



LAPORAN PENELITIAN SMERU

KAJIAN DAMPAK BANTUAN IURAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN PADA MASYARAKAT MISKIN DAN TIDAK MAMPU

Nurmala Selly Saputri, Sri Murniati

DRAF: Dokumen ini telah disetujui untuk pratinjau dalam jaringan, tetapi belum melewati proses *copyediting* dan *proofreading* sehingga dapat menyebabkan perbedaan antara versi ini dan versi final. Bila Anda mengutip dokumen ini, indikasikan sebagai "draf".

LAPORAN PENELITIAN SMERU

KAJIAN DAMPAK BANTUAN IURAN PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN PADA MASYARAKAT MISKIN
DAN TIDAK MAMPU

Nurmala Selly Saputri

Sri Murniati

The SMERU Research Institute

November 2022

Kajian Dampak Bantuan Iuran Program Jaminan Kesehatan pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu

Penulis: Nurmala Selly Saputri, Sri Murniati

Foto Sampul: SMERU

Diterbitkan oleh:
The SMERU Research Institute
Jl. Cikini Raya No. 10A
Jakarta 10330
Indonesia



Ciptaan disebarluaskan di bawah Lisensi Creative Commons Atribusi NonKomersial 4.0 Internasional.

Konten SMERU dapat disalin atau disebarluaskan untuk tujuan nonkomersial sejauh dilakukan dengan menyebutkan The SMERU Research Institute sebagai sumbernya. Jika tidak ada kesepakatan secara kelembagaan, format PDF publikasi SMERU tidak boleh diunggah dalam jaringan (daring) dan konten daring hanya bisa dipublikasikan melalui tautan ke situs web SMERU.

Temuan, pandangan, dan interpretasi dalam laporan ini merupakan tanggung jawab penulis dan tidak berhubungan dengan atau mewakili lembaga/lembaga yang mendanai kegiatan dan pelaporan The SMERU Research Institute.

Studi dalam publikasi ini sebagian besar menggunakan metode wawancara dan diskusi kelompok terfokus. Semua in terkait direkam dan disimpan di kantor SMERU.

Untuk mendapatkan informasi mengenai publikasi SMERU, hubungi kami melalui nomor telepon 01-621936336, nomor faks 6221-31930850, atau alamat surel smeru@smeru.or.id; atau kunjungi situs web www.ismer

Tim Peneliti

Peneliti SMERU

Nurmala Selly Saputri

Sri Murniati

Abstrak

Kajian Dampak Bantuan Iuran Program Jaminan Kesehatan pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu

Nurmala Selly Saputridan Sri Murniati

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKIS/JKN) yang sudah terimplementasi selama tujuh tahun terakhir perlu dievaluasi untuk melihat kebermanfaatannya, terutama bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur dampak kepesertaan program JKN terhadap utilisasi pelayanan kesehatan dan proteksi finansial khusus untuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Studi ini menggunakan pendekatan utama kuantitatif yang didukung oleh data kualitatif dari wawancara mendalam terbatas. Data yang digunakan adalah Data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2012-2020 dan Data Potensi Desa (Podes) 2012-2020. Pendekatan utama untuk evaluasi dampak JKN pada utilisasi pelayanan kesehatan masyarakat miskin menggunakan *matched difference-in-difference*. Sedangkan, analisis mengenai proteksi finansial akan dilihat berdasarkan hubungan dari kepesertaan JKN masyarakat miskin dengan *out-of-pocket (OOP) payment* menggunakan analisis *two-part models*. Hasil analisis menunjukkan adanya dampak positif dan signifikan program JKN terhadap utilisasi rawat jalan (2,5%; 95% confidence interval: 2,0%-3,0%) dan rawat inap (2,4%; 95% CI: 2,2%-2,7%). Dampak terbesar berada pada probabilitas pemanfaatan rawat jalan di Wilayah Maluku-Papua (89%; 95% CI: 7,2%-90,6%). Untuk proteksi finansial, kepesertaan program JKN pada rumah tangga miskin berasosiasi dengan pengurangan beban OOP sebesar -23% (95% CI: -14%- -32%). Program JKN diketahui memiliki manfaat yang positif bagi pemanfaatan akses kesehatan masyarakat miskin. Untuk memaksimalkan upaya kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, perluasan kepesertaan JKN harus terus dilakukan hingga akhirnya Indonesia mencapai Jaminan Kesehatan Semesta.

Kata kunci: JKN, Utilisasi Rawat Jalan, Utilisasi Rawat Inap, *out-of-pocket payment*

Daftar Isi

Abstrak	i
Daftar Isi	ii
Daftar Tabel	iii
Daftar Gambar	iii
Daftar Lampiran	iv
Rangkuman Eksekutif	v
I. Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah dan Tujuan	2
1.3 Keluaran	3
II. Tinjauan Pustaka	4
2.1 Landasan Teori	4
III. Metodologi Penelitian	7
3.1 Metode Kuantitatif	7
3.2 Metode Kualitatif	13
IV. Hasil dan Analisis Kajian	15
4.1 Kepesertaan Program Asuransi Kesehatan Sosial Pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu	15
4.2 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan dan Rawat Inap	18
4.3 <i>Out-of-pocket Payment</i> pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu	26
4.4 Robustness check analysis	29
V. Diskusi	30
VI. Penutup	37
Daftar Acuan	39
Lampiran	44

Daftar Tabel

Tabel 1. Kepemilikan Asuransi Kesehatan Rumah Tangga Miskin | 5

Tabel 2. Utilisasi Layanan Rawat Jalan Berdasarkan Tahun dan Indeks Kesejahteraan | 9

Tabel 3. Utilisasi Layanan Rawat Inap Berdasarkan Tahun dan Indeks Kesejahteraan (%) | 21

Daftar Gambar

Gambar 1. Kubus Tiga Dimensi UHÇ4 | 4

Gambar 2. Lima dimensi yang memengaruhi keputusan mengakses fasilitas kesehatan | 9

Gambar 3. Pembagian kelompok perlakuan dan kelompok kontrol | 9

Gambar 4. Tren Rawat Inap (A) dan Rawat Jalan (B) 2009-13 | 13

Gambar 5. Distribusi Responden Wawancara Mendalam | 14

Gambar 6. Kepemilikan JKNPBI/Jamkesda Rumah Tangga Miskin dan Tidak Mampu Berdasarkan Wilayah (Kiri) dan Area Tinggal (Kanan) | 16

Gambar 7. Kepemilikan JKNPBI/Jamkesda Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu Berdasarkan Jenis Kamin Kepala Rumah Tangga | 17

Gambar 8. Kepemilikan asuransi kesehatan sosial masyarakat miskin dan tidak mampu berdasarkan usia | 17

Gambar 9. Tren utilisasi rawat jalan di fasilitas kesehatan pada masyarakat miskin dan tidak mampu | 19

Gambar 10. Jumlah Fasilitas Kesehatan Mitra BPJS Kesehatan di Wilayah Maluku Utara, 2015-2019 | 20

Gambar 11. Tren layanan rawat jalan di fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta pada masyarakat miskin dan tidak mampu | 20

Gambar 12. Tren kunjungan Rawat Jalan pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu Berdasarkan Kepesertaan Asuransi Kesehatan Tahun 2010-2020 | 20

Gambar 13. Tren utilisasi rawat inap di fasilitas kesehatan pada masyarakat miskin | 22

Gambar 14. Tren utilisasi rawat inap di fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta oleh masyarakat miskin. | 22

Gambar 15. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan | 23

Gambar 16. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan Pemerintah (Kiri) dan Fasilitas Kesehatan Swasta (Kanan) | 24

Gambar 17. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Inap | 24

Gambar 18. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Inap Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan Pemerintah (Kiri) dan Fasilitas Kesehatan Swasta (Kanan) | 25

Gambar 19. Rata-rata *out-of-pocket* berdasarkan kelompok kesejahteraan dan wilayah tinggal | 26

- Gambar 20. Rata-rata OOP berdasarkan komposisi anggota rumah tangga miskin | 27
- Gambar 21. Pengaruh JKN terhadap OOP Berdasarkan Area Tinggal dan Wilayah | 27
- Gambar 22. Rata-rata OOP non medis (transportasi) berdasarkan indeks kesejahteraan dan wilayah | 28
- Gambar 23. Alasan utama tidak berobat jalan pada masyarakat miskin | 30
- Gambar 24. Persentase penduduk miskin yang pernah memanfaatkan JKN/Jamkesda | 34
- Gambar 25. Distribusi OOP medis berdasarkan Layanan pada masyarakat miskin | 35

Daftar Lampiran

- Lampiran 1 Kepesertaan asuransi kesehatan pada individu rumah tangga miskin | 45
- Lampiran 2 Tabel Hasil Robustness analysis: Dampak kepesertaan JKN terhadap utilisasi rawat jalan dan rawat inap | 46
- Lampiran 3 Tabel Hasil Robustness check: Pengaruh kepesertaan JKN terhadap OOP | 47
- Lampiran 4 Tabel Lengkap Hasil Analisis Dampak JKN terhadap Utilisasi (Rawat Jalan) | 48
- Lampiran 5 Tabel Lengkap Hasil Analisis Dampak JKN terhadap Utilisasi (Rawat Inap) | 49
- Lampiran 6 Tabel Lengkap Hasil Analisis Pengaruh JKN terhadap OOP | 50
- Lampiran 7 Marginal Effect | 51
- Lampiran 8 Alasan tidak memanfaatkan JKN/Jamkesda untuk Rawat Jalan pada Penduduk Miskin, Susenas 2018-2020 | 52
- Lampiran 9 Alasan tidak memanfaatkan JKN/Jamkesda untuk Rawat Inap pada Penduduk Miskin, Susenas 2018-2020 | 53
- Lampiran 10 Penolakan Rawat Jalan/Rawat Inap karena Menggunakan JKN/Jamkesda, Susenas 2018-2020 | 54
- Lampiran 11 Tabel Hasil *Matching* Individu | 55
- Lampiran 12 Tabel Hasil *Matching* Rumah Tangga | 59

Rangkuman Eksekutif

Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penduduk miskin dan rentan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN-KIS/JKN). Bantuan iuran untuk masyarakat miskin dan rentan ini bertujuan untuk memberikan akses fasilitas kesehatan, meningkatkan penggunaan (utilisasi pelayanan) pada saat membutuhkan pelayanan, dan perlindungan/proteksi finansial. Namun, peningkatan jumlah peserta JKN belum sepenuhnya diiringi dengan penambahan jumlah dan pemerataan fasilitas kesehatan. Selain itu, peningkatan akses pelayanan secara nasional belum mencerminkan perbaikan akses bagi penduduk miskin dan rentan. Masih terbatasnya literatur terkini mengenai dampak program JKN terutama pada PBI masyarakat miskin dan rentan menjadi latar belakang dilakukannya penelitian studi dampak bantuan iuran program JKN diperlukan untuk menjawab ketercapaian tujuan pemberian program JKN bagi penduduk miskin dan rentan berdasarkan data yang terbaru.

Penelitian ini dilakukan dengan metode campuran kuantitatif yang didukung oleh pendekatan kualitatif. Secara umum, metode kuantitatif akan memanfaatkan data sekunder Susenas dan Podes Utamanya, penelitian ini akan menggunakan data Susenas 2010 yang terdiri dari Susenas KOR dan modul konsumsi dan data Podes 2011, 2014, 2018, 2019, dan 2020. Analisis dampak program JKN terhadap utilisasi pelayanan kesehatan masyarakat miskin akan dihitung menggunakan pendekatan *matched difference-in-difference*. Selain itu, metode *two-part model* akan digunakan untuk mengetahui proteksi finansial dari program JKN terhadap akses ke pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin dan tidak mampu. Proteksi finansial akan digambarkan melalui besaran OOP yang dikeluarkan saat mendapatkan pelayanan kesehatan. Analisis utilisasi pelayanan kesehatan dilakukan pada level individu, sedangkan analisis besaran OOP dilakukan pada level rumah tangga. Untuk mendapatkan cerita akses pelayanan kesehatan dari masyarakat miskin dan tidak mampu, penelitian ini juga melakukan wawancara mendalam secara daring kepada masyarakat miskin dan tidak mampu di wilayah Kabupaten Gunung Kidul pada Bulan Agustus 2021.

Hasil analisis menunjukkan bahwa kepesertaan program JKN, khususnya PBI pada keluarga miskin mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Selama hampir 10 tahun terakhir (2011-2020), distribusi kepemilikan asuransi kesehatan pada keluarga miskin mengalami perubahan. Sebelumnya, lebih dari 50% masyarakat miskin diketahui tidak memiliki asuransi kesehatan sama sekali pada 2011. Pada tahun 2020, lebih dari 60% penduduk miskin dan tidak mampu sudah tercakup dalam program PBI JKN, termasuk Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Jika dilihat berdasarkan wilayah, kepesertaan asuransi kesehatan sosial pada keluarga miskin meningkat di semua wilayah, namun kepesertaan masyarakat miskin di Wilayah Kalimantan cenderung rendah dari tahun ke tahun. Tidak terlihat adanya perbedaan yang besar kepesertaan asuransi kesehatan sosial masyarakat miskin pada kelompok perkotaan/perdesaan maupun kelompok rumah tangga miskin yang memiliki kepala rumah tangga perempuan dan laki-laki.

Program JKN dilaporkan memiliki dampak utilisasi rawat jalan dan rawat inap yang positif dan signifikan pada hampir seluruh kelompok masyarakat. Hasil keseluruhan menunjukkan bahwa masyarakat miskin yang tergabung dalam program asuransi kesehatan sosial memiliki probabilitas lebih tinggi untuk memanfaatkan layanan rawat jalan (2,5%; 95% CI: 2,0%-3,0%) dan rawat inap (2,4%; 95% CI: 2,2%) dibandingkan dengan masyarakat miskin yang tidak tergabung dalam program asuransi kesehatan sosial. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa wilayah Papua memiliki dampak paling besar, yakni 8,9% (95% CI: 7,2%-10,6%).

Kepesertaan JKN bagi keluarga miskin juga ditemukan secara signifikan berhubungan dengan pengurangan beban biaya OOP sebesar 23,6% (Rp41.817). Pengaruh kepesertaan JKN keluarga miskin terhadap pengurangan OOP lebih besar dan signifikan di wilayah perdesaan yakni sebesar 30,1% (Rp50.036). Selain itu, OOP pada keluarga miskin yang mengikuti kepesertaan JKN juga lebih rendah di wilayah Sulawesi dan Maluku Papua, berturut-turut sebesar 21,4% dan 19,4%. Unikanya, studi ini juga menemukan secara signifikan adanya peningkatan OOP medis pada peserta JKN dari keluarga miskin di wilayah Sumatra sebesar 12%.

Evaluasi program JKN menunjukkan hasil yang positif bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, baik dari segi utilisasi pelayanan kesehatan maupun dari peningkatan proteksi finansial. Kepesertaan program JKN pada masyarakat miskin dan tidak mampu ditemukan dapat meningkatkan probabilitas pemanfaatan pelayanan rawat inap dan rawat jalan di fasilitas kesehatan. Dari sisi perlindungan sosial ditemukan bahwa kepesertaan rumah tangga miskin dalam program JKN mampu menurunkan beban OOP dibandingkan dengan keluarga miskin yang tidak tercakup dalam program JKN. Namun, masih ditemukan kendala dalam implementasi Program JKN yang secara tidak langsung menyebabkan rendahnya utilisasi pelayanan kesehatan, masih adanya OOP bagi masyarakat miskin, serta beban OOP nonmedis (transportasi dan biaya akomodasi) yang lebih besar dan menghalangi keputusan masyarakat miskin untuk mengakses layanan kesehatan.

Pemerintah perlu terus memperluas cakupan JKN terutama bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Permasalahan sosialisasi program JKN pada masyarakat miskin juga harus terus diperbaiki agar masyarakat miskin mendapatkan kebermanfaatan Program JKN secara maksimal. Selain itu, untuk mengurangi beban finansial yang tidak tercakup dalam JKN, Pemerintah perlu mengarahkan Pemerintah Daerah untuk menganggarkan dananya bagi kepentingan pembayaran biaya OOP nonmedis yang sering kali menghambat masyarakat untuk mengakses fasilitas kesehatan.

I. Pendahuluan

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan amanat pasal 17 ayat 5 UU 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penduduk miskin dan rentan pada BPJS Kesehatan sebagai peserta PBI dalam program JKN. Bantuan iuran untuk masyarakat miskin dan rentan ini bertujuan untuk memberikan akses fasilitas kesehatan, meningkatkan penggunaan (utilisasi pelayanan) pada saat membutuhkan pelayanan, dan perlindungan/proteksi finansial.

Dukungan Pemerintah dalam percepatan capaian cakupan kesehatan semesta terlihat dari jumlah PBI yang jauh lebih tinggi angka kemiskinan nasional, yakni sebesar 10,8% pada tahun 2017 (Soewondo, 2017). Pada Desember 2020, jumlah PBI JKN sebanyak 96,6 juta atau sekitar 35,7% dari total penduduk Indonesia. Jumlah tersebut meningkat sebesar 26,4% dibandingkan pada saat pertama kali program JKN dilaksanakan pada awal tahun 2014. Sementara itu, untuk Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) 2021, alokasi untuk program JKN sebesar Rp51,2 triliun atau setara 30,1% dari anggaran kesehatan. Anggaran tersebut digunakan untuk bantuan iuran Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) kelas III sebesar Rp2,4 triliun dan bantuan iuran untuk PBI dengan target 96,8 juta jiwa sebesar Rp48,8 triliun.

Peningkatan jumlah peserta JKN belum sepenuhnya diiringi dengan penambahan jumlah dan pemerataan fasilitas kesehatan. Berdasarkan Buku Statistik JKN 2014 ketersediaan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) secara nasional justru mengalami penurunan. Pada tahun 2014 ketersediaan FKTP adalah 13 FKTP per 100.000 peserta JKN. Jumlah ini kemudian menurun menjadi 11 FKTP per 100.000 peserta JKN, atau satu FKTP untuk 9.000 peserta di tahun 2018. Di sisi lain, target rasio satu dokter (praktik umum) untuk 5.000 peserta sudah tercapai. Pada tahun 2019, BPJS Kesehatan melaporkan rasio jumlah dokter terhadap peserta JKN sebesar 1:4.369. Namun, perlu digarisbawahi bahwa masih terdapat sebagian provinsi dengan rasio di atas 5.000 khususnya di Wilayah Indonesia Timur.

Peningkatan akses pelayanan secara nasional belum mencerminkan perbaikan akses bagi penduduk miskin dan rentan. Selama tahun 2018, secara nasional terdapat peningkatan akses peserta JKN dalam menggunakan pelayanan kesehatan, baik di FKTP maupun di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKRTL). Akses pelayanan di FKTP dan FKRTL dapat dilihat dari angka akses Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) serta Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) yang tinggi per 10.000 peserta JKN. Di FKTP, layanan RJTP meningkat 155% dan layanan RITP meningkat 24,5%. Sementara di FKRTL, layanan RJTL meningkat 84% dan layanan RITL meningkat 39%. Namun, hasil studi menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan di rumah sakit lebih banyak dimanfaatkan oleh penduduk kaya (Ariani & Pujiyanto, 2019). Studi tersebut menjelaskan terjadinya inekuitas utilisasi layanan rawat inap di rumah sakit yang pro kaya disebabkan oleh ketidaksetaraan umur, pendapatan, pendidikan, wilayah geografis tempat tinggal serta kepemilikan JKN.

Berdasarkan data Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO), meskipun tren besaran OOP di Indonesia menurun dari 42,52% pada 2014 menjadi sebesar 34,85% pada 2018, namun angka tersebut masih belum mencapai standar OOP ideal yaitu dibawah 20% dari total biaya kesehatan (World Bank, n.d.) OOP adalah seberapa besar biaya yang dibayarkan oleh peserta di luar iuran yang telah dibayarkan kepada asuransi kesehatan/BPJS Kesehatan. OOP merupakan indikator untuk melihat perlindungan/proteksi finansial. Secara konseptual, kepemilikan JKN akan mencegah terjadinya pengeluaran kesehatan secara berlebihan oleh peserta karena biaya pelayanan sudah ditanggung oleh BPJS Kesehatan.

Sejauh ini, belum ada studi yang secara khusus menganalisis dampak bantuan iuran bagi peserta PBI JKN menggunakan data yang terbaru. Studi yang ada sejauh ini menggunakan data tahun 2014-2017 dan bersifat deskriptif. Rolindra (2015) melaporkan bahwa ada kecenderungan peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan oleh masyarakat miskin dan rentan miskin. Selain itu, utilisasi layanan rawat inap di rumah sakit pada kelompok peserta JKN meningkat pada tahun 2015 ke tahun 2016 (Ariani & Pujiyanto, 2019). Peningkatan kepesertaan Program JKN diketahui dapat menaikkan pemanfaatan rawat jalan dan rawat inap, serta durasi rawat selama 360 hari (Dartanto, Hanum, et al., 2015). Selain peningkatan akses pelayanan kesehatan, Program JKN juga diketahui memiliki pengaruh pada pengeluaran kesehatan rumah tangga. Secara umum, peserta JKN mendapatkan proteksi finansial terhadap pengeluaran biaya kesehatan, terutama pembiayaan katastrofik (Tarigan & Suryati, 2017). Pengeluaran kesehatan rumah tangga pemilik JKN rata-rata lebih rendah Rp.205 per kapita per bulan. Peserta JKN kelompok 20% termiskin memiliki pengeluaran kesehatan lebih rendah Rp.25.079/kapita/bulan dibandingkan dengan masyarakat yang tidak memiliki JKN (Dartanto, Dharmawan, et al., 2017).

Masih terbatasnya literatur terkini mengenai dampak program JKN terutama pada PBI masyarakat miskin dan rentan menjadi latar belakang dilakukannya penelitian ini. Studi dampak bantuan iuran program JKN diperlukan untuk menjawab ketercapaian tujuan pemberian program JKN bagi penduduk miskin dan rentan berdasarkan data yang terbaru. Masih rendahnya akses pelayanan, tingginya OOP, dan permasalahan mekanisme penyaluran PBI perlu dianalisis secara lebih mendalam menggunakan data terbaru yang sudah tersedia.

1.2 Rumusan Masalah dan Tujuan

Berdasarkan deskripsi pada latar belakang penelitian, berikut adalah pokok pembahasannya yang menjadi fokus kajian dan analisis

1. Seberapa besar dampak Program PBI JKN terhadap perluasan akses dan peningkatan penggunaan (utilisasi) pelayanan kesehatan untuk penduduk miskin dan tidak mampu?
2. Seberapa besar dampak Program PBI JKN terhadap perlindungan/proteksi finansial pada penduduk miskin dan tidak mampu?

1.3 Keluaran

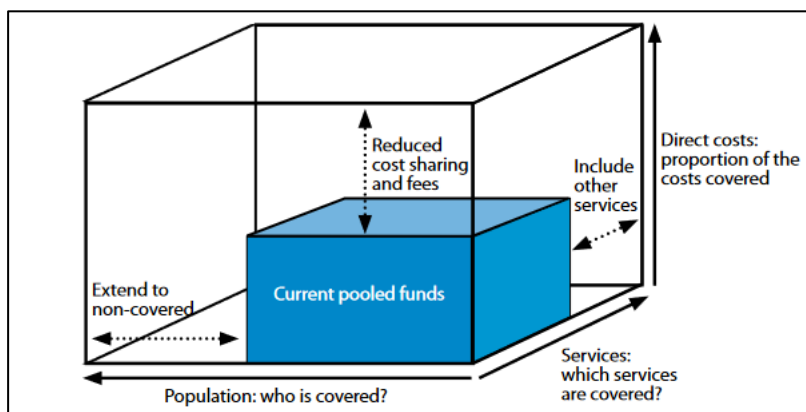
Penelitian ini akan menghasilkan perhitungan dampak program JKN PBI terhadap akses dan utilisasi layanan Kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu. Melalui metode kualitatif, studi ini akan memberikan gambaran secara lebih mendalam mengenai pemanfaatan Program JKN pada masyarakat miskin dan tidak mampu di wilayah sampel. Dengan hasil yang lebih mendalam, penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi dalam rangka perbaikan implementasi program JKN khususnya untuk penerima bantuan iuran.

