

BENARKAH SUBSIDI JAMINAN KESEHATAN MENINGKATKAN PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN PRIMER OLEH PENDUDUK MISKIN PERKOTAAN

IS SUBSIDIZED HEALTH INSURANCE INCREASE PRIMARY HEALTH SERVICE UTILIZATION BY URBAN POOR

Achmad Djunawan

Program Studi Administrasi Rumah Sakit, Sekolah Tinggi Kesehatan Yayasan dr Soetomo, Indonesia

ABSTRAK

Latar Belakang: Pemerintah telah menetapkan peraturan tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan kesehatan untuk penduduk miskin disubsidi sepenuhnya oleh dana kesehatan pemerintah. Berdasarkan data badan pusat statistik, pada maret 2017 menunjukkan jumlah penduduk miskin di Indonesia mencapai 27,77 juta jiwa (10,64%) sedangkan 10,67 juta jiwa berada di perkotaan. Pada awal diberlakukannya JKN jaminan kesehatan idealnya penduduk miskin lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan milik pemerintah dari pada pelayanan kesehatan milik swasta. Tujuan: Dengan asumsi jaminan kesehatan menghilangkan hambatan biaya bagi penduduk miskin perkotaan, maka penelitian ini ingin membuktikan hipotesis bahwa penduduk miskin perkotaan yang memiliki jaminan kesehatan lebih menggunakan pelayanan kesehatan milik pemerintah. Selain itu membuktikan bahwa penduduk miskin perkotaan dengan jaminan kesehatan bersubsidi lebih menggunakan pelayanan kesehatan pemerintah dibandingkan dengan yang tidak. Metode: Penelitian ini menggunakan data Indonesian Family Life Survey (IFLS5) dengan rancangan penelitian cross sectional. Sampel penelitian adalah penduduk miskin perkotaan di 13 provinsi Indonesia yang berusia 15 tahun ke atas. Penelitian ini menggunakan analisis regresi logistik. Hasil: Hasil menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan pemerintah tetap menjadi pilihan bagi masyarakat miskin ketika merasakan gejala tetapi penduduk miskin masih lebih kecil kemungkinan untuk terjamin oleh asuransi kesehatan dibandingkan penduduk kaya. Jaminan kesehatan terbukti meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan pemerintah terutama saat adanya pemberian subsidi terhadap penduduk miskin perkotaan. Kesimpulan: Perlu adanya peningkatan cakupan jaminan kesehatan ke seluruh masyarakat khususnya masyarakat miskin. Harus ada subsidi bagi masyarakat miskin untuk meningkatkan pelayanan kesehatan. Perlu adanya penelitian lebih lanjut tentang mekanisme pembayaran biaya pelayanan kesehatan non-pemerintah dan penelitian tentang efektivitas jaminan kesehatan bersubsidi sebagai proteksi finansial pada rumah tangga miskin.

Kata Kunci: Jaminan kesehatan, Penduduk miskin perkotaan, Pemanfaatan, Layanan kesehatan primer

ABSTRACT

Background: Based on the Statistics Bureau, in March 2017 showed the number of poor people in Indonesia reached 27,77 million people (10,64%) while 10,67 million people were in urban areas. Objective: Assuming health insurance eliminates cost constraints for the urban poor, this study would like to prove the hypothesis that the urban poor who have health insurance use

public health services more than private ones. It also proves that the poor with subsidize health insurance improve utilization of public health services. Method: This study used Indonesian Family Life Survey (IFLS5) data with cross sectional study design. The study sample is urban poor in 13 provinces of Indonesia aged 15 years and over. This study use logistic regression analysis. Result: The results show that public health services remain an option for the poor when experiencing symptoms but the poor are still less likely to be covered by health insurance than the rich. Health insurance proves to increase the utilization of public health services, especially when the provision of subsidies to the urban poor. Conclusion: Increasing health insurance coverage to the entire community, especially the poor. Government subsidize the poor to increase utilization of public health services. Further research on the mechanism of payment of non-public health services costs and research on the effectiveness of subsidized health insurance as a financial protection for poor households.

