

## **Determinan Pengeluaran Kesehatan Katastropik Rumah Tangga Indonesia Pada Tahun Pertama Implementasi Program JKN**

### ***CATASTROPHIC HEALTH SPENDING DETERMINANTS OF INDONESIAN HOUSEHOLD IN THE FIRST YEAR IMPLEMENTATION OF JKN PROGRAM***

Wahyu Puji Nugraheni,<sup>1</sup> Risky Kusuma Hartono<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pusat penelitian dan pengembangan humaniora dan Manajemen kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat

<sup>2</sup>Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM), Gedung HZ Jl. Harapan No. 501 Lenteng Agung Jakarta Selatan  
nugraheni\_wp@yahoo.com, risky\_kusuma@yahoo.com,

#### ***Abstract***

*Health spending can lead to decrease the ability of the household financial. Nearly 2.3 million people (1%) each year fall to be poor as a impact of catastrophic health spending of high-cost diseases that are life-threatening complications. The aim of the research is to analyze the determinants of catastrophic health spending of Indonesian households in the first year of implementation of the National Health Insurance program (JKN). This study design is cross sectional using secondary data is data Indonesia Family Life Survey (IFLS) 2014. The methods of analysis used are econometric approach with logit model and instrumental variables probit model. The results of the study significantly shows that households with catastrophic health spending incidence is around 5.38% in the first year of implementing JKN Program. While the determinants that influence catastrophic health spending include level of education, place of residence in the city, health status and economic status. This study recommends to the government to improve and develop the health program that promotes healthy lifestyles and expand the coverage of JKN program to protect the Indonesian households from catastrophic health spending.*

*Kata Kunci: JKN, Pengeluaran Katastropik, Data IFLS, IV Probit*

#### **Abstrak**

Pengeluaran kesehatan dapat memicu ancaman penurunan kemampuan keuangan rumah tangga. Hampir 2.3 juta individu (1%) tiap tahunnya jatuh ke dalam kemiskinan sebagai dampak dari biaya kesehatan katastropik. Tujuan penelitian untuk menganalisis biaya kesehatan katastropik rumah tangga Indonesia setelah implementasi program JKN. Desain penelitian ini adalah cross sectional dengan menggunakan data sekunder yaitu data Indonesia Family Life Survey (IFLS) tahun 2014. Metode analisis menggunakan pendekatan ekonometri analisis model logit dan model regresi instrumental variable probit. Hasil penelitian secara signifikan menunjukkan bahwa di era program JKN, rumah tangga yang mengalami kejadian belanja kesehatan katastropik sebesar 5,38% . Sementara determinan yang mempengaruhi belanja kesehatan katastropik mencakup tingkat pendidikan, tempat tinggal di kota, status kesehatan dan status ekonomi. Penelitian ini menyarankan kepada pemerintah untuk membangun dan meningkatkan program kesehatan yang mengacu pada pola hidup sehat dan memperluas cakupan kepesertaan JKN untuk melindungi rumah tangga dari pengeluaran katastropik.

Keywords : JKN, Cathastrophic Spending, IV Probit, IFLS Data

## PENDAHULUAN

Fenomena yang terjadi di beberapa negara menunjukkan keadaan pengeluaran kesehatan mengancam penurunan kemampuan keuangan rumah tangga dalam mempertahankan kebutuhan pokok.<sup>1</sup> Rumah tangga miskin pun dapat mengalami bencana dari pengeluaran biaya kesehatan yang relatif kecil karena hampir semua sumber daya tersedia telah digunakan untuk kebutuhan dasar.<sup>2</sup> Hal ini menjadikan pengeluaran kesehatan menjadi bersifat katastrofik.

Katastrofik berasal dari "catastrophic" yang berarti bencana atau malapetaka merupakan penyakit yang "high cost, high volume dan high risk" yang secara kompleks dapat membahayakan jiwa.<sup>3</sup> Evaluasi secara global menunjukkan bahwa katastrofik pembayaran kesehatan pada rumah tangga terjadi hampir pada semua negara di dunia.<sup>4</sup> Setiap tahun sekitar 44 juta rumah tangga atau 150 juta individu dengan kondisi sosiodemografi yang beragam di dunia menghadapi biaya kesehatan katastrofik dan sekitar 25 juta rumah tangga atau lebih dari 100 juta individu masuk ke dalam garis kemiskinan sebagai akibat adanya pembayaran layanan kesehatan.<sup>5</sup> Namun demikian tidak ada konsensus pasti batasan pembayaran katastrofik, namun nilai yang biasa digunakan pada sejumlah literatur adalah sekitar 20-50% dari total pendapatan rumah tangga.<sup>2</sup> Secara khusus WHO menyebutkan termasuk katastrofik bila pembayaran mencapai lebih dari 40 percent dari total pendapatan rumah tangga.<sup>6</sup>

