

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kronis dilaporkan sebagai penyebab utama kematian di seluruh dunia (Arsenijevic et al., 2016; Beaglehole et al., 2011; Boutayeb, 2006). Sebanyak 71 persen kematian di seluruh dunia disebabkan oleh penyakit kronis dan berbagai jenis penyakit tidak menular (*non-communicable diseases/NCDs*). Penduduk usia dewasa di negara dengan pendapatan rendah dan menengah memiliki risiko tertinggi mengalami NCDs. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa secara geografis, penduduk yang memiliki probabilitas tertinggi mengalami NCDs berada pada wilayah Mediterania (24 persen) dan Asia Tenggara (23 persen) (World Health Organization, 2018).

Secara umum, penyakit kronis dan penyakit tidak menular (NCDs) dapat menyebabkan pengeluaran kesehatan yang bersifat *catastrophic health expenditure* (CHE) (Arsenijevic et al., 2013, 2016; Kawabata et al., 2002). Hal ini disebabkan karena tingginya biaya pengobatan, dan selanjutnya berdampak pada beban keuangan rumah tangga yang lebih besar. *Catastrophic Health Expenditure (CHE)* merupakan kondisi dimana pengeluaran kesehatan *out of pocket* (OOP) melebihi ambang batas tertentu dari total pengeluaran rumah tangga atau kapasitas rumah tangga untuk membayar (*capacity to pay/CTP*) (Liu et al., 2019; O'Donnell et. al., 2008; WHO, 2001).

Liu et. al. (2019) melakukan kajian mengenai besaran pengeluaran kesehatan di China, menggunakan data mikro sebanyak 19.788 rumah tangga (RT) dengan instrumen khusus pasca kebijakan integrasi kesehatan di negara tersebut. Liu et. al. (2019) menyimpulkan bahwa ketimpangan dalam CHE di China berkaitan dengan: (i) variasi kepemilikan asuransi kesehatan; (ii) variasi tingkat pendidikan kepala rumah tangga atau pasangannya, baik di wilayah yang mendapatkan perlakuan (memiliki sistem jaminan kesehatan yang terintegrasi) maupun di wilayah yang menjadi daerah kontrol. Dalam studi tersebut, daerah kontrol merupakan daerah yang belum mendapat sistem jaminan kesehatan yang terintegrasi. O'Donnell et. al. (2008) dan WHO (2001) berfokus pada deskripsi CHE, dimana O'Donnell menyajikan teknik dan variasi pengukuran CHE, sementara WHO fokus pada kejadian CHE di Kenya.

Ambang batas pengeluaran rumah tangga yang dimaksud disini tidak ada kondisi khusus, tetapi menyesuaikan dengan kondisi rumah tangga dan kondisi sosial ekonomi masyarakat tempat tinggal rumah tangga yang bersangkutan. Mwai & Muriithi (2016) menyatakan bahwa tidak ada ketentuan ilmiah khusus terkait dengan ambang batas CHE. Beberapa penelitian menggunakan ambang batas 10 persen dari total pengeluaran (Fuady et. al., 2018; Gopalan & Das, 2009; S. Kim & Kwon, 2015; Kimani et. al., 2016). Penelitian lain menggunakan ambang batas 10 persen dari *capacity to pay*/CTP (Lee & Yoon, 2019; Van Doorslaer et al., 2000). Penelitian yang dilakukan oleh Fuady et al., (2018); Kimani et al., (2016); Van Doorslaer et al., (2000) menggunakan ambang batas 25 persen dari total pengeluaran dan CTP. Penelitian lainnya menggunakan ambang batas 40 persen dari CTP (Gotsadze et. al., 2009;

Kimani et al., 2016; Lee & Yoon, 2019; Somkotra & Lagrada, 2008; Xu et al., 2003). Sementara itu, penelitian yang dilakukan sebelum tahun 2000-an menggunakan ambang batas yang bervariasi mulai dari 5 persen hingga 20 persen dari total pendapatan rumah tangga (Berki, 1986; Wyszewianski, 1986).

Penelitian mengenai CHE tidak terlepas dari adanya pengeluaran *out-of-pocket* (OOP) untuk kesehatan. Pengeluaran OOP untuk kesehatan merupakan pengeluaran yang digunakan untuk membayar biaya perawatan kesehatan (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan perawatan jangka panjang) untuk memperoleh layanan kesehatan pendukung, obat-obatan, dan produk kesehatan lainnya (WHO & World Bank, 2019). Pengeluaran kesehatan yang tergolong sebagai OOP dibiayai melalui pendapatan, tabungan, dan pinjaman atau hutang. Pengeluaran kesehatan yang dibiayai melalui asuransi, tidak termasuk sebagai OOP.