Keywords: Health insurance, Urban poor, Utilization, Primary Health service

PENDAHULUAN

Pemerintah bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyeluruh, bermutu dan terjangkau untuk masyarakat, baik pelayanan promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Pemerintah telah menetapkan peraturan tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional adalah perlindungan kesehatan dari pemerintah kepada peserta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan⁽¹⁾. Pelayanan kesehatan pada JKN diberlakukan pada tanggal 1 januari 2014 tersebut mengikuti sistem rujukan berjenjang yang artinya peserta JKN tidak diperkenankan untuk menggunakan pelayanan tingkat lanjut tanpa adanya rujukan atau dalam keadaan gawat darurat⁽²⁾.

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS), penduduk miskin pada maret 2017 menunjukkan jumlah penduduk miskin di indonesia mencapai 27,77 juta jiwa (10,64%). Persentase penduduk miskin di daerah perkotaan pada maret 2017 sebesar 10,67 juta jiwa⁽³⁾. Jumlah penduduk miskin di perkotaan masih tergolong besar sedangkan masyarakat membutuhkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Masalah yang sering ditemui

oleh masyarakat pemegang jaminan kesehatan yang disubsidi pemerintah adalah mendapatkan pelayanan yang kurang berkualitas dan mengalami diskriminasi⁽⁴⁾.

Ada hubungan yang kuat antara kepemilikan asuransi kesehatan dengan pemilihan fasilitas dengan layanan atau provider pelayanan kesehatan⁽⁵⁾. Fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta jaminan pada awal pemberlakuan JKN adalah fasilitas kesehatan milik pemerintah. Dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional maka idealnya penduduk miskin lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan milik pemerintah dari pada pelayanan kesehatan yang lain. Masyarakat tetap memilih puskesmas yang merupakan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah sebagai tempat berobat karena pertimbangan ekonomi dan faktor kedekatan lokasi dengan tempat tinggal mereka meskipun kualitas pelayan dapat dikatakan kurang⁽⁶⁾.

Peningkatan rumah sakit swasta, layanan pengobatan alternatif, klinik kebugaran dan kecantikan, serta layanan kesehatan berbasis swasta sangat mewarnai pelayanan kesehatan sekaligus mengubah perilaku warga dalam mendapatkan layanan kesehatan sesuai dengan harapan⁽⁷⁾. Masyarakat miskin perkotaan dengan jaminan kesehatan harusnya akan lebih memilih puskesmas sebagai pusat layanannya meskipun terjadi peningkatan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan berbasis swasta.

Jaminan kesehatan seharusnya dapat meningkatkan akses terhadap pemanfaatan layanan kesehatan bagi masyarakat khususnya penduduk miskin. Pada kenyataannya masih terdapat bukti bahwa jaminan kesehatan tidak meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan. Berdasarkan penelitian Husna dapat diketahui bahwa kepemilikan asuransi tidak meningkatkan pemanfaatan pelayanan puskesmas⁽⁸⁾. Selain itu, Meirina menemukan bahwa kepemilikan asuransi kesehatan sosial belum efektif dalam meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh penyandang disabilitas berstatus miskin di Indonesia berdasarkan data IFLS 5⁽⁹⁾. Masyarakat miskin merupakan penduduk rentan yang harusnya mendapat jaminan kesehatan dan menggunakan haknya di fasilitas yang ditunjuk. Perlu adanya kebijakan perluasan jaminan kesehatan untuk meningkatkan akses, memperluas kepesertaan, dan memberikan subsidi bagi penduduk miskin⁽¹⁰⁾.

Penelitian ini bertujuan membuktikan hipotesis bahwa penduduk miskin perkotaan yang memiliki jaminan kesehatan lebih menggunakan pelayanan kesehatan milik pemerintah. Selain itu membuktikan bahwa penduduk miskin dengan

jaminan kesehatan yang disubsidi pemerintah lebih menggunakan pelayanan kesehatan pemerintah dibandingkan penduduk miskin yang tidak disubsidi pemerintah (analisis data IFLS 5).

Kemiskinan dapat diartikan sebagai ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan dasar baik makanan ataupun bukan makanan⁽¹¹⁾. Status ekonomi individu dapat juga dilihat dari pengeluaran perkapita. Bank dunia membagi pengeluaran dalam 3 kategori, 40% terendah yang berada pada kuantil 1 dan 2, 40% menengah yang berada pada kuantil 3 dan 4, dan 20% teratas yang berada pada kuantil 5⁽¹¹⁾.