Terdapat korelasi positif antara presentase rumah tangga yang menderita biaya kesehatan katastrofik dengan rumah tangga yang dimiskinkan.<sup>7</sup> Hampir 2.3 juta individu (1 persen) tiap tahunnya jatuh ke dalam kemiskinan sebagai dampak dari biaya kesehatan katastrofik.<sup>8</sup> Padahal salah satu fungsi dasar dari sistem kesehatan adalah untuk menempatkan sistem pembiayaan kesehatan yang dapat melindungi populasi dari resiko finansial yang diasosiasikan dengan kondisi kesakitan.<sup>7</sup> Di Indonesia, orang kaya juga mengalami risiko bencana pembayaran kesehatan (*catastrophic health payment*) yaitu jika terjadi pembayaran kesehatan melebihi 10% pendapatan rumah tangga.<sup>9</sup> Bila ditinjau dari sisi pemerintah, belanja untuk kesehatan pemerintah mencapai 0,9% dari PDB di Indonesia, jauh lebih

rendah dibanding Thailand (2,9%), Tiongkok (2,7%) dan Vietnam (2,6%).<sup>10</sup> Pada tahun 2012, pengeluaran kesehatan mencapai 5,3% dari seluruh pengeluaran pemerintah, dan kurang dari 2% dari belanja pemerintah pusat (dibanding, misalnya, 18% belanja pemerintah pusat untuk subsidi BBM).<sup>10</sup> Bersamaan dengan itu, lebih dari setengah penduduk masih tetap tidak memiliki jaminan asuransi kesehatan dan pengeluaran biaya sendiri masih tetap tinggi, mencapai 40% dari seluruh pengeluaran untuk kesehatan.<sup>11</sup> Terdapat 76.23% RT yang pengeluaran kesehatannya melampaui 40% dari keuangan RT (biaya kesehatan katastrofik) yang Artinya, masyarakat mengalami risiko finansial yang sangat tinggi pada saat menghadapi kemungkinan terjadinya kerugian akibat sakit.<sup>12</sup> Sementara itu, menurut Nadjib *et all* (2002) menyimpulkan bahwa 88.8% penduduk perkotaan dan 94.3% penduduk pedesaan membayar biaya pelayanan kesehatan secara tunai.<sup>13</sup> Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa jumlah RT yang mengalami pengeluaran katastrofik untuk rawat jalan relative kecil. Namun, untuk rawat inap hampir 77% RT mengeluarkan lebih dari setengah (50%) pengeluaran non-makan sebulan.

Asuransi kesehatan atau jaminan kesehatan merupakan salah satu upaya untuk melindungi masyarakat dari bencana pembayaran kesehatan katastrofik. Undang-Undang Nomor 40 tentang SJSN mengamanahkan kepada negara melaksanakan sistem jaminan sosial bagi seluruh warga negara untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur.<sup>15</sup> Implementasi Undang-undang tersebut diantaranya adalah dibentuknya Program JKN. Tujuan JKN adalah meningkatkan status kesehatan penduduk serta mengurangi risiko penduduk dalam menanggung biaya kesehatan dari kantong sendiri atau out of pocket, dalam jumlah yang sulit diprediksi dan kadang-kadang memerlukan biaya yang sangat besar.

Dalam rangka monitoring pelaksanaan Program JKN maka perlu adanya upaya menganalisis pengeluaran rumah tangga setelah adanya program JKN dalam rangka perlindungan pembayaran kesehatan katastrofik pada rumah tangga di Indonesia. Hasil Penelitian ini

diharapkan memberi kontribusi terhadap kebijakan Pemerintah terkait implementasi kepemilikan Jaminan Kesehatan Nasional yang lebih baik bagi seluruh warga Indonesia.

**BAHAN DAN METODE**

Penelitian ini menggunakan desain cross sectional dimana variabel diamati dalam satu waktu tertentu. Penelitian dilaksanakan pada Desember 2016 menggunakan data sekunder IFLS 2014. Data IFLS 2014 dipilih sebagai data penelitian karena data tersebut diambil setelah berlakunya program JKN.

Data IFLS merupakan data survei rumah tangga, yakni Survei Aspek Kehidupan Rumah Tangga Indonesia (SAKERTI) atau lebih dikenal dengan Indonesian Family Life Survey (IFLS).