II. Tinjauan Pustaka

2.1 Landasan Teori

Program JKN yang telah terimplementasi sejak 2014 merupakan bagian dari upaya Pemerintah mencapai Cakupan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage/UHC). Berdasarkan definisi WHO, UHC tercipta apabila seluruh masyarakat dapat menerima pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan tanpa terhalang oleh masalah pembiayaan dalam mengakses pelayanan kesehatan (WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage, 2014). Tercapainya UHC sendiri merupakan salah satu tujuan dalam Sustainable Development Goals (SDGs) Target 3.8 yang mencakup proteksi finansial, akses pelayanan kesehatan esensial yang berkualitas, dan akses obat esensial dan vaksin yang aman, efektif, berkualitas dan terjangkau bagi seluruh masyarakat. Di sisi lain, tercapainya UHC secara tidak langsung akan membantu terlaksananya Target 1 SDGs, yakni menghapus kemiskinan ekstrem, melalui perlindungan dari biaya kesehatan yang berpotensi memiskinkan (Carlier D, Nagpal S, Smith O, Tandon A, 2015). Gambar 1 menunjukkan tiga dimensi utama dalam rangka mencapai UHC, yakni perluasan peserta jaminan kesehatan sosial, perlindungan finansial, dan perluasan manfaat jaminan kesehatan sosial. Implementasi untuk menuju UHC di Indonesia telah tertuang melalui Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan SJSN, khususnya dalam program JKN (Adiyanta, 2020).

Gambar 1. Kubus Tiga Dimensi UHC



Sumber: (WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage, 2014)

Kajian mengenai dampak penerapan jaminan kesehatan sosial untuk meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan perlindungan finansial telah banyak dilakukan di banyak negara dengan hasil yang beragam. Sebagai contoh, implementasi asuransi kesehatan sosial di Vietnam menunjukkan adanya peningkatan kunjungan rawat jalan, terutama pada masyarakat yang disubsidi oleh Pemerintah (Thurong, 2020). Hasil serupa juga dilaporkan di negara lain, seperti Filipina, China, dan Yordania (Balamiento, 2018; Ekman, 2007; Zhao, 2014). Tingginya subsidi yang diberikan Pemerintah masing-masing negara untuk masyarakat miskin dan rentan miskin berhasil mengurangi hambatan finansial yang menghalangi akses ke pelayanan kesehatan. Adapun terbatasnya dampak

pada kelompok masyarakat tidak miskin disebabkan masih adanya beban biaya yang harus dikeluarkan di fasilitas kesehatan, termasuk untuk membayar kontribusi premi jaminan sosial. Berbeda dengan Vietnam, Filipina dan China, peningkatan utilisasi pelayanan kesehatan di Jordania masih didominasi oleh kelompok masyarakat dengan kondisi sosial ekonomi dan akses ke fasilitas kesehatan yang lebih baik.

Di sisi lain, terdapat juga penelitian yang melaporkan nihilnya efek implementasi jaminan kesehatan sosial masyarakat miskin terhadap utilisasi pelayanan kesehatan dan proteksi finansial. Bauhoff, Hotchkiss, dan Smith (2010) melaporkan tidak menemukan dampak program jaminan kesehatan masyarakat miskin pada utilisasi pelayanan kesehatan di Georgia namun ada penurunan rata-rata OOP. Rendahnya pemanfaatan jaminan kesehatan tersebut disebabkan oleh kurangnya pengetahuan masyarakat miskin mengenai kepesertaan serta manfaat dari program.

Penelitian mengenai dampak implementasi JKN dan utilisasi pelayanan kesehatan serta proteksi finansial masih cukup terbatas di Indonesia. Mayoritas literatur yang tersedia melaporkan statistik deskriptif dan/atau hubungan/korelasi antara program JKN dan utilisasi pelayanan kesehatan maupaun OOP. Hasil kajian dampak implementasi awal Program JKN menunjukkan bahwa ada peningkatan rawat inap dan rawat jalan, baik pada kelompok PBI maupun non-PBI (Erlangga, Ali, & Bloor, 2019). Analisis dampak lainnya menggunakan data Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia 2017 melaporkan bahwa peserta JKN mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak yang lebih baik, seperti kunjungan antenatal, persalinan oleh tenaga kesehatan dan pelayanan nifas (Anindya et al., 2020). Sedangkan secara deskriptif, cukup banyak kajian yang melaporkan ada perbedaan yang signifikan antara peserta JKN dibandingkan peserta JKN dalam utilisasi fasilitas kesehatan yang lebih tinggi maupun rata-rata OOP yang lebih rendah (Health Policy Plus, 2018; Shihab et al., 2017; Thabrany, 2020).

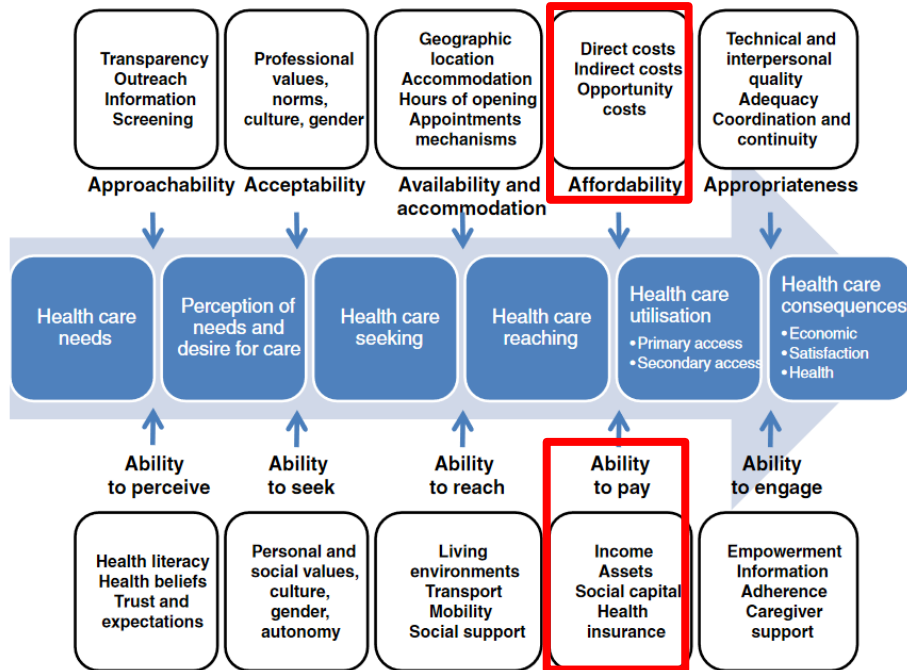
Akses ke fasilitas kesehatan

Untuk mendapatkan gambaran yang lebih luas mengenai pendukung dan hambatan masyarakat dalam mengakses fasilitas kesehatan di Indonesia, kajian ini akan mengadopsi kerangka konseptual yang dikembangkan oleh Levesque et al. (2013). Dalam kerangka konsep tersebut, Levesque et al. (2013) menjelaskan bahwa terdapat lima dimensi utama yang memengaruhi keputusan masyarakat untuk pergi mencari pelayanan kesehatan. Dimensi tersebut terdiri dari (i) kemudahan akses (*approachability*) (ii) akseptabilitas (*acceptability*) (iii) ketersediaan fasilitas kesehatan (*availability and accommodation*) (iv) keterjangkauan dari sisi biaya (*affordability*) dan (v) kelayakan (*appropriateness*). Kepemilikan jaminan kesehatan merupakan bagian dari dimensi *affordability* yang memainkan peran penting yang memengaruhi masyarakat pergi ke fasilitas kesehatan. Gambaran detail mengenai kerangka konseptual ini dapat dilihat pada Gambar 2.

Kelima dimensi tersebut akan diuji dalam penelitian ini melalui penggunaan variabel terkait pada data sekunder dan penggalian mendalam saat diskusi berkelompok. Dengan begitu, kajian ini secara luas akan membahas mengenai pengaruh berbagai faktor dalam memengaruhi akses fasilitas kesehatan, termasuk kepemilikan JKN PBI. Kerangka konsep ini dipilih karena dapat mewakili variasi faktor pendukung dan penghambat

masyarakat dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Berbagai penelitian di Indonesia telah melaporkan bahwa selain masalah biaya, faktor lain seperti pemahaman, budaya, wilayah tinggal, ketersediaan fasilitas kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan sangat memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan (Kartut & Mubasyiroh, 2019; Megatsari, Laksoni, Ridlo, Yoto, & Azizah, 2018; Rumengan & Kandou, 2015; Suharmiati, Handayani, & Kristiana, 2013)

Gambar 2. Lima dimensi yang memengaruhi keputusan mengakses fasilitas kesehatan



Sumber: (Levesque et al., 2013)

III. Metodologi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan dengan metode kuantitatif yang didukung oleh pendekatan kualitatif. Secara umum, metode kuantitatif akan memanfaatkan data sekunder yakni Susenas dan Data Podes. Pendekatan kualitatif dilakukan dengan wawancara mendalam terbatas untuk mengetahui gambaran pemanfaatan JKN di Kabupaten Gunung Kidul pada tahun 2020. Diskusi lanjutan dengan beberapa pemangku kepentingan juga akan dilakukan untuk menghasilkan analisis yang lebih komprehensif.

3.1 Metode Kuantitatif

Sumber data

Penelitian ini akan menggunakan gabungan dari dua sumber data agar variabel yang terkait kepesertaan program PBI JKN, akses pelayanan kesehatan, dan OOP dapat terpenuhi. Utamanya, penelitian ini akan menggunakan data SUSENAS-2010 yang terdiri dari Susenas Kor dan Modul Konsumsi. Sebelumnya, Susenas-2013 dilaksanakan secara triwulan, yakni pada bulan Maret, Juni, September, dan Desember. Namun, sejak tahun 2015, pengambilan data Susenas dilaksanakan per semester pada Bulan Maret dan Bulan September. Berbeda dengan Susenas-2010 yang memiliki representasi tingkat kabupaten/kota pada data Bulan Maret, untuk Susenas-2011 representasi hingga tingkat kabupaten/kota harus mengkombinasikan secara kumulatif keempat datanya. Susenas Kor mencacah sekitar 300.000 rumah tangga sampel yang tersebar di seluruh provinsi dan kabupaten/kota. Untuk mendalami peran asuransi kesehatan sosial bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, penelitian ini hanya menginklusi sampel yang merupakan masyarakat yang termasuk dalam kelompok 40% penduduk yang berada pada kuintil terbawah.

Adapun variabel-variabel yang akan diambil dari Susenas Kor, antara lain: variabel bebas utama yakni kepemilikan JKN/PBI/Jamkesda, variabel *outcome* yakni utilisasi perawatan rawat jalan dan rawat inap. Sebagai tambahan akan digunakan variabel kovariat seperti wilayah tinggal (Sumatra, Jawa, Kalimantan, Bali, Tenggara, Sulawesi, dan Maluku-Papua), perkotaan/perdesaan jenis kelamin, tingkat pendidikan, usia, pekerjaan, status perkawinan, jumlah anggota rumah tangga, dan karakteristik rumah tangga (sanitasi, status rumah layak, jenis kelamin kepala rumah tangga). Informasi mengenai OOP dan pengeluaran rumah tangga akan didapatkan melalui Susenas Modul Konsumsi.

¹Susenas 2014 tidak digunakan dalam penelitian ini karena data Susenas Kor 2014 Gabungan merupakan kombinasi dari Susenas 2014 Maret dan September. Pada Maret 2014, Program JKN belum diimplementasikan secara menyeluruh. Pada Susenas Kor 2014 Gabungan, pengguna data set tidak bisa mengidentifikasi observasi berdasarkan bulan pengambilan data.

²Termasuk kepesertaan Jamkesmas pada Susenas-2013. Pada Susenas 2013, terdapat pilihan jawaban lainnya yang terdiri dari berbagai nama asuransi swasta, nama Jamkesda, penggunaan Kartu Tanda Penduduk (KTP), Kartu Keluarga (KK), dan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM). Keluarga yang menjawab lainnya (KTP/KK/SKM/Jamkesda) dimasukkan dalam kategori penerima Asuransi Kesehatan Sosial.

Selain data Susenas, penelitian ini juga akan menggunakan data Podes 2011, 2014, 2018, 2019, dan 2020. Data Podes memiliki informasi yang lengkap mengenai karakteristik desa desa di Indonesia yang jumlahnya mencapai 70,000. Data Podes mengumpulkan informasi mengenai jumlah penduduk desa, infrastruktur, topografi wilayah, dan termasuk keberadaan fasilitas kesehatan di desa. Pada penelitian ini, data mengenai ketersediaan dan akses fasilitas kesehatan dari Podes akan diagregasi pada level kabupaten/kota untuk melengkapi variabel bebas yang memengaruhi akses ke fasilitas kesehatan.

Sebelum 2018, Podes tidak dilaksanakan setiap tahun. Untuk itu, beberapa Podes akan digunakan untuk menggambarkan karakteristik kabupaten di tahun lainnya. Sebagai contoh, Podes 2011 akan dipasangkan di level kabupaten dengan Susenas 2011, Podes 2014 akan dipasangkan dengan Susenas 2013 dan 2015, Podes 2018 akan dipasangkan di level kabupaten dengan Susenas 2017. Metode semacam ini pernah digunakan oleh Johar, et al (2017) yang mengasumsikan bahwa infrastruktur kesehatan tidak mengalami perubahan yang drastis dalam beberapa tahun.

Definisi Operasional

1. Masyarakat miskin dan tidak mampu

Pada penelitian ini, identifikasi masyarakat miskin dan tidak mampu merupakan masyarakat yang berada pada kuintil 1 dan kuintil 2 indeks kesejahteraan rumah tangga (*wealth index*) atau rumah tangga yang termasuk kelompok 40% terbawah. Indeks ini dibangun dengan menggunakan komponen pertama menggunakan metode *Principal Component Analysis* (PCA). Perhitungan indeks kesejahteraan rumah tangga dilakukan pada setiap tahun data set dengan memasukkan variabel aset (sepeda, sepeda motor, televisi, pemanas air, tabung gas, kulkas, mobil, telepon, telepon genggam, dan komputer) dan karakteristik rumah (jenis dinding rumah, jenis lantai, jenis air minum, bahan bakar, penggunaan listrik, jenis kloset, dan tempat pembuangan akhir tinja). Pemilihan variabel variabel tersebut didasarkan pada distribusi kepemilikan pada seluruh rumah tangga dan hasil Kaiser-Meyer-Olkin (KMO > 0,7) (Hjelm, Mathiassen, Miller, & Wadhwa, 2017)

Definisi lain masyarakat miskin dan tidak mampu digunakan dalam *poverty status check analysis* Definisi masyarakat miskin yang digunakan adalah observasi yang termasuk dalam kelompok pengeluaran per kapita 40% terendah secara nasional. Definisi ini berusaha untuk mereplikasi kelompok masyarakat miskin yang digunakan dalam Bas Data Terpadu (BDT) yakni 40% penduduk Indonesia yang paling rendah status kesejahteraannya (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2018)

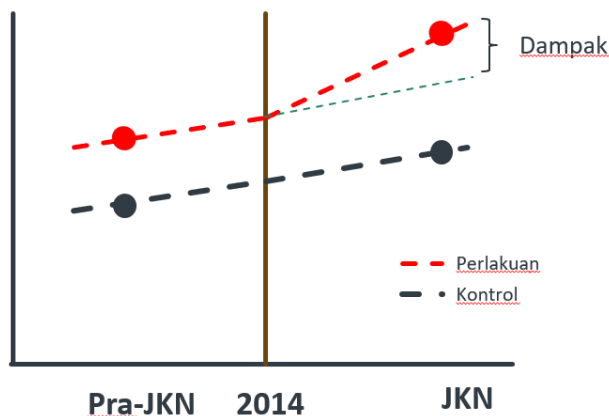
2. Kelompok perlakuan dan kontrol

Untuk mengimplementasikan metode *Matched Difference in Difference* perlu ada dua jenis kelompok sampel, yakni kelompok perlakuan (*treatment*) dan kelompok kontrol. Kelompok *treatment* adalah penduduk miskin dan tidak mampu yang memiliki JKB atau Jamkesda. Data Susenas 2011-2020 merupakan data *cross-sectional* sehingga observasi yang dikumpulkan datanya setiap tahun berbeda. Untuk itu, identifikasi kelompok *treatment* pada 2011-2013 adalah observasi yang menerima program Jamkesmas maupun program Jamkesda. Penerima program Jamkesmas, Jamkesda, dan

JKN-PBI dari pemerintah, secara umum, diasumsikan memiliki karakteristik yang sama karena berasal dari pendataan yang dilakukan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah.

Kategori serupa juga berlaku untuk kelompok kontrol. Kelompok kontrol merupakan observasi yang tidak memiliki asuransi apapun sejak 2010. Untuk membandingkan dampak sebelum dan sesudah Program JKN, kelompok kontrol adalah observasi yang berada sebelum tahun 2014 dan tidak memiliki asuransi kesehatan apapun. Ilustrasi mengenai kelompok perlakuan dan kontrol dapat dilihat pada Gambar 3.

Gambar 3. Pembagian kelompok perlakuan dan kelompok kontrol



Penentuan kepesertaan JKN dilakukan menggunakan variabel kepemilikan jaminan kesehatan. Sejak 2011, terdapat beberapa kali perubahan level dan pilihan jawaban untuk variabel kepemilikan jaminan kesehatan. Pada tahun 2013, Program JKN secara khusus belum dimasukkan dalam kuesioner Susenas. Selain itu, pertanyaan mengenai jaminan kesehatan masih ditanyakan pada level rumah tangga *rumah tangga yang memiliki jaminan pembiayaan/asuransi kesehatan dalam setahun*. Pilihan jawaban yang tersedia pada variabel B7R8 antara lain (i) Jamkesmas, (ii) Jamkesda, (iii) Jaminan Persalinan, (iv) JPK PNS/Veteran/Pensiun, (v) JPK Jamsostek, dan (vi) Jaminan Lainnya. Untuk mengatasi kebutuhan status kepemilikan asuransi kesehatan sosial ditingkat individu, pada penelitian ini kelompok perlakuan pada tahun-2013 adalah seluruh individu pada rumah tangga yang memiliki jamkesmas atau Jamkesda.

Pada tahun 2020, Program JKN (BPJS Kesehatan) sudah mulai dimasukkan dalam kuesioner Susenas dan ditanyakan untuk setiap individu dalam rumah tangga. Namun, ada perbedaan antara Susenas 2016 dan Susenas 2020. Pada Susenas 2016 pilihan jawaban pada kepemilikan jaminan kesehatan antara lain (i) BPJS Kesehatan, (ii) BPJS Ketenagakerjaan, (iii) Askes/Asabri/Jamsostek, (iv) Jamkesmas/PBI, (v) Jamkesda, (vi) Asuransi swasta, (vii) Perusahaan/kantor, dan (viii) Tidak Punya. Penentuan kepesertaan PBI untuk tahun 2017 pada kajian ini tidak hanya menggunakan individu yang memilih Jamkesmas/PBI, melainkan juga masyarakat miskin yang tidak mampu (kuintil 1 dan kuintil 2) yang menjawab BPJS Kesehatan dan Jamkesda. Berdasarkan penelitian sebelumnya, diketahui bahwa banyak rumah tangga yang lebih mengenal kepesertaan PBI (Sewandono, 2017). Kemudian, sejak tahun 2018 kuesioner Susenas sudah membagi pilihan jawaban menjadi BPJS Kesehatan PBI dan BPJS Kesehatan Non

Sehingga definisi peserta JKN PBI pada kajian ini untuk tahun 2018 adalah individu yang memiliki BPJS Kesehatan PBI atau memiliki Jamkesda.

3. *Outcome*

Kajian ini memiliki tiga *outcome* utama untuk mengukur dampak kepesertaan JKN PBI pada masyarakat miskin dan tidak mampu. Ketiga *outcome* tersebut antara lain: (i) utilisasi rawat jalan; (ii) utilisasi rawat inap; dan (iii) OOP. Sama seperti variabel perlakuan dan kontrol, ketiga *outcome* ini memiliki definisi yang agak berbeda pada setiap tahunnya, bergantung pada ketersediaan di kuesioner Susenas.

1. Utilisasi rawat jalan dan rawat inap

Untuk menjawab pertanyaan dampak JKN terhadap utilisasi pelayanan kesehatan, analisis akan dilakukan pada level individu. Secara umum, penentuan penggunaan pelayanan rawat jalan pada seorang individu dikonstruksi melalui dua pertanyaan pada kuesioner Susenas. Pertama, individu akan ditanyakan terlebih dahulu apakah dalam satu bulan *berobat jalan*, sedangkan jika menjawab tidak maka akan lanjut ke pertanyaan berikutnya mengenai rawat inap. Individu yang menjawab pernah memiliki gangguan kesehatan kemudian menggunakan/tidak menggunakan rawat jalan akan dimasukkan ke dalam perhitungan estimasi dampak.

Ada sedikit perbedaan penentuan penggunaan pelayanan rawat inap dengan rawat jalan. Jika sebelumnya penentuan penggunaan pelayanan rawat jalan harus melalui filtrasi pertanyaan mengenai keluhan kesehatan, pada utilisasi pelayanan rawat inap pertanyaan ditanyakan langsung tanpa filtrasi. Utilisasi rawat inap langsung diambil dari pertanyaan *terjadi rawat inap* pada kuesioner Susenas. Ada perbedaan *denominator*, kejadian rawat inap di masyarakat setahun *lebih rendah* dibandingkan kejadian rawat jalan pada masyarakat yang memiliki keluhan kesehatan sebulan terakhir.

Pada hasil deskriptif, analisis akan di disagregasi menjadi pelayanan di penyedia pelayanan kesehatan publik dan swasta. Penelitian *mengeksklusi* kunjungan masyarakat yang dilakukan pada pelayanan informal seperti dukun untuk secara utuh menangkap akses masyarakat ke pelayanan kesehatan. Sektor publik untuk pelayanan rawat jalan dan rawat inap terdiri dari rumah sakit pemerintah, puskesmas pembantu (pustu), dan Unit Kesehatan Bersama Masyarakat (UKBM) yang terdiri dari pos bersalin desa (polindes), pos pelayanan terpadu (posyandu), dan balai kesehatan. Penyedia pelayanan kesehatan swasta antara lain rumah sakit swasta, klinik praktik dokter/bidan.

2. OOP

Pertanyaan mengenai pengeluaran untuk biaya kesehatan di Susenas juga mengalami perubahan dari waktu ke waktu. Secara keseluruhan, biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan dibagi menjadi biaya kuratif, biaya obat/biaya pelayanan pencegahan/preventif. Pada bagian Pajak, Pungutan dan Asuransi juga terdapat biaya yang dikeluarkan untuk membayar asuransi kesehatan, namun variabel ini tidak dimasukkan ke dalam analisis (Sohar et al., 2017; Sparrow, Suryahadi, & Widyanti., 2013)

Perbedaan signifikan yang terjadi sejak tahun 2010 adalah (i) referensi waktu dan (ii) penentuan OOP.