Definisi perkotaan di Indonesia sebagaimana disebutkan dalam peraturan kepala Badan Pusat Statistik (BPS) Nomor 37 tahun 2010 tentang klasifikasi pedesaan dan perkotaan di Indonesia adalah wilayah administratif setingkat desa/ kelurahan yang memenuhi persyaratan dalam hal kepadatan penduduk, persentase rumah tangga, pertanian, dan akses ke sejumlah fasilitas perkotaan, seperti jalan raya, sarana pendidikan formal, sarana pelayanan kesehatan umum yang relatif mudah ditinjau dari segi jarak⁽¹²⁾. Berdasarkan panduan IFLS 5 volume 1, data yang terdapat pada IFLS 5 definisi perkotaan mengacu pada definisi perkotaan yang dikeluarkan oleh BPS⁽¹³⁾.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan salah satu bentuk perilaku individu. Model pemanfaatan pelayanan Andersen menjelaskan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh 3 hal utama yaitu determinan sosial, sistem pelayanan kesehatan, dan determinan individu⁽¹⁴⁾. Pemanfaatan pelayanan kesehatan terdiri atas karakteristik utama meliputi tipe, fungsi atau kegunaan, dan unit analisisnya. Pemanfaatan pelayanan kesehatan dibedakan berdasarkan karakter tipe pelayanan kesehatan. Determinan individu terdiri atas faktor predisposisi, faktor pendukung, faktor kebutuhan atau level penyakit. Faktor predisposisi terdiri atas demografi, struktur sosial, dan kepercayaan. Faktor demografi terdiri atas umur, jenis kelamin, status perkawinan, dan penyakit yang pernah diderita. Struktur sosial terdiri atas pendidikan, ras, pekerjaan, besarnya keluarga, etnis, kepercayaan (agama), dan mobilitas⁽¹⁴⁾. Kepercayaan terdiri atas penilaian terhadap sehat dan sakit, sikap terhadap pelayanan kesehatan, dan pengetahuan terhadap suatu penyakit. Faktor keluarga terdiri atas pendapatan, asuransi kesehatan, tipe sumber, dan akses ke sumber⁽¹⁴⁾.

IFLS 5 ini merupakan sebuah survei rumah kehidupan rumah tangga Indonesia terbaru dan merupakan kelanjutan dari survei kehidupan rumah tangga sebelumnya. Survei ini dilakukan

oleh RAND Corporation yang bekerjasama dengan Survei Meter di 13 provinsi di Indonesia yaitu Sumatra Utara, Sumatra Barat, Sumatra Selatan, Lampung, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, DI Yogyakarta, Bali, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan, dan Sulawesi Selatan. IFLS 5 merupakan survei longitudinal sehingga RAND menarik sampelnya dari IFLS 1, IFLS 2, IFLS 2+, IFLS 3 dan IFLS 4 IFLS 5. IFLS 5 dilakukan pada bulan September 2014 sampai Agustus 2015 (13).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancang bangun *cross sectional study* menggunakan data IFLS 5. Peneliti telah mendapat *approval* dari komisi etik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Sampel dalam penelitian ini adalah penduduk miskin usia 15 tahun keatas yang tinggal di perkotaan pada 13 provinsi di Indonesia berdasarkan keterangan sampling buku K seksi SC pertanyaan SC05. Sample penelitian ini adalah responden berumur 15 tahun keatas yang tinggal di perkotaan, dan memiliki gejala.