Variabel penelitian terdiri dari variabel dependen yaitu kategori pengeluaran katastrofik sesuai dengan kriteria WHO > 40%.<sup>6</sup> Begitu juga dengan variabel dependen yang terdiri dari karakteristik sosiodemografi, kepemilikan JKN, dan kondisi kesehatan. Tabel 1 menggambarkan variabel penelitian.

**Table 1. Ringkasan Variabel Penelitian**

Variabel	Definisi
oop40	1 jika pengeluaran RT >40 %; 0 lainnya
JenisKelaminPerempuan	1 jika perempuan; 0 otherwise
Usia	Umur
Usia2	Umur kuadrat
Status pernikahan	1 jika menikah; 0 lainnya
Lama tahunpendidikan	Lama pendidikan dalam tahun
Status pekerjaan	1 jika bekerja; 0 lainnya
Tinggal di Kota/Desa	1 jika di kota; 0 lainnya
Anggota RT	Jumlah anggota RT
Kepemilikanrumah	1 Kepemilikan rumah sendiri; 0 lainnya
PengeluaranPerkapita	Pengeluaran Perkapita
EkonomiMiskin	1 jika miskin; 0 lainnya
Peserta JKN	1 jika memiliki JKN; 0 lainnya
Status sakit	1 jika Sakit; 0 lainnya
Rawat Inap	1 jika pernah rawat inap; 0 lainnya
Rawat Jalan	1 jika rawat jalan; 0 lainnya

Kerangka konsep dapat dilihat dalam skema sebagai berikut.



**Gambar 1 Kerangka Konsep**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian belanja kesehatan katastrofik pada rumah tangga di Indonesia di era JKN serta menentukan faktor atau variabel yang paling dominan dalam terjadinya belanja kesehatan katastrofik.

Spesifikasi model ekonometrik yang dipilih pada awalnya adalah Logit dan probit Model. Logit maupun probit model merupakan salah satu pendekatan untuk mengembangkan model regresi binary response. Logit Model menggunakan persamaan eksponensial untuk mendapatkan nilai probabilitas pada interval 0 dan 1. Persamaan Logit Model sebagai berikut:

$$Pr(\chi) = \frac{1}{1 + e^{-z}} = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta \times 1 + \epsilon)}}$$

Yang mana persamaan tersebut disederhanakan menjadi

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

Dimana

$$Z = \beta_1 + \beta_2 \chi_1 + \beta_n \chi_n + e$$

Kepemilikan Jaminan Kesehatan dalam hal ini JKN berpotensi menimbulkan hasil analisis yang bias karena terdapat permasalahan

endogenitas.<sup>16</sup> Akibat adanya endogenitas pada variabel kepemilikan jaminan dapat menyebabkan data menjadi bias dan tidak konsisten, maka permasalahan ini diatasi dengan Instrumental Variabel (IV), Two Stage Least Squares (2SLS) melalui cek korelasi kandidat instrumen variabel.<sup>17</sup>

Permasalahan endogenitas ditandai dengan adanya omitted variabel yaitu korelasi antara variabel x dan error term (e). Wooldrige menyarankan agar dalam pemilihan IV dilakukan berdasarkan auxiliary regression antara variabel

bebas (poor) dengan kandidat IV.<sup>18</sup> IV terpilih dilakukan berdasarkan tingkat signifikansi dan model fit tertinggi.

### Hasil Penelitian

Tabel 1 menyajikan statistik deskriptif variabel dalam penelitian ini. Cakupan jaminan kesehatan mencapai 51.8% artinya ada lebih dari 129 juta penduduk telah tergabung sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

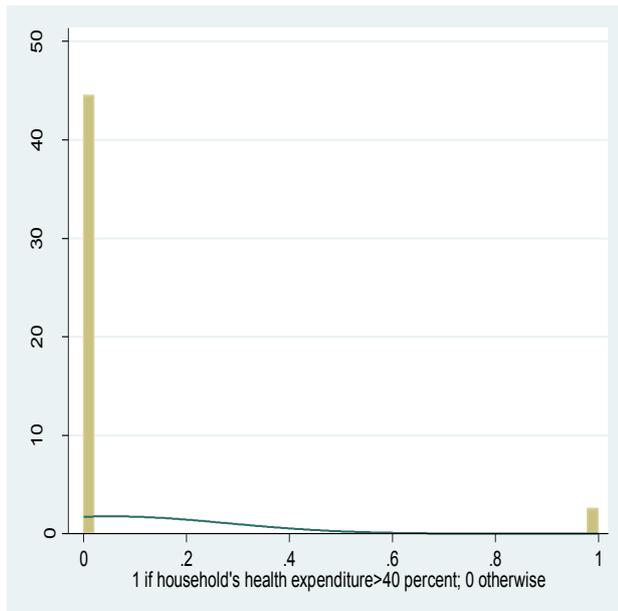
**Tabel 2. Karakteristik Sosiodemografi, Ekonomi, dan Kesehatan RT Indonesia 2014**

