

POLA PENGELUARAN RUMAH-TANGGA UNTUK KESEHATAN PADA KELOMPOK MARJINAL DAN RENTAN

Mardiati Nadjib dan Pujiyanto

Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, 16424

E-mail: mardiati@dnet.net.id

Abstrak

Utilisasi pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor seperti geografi, sosio-ekonomi, jender, budaya, dan mutu pelayanan. Studi ini berguna untuk memformulasikan kebijakan yang memihak orang miskin. Studi ini menggunakan data Susenas 1998 yang mencakup 205.000 rumah-tangga. Analisis data dilakukan untuk merespon isu *equity* di Indonesia, dengan penekanan khusus pada keadilan dalam akses. Studi menemukan 88,8% penduduk perkotaan dan 94,3% penduduk perdesaan membayar biaya pelayanan kesehatan secara tunai. Pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan pada kelompok yang paling miskin di perkotaan mencapai 13% dari pengeluaran non-makanan dan di perdesaan 12%. Sementara, pada kelompok sosio-ekonomi paling kaya, angkanya adalah 10% di perkotaan dan 14% di perdesaan. Sebagian besar penduduk miskin (hampir 90%) mengeluarkan kurang dari seperempat (25%) porsi pengeluaran non-makanannya untuk kesehatan. Secara umum, rumah-tangga menghabiskan antara 6-15% dan 20-71% dari pengeluaran non-makanannya, berturut-turut untuk biaya rawat jalan dan biaya rawat inap. Rumah-tangga yang membelanjakan lebih dari 50% pengeluaran non-makanan untuk rawat jalan adalah 3,63% di perkotaan dan 4,31% di perdesaan. Data ini menunjukkan bahwa jumlah rumah-tangga yang mengalami pengeluaran katastrofik untuk rawat jalan relatif sedikit. Namun untuk biaya rawat inap, hampir 77% rumah-tangga mengeluarkan lebih dari separuh (>50%) pengeluaran non-makanan sebulan. Pengeluaran katastrofik ini mempengaruhi 72,88% rumah-tangga di perkotaan dan 80,98% di perdesaan. Jelas bahwa penduduk memiliki risiko finansial sangat tinggi dalam menghadapi kemungkinan kerugian karena sakit. Oleh karena sebagian besar penduduk Indonesia tidak terjamin, gejala ini akan menjadi beban bagi mereka.

Abstract

Health expenditure patterns by marginal and vulnerable groups. Utilization of health care is influenced by many factors. Most important are geography, socioeconomic, gender inequality, culture, and quality of care. This study aimed at providing policy formulations evidence based in formation for RRO poor, The study is a cross sectional study using National Socioeconomic Survey data set of 1998 representing about 205.000 households. This analysis is conducted to respond the equity issue in Indonesia, with particular emphasize to equity of access (health services use). The study revealed that in urban areas 88.8% of the people pay the outpatient services from their out-of-pocket, while in rural the figure is 94.3%. The data shows that in urban areas, among the lowest group, expenditure for health placed about 13% of non-food expenditure. In rural areas the health expenditure accounted to around an average of 12% non-food expenditure. For the highest group of socioeconomic status, expenses on health reached only 10% of non-food expenditure. In rural areas, the highest group has spent for health about 14% of their non-food expenses. Most of the poor (almost 90%) have spent for health below a quarter of non-food expenses. In general, households have spent about 6-15% and 20-71% of their non-food expenses for outpatient and in-patient respectively. Those who spent more than 50% of their non-food expenditure for outpatient is accounted to 3.63% of the households in urban and 4.31% in rural areas. A relatively small percentage of the households in urban and rural areas used a catastrophic spending for outpatient care. Nevertheless, almost 77% of them in urban and rural areas have spent more than 50% of their non-food expenditures per month for inpatient care. This catastrophic spending has affected 72.88% of the households in the urban area and 80.98% in rural areas. Apparently the financial risk is very high for the people in responding the probability of loss due to sickness. Since most Indonesian people are not insured, this phenomenon will become a burden for them.

Keywords: Household expenditure, health expenditure, inpatient care, outpatient care, socioeconomic groups

Pendahuluan

Penduduk miskin biasanya mengeluarkan porsi yang lebih besar dari pengeluaran non-makanannya untuk kesehatan dibandingkan dengan penduduk kaya. Di samping itu, persentase pengeluaran rumah-tangganya untuk makanan (dari total pengeluaran rumah-tangga) juga lebih besar daripada orang kaya. Bahkan kadang-kadang mengeluarkan lebih dari 100% pengeluaran non-makanan untuk kesehatan. Ini berarti, mereka meminjam uang atau menjual barang untuk membiayai pelayanan kesehatan ¹.

Sistem sosio-ekonomi yang memaksa rumah-tangga jatuh miskin karena membiayai pelayanan kesehatan, jelas gagal mencapai tujuan keadilan atau *equity/fairness* dalam pembiayaan. Ketidak-adilan dalam pembiayaan kesehatan paling sering dijumpai di negara-negara dimana pembiayaan kesehatannya didominasi dengan cara pembayaran tunai (*out-of-pocket payment*). Hal yang sama jarang dijumpai di negara-negara yang pembiayaan pelayanan kesehatannya dilaksanakan secara pra-upaya (*pre-payment basis*), khususnya jika menggunakan sistem asuransi kesehatan sosial ². Di perkotaan 88,8% penduduk membayar biaya pelayanan kesehatan secara tunai dan di perdesaan 94,3%. Untuk rawat inap, juga diperoleh temuan serupa. Di perkotaan 86,1% dari penduduk yang menggunakan rawat inap membayar secara tunai dan di perdesaan 90,6%. Hanya sedikit penduduk yang terjamin dan kebanyakan adalah pegawai negeri.

Utilisasi pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor, diantaranya yang terpenting ialah: geografi (jarak), sosio-ekonomi (kemampuan membayar/*ability to pay/ATP*), tarif pelayanan yang tinggi, ketidak-samaan jender (*gender inequality*), budaya (kepercayaan, persepsi sakit), dan mutu pelayanan (ketersediaan obat, jam buka, dll) ³.
⁴. Untuk memformulasikan kebijakan yang memihak atau pro orang miskin, penelitian yang dimaksudkan untuk memperoleh informasi berbasis data (*evidence-based information*) yang berkaitan dengan pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan (jumlah dan pola pengeluaran) sangatlah diperlukan.

