

## EVALUASI MANFAAT PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DAERAH BAGI MASYARAKAT KOTA YOGYAKARTA

THE EVALUATION OF COMMUNITY HEALTH INSURANCE SCHEME PROGRAM BENEFIT IN  
YOGYAKARTA MUNICIPALITY

Rohadanti<sup>1</sup>, Sigit Riyarto<sup>2</sup>, Retna Siwi Padmawati<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta

<sup>2</sup> Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan,  
Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

<sup>3</sup> Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada,  
Yogyakarta

### ABSTRACT

**Background:** The Program of Community Health Insurance Scheme (Jamkesda) in Yogyakarta Municipality is organized by the Technical Unit Regional Health Insurance Provider (UPT PJKD) with funds from the municipal budget. The rules about membership, benefits and amount of Jamkesda are appointed in the Mayor Regulation. There has been no comprehensive research about benefits and the perceived difficulty when using Jamkesda. Therefore, this research aims to determine this issue.

**Methods:** This was an observational study using quantitative and qualitative methods. The quantitative respondents (n = 154) were selected accidentally when the patients were being treated at two hospitals in Yogyakarta and were based on the recapitulation of the claims in the previous month. The qualitative respondents (n = 10) were selected by purposive sampling for patients with chronic illnesses and with very high claims. Data collection was taken by questionnaire and guideline for in-depth interviews to Jamkesda participants who had been treated in the two hospitals.

**Results:** The respondents perceived that Jamkesda was beneficial despite objecting to 51.30% of the cost sharing. Therefore, in in-depth interviews five respondents expressed that they had to borrow money to pay for it. A total of 61.04% respondents used a letter of recommendation from Department of Social, Labor and Transmigration (those with no health insurance). Difficulty in handling the identity of membership was only experienced by 16.23%, while 78.57% had no problem in it. Those who found difficulty were looking for a solution to the government administrator as RT/RW, parliaments, NGOs and neighbors. Around 78.57% of respondents did not understand about the Jamkesda service limit; they only knew information relating to their current interests. A total of 89.61% respondents knew that Jamkesda was an aid. All respondents in in-depth interview and around 73.38% respondents paid the cost sharing more than 10% of total claims. From the total household expenditure, almost all (99.35 %) were catastrophic as the health spent more than 40% of their household expenditure whereas 73.38% earned below the minimum wage income.

**Conclusion:** High cost sharing can result in large catastrophic expenses. Therefore, there is a need for reassessing the Jamkesda benefit package in order that the financial protection of household can be achieved.

**Key words:** Jamkesda, benefits, cost sharing, catastrophic expenditure

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Kota Yogyakarta diselenggarakan oleh Unit Pelaksana Teknis Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah (UPT PJKD) dengan sumber dana berasal dari APBD Kota Yogyakarta. Aturan tentang kepesertaan, *benefit* dan besarnya terdapat dalam Peraturan Walikota. Belum ada penelitian yang *komprehensif* tentang manfaat dan kesulitan yang dirasakan masyarakat dalam menggunakan Jamkesda Kota Yogyakarta maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hal tersebut.

**Metode:** Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan metode kuantitatif dan kualitatif. Responden kuantitatif (n=154) dipilih secara *accidental* ketika pasien sedang berobat di dua rumah sakit di Yogyakarta dan didasarkan pada rekapitulasi klaim pada bulan sebelumnya. Responden kualitatif (n=10) dipilih dengan *purposive sampling* yaitu pasien dengan penyakit kronis dan yang mempunyai klaim sangat tinggi. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan pedoman wawancara mendalam kepada peserta Jamkesda yang sedang atau telah dirawat di dua RS tersebut.

