

BUKTI EMPIRIS KEBIJAKAN ASURANSI KESEHATAN SOSIAL: ANALISIS DATA SURVEI ASPEK KEHIDUPAN RUMAH TANGGA INDONESIA (SAKERTI)

EMPIRICAL EVIDENCE OF SOCIAL HEALTH INSURANCE POLICY: ANALYSIS OF THE INDONESIAN FAMILY LIFE SURVEY (IFLS) DATA

Budi Hidayat

Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

ABSTRACT

Objective: Research that produced empirical evidences for health policy formulation presumably limited. This article elaborates this perception by synthesizing four studies on the demand for outpatient care (OP), e.g., (i) health insurance and the number of OP visits, social health insurance and (ii) the use of OP, (iii) providers choices, and (iv) equity in access.

Methods: This study uses data from the second round of the Indonesian Family Life Survey (IFLS). Two considerations have been taken into account in selecting estimation methods: the design of observational study and type of the data used to measure the demand. To predict the number of OP visits, the author explored six count data estimators, whilst to investigate the impact of social insurance on the use of OP, provider choices, and equity, the author applied a multinomial logistic regression.

Results: Whilst the distribution of health insurance is concentrated on the rich, the highest effect of insurance on access found among the lowest income group. Given provider alternatives, the insured tend to choose public rather than private providers. Those who are sicker, not married, wealthier and highly educated also prefer to use private than public providers. The impact of social insurance on equity in access to health care was not observed.

Conclusions: Efforts to increase access to health care services through a national health insurance (NHI) will be more effective if the program accommodates consumer preferences. Changes in the demand from public to private providers must be taken into account, especially when setting premium subsidy and benefits baskets of the NHI. In general, the NHI policy has already empirical evidences. However, NHI implementation requires a set of technical regulations as a translation of the National Social Security Act, which also must be supported from the results of empirical studies.

Keywords: social health insurance, demand for health care, endogeneity, applied econometrics in health

ABSTRAK

Tujuan: Studi-studi yang menghasilkan bukti empiris dalam formulasi kebijakan kesehatan disinyalir terbatas. Artikel ini mengelaborasi persepsi ini dengan mengupas studi tentang permintaan rawat jalan (rajal), yang terdiri atas empat isu: (i) asuransi kesehatan (askes) dan rajal; askes sosial dan (ii) penggunaan rajal, (iii) pemilihan *provider*, dan (iv) ekuiti dalam akses.

Metode: Studi ini menggunakan data putaran kedua Survei Aspek Kehidupan Rumah Tangga Indonesia (SAKERTI). Dua pertimbangan telah dilakukan dalam memilih estimator: rancangan studi observasi dan jenis data untuk mengukur demand. Peneliti menjajagi enam estimator data kontinyu untuk memprediksi jumlah kunjungan rajal. Sedangkan untuk mendeteksi dampak askes sosial pada penggunaan rajal, pemilihan provider, dan ekuiti, peneliti menggunakan regresi multinomial logistik.

Hasil: Distribusi askes terkonsentrasi pada orang kaya, namun dampak terbesar askes terhadap akses ditemukan pada kelompok termiskin. Peserta asuransi cenderung memilih provider swasta ketimbang publik. Demikian halnya dengan mereka yang sakit, belum menikah, kaya dan berpendidikan tinggi. Studi ini tidak menemukan dampak program askes sosial terhadap ekuiti akses pelayanan kesehatan.

Kesimpulan: Upaya peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan melalui JKN akan semakin efektif jika JKN mengakomodasi preferensi konsumen. Perubahan permintaan dari PPK publik ke swasta harus dipertimbangkan, terutama ketika menetapkan subsidi premi dan paket jaminan program JKN. Secara umum, kebijakan JKN sudah memiliki bukti empiris. Namun pelaksanaan JKN membutuhkan sejumlah peraturan teknis sebagai penjabaran Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional, yang juga harus didukung dari hasil-hasil kajian empiris.

Kata kunci: asuransi kesehatan sosial, demand pelayanan kesehatan, seleksi bias, aplikasi ekonometrika dalam kesehatan

PENGANTAR

Pembuatan kebijakan merupakan proses dinamis yang saling tumpang tindih dan dipengaruhi oleh banyak faktor.¹ Konteks politik, bukti dan hubungan pengambil kebijakan dengan peneliti merupakan tiga faktor utama yang saling berinteraksi dalam formulasi kebijakan, dan ketiganya dipengaruhi oleh faktor luar yang secara tidak langsung mempengaruhi pembuatan kebijakan. Gambar 1 menyajikan faktor-faktor yang saling berpengaruh dalam pembuatan kebijakan.

Pengaruh faktor luar dalam formulasi kebijakan dapat berupa sosial, ekonomi, budaya, serta

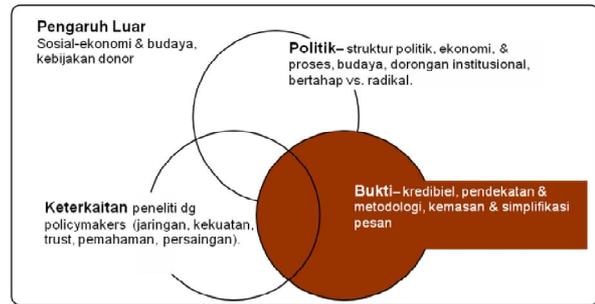
kebijakan lembaga donor. Determinan politik, jaringan dan bukti empiris saling berinteraksi langsung dalam penentuan kebijakan. Aspek politik dapat berupa struktur politik, ekonomi, proses serta budaya. Dorongan institusional, apakah politik menghendaki perubahan bertahap atau radikal juga ikut berkontribusi dalam penetapan kebijakan. Keterkaitan peneliti dengan pembuat kebijakan akan memberi warna kebijakan. Formulasi kebijakan perlu bukti empiris kredibel. Di sini diperlukan kajian dengan pendekatan dan metodologi handal untuk melahirkan kebijakan adekuat. Hasil-hasil kajian dan simplifikasi perlu dikemas dengan baik agar dapat dipertimbangkan dalam formulasi kebijakan.