Tujuan penelitian ini adalah menyediakan informasi mengenai pola pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan pada kelompok marjinal dan rentan. Adapun tujuan khususnya ialah menganalisis data survai rumah-tangga yang ada untuk mendapatkan informasi persentase pengeluaran non-makanan untuk kesehatan (menurut kelompok pendapatan dan pengeluaran untuk kesehatan, yang dikelompokkan dalam pembayaran pra-upaya dan pembayaran tunai) dan pengelompokan rumah-tangga menurut persentase pengeluaran non-makanan untuk kesehatan.

Metode Penelitian

Penelitian ini adalah studi potong lintang (*cross sectional study*), menggunakan data sekunder nasional, yaitu Susenas 1998, yang mewakili gambaran situasi sosio-ekonomi Indonesia pada tahun 1998. Susenas dilakukan setiap tahun, terdiri dari 205.000 rumah-tangga dari 27 propinsi. Di tingkat propinsi, sampel diseleksi dengan metode *stratified random sampling* dan di dalam propinsi sampel dipilih secara acak.

Wawancara terstruktur dilaksanakan memakai kuesioner yang mencakup isu pola pencarian kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (ke fasilitas modern, fasilitas swasta, pengobatan tradisional, dll), maupun *need* kesehatan (gejala penyakit), dan faktor-faktor terkait, seperti sosio-demografi, geografi, jender, umur, dan pendidikan. Juga dilakukan *assessment* terhadap pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan dan ATP.

Instrumen Susenas terdiri dari dua set kuesioner, yakni kuesioner "Kor" untuk mengumpulkan informasi umum dan kuesioner "Modul" yang berisi pertanyaan mengenai isu-isu tertentu. Pada tahun 1998, jumlah sampel survai dengan kuesioner Kor adalah 205.000 rumah-tangga. Sementara, jumlah sampel survai dengan kuesioner Modul, yang merupakan sub-sampel dari survai Kor, adalah 65.000 rumah-tangga.

Dalam mengukur pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan, digunakan variabel 'pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan', 'pengeluaran rumah-tangga untuk rawat jalan', maupun 'pengeluaran rumah-tangga untuk rawat inap'. Ketiga ukuran ini secara independen dieksplorasi dalam kuesioner Susenas.

Analisis data dilakukan untuk merespon isu *equity* di Indonesia, dengan penekanan khusus pada keadilan dalam akses (pemanfaatan pelayanan kesehatan). Analisis data dilakukan dengan menggunakan program SPSS dan Excel.

Hasil dan Pembahasan

Hasil

Proporsi pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan dari total pengeluaran non-makanan menurut kelompok pendapatan.

Dua tabel di bawah menunjukkan rata-rata pengeluaran rumah-tangga menurut kelompok pendapatan dan jenis pengeluaran: untuk kesehatan, makanan, dan non-

makanan. Analisis juga dilakukan terhadap pengeluaran rumah-tangga untuk rawat jalan maupun rawat inap, selain analisis menurut wilayah (perkotaan vs perdesaan). Juga dilakukan deskripsi data menurut kelompok pendapatan (kuintil). Kelompok rumah-tangga paling miskin mencakup mereka yang berpendapatan kurang dari Rp 2.682.744,- diikuti dengan pendapatan antara Rp 2.682.744,- dan Rp 3.781.968,- sebagai kuintil kedua, lalu Rp 5.053.536,- dan Rp 7.272.000,- berturut-turut sebagai batas atas dari kuintil ketiga dan keempat. Kuintil tertinggi atau kuintil kelima terdiri dari rumah-tangga yang berpendapatan lebih besar dari batas atas kuintil keempat >Rp 7.272.000,- (Catatan: US\$ 1 = Rp 9.500,- - Rp 9.000,-).

ATP rumah-tangga dihitung dengan mengukur pengeluaran rumah-tangga untuk makanan dan non-makanan. Diasumsikan bahwa makin tinggi proporsi uang yang dikeluarkan untuk makanan, makin rendah daya beli rumah-tangga tersebut untuk kebutuhan lainnya (dengan kata lain, lebih miskin). Studi mengungkapkan bahwa baik di perkotaan maupun perdesaan, proporsi terbesar dari pengeluaran rumah-tangga adalah untuk makanan (secara keseluruhan, lebih dari 60%). Secara nyata, situasi ini terjadi di semua lapisan sosio-ekonomi. Di perkotaan, secara umum 53% dari pengeluaran rumah-tangga digunakan untuk makanan dan sifatnya regresif. Makin rendah tingkat pendapatan, makin tinggi proporsi pengeluaran rumah-tangga untuk makanan. Di perkotaan, kelompok penduduk termiskin mengeluarkan 66% pengeluaran rumah-tangganya untuk makanan. Sedangkan penduduk terkaya hanya mengeluarkan 44% saja. Kecenderungan serupa juga dijumpai di perdesaan. Secara umum, 69% pengeluaran rumah-tangga digunakan untuk makanan.

Dalam Susenas, data pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan dieksplorasi dengan tiga pengukuran, yaitu (a) dengan menanyakan berapa banyak pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan selama *recall period* (dikalikan menjadi tahunan), (b) dengan menanyakan pengeluaran rumah-tangga untuk rawat jalan maupun (c) untuk rawat inap (*recall period* satu tahun). Tren dari ketiga metode pengukuran di atas menunjukkan bahwa pengeluaran kesehatan terjadi secara regresif diantara berbagai kelompok pendapatan. Makin kaya penduduk, makin rendah proporsi pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatannya.

Pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan pada kelompok yang paling miskin di perkotaan mencapai Rp 88.245,- atau 13% pengeluaran non-makanan dan di perdesaan 12%. Sementara, pada kelompok sosio-ekonomi paling tinggi (kaya), angkanya hanya 10% di perkotaan dan 14% di perdesaan. Secara rata-rata, pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan di perkotaan dan perdesaan adalah 14%. Secara umum, rumah-tangga menghabiskan antara

6-15% dan 20-71% dari pengeluaran non-makanannya, berturut-turut untuk biaya rawat jalan dan biaya rawat inap. Beberapa rumah-tangga mengeluarkan lebih dari separuh dari pengeluaran non-makanannya untuk biaya rawat inap. Hal ini memperlihatkan berlangsungnya proses pemiskinan jika ada anggota rumah-tangga yang sakit dan harus dirawat di rumah sakit.

Sumber pembayaran utama dari biaya pelayanan kesehatan rumah-tangga adalah pembayaran tunai. Tabel 2 melukiskan bahwa sebagian besar penduduk tidak dijamin oleh asuransi. Di perkotaan 88,8% penduduk membayar biaya pelayanan kesehatan secara tunai dan di perdesaan 94,3%. Untuk rawat inap, juga diperoleh temuan serupa. Di perkotaan 86,1% dari penduduk yang menggunakan rawat inap membayar secara tunai dan di perdesaan 90,6%. Hanya sedikit penduduk yang terjamin dan kebanyakan adalah pegawai negeri.

Analisis berdasarkan pengelompokan rumah-tangga berdasarkan proporsi pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan dari pengeluaran non-makanan menjelaskan tentang 'Keadilan dalam Kontribusi Pembiayaan/KKP' (*fairness in financing contribution*). KKP dihitung dengan melihat persentase pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan dari pengeluaran non-makanan, baik untuk rawat jalan maupun rawat inap. Tabel 3 mencerminkan KKP dengan cara membandingkan area perkotaan dan pedesaan. Sampel dikelompokkan menjadi lima, berdasarkan rasio pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan dibandingkan dengan pengeluaran non-makanan. Secara umum, angka rasio adalah rendah untuk pelayanan rawat jalan dan tinggi untuk pelayanan rawat inap. Hal ini mengindikasikan rumah-tangga pada situasi risiko finansial jika menghadapi masalah kesehatan serius dimana ada anggota rumah-tangga yang harus dirawat di rumah sakit.

Berkenaan dengan isu *equity/fairness* yang diukur dengan membedakan antara perkotaan dan perdesaan, dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan antara kelompok yang sama di perkotaan dan perdesaan.

Pengeluaran Katastropik

Tabel 4 menjelaskan jumlah dan persentase rumah-tangga yang menghabiskan lebih dari separuh (>50%) kemampuan membayarnya untuk kesehatan baik di perkotaan, perdesaan, dan total perdesaan dan perkotaan. Kemampuan membayar (diukur dari pengeluaran non-makanan) dari suatu rumah-tangga diartikan sebagai kemampuan rumah tangga untuk membayar kebutuhan rumah tangga yang esensial dan non esensial. Selanjutnya, dilakukan analisis pengeluaran katastropik untuk pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

(1) Pelayanan rawat jalan

Jumlah rumah-tangga yang mengeluarkan sangat sedikit (0-10%) dari pengeluaran non-makanannya untuk rawat jalan adalah 70,29% di perkotaan dan 65,27% di perdesaan. Sedangkan yang membelanjakan lebih dari 50% pengeluaran non-makanan untuk rawat jalan adalah 3,63% di perkotaan dan 4,31% di perdesaan. Data ini menunjukkan bahwa jumlah rumah-tangga yang mengalami pengeluaran katastrofik untuk rawat jalan relatif sedikit. Kenyataan ini menunjukkan bahwa terdapat kondisi yang relatif adil dalam pembiayaan kesehatan antara perkotaan dan perdesaan, walaupun secara nominal nilainya mungkin berbeda secara signifikan. Mungkin saja si kaya menikmati pelayanan lebih berkualitas.

(2) Pelayanan rawat inap

Analisis pengeluaran katastrofik untuk pelayanan rawat inap menggunakan dua kategori berbeda. Pertama, sampel-sampel dikelompokkan menjadi lima kelompok berdasarkan rasio pengeluaran rumah-tangga untuk rawat inap dibandingkan dengan pengeluaran non-makanan per bulan. Kedua, analisis berdasarkan persentase pengeluaran non-makanan setahun yang digunakan untuk biaya rawat inap.

(a) Perbandingan biaya rawat inap terhadap pengeluaran non-makanan per bulan

Di perkotaan, 14,92% rumah-tangga yang mengeluarkan 0-10% dari pengeluaran non-makanan sebulan untuk biaya rawat inap, sementara di perdesaan hanya 7,93%. Secara umum, hampir 77% rumah-tangga mengeluarkan lebih dari separuh (>50%) pengeluaran non-makanan sebulan untuk biaya rawat inap. Pengeluaran katastrofik ini mempengaruhi 72,88% rumah-tangga di perkotaan dan 80,98% di perdesaan. Jelas bahwa penduduk memiliki risiko finansial sangat tinggi dalam menghadapi kemungkinan kerugian karena sakit. Oleh karena sebagian besar penduduk Indonesia tidak terjamin, gejala ini akan menjadi beban bagi mereka. Tabel 4 berikut mencerminkan temuan-temuan tersebut.

(b) Perbandingan biaya rawat inap terhadap pengeluaran non-makanan per tahun

Secara keseluruhan, 45,74% rumah-tangga mengeluarkan 0-10% dari pengeluaran non-makanan setahun untuk biaya rawat inap, sedangkan yang mempunyai pengeluaran lebih dari 50% adalah 12,26%. Artinya, lebih dari 10% rumah-tangga terpengaruh oleh pengeluaran katastrofik karena perawatan inap.

Dalam hal KKP, terlihat adanya perbedaan antara perkotaan dan perdesaan. Untuk kelompok rumah-tangga pertama (pengeluaran untuk biaya rawat inap 0-10% dari pengeluaran non-makanan setahun), di perkotaan berjumlah 51,13%, sedangkan di perdesaan 39,68%. Untuk kelompok yang mengeluarkan lebih dari 50% pengeluaran

non-makanan setahun untuk biaya rawat inap (kategori pengeluaran katastrofik), di perkotaan berjumlah 8,69% dan di perdesaan 16,28%. Tabel 5 berikut memperlihatkan temuan-temuan tersebut.