**Hasil:** Responden merasakan manfaat Jamkesda walaupun 51,30% merasa keberatan dengan besar *cost sharing*, sehingga sebagian responden pada wawancara mendalam menyatakan mengutang untuk membayarnya. Sebanyak 61,04% responden menggunakan surat rekomendasi Dinas Sosial Tenaga Kerja dan Transmigrasi untuk berobat karena tidak memiliki jaminan kesehatan. Kesulitan dalam pengurusan identitas kepesertaan hanya dialami oleh 16,23%, sedangkan 78,57% merasa mudah dalam pemanfaatannya. Masyarakat yang merasa kesulitan pada wawancara mendalam, mencari solusi kepada pengurus RT/RW, anggota DPRD, LSM dan tetangga. Sekitar 78,57% responden tidak memahami batasan pelayanan Jamkesda dan hanya mengetahui informasi yang berhubungan dengan kepentingan mereka saat itu. Sebanyak 89,61% responden mengetahui bahwa Jamkesda hanya bersifat bantuan. Semua responden pada wawancara mendalam serta 73,38% responden membayar *cost sharing* lebih dari 10% total klaim dari pengeluaran rumah tangga, hampir semua (99,35% responden) mengalami pengeluaran katastrofik yakni pengeluaran biaya kesehatan lebih dari 40% pengeluaran rumah tangga setelah dikurangi pengeluaran kebutuhan pokok padahal 73,38% masyarakat berpenghasilan di bawah UMR.

**Kesimpulan:** *Cost sharing* yang besar dapat berakibat pengeluaran katastrofik sehingga perlu dikaji kembali *benefit package* Jamkesda agar perlindungan terhadap keuangan rumah tangga dapat dicapai.

**Kata kunci:** jamkesda, manfaat, *cost sharing*, pengeluaran katastrofik

## PENGANTAR

Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Kota Yogyakarta diselenggarakan untuk meningkatkan pembiayaan kesehatan sehingga pelayanan kesehatan masyarakat dapat dilaksanakan dengan optimal, kendali mutu dan biaya. Tujuan yang ingin dicapai adalah mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, dimana kesehatan adalah tanggungjawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta sehingga tercapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Berdasarkan hasil penelitian ATP dan WTP tahun 2008, sebanyak 50,4% penduduk Kota Yogyakarta belum memiliki asuransi dan 19,2% menyatakan pasrah jika sakit. Hal ini menunjukkan bahwa hampir separuh warga Kota Yogyakarta tidak siap biaya jika jatuh sakit<sup>1</sup>.

Penyelenggaraan Jamkesda Kota Yogyakarta melibatkan tiga pihak, yaitu: 1) Unit Pelaksana Teknis Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah (UPT PJKD) adalah unit pelaksana teknis di dinas kesehatan yang ditunjuk sebagai penyelenggara Jamkesda Kota Yogyakarta, 2) Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) baik puskesmas maupun PPK II/III yang bekerjasama dengan dinas kesehatan dalam penyelenggaraan Jamkesda, dan 3) Peserta adalah masyarakat yang mempunyai identitas kepesertaan Jamkesda, yang iurannya dibayar oleh pemerintah Kota Yogyakarta, masyarakat miskin (dengan identitas Kartu Menuju Sehat/KMS), masyarakat yang belum memiliki jaminan kesehatan, *defabel*, HIV/AIDS, Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita/Anak (DDTKB/A), penjangkaran anak sekolah oleh puskesmas, kasus *life saving*, pengurus RT/RW/LPMK, kader kesehatan, PKK RW, Petugas Sosial Masyarakat (PSM), pengelola tempat ibadah, pasien Yogyakarta *Emergency System* (YES) 118 (program pelayanan kegawatdaruratan medis yang terjadi di wilayah Kota Yogyakarta), anak sekolah program Sepeda Kanggo Sekolah Lan Nyambut Gawe (Sego Segawe) yaitu program wajib bagi anak sekolah di wilayah Kota Yogyakarta dengan bersepeda saat menuju, pulang dan melaksanakan tugas sekolah, kelompok khusus dan Guru Tidak Tetap (GTT) dengan kuota yang telah ditentukan.

Identitas kartu peserta Jamkesda diberikan kepada pengurus RT/RW/LPMK/PKK RW/ kader kesehatan, PTT/GTT, pengelola tempat ibadah, penderita HIV/AIDS, sedangkan untuk masyarakat miskin pemegang KMS tetap bisa menggunakan haknya dengan KMS. Peserta atau sasaran yang lain menggunakan surat keterangan atau rekomendasi dari pihak berwenang sesuai Peraturan Walikota.

Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) adalah suatu tatanan yang mengatur penyelenggaraan jaminan kesehatan di daerah dengan menggunakan prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial. Sistem ini merupakan subsistem jaminan kesehatan nasional maka prinsip-prinsip dalam sistem jaminan kesehatan nasional harus dianut di dalamnya<sup>2</sup>.

