

PERBANDINGAN HAMBATAN FINANSIAL PADA SEBELUM DAN SETELAH JAMINAN KESEHATAN DI INDONESIA

COMPARATION BETWEEN FINANCIAL BURDEN ON BEFORE AND AFTER OF JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PROGRAM IN INDONESIA

Putri Listiani^{1*}, Julita Hendrartini², Dibyo Pramono³

¹Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat

²Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan

³Bagian Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat

^{1,2}Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan

³Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Healthcare spending in Indonesia is still dominated by out-of-pocket (OOP) system (45.1% in 2014). The high number of OOP in Indonesia is feared to cause financial burden to society and result in the failure of the financial protection function of a health system, whereby Indonesia is in a scheme to achieve Universal Health Coverage through the Universal Health Coverage program.

Objective: This study aimed to compare the financial burden due to OOP on before and after JKN and its determinants.

Methods: This was a quantitative study that examines secondary data, including Social Economic National Survey (*Susenas*) data in 2013 and 2015 with cross sectional design. The unit of analysis in this study was households. Analysis conducted in this research was univariable, bivariable, and multivariable analysis. Multivariable test using Logistic Regression Test was conducted to find out the relationship between the financial burden due to OOP with its determinants.

Results: There was a decrease in the proportion of households experiencing catastrophic health care expenditure was 0,59% in 2015. Households on before implementation of JKN period tend to face catastrophic health expenditure than households on after implementation of JKN period (OR= 2,29). Determinants affecting catastrophic health expenditure in Indonesia were the number of household member, educational status of the head of household, the presence of toddler, the presence of elderly in the household, the location of the household residence, the economic status of the household, the ownership of the health insurance, and the utilization of health services.

Conclusion: Utilization of inpatient health care services was the most contributing factor to catastrophic health expenditure. Households that use inpatient care had a catastrophic health care spending risk of 26,78 times greater than non-accessed households

Keywords: out of pocket, financial obstacles, health insurance, Indonesia

ABSTRAK

Latar Belakang: Perbelanjaan kesehatan di Indonesia masih didominasi dengan sistem *out-of-pocket* (45,1% di tahun 2014). Tingginya OOP di Indonesia dikhawatirkan akan menyebabkan hambatan finansial bagi masyarakat dan mengakibatkan gagal-nya fungsi perlindungan finansial suatu sistem kesehatan, di mana Indonesia sedang berada dalam suatu skema untuk mencapai *Universal Health Coverage* melalui program JKN.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan hambatan finansial karena OOP pada sebelum dan setelah JKN beserta determinannya.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang mengkaji data sekunder yaitu data *Susenas* tahun 2013 dan 2015 dengan rancangan *cross sectional*. Unit analisis dalam penelitian ini adalah rumah tangga. Analisis yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu analisis univariabel, bivariabel, dan multivariabel. Uji multivariabel dengan menggunakan Uji Regresi logistik dilakukan untuk mengetahui hubungan antara hambatan finansial karena OOP dengan determinannya.

Hasil: Terdapat penurunan proporsi rumah tangga yang mengalami pengeluaran kesehatan katastrofik sebesar 0,59% di tahun 2015. Sebelum implementasi JKN rumah tangga berisiko 2,29 kali lebih besar daripada setelah implementasi JKN. Determinan yang mempengaruhi kejadian pengeluaran kesehatan katastrofik di Indonesia yaitu jumlah anggota rumah tangga, status pendidikan kepala rumah tangga, adanya balita dalam rumah tangga, adanya lansia dalam rumah tangga, lokasi tempat tinggal rumah tangga, status ekonomi rumah tangga, kepemilikan jaminan kesehatan rumah tangga, dan utilisasi pelayanan kesehatan.

Kesimpulan: Utilisasi pelayanan kesehatan rawat inap merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap pengeluaran kesehatan katastrofik. Rumah tangga yang menggunakan perawatan rawat inap mempunyai risiko terjadi pengeluaran katastrofik sebesar 26,78 kali lebih besar daripada rumah tangga yang tidak menggunakan pelayanan kesehatan.