Tabel 1. Definisi Operasional

Variable	Definisi Operasional	Kategori Pengukuran
Pemanfaatan pelayanan kesehatan pemerintah	Pemanfaatan pelayanan kesehatan primer oleh responden selama 4 minggu terakhir yang diukur dari kuesioner IFLS 5 pada buku 3B, seksi RJ pertanyaan RJ01 poin B yang dibangun dari pertanyaan RJ00 di halaman 183	0 = tidak menggunakan pelayanan kesehatan pemerintah (tidak menggunakan pelayanan kesehatan/ menggunakan pelayanan kesehatan swasta/lanjutan/ tradisional) 1 = memanfaatkan pelayanan kesehatan pemerintah
Pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta	Pemanfaatan pelayanan kesehatan primer oleh responden selama 4 minggu terakhir yang diukur dari kuesioner IFLS 5 pada buku 3B, seksi RJ pertanyaan RJ01 poin B yang dibangun dari pertanyaan RJ00 di halaman 183	0 = tidak menggunakan pelayanan kesehatan swasta (tidak menggunakan pelayanan kesehatan/ menggunakan pelayanan kesehatan pemerintah/lanjutan/tradisional) 1 = memanfaatkan pelayanan kesehatan swasta
Status ekonomi	Status ekonomi responden yang diukur dari pengeluaran perkapita (<i>percapita expenditure</i>). Data pengeluaran perkapita diperoleh dari website Rand Corporation.	1 = kuantil 1, sangat miskin 2 = kuantil 2, miskin 3 = kuantil 3, menengah (bawah) 4 = kuantil 4, menengah (atas) 5 = kuantil 5, sangat kaya
Kepemilikan Jaminan kesehatan	Terdaptarnya responden dan memiliki asuransi kesehatan yang diukur dari kuesioner IFLS 5 seksi AK buku 3B pertanyaan AK01 di halaman 177	1 = tidak memiliki jaminan kesehatan 2 = memiliki jaminan kesehatan
Tipe Jaminan kesehatan	Terdaptarnya responden dan memiliki asuransi kesehatan sosial yang diukur dari kuesioner IFLS 5 seksi AK buku 3B pertanyaan AK01 dan AK02 di halaman 177	1 = jaminan kesehatan mandiri/perusahaan 2 = Jaminan kesehatan yang didanai oleh pemerintah

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan primer oleh penduduk perkotaan. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah status ekonomi, kepemilikan dan tipe jaminan kesehatan. Penelitian ini menggunakan uji regresi logistik.

HASIL

Jumlah keseluruhan responden pada IFLS 5 yang mengisi lengkap kuesioner buku 3A dan 3B sebesar 34.177, selanjutnya setelah diseleksi berdasarkan urban-rural didapatkan 20.244 responden yang tinggal diperkotaan, kemudian diseleksi berdasarkan adanya gejala maka didapatkan besar sampel pada penelitian ini adalah 17.255 responden dengan penduduk miskin (kuantil 1 & 2) sebesar 5.631 responden.

Tabel 2. Analisis Pengaruh Status Ekonomi Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Data IFLS Tahun 2014

Variabel	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pemerintah				Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Swasta			
	T (%)	Y (%)	p-value	OR (95% CI)	T (%)	Y (%)	p-value	OR (95% CI)
Status Ekonomi (n=17.255)	94,80	5,20	0,000		90,34	9,66	0,000	
Kuantil 1 (Sangat Miskin)	93,11	6,89		1	93,27	6,73		1
Kuantil 2 (Miskin)	93,69	6,31	0,380	0,91 (0,74-1,21)	91,05	8,95	0,002	1,36 (1,12-1,66)
Kuantil 3 (Menengah Bawah)	94,15	5,85	0,102	0,84 (0,68-1,03)	90,19	9,81	0,000	1,51 (1,24-1,83)
Kuantil 4 (Menengah Atas)	95,48	4,52	0,000	0,64 (0,51-0,79)	89,03	10,97	0,000	1,71 (1,42-2,05)
Kuantil 5 (Sangat Kaya)	96,46	3,54	0,000	0,50 (0,40-0,62)	89,42	10,58	0,000	1,64 (1,37-1,97)

Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5

Berdasarkan hasil analisa regresi logistik dapat diketahui bahwa status ekonomi mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan primer. Berdasarkan tabel dapat diketahui bahwa masih banyak masyarakat yang memiliki gejala dalam 4 minggu terakhir tetapi tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta. Semakin miskin seseorang maka semakin besar kemungkinan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan pemerintah saat mengalami gejala dalam 4 minggu terakhir sedangkan semakin kaya seseorang maka semakin besar kemungkinan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan swasta.