Pelayanan klaim Jamkesda Kota Yogyakarta berupa bantuan biaya pengobatan dan perawatan, yaitu klaim perorangan dengan sistem *reimbursement* dan klaim kelompok dari PPK. Klaim *reimbursement* ditujukan untuk masyarakat yang menjadi sasaran Jamkesda yang menjalani rawat jalan baik ke dokter umum maupun dokter spesialis (kecuali bagi masyarakat dengan rekomendasi Dinsosnakertrans). Biaya perawatan dan pengobatan dibayar keseluruhan oleh masyarakat kepada PPK yang dituju, kemudian semua kuitansi yang disertai dengan kelengkapan lain (surat rujukan, fotocopy kartu peserta bagi yang mendapatkan kartu Jamkesda atau rekomendasi instansi lain yang berlaku, fotocopy KTP dan KK, serta surat diagnosa penyakit) dikumpulkan ke UPT PJKD maksimal 1 bulan sejak tanggal yang tertera di kuitansi. Jika telah memenuhi syarat maka akan diverifikasi biaya yang akan diganti berdasarkan Peraturan Walikota yang berlaku, kemudian secara bersama (rekapitulasi dengan klaim peserta lain dan klaim kelompok) diajukan ke dinas kesehatan dan mengikuti mekanisme keuangan daerah.

Klaim kelompok merupakan klaim yang diajukan oleh PPK dengan ketentuan untuk puskesmas adalah seluruh biaya atas pengobatan dan perawatan yang diberikan kepada peserta (sesuai Peraturan Daerah tentang retribusi puskesmas), sedangkan untuk RS adalah seluruh biaya yang tertera dalam surat jaminan yang dikeluarkan oleh UPT PJKD atas biaya rawat inap di RS bagi masing-masing peserta Jamkesda yang menggunakan haknya.

Tidak terdapat ketentuan pasti tentang besar *cost sharing*. Hal ini karena pedoman tarif untuk melakukan verifikasi biaya sama untuk semua jenis penyakit dan sama untuk semua rumah sakit sehingga untuk rawat inap, besar *cost sharing* akan diketahui setelah dilakukan verifikasi (sebelum pasien pulang/ keluar rawat inap).

Kemiskinan dan kesehatan mempunyai hubungan timbal balik yang kuat. Di Indonesia sistem kesehatan yang ada justru membuat semakin miskin penduduk yang sakit. Belanja kesehatan rumah tangga di Indonesia untuk berobat di tahun 2003 berasal dari penghasilan dan tabungan (77%), penjualan atau gadai harta sebesar 5,4%, bantuan keluarga sebesar

7%, bantuan pihak lain sebesar 7,5% dan jaminan kesehatan hanya sebesar 3%<sup>3</sup>. Kejadian demikian dapat merupakan suatu pengeluaran katastrofik. Pengeluaran katastrofik terjadi ketika sebuah rumah tangga harus mengurangi biaya kebutuhan dasar selama periode tertentu, menjual aset atau menghutang dalam rangka untuk memenuhi biaya pelayanan kesehatan anggota rumah tangganya. Pengeluaran katastrofik didefinisikan sebagai pengeluaran yang melebihi 40% dari pendapatan setelah dikeluarkan kebutuhan pokok. Dampak katastrofik adalah masalah yang timbul akibat terganggunya keuangan rumah tangga, seperti mengganggu standar hidup dan produktifitas<sup>4,5</sup>.