VARIABEL	(1) N	(2) mean	(3) sd	(4) min	(5) max
JK Perempuan	58.304	0.510	0.500	0	1
Usia	58.270	29.54	20.35	0	110
Usia <sup>2</sup>	58.272	1,287	1,489	0	12.100
Status Pernikahan	58.304	0,489	0.500	0	1
Status pekerjaan	58.304	0,402	0.490	0	1
Lama tahun pendidikan	58.304	6,715	5.044	0	21
Rawat inap	58.304	0,0362	0.187	0	1
Rawat jalan	58.304	0,159	0.366	0	1
Peserta JKN	58.304	0,518	0.500	0	1
Status sakit	58.304	0,528	0.499	0	1
Kepemilikan rumah sendiri	55.566	0,744	0.436	0	1
Status ekonomi miskin	58.304	0,179	0.383	0	1
Pengeluaran perkapita	58.304	951.094	1.352.000	0	47.280.000
Tinggal di kota	58.304	0,597	0.490	0	1
Anggota RT	58.304	5,676	2.700	1	24
oop40	58.304	0,0538	0.226	0	1

Tabel 2 menunjukkan bahwa individu dengan jenis kelamin perempuan 51% lebih banyak dibandingkan dengan jenis kelamin laki-laki. Rata-rata umur penduduk Indonesia pada tahun 2014 pada kisaran 29 tahun dengan penduduk usia maksimal mencapai 110 tahun. Proporsi penduduk 48,9% telah menikah yang mana 40,2% dari total penduduk telah memiliki status pekerjaan. Namun rata-rata pendidikan penduduk Indonesia hanya sampai selama 6 tahun atau setara dengan tingkat sekolah dasar.

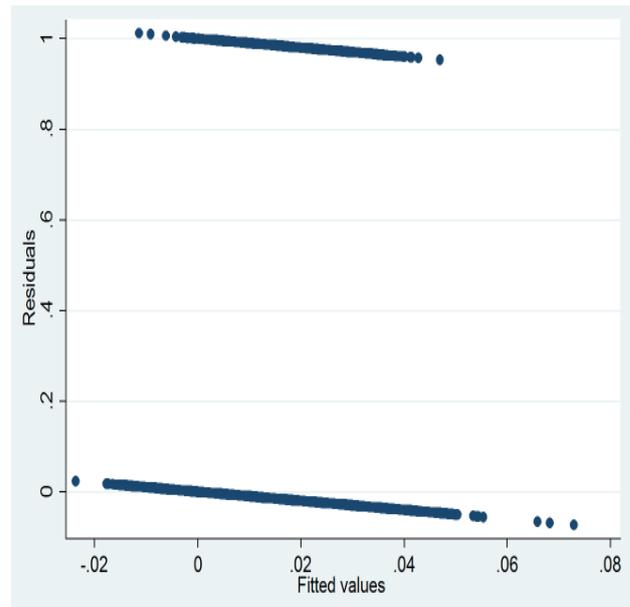
Berdasarkan karakteristik ekonomi

terdapat 17,9% penduduk berstatus miskin. Rata-rata pengeluaran perkapita perbulan 900 ribu rupiah. Karakteristik kesehatan penduduk Indonesia dalam penelitian ini dilihat dari status kesakitan, pengalaman pernah menjalani rawat inap dan rawat jalan. Hasil analisis menunjukkan bahwa lebih dari 50% anggota rumah tangga mengalami sakit. Sementara 15% seluruh anggota RT pernah melakukan kunjungan rawat jalan dan sebanyak 3,6% penduduk yang pernah melakukan kunjungan rawat inap dalam kurun waktu sebulan terakhir pengambilan data.



**Gambar 1. Grafik Pengeluaran OOP>40% RT Indonesia**

Gambar 1 menampilkan grafik pengeluaran OOP>40% rumah tangga Indonesia. Berdasarkan grafik pada Gambar 1 tampak bahwa lebih dari 5% penduduk Indonesia mengalami pengeluaran untuk kesehatan lebih dari 40% , dimana menurut standar WHO masuk dalam kategori pengeluaran katastropik. Gambar 1 juga menunjukkan bahwa distribusi tidak normal karena belanja katastropik dalam penelitian ini dibuat dalam bentuk data binari/kategori. Gambar 1 juga menunjukkan bahwa sekitar 95% rumah tangga telah terlindungi dari pengeluaran kesehatan yang bersifat katastropik.