Tabel 3. Analisis Pengaruh Status Ekonomi Terhadap Kepemilikan Jaminan Kesehatan Berdasarkan Data IFLS Tahun 2014

Variabel	Kepemilikan Jaminan Kesehatan (n=17.255)				Tipe Jaminan Kesehatan/ Subsidi (n=9.521)			
	T (%)	Y (%)	p-value	OR (95% CI)	T (%)	Y (%)	p-value	OR (95% CI)
Status Ekonomi	44,82	55,18	0,000		32,89	67,11	0,000	
Kuantil 1 (Sangat Miskin)	45,68	54,32		1	10,67	89,33		1
Kuantil 2 (Miskin)	47,96	52,04	0,088	0,91 (0,82-1,01)	16,32	83,68	0,000	0,61 (0,49-0,76)
Kuantil 3 (Menengah Bawah)	46,11	53,89	0,744	0,98 (0,89-1,09)	27,75	72,25	0,000	0,31 (0,26-0,38)
Kuantil 4 (Menengah Atas)	44,68	55,32	0,432	1,04 (0,94-1,15)	43,09	56,91	0,000	0,16 (0,13-0,19)
Kuantil 5 (Sangat Kaya)	41,27	58,73	0,000	1,20 (1,08-1,32)	50,37	49,63	0,000	0,12 (0,10-0,14)

Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa masih banyak penduduk perkotaan yang masih belum mendapatkan jaminan kesehatan begitupun dengan penduduk miskin perkotaan. Hasil regresi logistik menunjukkan bahwa status ekonomi berpengaruh terhadap kepemilikan jaminan kesehatan. Penduduk kaya berkemungkinan lebih besar memiliki jaminan kesehatan dibandingkan dengan penduduk miskin tetapi lebih kecil kemungkinan untuk mendapatkan subsidi.

Tabel 4. Analisis Pengaruh Jaminan Kesehatan Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Penduduk Miskin (Kuantil 1 & Kuantil 2) Berdasarkan Data IFLS Tahun 2014

Variabel	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pemerintah				Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Swasta			
	T (%)	Y (%)	p-value	OR (95% CI)	T (%)	Y (%)	p-value	OR (95% CI)
Kepemilikan Jaminan Kesehatan (n=5.631)	93,43	6,57	0,000		92,06	7,94	0,900	
Tidak Memiliki	95,84	4,16		1	92,01	7,99		1
Memiliki	91,30	8,70	0,000	2,19 (1,74-2,76)	92,10	7,90	0,900	0,99 (0,81-1,20)
Tipe Jaminan Kesehatan (n=2.989)	91,30	8,70	0,001		92,10	7,90	0,139	
Mandiri/Perusahaan	95,60	4,40		1	90,22	9,78		1
Subsidi Pemerintah	90,62	9,38	0,001	2,25 (1,38-3,67)	92,40	7,60	0,129	0,76 (0,53-1,08)

Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa penduduk miskin perkotaan yang memiliki gejala dalam 4 minggu terakhir, baik yang tidak memiliki jaminan kesehatan maupun memiliki jaminan kesehatan hanya sedikit menggunakan pelayanan kesehatan. Pada penduduk miskin perkotaan yang mendapatkan proteksi kesehatan berbentuk jaminan kesehatan maka 2 sampai 3 kali lebih besar kemungkinan untuk menggunakan pelayanan kesehatan pemerintah dibandingkan dengan penduduk miskin yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan yang disubsidi oleh pemerintah terbukti meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan pemerintah 2 sampai 3 kali dibandingkan dengan jaminan kesehatan mandiri/perusahaan. Pada penduduk miskin perkotaan kepemilikan maupun tipe jaminan kesehatan tidak mempunyai pengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta.

PEMBAHASAN

Responden banyak yang tidak menggunakan pelayanan kesehatan pemerintah jika merasakan gejala dalam 4 minggu terakhir. Hasil ini sama jika dibandingkan dengan data IFLS sebelumnya pada tahun 1997 dalam penelitian Hidayat, Thabrany, Dong, & Sauerborn yang menunjukkan sedikitnya pemanfaatan pelayanan kesehatan milik pemerintah oleh penduduk yang memiliki gejala⁽¹⁰⁾.

Status ekonomi memegang peranan penting dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Semakin miskin penduduk maka pilihan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan semakin terbatas. Salah satu keterbatasan penduduk miskin adalah kemampuan untuk membeli pelayanan kesehatan. Pilihan terbaik yang dapat digunakan oleh penduduk miskin adalah pelayanan kesehatan pemerintah. Penelitian ini telah membuktikan bahwa semakin miskin penduduk perkotaan maka semakin pula menggunakan pelayanan kesehatan primer milik pemerintah.