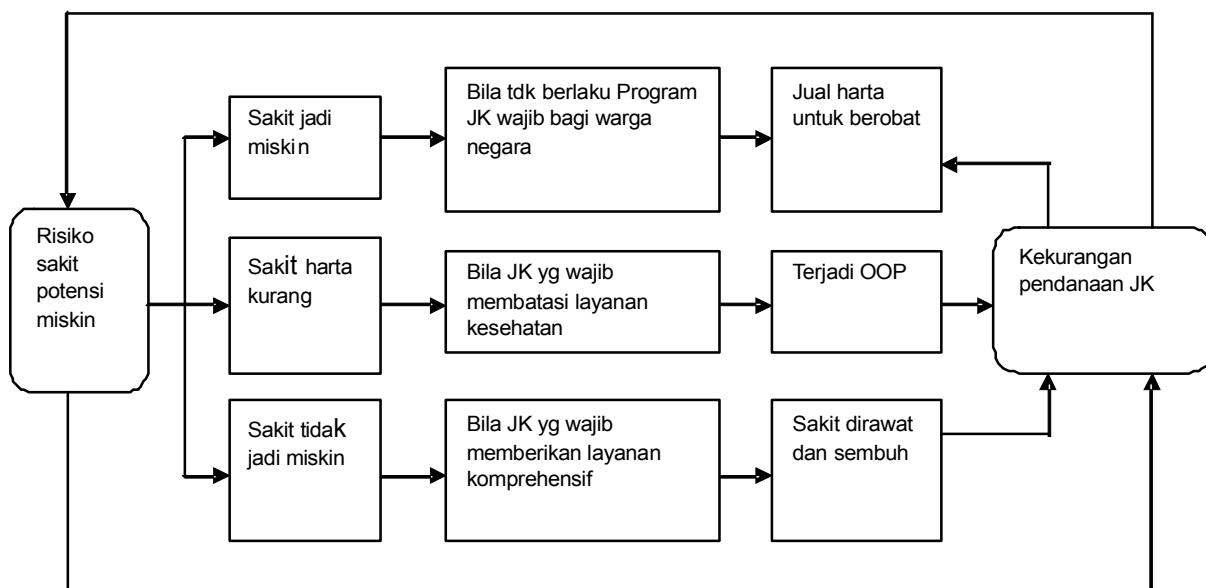
Sebuah simulasi pernah dilakukan dan menunjukkan bahwa pengurangan risiko finansial katastrofik sebuah rumah tangga dapat dicapai jika proporsi subsidi pemerintah lebih besar diarahkan untuk biaya rawat inap karena subsidi pengobatan rawat jalan walaupun dinilai cukup efektif untuk mengurangi risiko katastrofik namun hanya untuk orang yang sangat miskin<sup>6</sup>. Jaminan kesehatan yang komprehensif dan berprinsip asuransi sosial diarahkan untuk mencegah kejadian di atas<sup>7</sup>.

Risiko kejadian sakit yang dapat mengakibatkan kemiskinan dapat dilihat dalam Gambar 1<sup>8</sup>.

Pemerintah perlu mempertimbangkan cara untuk mengurangi kejadian katastrofik, diantaranya adalah memperluas cakupan penduduk yang memiliki asuransi dan melindungi masyarakat miskin dan kurang beruntung (seperti usia lanjut, penyandang cacat, penyakit kronik dan penyakit tertentu)<sup>5</sup>.

Pada penyelenggaraan jaminan kesehatan, diperkenankan menerapkan mekanisme iur bayar/ *cost sharing* (biaya yang ditanggung peserta jaminan kesehatan) sebagai bentuk pengendalian biaya<sup>10</sup>. *Cost sharing* dibagi menjadi 2 yaitu secara langsung dan tidak langsung<sup>11</sup>. *Cost sharing* secara langsung dibagi menjadi 3 yaitu: 1) *copayment* (jumlah biaya tertentu yang harus dibayar oleh peserta, di atas jumlah tersebut baru diganti), 2) *coinsurance* (persentase biaya yang harus dibayar oleh peserta dan sisanya dibayar oleh badan penyelenggara), dan 3) *deductible* (jumlah biaya tertentu dalam suatu termin yang harus dikeluarkan oleh peserta sebelum badan penyelenggara membayar kewajibannya). *Cost sharing* tidak langsung misalnya berobat di PPK yang tidak dikontrak oleh badan penyelenggara, kelebihan biaya obat, tanpa surat rujukan saat berobat ke PPK II dan III, pelayanan yang tidak ditanggung serta premi.