Deskripsi di dalam kelompok pendapatan

(a) Deskripsi di dalam kelompok penduduk kaya
Hampir setengah penduduk kaya mengeluarkan sangat sedikit dari pengeluaran non-makanan mereka untuk biaya kesehatan. Tren serupa ditemukan, baik di perkotaan maupun di perdesaan (Tabel 7).

(b) Deskripsi di dalam kelompok penduduk miskin
Sebagian besar penduduk miskin (lebih dari 50%) mengeluarkan porsi yang relatif kecil dari pengeluaran non-makanan mereka untuk biaya kesehatan. Tren serupa terjadi baik di perkotaan maupun di perdesaan.

(c) Deskripsi di dalam kelompok pendapatan menengah

Analisis di dalam kelompok pendapatan menengah juga dilakukan untuk menentukan persentase pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan terhadap pengeluaran non-makanan. Studi mengungkapkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan antara mereka yang tinggal di perkotaan maupun di perdesaan dalam hal pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan (Tabel 8).

Pembahasan

Equity mengandung pengertian perlunya memberikan prioritas kepada penduduk yang membutuhkan. Dalam hal ini, penduduk yang memerlukan adalah penduduk miskin, mereka yang hidup di daerah yang kurang menguntungkan atau daerah terpencil, kelompok rentan (perempuan, anak-anak, dan lansia), atau yang memiliki hambatan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan^{1,4,5}.

Analisis data Susenas 1998 menemukan sifat regresif hubungan antara status sosio-ekonomi dengan pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan. Makin miskin penduduk makin rendah pengeluarannya untuk kesehatan. Gambaran ini merupakan pengukuran sederhana dalam mengeksplorasi *equity* antara penduduk miskin dan kaya dalam hal pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan. WHO telah memperkenalkan formula mengenai *equity* dengan membandingkan pengeluaran rumah-tangga (dalam hal ini mereka menggunakan pengeluaran non-makanan sebagai proksi) yang digunakan untuk biaya kesehatan, antara golongan kaya dan miskin. Jika kedua kelompok memiliki beban yang sama (*equal share*) maka *equity* telah tercapai¹.

Pada dasarnya, studi ini mengikuti konsep keadilan dalam pembiayaan (*fairness in financing*). Definisi yang

dikembangkan dalam formula WHO adalah *an equal distribution of shares of capacity to pay across households*⁶.

Beberapa studi mengungkapkan bahwa banyak faktor, seperti budaya dan pendidikan mempengaruhi proses pengambilan keputusan rumah-tangga dalam mengkonsumsi bukan saja kebutuhan pokok (makanan, dll) tetapi juga pelayanan kesehatan. Misalnya, di beberapa pulau penduduk cenderung memiliki kebiasaan sangat khas dalam konsumsi makanan dan cenderung menggunakan lebih banyak pelayanan kesehatan tradisional dibandingkan dengan mereka yang tinggal di daerah yang lebih kaya. Lagi pula, daya beli penduduk bervariasi diantara berbagai daerah. Perbedaan juga terjadi antara perkotaan-perdesaan dan Jawa-Luar Jawa. Analisis berdasarkan data Susenas ini hanya mencerminkan KKP diantara mereka yang memanfaatkan pelayanan. Kami tidak memperhitungkan *unmet need* (mereka yang tidak memanfaatkan pelayanan karena biayanya tidak terjangkau atau hambatan infrastruktur dan alasan lainnya).

Penelitian mengungkapkan bahwa baik di perkotaan maupun di perdesaan, proporsi terbesar dari pengeluaran rumah-tangga adalah untuk makanan, yakni secara keseluruhan >60%. Ternyata situasi ini terdapat di semua lapisan sosio-ekonomi dan cenderung regresif.

Secara umum, pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan rumah tidak regresif seperti tercermin dari persentase pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan terhadap pengeluaran non-makanan. Namun, jika ditelaah lebih jauh menurut rawat jalan dan rawat inap, ternyata pengeluaran rumah-tangga untuk rawat jalan dan rawat inap adalah regresif. Hal ini menunjukkan perlunya kehati-hatian dalam menyimpulkan isu keadilan dalam pembiayaan jika menggunakan data Susenas karena adanya dua pengukuran yang berbeda dalam Susenas. Disarankan dalam menggunakan hasil studi ini untuk tujuan perbandingan internasional, perlu merujuk jenis pengeluaran rumah-tangga mana yang digunakan, apakah pengeluaran untuk kesehatan umum, atau untuk rawat jalan/rawat inap.

Untuk biaya rawat jalan, rumah-tangga menghabiskan antara 5-15% dari pengeluaran non-makanannya. Sedangkan pengeluaran untuk rawat inap berkisar antara 17,5-79%. Gambaran yang regresif menunjukkan dampak pada kelompok-kelompok pendapatan yang berbeda. Penduduk yang lebih miskin menerima dampak yang lebih besar. Secara umum, kuintil rumah-tangga teratas hanya mengeluarkan 6% dari pengeluaran non-makanannya untuk biaya rawat jalan dan 20% untuk rawat inap. Sedangkan kuintil terbawah mengeluarkan berturut-turut 15% dan 71% dari pengeluaran non-makanan untuk biaya rawat jalan dan rawat inap. Hal ini mencerminkan

terjadinya ketidak-adilan dalam pembiayaan untuk rawat jalan dan rawat inap lintas rumah-tangga. Ketidak-seimbangan bahkan lebih besar jika kita melihat pada sumber pembayaran dimana sebagian besar penduduk miskin tidak ternyata terjamin (*uninsured*).