Anekdot muncul bahwa “riset-riset yang memberikan bukti empiris pada formulasi kebijakan kesehatan terbatas”. Sementara itu pemerintah telah mengundang Undang-Undang (UU) No 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mewajibkan penduduk masuk SJSN, termasuk dalam program Jaminan Kesehatan (JKN).² Untuk memastikan waga miskin masuk, pemerintah menjanjikan untuk membayari premi mereka, dalam SJSN ini dikenal dengan penerima bantuan iuran (PBI). Apakah kebijakan JKN SJSN memiliki bukti empiris? Apakah klausul PBI didukung oleh bukti-bukti akademis?

Artikel ini mengupas studi empiris yang menggunakan dataset dari Indonesia. Tujuannya untuk memberikan jawaban objektif atas kedua pertanyaan tersebut di atas. Studi yang dikupas adalah *demand* pelayanan rawat jalan yang terdiri atas empat topik, yaitu: (1) asuransi kesehatan (Askes) dan jumlah kunjungan rawat jalan³; Askes sosial dan (2) penggunaan rawat jalan⁴, (3) pemilihan PPK⁵ dan (4) ekuiti dalam akses⁶.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Dua pertimbangan telah diperhitungkan dalam menentukan metode estimasi. Pertama, rancangan studi observasi mengakibatkan variabel asuransi menuai masalah seleksi bias (dikenal endogen, dalam ekonometrika). Kedua, jenis data yang digunakan untuk mengukur *demand* terdiri atas data kontinyu dan katagori. Data ini diperoleh dari survei aspek kehidupan rumah tangga Indonesia (Sakerti)⁷.



Sumber: RAPID (2004)¹

Gambar 1. Diterminan Formulasi Kebijakan

Jumlah Kunjungan

Permintaan rawat jalan individual dalam rumah tangga j (diukur dengan jumlah kunjungan yang dilakukan responden sebulan sebelum wawancara) merupakan fungsi Askes dan sejumlah independen variabel x_j . Secara matematis fungsi *demand* disajikan dalam persamaan (1).³

$$M_i = \exp(I_{iT}\alpha + x_i'\beta) + u_{1i} \quad (1)$$

dimana, M_i adalah *demand* rawat jalan (jumlah kunjungan); fungsi Exp untuk memastikan nilai non-negatif rawat jalan, I_{iT} adalah kepemilikan Askes (T menunjukkan jenis Askes); x_i adalah sejumlah determinan *demand* seperti status kesehatan, sosial, ekonomi, demografi; dan, u_i menangkap karakteristik individual yang tidak teramati (*random errors*). Estimasi (1) dilakukan dengan prosedur *maximum likelihood* (ML) data kontinyu.

Sejumlah metode ML data kontinyu (*Poisson*, *Negative Binomial* (NB), *Zero-NB* (ZIB) dan *Hurdle-NB* (HNB)) dijajagi⁸. Namun analisis (1) dengan prosedur ML akan menghasilkan parameter konsisten, dan efisien jika seluruh variabel independen x_i eksogen, yaitu $E(u_i | I_{iT}, x_i') = 0$. Nilai u_i dalam studi observasi dapat muncul karena faktor-faktor yang tidak diketahui, yang selanjutnya faktor tersebut mempengaruhi keputusan individu dalam mengkonsumsi kesehatan maupun memiliki Askes. Jika variabel Askes endogen, nilai ekspektasi *random error* kondisional dari semua variabel independen tidak akan sama dengan nol, atau $E(u_i | I_{iT}, x_i') \neq 0$.⁹

Koreksi endogen variabel Askes dilakukan melalui analisis *demand* dan Askes secara simultan. Individu memiliki Askes adalah fungsi dari:

$$I_{iT}^* = z_i'\gamma + x_i'\beta + u_{2i} \quad (2)$$

Di mana I_{iT} kepemilikan Askes (T dalam studi data kontinyu terdiri atas Askes PNS dan swasta); z_i adalah variabel instrumen (berhubungan dengan Askes, tetapi tidak dengan jumlah kunjungan (yaitu tidak berhubungan dengan u_1 dalam (1)), x_i seperti didefinisikan dalam (1), sedangkan u_2 *random error* menangkap *unobservable* determinan Askes. Estimasi persamaan (1) dan (2) dilakukan simultan dengan *Instrumental Variable* (IV)¹⁰ dan *Generalized Methods of Moments* (GMM).¹¹

Penggunaan rawat jalan

Penggunaan rawat jalan diukur dari jawaban responden tentang pemanfaatan rawat jalan sebulan sebelum survei. Rawat jalan, fungsi dari Askes dan sejumlah variabel independen x , terdiri atas tiga alternatif. Estimasi rawat jalan dilakukan dengan multinomial logistik (MNL)¹² mengingat *demand* diukur oleh data katagori dengan luaran lebih dari dua kelompok. Jika Y_i variabel acak bernilai j , di mana $j = 0, 1$ or 2 fasilitas kesehatan (mandiri, pemerintah dan swasta), maka probabilitas pemilihan ketiga fasilitas tersebut adalah:

$$\Pr(Y_i = j) = \frac{e^{\beta_j x}}{\sum_{k=0}^2 e^{\beta_k x}}, \text{ for } j = 0, 1 \text{ or } 2 \quad (3)$$

Di mana referensi dari variabel Y_i adalah pengobatan mandiri; X_i merupakan satu kesatuan variabel independen, salah satunya adalah Askes sosial yaitu: Askes PNS dan Jamsostek. Nilai β merupakan parameter regresi hasil analisis.