Kata Kunci: *out of pocket*, hambatan finansial, jaminan kesehatan, Indonesia

*Penulis Korespondensi. Email: putri.listiani@mail.ugm.ac.id

PENDAHULUAN

Tujuan utama suatu sistem kesehatan yaitu memberi kepastian kepada masyarakat dalam tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu dan menghilangkan kendala akses, sehingga meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.¹ Jika derajat kesehatan masyarakat meningkat, maka akan meningkat pula kemampuan ekonomi suatu negara. Keterjangkauan pelayanan kesehatan dapat diwujudkan dengan adanya perlindungan dari segala hambatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk biaya pengeluaran kesehatan. Hal tersebut dapat diartikan sebagai perlindungan finansial.²

Sebagai wujud perlindungan finansial bagi penduduknya, pemerintah Indonesia telah menjalankan sistem asuransi publik sejak tahun 2005, namun hanya terbatas pada masyarakat miskin. Program tersebut diberi nama Askeskin, pembiayaannya bersumber dari anggaran pemerintah.³ Berlanjut pada tahun 2007 berubah nama menjadi Jamkesmas, cakupan bertambah dengan masyarakat hampir miskin.⁴ Hingga saat ini Indonesia berada dalam skema JKN yang dimulai pada 1 Januari 2014 dengan sifat jaminan sosial contributif dan non-contributif yang menargetkan pada tahun 2019 Indonesia mencapai UHC.^{5,6}

Terlepas dari kenaikan belanja publik, belanja kesehatan di Indonesia masih didominasi oleh sektor privat walaupun persentasenya cenderung menurun. Masih tingginya belanja kesehatan sektor privat di Indonesia ternyata dikarenakan oleh tingginya pengeluaran langsung untuk kesehatan (*Out of Pocket/OOP*) oleh masyarakat. Walaupun cenderung menurun dari tahun ke tahun namun pembiayaan kesehatan dari OOP masih cenderung tinggi. Tingginya proporsi OOP dengan total belanja kesehatan tersebut mengindikasikan bahwa sumber utama pembiayaan kesehatan di Indonesia adalah OOP.⁷

Menurut Bredenkamp et al.⁸ pengeluaran langsung untuk kesehatan oleh rumah tangga dapat menyebabkan terjadinya pemiskinan rumah tangga, meningkatkan angka kemiskinan, serta mengakibatkan masyarakat miskin semakin menjadi miskin. Begitu pula menurut Kumar et al.², negara yang OOP-nya dominan dapat menimbulkan pemiskinan bagi masyarakatnya. Hal tersebut dapat terjadi terlebih pada masyarakat dengan tingkat kemampuan ekonomi yang rendah.

Kegagalan perlindungan finansial dalam kesehatan terjadi apabila rumah tangga atau individu mengalami pengeluaran katastrofik dan pemiskinan akibat mengakses pelayanan kesehatan. Pengeluaran katastrofik dapat terjadi apabila OOP oleh rumah tangga terlalu tinggi. Pemiskinan yang diakibatkan oleh pengeluaran langsung untuk kesehatan yaitu

keadaan di mana rumah tangga mengalami kesulitan keuangan hingga mendorong kondisi rumah tangga tersebut berada di bawah garis kemiskinan, bahkan jauh di bawah garis kemiskinan⁹.

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti ingin melihat bagaimana perbedaan hambatan finansial yang terjadi pada rumah tangga di Indonesia sebelum dan setelah program JKN beserta determinannya. Salah satu cara untuk melihat adanya perlindungan finansial yaitu dengan menganalisis perbandingan kejadian pengeluaran kesehatan yang katastrofik pada rumah tangga di Indonesia pada tahun 2013 dengan tahun 2015 ketika JKN sudah berlangsung selama setahun.

METODE

Jenis penelitian ini adalah *observasional* yang berbasis data sekunder dengan menggunakan rancangan *cross-sectional*. Data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) berbasis rumah tangga bersumber BPS pada tahun 2013 dan tahun 2015. Tujuan yang ingin dilakukan yaitu melihat apakah terdapat perbedaan hambatan finansial karena OOP pada kedua tahun tersebut. Unit analisis pada penelitian ini adalah rumah tangga.