Untuk pengeluaran yang bersifat katastropik, jumlah penduduk yang memiliki proporsi pengeluaran kesehatan sangat kecil (0-10% dari pengeluaran non-makanan) adalah 70,29% di perkotaan dan 65,27% di perdesaan. Sementara yang mengeluarkan >50% dari pengeluaran non-makanan untuk rawat jalan, di perkotaan 3,63% dan di perdesaan 4,31%. Persentase rumah-tangga di perkotaan dan perdesaan yang mengalami pengeluaran katastropik untuk biaya rawat jalan relatif kecil. Fakta ini juga mencerminkan adanya kondisi yang relatif adil dalam pembiayaan antara wilayah perdesaan dan perkotaan, walaupun secara nominal nilainya berbeda signifikan. Bagaimanapun, ketidak-adilan masih terjadi karena besarnya jumlah penduduk miskin yang tidak terjamin.

Analisis untuk biaya rawat inap dibagi dalam dua tahap. Pertama, analisis berdasarkan pengeluaran non-makanan bulanan. Di perkotaan, jumlah rumah-tangga yang mengeluarkan porsi sangat kecil (0-10%) dari pengeluaran non-makanan per bulan untuk biaya rawat inap adalah 14,92% dan di perdesaan hanya 7,93%.

Secara umum (perkotaan dan perdesaan), lebih dari tiga per empat rumah-tangga mengeluarkan >50% dari pengeluaran non-makanan per bulan untuk biaya rawat inap. Pengeluaran katastropik ini mempengaruhi 72,88% rumah-tangga di perkotaan dan 80,98% rumah-tangga di perdesaan. Jelas bahwa penduduk memiliki risiko finansial sangat tinggi terhadap kemungkinan kerugian karena sakit. Rumah-tangga akan jatuh miskin jika ada satu anggota keluarganya yang sakit dan harus dirawat di rumah sakit. Bahkan, penduduk yang lebih miskin menerima dampak lebih besar, seperti terukur dari proporsi pengeluaran rumah-tangganya. Bagaimanapun, mungkin ada yang berargumen bahwa episode sakit yang memerlukan perawatan rumah sakit jarang terjadi dan jika dibandingkan dengan pendapatan rumah-tangga per tahun, tingkat kerugian tersebut tidaklah serius.

Kedua, dilakukan analisis biaya rawat inap dibandingkan dengan pengeluaran non-makanan tahunan. Secara keseluruhan, 45,74% rumah-tangga mengeluarkan antara 0-10% dari pengeluaran non-makanan tahunan untuk biaya rawat inap. Dipihak lain, 12,26% rumah-tangga lainnya mengeluarkan >50%. Dengan kata lain, lebih dari satu per sepuluh rumah-tangga terpengaruh oleh pengeluaran katastropik karena rawat inap.

Seperti disebutkan dimuka, suatu sistem kesehatan disebut dibiayai secara adil jika kontribusi terhadap total biaya

kehatan adalah sama untuk setiap rumah-tangga, sesuai dengan kemampuan rumah-tangga bersangkutan, tanpa memperhatikan status kesehatan atau tingkat penggunaan pelayanan kesehatan dari rumah-tangga tersebut. Jelas bahwa pembiayaan tidak adil jika rumah-tangga yang miskin berkontribusi lebih besar dibandingkan dengan yang kaya, tidak peduli apakah karena mereka tidak terjamin oleh sistem pra-bayar (asuransi) dan karenanya membayar tunai lebih besar atau karena sistem asuransinya bersifat regresif.

Pembiayaan sistem kesehatan yang adil berarti bahwa risiko yang dihadapi rumah-tangga untuk membiayai sistem kesehatan didistribusikan sesuai kemampuan membayar (ATP) rumah-tangga, bukan berdasarkan risiko sakit, sehingga sistem pembiayaan yang adil akan menjamin perlindungan finansial setiap orang. Suatu sistem kesehatan adalah tidak adil jika individu atau rumah-tangga dipaksa menjadi miskin karena membiayai pelayanan kesehatan yang diperlukan atau dipaksa tidak akses pada pelayanan kesehatan yang diperlukan hanya karena tidak mampu membayar biayanya. Situasi ini merupakan ciri dari sebagian besar negara miskin dan beberapa negara berpendapatan menengah dan tinggi, dimana sebagian penduduk tidak terlindungi secara memadai dari risiko finansial^{1,4,7}.

Pembiayaan pelayanan kesehatan dapat menjadi tidak adil melalui dua jalan berbeda. Pertama, mempengaruhi keluarga melalui biaya tidak terduga yang sangat besar dan harus dibayar tunai (*out-of-pocket/OOP*). Kedua, membebani rumah-tangga dengan pembayaran yang bersifat regresif, dimana mereka yang paling tidak mampu membayar kontribusi secara tidak proporsional dibandingkan dengan yang lebih mampu.

Studi mengungkapkan bahwa sebagian besar rumah-tangga tidak terjamin dan membayar pelayanan kesehatan secara tunai. Pembayaran tunai pada umumnya adalah regresif. Pembelanjaan tersebut tidak dapat diperkirakan sebelumnya (*unpredictable*). Jika jumlah pembayaran tunai kecil, maka adanya perbedaan tidak tampak. Namun jika jumlahnya besar, maka mungkin dibiayai dengan menjual barang, berhutang, meminta lebih banyak anggota keluarga untuk bekerja lebih lama dan mencari pekerjaan tambahan, atau bahkan mengurangi konsumsi makanan yang diperlukan. Studi juga memperlihatkan bahwa sebagian besar penduduk miskin membelanjakan porsi yang lebih besar dari pengeluaran non-makanannya untuk biaya kesehatan. Rumah-tangga yang mengeluarkan >50% dari pengeluaran non-makanannya untuk biaya kesehatan mungkin menjadi miskin.

Indeks KKP yang dikembangkan oleh WHO adalah satu alat untuk memantau disparitas diantara berbagai negara.

Perbandingan internasional harus diinterpretasikan secara hati-hati dalam hal situasi makroekonomi negara secara keseluruhan, status kesejahteraan, dan latar belakang sosio-demografi. Sekalipun demikian, formula ini dapat menunjukkan cara praktis untuk mengukur ketidakadilan, jika semua data yang diperlukan tersedia secara memadai.

Akhirnya, apapun sumber dan distribusi pembiayaannya, tingkat dari sumber-sumber yang digunakan untuk kesehatan merupakan suatu masukan ke dalam sistem, bukan *outcome*. WHO mengarahkan bahwa apa yang mempengaruhi *outcome* dan pencapaian suatu sistem harus dievaluasi. Tujuan dari sistem kesehatan yang baik ada dua, yakni tingkat rata-rata terbaik yang bisa dicapai (*goodness*) dan perbedaan terkecil yang dimungkinkan diantara individu-individu dan kelompok-kelompok (*fairness*). Secara umum, pencapaian suatu sistem kesehatan merupakan kombinasi dari *goodness* dan *fairness*².

Pengukuran tidak mempertimbangkan *unmet need* (merek yang memang tidak datang ke pelayanan kesehatan) dan skor yang sama mungkin memiliki interpretasi berbeda pada negara kaya dan negara-negara miskin. Bagaimana kita mengatasi isu ini?

Pengukuran ketidak-samaan dalam pembiayaan kesehatan (indeks KKP) dalam Laporan Tahunan WHO (*World Health Report*) memperhitungkan semua mekanisme pembayaran: pajak langsung dan tidak langsung, jaminan sosial, pembayaran langsung atas suatu pelayanan, dll. Pengukuran ini independen dari tingkat kesehatan rumah-tangga, sehingga mungkin rumah-tangga miskin tidak mengeluarkan pembayaran tunai sepeserpun untuk kesehatan karena mereka tidak dapat menjangkaunya².

Jadi, mungkin saja dua sistem kesehatan dari dua negara berbeda memiliki skor KKP yang sama, namun di negara pertama tiap-tiap penduduk dapat menjangkau pelayanan kesehatan sedangkan di negara kedua sebagian populasi tidak dapat menjangkau pelayanan kesehatan. Meskipun demikian, WHO percaya bahwa ukuran ini masih tepat (*appropriate*). Di negara kedua, populasi akan memperlihatkan tingkat kesehatan yang lebih buruk dan ketidak-samaan dalam kesehatan yang lebih besar, *ceteris paribus*, daripada di negara pertama. Jadi masalah akses yang buruk akan tercermin dalam *outcome* kesehatan yang lebih buruk dan dalam pencapaian semua hal yang lebih rendah.

Kesimpulan

Sebagian besar rumah-tangga Indonesia, baik yang tinggal di perkotaan maupun perdesaan (sekitar sembilan per sepuluh), membiayai pelayanan rawat jalan dan rawat

inap dengan pembayaran tunai. Hanya sedikit sekali yang terjamin oleh asuransi. Sementara pengeluaran rumah-tangga terbesar digunakan untuk makanan, yakni lebih dari 60% dan sifatnya regresif. Makin rendah pendapatan rumah-tangga makin besar proporsi pengeluaran untuk makanan dan sebaliknya.

Secara umum, jika menggunakan ukuran persentase pengeluaran rumah-tangga untuk kesehatan, pengeluaran kesehatan tidak bersifat regresif. Namun sebaliknya jika dilihat menggunakan ukuran pengeluaran rumah-tangga untuk rawat jalan dan rawat inap. Untuk rawat jalan rumah-tangga hanya mengeluarkan antara 5-15% dari pengeluaran non-makanannya. Sedangkan untuk rawat inap rumah-tangga harus mengeluarkan antara 17,5-79%. Makin miskin penduduk makin besar proporsi pengeluaran untuk rawat jalan dan rawat inap.

Dalam hal pengeluaran katastropik, biaya rawat jalan menjadi pengeluaran katastropik hanya pada sedikit rumah-tangga di perkotaan dan perdesaan. Kondisi ini menunjukkan adanya keadilan dalam pembiayaan antara wilayah perkotaan dan perdesaan. Sebaliknya, untuk biaya rawat inap. Sekitar tiga per empat rumah-tangga mengeluarkan lebih dari separuh pengeluaran non-makanan sebulan untuk biaya rawat inap, jika ada anggota keluarganya yang dirawat inap. Sedangkan jika dilihat dari pengeluaran non-makanan setahun, lebih dari sepersepuluh rumah-tangga mengeluarkan lebih dari separuh pengeluaran non-makanan setahun untuk biaya rawat inap.

Guna mencapai tujuan peningkatan *equity* di seluruh negara, pemetaan *inequity* sangat urgen untuk dilakukan. Upaya ini harus menjadi bagian dari sistem pemantauan secara berkala, khususnya tingkat kabupaten/kota. Dalam hubungan ini, WHO dapat berperan sebagai pemantau terjadinya *inequity* antar negara dan membantu mengembangkan keterampilan SDM dalam melaksanakan studi.

Dalam mengukur disparitas antar berbagai wilayah dalam satu negara dianjurkan untuk menggunakan metode KKP.

Hal ini akan sangat berguna bagi pengambil keputusan tingkat nasional maupun regional untuk mengetahui terjadinya *inequality* dalam kontribusi pembiayaan kesehatan di berbagai wilayah.

Ucapan Terima Kasih

Penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan kepada saudara Hendratno yang telah membantu sebagai programmer dalam analisis data Susenas 1998 dan kepada Stephanus Indrajaya, Ph. D atas masukan yang berharga.

Daftar Acuan

1. Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Slater CH. *Evaluating the medical care system: Effectiveness, Efficiency, and Equity*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1993: 140-149.
2. Asian Development Bank. *Health Sector Reform in Asia and the Pacific. Options for Developing Countries*. Manila: Asian Development Bank, 1999.
3. Braveman P. *Monitoring equity in health: A policy-oriented approach in low-and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization, 1998: 44-54.
4. Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. New York: Oxford University Press, 1993: 7-18.
5. Indrajaya S. *Analisis Data SUSENAS 1998*, Prosiding Presentasi: Departemen Kesehatan RI, 2000.
6. Mills C. *Equity and Health: Key issues and WHO's Role*. Geneva: World Health Organization, 1998: 11-17.
7. Nadjib M, Aryastami NK, *Equity in Health: Trends, Challenges and Future strategies, Indonesian Experience*. WHO Consultative Meeting; Thimpu, Bhutan, 1998 Nov. 23-27.