Persamaan (1) diprediksi dengan prosedur ML. Estimasinya diaplikasikan pada dua sampel, yaitu (i) seluruh sampel ($N=16.485$), dan (ii) hanya sampel sakit ($N=5.055$). Rasionalisasi pengelompokkan kedua jenis sampel ini disajikan dalam Hidayat.⁴ Metode prediksi daur ulang juga digunakan untuk mendeteksi distribusi rawat jalan menurut Askes dan pendapatan, dan untuk menunjukkan besaran dampak Askes.

Pemilihan PPK

Apakah individu memilih atau tidak memilih PPK tertentu dari sejumlah alternatif termasuk model

pilihan diskrit. Cara efektif memodel pilihan diskrit adalah MNL regresi. Estimasi MNL konsisten dengan standar model pilihan konsumen. Untuk mendeteksi pemilihan rawat jalan publik, swasta dan mandiri, analisis MNL persamaan (3) dilakukan pada 16.485 sampel yang dibentuk dari data IFLS.

Untuk intepretasi estimasi, nilai koefisien (β) hasil MNL dikonversi kedalam bentuk nilai rasio relatif (RRR) untuk setiap PPK, dimana $RRR = \exp(\beta)$. Nilai RRR menunjukkan probabilitas memilih J (publik atau swasta) relatif pada perawatan mandiri (referensi). Simulasi kebijakan dilakukan untuk mengetahui implikasi perluasan Askes (jaringan *provider*) pada pilihan PPK. Skenario simulasi disajikan dalam Hidayat.⁵

Ekuiti dalam akses rawat jalan

Peneliti menggunakan indeks konsentrasi C_M untuk mengukur ekuiti.¹³ C_M menunjukkan ketidaksetaraan akses menurut pendapatan. Nilai C_M berkisar antara -1 s/d $+1$. C_M bernilai nol jika tidak ada variasi akses menurut pendapatan. Jika variasi akses menguntungkan orang kaya (orang miskin), C_M bernilai positif (negatif). Nilai C_M rawat jalan publik dan swasta dalam studi ini dihitung dari data aktual, dan prediksi model MNL. Ada empat skenario kebijakan yang dilakukan untuk mendeteksi dampak Askes pada ekuiti. Formula yang digunakan untuk menghitung C_M dan rincian skenario kebijakan disajikan dalam Hidayat *et al.*⁶

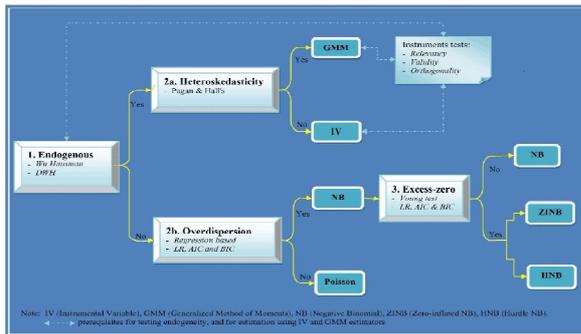
Untuk menggambarkan ekuiti, peneliti juga menggunakan kurva konsentrasi yang menunjukkan proporsi kumulatif penggunaan rawat jalan menurut proporsi kumulatif populasi sampel yang diurutkan sesuai tingkat pendapatan.¹³ Jika semua orang memiliki nilai sama persis dalam penggunaan rawat jalan, terlepas dari pendapatan, kurva konsentrasi akan bertepatan dengan garis kesetaraan (garis diagonal). Jika kurva konsentrasi terletak di bawah (di atas) garis kesetaraan, menunjukkan ketidakadilan pro-kaya (pro-miskin). Kurva yang terletak jauh dari garis kesetaraan, menunjukkan ketidaksetaraan penggunaan rawat jalan lebih besar diseluruh kelompok pendapatan. Untuk melihat efek Askes terhadap ekuiti, peneliti menyajikan kurva konsentrasi untuk kelompok asuransi dan non-asuransi dalam satu grafik.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Analisis data kontinyu

Peneliti telah mengembangkan kerangka pemilihan metode estimasi data kontinyu (Gambar 2).³ Langkah awal pemilihan didasarkan dari uji endogenitas variabel Askes. Uji ini krusial mengingat

koreksi endogen (dengan IV atau GMM) ketika variabel tersebut eksogen justru menghasilkan parameter estimasi tidak akurat.⁹ Uji endogen estimasi IV dilakukan dengan spesifikasi Hausman¹⁴, sedangkan pada GMM dilakukan dengan *C-statistics*. Mengingat akurasi uji endogen tergantung dari variabel instrumen, sejumlah uji-instrumen dilakukan, meliputi: (i) keterkaitan dengan R^2 , Partial- R^2 , *Shea-Partial R²* dan Uji-F; (ii) validitas instrumen dengan Hansen's J dan Sargan dan (iii) ortogonalitas instrumen dengan C-statistik.



Sumber: Hidayat dan Pokhrel³

Gambar 2. Kerangka pemilihan metode estimasi data kontinyu

Ditolaknya hipotesis nol eksogen, kasus rawat jalan pemerintah, mencerminkan variabel Askes endogen sehingga menyarankan peneliti memilih IV atau GMM sebagai kandidat. Pemilihan IV atau GMM selanjutnya dilakukan atas dasar hasil uji heteroskedastisitas. Hipotesis nol homoskedastisitas pada kunjungan rajal pemerintah ditolak sehingga memotivasi peneliti memilih GMM. Penggunaan IV ketika muncul heteroskedastisitas menghasilkan *standard error* tidak konsisten sehingga mempengaruhi uji hipotesis.