Pertama perbedaan referensi waktu antara Kuesioner Susenas 2013 dan Kuesioner Susenas 2015-2020 menyebabkan estimasi biaya pengeluaran kesehatan yang dilaporkan responden menjadi terlalu rendah. Pada Kuesioner Susenas-2013, biaya kesehatan ditanyakan untuk sebulan terakhir, dua bulan terakhir, dan tiga bulan terakhir, sedangkan sejak 2015 biaya kesehatan ditanyakan untuk setahun terakhir. Hal ini menyebabkan adanya penurunan rata-rata biaya kesehatan yang dilaporkan oleh responden karena permasalahan *recall bias* (Johar, Soewondo, Pujisubekti, Satrio, & Adji, 2019)

Kedua, Kuesioner Susenas 2017 belum secara khusus menangkap OOP kesehatan yang sebenarnya. Johar et al. (2019) melaporkan bahwa data pengeluaran biaya kesehatan pada Susenas 2017 masih menyertakan besarnya subsidi yang diterima oleh masing-masing responden sehingga OOP yang sebenarnya sulit untuk diidentifikasi terutama karena harga pelayanan medis yang berbedabeda antarorang dan antarwilayah. Selain itu, peserta jaminan kesehatan penerima subsidi juga memiliki keterbatasan mengetahui secara pasti besar biaya yang dikeluarkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga angka yang dilaporkan cenderung dibawah jumlah yang sebenarnya (*underestimate*) (Johar et al., 2019)

Sejak tahun 2018, BPS mengubah cara pengumpulan data pengeluaran untuk biaya kesehatan. Selain menanyakan biaya kesehatan yang dikeluarkan untuk masing-masing jenis pelayanan kesehatan selama setahun terakhir, BPS juga menyediakan kolom yang digunakan untuk menanyakan biaya yang dikeluarkan oleh responden secara tunai (*of-pocket*) Karena komplikasi data yang berubah-ubah sepanjang tahun, studi ini hanya menggunakan data Susenas 2020 untuk menangkap pengaruh kepesertaan JKN terhadap besaran OOP yang dikeluarkan.

Pada penelitian ini, OOP biaya kesehatan mencakup biaya kuratif, obat, dan biaya preventif. Biaya kuratif mencakup biaya berobat jalan maupun rawat inap yang dibayarkan secara tunai di Rumah Sakit (RS) Pemerintah, RS Swasta, Puskesmas, dan biaya berobat ke Puskesmas Pembantu (Pustu), Pos Bersalin Desa (Polindes), Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), praktik dokter/poliklinik, dan praktik petugas kesehatan. Biaya obat hanya mengikutsertakan biaya obat dengan resep dari tenaga kesehatan yang dibeli secara tunai untuk menangkap OOP saat berkunjung ke fasilitas kesehatan. Biaya pelayanan preventif meliputi biaya pemeriksaan kehamilan, biaya imunisasi, dan biaya Keluarga Berencana. Pelayanan tradisional (dukun bersalin, pengobatan tradisional) dan pelayanan preventif yang tidak masuk ke dalam program JKN tidak diikutsertakan dalam analisis OOP.

Sejak tahun 2018, BPS juga memasukkan variabel pengeluaran transportasi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (OOP non medis). Namun, karena pengukurannya masih berubah-ubah selama 2018-2020, variabel ini hanya akan dianalisis secara deskriptif. Pada tahun 2018, OOP non medis hanya ditanyakan untuk pengeluaran

³meliputi *Medical Check Up* dan biaya pemeliharaan kesehatan lainnya (*fitness*, bekam, detox, yoga, futsal, senam kebugaran, vitamin, jamu untuk menjaga kesehatan, dan sebagainya)

transportasi darat dan ambulans, sedangkan sejak 2019 transportasi laut dan udara sudah dimasukkan ke dalam kuesioner.

Analisis statistik

Penelitian ini akan menerapkan metode *difference-in-difference* (DID). Metode ini secara umum telah banyak dikenal sebagai pendekatan yang komprehensif untuk mengevaluasi kebijakan dan program kesehatan (Shahidur R. et al, 2010). Untuk menghilangkan *unobserved heterogeneity* antara individu yang memiliki Jamkesmas/Jamkesda/JKN PBI dan individu yang tidak memiliki asuransi sama sekali, penelitian ini akan menggunakan metode *matching* dengan menggunakan *command psmatch* pada aplikasi STATA untuk setiap tahun data *matching* dilakukan dengan memasangkan individu/rumah tangga berdasarkan kondisi sosiodemografi masyarakat miskin dan tidak mampu. Kondisi sosiodemografi yang digunakan antara lain *matching* tinggal, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, kondisi sanitasi di rumah, dan kondisi kelayakan rumah *matching* dilakukan dengan metode *nearest-neighbor* dengan pengembalian (*with replacement*). Hilangnya perbedaan antara kelompok *treatment* dan kontrol dari hasil *matching* dapat dilihat pada Lampiran 11 dan Lampiran 12.

Kombinasi metode ini dapat saling melengkapi untuk menghilangkan bias dampak Program JKN (PBI) yang sebenarnya terhadap utilisasi fasilitas kesehatan dapat terlihat. Persamaan kuantitatif untuk kajian ini adalah sebagai berikut:

↳

merupakan estimasi dampak/perbedaan *outcome* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada era sebelum JKN (2013) dan setelah JKN (2020). merupakan status kepesertaan bernilai 1 apabila merupakan peserta JKN PBI, dan 0 apabila bukan peserta PBI. Y_i didapatkan melalui analisis regresi yang menyertakan variabel kontrol X_i :

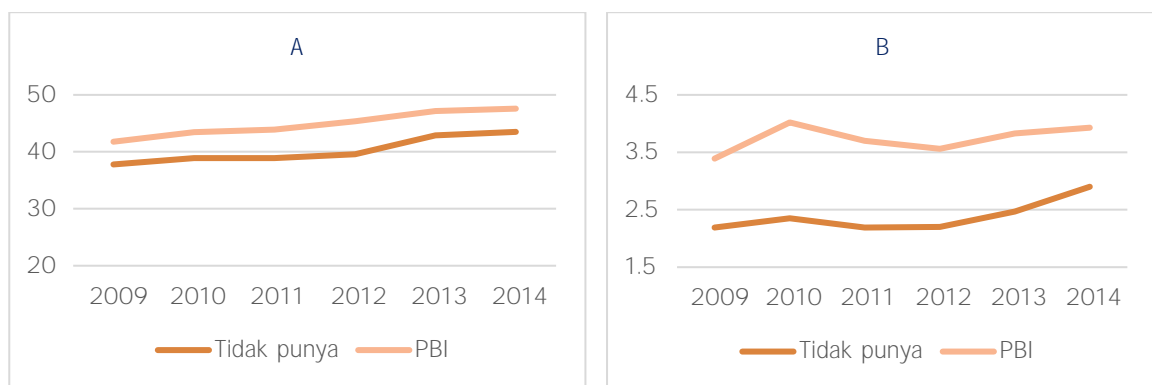
$$Y_i + h_j \cdot Z_i = \beta_0 + \beta_1 H_j + \beta_2 h_j \cdot Z_i + \epsilon_i$$

Y_i merupakan *outcome* yang terdiri dari rawat jalan, rawat inap, dan *OPD*. merupakan waktu yang bernilai 0 untuk 2013, dan bernilai 1 untuk 2020. t_i merupakan status *treatment* (1) dan kontrol (0). h_j merupakan interaksi variabel tahun dan kelompok *treatment* kontrol yang menghasilkan efek dari program JKN terhadap Y_i adalah variabel kovariat yang terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, karakteristik rumah, dan ketersediaan pelayanan kesehatan di kabupaten/kota. Pada analisis dengan *outcome* *OPD*, X_i terdiri dari jenis kelamin kepala rumah tangga, tingkat pendidikan kepala rumah tangga, usia kepala rumah tangga, karakteristik rumah, keberadaan lansia/balita di rumah tangga, keberadaan anggota rumah tangga yang sakit, dan ketersediaan fasilitas kesehatan di level kabupaten/kota.

Untuk mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam mengenai fenomena yang terjadi analisis akan dibedakan berdasarkan beberapa kelompok. Analisis akan dibagi berdasarkan kelompok perkotaan dan perdesaan *daerah* wilayah tinggal.

Pada implementasi DID, terdapat beberapa asumsi yang harus dipenuhi untuk memastikan tercapainya validitas internal dari estimasi yang dilakukan. Salah satunya adalah *parallel trend assumption*. Asumsi ini mengharuskan adanya tren yang sama antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum intervensi (program JKN PBI) diimplementasikan. Tren yang sama (konstan) pada dua kelompok tersebut memperlihatkan tidak adanya faktor lain yang tidak terobservasi (*unobserved variable*) yang memengaruhi *outcome* dan menimbulkan bias saat estimasi. Gambar 4 memperlihatkan tren rawat jalan dan rawat inap pada tahun 2009-2014 menggunakan data Susenas. Secara visual terlihat bahwa tidak ada perbedaan tren yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Dengan begitu dapat dikatakan bahwa *parallel trend assumption* terpenuhi.

Gambar 4. Tren Rawat Inap (A) dan Rawat Jalan (B) 2009-2014



Catatan: PBI= Jamkesmas, Jamkesda, Askeskin, JKMM; Perbandingan output kelompok masyarakat dengan pengeluaran per kapita 40% terbawah.

Untuk menangkap pengaruh kepesertaan program JKN pada masyarakat miskin terhadap OOP, studi ini mengadopsi metode *Two-Part Model*. Model ini telah lama diperkenalkan untuk menganalisis biaya kesehatan. Pada dasarnya metode ini menggabungkan perhitungan probabilitas rumah tangga untuk memiliki OOP dengan menggunakan metode Logit/Probit kemudian dihitung pengaruhnya menggunakan metode *Ordinary Least Square/Generalized Linear Model (GLM)*. Metode ini mampu mengeliminasi data biaya kesehatan yang biasanya tidak terdistribusi secara normal. Data biaya kesehatan seringkali memiliki nilai yang panjang karena lebih banyak masyarakat yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan (karena sebagian mengakses ketika sakit). Penelitian ini menggunakan logit untuk model pertama dan GLM dengan distribusi Gamma dan Fungsi Log Link. Untuk mengurangi bias, akan dilakukan *matching* berdasarkan karakteristik sosiodemografi rumah tangga dengan JKN dan rumah tangga dengan non-JKN. *Matching* diharapkan dapat mengontrol *unobservable variables* yang dapat menimbulkan bias dalam analisis.

3.2 Metode Kualitatif

Penelitian ini akan menggunakan pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam. Tujuan utama dari pengumpulan data kualitatif adalah memberikan gambaran kebermanfaatan Program JKN untuk mengakses pelayanan kesehatan bagi masyarakat

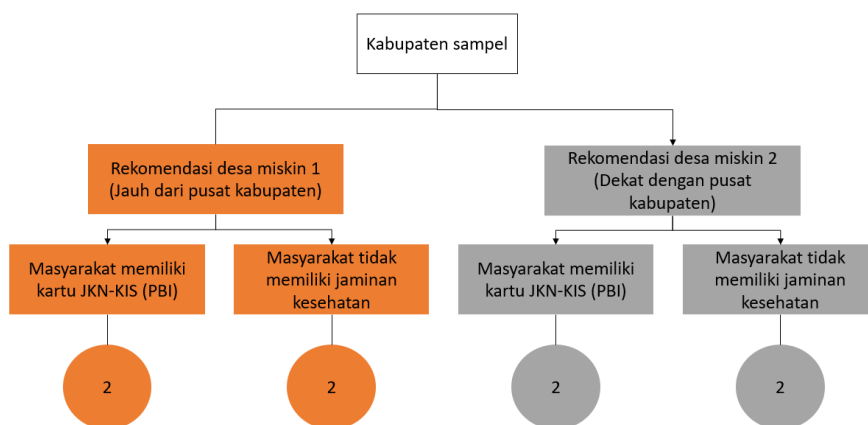
miskin dan tidak mampu. Pada penelitian ini, pendekatan kualitatif ditujukan untuk menggali informasi lebih mendalam mengenai permasalahan dalam implementasi Program JKN oleh masyarakat miskin dan tidak mampu melalui deskripsi pengalaman akses ke fasilitas kesehatan dalam tiga tahun terakhir. Adapun tujuan lain dari wawancara mendalam ini antara lain:

1. Mendapatkan gambaran permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat, terutama kelompok miskin di wilayah studi dan pemanfaatan kesehatannya
2. Menggali faktor-faktor yang memengaruhi kelompok miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan
3. Mendapatkan gambaran perlindungan keuangan kelompok miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan
4. Mendapatkan informasi proses kepemilikan kartu dan pemanfaatan JKN untuk PBI

Wawancara mendalam akan dilakukan di wilayah Kabupaten Gunung Kidul, Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Kabupaten ini dipilih berdasarkan beberapa faktor, seperti (i) tingkat kemiskinan yang cukup tinggi (17.07%) pada tahun 2020, (ii) berada pada peringkat 72 dalam Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) 2018 yang termasuk dalam kategori kurang baik jika dibandingkan dengan kabupaten lain di Pulau Jawa, (iii) keterbatasan faktor sumber daya dalam pengumpulan data kualitatif di masa pandemi COVID-19.

Untuk mendapatkan cerita yang lebih bervariasi dari wawancara mendalam, jenis responden dibagi menjadi 4 kelompok berdasarkan kepemilikan kartu JKN dan letak desa (Gambar 1). Dinas Sosial wilayah sampel, Tenaga Jajahaan Sosial Kecamatan (TKSK), dan BPJS Kesehatan diharapkan dapat membantu menghubungkan peneliti dengan responden terpilih.

Gambar 5. Distribusi Responden Wawancara Mendalam



Keterbatasan sampel dalam metode kualitatif menyebabkan hasil wawancara mendalam tidak dapat menggambarkan situasi pemanfaatan program JKN di berbagai wilayah di Indonesia. Namun, hasil wawancara mendalam dapat memberikan contoh kasus permasalahan atau keberhasilan dalam pemanfaatan program JKN di masyarakat.

IV. Hasil dan Analisis Kajian

4.1 Kepesertaan Program Asuransi Kesehatan Sosial Pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu

Kepesertaan program JKN, khususnya PBI pada rumah tangga miskin mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Selain itu, konsentrasi kepemilikan asuransi kesehatan sosial pada rumah tangga miskin mengalami perubahan dari lebih dari lima puluh persen tidak memiliki asuransi kesehatan pada 2011 menjadi lebih banyak yang memiliki asuransi kesehatan sosial pada tahun 2020. Tabel 1 menunjukkan persentase rumah tangga miskin berdasarkan jenis kepesertaan asuransi per tahun. Persentase rumah tangga miskin yang tidak memiliki asuransi kesehatan apapun menurun dari 59,02% di tahun 2012 menjadi 26,12% pada tahun 2020. Hal ini dibarengi dengan kenaikan jumlah rumah tangga miskin yang tergabung dalam asuransi kesehatan sosial menjadi 63,15% pada tahun 2020. Selain asuransi kesehatan sosial, sebagian kecil rumah tangga miskin juga tergabung dalam asuransi kesehatan swasta maupun asuransi dari perusahaan meskipun jumlahnya dalam sepuluh tahun terakhir. Kemiripan tren kenaikan kepesertaan program JKN PBI juga terjadi pada data individu rumah tangga miskin dan tidak mampu yang menjadi peserta JKN PBI mengalami peningkatan dari 36,6% pada tahun 2011 menjadi 66% pada tahun 2020.

Tabel 1. Kepemilikan Asuransi Kesehatan Rumah Tangga Miskin

Jenis asuransi	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tidak memiliki asuransi apapun	59,02	59,84	45,56	42,21	38,69	34,73	30,37	30,46	26,12
JKN-PBI/Jamkesda saja	35,22	34,16	52,18	55,59	59,65	55,14	60,85	59,81	63,5
JKN-PBI/Jamkesda dan asuransi lainnya	0,68	0,7	0,5	0,42	0,44	0,65	2,23	2,49	2,82
Asuransi lainnya	5,09	5,31	1,77	1,78	1,22	9,49	6,56	7,25	7,56
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Catatan: Asuransi lainnya terdiri dari asuransi kesehatan swasta, asuransi perusahaan/Pensiun (askes)/Tunjangan/penggantian biaya oleh perusahaan (2013), asuransi JKN PBI (2015-2020); Masyarakat miskin fl_ i] b h] ^ % ^ X U b ^ & E ^ m U b [^ a Y b ^ U k U -2016 dikategorikan sebagai JKN PBI; Tingginya kepesertaan JKN-PBI/Jamkesda pada tahun 2013 disebabkan karena dapat teridentifikasinya rumah tangga yang menjawab nama program Jamkesda (contoh: Jamkesra Pemda Jabar, Jaminan Kesehatan Aceh/JKA, Sumsel Semesta, dan lain lain)/menggunakan KTP/KK/SKTM dikategorikan dan dapat Jamkesda. Sumber data: Susenas 2020.

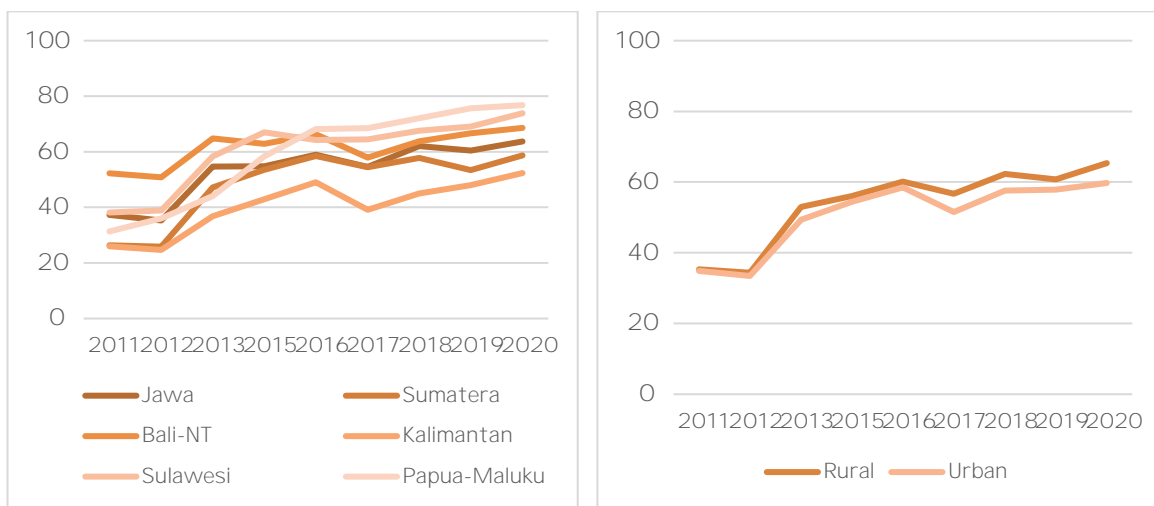
Jika dilihat berdasarkan wilayah, kepesertaan asuransi kesehatan sosial pada rumah tangga miskin meningkat di semua wilayah (gambar 6). Namun, meskipun mengalami peningkatan, persentase rumah tangga miskin yang memiliki asuransi kesehatan sosial di Wilayah Kalimantan selalu lebih rendah dibandingkan kelima wilayah lainnya. Di sisi lain, kepesertaan asuransi kesehatan sosial di Wilayah Sumatra mengalami peningkatan yang lebih besar meskipun berada di titik yang sama dengan Wilayah Kalimantan pada 2011

2012. Kepemilikan asuransi kesehatan sosial di Wilayah Maluku meningkat pesat sejak 2016. Bahkan artinya melebihi wilayah-wilayah lainnya hingga tahun 2020.

Kepesertaan asuransi kesehatan sosial pada masyarakat miskin dan tidak mampu juga mengalami peningkatan jika dilihat berdasarkan wilayah tinggal (perdesaan/perkotaan). Namun, tidak terlihat celah yang besar antara kedua wilayah tersebut (Gambar 6). Bahkan kepesertaan masyarakat miskin di wilayah perdesaan secara umum lebih tinggi dibandingkan di wilayah perkotaan dari waktu ke waktu.

Kepesertaan rumah tangga miskin dalam asuransi kesehatan sosial, terutama JKN PBI, juga terlihat tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin kepala rumah tangga. Lockley, Tobias, dan Bah (2013) melaporkan bahwa penerima program Beras untuk Rumah Tangga Miskin (Raskin) dan Jamkesmas dari Pendataan Program Pertanian Sosial (PPLS) 2011 sedikit lebih banyak didominasi oleh rumah tangga yang dikepalai oleh perempuan. Hal ini sejalan dengan data yang tergambar pada Gambar 7.

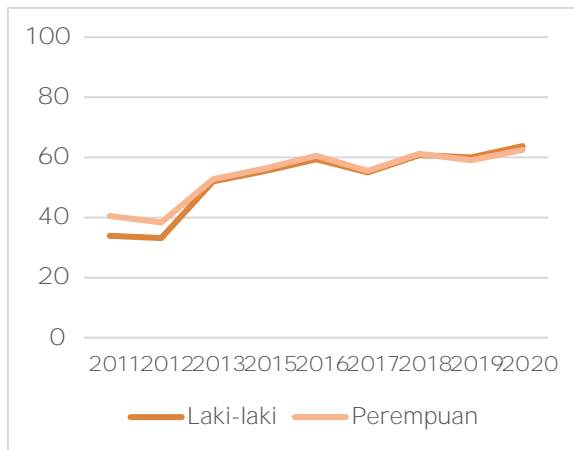
Gambar 6. Kepemilikan JKN -PBI/Jamkesda Rumah Tangga Miskin dan Tidak Mampu Berdasarkan Wilayah (Kiri) dan Area Tinggal (Kanan)



Catatan: Tingginya kepesertaan JKN PBI/Jamkesda pada tahun 2013 disebabkan karena dapat teridentifikasinya rumah tangga yang menjawab nama program Jamkesda (contoh: Jamkesra Pemda Jabar, Jaminan Kesehatan Aceh/JKA, Sumsel Semesta, dan lain-lain)/menggunakan KTP/KK/SKTM dikategorikan mendapat Jamkesda. Sumber data: Susenas 2011

Meskipun demikian, celah kepemilikan asuransi kesehatan sosial pada rumah tangga miskin yang dikepalai oleh laki-laki semakin mendekati perempuan pada tahun 2013. Hingga pada 2015-2020, persentase kepemilikan asuransi kesehatan sosial semakin berhimpitan pada rumah tangga yang dikepalai perempuan dan rumah tangga yang dikepalai laki-laki.

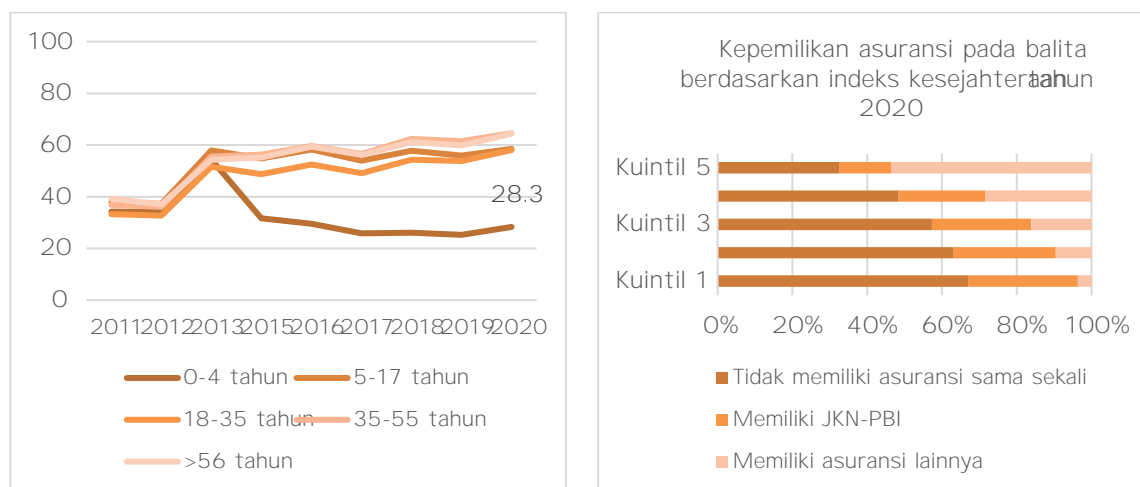
Gambar 7. Kepemilikan JKN -PBI/Jamkesda Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu Berdasarkan Jenis Kelamin Kepala Rumah Tangga



Catatan: Tingginya kepesertaan JKN-PBI/Jamkesda pada tahun 2011 disebabkan karena dapat teridentifikasi rumah tangga yang menjawab nama program Jamkesda (contoh: Jamkesra Pemda Jabar, Jaminan Kesehatan Aceh/JKA, Sumsel Semesta, dan lain-lain)/menggunakan KTP/KK/SKTM dikategorikan menjadi Jamkesda. Sumber data: Susenas 2011-2020

Kepemilikan asuransi kesehatan sosial pada masyarakat miskin berdasarkan usia tidak jauh berbeda satu sama lain, kecuali untuk anak berusia 0-4 tahun. Gambar 8 memperlihatkan bahwa kepesertaan JKN mengalami sedikit peningkatan pada masyarakat berusia lima tahun hingga lansia. Sedangkan pada anak bawah lima tahun (balita) dari rumah tangga miskin, kepesertaan JKN PBI sempat mengalami penurunan dari tahun 2016-2018. Rendahnya kepesertaan JKN PBI pada balita dari rumah tangga miskin diduga telah terjadi sejak sebelum terimplementasinya program JKN. Peningkatan pada tahun 2013 disebabkan definisi kepesertaan Jamkesda yang lebih lengkap yang meliputi penggunaan KTP/KK, SKTM, dan kategori Jamkesda berdasarkan penamaan program yang berbeda-beda antardaerah.