Prevalensi rumah tangga yang mengalami kejadian CHE di Indonesia adalah sebesar 5,38 persen (Nugraheni & Hartono, 2017). Herawati et. al., (2020) menyatakan bahwa sebanyak 13 juta jiwa membelanjakan lebih dari 10 persen total pengeluaran konsumsi untuk perawatan kesehatan di Indonesia. Hampir 2,5 juta jiwa membelanjakan lebih dari 25 persen dari total pengeluaran konsumsi untuk perawatan kesehatan di Indonesia.

Cakupan prevalensi yang dilaporkan oleh Nugraheni dan Hartono (2017) ini cukup tinggi apabila dibandingkan dengan kondisi yang dilaporkan di negara berkembang lainnya. Penelitian Kimani et. al., (2016) di Kenya menunjukkan bahwa 4 persen rumah tangga mengalami *Catastrophic Health Expenditure* dan dari jumlah ini

2,5 juta jiwa menjadi miskin. Özgen Nacı et. al., (2015) melakukan kajian di Turki dan menemukan bahwa prevalensi rumah tangga yang mengalami CHE 10 persen sejumlah 5,7 persen; dan rumah tangga yang mengalami CHE sampai dengan 40 persen sejumlah 0,75 persen. Prevalensi CHE pada beberapa negara di wilayah Amerika Latin dan Karibia menunjukkan persentase yang lebih rendah. Prevalensi CHE yang dilaporkan di beberapa negara Latin diantaranya: Peru sebesar 5 persen, Kolombia sebesar 2,8 persen, Mexico sebesar 2,4 persen, dan Brazil sebesar 2,2 persen (Knaul et al., 2011).

Temuan awal beberapa studi di Indonesia melaporkan prevalensi CHE di Indonesia cukup tinggi, bervariasi antara: CHE dengan ambang batas 10 persen sebanyak 21,62 persen, CHE dengan ambang batas 25 persen sebanyak 6,56 persen, dan CHE dengan ambang batas 40 persen sebanyak 1,43 persen. Prevalensi CHE yang tinggi di Indonesia diduga disebabkan oleh beberapa hal: besaran anggaran kesehatan nasional serta cakupan perlindungan jaminan kesehatan nasional. Pada Pasal 171 Undang-Undang nomor 36 tahun 2009, ditetapkan bahwa proporsi anggaran kesehatan terhadap total anggaran dalam APBN adalah sebesar minimal 5 persen dari keseluruhan anggaran. Alokasi anggaran kesehatan untuk pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota ditetapkan sebesar minimal 10 persen dari APBD. Di sisi yang lain, kendala anggaran seringkali menyebabkan ketentuan tersebut belum dapat dipenuhi. Hal ini menyebabkan prevalensi CHE semakin berat, disamping asuransi kesehatan nasional di Indonesia belum bisa menanggung seluruh biaya kesehatan masyarakat.

Hal ini berakibat, masyarakat harus menanggung sisa biaya kesehatan tersebut melalui biaya yang berasal dari pendapatan (pengeluaran OOP untuk kesehatan).

Kejadian CHE di Indonesia juga dipengaruhi oleh perlindungan finansial yang dimiliki oleh setiap individu. World Bank (1993) menyatakan bahwa hanya sedikit individu yang dilindungi oleh asuransi kesehatan, khususnya pada individu di negara-negara berkembang. Laporan WHO dan World Bank (2017) menunjukkan bahwa proteksi kesehatan hanya dimiliki oleh kurang dari 20 persen populasi di dunia. Hal ini menunjukkan kondisi rendahnya proteksi kesehatan, tidak hanya terjadi di negara berkembang namun juga di negara maju.

Gamkrelidze (2002 dalam Gotsadze et al., 2009) menyatakan bahwa sebagian besar biaya perawatan di negara *low-middle income countries* dibayar pribadi oleh masyarakat. Herawati et al., (2020) mengukur cakupan layanan *universal health coverage* (UHC) di Indonesia. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa, rerata indeks cakupan layanan UHC di Indonesia adalah 60. Sebanyak 16 dari 34 provinsi di Indonesia ditemukan memiliki nilai rerata indeks cakupan layanan UHC dibawah nilai rerata indeks cakupan layanan UHC nasional (60). Berdasarkan data *Indonesian Family Life Survey* (IFLS) tahun 2007 dan 2014 cakupan asuransi kesehatan di Indonesia masih cukup rendah. Pada tahun 2007 sebesar 25,76 persen dan tahun 2014 meningkat menjadi 48,85 persen dari total populasi yang disurvei. Rendahnya cakupan asuransi kesehatan di Indonesia, menyebabkan masyarakat harus membayar sendiri biaya kesehatan yang dikeluarkan.

