan yang memungkinkan terjadinya pemerataan.

Pengeluaran biaya OOP rawat inap yang terjadi terhadap pengguna asuransi sebenarnya tidak terlepas dari sistem pembayaran yang berdasarkan *fee for services*. Sistem ini memberi peluang terjadinya *supply induced demand* (*provider* memberi pelayanan melebihi yang dibutuhkan) karena mendapat insentif yang lebih besar¹¹, atau pengguna asuransi meminta pelayanan yang melebihi paket asuransi. Situasi ini dapat menimbulkan asumsi bahwa asuransi kesehatan tidak selalu dapat melindungi pesertanya dari resiko keuangan¹². Untuk itu perlu dipertimbangkan adanya perubahan dalam sistem pembayaran, seperti sistem kapitasi (jasa pelayanan dihitung berdasarkan jumlah peserta, bukan berdasarkan jenis pelayanan). Sistem pembayaran kapitasi telah terbukti (95%) mampu melindungi resiko pengeluaran keuangan dibandingkan dengan sistem *fee for services* (62%)¹³.

Meskipun penelitian ini dapat membuktikan adanya perbedaan kemampuan perlindungan resiko keuangan diantara ketiga jenis asuransi kesehatan yang ada, namun terdapat keterbatasan penelitian yang belum mengkaji lebih mendalam seperti tipe atau kelas rumah sakit dan jenis pelayanan atau *treatment* yang diberikan oleh *provider*. Selain karena keterbatasan data, memang sangat sulit memperoleh data atau informasi yang lebih komprehensif terkait dengan pengeluaran biaya OOP rawat inap dengan jangkauan wilayah atau sampel yang lebih luas.

KESIMPULAN DAN SARAN

Perbedaan biaya OOP rawat inap pada ketiga jenis asuransi ini mengindikasikan adanya kelemahan dalam sistem jaminan kesehatan di Indonesia, terutama di Indonesia Timur. Meskipun jenis asuransi Askes dan Jamkesmas lebih baik dari Jamsostek/lainnya, yang pasti masih terjadi pembayaran langsung yang harus ditanggung oleh pengguna asuransi kesehatan. Agar tidak mengurangi tujuan dan manfaat asuransi kesehatan maka pemerintah perlu menerapkan suatu sistem asuransi kesehatan sosial yang lebih bermutu, komprehensif dan benar-benar dapat menjamin perlindungan keuangan bagi pesertanya.

REFERENSI

1. Thabrany H. Strategi Pendanaan Jaminan Kesehatan Indonesia Dalam SJSN. Disampaikan pada Disk RPJMN Bappenas, 29 April 2008. 2008;(April).
2. Depkes RI. Riset Kesehatan Dasar., Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. 2013.
3. Doorslaer E Van, Ng CWAN, Pande BRAJ, Tao S, Tin K, Tisayaticom K, Trisnantoro L, Vasavid C, Zhao Y. Catastrophic Payments for Health Care in Asia. 2007;1184(February):1159–84.
4. Mueller, KJ., Patil, K., Boilesen E. The Role of Uninsurance and Race in Healthcare Utilization by Rural Minorities. 1998;597–610.
5. Sekyi S, Domanban PB. The Effects of Health Insurance on Outpatient Utilization and Healthcareexpenditure in Ghana. 2012;2(10).
6. Comfort AB, Peterson L a, Hatt LE. Effect of health insurance on the use and provision of maternal health services and maternal and neonatal health outcomes: a systematic review. J Health Popul Nutr [Internet]. 2013 Dec;31(4 Suppl 2):81–105.
7. Narci, H.O., Sahin, I., Yildirim H. Financial catastrophe and poverty impacts of out-of-pocket health payments in Turkey. 2014.
8. Lee W, Chen C, Chen T, Chen C. The relationship between consumer orientation, service value, medical care service quality and patient satisfaction: The case of a medical center in Southern Taiwan. African J Bus Manag. 2010; 4(April):448–58.
9. Liu X, Tang S, Yu B, Phuong NK, Yan F, Thien DD, et al. Can rural health insurance improve equity in health care utilization? A comparison between China and Vietnam. Int J Equity Health [Internet]. 2012;11:10.

10. Aji B, Allegri M De, Souares A, Sauerborn R. The Impact of Health Insurance Programs on Out-of-Pocket Expenditures in Indonesia/ : An Increase or a Decrease? 2013;2995–3013.
11. Liu X, Mills A. Evaluating payment mechanisms: how can we measure unnecessary care? 1999;14(4):409–13.
12. Wagstaff A, Lindelow M. Can insurance increase financial risk? The curious case of health insurance in China. 2008;27:990–1005.
13. Mohammed S, Souares A, Bermejo JL, Sauerborn R, Dong H. Performance evaluation of a health insurance in Nigeria using optimal resource use: health care providers perspectives. BMC Health Serv Res [Internet]. 2014 Jan;14:127.