Gambar 8. Kepemilikan asuransi kesehatan sosial masyarakat miskin dan tidak mampu berdasarkan usia



Catatan: Pada tahun 2013 kepesertaan asuransi kesehatan ditanyakan di level rumah tangga. Untuk itu, diasumsikan jika rumah tangga memiliki Jamkesmas/Jamkesda saja maka seluruh anggota rumah tangga termasuk Jamkesmas/Jamkesda. Rumah tangga yang memiliki Jamkesmas/Jamkesda dan asuransi lain (asuransi dari perusahaan, asuransi swasta) tidak dimasukkan ke dalam analisis. Sumber data: Susenas 2011-2020.

Analisis lebih lanjut sebaran kepesertaan asuransi kesehatan pada balita berdasarkan indeks kesejahteraan pada tahun 2020 memperlihatkan bahwa balita dari rumah tangga miskin (kuintil 1 dan kuintil 2) cenderung tidak tercakup dalam asuransi kesehatan apapun Gambar 8. Distribusi ini sedikit berbeda dengan balita dari rumah tangga kuintil 5 (terkaya) yang memperlihatkan cakupan tinggi balita pada program asuransi kesehatan swasta. Rendahnya kepesertaan JKN pada balita dapat menyebabkan rendahnya akses ke fasilitas kesehatan dan menyebabkan *unmet need*. Kotak 1 menunjukkan cerita adanya penundaan untuk layanan kesehatan pada balita dikarenakan ketiadaan biaya untuk berobat.

Kotak 1

Balita tidak operasi hernia karena tidak memiliki biaya

Keluarga Ibu H tidak memiliki Kartu JKN meskipun teridentifikasi sebagai masyarakat miskin oleh Dinas Sosial. Padahal anak Ibu H (saat ini berusia lima tahun) juga menderita penyakit hernia yang sudah dialami sejak masih kecil. Ibu H mengaku dokter sudah menyarankan anaknya untuk dioperasi sejak bayi namun tidak dilakukan hingga saat ini karena tidak memiliki biaya.

Keluarga Ibu H pernah bertanya kepada Perangkat Desa mengenai prosedur kepesertaan JKN-PBI. Oleh Perangkat Desa diarahkan untuk datang ke kantor BPJS Kesehatan sambil membawa KK, KTP, dan Kartu Nikah. Namun upaya Ibu H berhenti karena tidak mengetahui letak kantor BPJS Kesehatan.

4.2 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan dan Rawat Inap

Layanan Rawat Jalan

Persentase utilisasi fasilitas kesehatan untuk pelayanan rawat jalan dalam sembilan tahun terakhir tersaji pada Table 3. Tabel tersebut menunjukkan persentase kunjungan rawat jalan dalam sebulan terakhir di antara responden yang memiliki keluhan kesehatan. Secara umum terlihat peningkatan penggunaan pelayanan rawat jalan pada kelompok miskin (kuintil 1 dan kuintil 2) dalam sembilan tahun terakhir. Persentase utilisasi layanan rawat jalan pada kelompok miskin sempat mengalami peningkatan tinggi pada 2019, namun penggunaannya menurun pada tahun 2020. Adanya pandemi COVID-19 pada tahun 2020 kemungkinan memengaruhi keputusan masyarakat untuk berobat ke fasilitas kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, pandemi COVID-19 menyebabkan penundaan pada pemeriksaan rutin untuk penyakit diabetes maupun kolesterol karena meningkatnya antrian dan rasa khawatir akan COVID-19 ketika datang ke fasilitas kesehatan. Tren serupa juga dialami oleh kelompok masyarakat pada kuintil 3 hingga kuintil 5.

Indikator " g Y ` U a U ` d U b X Y a] `] b] ` G U m U ` W i a U ` O V Y f c V U h Q ` X] ` _ ` pandemi ini kan ngantrinya aja kadang-kadang lama. Pas pandemi ini Alhamdulillah gak d Y f b U \ ` O _ Y ` d i g _ Y g a U g Q " ` G c U ` b m U ` d] ` Y _ ` b U P h] ` _ U ` c ` Perempuan, 50 tahun, 21 Agustus 2021)

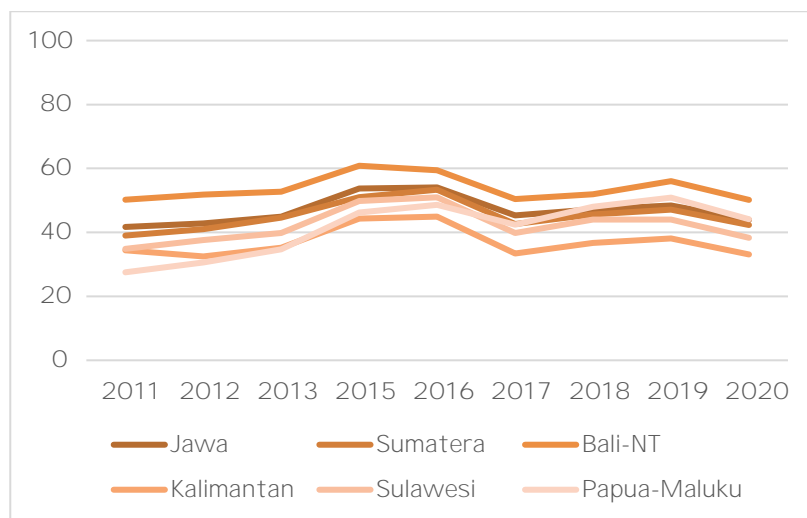
Tabel 2. Utilisasi Layanan Rawat Jalan Berdasarkan Tahun dan Indeks Kesejahteraan

Kelompok	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kuintil 1	35.49	38.05	41.03	49.9	50.85	41.36	44.55	46.71	40.64
Kuintil 2	41.57	43.02	45.24	53.44	54.4	44.23	47.09	48.57	43.71
Kuintil 3	45.07	45.04	47.61	55.29	55.86	45.2	48.49	50	45.34
Kuintil 4	47.09	46.25	50.27	56.71	56.82	46.19	49.04	50.89	46.65
Kuintil 5	49.79	47	52.22	56.6	57.11	47.88	50.61	51.9	48.56

Catatan (Susenas 2012020)

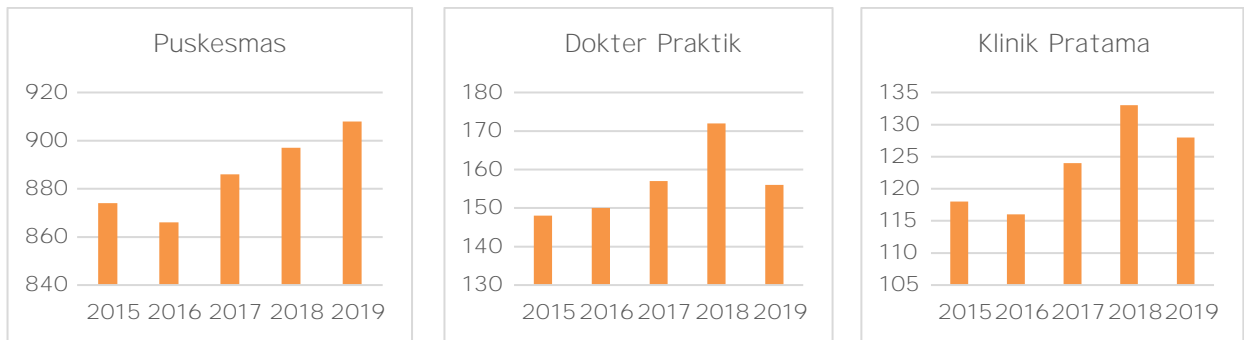
Berdasarkan wilayah, secara umum tidak terjadi peningkatan utilisasi layanan rawat jalan oleh masyarakat miskin selama sepuluh tahun terakhir (Gambar 9). Utilisasi tertinggi sejak 2011 terjadi di wilayah Bali Tenggara, sedangkan yang terendah berada di wilayah Kalimantan. Wilayah Papua Maluku mengalami mulai mengalami peningkatan pada tahun 2015. Kombinasi antara tingginya kepesertaan JKN pada masyarakat miskin di wilayah Maluku-Papua (Gambar 6) serta penambahan jumlah fasilitas kesehatan yang bermitra dengan BPJS Kesehatan (Gambar 10) kemungkinan besar berkontribusi besar terhadap kenaikan utilisasi rawat jalan ini. Di sisi lain, di Wilayah Kalimantan, meskipun mengalami peningkatan pada jumlah fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan namun rendahnya kepesertaan JKN pada masyarakat miskin menyebabkan utilisasi rawat jalan yang masih rendah hingga tahun 2020.

Gambar 9. Tren utilisasi rawat jalan di fasilitas kesehatan pada masyarkat miskin dan tidak mampu



Catatan: (Susenas 2012020)

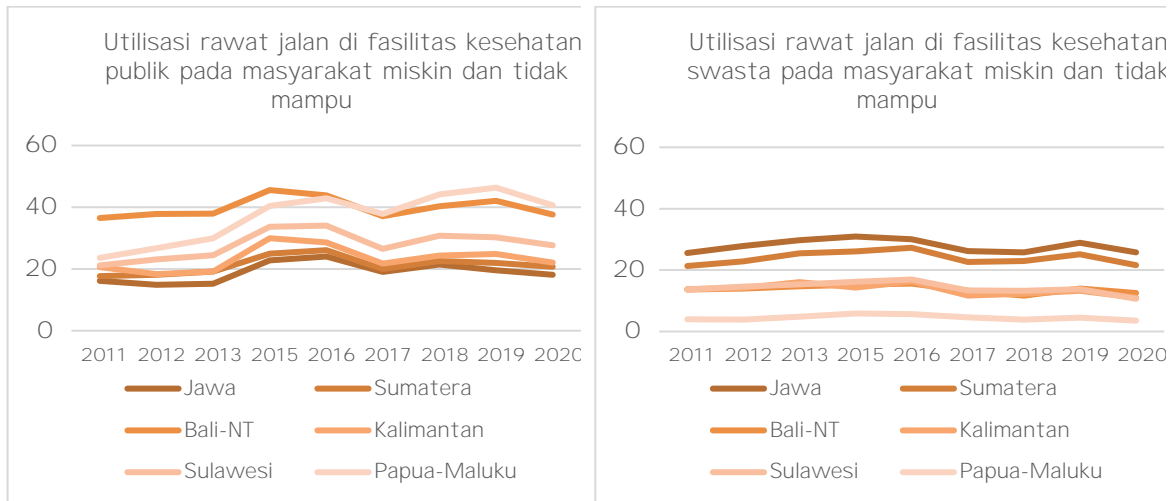
Gambar 10. Jumlah Fasilitas Kesehatan Mitra BPJS Kesehatan di Wilayah Maluku Papua, 2015-2019



Sumber data: Statistik JKN 2019 (Dewan Jaminan Sosial Nasional & BPJS Kesehatan, 2021)

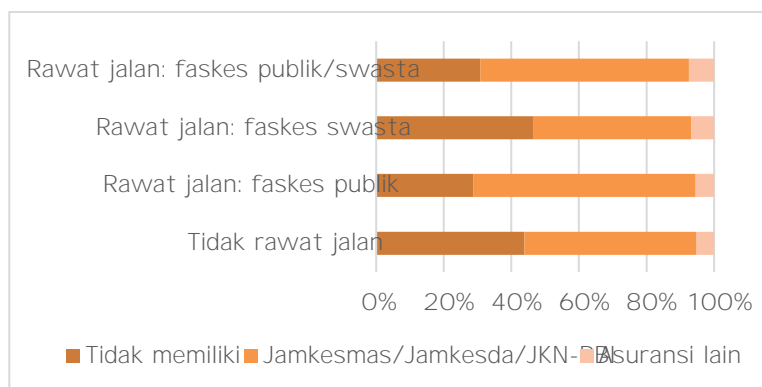
Masyarakat miskin cenderung menggunakan fasilitas kesehatan pemerintah untuk mengakses layanan rawat jalan. Gambar 11 memperlihatkan bahwa cakupan pelayanan rawat jalan di fasilitas kesehatan pemerintah lebih tinggi daripada fasilitas kesehatan swasta dari tahun ke tahun. Masyarakat miskin di wilayah Papua-Maluku, dan Sulawesi lebih banyak yang mengakses fasilitas kesehatan pemerintah. Di sisi lain, fasilitas kesehatan swasta lebih banyak diakses oleh masyarakat miskin di wilayah Jawa dan Sumatra. Jika dilihat berdasarkan kepemilikan asuransi di 2020, lebih dari setengah masyarakat miskin menggunakan JKN ketika mengakses layanan rawat jalan, baik di fasilitas kesehatan pemerintah maupun fasilitas kesehatan swasta.

Gambar 11. Tren layanan rawat jalan di fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta pada masyarakat miskin dan tidak mampu



Catatan: Fasilitas Kesehatan publik meliputi Rumah Sakit Pemerintah, Puskesmas/Pustu, Upaya Kesehatan Masyarakat (Posyandu, Polindes, Poskesdes); Fasilitas Kesehatan Swasta meliputi Rumah Sakit Pemerintah, Praktik Dokter/Poliklinik, Praktik Nakes.

Gambar 12. Tren kunjungan Rawat Jalan pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu Berdasarkan Kepesertaan Asuransi Kesehatan Tahun 2020



Layanan Rawat Inap

Serupa dengan utilisasi rawat jalan, pemanfaatan rawat inap juga mengalami peningkatan dalam jangka waktu 2011-2020. Lonjakan besar peningkatan rawat inap terjadi sejak tahun 2015 di seluruh kelompok masyarakat. Pada periode ini, program JKN sudah terimplementasikan di Indonesia. Kelompok masyarakat pada kuintil 4 dan 5 cenderung memiliki tingkat pemanfaatan layanan rawat inap yang lebih tinggi dari tahun ke tahun dibandingkan dengan kelompok miskin (kuintil 1 dan 2). Meskipun demikian, pada kelompok termiskin (kuintil 1), terjadi peningkatan sekitar 3 kali lipat pada pemanfaatan layanan rawat inap, dari 1,04% pada 2011 menjadi 3,18% pada 2020. Berbeda dengan layanan rawat jalan, pada tahun 2020 tidak terdapat penurunan besar pada utilisasi rawat inap di seluruh kelompok masyarakat.

Tabel 3. Utilisasi Layanan Rawat Inap Berdasarkan Tahun dan Indeks Kesejahteraan (%)

Kelompok	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kuintil 1	1,04	1,07	1,32	2,11	2,31	2,49	3,05	3,18	3,18
Kuintil 2	1,64	1,59	1,87	3,02	3,2	3,49	4,11	4,4	4,31
Kuintil 3	1,97	1,86	2,2	3,48	3,66	4,04	4,7	4,83	4,93
Kuintil 4	2,27	2,07	2,53	3,84	3,91	4,34	4,88	5,28	5,31
Kuintil 5	2,74	2,47	3	4,43	4,7	5,11	5,57	6,04	6,1

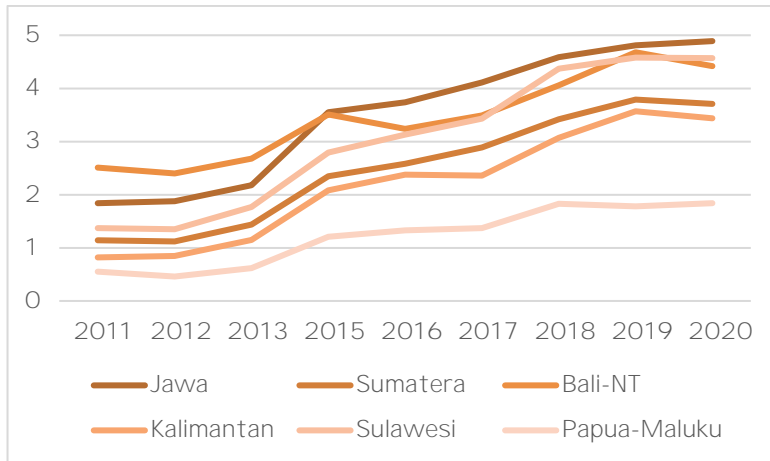
Catatan: Susenas 2011-2020

Pemanfaatan layanan rawat inap lebih banyak digunakan masyarakat miskin di wilayah Jawa, Bali, Nusa Tenggara, dan Sulawesi. Layanan Rawat Inap juga mengalami peningkatan yang besar di wilayah Kalimantan dan Sumatra, meskipun persentasenya masih lebih rendah dibandingkan wilayah Jawa dari tahun ke tahun. Berbeda dengan layanan rawat jalan, pemanfaatan layanan rawat inap di wilayah Maluku cukup rendah.

Berdasarkan data Statistik JKN 2019, hanya Provinsi Papua yang mengalami

peningkatan jumlah FKRT Mitra BPJS Kesehatan, dari 25 pada 2015 menjadi 30 pada 2019 (Dewan Jaminan Sosial Nasional & BPJS Kesehatan, 2021)

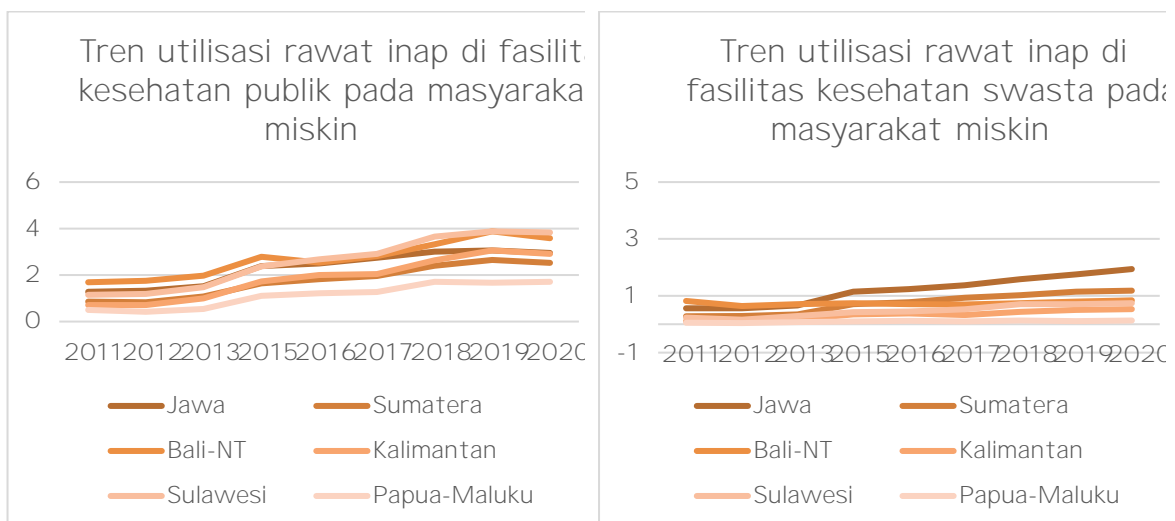
Gambar 13. Tren utilisasi rawat inap di fasilitas kesehatan pada masyarakat miskin



Catatan: Susenas 2011-2020

Layanan rawat inap lebih banyak digunakan pada fasilitas kesehatan pemerintah dibandingkan dengan fasilitas kesehatan swasta. Masyarakat miskin di wilayah Sulawesi dan Bali-NT secara konsisten lebih banyak menggunakan fasilitas kesehatan pemerintah sejak 2011 hingga 2020. Untuk fasilitas kesehatan swasta, penggunaan layanan rawat inap lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat miskin di wilayah Jawa. Sedangkan wilayah Maluku-Papua memiliki tren utilisasi yang sama rendahnya baik di fasilitas kesehatan pemerintah maupun fasilitas kesehatan swasta.

Gambar 14. Tren utilisasi rawat inap di fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta oleh masyarakat miskin.

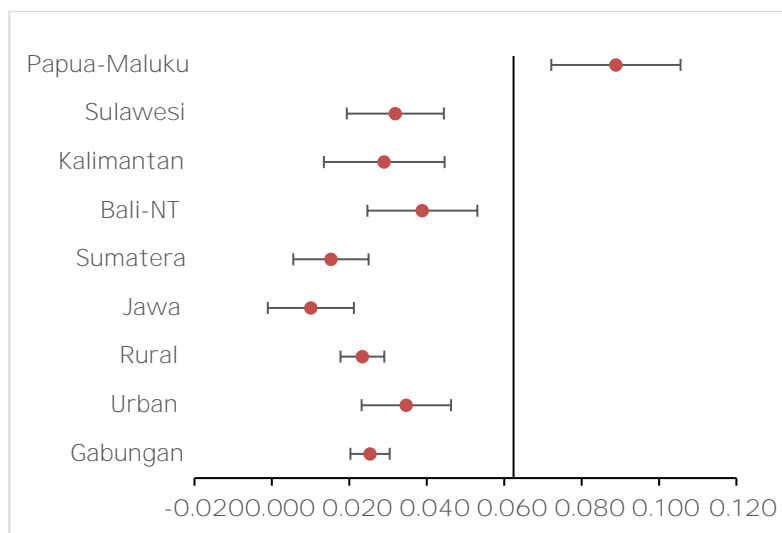


Catatan: Susenas 2011-2020

Dampak Program JKN terhadap Utilisasi Layanan Kesehatan Masyarakat Miskin

Hasil analisis dampak Program JKN terhadap utilisasi rawat jalan masyarakat miskin dapat dilihat dari Gambar 15. Secara umum, terlihat bahwa program asuransi kesehatan sosial memiliki dampak yang positif dan signifikan pada hampir seluruh kelompok masyarakat. Hasil keseluruhan menunjukkan bahwa masyarakat miskin yang tergabung dalam program asuransi kesehatan sosial memiliki probabilitas 2,5% lebih tinggi untuk memanfaatkan layanan rawat jalan dibandingkan dengan masyarakat miskin yang tidak tergabung dalam program asuransi kesehatan sosial. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa wilayah Papua Maluku memiliki dampak paling besar, yakni 8,9%. Di sisi lain, dampak program asuransi kesehatan sosial masyarakat miskin di wilayah Jawa untuk layanan rawat jalan menunjukkan hasil yang tidak signifikan (*95% confidence interval* berhimpitan dengan 0).