Kondisi ini didukung dengan hasil penelitian dari van Doorslaer (2007), yang meneliti pembiayaan katastrofik di 14 negara di Asia. Pada penelitian ini disebutkan bahwa semua pelayanan kesehatan di Indonesia dikenakan biaya dan asuransi kesehatan nasional yang tergolong *non-full coverage*. Apabila dibandingkan dengan negara lain yang diteliti, kondisi ini menjadi salah satu penyebab mengapa pengeluaran OOP untuk kesehatan di Indonesia tergolong tinggi. Perawatan kesehatan di Bangladesh hanya mengenakan biaya pendaftaran untuk layanan rawat jalan dan rawat inap serta biaya rawat inap, sementara biaya layanan kesehatan lainnya dibiayai oleh asuransi kesehatan nasional.

Konsekuensi yang dihasilkan dari CHE beragam. Gertler dan Gruber (2002) menyatakan bahwa guncangan ekonomi dalam keluarga yang paling besar dan tidak dapat diprediksi disebabkan oleh penyakit. Kim dan Yang (2011) berpendapat bahwa kondisi kesehatan yang buruk, tidak hanya memberi dampak pada rasa sakit bagi penderita, namun juga dampak secara ekonomi bagi penderita dan keluarganya.

Rumah tangga yang mengalami CHE akan mengalami guncangan finansial sehingga harus mengurangi pengeluaran untuk kebutuhan dasar, berhutang, dan menjual aset untuk mengimbangi pengeluaran kesehatan (Choi et al., 2016). Mwai dan Muriithi (2016) menyatakan bahwa rumah tangga yang mengalami CHE akan berdampak pada pengeluaran dasar. Ensor dan San (1996) meneliti di daerah pedesaan Vietnam Utara, dan menemukan sekitar 60 persen rumah tangga miskin memiliki latar belakang hutang untuk biaya perawatan kesehatan.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, pembahasan mengenai CHE menarik untuk diteliti. Sebagian besar penelitian terkait membahas mengenai kejadian CHE (Aji et al., 2017; Jacobs et al., 2016; Pal, 2012; Xu et al., 2003), determinan CHE (Aregbeshola & Khan, 2018; Fazaeli et al., 2015; Kimani et al., 2016; Lee & Yoon, 2019; Nugraheni & Hartono, 2017; Sinha et al., 2016) dan dampak CHE pada kemiskinan (Alam & Mahal, 2014; Aregbeshola & Khan, 2018; Arsenijevic et al., 2013; Somkotra & Lagrada, 2008; Wagstaff & van Doorslaer, 2003). Penelitian yang membahas CHE telah banyak dilakukan, misalnya pengaruh pengeluaran kesehatan bagi kemiskinan, namun studi yang membahas mengenai pengaruh CHE pada kemampuan pengeluaran rumah tangga, khususnya bidang pendidikan dan makanan baru sebatas dilakukan oleh Kim dan Yang (2011).

Kim dan Yang (2011) meneliti pengaruh CHE pada pengeluaran rumah tangga di Korea Selatan. Hasil penelitian tersebut menemukan bahwa rumah tangga yang mengalami CHE memiliki pendapatan transfer dan pendapatan dari pinjaman yang lebih tinggi dibanding rumah tangga yang tidak mengalami CHE. Apabila dilihat dari aspek pengeluaran, rumah tangga yang mengalami CHE memiliki pengeluaran (selain pengeluaran kesehatan) yang lebih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa rumah tangga yang mengalami CHE, menghadapi guncangan ekonomi akibat tingginya pengeluaran kesehatan dan terpaksa mengurangi pengeluaran untuk kebutuhan lainnya.