Pada saat badan penyelenggara jaminan kesehatan menerapkan sistem *cost sharing* bagi pesertanya, maka harus diperhatikan besar *cost sharing* tersebut, jika *out of pocket (cost sharing)* terlalu rendah maka premi menjadi tinggi dan tidak efisien dan tidak ada batas berapa nantinya harus dibayar oleh peserta maka asuransi ini bisa tidak berfungsi untuk mengurangi risiko finansial peserta<sup>12</sup>. Kebijakan mengenai *cost sharing* dalam program *Medicare* di California dengan memberlakukan *cost sharing* yang tinggi untuk pelayanan kesehatan primer (pelayanan kesehatan terutama untuk penyakit akut) dan pada biaya obat untuk mengurangi prevalensi moral hazard pada kedua layanan tersebut, yang berarti biaya



Gambar 1. Risiko Sakit yang Berpotensi Miskin

asuransi kesehatan untuk kedua layanan berkurang, sehingga biaya yang tidak digunakan dalam kedua layanan dipakai sebagai suplemen biaya pada layanan rawat inap yang membutuhkan biaya lebih besar<sup>13</sup>.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan metode kuantitatif dan kualitatif. Responden kuantitatif (n=154) dipilih secara *accidental* pada pasien sedang dan telah berobat di dua rumah sakit di Yogyakarta pada bulan sebelumnya. Responden kualitatif (n=10) dipilih dengan *purposive sampling* yaitu pasien yang telah dirawat di dua rumah sakit, dengan penyakit kronis dan yang mempunyai klaim sangat tinggi. Kriteria inklusi bagi responden pada pengumpulan data kualitatif adalah: 1) bersedia menjadi responden, 2) memiliki kartu peserta Jamkesda atau identitas kepesertaan Jamkesda, 3) mengalami sakit gagal ginjal kronik atau kanker atau stroke atau penyakit jantung, dan 4) pernah mengajukan keluhan kepada Pemerintah Kota Yogyakarta tentang Jamkesda.

Data yang diperoleh dengan kuesioner terhadap responden dianalisis dengan langkah-langkah berupa data *coding*, *entering*, dihasilkan *output* data kemudian data *analizing univariat* dalam distribusi frekuensi. Hasil wawancara mendalam dianalisis secara kualitatif yaitu dengan mendeskripsikan hasil wawancara mendalam, melakukan pengelompokan data, penafsiran data dengan interpretasi data masing-masing pertanyaan kemudian mendeskripsikan sesuai pokok-pokok permasalahan.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Surat rekomendasi Dinas Sosial Tenaga Kerja dan Transmigrasi (Dinsosnakertras) diberikan kepada masyarakat Kota Yogyakarta yang belum memiliki jaminan kesehatan dan membutuhkan bantuan biaya perawatan dan pengobatan. Untuk mendapatkan surat ini masyarakat harus mengajukan surat permohonan keringanan biaya ke RT, RW, Kelurahan dan Kecamatan yang selanjutnya dibawa ke Dinsosnakertras, kemudian dilakukan verifikasi lapangan terhadap kelayakan untuk menerima bantuan biaya kesehatan dan jika dinyatakan layak menerima bantuan biaya maka masyarakat tersebut akan diberikan surat rekomendasi dan dibawa ke UPT PJKD sebagai identitas kepesertaan.

### Karakteristik Responden

Sebagian besar responden (61,04%) menggunakan identitas surat rekomendasi Dinsosnakertras

yang menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat Kota Yogyakarta belum memiliki jaminan kesehatan, hal ini seperti dalam penelitian sebelumnya yang mengungkapkan sebanyak 50,4% masyarakat Kota Yogyakarta tidak memiliki asuransi kesehatan<sup>1</sup>.

Tabel 1. Karakteristik Responden dengan Kuesioner

Karakteristik	Frekuensi (F)	%
<b>Umur</b>		
0- 14 tahun	24	15,58
15-64 tahun	111	72,08
> 64tahun	19	12,34
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	87	56,49
Perempuan	67	43,51
<b>Identitas Kepesertaan</b>		
KMS	47	30,52
Kartu Jamkesda	13	8,44
Rekomendasi Dinsosnakertras	94	61,04
<b>Penghasilan</b>		
< Rp808.000,00	113	73,38
Rp800.001,00- Rp1.500.000,00	33	21,43
> Rp1.500.000,00	8	5,19
<b>Klaim</b>		
<Rp1.000.000,00	20	12,99
Rp1.000.001,00- Rp5.000.000,00	111	72,08
>Rp5.000.000,00	23	14,94
<b>Penyakit</b>		
Penyakit Jantung	13	8,44
Gagal Ginjal Kronik	14	9,10
Kanker/Tumor	9	5,84
Stroke	9	5,84
Penyakit lain	109	70,78