**Gambar 2. rvfplot residual**

Penelitian ini melakukan tes heterokedasticity. Gambar 2 menunjukkan bahwa residu x merupakan 1- residu y. Selain gambar juga dilakukan tes menggunakan 2 uji yaitu breush pagan test dan uji white. Berdasarkan hasil kedua uji tersebut menunjukkan bahwa  $Prob > \chi^2 = 0.0000$ , atau terdapat permasalahan heterokedasticity. Oleh karena itu dalam analisis regresi selanjutnya baik itu pada OLS, logit, probit, maupun two part model dilakukan mekanisme robust. Robust dilakukan dengan tujuan untuk memperbesar standar error sehingga memastikan hasil estimasi regresi tidak terjadi bias.

**Tabel 3. Model Pemilihan Estimator Terpilih**

VARIABES	(1) OLS-Robust	(2) IV-1a	(3) Logit	(4) Probit	(5) IV Probit-1b	(6) IV Probit-1b	(9) IV Probit-1b- MFX
JK Perempuan	0,000130	0,000346	0,00735	-0,00156	0,00147	0,00111	0,000483
Usia	-0,000337***	1,16e-06	-0,0188*	-0,00788**	0,00147	0,00191***	0,000483
Usia2	6,00e-06***	2,45e-06	0,000353***	0,000155***	2,99e-06	-1,96e-05***	9,86e-07
Status pernikahan	0,00117	0,00213	0,0925	0,0200	0,0155	0,00403	0,00509
Lama tahun pendidikan	0,000480***	0,00142***	0,0323***	0,0135***	0,0132***	0,00480***	0,00436***
Status pekerjaan	-0,00142	-0,00136	-0,128	-0,0507	-0,0123	0,000421	-0,00404
Tinggal di kota/desa	0,00469***	0,0219***	0,475***	0,167***	0,223***	0,0904***	0,0725***

Anggota RT	0,00136***	0,00406***	0,0943***	0,0383***	0,0386***	0,0151***	0,0127***
Kepemilikan-rumahsendiri	0,000560	0,00669***	0,0849	0,0300	0,0715***	0,0323***	0,0233***
Pengeluaran-perkapita	-4.89e-10***	-1.80e-09***	-5.43e-08**	-1.65e-08*	-1.82e-08***	-8.36e-09***	-6.01e-09***
Rawat inap	0,00477*	0,0275***	0,513***	0,216***	0,295***	0,122***	0,105***
Rawat jalan	-0,00143	0,00719***	-0,127	-0,0412	0,0839***	0,0460***	0,0281***
Peserta JKN	-0,0107***	-0,197***	-1,006***	-0,379***	-2,065***		-0,632***
Ekonomimiskin	-0,00873***		-0,951***	-0,366***		0,0218***	
Status sakit	-0,0113***		-1,098***	-0,407***		0,0574***	
Konstanta	0,0133***	0,0632***	-4,521***	-2,301***	-0,0500	0,273***	
Observations	55.539	55.539	55.539	55.539	55.539	55.539	55.539
R-squared	0,009						
Log-likelihood			-3098	-3101	-42424	-42424	-42424
Pseudo R-squared			0.0739	0.0730			

Tabel 3 menampilkan pemilihan analisis ekonometrik yang paling sesuai pada determinan pengeluaran RT untuk kesehatan yang mencapai lebih dari 40% berpotensi menjadikan sifat katastrofik. Analisisnya dilakukan dengan berbagai metode yaitu metode Ordinary Least Square (OLS), Limited Dependent baik itu logit maupun probit, dan estimator tahap two part model untuk menganalisis variabel terduga endogenous. Semua metode analisis ditampilkan untuk melihat hasil analisis estimator yang paling fit.

Tabel 3 menunjukkan hasil perhitungan menggunakan metode OLS yang dilakukan dengan metode robust maupun two part model. Hasil estimasi dengan metode OLS mengindikasikan hasil perhitungan yang bias. Hal tersebut ditunjukkan dengan hasil perhitungan dimana anggota rumah tangga yang mengalami sakit, pernah melakukan kunjungan rawat jalan maupun rawat inap, dan tergabung dalam kepesertaan jaminan kesehatan justru menghasilkan pengeluaran biaya katastrofik yang lebih rendah.