Jika variabel Askes terbukti eksogen, kasus kunjungan rajal swasta, maka metode ML data kontinyu (*Poisson*, NB, ZINB, dan HNB) dipilih sebagai calon. Pertimbangan lanjut dalam memilih keempat metode didasarkan dari investigasi *overdispersion*¹⁵ dan *excess-zero* data yang dilakukan dengan uji *Vuong*¹⁶, uji *Log-Ratio* (LR)¹⁷, serta nilai *Akaike Information Criteria* (AIC) dan

Bayesian Information Criteria (BIC). Model yang memiliki nilai AIC terkecil akan dipilih sebagai model terbaik.¹⁸ Dari sejumlah kriteria ini, metode tercocok untuk estimasi jumlah kunjungan swasta adalah *Hurdle NB*.

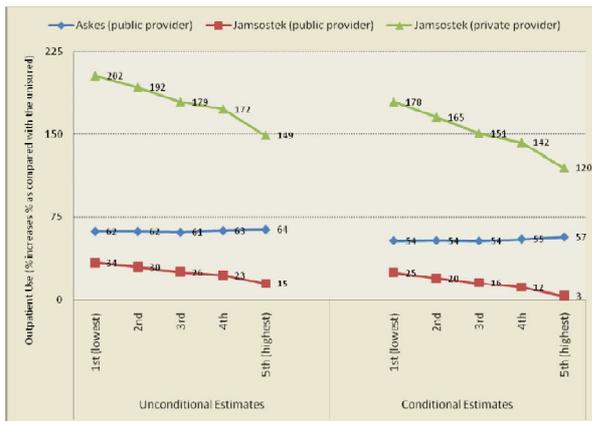
Hasil estimasi kunjungan rajal fasilitas pemerintah, dengan estimator GMM, menginformasikan bahwa program Askes PNS meningkatkan rerata jumlah kunjungan 63%. Adapun Askes komersial memiliki koefisien estimasi positif, dan signifikan pada kunjungan rawat jalan swasta, yaitu meningkatkan kunjungan 127% ($p < 1\%$).³

Analisis data kategori

Motivasi seseorang memiliki Askes bisa disebabkan oleh status kesehatan rendah (*adverse selection*, dikenal dengan endogen). Jika variabel Askes endogen, tetapi estimasi *demand* tidak mengoreksi endogenitas variabel tersebut, maka hasil estimasi tidak menunjukkan dampak yang sebenarnya.⁹ Dua strategi dilakukan untuk menguji endogenitas variabel Askes. Pertama, regresi probit untuk mengestimasi determinan Askes (Askes PNS dan Jamostek) dengan melibatkan seluruh variabel independen yang digunakan dalam estimasi rajal, dan variabel instrumen. Nilai R^2 hasil estimasi probit persamaan Askes adalah 0,31 (Askes PNS) dan 0,21 (Jamsostek). Nilai prediksi variabel Askes dari persamaan ini selanjutnya digunakan pada persamaan *demand*. Hasilnya tidak menunjukkan perbedaan signifikan. Artinya, variabel Askes eksogen. Kedua, hasil uji-*Hausman* juga menerima hipotesis nol bahwa variabel Askes memang eksogen.

Askes sosial dan penggunaan

Peserta Askes PNS memiliki akses rawat jalan fasilitas pemerintah 94% lebih baik ketimbang non-peserta ($p < 1\%$). Adapun peserta Jamsostek memiliki akses lebih baik pada rawat jalan pemerintah dan swasta masing-masing 65% dan 275% lebih tinggi ketimbang non-peserta ($p < 1\%$). Hasil estimasi lengkap disajikan dalam Hidayat.⁴ Meskipun cakupan Askes terkonsentrasi pada kelompok kaya, efek Askes (Jamsostek) tertinggi ditemukan pada kelompok miskin (Gambar 3).



Sumber: Hidayat⁴

Gambar 3. Efek asuransi kesehatan sosial terhadap kunjungan rawat jalan

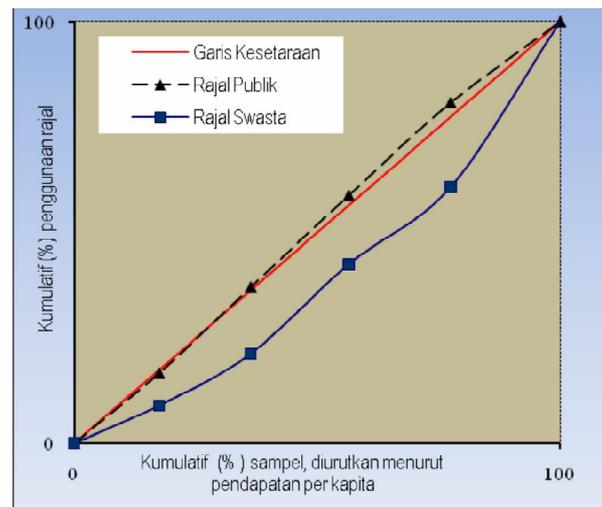
Askes sosial dan pemilihan PPK

Koefisien estimasi variabel Askes PNS positif dikedua PPK, tetapi hanya signifikan pada fasilitas publik. Nilai RRR Askes PNS pada PPK publik adalah 1,92. Artinya, dibandingkan non-peserta, peserta Askes PNS berpeluang 92% memilih rawat jalan publik ketimbang perawatan mandiri. Adapun koefisien estimasi Jamsostek bernilai positif, dan signifikan di kedua jenis PPK. Nilai RRR menunjukkan bahwa dibandingkan dengan non-asuransi, peserta Jamsostek masing-masing memiliki 67% dan 290% lebih tinggi memilih rawat jalan publik dan swasta ketimbang pengobatan mandiri. Demikian pula jika dibandingkan dengan Askes PNS, peserta JPK Jamsostek 2,34 kali lebih sering memilih PPK swasta.⁵