Sebagian besar responden dalam penelitian ini, umur produktif yaitu antara 15- 64 tahun<sup>14</sup> dengan sebaran sebagian besar 68,97% laki-laki dan 76,12% perempuan yang disebabkan karena pola hidup dari masyarakat yang kurang mengikuti pola hidup sehat, pada orang dewasa berdasarkan estimasi bahwa 80% kejadian penyakit jantung, stroke, DM tipe II dapat dikurangi dengan diet sehat, aktifitas fisik yang teratur dan menahan diri dari konsumsi tembakau<sup>15</sup>. Penelitian ini tidak dilakukan wawancara lebih mendalam terhadap kemungkinan-kemungkinan tersebut. Kejadian sakit pada umur produktif dapat berpengaruh pada produktifitas rumah tangga yang dapat berakibat pada kestabilan ekonomi rumah tangga.

Pada wawancara mendalam, lima orang juga menunjukkan bahwa penghasilan rumah tangga yang tidak tetap, seperti kutipan: "Nggak tentu ya mbak, soalnya saya tukang parkir ...realitanya sejuta lah ya sebulan mungkin kurang lebih sejuta lah sebulan. " (responden gagal ginjal kronik, laki-laki 40 tahun)

Penelitian lain juga menemukan hal sama bahwa penghasilan di bawah Upah Minimum Regional (UMR) yang dapat mempengaruhi kesulitan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar termasuk kesehatan<sup>16</sup>.

**Pengertian Tentang Jamkesda**

Sebagian besar responden mengetahui bahwa jaminan yang diberikan Jamkesda bersifat bantuan atau tidak gratis, hal ini memberi kesadaran responden bahwa ada sebagian biaya yang harus ditanggung oleh keluarga, namun besaran biaya yang ditanggung dan dilayani oleh Jamkesda kurang dimengerti oleh responden.

**Tabel 2. Pengetahuan Tentang Batasan Pelayanan Jamkesda**

Variabel		Frekuensi	%
Pengetahuan tentang jaminan yang diberikan Jamkesda bersifat bantuan (bukan gratis)	Ya	138	89,61
	Tidak	16	10,39
Pengetahuan tentang batasan pelayanan yang ditanggung Jamkesda	Ya	33	21,43
	Tidak	121	78,57

Pada wawancara mendalam juga terungkap hal yang sama: “Saya nggak tau mbak, karena saya belum pernah yang namanya...apa itu...gakin itu segala macam kan belum pernah...”(responden kanker, laki-laki/ 45 tahun)

Hal ini karena informasi tidak sampai ke masyarakat secara luas dan mereka justru mendapatkan informasinya dari tetangga (informal)<sup>17</sup>.

**Kemudahan, Kesulitan Pengurusan dan Memanfaatkan Identitas Kepesertaan Jamkesda**

Kemudahan pengurusan untuk mendapatkan identitas kepesertaan Jamkesda dapat dilihat pada Tabel dibawah, dan dinyatakan pula oleh delapan orang pada wawancara mendalam yang tidak mengalami kesulitan dalam pengurusan mendapatkan identitas kepesertaan Jamkesda dan sembilan orang menyatakan hal yang sama dalam memanfaatkan di rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa prosedur yang berlaku di Jamkesda Kota Yogyakarta cukup dapat diterima dan dijalani oleh sebagian masyarakat.

**Tabel 3. Kemudahan dan Kesulitan Pengurusan dan Memanfaatkan Identitas Kepesertaan Jamkesda**

Variabel		Frekuensi	%
Kemudahan pengurusan untuk mendapatkan identitas kepesertaan Jamkesda	mudah	142	92,21
	sulit	12	7,79
Kesulitan pengurusan untuk mendapatkan identitas kepesertaan Jamkesda	mudah	129	83,77
	sulit	25	16,23
Kesulitan dalam memanfaatkan Jamkesda di rumah sakit	mudah	121	78,57
	sulit	33	21,43

Sebagian besar responden pada wawancara mendalam mengungkapkan bahwa Jamkesda cukup

bermanfaat membantu meringankan beban biaya. Hal ini menunjukkan masyarakat secara umum menganggap jaminan kesehatan yang ada bermanfaat<sup>17,18</sup>.