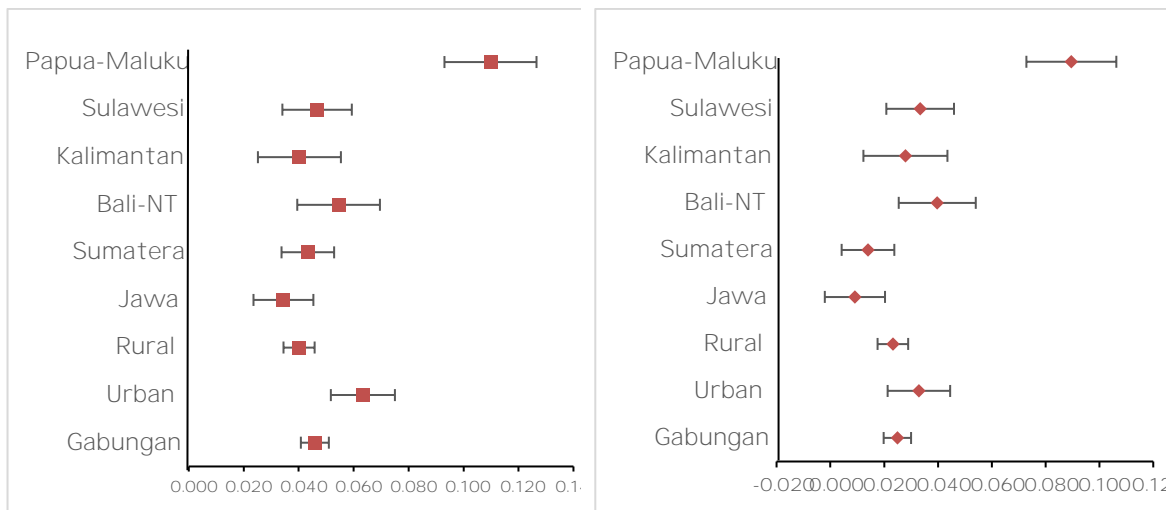
Gambar 15. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan



Catatan *matched* antara peserta Jamkesmas/Jamkesda/PBI dengan peserta yang tidak memiliki asuransi sama sekali, *Matching* berdasarkan variabel sosiodemografi seperti wilayah, area, kondisi sanitasi rumah, kondisi kelayakan rumah, status pekerjaan, usia, dan jenis kelamin. Hasil lengkap dapat dilihat pada lampiran 4.

Dampak program JKN terhadap utilisasi layanan rawat jalan masyarakat miskin lebih besar pada fasilitas kesehatan pemerintah. Gambar 16 menunjukkan bahwa dampak JKN terhadap utilisasi rawat jalan di fasilitas kesehatan pemerintah positif dan signifikan di seluruh kelompok masyarakat. Dampak terbesar terdapat di Papua, yakni sekitar 11%, sedangkan dampak terendah berada di wilayah Jawa. Untuk utilisasi rawat jalan di fasilitas kesehatan swasta, beberapa kelompok masyarakat menunjukkan hasil yang tidak signifikan (*95% confidence interval* berhimpit dengan 0), seperti kelompok masyarakat di Kalimantan, Sumatra, dan Jawa. Namun secara keseluruhan program memiliki dampak sebesar 2,5% bagi masyarakat yang memiliki asuransi kesehatan social dibandingkan masyarakat yang tidak memiliki jaminan kesehatan apapun.

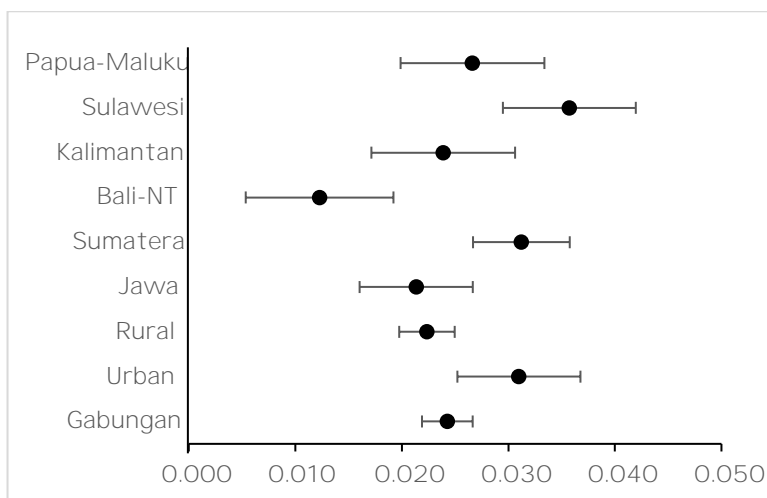
Gambar 16. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan Pemerintah (Kiri) dan Fasilitas Kesehatan Swasta (Kanan)



Catatan *matched* antara peserta Jamkesmas/Jamkesda/JKN dengan peserta yang tidak memiliki asuransi sama sekali, *Matching* berdasarkan variabel sosiodemografi seperti wilayah, area, kondisi sanitasi rumah, kondisi kelayakan rumah, status pekerjaan, usia, dan jenis kelamin. Hasil lengkap dapat dilihat pada lampiran 4.

Hasil analisis dampak Program JKN terhadap utilisasi rawat inap masyarakat miskin dapat dilihat dari Gambar 17. Secara umum, terlihat bahwa program asuransi kesehatan sosial memiliki dampak yang positif dan signifikan pada seluruh kelompok masyarakat. Hasil keseluruhan menunjukkan bahwa masyarakat miskin yang tergabung dalam program asuransi kesehatan sosial memiliki probabilitas 2,4% lebih tinggi untuk memanfaatkan layanan rawat inap dibandingkan dengan masyarakat miskin yang tidak tergabung dalam program asuransi kesehatan sosial. Disagregasi analisis berdasarkan wilayah tinggal menunjukkan hasil yang serupa antar wilayah (95% *confidence interval* berhimpit satu sama lain).

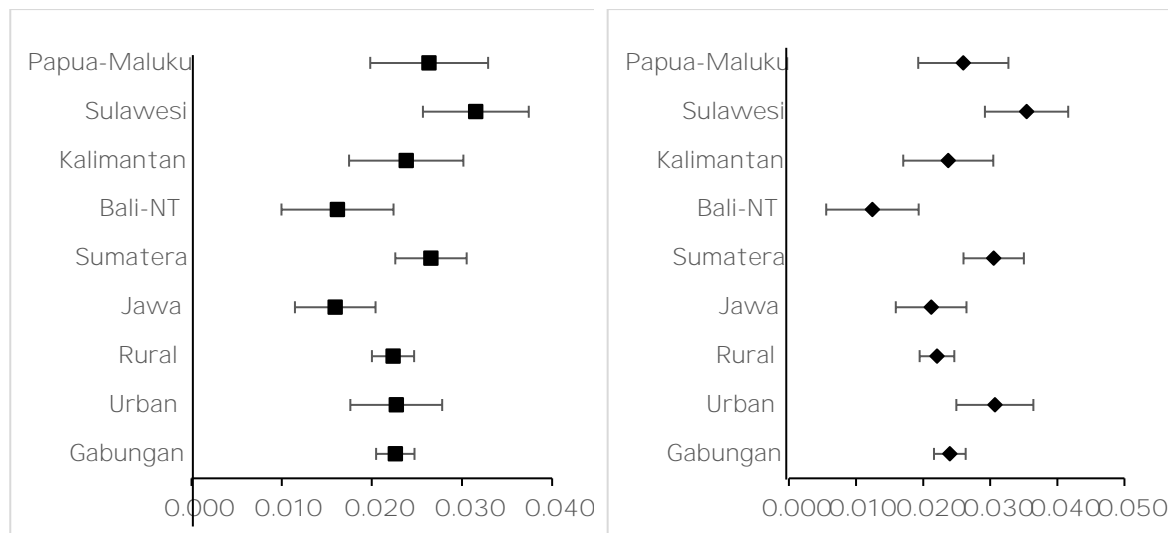
Gambar 17. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Inap



Catatan *matched* antara peserta Jamkesmas/Jamkesda/JKN dengan peserta yang tidak memiliki asuransi sama sekali, *Matching* berdasarkan variabel sosiodemografi seperti wilayah, area, kondisi sanitasi rumah, kondisi kelayakan rumah, status pekerjaan, usia, dan jenis kelamin. Hasil lengkap dapat dilihat pada lampiran 5.

Perbandingan dampak program JKN terhadap utilisasi rawat inap tidak berbeda jauh antara fasilitas kesehatan pemerintah dengan fasilitas kesehatan swasta. Gambar 18 memperlihatkan hasil yang positif dan signifikan untuk seluruh kelompok masyarakat dengan hasil yang berkisar 0,83% untuk fasilitas kesehatan pemerintah dan 0,2% untuk fasilitas kesehatan swasta.

Gambar 18. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Inap Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan Pemerintah (Kiri) dan Fasilitas Kesehatan Swasta (Kanan)



Catatan: *matched* antara peserta Jamkesmas/Jamkesda/JKN dengan peserta yang tidak memiliki asuransi sama sekali, *Matching* berdasarkan variabel sosiodemografi seperti wilayah, area, kondisi sanitasi rumah, kondisi kelayakan rumah, status pekerjaan, usia, dan jenis kelamin. Hasil lengkap dapat dilihat pada lampiran 5

Dampak program JKN terhadap peningkatan utilisasi rawat jalan dan rawat inap cenderung minim meskipun positif dan signifikan. Hasil wawancara mendalam menemukan bahwa keputusan informan untuk mengakses pelayanan kesehatan tidak sepenuhnya dipengaruhi oleh kepemilikan asuransi kesehatan. Faktor lain seperti tingkat keparahan penyakit yang diderita dan situasi lingkungan (tingginya kasus covid-19) juga menjadi pertimbangan informan untuk pergi ke fasilitas kesehatan.

“...Egi X U \ ' V Y f U d U ' V i ' U b '] b] ' h] X U _ ' U _ h] Z ' ' U [] ' O V Y f c V b [Y f U g U] b ' Y b U _ ' f l ' Y V] \ ' g Y \ t a h J K N P B I U P e r e n t u a n ; 4 5 t a h u n \ U b ' ' U [wawancara mendalam 21 Agustus 2021)

“...Eg Y a Y b ^ U _ ' - X U] b] C J Q X ' U f U b [' X U h U b [' _ Y ' d i g _ Y g a U g Q tetanggah Y h U b [[U " ' i ' f l 6 i _ U b ' D Y g Y f h U ' > ? B ž ' D Y f Y a d i U b ž ' &) Agustus 2021)

Dalam wawancara mendalam ditemukan tidak ada permasalahan akses, stigma, maupun komunitas yang mendisinsentif informan untuk datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.

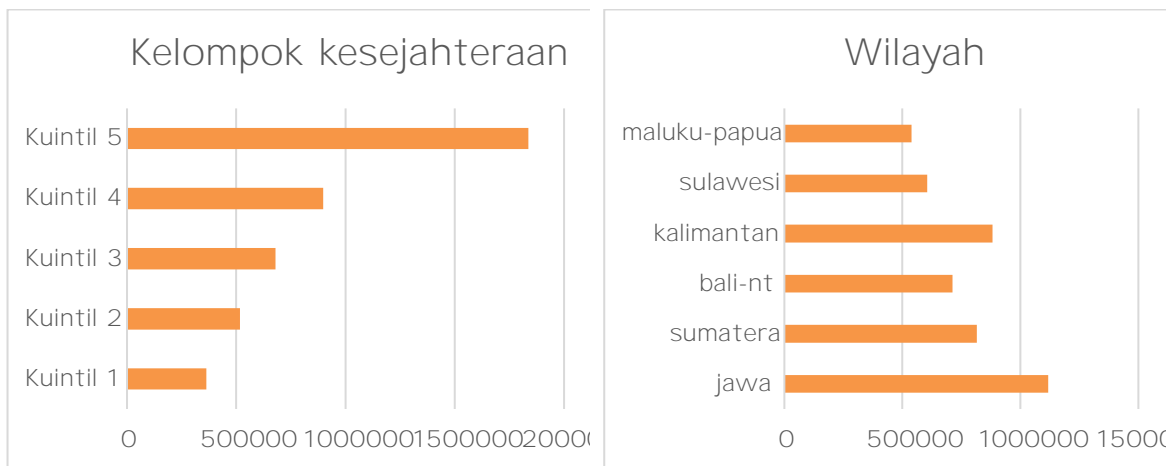
“...E b X U _ ' d Y f b U \ ' O g U a d U] ' h] X U _ ' ^ U X] ' V Y f c V U h Q " ' D U '] b saudara kala ' h] X U _ ' U X U ' m U b [' a Y b [U b h U f " ' i ' f l 6 i _ U b ' D Y g Y f h U wawancara mendalam 20 Agustus 2021)

4.3 Out-of-pocket Payment pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu

OOP Medis

Salah satu tujuan dari implementasi program asuransi kesehatan sosial adalah untuk mengurangi beban finansial masyarakat ketika mengakses pelayanan kesehatan. Berdasarkan data gabungan Susenas 2010-2020, terlihat masih terdapat *out-of-pocket* yang dikeluarkan oleh masyarakat untuk kebutuhan medis (pelayanan kuratif, obat-obatan, dan biaya layanan preventif). Berdasarkan kelompok kesejahteraan, OOP terbesar secara jelas berada pada kelompok masyarakat terkaya (Rp.1.836.937), ini hampir lima kali lipat pengeluaran biaya kesehatan kantung pribadi oleh kelompok masyarakat miskin kuintil 1 (Rp363.769), dan kuintil 2 (Rp517.489). Jika dilihat berdasarkan wilayah, perbedaan OOP antarwilayah tidak terlalu jauh dengan OOP terbesar berada di wilayah Jawa (Rp1.118.300), dan Kalimantan (Rp881.351).

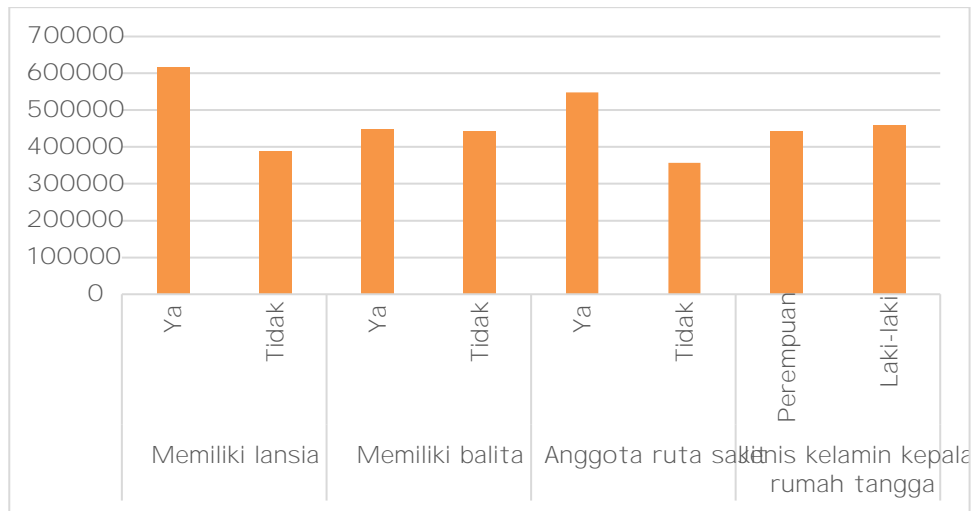
Gambar 19. Rata-rata *out-of-pocket* berdasarkan kelompok kesejahteraan dan wilayah tinggal



Catatan: OOP total pelayanan kuratif, obat, dan pelayanan preventif selama 2010-2020; tidak mengikutsertakan nilai 0. Disesuaikan ke dalam nilai real (GDP Deflator 2018).

Pada rumah tangga miskin, komposisi anggota rumah tangga terlihat memengaruhi besaran OOP yang dikeluarkan. Gambar 20 menunjukkan bahwa rumah tangga dengan anggota lanjut usia (lansia) memiliki rata-rata pengeluaran OOP yang lebih besar (Rp615.571) dibandingkan rumah tangga yang tidak memiliki lansia (Rp389.747). Pengeluaran OOP yang cukup tinggi juga berada pada rumah tangga miskin yang memiliki anggota rumah tangga yang sakit (Rp548.187), sisi lain tidak terlihat perbedaan OOP yang jauh antara rumah tangga yang memiliki balita maupun rumah tangga yang dikepalai oleh perempuan.

Gambar 20 Rata-rata OOP berdasarkan komposisi anggota rumah tangga miskin

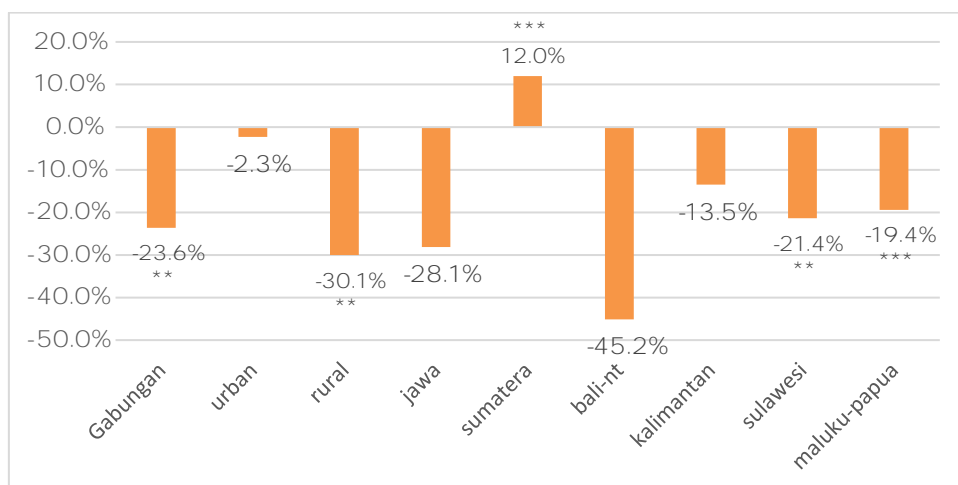


Catatan: OOP total pelayanan kuratif, rehabilitasi, dan pelayanan preventif selama 2020; tidak mengikutsertakan nilai 0; Disesuaikan ke dalam nilai real (GDP Deflator 2018)

Pengaruh kepesertaan JKN rumah tangga miskin terhadap OOP medis

Secara umum, kepesertaan JKN bagi rumah tangga miskin ditemukan secara signifikan memengaruhi pengurangan beban biaya OOP sebesar 23,6% (Rp4.817, Gambar 21). Pengaruh kepesertaan JKN rumah tangga miskin terhadap pengurangan OOP lebih besar dan signifikan di wilayah perdesaan yakni pengurangan sebesar 30,1% (Rp5.026, Gambar 21). Itu, OOP pada rumah tangga miskin yang mengikuti kepesertaan JKN juga lebih rendah di wilayah Sulawesi dan Maluku-Papua, berturut-turut sebesar 21,4% dan 19,4%. Uniknya, studi ini juga menemukan secara signifikan adanya peningkatan OOP medis pada peserta JKN dari rumah tangga miskin di wilayah Sumatra sebesar 12% (Rp5.612,).

Gambar 21. Pengaruh JKN terhadap OOP Berdasarkan Area Tinggal dan Wilayah

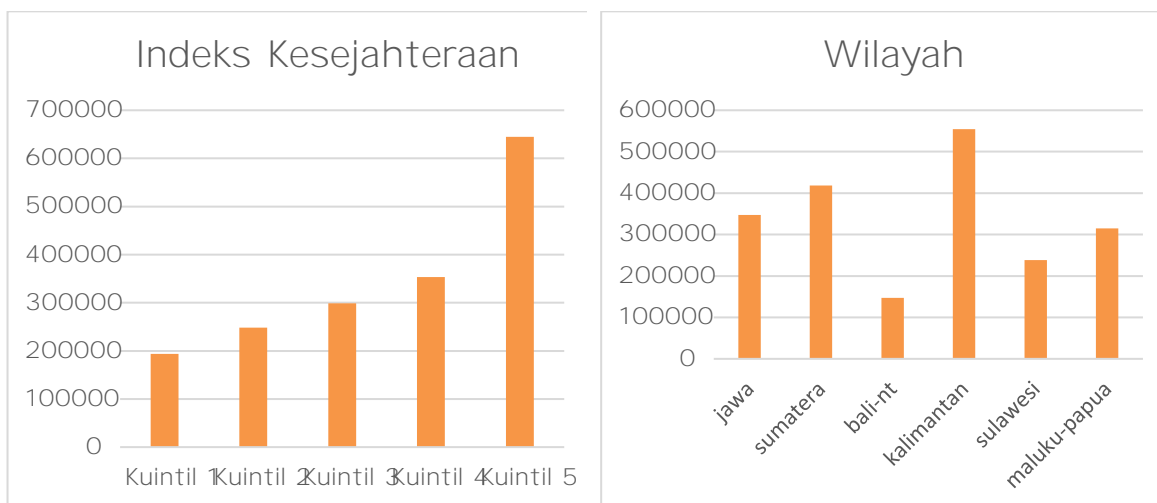


Catatan: ***signifikan pada 1%; **signifikan pada 5%; *signifikan pada 10%; ns = tidak signifikan. Analisis menggunakan metode matching berdasarkan variabel sosiodemografi seperti wilayah, area, kondisi sanitasi rumah, kondisi kelayakan rumah, tingkat pendidikan kepala rumah tangga, dan usia kepala rumah tangga. Disesuaikan ke dalam nilai real (GDP Deflator 2018). Hasil lengkap dan marginal effect dapat dilihat pada Lampiran 6 dan Lampiran 7.

OOP Non-Medis (Transportasi)

Selain OOP medis, beban finansial yang besar biasanya berada pada OOP dari kebutuhan nonmedis seperti transportasi dan akomodasi. Sejak Susenas 2018, terdapat pengkategorian khusus pengeluaran untuk transportasi ke fasilitas kesehatan yang dibayarkan secara tunai (OOP). Hasil analisis menunjukkan bahwa, secara garis besar, rata-rata pengeluaran nonmedis untuk transportasi adalah Rp320.000. Gambar 22 menunjukkan pengelompokan OOP nonmedis berdasarkan kuintil kekayaan dan wilayah. Berdasarkan indeks kesejahteraan, terlihat bahwa semakin tinggi kelompok kuintil semakin tinggi OOP nonmedis yang dikeluarkan. Rata-rata kelompok terkaya mengeluarkan Rp645.000 untuk biaya transportasi ke fasilitas kesehatan, Di sisi lain, masyarakat kelompok 1 dan 2 terbawah rata-rata mengeluarkan, berturut-turut Rp193.846 dan Rp248.000. Jika dilihat berdasarkan kelompok wilayah, masyarakat di wilayah Kalimantan mengeluarkan rata-rata biaya OOP tertinggi untuk mengakses fasilitas kesehatan, yakni sekitar Rp.554.000,

Gambar 22 Rata-rata OOP non medis (transportasi) berdasarkan indeks kesejahteraan dan wilayah



Catatan: OOP transportasi darat (2018), transportasi darat, udara, dan laut (2018). Tidak mengikutsertakan nilai 0; Disesuaikan ke dalam nilai real (GDP Deflator 2018).

Besaran penurunan OOP pada analisis kuantitatif serupa dengan biaya medis yang harus dikeluarkan informan apabila berobat ke fasilitas kesehatan yang tidak bermitra dengan BPJS Kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, biaya yang dikeluarkan oleh informan apabila berkunjung ke dokter praktik swasta sebesar Rp25.000, Rp50.000, bergantung pada keparahan penyakit. Sedangkan, apabila ke puskesmas, biaya yang dikeluarkan adalah Rp15.000, namun belum termasuk obat-obatan yang dibeli sendiri di apotek.