Askes sosial dan ekuiti

Tabel 1 menyajikan hasil estimasi indeks konsentrasi beserta uji t-statistik rajal publik (kolom kiri) dan swasta (kolom kanan). Berdasarkan data aktual, C_M rajal publik bernilai negatif dan signifikan, yang menunjukkan orang-orang miskin lebih sering

menggunakan rawat jalan publik daripada orang kaya. Temuan berbeda untuk rawat jalan swasta di mana C_M bernilai positif. Artinya, pemanfaatan rawat jalan swasta terkonsentrasi pada orang kaya. Secara empiris distribusi penggunaan rawat jalan publik dan swasta disajikan dalam kurva konsentrasi (Gambar 4). Tampak bahwa pada kurva konsentrasi rawat jalan swasta berada jauh dibawah garis kesetaraan, sedangkan rajal publik terletak sangat dekat dan berada sedikit diatas garis kesetaraan.



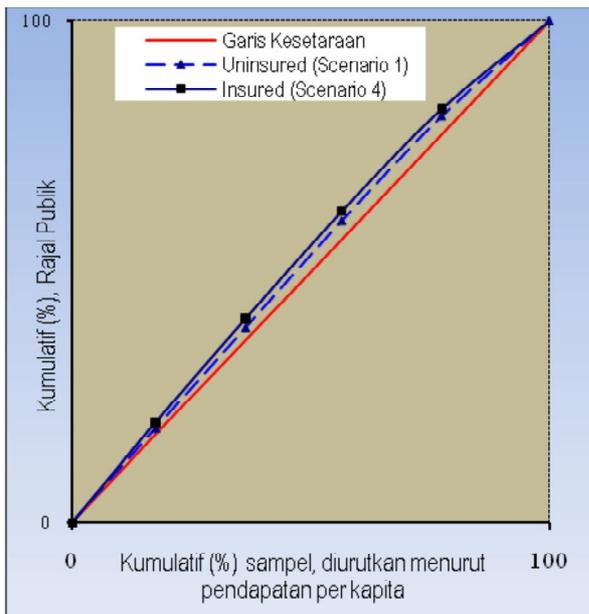
Gambar 4. Kurva konsentrasi rwat jalan publik dan swasta

Tabel 1 juga menunjukkan ketimpangan publik pro-miskin lebih besar (dalam nilai absolut) pada kelompok asuransi ketimbang non-asuransi (skenario 1). Temuan ini tergambar dalam Gambar 5.a yang menunjukkan kurva konsentrasi pada non-asuransi lebih dekat dengan garis kesetaraan daripada kelompok asuransi. Untuk swasta, ketimpangan pro-kaya pada kelompok asuransi juga lebih besar ketimbang kelompok yang tidak memiliki asuransi (Gambar 5b). Hasil ini menunjukan bahwa program Askes memiliki dampak negatif pada ekuiti.

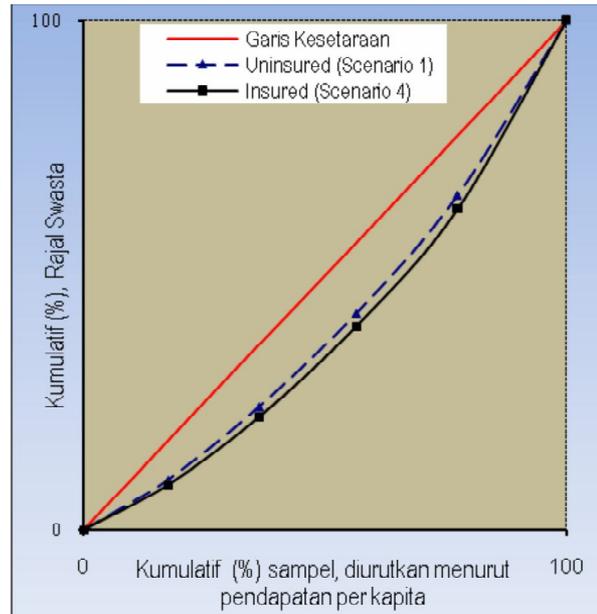
Tabel 1. Indeks konsentrasi: penggunaan rajal publik dan swasta

	Penggunaan Rajal Publik			Penggunaan Rajal Swasta		
	C_M	(se)	t-stat	C_M	(se)	t-stat
Aktual rerata variabel dependen	-0.0206	(0.0102)	-2.01**	0.1021	(0.0082)	12.53***
Rerata prediksi dari (skenario):						
1. Tanpa asuransi	-0.0384	(0.0028)	-13.83***	0.0940	(0.0023)	40.09***
2. Asuransi nilai sampel	-0.0199	(0.0030)	-6.73***	0.1072	(0.0025)	42.56***
3. Pengembangan Askes	-0.0595	(0.0039)	-15.42***	0.0947	(0.0022)	42.24***
4. Pengembangan Jamsostek	-0.0746	(0.0030)	-24.98***	0.2071	(0.0041)	50.03***

Catatan: Standard error dalam (kurung); ***signifikan 1%, ** signifikan 5%.
 Sumber: Hidayat et al.⁶



5a. Penggunaan rawat jalan publik



5b. Penggunaan rawat jalan swasta

Gambar 5. Efek asuransi terhadap ekuiti

PEMBAHASAN

Merujuk aspek bukti empiris (Gambar 1), fokus pembahasan studi ini menitikberatkan pada metode studi, simplifikasi hasil, dan implikasi hasil untuk formulasi kebijakan JKN.