Penelitian ini menggunakan metode pengambilan sampel *total sampling*, semua sampel dari Susenas 2013 dan 2015 diikutsertakan dalam penelitian ini. Terdapat kurang lebih 300.000 rumah tangga tiap tahunnya.

Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu hambatan finansial yang dinyatakan dengan pengeluaran kesehatan katastrofik yang dirujuk dari teori Xu et al.¹⁰ Apabila proporsi OOP terhadap pengeluaran non pangan melebihi 40% maka rumah tangga dikatakan mengalami pengeluaran kesehatan katastrofik. Sementara variabel independennya yaitu jumlah anggota keluarga, pendidikan kepala rumah tangga, jenis kelamin kepala keluarga, status ekonomi, adanya anak usia kurang dari 5 tahun, adanya lansia dalam rumah tangga lokasi tempat tinggal, kepemilikan asuransi, utilisasi pelayanan kesehatan.

Terdapat tiga analisis yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis univariat digunakan untuk melihat karakteristik rumah tangga, analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan variabel dependen dengan masing-masing variabel independen. Sementara analisis multivariat digunakan untuk melihat pengaruh variabel dependen dan variabel independen dalam satu model bersamaan. Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan menggunakan uji regresi logistik.

HASIL

Berdasarkan hasil analisis bivariabel Pengeluaran kesehatan katastrofik dengan determinannya pada sebelum dan setelah JKN menunjukkan terdapat hubungan pengeluaran kesehatan katastrofik den-

gan masing-masing variabel dependen menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna secara statistik ($p < 0,05$) pada semua variabel (Tabel 1). Terlihat pula *odds ratio* antar kategori pada masing-masing variabel terhadap pengeluaran kesehatan katastrofik.

Tabel 1. Hasil Analisis Bivariabel Pengeluaran Kesehatan Katastrofik dengan Variabel Determinannya pada Sebelum dan Setelah JKN

Variabel	Katastrofik		OR	IK95%	p
	Ya (8.066) Jumlah (%)	Tidak (561.905) Jumlah (%)			
Implementasi JKN					
Sebelum	4.856 (1,71)	279.207 (98,29)	1,53	1,46 – 1,60	0,000
Setelah	3.210 (1,12)	282.698 (98,88)	1,00		
Jumlah ART					
>5	1.021 (1,24)	81.266 (98,76)	0,59	0,56 – 0,62	0,000
3-5	4.544 (1,24)	362.362 (98,76)	0,59	0,55 – 0,64	0,000
1-2	2.501 (2,07)	118.277 (98,76)	1,00		
Pendidikan KRT					
Rendah	5.864 (1,46)	394.751 (98,54)	1,12	1,03 – 1,27	0,000
Sedang	1.635 (1,30)	124.038 (98,70)	1,00	0,96 – 1,10	0,000
Tinggi	567 (1,30)	43.116 (98,70)	1,00	1,00	
Jenis kelamin KRT					
Perempuan	1.297 (1,42)	82.512 (98,58)	1,11	1,03-1,21	0,000
Laki-laki	6.769 (1,39)	479.393 (98,61)	1,00		
Adanya balita di RT					
Ada balita	2.589 (1,35)	188.781 (98,65)	0,93	0,89 – 0,97	0,000
Tidak ada balita	5.477 (1,45)	373.124 (98,55)	1,00		
Adanya lansia di RT					
Ada lansia	2.515 (2,58)	95.133 (97,42)	2,22	2,11- 2,33	0,000
Tidak ada lansia	5.551 (1,18)	466.772 (98,82)	1,00		
Lokasi Tempat Tinggal					
Perdesaan	4.283 (1,31)	321.519 (98,69)	0,84	0,80 – 0,88	0,000
Perkotaan	3.783 (1,55)	240.386 (98,45)	1,00		
Status Ekonomi					
Sangat Miskin	893 (0,78)	110.608 (99,22)	0,26	0,23 – 0,28	0,000
Miskin	869 (0,76)	112.317 (99,24)	0,25	0,23 – 0,27	0,000
Sedang	1.241 (1,09)	112.752 (98,91)	0,36	0,33 – 0,38	0,000
Kaya	1.678 (1,47)	112.317 (98,53)	0,49	0,46 – 0,52	0,000
Sangat Kaya	3.385 (2,97)	110.608 (97,03)	1,00		
Kepemilikan Jamkes					
Tidak memiliki Jamkes	3.119 (1,26)	243.858 (98,74)	0,67	0,61 – 0,73	0,000
Swasta	248 (1,93)	12.614 (98,07)	1,03	0,62 – 0,89	0,000
Pemerintah	4.098 (1,48)	273.694 (98,52)	0,79	0,72 – 0,86	0,000
Lebih dari satu	601 (1,86)	31.739 (98,14)	1,00		
Utilisasi Rawat Inap					
Ya	6.112 (11,02)	49.343 (88,98)	32,49	30,84 – 34,23	0,000
Tidak	1.954 (0,38)	512.562 (99,62)	1,00		
Utilisasi Rawat Jalan					
Ya	5.845 (2,80)	203.182 (97,58)	4,64	4,42 – 4,88	0,000
Tidak	2.221 (0,62)	358.723 (99,38)	1,00		