[X] X_c_h Y f d f U_h] _ V] U m U V O O c a d a h Q U X U m U b [H Y f [U b h i b [c V U h b m U " , \$ f] V i k U _ h i V Y f c V U h U b U _ U Y Perempuan, 25 tahun, wawancara mendalam 20 Agustus 2021)

1. Apakah U¹ U² X¹ di g_Y g_a U_g g_Y a_i U¹ [f U h] g¹ O¹ U¹ U¹ X¹ X¹ c₁ 50 (ribu) sudah semanya tidak dirinef] b W] I¹ fl D Y g Y f h U¹ > ? B¹ D 6 = z¹ D Y f Y a d mendalam 21 Agustus 2021)

Jumlah tersebut tidak terlalu besar dibandingkan dengan biaya medis yang harus dikeluarkan oleh informan. Sebagai contoh, seorang informan harus merogoh kocek sebesar Rp600.000 untuk menyewa kendaraan ketika harus rawat jalan ke rumah sakit yang memiliki waktu tempuh sekitar lima jam. Selain itu, ada juga informan yang harus mengeluarkan biaya Rp300.000 untuk menyediakan makan keluarga yang menunggunya ketika di rawat inap. Biaya ini tentunya memberatkan meskipun tidak ada biaya medis yang dikeluarkan karena merupakan peserta JKN.

1. Apakah Y b h U¹ a c V-U b¹ Q Y b h h U f d Y \$ \$]¹ _ Y¹ F G¹ m U b [¹ ^ U f U¹ b m U¹ (Peserta JKN PBI, Perempuan, 43 tahun, wawancara mendalam 19 Agustus 2021)

4.4 Robustness check analysis

Untuk menguji kesesuaian data, penelitian ini menghitung ulang dampak kepesertaan JKN terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan dan OOP. Pengujian kembali dilakukan dengan menggunakan definisi kemiskinan yang berbeda. Kriteria rumah tangga miskin diubah dari dua kelompok terbawah indeks kesejahteraan menjadi 40% penduduk yang memiliki pengeluaran per kapita terendah setiap tahunnya. Hasilnya menunjukkan hasil yang, secara umum, serupa. Pada analisis dampak terhadap utilisasi fasilitas kesehatan ditemukan hasil yang positif dan signifikan (tabel 2). Meskipun dalam beberapa kelompok terjadi perubahan seperti dampak JKN terhadap pelayanan rawat jalan di Kalimantan menjadi tidak signifikan. Sedangkan untuk wilayah Jawa hasil dampak JKN masyarakat miskin terhadap utilisasi rawat jalan justru menjadi signifikan

Analisis *robustness* pengaruh kepesertaan JKN terhadap OOP medis di level rumah tangga juga menghasilkan perhitungan yang sama, namun sedikit lebih rendah (tabel 3). Di level nasional terjadi penurunan OOP medis pada rumah tangga yang memiliki JKN sebesar 18,3% (Rp31.258). Selain itu, pengaruh kepesertaan JKN di wilayah perkotaan dan wilayah Papua Maluku juga menjadi signifikan. Secara umum, penurunan OOP masyarakat miskin peserta JKN di perkotaan lebih rendah dibandingkan dengan perdesaan, yakni sebesar 5% (Rp16.978) untuk perkotaan dan 24% (Rp36.949) untuk perdesaan. Sedangkan di Papua Maluku kepesertaan JKN mengurangi OOP medis sebesar 17% dibandingkan dengan masyarakat miskin yang tidak menjadi peserta asuransi apapun.

V. Diskusi

Secara garis besar kajian ini menunjukkan bahwa kehadiran Program JKN mampu memberikan kebermanfaatn untuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Selain terdapat peningkatan jumlah masyarakat miskin yang terdapat dalam program JKN, masyarakat miskin juga memiliki peningkatan probabilitas akses ke fasilitas kesehatan dan pengurangan OOP saat mengakses fasilitas kesehatan. Meskipun demikian, probabilitas peningkatan akses masyarakat miskin ke pelayanan kesehatan masih cukup rendah yakni 2,5% untuk utilisasi rawat jalan dan 2,4% untuk utilisasi rawat inap. Adapun peningkatan terbesar yang terjadi di wilayah Papua Maluku (11%) ditemukan hanya untuk utilisasi rawat jalan, sedangkan untuk rawat inap probabilitasnya tidak banyak meningkat. Program JKN juga berasosiasi dengan berkurangnya pengeluaran kantung pribadi masyarakat miskin. Masyarakat miskin yang tergabung dalam program JKN memiliki OOP yang lebih rendah 23% dibandingkan dengan masyarakat miskin yang tidak terdapat dalam program JKN. Hal ini tentu sangat baik, mengingat persentase masyarakat miskin yang tidak terdapat dalam program asuransi kesehatan manapun terus menurun dari waktu ke waktu.

Upaya perluasan kepesertaan JKN-PBI masih menghadapi berbagai kendala

Semakin bertambahnya jumlah peserta JKN-PBI sejalan dengan semakin besarnya dana yang digulirkan oleh Pemerintah untuk membiayai asuransi kesehatan kelompok pada masyarakat miskin dan tidak mampu. Berdasarkan data yang dilaporkan dalam Statistik JKN 2015-2019, diketahui bahwa jumlah peserta PBI meningkat dari tahun ke tahun dan masih merupakan kepesertaan terbesar dalam program (DKM dan Jaminan Sosial Nasional & BPJS Kesehatan, 2020). Sejak tahun 2018, anggaran yang dikeluarkan Pemerintah untuk pembiayaan PBI dalam program JKN mengalami peningkatan hampir dua kali lipat, yakni sekitar 25 triliun pada tahun 2018 menjadi 48,8 triliun pada tahun 2020 (Kementerian Keuangan, 2020). Hal ini menunjukkan salah satu komitmen Pemerintah untuk memberikan proteksi finansial melalui penyediaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Selain itu, terdeteksi pula komitmen Pemerintah Daerah untuk memastikan jaminan kesehatan sosial seluruh warganya. Sampai September 2020, diketahui sudah empat provinsi Indonesia mendapatkan penghargaan *Universal Health Coverage* (UHC), yakni wilayah dengan hampir 100% penduduknya terdaftar dalam Program JKN (fokusborneo.com, 2020). Bahkan, Provinsi Papua Barat telah mencapai *Universal Health Coverage* sejak tahun 2016 (BPJS Kesehatan, 2018). Adanya program ini berkontribusi pada peningkatan yang tinggi pada kepesertaan JKN di wilayah Maluku dan Papua (gambar 6).

Namun, kajian ini juga menemukan bahwa kepesertaan JKN pada balita dari rumah tangga miskin masih relatif rendah dari tahun ke tahun dibandingkan dengan kelompok usia lainnya (gambar 8). Hal ini sejalan dengan temuan pada penelitian lain yang menemukan adanya kesenjangan kepesertaan JKN pada anak yakni, 48% untuk anak di bawah 18 tahun, 18% untuk anak balita, dan 12% (Agustina et al., 2018; Kusumaningrum et al.,

⁴Penelitian oleh Kusumaningrum et al., (2020) dilakukan di lima provinsi, yakni DKI Jakarta, Aceh, Papua Barat, dan Kalimantan Utara.

2020)⁵ Padahal, berdasarkan Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 tahun 2018 tertulis bahwa *“6 Um] ` mUb [` X] ` U \] f _ Ub ` c ` Y \ `] Vi ` _ Ub Xi b [` mUb [Kesehatan secara otomatis ditetapkan sebagai Peserta PBI Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang X U b [Dalam implementasinya, kebijakan tersebut masih menemui berbagai kendala yang menyebabkan rendahnya kepesertaan bagi balita. Irtanto dan Sutar (2019) dalam penelitiannya di Kabupaten Probolinggo menemukan bahwa hambatan implementasi Perpres 82/2018, khususnya mengenai kepesertaan bayi baru lahir, antara lain prosedur pendaftaran yang rumit bagi masyarakat miskin dan keterbatasan anggaran daerah untuk menanggung pembiayaan bayi baru lahir melalui SKTM. Meskipun demikian, upaya meningkatkan proteksi kesehatan terutama bagi anak dari rumah tangga miskin harus terus dilakukan terlebih masih tingginya kerentanan balita terhadap berbagai penyakit. Untuk itu, dibutuhkan evaluasi implementasi kebijakan Perpres 82/2018, terutama kendala perluasan cakupan pada bayi dan balita.*

Penelitian ini menemukan bahwa kepesertaan JKN maupun Jamkesda pada masyarakat miskin dan tidak mampu di wilayah Kalimantan lebih rendah dibandingkan wilayah lainnya dari tahun ke tahun. Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dartanto, et al (2017) yang melaporkan bahwa kepesertaan JKN di Kalimantan Barat merupakan yang terendah di Indonesia, meskipun tetap mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Beberapa penelitian membahas mengenai persoalan yang menghambat perluasan cakupan kepesertaan JKN di Wilayah Kalimantan, diantaranya masih kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai Program JKN, kurangnya sosialisasi tata cara menjadi peserta PBI Daerah terutama bagi masyarakat miskin, serta ketidakpuasan masyarakat terhadap pelayanan di fasilitas kesehatan (Asrinawaty, Anwary, & Darma, 2020; Maryuni, Pardi, & Eka, 2019). Hal ini sejalan dengan salah satu temuan pendekatan kualitatif pada kajian ini, yakni kurangnya pemahaman masyarakat terhadap prosedur pendaftaran kepesertaan PBI di Kabupaten Gunung Kidul.

Dalam hal ketimpangan kepesertaan JKN, penelitian ini menemukan bahwa tidak ada perbedaan yang jauh antara kepesertaan masyarakat miskin dalam program JKN baik berdasarkan wilayah perdesaan/perkotaan maupun jenis kelamin kepala rumah tangga (Gambar 6 dan Gambar 7). Secara umum, persentasenya juga terus meningkat dari tahun ke tahun. Hal ini menunjukkan bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah di wilayah perkotaan/perdesaan telah memiliki prioritas yang sama dalam memberikan proteksi bagi masyarakat. Selain itu, pengurangan rendahnya ketimpangan kepesertaan masyarakat miskin pada program asuransi kesehatan sosial berdasarkan jenis kelamin kepala rumah tangga sudah sejak lama dilakukan. Berdasarkan pendataan pada PPLS 2011, rumah tangga yang dikepalai perempuan lebih banyak mendapatkan program Jamkesmas dan Raskin dibandingkan rumah tangga yang dikepalai laki (Lockley et al., 2013)

Utilisasi rawat jalan dan rawat inap pada masyarakat miskin yang tergabung dalam program JKN

Dalam utilisasi rawat jalan dan rawat inap, penelitian ini menemukan bahwa kepesertaan PBI JKN pada masyarakat miskin meningkatkan probabilitas mereka untuk memanfaatkan

⁵Penelitian ini dilakukan di lima provinsi di Indonesia, yakni Aceh, Jawa Tengah, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, dan Sulawesi Selatan.

pelayanan kesehatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian serupa yang terjadi dalam beberapa tahun terakhir. Sparrow, et al. (2013) menemukan bahwa terjadi peningkatan utilisasi rawat jalan di seluruh jenis fasilitas kesehatan pada masyarakat miskin yang tercakup dalam program Jamkesmas pada tahun 2005 dan 2006. Hasil saat itu menunjukkan angka sebesar 5% untuk rawat jalan di seluruh jenis fasilitas kesehatan, 4,3% untuk utilisasi rawat jalan di fasilitas kesehatan pemerintah, dan 3,3% untuk rawat jalan di Puskesmas. Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Erlangga, et al. (2019) juga menemukan hasil yang serupa. Erlangga, et al. (2019) melaporkan bahwa ada peningkatan probabilitas utilisasi rawat inap oleh peserta jaminan kesehatan yang disubsidi pemerintah sebesar 1,8%, sedangkan untuk rawat jalan hasilnya tidak signifikan pada peserta yang disubsidi pemerintah.

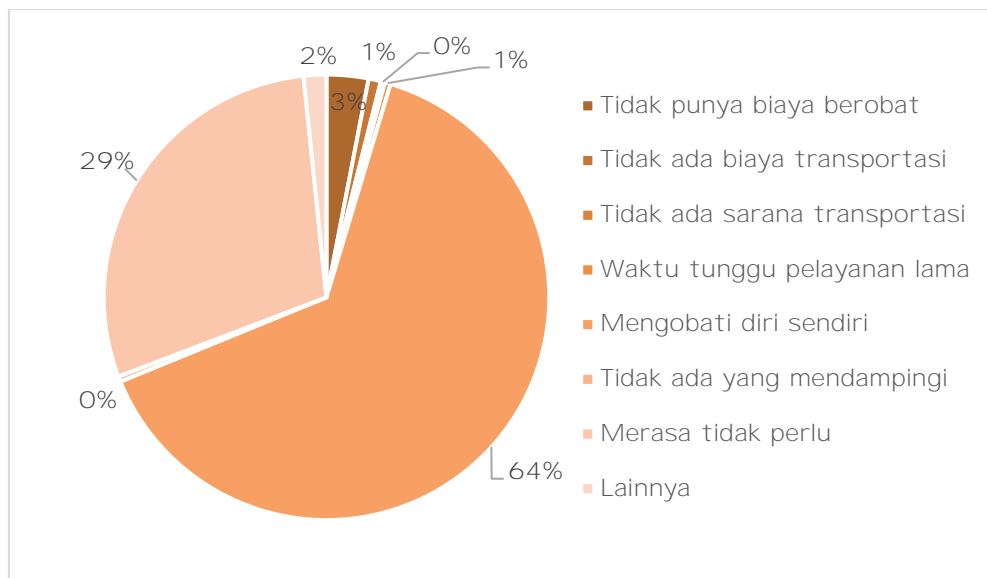
Dampak program JKN terhadap utilisasi rawat jalan dan rawat inap sedikit lebih tinggi di wilayah perkotaan dibandingkan dengan wilayah perdesaan. Hal ini sejalan dengan temuan dari penelitian lain yang menjelaskan bahwa lebih bervariasinya jenis fasilitas kesehatan di wilayah perkotaan membuat akses rawat jalan maupun rawat inap peserta jaminan kesehatan sosial lebih mudah (Gotsadze, Zoidze, Rukhadze, Shengelia, & Chkhadze, 2015; Liu & Zhao, 2014) dibandingkan dengan wilayah perdesaan yang banyak bertumpu pada Puskesmas/Puskesmas Pembantu (Sparrow et al., 2013). Masyarakat di perkotaan juga memiliki akses informasi yang lebih baik sehingga kemungkinan besar lebih mengetahui manfaat dari Program JKN. Selain itu, masyarakat perdesaan lebih enggan untuk mengakses pelayanan kesehatan karena jarak ke fasilitas kesehatan yang jauh dan menimbulkan beban biaya transportasi, akomodasi, maupun berat hati untuk meninggalkan pekerjaan untuk waktu yang lama (Laksono, Wulandari, & Soedirham, 2019).

Utilisasi rawat jalan memiliki dampak yang besar di wilayah Papua. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Anindya, et al. (2020) mengenai akses pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) saat sebelum dan sesudah adanya program JKN. Dalam penelitian tersebut dilaporkan Program JKN berasosiasi dengan lebih besarnya utilisasi layanan KIA (kunjungan kehamilan, kunjungan nifas, kunjungan persalinan) di Wilayah Indonesia Timur dibandingkan dengan Wilayah Jawa dan Bali. Adanya percepatan kepesertaan JKN di Provinsi Papua Barat hingga mencapai *Universal Health Coverage* pada tahun 2018 (BPJS Kesehatan, 2018) yang dikombinasikan dengan peningkatan kemitraan BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan swasta dapat menjadi salah satu penyebab membaiknya akses rawat jalan di wilayah ini.

Program JKN diketahui memberikan manfaat bagi masyarakat miskin, namun kajian ini menemukan efek yang relatif kecil jika dibandingkan dengan subsidi yang telah diberikan oleh Pemerintah. Beberapa penelitian di negara berkembang lain melaporkan besaran dampak positif program yang bervariasi, mulai dari 2% hingga 12% (Erlangga, Suhrcke, Ali, & Bloor, 2019; Gotsadze et al., 2015; Thuong, 2009). Secara tidak langsung hal ini mengindikasikan adanya *adverse selection* yakni dampak Program JKN lebih banyak dinikmati oleh penduduk yang lebih kaya (Erlangga, Ali, et al., 2019). Selain itu, adanya jaminan kesehatan tidak semata-mata menjadi pendorong bagi masyarakat untuk mengakses fasilitas kesehatan. Faktor seperti kesadaran,

Pemanfaatan pelayanan rawat jalan saat penduduk sakit masih rendah karena mayoritas masyarakat memilih untuk mengobati sendiri atau merasa tidak perlu ke fasilitas kesehatan. Data Susenas 2017/2020 memiliki tambahan variabel yang dapat menjelaskan alasan masyarakat tidak periksa ke fasilitas kesehatan ketika sakit. Dari data tersebut diketahui bahwa 64% penduduk miskin yang tidak memanfaatkan rawat jalan karena memilih untuk mengobati dirinya sendiri (gambar 23). Selain itu, 29% penduduk miskin yang mengaku memiliki keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir merasa tidak perlu untuk mengunjungi fasilitas kesehatan. Hanya ada sebagian kecil penduduk miskin yang mengeluhkan ketiadaan biaya berobat (3%) untuk melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan.

Gambar 23 Alasan utama tidak berobat jalan pada masyarakat miskin



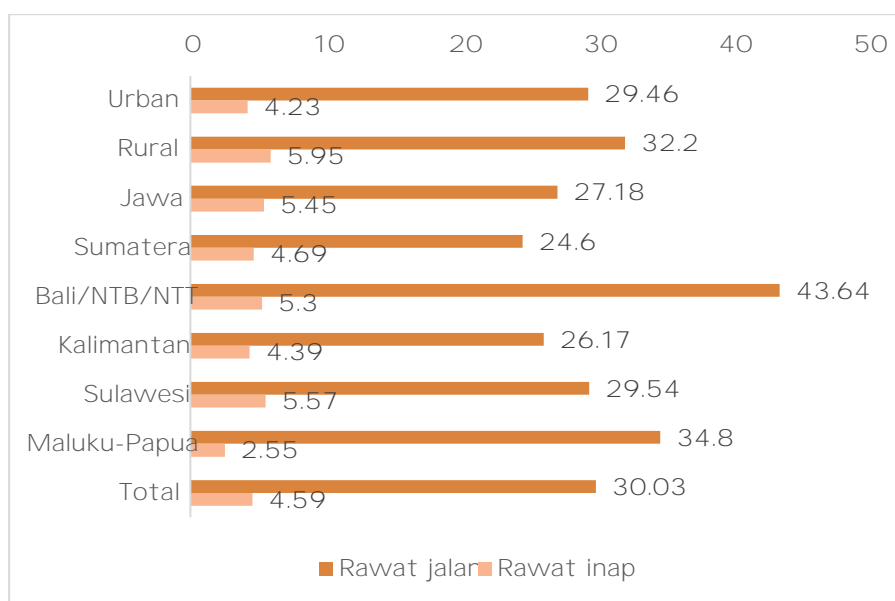
Sumber: Susenas 2017/2020.

Dari penduduk miskin yang memiliki JKN/Jamkesda, tidak sampai 50% pernah memanfaatkan kartunya untuk melakukan rawat jalan maupun rawat inap (gambar 24). Pemanfaatan jaminan kesehatan untuk rawat inap jauh lebih kecil yakni kurang dari 10%. Jika dilihat berdasarkan wilayah, pemanfaatan JKN/Jamkesda paling banyak untuk rawat jalan berada di Provinsi Bali dan wilayah perkotaan, sedangkan untuk rawat inap penggunaan terbesar berada di wilayah Sulawesi dan Jawa serta wilayah perkotaan. Lampiran 8 dan Lampiran 9 memperlihatkan alasan-alasan yang dikemukakan penduduk miskin mengenai tidak digunakannya jaminan kesehatan yang mereka miliki. Sebagian besar mengaku tidak memiliki keluhan yang membutuhkan rawat jalan (63%) atau gangguan kesehatan yang membuat mereka memerlukan rawat inap (96%). Ada juga penduduk miskin yang mengaku tidak memanfaatkan jaminannya untuk rawat jalan karena waktu antrian yang lebih lama. Persentasenya lebih besar pada wilayah urban (2,65%) dan (3,56%). Jika dilihat alasan lebih lanjut diketahui bahwa sebagian kecil penduduk miskin tidak memanfaatkan jaminannya karena tidak mengetahui prosedur penggunaan kartu. Persentase ketidaktahuan ini lebih banyak terjadi di wilayah perdesaan (1,54%) dibandingkan perdesaan (1,25%) untuk penolakan penggunaan JKN/Jamkesda pada masyarakat miskin di fasilitas kesehatan, jumlahnya sangat sedikit yakni 0,35% untuk rawat jalan dan 0,09% untuk rawat inap (lampiran 10).

Pengurangan OOP pada masyarakat miskin yang tergabung dalam program JKN

Adanya penurunan OOP pada rumah tangga miskin yang memiliki JKN PBI sejalan dengan berbagai penelitian maupun negara berkembang lainnya (Wizawa, 2019; Hidayat et al., 2015; Sahoo & Madheswaran, 2014; Thuong, 2020). Artinya penurunan OOP bagi rumah tangga miskin yang memiliki JKN juga ditemukan oleh Maulana (2020). Pada penelitiannya yang menggunakan data Susenas 2018 dan 2019, dilaporkan penurunan OOP pada masyarakat di kuintil 1 dan kuintil 2 sebesar masing-masing 38% dan 40%. Selain itu, kajian ini juga menemukan bahwa asosiasi korelasi JKN PBI dan OOP pada masyarakat miskin adalah negatif dan signifikan pada wilayah rural.

Gambar 24 Persentase penduduk miskin yang pernah memanfaatkan JKN/Jamkesda



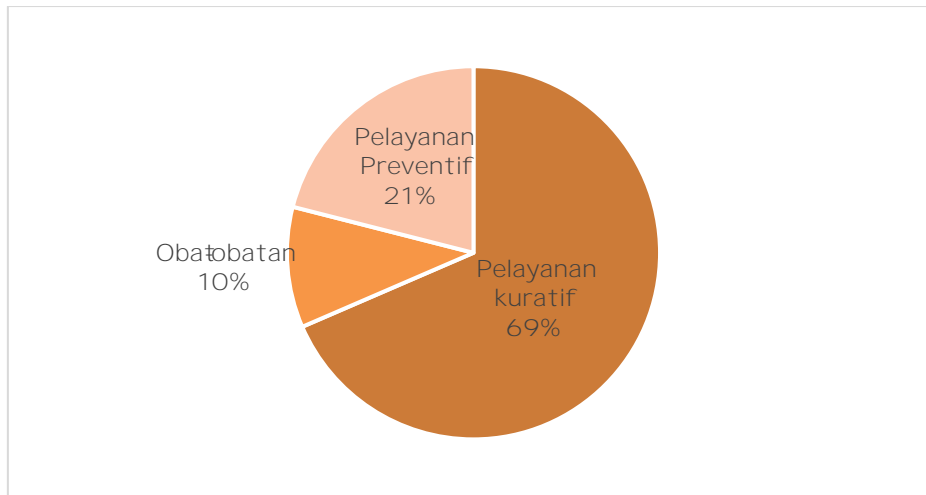
Sumber: Susenas 2018-2020

Temuan bahwa Program JKN memiliki pengaruh yang lebih besar di perdesaan menghilangkan anggapan bahwa Program JKN hanya bermanfaat bagi penduduk di wilayah perkotaan. Colin, Hollingsworth, dan Yip (2021) mengungkapkan bahwa tingginya manfaat asuransi kesehatan sosial di wilayah rural terjadi karena adanya perubahan penggunaan fasilitas kesehatan, dari fasilitas kesehatan yang ada di kota besar ke fasilitas kesehatan utama di yang ada desa.