Asuransi dan jumlah kunjungan

Hasil eksplorasi enam metode estimasi menunjukkan bahwa estimasi dampak Askes terhadap demand sangat tergantung pada spesifikasi empiris yang digunakan. Analisis yang tidak mengoreksi seleksi bias variabel Askes (dan fenomena ini ada) menghasilkan parameter estimasi tidak akurat, dan tidak menunjukkan hasil sebenarnya. Studi ini membuktikan metode estimasi yang tidak mengontrol seleksi bias (yaitu ML) padahal fenomena ini ada menghasilkan efek Askes lebih kecil dibandingkan dengan estimasi yang mengoreksinya, misal GMM. Jika hasil analisis ML, pada kasus rawat jalan pemerintah, digunakan untuk menghitung kebutuhan premi asuransi, maka hasil perhitungannya lebih rendah ketimbang perhitungan yang diperoleh dari hasil estimasi dengan GMM. Kondisi ini tentunya akan membahayakan kelangsungan program Askes karena nilai premi yang dibebankan kepada peserta Askes tidak akan mencukupi untuk membiayai pelayanan kesehatan peserta tersebut.

Asuransi sosial dan rawat jalan

Secara umum, PPK di Indonesia terdiri atas publik dan swasta. Pemanfaatan PPK publik cenderung turun, sebaliknya PPK swasta semakin diminati.¹⁹ Pemahaman tentang pola pilihan PPK diantara peserta asuransi merupakan kunci untuk menjawab pertanyaan: bagaimana minimnya akses layanan kesehatan dapat ditingkatkan melalui JKN sehingga berubah menjadi optimal akses? Untuk menjawab pertanyaan ini, studi ini dilakukan dengan menggunakan kerangka model pilihan diskrit, dikembangkan oleh Gertler *et al*.²⁰ Konsumen yang menggunakan PPK karena sakit atau cacat, tindak lanjut pengobatan sakit kronis atau *check-up*, harus memilih di antara sejumlah alternatif PPK yang tersedia. Berdasarkan kepemilikan Askes, status kesehatan, tingkat pendapatan, serta sejumlah karakteristik teramati dan tak teramati, konsumen akan memilih PPK yang memberikan utilitas tertinggi. Dalam konteks ini, pilihan PPK tergantung dari karakteristik PPK serta karakteristik konsumen.

Literatur ekuiti dalam akses membedakan ekuiti horisontal dan vertikal. Penelitian terapan ekuiti umumnya menaruh perhatian ekuiti horisontal.^{13,21} Ekuiti horisontal mengasumsikan bahwa individu yang memiliki kebutuhan kesehatan sama (terkait status kesehatannya) harus diperlakukan sama

(dalam hal pemanfaatan) terlepas dari tingkat pendapatan.²² Dalam studi ini digunakan konsep kesetaraan akses sebagai definisi operasional ekuiti dan ini sejalan dengan konsep ekuiti horisontal.²¹

Implikasi hasil studi

Studi ini membuktikan program Askes memiliki korelasi positif pada penggunaan layanan kesehatan. Temuan ini sejalan dengan fungsi Askes yaitu menurunkan harga efektif layanan kesehatan ketika peserta mengkonsumsi layanan tersebut.²³ Berbagai studi serupa di banyak negara juga menemukan dampak asuransi pada penggunaan layanan kesehatan. Hasil-hasil temuan tersebut mengilhami pengembangan kebijakan Askes sebagai alat untuk meningkatkan akses. Tidak heran jika program Askes, baik akses sosial maupun komersial, dikembangkan di hampir seluruh negara di dunia.²⁴

Di Indonesia, program Askes sosial, Askes PNS, lahir pada tahun 1968. Reformasi pembiayaan kesehatan pada awal 1990-an telah menghasilkan jenis-jenis Askes. Undang-Undang (UU) No. 3/92 tentang Jamsostek melahirkan JPK Jamsostek. Undang-Undang (UU) No. 23/92 tentang Kesehatan memberikan peluang mengembangkan JPKM. Berbagai produk Askes komersial yang dijual oleh perusahaan asuransi jiwa dalam bentuk *riders* juga semakin berkembang setelah diundangkannya UU No. 2/92 tentang usaha perasuransian. Meskipun berbagai program Askes sudah ada, penduduk yang memiliki jaminan relatif rendah.²⁵ Analisis data IFLS juga menunjukkan cakupan Askes di bawah 15% yaitu 9.4% (IFLS-1993) dan 13.6% (IFLS-1997), atau terjadi kenaikan 45% setelah reformasi 1992. Cakupan JPK Jamsostek naik dari 0.7% tahun 1993 menjadi 2% pada 1997, sedangkan Askes komersial periode tersebut hanya naik 60%. Klausul wajib bersyarat dalam JPK Jamsostek memberikan andil pada temuan studi ini.²⁶

Lambannya perkembangan cakupan Askes memberikan argumentasi kebijakan UU SJSN. Klausul wajib seluruh penduduk untuk masuk JKN SJSN akan meningkatkan peluang kepesertaan semesta, yang kini tengah dijadikan agenda utama pemerintah. Klausul wajib harus berlaku untuk semua penduduk. Orang kaya tidak boleh keluar, mereka mutlak masuk JKN. Meskipun diperkenankan membeli produk Askes komersial, kepesertaan wajib JKN tetap berlaku bagi orang kaya. Hanya membolehkan orang kaya membeli Askes komersial dapat mengurangi esensi subsidi silang, serta akan menjadi pemicu dikotomi sistem asuransi. Chile²⁷ membuktikannya, Askes sosial

milik warga miskin, sedangkan Askes komersial hanya untuk orang kaya. Jadi mewajibkan semua penduduk masuk JKN merupakan strategi mengeliminasi JKN sebagai produk inferior.