Tabel 2 menunjukkan hasil analisis multivariabel antara pengeluaran kesehatan katastrofik dengan determinannya. Variabel-variabel yang bermakna secara statistik pada analisis tersebut yaitu implementasi JKN, jumlah anggota rumah tangga, pendidikan kepala rumah tangga, adanya balita dalam rumah tangga, adanya lansia dalam rumah tangga, lokasi tempat tinggal rumah tangga, status ekonomi, kepemilikan jaminan kesehatan, utilisasi pelayanan kesehatan rawat inap dan rawat jalan. Sementara variabel jenis kelamin kepala rumah tangga tidak terbukti secara statistik memiliki hubungan dengan pengeluaran kesehatan katastrofik.

lian jaminan kesehatan, utilisasi pelayanan kesehatan rawat inap dan rawat jalan. Sementara variabel jenis kelamin kepala rumah tangga tidak terbukti secara statistik memiliki hubungan dengan pengeluaran kesehatan katastrofik.

PEMBAHASAN

Kejadian Pengeluaran Kesehatan Katastrofik di Indonesia Tahun 2013 dan 2015

Penurunan proporsi rumah tangga yang mengalami kejadian pengeluaran kesehatan katastrofik pada sebelum dan setelah JKN mungkin dikarenakan oleh adanya jaminan kesehatan yang mempunyai paket manfaat lebih komprehensif dibanding jaminan kesehatan pada tahun 2013. Menurut Xu et al. adanya pelayanan kesehatan yang gratis akan menurunkan kejadian pengeluaran kesehatan OOP yang akan men-

urangi pula kejadian pengeluaran kesehatan yang katastrofik.¹⁰

Adanya JKN dengan paket manfaat yang sangat komprehensif dan kepersertaan juga meningkat dapat mengurangi OOP masyarakat sehingga terhindar dari kejadian pengeluaran kesehatan yang katastrofik. Menurut Kawabata et al.¹¹, terbatasnya paket manfaat dalam suatu skema asuransi kesehatan dapat berkontribusi dalam terjadinya pengeluaran kesehatan yang katastrofik.

Tabel 2. Hasil Analisis Multivariabel Kejadian Katastrofik dengan Variabel Determinannya pada Sebelum dan Setelah JKN