**Besar Cost Sharing**

Terdapat 73,38% responden yang masih harus membayar *cost sharing* lebih dari 10% dari keseluruhan biaya atau 99,35% responden dan semua pada wawancara mendalam mengeluarkan biaya *cost sharing* lebih dari 40% pengeluaran rumah tangga yang telah dikurangi pengeluaran kebutuhan pokok. Sebuah jaminan kesehatan yang bersifat wajib menjadi kurang bermanfaat jika *out of pocket* lebih dari 10% dari total biaya terutama untuk penyakit yang berisiko tinggi seperti kanker, jantung koroner dan gagal ginjal<sup>8</sup>. Hal ini seperti dalam penelitian tentang pola pengeluaran rumah tangga bahwa 20-71% berasal dari kebutuhan non makanan untuk kebutuhan rawat inap, yang menjelaskan bahwa penduduk Indonesia memiliki resiko finansial sangat tinggi dalam menghadapi kemungkinan kerugian akibat sakit<sup>19</sup>.

Kejadian pengeluaran kesehatan katastrofik dapat terjadi pada hampir semua responden dalam penelitian ini. Padahal secara umum di Indonesia pada tahun 2001 dan 2004 kepemilikan asuransi bersumber pemerintah terbukti mencegah pengeluaran kesehatan katastrofik<sup>20</sup>. Subsidi pemerintah khususnya terhadap penyakit kronik dan penyakit yang membutuhkan biaya besar juga telah dilakukan dalam program asuransi kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil dalam PP No. 28/ 2003 tentang Subsidi dan Luran Pemerintah dalam Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan Bagi Pegawai Negeri Sipil Dan Penerima Pensiun<sup>21</sup>.

**Pendapat Tentang Besar Cost Sharing**

Sebanyak 51,30 % responden dan semua pada wawancara mendalam menyatakan keberatan dengan *cost sharing*, selain itu keluarga pasien yang dirawat di rumah sakit juga harus mengeluarkan biaya kebutuhan lain seperti biaya makan, transportasi dan foto copy administrasi yang diperlukan

**Tabel 4. Pendapat Tentang Besar Biaya yang Masih Harus Dibayar**

Variabel		Frekuensi (F)	%
Keberatan dengan biaya yang masih harus ditanggung	(keberatan)	79	51,30
	Tidak	75	48,70

Sehingga biaya yang harus dikeluarkan dari kantong sendiri untuk pelayanan kesehatan belum proporsional dengan kemampuan ekonomi<sup>20</sup>. Biaya

tambahan yang mahal khususnya untuk obat-obatan juga diungkapkan oleh 58,1% responden di Kabupaten Ngada<sup>16</sup>.

Beberapa responden pada wawancara mendalam menyatakan harus mencari cara untuk membayar *cost sharing*, ada yang meminjam uang kepada pihak lain, dengan bantuan saudara dan tabungan orang tua. Langkah mengutang kepada pihak lain dengan cara menggadaikan barang/ aset sebagai jaminan utang dapat menjadi beban biaya rumah tangga yang berkepanjangan, seperti dalam penelitian ATP/WTP Kota Yogyakarta tahun 2008 yang menyatakan sebanyak 29,6% responden akan mengambil uang tabungan jika anggota keluarganya sakit dan memerlukan biaya pengobatan, dan sebanyak 19,2% menyatakan pasrah jika sakit<sup>1</sup>.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Kota Yogyakarta kurang bermanfaat karena walaupun sebagian besar masyarakat merasakan manfaat bantuan biaya dengan kemudahan prosedur namun masih banyak masyarakat yang merasa keberatan dengan besar *cost sharing*.

Sebagian besar responden membayar *cost sharing* lebih dari 10% dari keseluruhan biaya dan melebihi 40% pengeluaran rumah tangga yang telah dikurangi pengeluaran kebutuhan pokok.

*Cost sharing* masih cukup besar dan sudah melampaui batas pengeluaran katastrofik, dapat membuat beban pembiayaan kesehatan yang cukup tinggi dan tujuan jaminan kesehatan belum tercapai dalam penyelenggaraan Jamkesda Kota Yogyakarta.

Hambatan dan kesulitan yang masih dialami masyarakat diantaranya alurnya berbelit-belit, rumah sakit tidak memberikan kelengkapan syarat klaim dan prosedur tidak objektif.