Lampiran

Tabel 1. Distribusi rumah-tangga menurut kelompok pengeluaran dan jenis-jenis pengeluaran, Susenas 1998 (Tertimbang)

Jenis-jenis Pengeluaran	Kategori Pengeluaran Rumah-tangga					Total
	Terdahul	Esok	Kesempitan	Ekspansif	Terdahul	
PERKOTAAN						
Batas Bawah (Rp)	Kumulatif dan	1.681.996	1.783.076	3.066.071	7.171.576	
Batas Atas (Rp)	1.681.996	1.783.076	3.066.071	7.171.000	Lebih dari	
Pengeluaran						
(1) Esokan (Rp)	88,1%	83,9%	19,8%	18,1%	61% TID	166.111
(2) Mahalan (Rp)	1.706.176	1.071.001	1.678.699	1.000.180	3.096.770	1.898.518
(3) Non-mahalan (Rp)	661.820	1.800.100	1.715.167	1.613.589	6.270.996	1.538.606
(*) Total Pengeluaran						
(a) Rp	1.968.006	1.211.101	1.991.777	6.016.777	11.671.166	3.217.137
(b) Jumlah (n)	1.000.601	1.687.517	1.621.136	1.336.996	1.617.161	18.781.131
(5) Pengeluaran Rasio Jalan						
(a) Rp	89.171	1.905.1	188.158	170.500	779.661	10.061
(b) Jumlah (n)	1.118.698	1.710.071	1.788.675	1.781.180	1.057.099	6.771.719
(c) % dan Non-mahalan	17,4	17	11	11,1	5,1	1,1
(6) Pengeluaran Rasio Inap						
(a) Rp	776.568	759.966	1.111.999	307.676	1.153.819	6.717.178
(b) Jumlah (n)	173.901	790.096	1.901.101	181.699	756.687	1.150.617
(c) % dan Non-mahalan	30,8	11,1	10,7	19,7	17,5	15,6
(7) % Pengeluaran Esokan dan Pengeluaran Non-mahalan	17	17	12	11	10	12
(8) % Pengeluaran Mahalan dan Total						
Pengeluaran	66	60	61	57	50	57
(9) % Pengeluaran Non-mahalan dan Total Pengeluaran	70	76	79	71	56	77
PERDESAAN						
Batas Bawah (Rp)	Kumulatif dan	1.701.010	1.771.188	1.989.108	1.991.111	
Batas Atas (Rp)	1.701.010	1.771.188	1.989.108	1.991.108	Lebih dari	
Pengeluaran						
(1) Esokan (Rp)	1.751.7	67.568	91.801	136.760	180.999	110.051
(2) Mahalan (Rp)	918.799	1.666.770	1.899.108	1.177.566	1.391.151	1.015.787
(3) Non-mahalan (Rp)	769.871	568.966	706.167	900.051	1.061.990	917.506
(*) Total Pengeluaran						
(a) Rp	1.708.671	1.090.685	1.605.515	1.171.017	3.667.105	1.909.191
(b) Jumlah (n)	6.678.000	3.961.761	3.801.981	3.596.566	3.066.068	19.005.100
(5) Pengeluaran Rasio Jalan						
(a) Rp	36.700	78.690	91.001	107.075	162.875	101.081
(b) Jumlah (n)	1.881.976	1.815.361	1.966.170	1.107.061	1.191.881	10.062.851
(c) % dan Non-mahalan	15	10	12	11	11	11
(6) Pengeluaran Rasio Inap						
(a) Rp	1.971.110	709.970	1.817.771	1.168.666	699.680	1.111.591

(b) Jumlah (n)	101 009	130 257	181 543	247 961	364 292	1 025 062
(c) % dan Non-nakutan	79	37	39	33	34	47
(T) % Pengeluaran Eschawan dan Pengeluaran Non-nakutan	13	12	12	13	14	13
(L) % Pengeluaran Miskunan dan Total						
Pengeluaran	73	73	72	71	63	69
Jenis-pria Pengeluaran	Kumul Pengeluaran Rucob-ucogga					Total
	Tercobab	Kedua	Keluga	Kecogga	Terucogga	
(9) % Pengeluaran Non-nakutan dan						
Total Pengeluaran	28	28	28	29	27	21
TOTAL PERKOTAAN & PERDESAAN						
Batas Bawah (Rp)	Kurang dari	1 969 272	2746 284	3 077 250	5 292 420	
Batas Atas (Rp)	1 969 140	2 746 152	3 077 212	5 292 144	Lebih dari	
Pengeluaran						
(1) Eschawan (Rp)	51 702	29 124	1 22 227	120 204	422 702	176 317
(2) Miskunan (Rp)	1 040 061	1 062 053	2 194 222	2 247 230	4 339 226	2302 263
(3) Non-nakutan (Rp)	425 279	691 905	926 910	1 525 212	4 364 032	1 542 294
(e) Total Pengeluaran						
(a) Rp	1 466 039	2 353 952	3 121 122	4 323 292	8 703 912	3 905 497
(b) Jumlah (n)	10 971 222	9 743 250	9 207 224	9 014 202	2 225 242	47 923 776
(2) Pengeluaran Ruvus Jalan						
(a) Rp	62 225	90 420	1 17 214	162 049	262 213	1 42 099
(b) Jumlah (n)	2 125 219	2 165 222	2 220 271	2 222 410	2 022 202	1 62 24 220
(c) % dan Non-nakutan	15	12	12	11	6	9
(4) Pengeluaran Ruvus Inag						
(a) Rp	20 4 077	220 127	2 20 202	420 227	222 222	5 45 264
(b) Jumlah (n)	20 2 026	220 202	4 20 042	422 221	291 221	2 120 249
(c) % dan Non-nakutan	71	20	20	20	20	25
(T) % Pengeluaran Eschawan dan Pengeluaran Non-nakutan	12	12	12	12	11	12
(L) % Pengeluaran Miskunan dan Total						
Pengeluaran	71	71	69	65	50	60
(9) % Pengeluaran Non-nakutan dan						
Total Pengeluaran	29	29	31	35	50	40

Tabel 2. Sumber pembayaran biaya rawat jalan dan rawat inap menurut wilayah, Susenas 1998