Variabel	B	SE	Wald	df	Sig	Exp (B)	IK95%
Implementasi JKN							
Sebelum	0,81	0,02	32,29	1	0,000	2,29	2,18 - 2,40
Setelah						1,00	
Jumlah ART							
>5	-1,21	0,03	-36,62	2	0,000	2,42	2,20 - 2,68
1-2	-1,95	0,05	-39,85	2	0,000	1,42	
3-5						1,00	
Jenis Kelamin KK							
Perempuan	-0,38	0,03	0,64	1	*0,266	0,90	0,90 - 1,03
Laki-laki						1,00	
Adanya Balita dalam RT							
Ada	0,06	0,029	0,80	1	0,025	1,06	1,01 - 1,13
Tidak ada						1,00	
Adanya Lansia dalam RT							
Ada	0,49	0,27	18,89	1	0,000	1,64	1,54 - 1,72
Tidak ada						1,00	
Lokasi							
Perdesaan	0,21	0,02	13,73	1	0,000	1,24	1,18 - 1,30
Perkotaan						1,00	
Status Ekonomi							
Sangat miskin	-1,81	0,05	-33,13	4	0,000	0,22	0,19 - 0,23
Miskin	-1,47	0,04	-33,82	4	0,000	0,30	0,27 - 0,31
Sedang	-1,06	0,04	-27,89	4	0,000	0,43	0,39 - 0,46
Kaya	-0,72	0,03	-21,39	4	0,000	0,57	0,47 - 0,52
Sangat kaya						1,00	
Kepemilikan Jamkes							
Tidak memiliki	0,27	0,04	5,40	3	0,000	1,30	1,18 - 1,43
Swasta	0,31	0,08	0,38	3	0,706	1,03	0,87 - 1,21
Pemerintah	0,19	0,47	3,80	3	0,000	1,20	1,09 - 1,31
Lebih dari satu						1,00	
Utilisasi Rawat Inap							
Ya	3,34	0,03	116,68	1	0,000	26,78	26,78 - 29,97
Tidak						1,00	
Utilisasi Rawat Jalan							
Ya	0,81	0,03	29,46	1	0,000	2,12	2,12 - 2,36
Tidak						1,00	

Hubungan Pengeluaran Kesehatan Katastrofik dengan Determinannya

Analisis multivariabel menunjukkan terdapat hubungan antara banyaknya jumlah anggota keluarga dengan kejadian pengeluaran kesehatan katastrofik ($p=0,000$). Analisis tersebut menunjukkan bahwa semakin banyak jumlah anggota rumah tangga semakin

melindungi rumah tangga dari pengeluaran kesehatan katastrofik. Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Li et al.¹²

Semakin rendah status pendidikan kepala rumah tangga memiliki risiko terhadap pengeluaran kesehatan katastrofik semakin besar. Hasil tersebut sesuai dengan teori, bahwasannya kepala rumah

tangga dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung melindungi rumah tangga dari pengeluaran katastrofik, karena tingkat pendidikan tinggi mempunyai daya saing terhadap posisi pekerjaan, serta mendapatkan penghidupan yang lebih baik¹². Penelitian lain yang mendukung hasil penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Aristianti¹³, Karimo et al.¹⁴, dan O'Donnel¹⁵.

Analisis Susenas menunjukkan bahwa jenis kelamin kepala rumah tangga tidak terbukti secara statistik memiliki hubungan dengan pengeluaran kesehatan katastrofik. Hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian terdahulu.^{2,16-20} Hubungan antara jenis kelamin kepala rumah tangga dengan pengeluaran kesehatan katastrofik tidak terbukti secara statistik. Hubungan jenis kelamin kepala rumah tangga dengan kejadian pengeluaran kesehatan yang katastrofik memang tidak konsisten.²¹

Rumah tangga yang memiliki balita berisiko mengalami pengeluaran kesehatan katastrofik 1,06 kali lebih besar daripada rumah tangga yang tidak memiliki balita. Hasil tersebut sesuai dengan teori, di mana adanya anak usia kurang dari lima tahun merupakan faktor risiko terjadinya pengeluaran kesehatan katastrofik. Penelitian Minh et al.² di Vietnam, Kumar et al.²² di India menyatakan adanya balita merupakan faktor risiko terjadinya pengeluaran kesehatan katastrofik dan pemiskinan. Selain itu Kumar et al.² menyebutkan dalam penelitiannya bahwa rumah tangga yang setidaknya terdapat satu balita terdapat kesenjangan kemiskinan yang lebih tinggi. Menurut Brown et al.¹⁹, adanya anak usia pra-sekolah dapat meningkatkan kebutuhan pelayanan kesehatan terkait penyakit-penyakit pada usia awal kehidupan dan lebih memerlukan pelayanan kesehatan pencegahan seperti vaksin atau imunisasi.