### Saran

Perlu dikaji kembali besar benefit atau jaminan berdasarkan kemampuan ekonomi dan jenis penyakit sehingga anggaran dapat dialihkan untuk pelayanan rawat inap terutama penyakit kronis dan yang membutuhkan biaya besar. Sarana penyampaian informasi tentang Jamkesda kepada masyarakat perlu dievaluasi kembali. Pengembangan program Jamkesda yang dapat mencakup seluruh masyarakat Kota Yogyakarta dengan mekanisme yang disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## REFERENSI

1. Wiyadi N, Riyarto S, dan Istiono W. Kemampuan Dan Kemauan Membayar (ATP/ WTP) Premi Asuransi Kesehatan Masyarakat Kota Yogyakarta Tahun 2008, Laporan Penelitian Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Dengan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, Yogyakarta, 2008.
2. Mukti A, Moertjahjo. Sistem Jaminan Kesehatan Konsep Desentralisasi Terintegrasi, Cetakan Ketiga, Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada Bekerjasama Dengan Asosiasi Jaminan Sosial Daerah, Yogyakarta, 2007.
3. Thabrany H. Sakit, Pemiskinan dan MDGs, PT Kompas Media Nusantara, Jakarta, 2009.
4. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and Impoverishment In Paying For Health Care: With Applications to Vietnam 1993-1998, Health Economics, 2003;12:921-934.
5. WHO. Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure, Technical Brief for Policy Maker, Numer 2, WHO, Geneva, 2005.
6. Pradhan M, Prescott N. Social Risk Management Options For Medical care In Indonesia, Health Economics, 2002;11:431-446.
7. Thabrany H. Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan, Bagian A, Edisi Agustus 2005, Pamjaki, 2005.
8. Purwoko B. Pemusatan Risiko Suatu Prosedur Operasi Baku Dalam Penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial, , 2011.
9. Doorslaer E V, O'Donnell O, Rannan-Eliya R P, Effect Of Payment For Health Care On Poverty Estimates In 11 Countries In ASIA: An Analysis Of Household Survey Data, Lancet, 2006;368: 1357-64, Diambil Dari [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), Diakses Tanggal 23 Januari 2012.
10. Undang-Undang No. 40/2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
11. Lundy J, Benjamin D. Cost Sharing For Health Care: France, Germany, And Switzerland, The Henry J. Keiser Family Foundation, Diambil Dari [www.kff.org](http://www.kff.org) (Diakses Tanggal 1 Desember 2011)
12. Rosen, M. J. How Much Are Out Of Pocket Costs, Health Insurance Info, Diambil Dari Health Insurance, 2010.
13. Chandra A, Guber J, & McKnight R. Patient Cost-sharing, Hospitalization Offsets, and The Design of Optimal Health Insurance for The Eld-

- erly, NBER Working Papers Series, Diambil Dari <http://www.nber.org/papers/w12972> (Diakses Tanggal 21 Januari 2012)
14. Departemen Kesehatan RI. Glosarium Data Dan Informasi Kesehatan, Jakarta, 2006.
  15. Sawyer S M, Drew S, Yeo M S, Britto M T. Adolescent With A Chronic Condition: Challenges Living, Challenges Treating, *Lancet* 2007; 369 Issue 9571:1481-1489, Diambil Dari [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) (Diakses Tanggal 20 Februari 2012)
  16. Nenu MBS. Hubungan Antara Persepsi Masyarakat Miskin Peserta Jaminan Kesehatan Daerah dengan Utilisasi Layanan Kesehatan di Kabupaten Ngada, Tesis, Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2011.
  17. Kiswanto E. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Kota di Yogyakarta, Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2006.
  18. Noviansyah P. Persepsi Masyarakat Terhadap Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin di kota Metro Propinsi Lampung, Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2006.
  19. Nadjib M, Pujiyanto. Pola Pengeluaran Rumah Tangga untuk Kesehatan Pada Kelompok Marginal dan Rentan, *Makara Kesehatan*, 2002; 6(2); 35-46.
  20. Hariyadi K. Determinan Pengeluaran Kesehatan Katastrofik Di Indonesia, Tesis, Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2006.
  21. Pemerintah RI. Tentang Subsidi dan Iuran Pemerintah Dalam Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan Bagi Pegawai Negeri Sipil Dan Penerima Pensiun, Jakarta, 2003.