Pemodelan dilanjutkan dengan menggunakan analisis binary yang sesuai untuk variabel limited dependent. Pemodelannya menggunakan regresi logit dan probit. Hasil

secara keseluruhan menunjukkan Pseudo R<sup>2</sup> sebesar 0,073 yang menunjukkan bahwa secara keseluruhan variabel yang masuk dalam model regresi dalam penelitian ini mempengaruhi pengeluaran out of pocket lebih dari 40% (katastrofik) sebesar 7,3%. Sedangkan 92,7% sisanya dipengaruhi oleh faktor lain di luar penelitian ini.

Hasil analisis dengan metode logit dan probit secara umum menunjukkan hasil yang sama. Hasilnya menunjukkan bahwa penduduk yang pernah mengalami sakit, rawat jalan, maupun rawat inap justru berpotensi mengeluarkan biaya kesehatan katastrofik. Penduduk yang terdaftar sebagai peserta JKN berpotensi menurunkan risiko pengeluaran kesehatan katastrofik. Namun berdasarkan hasil pemodelan logit maupun probit pada tabel 3 menunjukkan variabel usia secara signifikan mempengaruhi kejadian katastrofik. Hasil analisis dapat dimaknai bahwa peningkatan 1 tahun usia justru menurunkan peluang sekitar 1% belanja kesehatan katastrofik. Untuk menghindari hasil estimasi yang bias karena terdapat variabel bebas terduga mengalami permasalahan endogenous, maka pemodelan dilanjutkan ke two part model secara instrumental variabel (IV) probit. Selanjutnya determinan belanja kesehatan katastrofik dalam penelitian

ini menggunakan model IV probit seperti tampak dalam tabel 4 dibawah ini:

**Tabel 4. Determinan Belanja Katastropik Rumah Tangga Berdasarkan Model IV Probit**

Variabel	IV Probit
Usia	0,00191***
Lama thpendidikan	0,00480***
Tinggal di kota/desa	0,0904***
Anggota RT	0,0151***
Kepemilikanrumah	0,0323***
PCE	-836.000.000***
Rawat inap	0,122***
Rawat jalan	0,0460***
Peserta JKN	-2,065***
Ekonomi miskin	0,0218***
Status sakit	0,0574***

Tabel 4 menggambarkan variabel-variabel yang secara signifikansi (p value <0,01 ) mempengaruhi pengeluaran kesehatan katastropik. Secara matematis model hasil regresi dapat dituliskan sebagai berikut:

$$Y_{oop>40} = 0,00191 \text{ Usia} + 0,0048 \text{ lama\_pendidikan} + 0,0904 \text{ kota/desa} + 0,0151 \text{ anggota\_RT} + 0,0323 \text{ rumah\_sendiri} - 8,36 \text{ pce} + 0,112 \text{ ranap} + 0,046 \text{ rajal} - 2,065 \text{ peserta\_JKN} + 0,0218 \text{ miskin} + 0,574 \text{ sakit} + \text{konstanta}$$

Dari model matematis diatas tampak bahwa diantara beberapa variabel yang signifikan mempengaruhi kejadian katastropik, variabel kepemilikan JKN mempunyai makna paling berarti terkait topik penelitian ini dimana kepemilikan JKN mampu menurunkan probabilitas kejadian katastropik sebesar 2 kali lipat dibanding mereka yang tidak menjadi peserta JKN setelah dikontrol variabel lama pendidikan, lokasi tempat tinggal, kepemilikan rumah, pengeluaran konsumsi per kapita, kunjungan rawat jalan, kunjungan rawat inap , kejadian sakit dan status ekonomi. Temuan ini memberikan gambaran yang positif terhadap kehadiran program JKN dalam memberikan perlindungan untuk mencegah pengeluaran katastropik individu dan rumah tangga.

## PEMBAHASAN

Rumah tangga dapat mengalami kejadian katastropik ketika salah satu anggota keluarganya mengalami sakit dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang biayanya melebihi dari pendapatan total rumah tangga tersebut . Kejadian katastropik tersebut dapat mengakibatkan rumah tangga menjadi miskin. Selain itu dampak negatif kejadian katastropik adalah orang yang sakit tersebut akan terus menjadi sakit karena tidak mampu lagi meneruskan pengobatan. Suatu keluarga membelanjakan pendapatannya diluar makan dan minum untuk kesehatan lebih dari 40% dari total pengeluarannya, maka akan dikategorikan keluarga tersebut mengalami kejadian katastropik atau bangkrut akibat pengeluarannya kesehatannya.<sup>8</sup>

Asuransi mempunyai tujuan melindungi seseorang dari biaya yang dikeluarkan pada saat menggunakan pelayanan kesehatan.<sup>19</sup> Program JKN yang diimplementasikan di Indonesia sejak 1 Januari 2014 memiliki prinsip asuransi kesehatan sosial yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan menghilangkan “barrier” finansial dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian ini bahwa pada era JKN prosentase rumah tangga yang mengalami kejadian katastropik berkurang dibandingkan dengan sebelum adanya program JKN.