Adanya lansia dalam rumah tangga menjadi faktor risiko terjadinya pengeluaran kesehatan katastrofik. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian Aristianti di Indonesia¹³, Li et al. di China¹², serta Minh et al. di Vietnam²². Minh et al. menyatakan bahwa adanya lansia dalam satu keluarga berhubungan dengan tingginya tingkat kemiskinan sehingga menyebabkan pengeluaran kesehatan katastrofik.²² Giang dan Pfau dalam penelitiannya menjelaskan lansia membutuhkan pelayanan kesehatan yang lebih banyak karena memiliki keparahan penyakit yang lebih tinggi daripada kelompok usia yang lebih muda.²³

Rumah tangga yang berlokasi di perkotaan cenderung terlindung terjadinya pengeluaran kesehatan yang katastrofik daripada rumah tangga yang tinggal di area perdesaan. Hasil analisis tersebut konsisten terjadi pada tahun 2013 dan tahun 2015. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Aristianti¹³, Liu et al.²⁴,

Li et al.¹², Kumara et al.²⁰. Menurut Mondal et al.²⁵ tingginya pengeluaran langsung kesehatan terutama untuk rawat inap di Bengal Barat, India dikarenakan mahalnya biaya transportasi dan akomodasi yang digunakan untuk berobat ke luar area karena tidak adanya pelayanan yang memadai di area tersebut.

Status ekonomi rumah tangga menjadi faktor risiko terhadap pengeluaran kesehatan katastrofik, semakin kaya suatu rumah tangga lebih berisiko dari kejadian pengeluaran kesehatan yang katastrofik. Hal tersebut terjadi karena rumah tangga dengan penghasilan yang lebih tinggi lebih leluasa mengakses pelayanan kesehatan dibandingkan rumah tangga yang mempunyai status ekonomi lebih rendah.²⁶ Selain itu pembiayaan kesehatan di sebagian besar negara di Asia kurang mendapatkan dukungan dari pemerintah, sehingga berimbas pada tingginya OOP, sehingga hanya orang kaya yang dapat mengakses pelayanan kesehatan.^{20,27}

Penelitian O'Donnel di Ghana menyebutkan bahwa rumah tangga miskin kesulitan mengakses pelayanan kesehatan karena harus membayar langsung.²⁸ Sedangkan dengan metode penghitungan pengeluaran katastrofik ini tidak dapat melihat kejadian katastrofik pada rumah tangga yang tidak mengeluarkan OOP karena memang tidak mempunyai dana atau uang, sehingga terlihat proporsi OOP terhadap pengeluaran non makanan seakan-akan dibawah 40%. Xu et al. mengungkapkan kelemahan dari metode penentuan katastrofik ini yaitu hanya bisa menggambarkan dari populasi yang melakukan pengeluaran langsung, sedangkan populasi yang tidak dapat membayar pelayanan kesehatan namun ternyata butuh pelayanan kesehatan tidak dapat menggambarkan dengan metode ini.¹⁰

Rumah tangga yang tidak memiliki jaminan kesehatan berisiko mengalami pengeluaran kesehatan katastrofik 1,30 kali lebih besar daripada rumah tangga yang memiliki jaminan kesehatan lebih dari satu. Menurut teori rumah tangga yang tidak tercakup asuransi kesehatan apapun mempunyai risiko yang lebih tinggi pula terhadap pengeluaran kesehatan katastrofik.^{12,22} Hal tersebut terjadi karena jika sewaktu-waktu anggota keluarga mengalami kesakitan maka terpaksa harus membayar biaya kesehatan¹². Xu et al. juga menyebutkan tidak adanya jaminan kesehatan merupakan salah satu prekondisi terjadinya pengeluaran OOP yang tinggi.²⁹