Tiga penjelasan umum telah diteliti sebelumnya untuk menjelaskan perbedaan status ekonomi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu pertama, perbedaan akses keuangan atau keterjangkauan misalnya masyarakat miskin menggunakan layanan yang lebih sedikit karena mereka memiliki lebih sedikit sarana keuangan. Kedua, perbedaan pengetahuan, sikap, dan budaya dalam mencari pelayanan kesehatan misalnya masyarakat miskin memanfaatkan pelayanan kesehatan yang lebih sedikit karena mereka menghargai dan atau memahami manfaat pelayanan kesehatan kurang dari orang lain. Ketiga, faktor sistem pelayanan kesehatan misalnya

masyarakat miskin lebih sedikit memanfaatkan pelayanan kesehatan karena prosedur pelayanan dalam sistem pelayanan kesehatan⁽¹⁵⁾ physician services, and clinical preventive services.

Biaya kesehatan yang tidak ditanggung oleh jaminan kesehatan merupakan hambatan keuangan untuk masyarakat miskin dalam menggunakan pelayanan kesehatan⁽¹⁶⁾. Kepemilikan jaminan kesehatan terbukti mempunyai pengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh responden dengan status ekonomi miskin (kuantil 1 dan 2). Kemiskinan merupakan faktor yang membatasi masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan⁽¹⁷⁾. Oleh karena itu, jaminan kesehatan yang disubsidi memang harus dilakukan oleh pemerintah kepada masyarakat miskin. Sejalan dengan penelitian Hidayat, Thabrany, Dong, dan Sauerborn bahwa jaminan kesehatan terbukti memiliki dampak positif terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan sehingga perlu dilakukan perluasan kepesertaan disertai subsidi terhadap masyarakat miskin⁽¹⁰⁾.

Di Cina penduduk yang memiliki jaminan kesehatan dengan status ekonomi kaya lebih memilih pelayanan kesehatan pemerintah⁽⁶⁾. Banyaknya pemanfaatan pelayanan kesehatan yang bukan milik pemerintah memiliki batasan untuk tumbuh dan batasan aturan untuk bermain secara efektif di sistem pelayanan kesehatan⁽⁶⁾. Di Indonesia sendiri terdapat permasalahan terkait jaminan kesehatan, yaitu ketidakadilan. Intiasari menemukan bahwa kebijakan *single pooling* berdampak pada fenomena *moral hazard*⁽²⁵⁾. Di lain negara, penelitian di Peru menunjukkan bahwa cakupan jaminan kesehatan mempunyai dampak positif terhadap pemanfaatan pelayanan kuratif⁽¹⁸⁾. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa cakupan jaminan kesehatan memiliki dampak kuat terhadap peningkatan kunjungan rumah sakit, operasi, pemeriksaan kesehatan, dan penerimaan obat⁽¹⁸⁾.

Penelitian ini membuahkan hasil yang sama dengan penelitian Sparrow, Suryahadi, dan Widyanti yang membuktikan bahwa jaminan kesehatan sosial atau yang disubsidi meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan yang terlihat dari peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh penduduk miskin⁽¹⁹⁾. Terdapat dampak kuat jaminan kesehatan yang disubsidi pemerintah terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan pemerintah oleh penduduk miskin perkotaan ini sejalan dengan program askeskin yang meningkatkan pelayanan rawat jalan bagi orang miskin⁽¹⁹⁾.

India meluncurkan jaminan kesehatan bernama Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) untuk penduduk miskin. Berdasarkan penelitian

Karan, Yip, dan Mahal dapat diketahui bahwa RSBY tidak efektif untuk mengurangi beban pengeluaran bagi penduduk miskin⁽²⁰⁾. Di Iran pemanfaatan pelayanan kesehatan mendekati keadilan, tetapi keadilan tersebut berkurang saat pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut distratifikasi berdasarkan status ekonomi⁽²¹⁾ in the view of policy making, quantifying the size of inequity in health care utilization (HCU). Meskipun jaminan kesehatan meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan akan tetapi benefit dari jaminan kesehatan tersebut belum tentu adil jika distratifikasi berdasarkan status ekonomi⁽²⁴⁾. Ketiga penelitian tersebut menunjukkan bahwa meskipun akses terhadap pelayanan kesehatan harus diperhatikan, keadilan dalam pelayanan kesehatan juga perlu menjadi poin penting untuk diselesaikan.