Faktor keberadaan usia lanjut dalam sebuah keluarga mempengaruhi jumlah pengeluaran dalam sebuah keluarga karena lansia lebih sering mengalami gangguan kesehatan dibandingkan dengan mereka yang usia muda. Dengan demikian akan berpengaruh terhadap beban belanja kesehatan dalam sebuah keluarga. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Cina dan Argentina bahwa keluarga yang memiliki anggota keluarga lansia berisiko lebih besar mengalami kejadian belanja kesehatan katastropik dibandingkan dengan keluarga yang anggotanya berusia muda.<sup>5</sup>

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa pendidikan mempunyai hubungan yang

signifikan terhadap kejadian belanja kesehatan katastrofik. Hal ini dapat dijelaskan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuan dan kesadaran akan kesehatannya semakin tinggi. Hal ini akan berdampak terhadap tingginya sensitivitas/demand/kebutuhan untuk berobat ketika merasakan keadaan yang tidak sehat, sehingga berkorelasi dengan tingginya utilisasi fasilitas pelayanan kesehatan. Bila frekuensi pemanfaatan pelayanan tinggi maka otomatis pengeluaran belanja kesehatan akan meningkat dan berpotensi terhadap terjadinya belanja kesehatan katastrofik. Hal ini sesuai dengan teori perilaku bahwa tingkat pendidikan tinggi mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan pendidikan rendah.<sup>20</sup>

Penelitian di India menunjukkan bahwa rumah tangga yang memiliki jumlah anggota rumah tangga yang banyak cenderung belanja kesehatan rumah tangganya meningkat.<sup>3</sup> Fakta tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa rumah tangga yang memiliki anggota yang besar cenderung belanja kesehatannya tinggi. Hal ini bisa dijelaskan bahwa ketika individu dalam rumah tangga berjumlah besar maka angka pemanfaatan pelayanan kesehatan juga meningkat dan otomatis belanja kesehatan rumah tangga tersebut meningkat.

Pendapatan rumah tangga memiliki hubungan dengan kejadian belanja kesehatan katastrofik. Teori ekonomi klasik menyebutkan bahwa semakin besar pendapatan seseorang maka semakin besar pengeluarannya. Teori ini sangat tepat untuk menjelaskan hasil penelitian ini bahwa rumah tangga dengan penghasilan yang tinggi cenderung mengalami kejadian belanja kesehatan katastrofik. Lokasi wilayah tempat tinggal rumah tangga mempunyai hubungan dengan kejadian kesehatan katastrofik. Xu dkk (2006) menjelaskan bahwa rumah tangga yang tinggal di perkotaan cenderung menggunakan layanan kesehatan publik dan swasta daripada mereka yang tinggal di pedesaan.<sup>21</sup> Penelitian Xu tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa rumah tangga yang tinggal di wilayah

urban mempunyai belanja kesehatan katastrofik. Pembangunan di sebuah negara biasanya lebih banyak dilakukan pada wilayah perkotaan, termasuk pembangunan fasilitas kesehatan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa semakin mudahnya seseorang mengakses pelayanan kesehatan maka cenderung lebih sering memanfaatkan pelayanan tersebut.

Status kesehatan berhubungan dengan belanja kesehatan katastrofik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang yang sakit cenderung belanja kesehatannya tinggi. Hal ini bisa dijelaskan bahwa ketika orang mengalami peristiwa sakit maka akan terjadi perilaku pencarian pengobatan baik pengobatan ke fasilitas kesehatan atau tradisional, sehingga berdampak terhadap pengeluaran kesehatannya. Gotsadze et al (2005) menjelaskan bahwa keseriusan penyakit yang dialami seseorang merupakan faktor yang signifikan meningkatkan peluang untuk mencari perawatn kesehatan.<sup>22</sup> Orang dengan tingkat keparahan penyakit memiliki pengeluaran medis yang lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat keparahan rendah. Fakta ini terkait dengan utilisasi pelayanan rawat inap dan rawat jalan yang juga menjadi variabel dalam penelitian ini. Kedua jenis variabel tersebut juga memberi pengaruh yang signifikan terhadap kejadian belanja katastrofik. Seseorang yang mengalami sakit akan mencari pengobatan baik formal maupun informal. Semakin sakit kondisi seseorang maka akan meningkatkan perilaku pencarian pengobatan.

## KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa rumah tangga yang mengalami risiko belanja kesehatan katastrofik di Indonesia di era JKN sebesar 5,38%. Variabel signifikan yang berhubungan dengan belanja kesehatan katastrofik yaitu usia, pendidikan, lokasi tempat tinggal, jumlah anggota rumah tangga, kepemilikan rumah, pendapatan/penghasilan keluarga, kunjungan rawat inap, kunjungan rawat jalan, status kesehatan/morbiditas, kepemilikan JKN, dan tingkat sosial ekonomi rumah tangga.

Penelitian ini menyarankan agar program JKN tetap dilanjutkan dengan memperluas cakupan sampai seluruh penduduk, terutama diprioritaskan kepada mereka yang berpenghasilan rendah dan status sosial ekonomi miskin atau hampir miskin agar tidak mengalami jatuh miskin ketika sakit. Selain itu ditunjang dengan peningkatan program kesehatan yang mengacu pada pola hidup sehat untuk melindungi rumah tangga dari pengeluaran katastrofik.

## DAFTAR RUJUKAN

1. Igarss. Rethinking Poverty. United Nations. Geneva: United Nations; 2014.
2. 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;84(1):21–7.
3. Cummins JD, Mahul O. Catastrophe Risk Financing in Developing Countries [Internet]. Principles for Public Intervention. 2008. 1-299 p. Available from: [http://www.pacificdisaster.net/pdnadmin/data/original/WB\\_2008\\_TrackII\\_Catrisk\\_financing.pdf](http://www.pacificdisaster.net/pdnadmin/data/original/WB_2008_TrackII_Catrisk_financing.pdf) \n<http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-7736-9>
4. Ekman B. Catastrophic health payments and health insurance: Some counterintuitive evidence from one low-income country. *Health Policy (New York).* 2007;83(2):304–13.
5. Cavagnero E, Carrin G, Xu K, Aguilar-Rivera AM. Health financing in Argentina: an empirical study of health care expenditure and utilization. *Innov Heal Financ Work Pap Ser.* 2006;(8).
6. Xu K, Xu K, Evans D, Evans D, Carrin G, Carrin G, et al. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. *Bull World Health Organ.* 2005;85(09):8.
7. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicounty analysis. *Lancet.* 2003;362:111–7.
8. Priyanka Saksena, Evans DB. Impact of out - of - pocket payments for treatment of non- communicable diseases in developing countries: A review of literature. *World Heal Organ* [Internet]. 2011;Discussion(2):9. Available from: [http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_11\\_02-ncd\\_finburden.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_02-ncd_finburden.pdf)
9. Gloria R. Health Financing Impact on Ability to Pay and Catastrophic Payment. Surabaya: Airlangga Univ; 2013
10. Kemenkes, Bappenas, HPEA WB. Berinvestasi dalam Kesehatan Indonesia Tantangan dan Peluang untuk Pengeluaran Publik di Masa Depan. Jakarta: World Bank; 2008.
11. Ke X, Saksena P, Holly A. The Determinants of Health Expenditure : A Country-Level Panel Data Analysis. 2011;26. Available from: [http://www.who.int/health\\_financing/documents/report\\_en\\_11\\_deter-he.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/report_en_11_deter-he.pdf)
12. Made NASRS. Protektabilitas Asuransi Kesehatan Sosial terhadap Ekonomi Pegawai Negeri di Jawa Tengah dan di Yogyakarta. (Desertasi) Depok:FKM UI;2013
13. Nadjib M dan P. Pola Pengeluaran Rumah-Tangga Untuk Kesehatan Pada Kelompok Marjinal dan Rentan. *Makara Kesehat.* 2002;6(No. 2, 35-46).
14. Thabrany H. Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Rajawali Pers; 2014.
15. RI. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta: Republik Indonesia; 2004.
16. Waters HR. Health Economics and Econometrics Measuring the Impact of Health Insurance With a Correction for Selection Bias — a Case Study of Ecuador. *Health Econ.* 1999;8(September 1998):473–83.
17. Gujarati D. Basic Econometric. USA: MC Graw Hill; 2004.
18. J.m.wooldridge. Introductory Econometrics [Internet]. Vols. 120-121, *Journal of contaminant hydrology.* 2011. 129-40 p. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

pubmed/21708159

19. Preker et al. Role Of Communities in Resource Mobilization And Risk Sharing. HNP Discuss Pap. 2011;World Bank.
20. Notoatmodjo, Soekidjo, H. Anwar, N. H. Ella and KT. Promosi Kesehatan di Sekolah. Depok: FKM UI; 2012.
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.
22. Gotsadze G, Bennett S, Ranson K, Gzirishvili D. Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia. Health Policy Plan. 2005;20(4):232–42.