Rumah tangga yang memiliki jaminan kesehatan swasta memiliki risiko yang lebih rendah daripada rumah tangga yang memiliki jaminan kesehatan dari pemerintah terhadap pengeluaran kesehatan katastrofik. Alasan yang dapat menjelaskan temuan tersebut yaitu utilisasi pelayanan kesehatan rumah tangga

yang memiliki asuransi swasta telah diprediksikan dari awal ketika mendaftar asuransi kesehatan swasta. Rumah tangga yang memiliki riwayat kesakitan dan memilih paket manfaat yang luas akan membayar premi yang mahal yang hanya bisa dibayar oleh rumah tangga kaya saja.³⁰

Selain alasan tersebut, panjangnya prosedur untuk menggunakan asuransi kesehatan dari pemerintah dapat juga menjadi alasan mengapa asuransi swasta lebih melindungi daripada jaminan kesehatan dari pemerintah. Menurut Limwattananon et al.³¹, perawatan yang tidak tercakup dan alur rujukan yang harus melewati penyedia pelayanan kesehatan primer merupakan penyebab utama pengeluaran kesehatan katastrofik, karena pasien memilih untuk membayar langsung. Terlebih di Indonesia alur pelayanan kesehatan yang harus dilalui oleh pasien serta waktu tunggu antrean begitu Panjang.⁴

Rumah tangga yang menggunakan pelayanan kesehatan rawat inap merupakan faktor risiko terjadinya pengeluaran kesehatan katastrofik. Salah satu alasan utilisasi pelayanan kesehatan berhubungan dengan kejadian pengeluaran kesehatan katastrofik yaitu karena mahalnnya pelayanan kesehatan, terlebih pembiayaan publik belum berjalan baik. Xu et al. berpendapat bahwa prekondisi terjadinya kejadian katastrofik kesehatan yaitu karena mahalnnya pelayanan kesehatan, jaminan kesehatan yang belum adekuat, dan banyaknya warga miskin.²⁹

KESIMPULAN

Terdapat perbedaan proporsi kejadian pengeluaran kesehatan katastrofik pada rumah tangga di Indonesia pada tahun 2013 (sebelum JKN) dan 2015 (setelah implementasi JKN). Ada penurunan proporsi rumah tangga yang mengalami pengeluaran kesehatan katastrofik. Selain itu terdapat kesamaan determinan yang berhubungan dengan kejadian pengeluaran kesehatan katastrofik pada sebelum dan setelah JKN, hanya saja ada beberapa variabel yang mempunyai perbedaan arah hubungan dari kedua tahun analisis.