Bagaimana dengan warga miskin? Untuk menjamin mereka masuk JKN, pemerintah harus membayari premi. Ini disebut Penerima Bantuan Iuran (PBI). Klausul PBI merupakan amanat UU. *Apakah PBI memiliki bukti empiris?* Klausul PBI sejatinya didukung oleh banyak studi, baik didalam maupun diluar negeri. Hidayat⁴ menemukan efek Askes terhadap *demand* lebih tinggi pada kelompok miskin. Upaya meningkatkan akses warga miskin, yang seringkali mereka menderita sakit tetapi tidak menggunakan layanan kesehatan karena faktor keuangan, melalui Askes (dalam bentuk subsidi premi) akan lebih efektif.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Estimasi dampak Askes terhadap *demand* tergantung pada spesifikasi empiris yang digunakan. Kegagalan peneliti dalam mengoreksi seleksi bias variabel Askes akan mempengaruhi akurasi hasil estimasi. Ini akan berimplikasi negatif pada kelangsungan Askes jika hasil analisis digunakan untuk menghitung biaya kesehatan, misal tarif premi.

Program Askes terbukti meningkatkan penggunaan layanan kesehatan, dengan efek tertinggi ditemukan pada kelompok miskin. Suatu kebijakan untuk meningkatkan akses penduduk pada pelayanan kesehatan (misal, subsidi premi) akan efektif jika difokuskan pada kelompok orang miskin. Temuan ini mendukung klausul PBI dalam UU SJSN.

Ketika peserta asuransi menghadapi alternatif PPK (publik dan swasta), mereka cenderung memilih PPK swasta. *Provider* swasta juga diminati oleh mereka yang sakit, belum menikah, kaya dan berpendidikan tinggi. Hal ini mencerminkan PPK publik, dibandingkan swasta, tidak memberikan kepuasan konsumen. Implikasinya, perbaikan kualitas pelayanan kesehatan pemerintah harus ditingkatkan. Munculnya perubahan permintaan PPK publik ke swasta juga harus dicermati dalam reformasi JKN, terutama ketika menetapkan premi dan paket jaminan. Upaya meningkatkan akses melalui JKN akan gagal jika JKN tidak mengakomodasi preferensi konsumen.

Distribusi penggunaan rawat jalan fasilitas publik terkonsentrasi pada penduduk miskin, sebaliknya fasilitas swasta lebih terkonsentrasi pada penduduk kaya. Namun demikian program Askes sosial tidak menunjukkan dampak pada perbaikan ekuiti.

Saran

Salah satu masalah yang sering dihadapi oleh penduduk dalam mengakses layanan kesehatan adalah hambatan finansial. Untuk itu dibutuhkan sistem pembiayaan kesehatan yang mampu menghilangkan hambatan tersebut dan menjangkau seluruh penduduk. Hasil studi ini mendukung kebijakan JKN untuk meningkatkan akses (dan harapannya status kesehatan) penduduk Indonesia. Klausul wajib JKN SJSN harus berlaku bagi semua penduduk, termasuk warga miskin yang preminya dibayari oleh pemerintah.

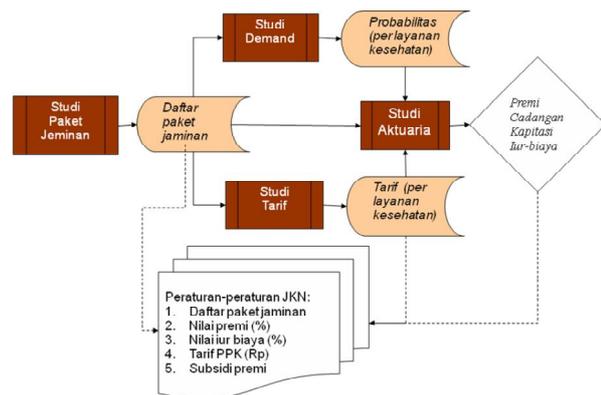
Naiknya akses penduduk karena asuransi harus disikapi dengan bijak. Peningkatan akses belum tentu sesuai kebutuhan medis, tetapi disebabkan oleh perilaku moral hazard. Program JKN harus mengadopsi sistem *managed care*, dan menerapkan berbagai kendali biaya. Reformasi pembayaran PPK, telaah utilisasi, pelayanan berjenjang, dan sejumlah teknik *managed care* yang memberikan insentif bagi *provider* (dan konsumen) dalam pemberian (dan menggunakan) layanan kesehatan yang *cost-effective* harus digunakan untuk menjaga kesinambungan program JKN.

Karakteristik JKN, yang membedakan dengan Askes komersial, adalah adanya UU yang mengatur kepesertaan wajib, manfaat/paket jaminan sama, dan nilai premi proporsional terhadap pendapatan. Undang-Undang (UU) SJSN hanya mengatur hal-hal tersebut secara umum. Pelaksanaan JKN masih membutuhkan peraturan sebagai penjabaran lanjut UU SJSN. Peraturan tersebut idealnya harus dikembangkan dari hasil kajian empiris. Untuk itu sejumlah riset harus dilakukan, di antaranya adalah riset tentang: paket jaminan, *demand* dan tarif (per jenis layanan), dan aktuaria.

Gambar 6 menyajikan keterkaitan studi dengan peraturan JKN tentang: paket jaminan, premi, *cost-sharing*, subsidi, dan tarif PPK. Studi paket jaminan akan menghasilkan daftar jaminan yang disediakan dalam JKN. Studi ini dapat dilakukan dengan pendekatan *state preference* seperti *contingent valuation*, atau *conjoint analysis*. Daftar paket jaminan yang dihasilkan selanjutnya digunakan sebagai masukan pada studi berikutnya yaitu *demand* dan tarif menurut paket jaminan. Kedua studi ini akan menghasilkan probabilitas dan tarif per jenis paket jaminan yang ditawarkan JKN. Informasi ini selanjutnya digunakan sebagai input dalam studi aktuaria.