Meskipun lebih rendah dibandingkan dengan masyarakat miskin yang tidak memiliki JKN PBI, masyarakat miskin peserta JKN diketahui tetap harus mengeluarkan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Gambar 25 menunjukkan bahwa OOP terbesar pada masyarakat miskin adalah pembayaran tunai untuk biaya kuratif/pengobatan (69%), biaya obat-obatan yang diresepkan (10%), dan biaya pelayanan preventif (21%). Temuan ini cukup berbeda dengan studi sebelumnya yang menemukan bahwa kontribusi OOP terbesar biasanya pada pembelian obat-obatan (Hidayat et al., 2015; Maulana, 2020). Perbedaan ini kemungkinan disebabkan oleh perbedaan definisi OOP pada pelayanan kuratif, preventif, dan obat-obatan. Perhitungan distribusi OOP pada Gambar 25 hanya

mengikutsertakan masyarakat miskin yang memiliki JKN PBI/Jamkesda dan mengikuti definisi operasional masing-masing pelayanan pada kajian ini. Tingginya OOP pelayanan kuratif pada masyarakat miskin pemilik JKN kemungkinan besar disebabkan oleh (i) peserta JKN tidak mengikuti prosedur jenjang pemeriksaan, dan (ii) permintaan hak diluar yang bertanggung (salnya permintaan suplemen/vitamin atau tindakan medis yang tidak diperlukan) (BPJS Kesehatan, 2017)

Gambar 25 Distribusi OOP medis berdasarkan Layanan pada masyarakat miskin



Susenas 2012-2020

Beberapa indikasi ditemukan untuk menjelaskan tingginya OOP pada masyarakat miskin peserta JKN PBI dalam mengakses pelayanan preventif. Oes (2017) melaporkan bahwa penggunaan kartu JKN untuk mendapatkan layanan Keluarga Berencana (KB) masih rendah. Wanita umumnya ditemukan memilih untuk membayar mandiri untuk mendapatkan layanan KB di Bidan Praktik Mandiri (BPM). Jumlah BPM yang bergabung dengan FKTP yang bermitra dengan BPJS Kesehatan sendiri saat ini jumlahnya masih rendah untuk wilayah-wilayah terpencil. Alasan yang sama kemungkinan besar juga terjadi pada pelayanan kehamilan dan ultrasonografi (USG) dan imunisasi.

Kekosongan obat di fasilitas kesehatan menyebabkan masyarakat miskin masih harus melakukan pembelian secara mandiri. Hidayat et al (2015) menemukan bahwa kontribusi terbesar OOP penduduk berasal dari pembelian obat yang dibeli secara mandiri. Studi yang sama menemukan indikasi bahwa ketiadaan-obat di fasilitas kesehatan menyebabkan besarnya OOP untuk pembelian obat pada peserta JKN. Kekosongan obat di fasilitas kesehatan merupakan hasil dari lemah sistem perencanaan dalam Rencana Kebutuhan Obat (RKO) dan realisasi belanja obat, sistem *catalogue* yang belum efektif, dan sulitnya koordinasi antarlembaga (Ariati, 2017)

Penelitian ini juga menemukan bahwa rumah tangga miskin yang memiliki lansia atau anggota rumah tangga yang sakit cenderung memiliki OOP medis yang lebih besar (Gambar 20). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian lainnya di negara berkembang (Mohanty, Chauhan, Mazumdar, & Srivastava, 2014). Studi lain juga mengungkapkan bahwa rumah tangga dengan lansia lebih rentan memiliki pengeluaran kesehatan katastrofik dibandingkan dengan rumah tangga yang tidak memiliki lansia (Aida, 2015);

Van Minh, Kim Phuong, Saksena, James, & Xu, 2018) Dengan meningkatnya populasi lansia di Indonesia dari waktu ke waktu (TNP2K, 2020) peningkatan proteksi finansial pada kelompok lansia perlu menjadi perhatian. Terlebih sebagian lansia berada pada situasi yang rentan, yakni miskin dan mengalami keluhan kesehatan (TNP2K, 2020)

VI. Penutup

Kesimpulan

Evaluasi program JKN menunjukkan hasil yang positif bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, baik dari segi utilisasi pelayanan kesehatan maupun dari peningkatan proteksi finansial. Kepesertaan program JKN pada masyarakat miskin dan tidak mampu ditemukan dapat meningkatkan probabilitas pemanfaatan pelayanan rawat inap dan rawat jalan di fasilitas kesehatan. Probabilitas utilisasi rawat jalan bahkan sangat besar bagi masyarakat miskin peserta JKN di Wilayah Indonesia Timur, dibandingkan dengan masyarakat miskin yang belum terpapar program. Meskipun demikian, analisis literature menunjukkan masih banyaknya kendala yang dihadapi dalam implementasi program JKN PBI.

Meskipun peserta JKN PBI pada penduduk miskin terus meningkat, namun distribusinya berdasarkan wilayah dan usia masih mengalami ketimpangan. Belum efektifnya sosialisasi mengenai manfaat program JKN kepada masyarakat serta rumitnya prosedur pendaftaran PBI pada masyarakat miskin menjadi faktor yang memengaruhi masih rendahnya kepesertaan JKN di beberapa wilayah di Indonesia. Selain itu, masih rendahnya kepesertaan JKN PBI pada balita dari rumah tangga miskin menyebabkan rentannya rumah tangga miskin dengan balita menunda pemeriksaan balita yang sakit maupun mengeluarkan biaya yang besar ketika mengakses fasilitas kesehatan. Walaupun regulasi mengenai kepesertaan bayi baru lahir dari rumah tangga miskin sudah dibuat, namun belum efektifnya implementasi di lapangan mengakibatkan kepesertaan JKN yang rendah pada kelompok umur ini.

Uji dampak kepesertaan JKN PBI pada masyarakat miskin terhadap utilisasi pelayanan kesehatan menunjukkan hasil yang positif dengan efek yang relative kecil. Dari data Susenas diketahui bahwa kepesertaan JKN bukan faktor utama yang memengaruhi masyarakat miskin untuk mengakses fasilitas kesehatan. Masyarakat di Indonesia masih memilih untuk mengobati dirinya sendiri dan merasa kunjungan ke fasilitas kesehatan belum tentu diperlukan. Selain itu, hasil analisis kualitatif menunjukkan bahwa faktor lain seperti kepercayaan akan kondisi kesehatan, transportasi, situasi lingkungan (meningkatkan kasus COVID-19), dan jarak memengaruhi informan untuk menentukan utilisasi pelayanan kesehatan.

Dari sisi perlindungan sosial ditemukan bahwa kepesertaan rumah tangga miskin dalam program JKN mampu menurunkan beban OOP dibandingkan dengan rumah tangga miskin yang tidak tercakup dalam program JKN. Namun, analisis deskriptif lanjutan menunjukkan bahwa masyarakat miskin peserta JKN PBI masih harus mengeluarkan OOP terutama untuk mendapatkan pelayanan kuratifnya. Pengetahuan masyarakat miskin mengenai tata cara utilisasi pelayanan kesehatan dalam era JKN menjadi salah satu penyebab adanya OOP tersebut. Selain itu, masih terbatasnya jumlah BPM yang berjejaring dengan FKTP menyebabkan adanya pengeluaran mandiri pada masyarakat miskin terutama untuk mengakses layanan kehamilan, imunisasi, dan KB. Di sisi lain, masih terdapat beban OOP nonmedis (biaya transportasi dan biaya akomodasi) yang lebih besar dan dapat menghalangi keputusan masyarakat miskin untuk mengakses layanan kesehatan.

Rekomendasi

Dari hasil penelitian ini terdapat beberapa rekomendasi yang dapat dirumuskan untuk perbaikan implementasi Program JKN ke depannya.

1. Pemerintah harus terus mendukung peningkatan kepesertaan JKN bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, baik secara mandiri maupun subsidi.
2. BPJS Kesehatan perlu merumuskan strategi baru dalam mensosialisasikan Program JKN terutama bagi masyarakat miskin di wilayah-wilayah terpencil.
 - ◁ BPJS Kesehatan bersama dengan Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten, dan Pemerintah desa merumuskan strategi untuk memperluas cakupan sosialisasi program JKN, terutama untuk masyarakat miskin dan tidak mampu.
 - ◁ BPJS Kesehatan perlu menambah materi sosialisasi dengan memasukkan prosedur penggunaan kartu JKNIS untuk mengakses fasilitas Kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.
3. Pemerintah perlu meningkatkan jumlah fasilitas kesehatan yang bermitra dengan BPJS Kesehatan, terutama fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) swasta dan jejaring BPM di wilayah-wilayah terpencil.
 - ◁ Kementerian Kesehatan perlu memetakan wilayah-wilayah yang membutuhkan penambahan fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan rasio jumlah penduduk dan keterjangkauan wilayah.
 - ◁ Kementerian Kesehatan bersama dengan Pemerintah Daerah mengisi kekosongan tenaga kesehatan di wilayah-wilayah terpencil dan sulit terjangkau.
 - ◁ BPJS Kesehatan bersama dengan Kementerian Kesehatan, Pemerintah Daerah, dan Asosiasi Tenaga Kesehatan perlu mengevaluasi implementasi jejaring BPM untuk meningkatkan jumlah BPM yang berjejaring dengan FKTP mitra BPJS Kesehatan.
4. Pemerintah dan Pemerintah Daerah perlu melakukan evaluasi khusus mengenai efektivitas implementasi Perpres 82/2018 terutama dalam kebijakan kepesertaan bayi baru lahir dari rumah tangga miskin.
5. Pemerintah perlu membuat skema khusus untuk memastikan proteksi finansial yang optimal bagi upaya pemenuhan kesehatan lansia.
6. Pemerintah perlu melakukan evaluasi *catalogue* dan melakukan pelatihan kepada fasilitas Kesehatan dan dinas Kesehatan mengenai RKO untuk memastikan ketersediaan obat yang sesuai dengan kebutuhan.

Pemerintah Daerah perlu memperluas penganggaran dana untuk menanggung OOP nonmedis (transportasi dan akomodasi) tidak hanya pelayanan yang berhubungan dengan gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) namun juga pelayanan esensial lainnya.

Daftar Acuan

- Adisa, O. (2015). Investigating determinants of catastrophic health care among poorly insured elderly households in urban Nigeria. *International Journal for Equity in Health* 14(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12930-015-0241-4>
- Adiyanta, F. S. (2020). Urgensi Kebijakan Jaminan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage) bagi Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Masa Pandemi Covid19. *Administrative Law and Governance Journal* 3(2), 271-299. <https://doi.org/10.14710/aj.v3i2.27-299>
- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, & Achadi, E. L. (2018). Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *Lancet* 393 Retrieved from <https://www.thelancet.com/journal/article/PIIS0140673618316477/fulltext>
- Aizawa, T. (2019). The impact of health insurance on out-of-pocket expenditure on delivery in Indonesia. *Health Care For Women International* <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1578778>
- Anindya, K., Lee, J. T., McPake, B., Wilopo, S. A., Millett, C., & Carvalho, N. (2020). Impact of health services: A propensity score matched analysis. *Journal of Global Health* 10(1), 112. <https://doi.org/10.7189/JOGH.10.010429>
- Ariani, D. S., & Pujiyanto, P. (2019). Ekuitas Layanan Rawat Inap Rumah Sakit di Indonesia. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia* 4(1), 21-31. <https://doi.org/10.7454/eki.v4i1.2371>
- Ariati, N. (2017). Tata Kelola Obat di Era Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). *Jurnal KPK*, 3(2). Retrieved from <https://jurnal.kpk.go.id/index.php/integritas/article/download/109/10/190>
- Asrinawaty, Anwary, A. Z., & Darma, Y. (2020). Hubungan Pendidikan dan Perceived Benefit dengan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional Sebagai Peserta PBPU (Mandiri) pada Masyarakat di Kabupaten Banjarnegara. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 7(2). Retrieved from <https://ojs.unsika.ac.id/index.php/ANN/article/download/3922/2580>
- Balamiento, N. (2018). *The Impact of Social Health Insurance on Healthcare Utilization Outcomes: Evidence from the Indigent Program of the Philippine National Health Insurance* (December).
- Bauhoff, S., Hotchkiss, D. R., & Smith, O. (2010). THE IMPACT OF MEDICAL INSURANCE FOR THE POOR IN GEORGIA: A REGRESSION DISCONTINUITY APPROACH. *Health Econ* 20(2011), 1361-1378. <https://doi.org/10.1002/hecl>

- BPJS Kesehatan. (2017). Apa yang Harus Dilakukan Jika RS Minta Biaya Tambahan dari Pasien JKNKIS? Retrieved November 4, 2020, from Jamkesnews.com website: <https://www.jamkesnews.com/jamkesnews/faqs/detail/16/2017-10-25/apa-harus-dilakukan-jika-rs-minta-biaya-tambahan-dari-pasien-jkn-kis>
- BPJS Kesehatan. (2018). Papua Barat Resmi Jadi Provinsi yang Raih Gelar UHC. Retrieved from <https://bpjskesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2018/703/WesPapua-Officially-Becomes-the-4th-Province-Achieving-UHC-Degree>
- Cotlear D, Nagpal S, Smith O, Tandon A, C. R. (2015). *Getting Universal: How 24 developing countries are implementing Universal Health Coverage Reforms*
- Dartanto, T., Dharmawan, G. F., Setyonugroho, L. D., Dewi, L. P. R. K., Martiningsih, D., Baros, W. A., & Dhanalvin, E. (2017). *Dampak Program JKAKIS terhadap Kemiskinan* Jakarta.
- Dartanto, T., Hanum, C., Usman, Bintara, H., Bella, A., & Putro, P. (2017). *Dampak Program JKN-KIS pada Perekonomian Indonesia* Jakarta.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional, & BPJS Kesehatan. (2021). *Statistik JKN 2019-2019*. Retrieved from <https://drive.google.com/drive/folders/157RHyRlp5oapP3SFWTtI8DHoPHi3c5ig>
- Ekman, B. (2007). The impact of health insurance on outpatient utilization and expenditure: Evidence from one middle income country using national household survey data. *Health Research Policy and Systems* 5(1) 15. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-6>
- Erlangga, D., Ali, S., & Bloor, K. (2019). The impact of public health insurance on healthcare utilisation in Indonesia: evidence from panel data. *International Journal of Public Health* 64(4), 603-613. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01215-2>
- Erlangga, D., Suhrcke, M., Ali, S., & Bloor, K. (2019). The impact of public health insurance on health care utilisation, financial protection and health status in low and middle income countries: A systematic review. *PLOS ONE* 14(8), e0219731. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219731>
- Fokusborneo.com. (2020, September 23). *Provinsi Ke4 di Indonesia yang 100 Persen UHC*. Retrieved from <https://fokusborneo.com/daerah/2020/09/23/provinsi-indonesia-yang-100persen-uhc/>
- Gotsadze, G., Zoidze, A., Rukhadze, N., Shengelia, N., & Chkhaidze, N. (2015). An impact evaluation of medical insurance for poor in Georgia: Preliminary results and policy implications. *Health Policy and Planning* 30(2) i113. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu095>
- Green, C., Hollingsworth, B., & Yang, M. (2021). The impact of social health insurance on rural populations. *The European Journal of Health Economics* 42(4) 473-483. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-021-01268-2>

- Health Policy Plus,. (2018). *Y U` h \ WU f Y` I h]`] n U h] c b` H f Y b X g` I b X Y f` < Y U` h \ ` = b g i f U b M2016(May). a Y .` & \$ % %`*
- Hidayat, B., Mundiharno, Nemec, J., Rabovskaja, V., Rozanna, C. S., & Spatz, J. (2015). *of-Pocket Payments in the National Health Insurance of Indonesia: A First Year Review* Jakarta.
- Hjelm, L., Mathiassen, A., Miller, D., & Wadhwa, A. (2017). *Guidance Paper: Creation of a Wealth Index* Retrieved from <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP0000022418/download/>
- Irtanto, & Sutanto, S. H. (2019). Kebijakan Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di Kabupaten Probolinggo *Bablisia: Jurnal Ilmu Administrasi Publik*, 4(1). Retrieved from https://media.proquest.com/media/hms/PFT/1/Q2w6A?_s=AcJFXWmdC%2FsPihGFpwjvUJhC7JE%3D
- Johar, M., Soewondo, P., Adji, A., Pujisubekti, R., Satrio, H. K., & Wibisono, I. D. (2017). *= a d U Wh` c Z` Rapid Move Toward Universal Health Insurance on Total Health Care Expenditure* Jakarta.
- Johar, M., Soewondo, P., Pujisubekti, R., Satrio, H. K., & Adji, A. (2019). In Data We Trust? An Analysis of Indonesian Socioeconomic Survey *Buletin of Indonesian Economic Studies*, 55(1), 61-82. <https://doi.org/10.1080/00074918.2018.1515474>
- Kementerian Keuangan. (2020). Menuju Program JKN yang Berkelanjutan Melalui Kebijakan Iuran yang Proporsional dan Berkeadilan *SMERU Round Table Discussion: Menjajaki Opsi Opsi Untuk Pembiayaan JKN Yang Lebih Berkelanjutan* Jakarta.
- Ketut, N., & Mubasyiroh, R. (2019). Peran Budaya dalam Pemanfaatan Layanan Kesehatan Ibu Hamil. *Kementerian Kesehatan, R(11)*, 7.
- ? i g i a U b] b [f i a ž` G" ž` 5 f] Z] U b] ž` G" ` 8" ž` G U f] ž` K" ` @ " Rahmi, M. A. (2020). *Institusi Kuat Komunitas Tangguh: Studi dan Tata Kelola, Penyediaan, dan Hasil dari Layanan Dasar Administrasi Kependudukan, Pendidikan, dan Kesehatan* Jakarta.
- Laksono, A. D., Wulandari, R. D., & Soedirham, O. (2019). Urban and Rural Disparities in Hospital Utilization among Indonesian Adults *Asian J Public Health*, 48(2), 241-255. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6556184/>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1475-927612-18>
- @] i ž` < " ž` /` N \ U c ž` N" ` fl & \$ % (Ł " ` 8 c Y g` \ Y U` h \ `] b g i f U b resident basic medical insurance *Journal of Comparative Economics*, 42(4), 1007-1020. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jce.2014.02.003>

- Lockley, A., Tobias, J., & Bah, A. (2013). *Gender Analysis of the Unified Database*. Retrieved from [http://www.tnp2k.go.id/images/uploads/downloads/Gender analysts repor final.pdf](http://www.tnp2k.go.id/images/uploads/downloads/Gender%20analysts%20report%20final.pdf)
- Maryuni, S., Pardi, & Eka, A. (2019). Strategi Implementasi Program Perluasan Kepesertaan BPJS Kesehatan di Kabupaten Kubu Raya Provinsi Kalimantan Barat. *BAPAL: Jurnal Administrasi Publik Dan Pembangunan* (2). Retrieved from <http://ppjp.ulm.ac.id/journals/index.php/jpp/article/view/2443/2011>
- Maulana, N. (2020). *Estimasi Pengaruh Kepemilikan JKN terhadap penurunan OOP Rumah Tangga Jakarta*.
- Megatsari, H., Laksoni, A. D., Ridlo, I. A., Yoto, M., & Azizah, A. N. (2018). PERSPEKTIF MASYARAKAT TENTANG AKSES PELAYANAN KESEHATAN Community Perspective about Health Services Access. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* (4), 247-253.
- Mohanty, S. K., Chauhan, R. K., Mazumdar, S., & Srivastava, A. (2014). Out-of-Pocket Expenditure on Health Care Among Elderly and Non-elderly Households in India. *Social Indicators Research* (3), 1137-1157. <https://doi.org/10.1007/s11205-02617>
- Oesman, H. (2017). Pola Pemakaian Kontrasepsi dan Pemanfaatan Kartu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam Pelayanan Keluarga Berencana di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Reproduksi* (1). <https://doi.org/10.22435/kespro.v8i1.632915>
- Rolindrawan, D. (2015). The Impact of BPJS Health Implementation for the Poor and Near Poor on the Use of Health Facility. *Procedia- Social and Behavioral Sciences* 211(September), 555-559. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.073>
- Rumengan, D. S. S., & Kandou, M. L. U. G. D. (2015). Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado Factors Associated with Health Care Utilization Health On BPJS Participant PHC Paniki Mapanget D. *JIKMU* 5, 88-100.
- Sahoo, A. K., & Madheswaran, S. (2014). *Out-of-Pocket (OOP) Financial Risk Protection: The Role of Health Insurance* (No. 330). Retrieved from [http://isec.ac.in/WP/330 Kumar Sahoo_3.pdf](http://isec.ac.in/WP/330%20Kumar%20Sahoo_3.pdf)
- Shihab, A. N., Nudin, A., Kadir, A., Paturusi, I., Student, P., Hasanudin, U., & Indonesia, U. (2017). National health insurance effects on inpatient utilization in Indonesia. *International Journal of Health Sciences and Research* (4), 96-106.
- Soewondo, P. (2017). Timbul Besarnya Manfaat dari Salah Sasar Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia* (2). <https://doi.org/10.7454/eki.v2i2.2148>

- Sparrow, R., Suryahadi, A., & Widyanti, W. (2013). Social health insurance for the poor: Targeted or universal? *Social Science and Medicine* (Vol. 96). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.043>
- Suharmiati, Handayani, L., & Kristiana, L. (2013). FAKTOR YANG MEMENGARUHI KETERJANGKAUAN PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS DAERAH TERPENCIL PERBATASAN DI KABUPATEN SAMBAS (Studi Kasus di Puskesmas Sajingan Besar). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* (3), 223-231. <https://doi.org/10.22435/bpsk.v15i3Jul.2996>
- Tarigan, I., & Suryati, T. (2017). Gambaran Out of Pocket pada Awal Era JKN di Indonesia Description Out of Pocket in the Early Era JKN at Indonesia. *Asia Pasifik Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan* (2), 141-146.
- Thabrany, H. (2020). Evidence of Out of Pocket and Catastrophic Health Expenditures in the ENHANCE Study 2020 Indonesia.
- Thuong, N. T. T. (2020). Impact of health insurance on healthcare utilisation patterns in Vietnam: a survey-based analysis with propensity score matching method. *Open Access Journal of Public Health* (10), 1112. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040062>
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. (2018). Tanya/Jawab Umum Basis Data Terpadu. Retrieved April 5, 2021, from <http://bdt.tnp2k.go.id/tanyajawab/>
- TNP2K. (2020). Situasi Lansia di Indonesia dan Akses terhadap Pelayanan Kesehatan Sosial: Analisis Data Sekunder. Retrieved December 22, 2021, from [http://tnp2k.go.id/download/87694Laporan Studi Lanjutan Analisis Data Sekunder.pdf](http://tnp2k.go.id/download/87694Laporan%20Studi%20Analisis%20Data%20Sekunder.pdf)
- Van Minh, H., Kim Phuong, N. T., Saksena, P., James, C. D., & Xu, K. (2013). Financial burden of household out-of-pocket health expenditure in Viet Nam: Findings from the National Living Standard Survey 2010. *Social Science and Medicine* (96), 258-263. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.028>
- WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. (2014). Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. *Health Economics, Policy, and Law* (1), 7.
- World Bank. (n.d.). Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) Indonesia.
- Zhao, H. (2014). The Impact of Health Insurance on Health Care Utilization and Costs: A Longitudinal Analysis. *Health Economics, Policy, and Law* (1), 7.