REFERENSI

1. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. In 2013. p. 602-11.
<https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
2. Kumar K, Singh A, Kumar S, Ram F, Singh A, Ram U, et al. Socioeconomic differentials in impoverishment effects of out-of-pocket health expenditure in China and India: Evidence from WHO SAGE. *PLoS One*. 2015;10(8):1-19.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135051>
3. Rokx C, Schieber G, Harimurti P, Tandon A, Aparnaa S. Health financing in Indonesia a reform road map. The World Bank; 2009: 7.
<https://doi.org/10.1596/978-0-8213-8006-2>
4. Harimurti P, Tandon A. The Nuts & Bolts of Jamkesmas Indonesia's government-financed health coverage program. Washington DC: The World Bank. 2013.
5. TNP2K. The road to National Health Insurance (JKN). Jakarta: TNP2K. 2015: 7-8.
6. Bi AX, Tandon A, Cashin C, Harimurti P, Pambudi E, Langenbrunner J. Fiscal space for universal health coverage in Indonesia: Lessons From Jamkesmas Financing. 2014;(ii):1-12.
7. P2JK. Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK) Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan 2015. Jakarta: Kemenkeu. 2015.
8. Bredenkamp C, Mendola M, Gragnolati M. Catastrophic and impoverishing effects of health expenditure: New evidence from the Western Balkans. *Health Policy Plan*. 2011;26(4):349-56.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czq070>
9. Saksena P, Hsu J, Evans DB. Financial risk protection and universal health coverage: Evidence and measurement challenges. *PLoS Med*. 2014;11(9):2.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001701>
10. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Heal Aff*. 2007;26(July):972-83.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.972>
11. Kawabata K, Xu K, Carrin G. Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bull World Health Organ*. 2002;80(8):612.
12. Li Y, Wu Q, Xu L, Legge D, Hao Y, Gao L, et al. Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. *Bull World Heal Organ*. 2012;90(January):664-71.
<https://doi.org/10.2471/BLT.12.102178>
13. Aristianti. Perbandingan biaya kesehatan katastrofik pada rumah tangga di Indonesia Tahun 2008 dan 2011. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2015.
14. Karimo M. Determinants of out-of-pocket healthcare expenditure in the south-south geopolitical zone of Nigeria. *Int J Econ Financ Manag*. 2014;3(6):296-300.
15. O'Donnel O, van Doorslaer E, Rannan-eliya RP, Somana, Garg CC, Hanvoravongchai P, et al. Explaining the incidence of catastrophic expenditures on health care: Comparative evidence from Asia. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005: Report No. 5.
16. Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bull World Health Organ*. 2006 Jan;84(1):21-7.
<https://doi.org/10.2471/BLT.05.023739>
17. Aregbeshola BS, Khan SM. Determinants Of Impoverishment Due To Out Of Pocket Payments In Nigeria. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2017 Apr-Jun;29(2):194-199.
18. Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health Policy*. 2010 Jan;94(1):26-33.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.08.006>
19. Brown S, Hole AR, Kilic D. Out-of-pocket health care expenditure in Turkey: Analysis of the 2003-2008 Household Budget Surveys. *Econ Model*. 2014;41:211-8.
<https://doi.org/10.1016/j.econmod.2014.05.012>
20. Kumara AS, Samaratunge R. Patterns and determinants of out-of-pocket health care expenditure in Sri Lanka: evidence from household surveys. *Health Policy Plan*. 2016;czw021.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czw021>
21. Xu K, Evans DB, Kadama P, Nabyonga J, Ogwal PO, Nabukhonzo P, et al. Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in

- Uganda. *Soc Sci Med.* 2006;62(4):866- 76.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.004>
22. Van Minh H, Kim Phuong NT, Saksena P, James CD, Xu K. Financial burden of household out-of pocket health expenditure in Viet Nam: Findings from the National Living Standard Survey 2002-2010. *Soc Sci Med.* 2013;96:258-63.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.028>
 23. Giang TL, Pfau WD. Demographic Changes and Pension Finances in Vietnam. *Popul Ageing.* 2009;(2008):125-51.
<https://doi.org/10.1007/s12062-009-9010-8>
 24. Liu Y, Rao K, Hsiao WC. Medical expenditure and rural impoverishment in China. *J Heal Popul Nutr.* 2003;21(3):216-22.
 25. Mondal S, Kanjilal B, Peters DH, Lucas H. Catastrophic out-of-pocket payment for health care and its impact on households: Experience from West Bengal, India. *Economics Bulletin, AccessEcon.* 2014;34(2): 1303-16.
 26. O'Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Akkazieva B, et al. Who pays for health care in Asia? *J Health Econ.* 2008;27(2):460-75.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2007.08.005>
 27. Kwon S. Health care financing in Asia: Key issues and challenges. *AsiaPacific J Public Heal.* 2011;23(5):651-61.
<https://doi.org/10.1177/1010539511422940>
 28. O'Donnell O, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equity using household survey data. Washington DC: The World Bank. 2008;4,9.
<https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6933-3>
 29. Xu K, Klavus J, Kawabata K, Evans DB, Hanvoravongchai P, Ortiz JP, et al. Household health system contributions and capacity to pay: Definitional, empirical and technical challenges. Chapter 39 in: Murray, C.J.L., Evans, D.B. (editors): *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism.* Geneva, World Health Organization. 2003.
 30. Thabrany H. *Jaminan Kesehatan Nasional.* Jakarta: Rajawali Pers; 2015.
 31. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Catastrophic and Poverty Impacts of Health Payment: Result from National Household Survey in Thailand. *Bulletin of World Health Organization.* 2007;85(8):600-6.
<https://doi.org/10.2471/BLT.06.033720>