Jika diasumsikan paket jaminan JKN akan sama dengan Askes PNS dan JPK Jamsostek, usulan studi paket jaminan dan *demand* tidak perlu dilakukan. Kajian yang masih dibutuhkan adalah

studi tarif dan aktuaria. Studi tarif dapat dilakukan melalui survei di sejumlah fasilitas kesehatan untuk memperoleh harga pasar. Kajian aktuaria dapat dilakukan dengan *experience rating* yaitu mengoptimalkan ketersediaan data klaim individu peserta PT Askes dan JPK Jamsostek. Kedua data klaim ini memiliki keunggulan untuk menghasilkan probabilitas per jenis layanan kesehatan. Perkalian angka probabilitas dengan tarif pasar (hasil survei) per jenis layanan menghasilkan kebutuhan biaya kesehatan. Penyesuaian harus dilakukan dengan memperhatikan: 1) dampak JKN, 2) infrastruktur kesehatan, 3) skenario kendali biaya, serta 4) biaya administrasi JKN. Luaran kajian aktuaria adalah premi (per peserta per bulan). Hasil ini bisa dijadikan acuan lebih lanjut dalam penentuan kontribusi pemerintah untuk menanggung premi warga miskin, penentuan atau negosiasi tarif *providers* (kapitasi, penyesuaian tarif INA-DRG), cadangan teknis, dan penetapan nilai iur-biaya.



Gambar 6. Optimalisasi Hasil Studi dalam Penyusunan Peraturan-Peraturan JKN

Terakhir, studi ini juga merekomendasikan untuk memperkuat hubungan kemitraan antara pengambil kebijakan dengan komunitas peneliti. Keterkaitan antara lembaga pendidikan tinggi, para peneliti dan pengambil kebijakan diperlukan untuk memastikan hasil-hasil kajian dioptimalkan dalam setiap formulasi kebijakan JKN SJSN. Persepsi bahwa kebijakan JKN kurang dilandikasi oleh kajian empiris bisa saja disebabkan belum terjalannya hubungan kemitraan antara pengambil kebijakan dengan peneliti.

KEPUSTAKAAN

1. RAPID. Bridging Policy and Research in International Development: An Analytical and Practical Framework. Research and Policy in Development Programme Briefing Paper No 1. ODI, October, London, 2004.

2. Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. 2004.
3. Hidayat B, Pokhrel S. The Selection of an Appropriate Count Data Model for Modelling Health Insurance and Health Care Demand: Case of Indonesia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2010;7,9-27.
4. Hidayat B. Are there differences between unconditional and conditional demand estimates? Implications for future research and policy. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2008;6,15.
5. Hidayat B. Provider choice for outpatient health care services in Indonesia the role of health insurance. *Health Service Research Bulletin*, 2009; 12(3):217-226
6. Hidayat B, Thabrany H, Dong H, Sauerborn R. The effects of mandatory health insurance on equity in access to outpatient care in Indonesia. *Health Policy Plan*, 2004;19:323-36.
7. Frankenberg E, Thomas D. The Indonesia Family Life Survey (IFLS): Study design and results from waves 1 and 2. RAND Corporation, Santa Monica. 2000.
8. Culyer AJ, Newhouse JP, eds., *Handbook of Health Economics*. Amsterdam, the Netherlands, Elsevier, 2000.
9. Waters HR. Measuring the impact of health insurance with a correction for selection bias—a case study of Ecuador. *Health Econ*, 1999;8:473-83.
10. Mullahy J. Instrumental variable estimation of count data models: Applications to models of cigarette smoking behaviour. *Rev. Econ. Stat.* 1997;79:586-93.
11. Windmeijer FAG, Santos-Silva JMC. Endogeneity in count data models: an application to demand for health care. *J App. Econometrics*, 1997;12:281-94.
12. Green WH. *Econometric analysis* (3rd edn). Englewood Cliffs: Prentice-Hall 1997.
13. van Doorslaer E, Koolman X, Puffer F. Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? In *Measuring Up OECD* (eds.): *Improving Health Systems Performance in OECD Countries*. OECD, Paris, 2002.
14. Hausman JA, Hall BH, Griliches Z. Econometric models for count data with applications to the patents—R&D relationship. *Econometrica*, 1984;52:909-38.
15. Cameron AC, Trivedi PK. Econometric models based on count data: comparisons and applications of some estimators and tests. *J App. Econometrics*, 1986;1:29-53.
16. Ridout M, Hinde J, Demetrio CG. A score test for testing a zero-inflated Poisson regression model against zero-inflated negative binomial alternatives. *Biometrics* 200;57(1):219-23.
17. Gerdtham UG. Equity in health care utilization: further tests based on hurdle models and Swedish micro data. *Health Econ*, 1997;6:303-19.
18. Deb P, Holmes AM. Estimates of use and costs of behavioural health care: a comparison of standard and finite mixture models. *Health Econ*, 2000;9:475-89.
19. The World Bank: *Improving Indonesia's Health Outcomes*. Jakarta, 2008
20. Gertler P, Locay L, Sanderson W: Are user fees regressive? The welfare implications of health care financing proposals in Peru. *Journal of Econometrics*, 1987;36:67-88.
21. Waters HR. Measuring equity in access to health care. *Soc Sci Med*, 2000;51:599-612.
22. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. In A.J. Culyer and J.P. Newhouse (eds.) *Handbook of Health Economics*. Elsevier, North- Holland, 2000: 1803–62.
23. Feldstein PJ. *Health Care Economics*. Albany, New York, 1993.
24. Bärnighausen T, Sauerborn R. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Soc Sci Med*, 2002;54:1559-87.
25. Thabrany H. Private health sector in Indonesia: opportunities and progress. *Journal of the Indonesian Medical Association*, 2001;5:1-13.
26. Hidayat B, Thabrany H, Gani A. The trends and inequality in health insurance coverage of the Indonesian populations between 1993 and 1997. 5th iHEA World Congress, Barcelona, July 9-13 2005.