Lampiran

Lampiran 1

Kepesertaan asuransi kesehatan pada individu dari rumah tangga miskin

Jenis asuransi	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tidak memiliki asuransi apapun	58,12	58,43	42,85	39,44	36,1	31,93	27,64	27,4	23,34
JKN-PBI/Jamkesda saja	36,16	35,51	54,95	58,34	62,3	57,65	63,5	62,67	66,15
JKN-PBI/Jamkesda dan asuransi lainnya	0,78	0,78	0,62	0,51	0,53	0,7	2,73	3,04	3,51
Asuransi lainnya	4,95	5,28	1,58	1,71	1,07	9,72	6,13	6,89	7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Catatan: Asuransi lainnya terdiri dari asuransi kesehatan swasta, asuransi perusahaan, PNS/Veteran/Pensiun (askes)/Tunjangan/penggantian biaya oleh perusahaan (2011-2013), asuransi JKN Non-PBI (2015-2020); Masyarakat miskin (kuintil 1 dan 2) yang menjawab BPJS Kesehatan pada tahun 2015-2016 dikategorikan sebagai JKN PBI mengingat kepesertaan JKN PBI/Jamkesda pada tahun 2015 disebabkan karena dapat teridentifikasi rumah tangga yang menjawab nama program Jamkesda (contohnya Jamkesra Pemda Jabar, Jaminan Kesehatan Aceh/JKA, Sumsel Semesta, dan lain lain)/menggunakan KTP/KK/SKTM dikategorikan mendapat Jamkesda. Sumber data: Susenas 2011-2020

Lampiran 2

Tabel Hasil Robustness analysis: Dampak kepesertaan JKN masyarakat miskin terhadap utilisasi rawat jalan dan rawat inap

	Rawat Jalan			Rawat Inap		
	Gabungan	Faskes Pemerintah	Faskes Swasta	Gabungan	Faskes Pemerintah	Faskes Swasta
Indonesia	0.021	0.043	0.021	0.023	0.021	0.023
	(0.003)	(0.003)	(0.003)	(0.001)	(0.001)	(0.001)
Urban	0.030	0.054	0.030	0.027	0.021	0.027
	(0.005)	(0.005)	(0.005)	(0.002)	(0.002)	(0.002)
Rural	0.020	0.036	0.017	0.021	0.021	0.021
	(0.000)	(0.003)	(0.003)	(0.001)	(0.001)	(0.001)
Jawa	0.009	0.035	0.010	0.017	0.013	0.017
	(0.005)	(0.004)	(0.005)	(0.002)	(0.002)	(0.002)
Sumatra	0.029	0.050	0.026	0.032	0.027	0.032
	(0.006)	(0.006)	(0.006)	(0.003)	(0.002)	(0.003)
Bali -NT	0.038	0.008	0.039	0.012	0.014	0.012
	(0.008)	(0.008)	(0.008)	(0.004)	(0.003)	(0.004)
Kalimantan	0.027	0.028	0.019	0.022	0.021	0.022
	(0.011)	(0.011)	(0.011)	(0.005)	(0.004)	(0.005)
Sulawesi	0.025	0.044	0.027	0.035	0.032	0.035
	(0.007)	(0.007)	(0.007)	(0.003)	(0.003)	(0.003)
Papua -Maluku	0.091	0.105	0.090	0.026	0.024	0.025
	(0.011)	(0.011)	(0.011)	(0.004)	(0.004)	(0.025)
Kontrol individu			Ya			
Kontrol rumah tangga			Ya			
Kontrol fasilitas kesehatan			Ya			

Lampiran 3

Tabel Hasil Robustness check: Pengaruh kepesertaan JKN terhadap OOP

Kelompok	%	Standard Error	Pvalue	95% CI	
				Lower Level	Upper level
Gabungan	-0.18305	0.036616	0	-0.25481	-0.11128
urban	-0.05758	0.053887	0.285	-0.16318	0.048026
Rural	-0.24822	0.048255	0	-0.3428	-0.15364
Jawa	0.059614	0.066602	0.371	-0.07092	0.190152
Sumatra	-0.22001	0.08309	0.008	-0.38287	-0.05716
Bali-NT	-0.46397	0.041893	0	-0.54608	-0.38186
Kalimantan	-0.05513	0.075622	0.466	-0.20335	0.093087
Sulawesi	-0.39335	0.093261	0	-0.57614	-0.21055
Maluku-Papua	-0.17529	0.056264	0.002	-0.28557	-0.06502

Lampiran 4

Tabel Lengkap Hasil Analisis Dampak JKN terhadap Utilisasi (Rawat Jalan)

Rawat Jalan	Gabungan				Fasilitas Kesehatan Pemerintah				Fasilitas Kesehatan Swasta			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Gabungan	0.016	0.018	0.027	0.025	0.041	0.041	0.051	0.046	0.016	0.017	0.026	0.025
SE	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.016	0.003	0.003	0.003
Urban	0.038	0.036	0.038	0.035	0.074	0.073	0.072	0.063	0.036	0.035	0.036	0.033
SE	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006
Rural	0.011	0.013	0.024	0.023	0.032	0.033	0.044	0.040	0.011	0.013	0.024	0.023
SE	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.000	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003
Jawa	0.011	0.011	0.010	0.010	0.047	0.046	0.043	0.034	0.010	0.010	0.009	0.009
SE	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006
Sumatra	0.021	0.020	0.020	0.015	0.049	0.048	0.049	0.043	0.019	0.018	0.018	0.014
SE	0.005	0.005	0.005	0.005	0.005	0.005	0.005	0.005	0.005	0.005	0.005	0.005
Bali-NT	0.036	0.035	0.036	0.039	0.051	0.051	0.053	0.055	0.037	0.036	0.037	0.040
SE	0.007	0.007	0.007	0.007	0.008	0.008	0.008	0.008	0.007	0.007	0.007	0.007
Kalimantan	0.022	0.024	0.025	0.029	0.032	0.033	0.035	0.040	0.021	0.023	0.024	0.028
SE	0.008	0.008	0.008	0.008	0.008	0.008	0.008	0.008	0.008	0.008	0.008	0.008
Sulawesi	0.032	0.034	0.034	0.032	0.049	0.050	0.050	0.047	0.033	0.035	0.035	0.033
SE	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006	0.006
Papua-Maluku	0.079	0.087	0.087	0.089	0.107	0.110	0.110	0.110	0.080	0.087	0.087	0.090
SE	0.008	0.008	0.008	0.009	0.008	0.008	0.008	0.009	0.008	0.008	0.008	0.009
Individual control	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes
HH control	No	No	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes
Village control	No	No	No	Yes	No	No	No	Yes	No	No	No	Yes

Lampiran 5

Tabel Lengkap Hasil Analisis Dampak JKN terhadap Utilisasi (Rawat Inap)

Rawat Inap	Gabungan				Fasilitas Kesehatan Pemerintah				Fasilitas Kesehatan Swasta			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
All	0.023	0.023	0.025	0.024	0.022	0.023	0.023	0.023	0.023	0.023	0.024	0.024
SE	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
Urban	0.031	0.031	0.031	0.031	0.023	0.022	0.023	0.023	0.031	0.030	0.031	0.031
SE	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003
Rural	0.021	0.021	0.023	0.022	0.022	0.022	0.023	0.022	0.020	0.021	0.022	0.022
SE	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
Jawa	0.021	0.021	0.021	0.021	0.016	0.016	0.016	0.016	0.021	0.021	0.020	0.021
SE	0.003	0.003	0.003	0.003	0.002	0.002	0.002	0.002	0.003	0.003	0.003	0.003
Sumatra	0.031	0.031	0.031	0.031	0.026	0.026	0.026	0.027	0.030	0.030	0.030	0.031
SE	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002
Bali-NT	0.011	0.011	0.011	0.012	0.016	0.016	0.016	0.016	0.011	0.012	0.011	0.012
SE	0.004	0.004	0.004	0.004	0.003	0.003	0.003	0.003	0.004	0.004	0.004	0.004
Kalimantan	0.024	0.023	0.023	0.024	0.024	0.023	0.023	0.024	0.024	0.023	0.023	0.024
SE	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003
Sulawesi	0.035	0.035	0.035	0.036	0.031	0.031	0.031	0.032	0.035	0.035	0.035	0.035
SE	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003
Papua-Maluku	0.020	0.024	0.025	0.027	0.021	0.025	0.026	0.026	0.019	0.024	0.025	0.026
SE	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003
Individual control	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes
HH control	No	No	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes
Village control	No	No	No	Yes	No	No	No	Yes	No	No	No	Yes

Lampiran 6

Tabel Lengkap Hasil Analisis Pengaruh JKN terhadap OOP

	%	Standard Error	Pvalue	Lower Level	Upper level
Gabungan	-0.2364132	0.093259	0.011	-0.4192	-0.05363
urban	-0.0230415	0.076693	0.764	-0.17336	0.127273
rural	-0.3006351	0.119106	0.012	-0.53408	-0.06719
Jawa	-0.2814184	0.306149	0.358	-0.88146	0.318623
Sumatra	0.119897	0.038392	0.002	0.044649	0.195145
Bali-NT	-0.4516854	0.122226	0	-0.69131	-0.21206
Kalimantan	-0.1352146	0.110989	0.223	-0.35275	0.08232
Sulawesi	-0.2141507	0.089337	0.017	-0.38925	-0.03905
Maluku-Papua	-0.1941069	0.050896	0	-0.29386	-0.09435

Lampiran 7 Marginal Effect

	Rp	Standard Error	Pvalue	Lower Level	Upper level
Gabungan	-41817.12	12010.41	0	-65357.1	-18277.2
urban	-11114.27	11042.28	0.314	-32756.7	10528.2
rural	-50026.36	14834.24	0.001	-79101	-20951.8
Jawa	-45148.54	60793.49	0.458	-164302	74004.51
Sumatra	5612.477	13611.1	0.68	-21064.8	32289.74
Bali-NT	-60007.52	11825.35	0	-83184.8	-36830.3
Kalimantan	-22095.12	16101.55	0.17	-53653.6	9463.343
Sulawesi	-35719.1	8367.727	0	-52119.5	-19318.7
Maluku-Papua	-4196.039	6808.566	0.538	-17540.6	9148.506

Lampiran 8

Alasan tidak memanfaatkan JKN/Jamkesda untuk Rawat Jalan pada Penduduk Miskin Susenas 2018-2020

Alasan	Rural	Urban	Jawa	Sumatra	Bali/NTB/NTT	Kalimantan	Sulawesi	Maluku-Papua	Gabungan
Tidak mengalami keluhan	63.92	60.98	50.47	63.09	62.95	54.65	64.1	79.32	63.32
Mengobati sendiri	31.52	34.58	42.61	32.07	32.56	41.42	33.1	16.66	32.14
Lainnya	3.45	3.6	5.77	3.7	3.9	3.18	2.5	1.99	3.48
Tidak tahu cara memanfaatkan jaminan kesehatan	1.54	1.25	2.97	1.68	1.18	1.78	0.55	0.73	1.48
Waktu tunggu pelayanan lama	1.07	2.65	3.56	1.53	1.36	1.15	0.63	0.13	1.39
Tidak ada faskes yang mudah dijangkau	1.2	0.4	1.07	0.99	0.85	1.09	0.45	1.73	1.03
Tidak ada biaya	0.79	0.51	0.87	0.7	0.95	0.83	0.39	0.85	0.73
Prosedur persyaratan sulit dipenuhi	0.41	0.67	0.54	0.62	0.34	0.89	0.27	0.15	0.46
Kartu JKN tidak aktif	0.4	0.54	0.74	0.46	0.52	0.61	0.25	0.12	0.43
Tidak ada petugas pembepelayanan jaminan kesehatan	0.46	0.08	0.22	0.27	0.14	0.37	0.14	1.07	0.38
Menggunakan asuransi lain	0.1	0.13	0.07	0.19	0.01	0.2	0.06	0.03	0.1

Catatan *multiple response*

Lampiran 9

Alasan tidak memanfaatkan JKN/Jamkesda untuk Rawat Inap pada Penduduk Miskin, Susenas 2018-2020

Alasan	Rural	Urban	Jawa	Sumatra	Bali/NTB/NTT	Kalimantan	Sulawesi	Maluku-Papua	Gabungan
Tidak mengalami gangguan kesehatan	96.67	97.07	94.8	96.73	98.13	96.92	98.29	96.1	96.76
Lainnya	1.37	1.4	2.54	1.43	0.86	1.09	0.82	1.31	1.38
Tidak tahu cara memanfaatkan jaminan kesehatan	0.62	0.54	1.32	0.69	0.3	0.66	0.28	0.37	0.61
Tidak ada faskes yang mudah dijangkau	0.49	0.08	0.21	0.21	0.15	0.26	0.12	1.32	0.41
Tidak ada biaya transportasi dan akomodasi	0.41	0.2	0.37	0.31	0.25	0.33	0.2	0.66	0.36
Waktu tunggu pelayanan lama	0.16	0.34	0.55	0.22	0.11	0.15	0.09	0.05	0.2
Prosedur/persyaratan sulit	0.19	0.22	0.44	0.26	0.12	0.18	0.07	0.07	0.19
Kartu JKN tidak aktif	0.17	0.22	0.15	0.21	0.14	0.59	0.1	0.06	0.18
Tidak ada petugas pemberi pelayanan jaminan kesehatan	0.16	0.03	0.06	0.06	0.04	0.12	0.03	0.44	0.13
Menggunakan asuransi lain	0.08	0.11	0.1	0.11	0.04	0.1	0.11	0.06	0.09

Catatan *multiple response*

Lampiran 10
Penolakan Rawat Jalan/Rawat Inap karena Menggunakan
JKN/Jamkesda, Susenas 2018-2020

Jenis pelayanan	Tidak	Ya
Rawat jalan	99.65	0.35
Rawat inap	99.91	0.09

Lampiran 11
Tabel Hasil *Matching* Individu

	2011			2012		
	Treated	Control	Pvalue	Treated	Control	Pvalue
Wilayah: Perkotaan	0.17217	0.17026	0.522	0.18212	0.18124	0.777
Sumatra	0.21177	0.21217	0.9	0.20791	0.20847	0.865
Bali-NT	0.22819	0.22837	0.955	0.22615	0.22628	0.969
Kalimantan	0.07572	0.07619	0.823	0.07309	0.07299	0.963
Sulawesi	0.17764	0.1768	0.78	0.174	0.17328	0.814
Papua-Maluku	0.10121	0.10127	0.979	0.09636	0.09666	0.902
Sanitasi layak	0.17902	0.17783	0.695	0.20958	0.20801	0.633
Rumah layak	0.02024	0.01933	0.41	0.02655	0.02586	0.595
Tidak memiliki ijazah	0.3096	0.30903	0.878	0.30385	0.30392	0.986
SD/MTS	0.34319	0.34362	0.907	0.33321	0.33459	0.719
SMP/MI	0.12826	0.12782	0.868	0.13479	0.13545	0.813
SMA/SMK/MA	0.06852	0.06884	0.876	0.07456	0.07424	0.877
D3/D4/S1/S2	0.00428	0.00444	0.764	0.00445	0.00386	0.258
Bekerja: Formal	0.10252	0.1019	0.794	0.10347	0.10216	0.594
Bekerja: Informal	0.67674	0.67774	0.787	0.67634	0.67752	0.755
5-7 tahun	0.06518	0.06268	0.196	0.06563	0.06445	0.555
5-17 tahun	0.30994	0.31147	0.675	0.28425	0.28565	0.7
18-35 tahun	0.42019	0.42225	0.597	0.42817	0.42876	0.883
36-55 tahun	0.2047	0.2036	0.731	0.22196	0.22114	0.808
>56 tahun	0.51948	0.52092	0.716	0.51746	0.51815	0.865
	2013			2015		
	Treated	Control	Pvalue	Treated	Control	Pvalue
Wilayah: Perkotaan	0.17538	0.17449	0.733	0.21895	0.2154	0.193
Sumatra	0.26853	0.26946	0.759	0.28681	0.28808	0.671
Bali-NT	0.19431	0.19379	0.85	0.15319	0.15488	0.48
Kalimantan	0.07363	0.07374	0.948	0.07911	0.07965	0.759
Sulawesi	0.18773	0.18859	0.747	0.19333	0.19269	0.808
Papua-Maluku	0.08858	0.08756	0.597	0.07935	0.07691	0.171
Sanitasi layak	0.25959	0.25843	0.697	0.33162	0.32993	0.588
Rumah layak	0.02383	0.02195	0.065	0.14186	0.1398	0.371

Tidak memiliki ijazah	0.30416	0.30244	0.583	0.27447	0.27471	0.935
SD/MTS	0.33726	0.34051	0.313	0.3362	0.33911	0.352
SMP/MI	0.13903	0.13773	0.58	0.16374	0.16286	0.72
SMA/SMK/MA	0.08605	0.08726	0.529	0.0925	0.09324	0.698
D3/D4/S1/S2	0.00481	0.00476	0.921	0.00833	0.00701	0.023
Bekerja: Formal	0.11102	0.10888	0.316	0.12886	0.12544	0.121
Bekerja: Informal	0.66999	0.67294	0.357	0.64037	0.64397	0.257
5-7 tahun	0.06338	0.06094	0.138	0.0646	0.06297	0.316
5-17 tahun	0.282	0.28261	0.844	0.26592	0.26847	0.385
18-35 tahun	0.43239	0.43402	0.63	0.45103	0.45134	0.926
36-55 tahun	0.22222	0.22243	0.941	0.21845	0.21722	0.653
>56 tahun	0.51263	0.51291	0.935	0.51791	0.52021	0.487
	2016			2017		
	Treated	Control	Pvalue	Treated	Control	Pvalue
Wilayah: Perkotaan	0.22658	0.22352	0.273	0.22486	0.22224	0.353
Sumatra	0.28692	0.28728	0.906	0.27374	0.27418	0.885
Bali-NT	0.15048	0.15186	0.563	0.13554	0.13473	0.728
Kalimantan	0.08442	0.08402	0.829	0.07752	0.07733	0.919
Sulawesi	0.1654	0.16473	0.787	0.17928	0.18034	0.684
Papua-Maluku	0.08687	0.08473	0.252	0.09324	0.09168	0.426
Sanitasi layak	0.37902	0.37716	0.568	0.38872	0.38501	0.262
Rumah layak	0.13301	0.13082	0.333	0.16514	0.16482	0.898
Tidak memiliki ijazah	0.29404	0.29547	0.639	0.25908	0.25984	0.798
SD/MTS	0.39735	0.39871	0.677	0.35527	0.35814	0.376
SMP/MI	0.10557	0.10456	0.624	0.16811	0.16913	0.69
SMA/SMK/MA	0.1233	0.12458	0.563	0.10519	0.1042	0.634
D3/D4/S1/S2	0.0083	0.00716	0.052	0.00886	0.00746	0.021
Bekerja: Formal	0.13792	0.13573	0.341	0.14355	0.14049	0.196
Bekerja: Informal	0.62248	0.62587	0.295	0.60373	0.60769	0.232
5-7 tahun	0.06729	0.0653	0.232	0.06469	0.06308	0.331
5-17 tahun	0.24032	0.24197	0.563	0.25095	0.25203	0.713
18-35 tahun	0.45195	0.45402	0.533	0.44915	0.45095	0.595
36-55 tahun	0.24045	0.23871	0.542	0.2352	0.23394	0.66
>56 tahun	0.52131	0.52298	0.616	0.52331	0.52515	0.587

	2018			2019		
	Treated	Control	Pvalue	Treated	Control	Pvalue
Wilayah:Perkotaan	0.20734	0.20373	0.145	0.22259	0.22065	0.434
Sumatra	0.27831	0.28016	0.503	0.24996	0.25117	0.64
Bali-NT	0.1435	0.14237	0.599	0.15929	0.15929	1
Kalimantan	0.08931	0.08879	0.763	0.08843	0.08804	0.817
Sulawesi	0.17799	0.17869	0.767	0.18142	0.18224	0.722
Papua-Maluku	0.093	0.09155	0.414	0.11297	0.11174	0.515
Sanitasi layak	0.46486	0.46306	0.555	0.48821	0.48545	0.355
Rumah layak	0.1925	0.19043	0.391	0.20603	0.20373	0.34
Tidak memiliki ijazah	0.27641	0.27634	0.978	0.25887	0.25943	0.833
SD/MTS	0.34004	0.34241	0.415	0.3309	0.33409	0.257
SMP/MI	0.16392	0.16331	0.791	0.18149	0.18094	0.81
SMA/SMK/MA	0.10883	0.10858	0.898	0.12115	0.12261	0.455
D3/D4/S1/S2	0.0114	0.01014	0.047	0.01432	0.01263	0.014
Bekerja: Formal	0.1487	0.14717	0.484	0.14831	0.14692	0.512
Bekerja: Informal	0.59228	0.59589	0.23	0.58882	0.59156	0.35
5-7 tahun	0.06371	0.06207	0.272	0.06955	0.06824	0.384
5-17 tahun	0.25577	0.25673	0.72	0.25914	0.25944	0.908
18-35 tahun	0.45171	0.4538	0.494	0.44531	0.4493	0.179
36-55 tahun	0.22881	0.2274	0.584	0.22599	0.22302	0.233
>56 tahun	0.5284	0.52979	0.649	0.5325	0.53625	0.207
2020						
	Treated	Control	Pvalue			
Wilayah: Perkotaan	0.22732	0.22547	0.451			
Sumatra	0.2621	0.26251	0.873			
Bali-NT	0.14092	0.14078	0.946			
Kalimantan	0.09494	0.09496	0.992			
Sulawesi	0.19315	0.19324	0.97			
Papua-Maluku	0.11134	0.1112	0.941			
Sanitasi layak	0.54377	0.54133	0.401			
Rumah layak	0.07426	0.06956	0.002			
Tidak memiliki ijazah	0.00099	0.0005	0.002			
SD/MTS	0.3324	0.33096	0.602			
SMP/MI	0.17774	0.1771	0.777			

SMA/SMK/MA	0.15246	0.15275	0.89
D3/D4/S1/S2	0.24785	0.25051	0.292
Bekerja: Formal	0.15976	0.15759	0.31
Bekerja: Informal	0.57298	0.57566	0.353
5-7 tahun	0.0676	0.06659	0.491
5-17 tahun	0.25872	0.26005	0.603
18-35 tahun	0.44209	0.44305	0.742
36-55 tahun	0.23159	0.23031	0.603
>56 tahun	0.53126	0.53253	0.665

Lampiran 12
Tabel Hasil *Matching* Rumah Tangga

	2018			2019			2020		
	Treated	Control	Pvalue	Treated	Control	Pvalue	Treated	Control	Pvalue
Wilayah: Perkotaan	0.28	0.26889	0	0.28169	0.27261	0	0.27932	0.27221	0.002
Sumatra	0.25545	0.25824	0.245	0.23502	0.23575	0.749	0.24203	0.24572	0.088
Bali-NT	0.10936	0.11149	0.217	0.11008	0.10808	0.228	0.10681	0.10259	0.006
Kalimantan	0.05008	0.04906	0.39	0.05381	0.05123	0.03	0.05433	0.04854	0
Sulawesi	0.1702	0.16914	0.609	0.18619	0.18511	0.603	0.19194	0.19194	1
Papua-Maluku	0.09663	0.09111	0.001	0.11968	0.12091	0.476	0.11131	0.11251	0.448
Sanitasi layak	0.60383	0.5983	0.04	0.60955	0.60385	0.028	0.65196	0.65424	0.341
Rumah layak	0.3007	0.29646	0.091	0.29575	0.29242	0.166	0.16936	0.16273	0
Pendidikan KRT: Tidak memiliki ijazah	0.26432	0.26592	0.51	0.25619	0.26167	0.019	0.00113	0.00061	0
Pendidikan KRT: SD/MTS	0.35765	0.36797	0	0.3536	0.35984	0.014	0.36823	0.37303	0.049
Pendidikan KRT: SD/MI	0.14478	0.14279	0.302	0.15144	0.14915	0.227	0.14132	0.13749	0.028
Pendidikan KRT: SMA/SMK/MA	0.12599	0.12274	0.072	0.13192	0.12918	0.127	0.15985	0.16085	0.588
Pendidikan KRT: D3/D4/S1/S2	0.01165	0.0075	0	0.01363	0.00852	0	0.24718	0.24852	0.54
Usia KRT	49.115	49.042	0.321	49.299	49.144	0.03	49.47	49.325	0.031



 Jl. Cikini Raya No. 10A
Jakarta 10330 Indonesia

 +62 21 3193 6336

 +62 21 3193 0850

 smeru@smeru.or.id

 smeru.or.id

   The SMERU Research Institute

 @SMERUInstitute

 @smeru.institute