Sumber Pembayaran	Rawat Jalan		Rawat Inap	
	Perkotaan (%)	Perdesaan (%)	Perkotaan (%)	Perdesaan (%)
Tunai	88,8	94,3	86,1	90,6
Askes	7,5	3,2	16,8	6,3
Jamsostek	2	0,6	3,6	2,8
Asuransi lain	0,1	0	0,6	0,3
Majikan	3,8	1,1	7,4	3,5
Jasa Raharja	0	0	0,5	0,3
Dana sehat	0,3	0,6	0,2	0,4
Kartu sehat	0,6	0,5	0,1	0,2
Surat Irah	0	0,1	0,5	1,1
Lain-lain	1,2	1,5	6,8	6,5

Tabel 3. Distribusi rumah-sangga menurut persentase pengeluaran non-makanan untuk rawat jalan

Wilayah	0 - 10 %	11 - 20 %	21 - 30 %	31 - 50 %	> 50 %	Total
Perkotaan						
Jumlah (n)	4.740.140	990.029	417.718	357.734	244.108	6.771.729
%	70,29	14,61	6,17	5,28	3,63	100,00
Perdesaan						
Jumlah (n)	4.547.498	1.689.008	733.128	439.324	433.691	10.042.651
%	45,27	16,78	7,29	4,35	4,31	100,00
Total						
Jumlah (n)	11.327.838	2.679.037	1.150.846	997.060	679.799	16.834.580
%	67,29	15,91	6,84	5,92	4,04	100,00

Tabel 4. Distribusi rumah-sangga menurut persentase pengeluaran non-makanan bulanan untuk rawat inap

Wilayah	0 - 10 %	11 - 20 %	21 - 30 %	31 - 50 %	> 50 %	Total
Perkotaan						
Jumlah (n)	172.285	34.441	38.394	68.050	841.457	1.154.627
%	14,2	2,98	3,33	5,89	72,88	100,00
Perdesaan						
Jumlah (n)	81.290	20.979	32.919	59.873	830.561	1.025.622
%	7,93	2,05	3,21	5,84	80,98	100,00
Total						
Jumlah (n)	253.575	55.420	71.313	127.923	1.672.018	2.180.249
%	11,63	2,54	3,27	5,87	76,69	100,00

Tabel 15. Distribusi rumah-rongga menurut persentase pengeluaran non-makanan perumahan untuk rumah Inap

Wilayah	0 - 10 %	11 - 20 %	21 - 30 %	31 - 50 %	> 50 %	Total
Perkotaan						
Jumlah (n)	590.324	217.995	141.106	104.900	100.302	1.154.627
%	51,13	18,88	12,22	9,09	8,69	100,00
Perdesaan						
Jumlah (n)	406.922	205.853	114.940	130.891	167.016	1.025.622
%	39,68	20,07	11,21	12,76	16,28	100,00
Total						
Jumlah (n)	997.246	423.848	256.046	235.791	267.318	2.180.249
%	45,74	19,44	11,74	10,81	12,26	100,00

Tabel 16. Distribusi rumah-rongga menurut persentase pengeluaran non-makanan untuk kesehatan dalam kelompok perkotaan (Ku in cil ka-5)

Wilayah	<1 %	1 - 4 %	4 - 7 %	7 - 17 %	>17 %	Total
Perkotaan, Pengeluaran Rumah-tangga > Rp 404.048,-						
Jumlah (n)	1.804.544	442.213	441.343	449.287	439.930	3.417.317
%	49,89	12,78	12,73	12,41	12,14	100,00
Perdesaan, Pengeluaran Rumah-tangga > Rp 337.781,-						
Jumlah (n)	2.440.024	743.783	735.547	717.843	748.867	5.406.068
%	45,50	13,74	13,41	13,28	13,85	100,00
Total, Pengeluaran Rumah-tangga > Rp 441.040,-						
Jumlah (n)	4.244.568	1.186.046	1.176.890	1.167.130	1.188.837	8.823.271
%	48,04	13,19	13,24	12,70	12,78	100,00

Tabel 17. Distribusi rumah-rongga menurut persentase pengeluaran non-makanan untuk kesehatan dalam kelompok perkotaan (Ku in cil ka-1 dan 2)

Wilayah	< 2 %	2 - 6 %	6 - 12 %	12 - 24 %	> 24 %	Total
Perkotaan, Pengeluaran Rumah-tangga < Rp 315.173,-						
N	4.000.108	925.175	924.343	919.689	912.805	7.682.119
%	52,07	12,04	12,03	11,97	11,88	100,00
Perdesaan, Pengeluaran Rumah-tangga < Rp 194.274,-						
N	7.177.291	1.345.774	1.345.015	1.378.093	1.354.433	12.440.806
%	54,78	10,80	10,80	10,90	10,72	100,00
Total, Pengeluaran Rumah-tangga < Rp 228.857,-						
N	11.177.439	2.270.949	2.269.358	2.297.782	2.267.238	19.313.742
%	58,34	11,18	11,19	11,17	11,10	100,00

Tabel 8. Distribusi rumah-sangga menurut pemertase pengeluaran non-makanan untuk kesehatan dalam kelompok pendapatan menengah (Kuincil ke-3 dan -4)

Wilayah	< 2 %	2 - 5 %	5 - 10 %	10 - 22 %	> 22 %	Total
Pada tahun, Pengeluaran Rumah-sangga Rp 315 173,- and Rp 606 048,-						
N	3 421 775	953 761	952 821	937 147	913 347	7 178 851
%	47,66	13,29	13,27	13,05	12,72	100,00
Pada tahun, Pengeluaran Rumah-sangga Rp 194 274,- and Rp 332 726,-						
N	5 700 304	1 439 530	1 419 275	1 408 923	1 429 256	11 398 548
%	50,01	12,63	12,46	12,36	12,54	100,00
Total, Pengeluaran Rumah-sangga Rp 228 257,- and Rp 441 040,-						
N	8 832 323	2 405 421	2 401 443	2 375 271	2 367 603	18 382 066
%	48,05	13,09	13,06	12,92	12,88	100,00