Di India terdapat penelitian menunjukkan bahwa asuransi mengurangi biaya dari kantong pribadi terutama pada kuantil yang lebih tinggi atau berstatus kaya. Terdapat pengurangan frekuensi dan jumlah uang yang dipinjam untuk alasan kesehatan. Selain itu penelitian tersebut menunjukkan bahwa nilai pengurangan risiko keuangan melebihi total biaya per rumah tangga dari program asuransi dua hingga lima kali lipat⁽²²⁾ accounting for conditions of developing countries by incorporating consumption floors, informal borrowing, and asset selling which allow us to separate the value of financial risk reduction from consumption smoothing and asset protection. Results show that insurance reduces out-of-pocket costs, particularly in higher quantiles of the distribution. We find reductions in the frequency and amount of money borrowed for health reasons. Finally, we find that the value of financial risk reduction outweighs total per household costs of the insurance program by two to five times.

Di perkotaan perluasan jaminan kesehatan memang tepat sebagai strategi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, berbeda dengan di desa perbaikan infrastruktur juga menjadi hal penting selain jaminan kesehatan⁽²³⁾. Tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan pemerintah dapat berarti tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan, memanfaatkan pelayanan kesehatan swasta, memanfaatkan pelayanan tingkat lanjut, atau memanfaatkan pelayanan tradisional. Pemanfaatan pelayanan kesehatan non-pemerintah dapat berarti menggunakan uang pribadi (*out of pocket*) atau menggunakan jaminan kesehatan. Perlu adanya penelitian lebih lanjut bagaimana mekanisme pembayaran biaya pelayanan kesehatan non-pemerintah oleh masyarakat miskin pada awal penerapan program JKN. Masyarakat menggunakan dana pribadi

ataukah dijamin oleh asuransi sosial. Selain itu belum terdapat bukti dan kepastian apakah jaminan kesehatan sosial dalam program JKN memberikan proteksi finansial terhadap rumah tangga miskin⁽²⁰⁾.

Penelitian ini telah membuktikan bahwa pelayanan kesehatan pemerintah tetap menjadi pilihan bagi masyarakat miskin untuk mendapatkan pengobatan ketika merasakan gejala. Penelitian ini menunjukkan bahwa penduduk miskin masih lebih kecil kemungkinan untuk terjamin oleh asuransi kesehatan swasta/perusahaan tetapi besar kemungkinan terjamin asuransi kesehatan sosial. Penduduk miskin perkotaan dalam penelitian ini lebih besar kemungkinan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Penduduk miskin pemilik jaminan kesehatan yang disubsidi pun begitu, lebih besar menggunakan pelayanan kesehatan pemerintah dibandingkan pemilik jaminan kesehatan swasta/perusahaan.

KESIMPULAN

Saran yang dapat diberikan peneliti terkait pengaruh jaminan kesehatan beserta pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan primer milik pemerintah oleh penduduk miskin di perkotaan Indonesia yaitu meningkatkan cakupan jaminan kesehatan ke seluruh masyarakat khususnya masyarakat miskin. Pemberian subsidi bagi masyarakat miskin perlu untuk meningkatkan pelayanan bagi penduduk miskin perkotaan. Penelitian lebih lanjut tentang mekanisme pembayaran biaya pelayanan kesehatan non-pemerintah oleh masyarakat miskin penelitian tentang efektifitas jaminan kesehatan bersubsidi sebagai proteksi finansial pada rumah tangga miskin.