Sebagian besar penelitian mengenai CHE di Indonesia membahas mengenai kejadian CHE, determinan CHE, dan pengaruh kepemilikan asuransi kesehatan pada CHE (Aizawa, 2019; Aji et al., 2013; Aji et al., 2017; Tama et al., 2020; Fuady et al.,

2018; Nugraheni & Hartono, 2017; van Doorslaer, 2007). Penelitian yang membahas pengaruh CHE pada komponen pengeluaran rumah tangga masih sedikit dilakukan di Indonesia. Gertler dan Gruber (2002) meneliti kondisi kesehatan terhadap kesejahteraan di Indonesia. Aspek kesejahteraan dalam penelitian tersebut dilihat dari komponen pengeluaran dan pendapatan rumah tangga. Penelitian tersebut menggunakan data level rumah tangga yang bersumber dari *Indonesian Resource Mobilization Survey (IRMS)* tahun 1991 dan 1993, dengan total sampel sebesar 2.922 rumah tangga dan menggunakan metode regresi *fixed effect model* (FEM).

Kontribusi penelitian ini dibandingkan dengan penelitian sebelumnya yaitu, kebaruan data, metode yang digunakan, objek penelitian, dan penyajian data. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Gertler dan Gruber (2002) menggunakan data *Indonesian Resource Mobilization Survey (IRMS)*, sedangkan studi ini menggunakan data dari *Indonesian Family Life Survey (IFLS)* tahun 2007 dan 2014. Kedua, studi Gertler dan Gruber (2002) menggunakan analisis data panel, sementara studi ini menggunakan *pooled cross section* dengan beberapa metode regresi. Penelitian ini menggunakan regresi *ordered logistic* (order logit), *logistic* (logit), dan *ordinary least square* (OLS). Ketiga, Gertler dan Gruber (2002) menganalisis dampak kondisi sakit pada penawaran tenaga kerja, pengeluaran non-kesehatan, dan pendapatan. Sementara itu, studi ini menganalisis dampak penyakit kronis pada probabilitas mengalami CHE serta dampak CHE pada pengeluaran rumah tangga.

Berdasarkan uraian pada paragraf sebelumnya, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh penyakit kronis pada CHE dan pengeluaran rumah tangga di

Indonesia. Pertama, penelitian ini meneliti kemungkinan rumah tangga mengalami CHE akibat penyakit kronis dengan menggunakan metode regresi *ordered logistic* (order logit) dan *logistic* (logit). Kedua, menganalisis pengaruh dari CHE pada pengeluaran rumah tangga dengan menggunakan regresi *ordinary least square* (OLS).

Ambang batas CHE yang digunakan dalam penelitian ini adalah 10 persen dan 25 persen dari total pengeluaran rumah tangga, serta 40 persen dari kapasitas rumah tangga untuk membayar (*capacity to pay/ CTP*). *Capacity to pay* (CTP) diperoleh dari nilai total pengeluaran rumah tangga dikurangi dengan total pengeluaran makanan. Penggunaan ambang batas 10 persen dan 25 persen dari total pengeluaran rumah tangga ini dipilih berdasarkan ketentuan insiden CHE yang digunakan dalam konsep *sustainable development goals* (SDGs), khususnya pada pilar 3.8.2 (WHO & World Bank, 2017). Sementara itu penggunaan ambang batas 40 persen dari CTP dipilih dengan merujuk penelitian yang dilakukan oleh Xu et al., (2003).

Variabel penyakit kronis dalam penelitian ini terdiri atas 10 jenis penyakit kronis. Penyakit tersebut adalah hipertensi, diabetes, *tuberculosis* (TBC), asma, paru, jantung, liver, stroke, kanker, dan arthritis. 10 jenis penyakit ini diambil dari kesamaan pertanyaan pada kuesioner IFLS tahun 2007 dan 2014. Sementara itu, penyakit asam urat, depresi, kolesterol, prostat, ginjal, pencernaan, psikis, dan ingatan tidak dimasukkan dalam penelitian ini karena hanya ada pada salah satu tahun *survey* saja.

Variabel dependen pada penelitian ini berupa *catastrophic health expenditure* (CHE) dan pengeluaran rumah tangga. Variabel pengeluaran yang digunakan terdiri atas pengeluaran makanan, pengeluaran non-makanan rutin, pengeluaran untuk

pendidikan, dan pengeluaran total. Pengeluaran makanan terdiri dari pengeluaran untuk makanan pokok, sayur mayur, lauk pauk, bumbu, serta minuman dan bahan konsumsi lainnya. Pengeluaran non-makanan rutin diantaranya adalah untuk listrik, air, bahan bakar, transportasi, telepon, rekreasi dan hiburan, keperluan rumah tangga, dan lain-lain.