DAFTAR PUSTAKA

1. Perpres. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta; 2013.
2. Permenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN. Jakarta; 2013.
3. Badan Pusat Statistik. Persentase Penduduk Miskin Indonesia. 2017.
4. Sparrow R, Suryahadi A, Widyanti W. Social health insurance for the poor : Targeting and impact of Indonesia ' s Askeskin programme. *Soc Sci Med*. 2013;96:264–71.
5. Wang Q, Zhang D, Hou Z. Insurance Coverage and Socioeconomic Differences in Patient Choice Between Private and Public Health Care Providers in China. *Soc Sci Med*. 2016;170:124–32.
6. Uchendu OC, Ilesanmi OS, Olumide AE, Centre FM, State O. Factor Influencing The Choice of Health Care Providing Facility Among Workers in A Local Government Secretariat in South Western Nigeria. 2013;11(2):87–95.
7. Adebayo AM, Asuzu MC. Utilization of a community based health facility in low income urban community in Ibadan, Nigeria. *African J Prim Heal Care Fam Med*. 2015;7(1):1–8.
8. Husna A. Pemanfaatan Puskesmas oleh Penduduk Miskin di Kota-Kota Besar Indonesia (Analisis Data IFLS 2014). Universitas Gadjah Mada; 2017.
9. Meirina I. Kepemilikan Asuransi Kesehatan Sosial dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Penyandang Disabilitas (Analisis Data IFLS 5). Universitas Gadjah Mada; 2017.
10. Hidayat B, Thabrany H, Dong H, Sauerborn R. The effects of mandatory health insurance on equity in access to outpatient care in Indonesia. *Health Policy Planin*. 2004;19(5):322–35.
11. BPS. Profil dan Analisis Nasional. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2013.
12. BPS. Pertumbuhan dan Persebaran Indonesia; Hasil Sensus Penduduk 2010. Jakarta-Indonesia.: Badan Pusat Statistik; 2010.
13. Strauss J, Witoelar F, Sikoki B. The Fifth Wave of the Indonesia Family Life Survey : Overview and Field Report (Volume 1). 2016. (WR-1143/1-NIA/NICHD).
14. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Meml Fund Q Heal Soc*. 1973;51(1):95–124.
15. Regenstien M, Lantz PM. Socioeconomic Status and Health Care [Internet]. Second Edition. Vol. 21, International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition. Elsevier; 2015. 937-941 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14044-9>
16. Castel P. Health insurance Use of health care services by the poor efficiency and equity issues in the province of Kon Tum. 2009;
17. Craveiro I, Ferrinho P, Sousa B De, Gonçalves L. Healthcare access and the patterns of maternal health care utilization among poor and non-poor women living in urban areas in Portugal. *J Heal*. 2013;5(12):1954–64.
18. Bernal N, Carpio MA, Klein TJ. The effects of access to health insurance : Evidence from a regression discontinuity design in Peru &. *J Public Econ [Internet]*. 2017;154:122–36. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpubecon.2017.08.008>

19. Sparrow R, Suryahadi A, Widyanti W. Social health insurance for the poor: Targeting and impact of Indonesia's Askeskin programme. *Soc Sci Med* [Internet]. 2013;96:264–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.043>
20. Karan A, Yip W, Mahal A. Social Science & Medicine Extending health insurance to the poor in India : An impact evaluation of Rashtriya Swasthya Bima Yojana on out of pocket spending for healthcare. *Soc Sci Med*. 2017;181:83–92.
21. Mohammadbeigi A, Hassanzadeh J, Eshrati B, Rezaianzadeh A. Socioeconomic inequity in health care utilization, Iran. *J Epidemiol Glob Health* [Internet]. 2013;3(3):139–46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jegh.2013.03.006>
22. Barnes K, Mukherji A, Mullen P, Sood N. Financial risk protection from social health insurance [Internet]. Vol. 55, *Journal of Health Economics*. Elsevier B.V.; 2017. 14-29 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.06.002>
23. Erlyana E, Damrongplasit KK, Melnick G. Expanding health insurance to increase health care utilization: Will it have different effects in rural vs. urban areas? *Health Policy (New York)* [Internet]. 2011;100(2-3):273–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.11.008>
24. Prasad D, Pokhrel S, Sié A, Sanon M, Allegri M De, Souares A, et al. The effect of community-based health insurance on the utilization of modern health care services : Evidence from Burkina Faso. *Heal Policy*. 2009;90:214–22.
25. Intiasari AD. Kebijakan Single Pooling dan Keadilan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional. Universitas Gadjah Mada; 2017.
26. Waters HR. Measuring equity in access to health care. *Soc Sci Med*. 2000;(51):599–612.
27. World Bank. *World Development Report: Investing in health 1993*. New York: Oxford University Press for the World Bank; 1993.