Variabel kontrol yang digunakan pada penelitian ini meliputi karakteristik kepala rumah tangga, karakteristik rumah tangga, dan karakteristik individu. Karakteristik kepala rumah tangga terdiri dari tingkat pendidikan dan jenis kelamin. Karakteristik rumah tangga terdiri dari jumlah anggota rumah tangga yang bekerja, ukuran rumah tangga, *dummy* jumlah anggota rumah tangga berusia lansia, dan *dummy* lokasi tempat tinggal. Kepemilikan asuransi kesehatan dan *dummy* fasilitas kesehatan menjadi variabel karakteristik individu dalam penelitian ini. Penelitian ini juga menambahkan variabel interaksi antara *dummy* fasilitas kesehatan dengan kepemilikan asuransi kesehatan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan berbagai fenomena yang telah diuraikan dalam latar belakang penelitian ini, terdapat dua permasalahan yang akan dibahas, yaitu:

1. Bagaimana hubungan penyakit kronis pada kemungkinan rumah tangga mengalami CHE dengan berbagai ambang batas di Indonesia?
2. Bagaimana pengaruh CHE pada pengeluaran makanan, non-makanan rutin, pendidikan, dan total pengeluaran rumah tangga di Indonesia?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas, penelitian ini memiliki beberapa tujuan sebagai berikut:

1. Menguji dan menganalisis hubungan penyakit kronis pada kemungkinan rumah tangga mengalami CHE dengan berbagai ambang batas.
2. Menguji dan menganalisis pengaruh CHE pada pengeluaran (pengeluaran makanan, non-makanan rutin, pendidikan, dan total pengeluaran) dalam rumah tangga di Indonesia.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil analisis pada penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran mengenai hubungan penyakit kronis pada kemungkinan rumah tangga mengalami *catastrophic health expenditure* (CHE). Selanjutnya, hasil analisis penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran seberapa besar pengaruh CHE pada pengeluaran rumah tangga di Indonesia. Penelitian ini menampilkan analisis tambahan mengenai pengaruh penyakit kronis pada jumlah anggota rumah tangga yang bekerja. Hal ini dilakukan untuk melihat seberapa besar beban yang ditimbulkan dari penyakit kronis (*burden of diseases*) dan penyakit apa yang perlu menjadi fokus utama pemerintah.

Secara umum diharapkan penelitian ini mampu memberikan gambaran bagaimana pentingnya kesehatan dalam perekonomian. Pemerintah pusat maupun

daerah selaku pengambil kebijakan, dapat memanfaatkan penelitian ini sebagai pertimbangan dalam merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi kebijakan terkait dengan kesehatan dan perekonomian. Penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya yang ingin mengembangkan topik ini.

1.5 Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang memiliki dua tujuan. Pertama, melihat kontribusi penyakit kronis pada kemungkinan rumah tangga mengalami CHE. Kedua, bertujuan melihat pengaruh CHE pada pengeluaran rumah tangga.

Model dalam penelitian ini akan dianalisis menggunakan beberapa metode regresi. Regresi *ordered logistic* (order logit) dan *logistic* (logit) digunakan untuk melihat pengaruh penyakit kronis pada probabilitas rumah tangga mengalami CHE. Regresi *ordinary least square* (OLS) digunakan untuk melihat pengaruh CHE pada pengeluaran rumah tangga. Penelitian ini menggunakan data IFLS tahun 2007 dan 2014. Data ini diperoleh berdasarkan survei rumah tangga di 13 provinsi di Indonesia. Sampel yang dihasilkan oleh data IFLS dapat mewakili 83 persen dari populasi di Indonesia yang tinggal di 13 provinsi yang menjadi sasaran survei.

1.6 Sistematika Thesis

Penelitian ini disajikan dalam lima bab yang saling berkaitan dan sesuai dengan judul penelitian. Berikut adalah sistematika dalam penulisan penelitian ini:

BAB 1: PENDAHULUAN

Pada bab ini (Pendahuluan) memuat latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan thesis.

BAB 2: TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 (Tinjauan Pustaka) menjelaskan teori dan penelitian sebelumnya yang digunakan sebagai dasar penelitian. Pada bagian ini dijelaskan pula hipotesis dan model yang digunakan dalam kerangka pemikiran

BAB 3: METODE PENELITIAN

Metode penelitian memuat pendekatan penelitian, identifikasi definisi operasional dari setiap variabel, jenis dan sumber data, prosedur pengumpulan data, dan teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini.

BAB 4: HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini berisi gambaran umum penelitian, statistik deskriptif, menganalisis model, membuktikan hipotesis, serta membahas sesuai hasil yang diperoleh.

BAB 5: SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini merupakan bab penutup dari penelitian. Pada bab ini memuat simpulan hasil penelitian dan saran yang dapat diberikan berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh.