

STATUS SOSIAL EKONOMI TERHADAP UTILISASI DAN OUT OF POCKET PESERTA ASURANSI KESEHATAN (ANALISIS DATA *INDONESIAN FAMILY LIFE SURVEY* 2007 DAN 2014)

*SOCIOECONOMY STATUS TOWARDS UTILIZATION AND OUT OF POCKET OF HEALTH INSURANCE MEMBER (ANALYSIS OF *INDONESIAN FAMILY LIFE SURVEY* 2007 AND 2014 DATA)*

Endra Dwi Mulyanto^{1*}, Julita Hendrartini², Firdaus Hafidz As Shidieq²

¹Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat

²Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan

Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: The government has guaranteed equal rights for each individual to access health services. It is mandated in the Law Number 40 of 2004 on National Social Security System (SJSN) which emphasizing social insurance program. The social insurance is expected to improve the access and utilization of health services and to minimize the risk of out of pocket.

Objective: To provide empirical evidence related to the impact of health insurance ownership toward the outpatient utilization and out of pocket based on socioeconomic status. It also examines the factors influencing outpatient utilization and out of pocket.

Methods: The study used 2007 and 2014 Indonesian Family Life Survey (IFLS) data. The representative data were collected from individuals aged more than 15 years in 13 provinces in Indonesia through questionnaire with cross-sectional design. The data were analyzed step by step covering univariable, bivariable, and multivariable through Fixed Effect Model (FE).

Results: The outpatient utilization indicated that: 1) The socioeconomic status influences the level of outpatient visit, specifically quantile 2 (OR=1,6), quantile 4 (OR=2,0), and quantile 5 (OR=1,8); 2) The outpatient utilization reached OR=1,8 for individual aged ≥ 60 years; 3) OR=3,6 for individuals completing junior high school and above; 4) OR= 2,7 for individual who was sick in the past one week; 5) OR= 1,4 for married individuals; and 6) OR= 1,9 for individuals suffering from heart disease. However, the individuals with socioeconomic status in quantile 4 spent higher Out of Pocket (54%); individuals in quartile 5 spent 46%; and individual with hypertension spent 48%.

Conclusion: Changes in socioeconomic status affect the increase in outpatient utilization and out of pocket cost. In addition to socioeconomic status, outpatient utilization and out of pocket are affected by hypertension.

Keywords: health insurance, out of pocket outpatient, outpatient utilization

ABSTRAK

Latar Belakang: Pemerintah telah menjamin setiap penduduk mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Hal tersebut diimplementasikan dalam Undang-Undang No 40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamankan mengenai program asuransi kesehatan sosial. Asuransi kesehatan sosial diharapkan dapat meningkatkan akses dan utilisasi pelayanan kesehatan serta mengurangi risiko pengeluaran biaya *out of pocket* (OOP).

Tujuan: Memberikan fakta empiris kepemilikan asuransi kesehatan terhadap utilisasi rawat jalan dan *out of pocket* rawat jalan berdasarkan status sosial ekonomi dan faktor-faktor yang mempengaruhi utilisasi rawat jalan dan out of pocket rawat jalan.

Metode: Sumber data *Indonesian Family Life Survey* (IFLS) tahun 2007 dan 2014. Data individual usia 15 tahun atau lebih dari 13 provinsi di Indonesia yang representatif dikumpulkan memakai kuesioner, desain *cross-sectional*, unit analisis individu, dan analisis data dilakukan secara bertahap dengan univariabel, bivariabel, dan multivariabel menggunakan *Fixed Effect Model* (FE).

Hasil: Berdasarkan utilisasi rawat jalan menunjukkan bahwa: 1) tingkat status sosial ekonomi seseorang berpengaruh terhadap tingkat kunjungan rawat jalan yaitu kuantil 2 (OR=1,6), kuantil 4 (OR=2,0), dan kuantil 5 (OR=1,8), 2) individu usia ≥ 60 (OR=1,8), 3) individu dengan pendidikan \geq SMP (OR= 3,6), 4) individu yang dalam satu minggu sakit (OR=2,7), 5) individu menikah (OR=1,4), dan 6) individu dengan hipertensi (OR=1,9). Status sosial ekonomi kuantil 4 lebih tinggi mengeluarkan OOP sebesar 54% dan kuantil 5 sebesar 46% serta individu dengan hipertensi 48%.

Kesimpulan: Perubahan status sosial ekonomi berpengaruh terhadap peningkatan utilisasi rawat jalan dan pengeluaran biaya *out of pocket* rawat jalan. Selain dipengaruhi status sosial ekonomi, utilisasi dan OOP rawat jalan dipengaruhi faktor karakteristik individu dan penyakit hipertensi.

Kata Kunci: asuransi kesehatan, *out of pocket* rawat jalan, utilisasi rawat jalan

*Penulis Korespondensi. Email: endra.paa55@gmail.com

PENDAHULUAN

Pemerintah telah menjamin bahwa setiap penduduk mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan terjangkau. Dalam mewujudkan dan mencapai komitmen tersebut, pemerintah mengimplementasikan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional mempunyai tujuan untuk dapat memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi seluruh rakyat Indonesia dan demi terwujudnya kesejahteraan sosial.¹

Menurut Thabrany, reformasi kebijakan jaminan sosial di Indonesia di mulai dengan adanya pengembangan jaminan atau asuransi kesehatan nasional yang dibuat dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Diharapkan dengan adanya sistem jaminan sosial maka dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan salah satu bukti pemerintah menjamin perlindungan kesehatan bagi masyarakat tanpa membedakan status sosial.^{1,2}

Kesehatan merupakan salah satu dimensi dasar yang akan menentukan tinggi rendahnya standar hidup seseorang. Oleh karena itu status kesehatan yang baik akan dijadikan dasar bagi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup yang nyaman dan aman. Agar mencapai status kesehatan yang diinginkan, individu akan berani melakukan sebuah investasi atau mengonsumsi sejumlah barang dan jasa kesehatan.^{3,4}

Hasil Riskesdas di tahun 2018 memberikan beberapa *evidence* terkait persoalan kesehatan berupa terjadinya peningkatan prevalensi penyakit tidak menular dibandingkan tahun 2013, seperti: penyakit stroke meningkat 3,9%, penyakit ginjal kronis meningkat 1,8%, penyakit jantung (meningkat 1%), dan penyakit diabetes mellitus (meningkat 0,5%). Proporsi rumah tangga dengan anggota rumah tangga mengalami gangguan jiwa skizofren/psikis juga meningkat 5,3%. Sehingga dapat dikatakan bahwa, kebutuhan terhadap akses pelayanan kesehatan dan kebutuhan mendapatkan pelayanan kesehatan masih cukup tinggi.⁵

Tren utilisasi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap fasilitas kesehatan baik kunjungan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL), dan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) secara absolut dari tahun 2014 sampai tahun 2017 mengalami kenaikan. Periode tahun 2015 mengalami kenaikan sebesar 54.463.822 kunjungan dibandingkan tahun 2014, tahun 2016 mengalami kenaikan 31.113.440 kunjungan dibandingkan

tahun 2015 dan periode tahun 2017 mengalami kenaikan sebesar 64.490.501 dibandingkan periode tahun 2016.⁶

Menurut Liu et al.⁷ tingginya biaya medis yang harus dikeluarkan oleh pasien merupakan salah satu faktor yang paling banyak disebutkan oleh masyarakat untuk tidak menggunakan pelayanan kesehatan. Dalam teori *Initial Behavioral Model Andersen*⁸, kecenderungan individu dalam menggunakan pelayanan kesehatan dipengaruhi faktor predisposisi, faktor kemampuan, dan faktor kebutuhan. Pengeluaran *out of pocket* rumah tangga di Indonesia dari tahun 2004 sampai tahun 2016 semakin meningkat. Tahun setelah implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu tahun 2014, *out of pocket* memiliki tren linier tetapi secara absolut mengalami kenaikan Rp 756.123 di tahun 2015 dan Rp 3.893.441 di tahun 2016.⁹

Asuransi kesehatan sosial diharapkan dapat menjamin masyarakat terhadap utilisasi pelayanan kesehatan dan dapat melindungi peserta dari biaya *out of pocket* (OOP) yang harus di tanggung oleh individu maupun keluarga. Tingginya *out of pocket* bagi individu maupun keluarga dapat mempengaruhi status sosial ekonomi rumah tangga. Van Doorslaer et al.¹⁰ menyatakan bahwa tingginya biaya *out of pocket* terjadi di sebagian besar negara-negara Asia di mana dengan adanya pengeluaran biaya tersebut akan menyerap sebagian besar sumber daya rumah tangga yang dapat mempengaruhi status sosial ekonomi.

Trujillo et al.¹¹ mengatakan, program asuransi kesehatan bersubsidi di Kolombia meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan masyarakat. Ghosh¹², juga mengatakan bahwa asuransi kesehatan di India telah berhasil mengurangi biaya *out of pocket* untuk penyakit katastropik. Berkaitan hal tersebut, peneliti tertarik melakukan kajian mendalam terhadap utilisasi fasilitas kesehatan dan *out of pocket* pada periode waktu tertentu dengan menggunakan data sekunder *Indonesian Family Life Survey* tahun 2007 dan 2014.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan metode *observasional*, menggunakan desain studi *cross-sectional*. Unit analisis individu dalam rumah tangga dan menggunakan data sekunder hasil dari *Indonesian Family Life Survey* 2007 dan *Indonesian Family Life Survey* 2014 (IFLS-4 dan IFLS-5) di mana ini merupakan salah satu studi panel di Indonesia.

Lokasi penelitian IFLS-4 dan IFLS-5 dilakukan di 13 Provinsi di Indonesia, yaitu: Provinsi Sumatera Utara, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Lampung, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta,

Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan dan Sulawesi Selatan.

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui secara bersama-sama antara variabel bebas (status sosial ekonomi, usia, pendidikan, kegiatan dalam 1 minggu terakhir, region, status pernikahan, gangguan fisik sehari-hari, dan penyakit katastropik) dan variabel terikat (utilisasi rawat jalan dan *out of pocket* rawat jalan). Estimasi model regresi data panel menggunakan *Fixed Effect Model* (FE) dengan derajat hubungan menggunakan *confidence interval* (CI) 95% dan tingkat kemaknaan p -value $< 0,05$.

HASIL

Utilisasi Rawat Jalan

Tabel 1. Hasil Analisis Regresi Logistik Antara Status Sosial Ekonomi dan variabel independen lainnya Terhadap Utilisasi Rawat Jalan di Fasilitas Kesehatan (N=8.338)

Variabel	Utilisasi Rawat Jalan	
	OR	(95% CI)
Status sosial ekonomi		
Kuantil 1	1	
Kuantil 2	1,56**	(1,15-2,13)
Kuantil 3	1,38	(0,98-1,95)
Kuantil 4	2,03**	(1,39-2,96)
Kuantil 5	1,84**	(1,25-2,70)
Usia		
≥15-44 tahun	1	
45-59 tahun	1,27	(0,96-1,68)
≥60 tahun	1,83*	(1,12-2,97)
Pendidikan		
Tidak sekolah	1	
SD	2,53	(0,86-7,44)
SMP-SMU	3,56*	(1,09-11,61)
>SMU	3,58*	(1,02-12,54)
Kegiatan 1 minggu terakhir		
Bekerja	1	
Di rumah	1,21	(0,96-1,52)
Sakit	2,66**	(1,29-5,48)
Region		
Region1	1	
Region2	2,85	(0,58-13,93)
Region3	1,41	(0,26-7,66)
Menikah	1,44*	(1,04-1,99)
Mengalami gangguan fisik sehari-hari	1,34	(0,91-1,98)
Mengalami penyakit katastropik jantung	1,48	(0,84-2,63)
Mengalami penyakit katastropik hipertensi	1,89*	(1,40-2,55)
Mengalami penyakit katastropik diabetes	1,39	(0,84-2,31)

Keterangan: *signifikansi $p < 0,05$, **signifikansi $p < 0,01$

Tabel 1 menunjukkan bahwa individu dengan status sosial ekonomi kuantil 2, kuantil 4, dan kuantil 5 memiliki probabilitas lebih sering melakukan kunjung-

gan rawat jalan dibandingkan kuantil 1 dan signifikan secara statistik. Artinya semakin tinggi status sosial ekonomi seseorang maka akan terjadi perubahan kenaikan jumlah kunjungan rawat dari waktu ke waktu pada periode tertentu.

Individu yang masuk dalam kuantil 2 memiliki jumlah kunjungan rawat jalan 1,6 kali lebih sering, kuantil 4 dengan jumlah kunjungan 2,0 kali lebih sering, dan kuantil 5 dengan 1,8 kali lebih sering dibandingkan individu kuantil 1. Jadi dapat disimpulkan bahwa, semakin tinggi status sosial ekonomi seseorang maka tingkat kunjungan rawat jalan dari waktu ke waktu pada suatu periode tertentu akan semakin meningkat.

Hasil analisis lainnya juga menunjukkan bahwa usia ≥ 60 tahun memiliki probabilitas 1,8 kali lebih sering melakukan kunjungan rawat jalan dibandingkan usia $\geq 15 - 44$ tahun dan bermakna secara statistik. Tingkat Pendidikan \geq SMP memiliki probabilitas lebih sering melakukan kunjungan rawat jalan dari individu yang tidak bersekolah dan bermakna secara statistik dengan probabilitas 3,6 kali lebih sering. Individu dengan kondisi 1 minggu terakhir sakit memiliki probabilitas 2,7 kali lebih sering melakukan kunjungan rawat jalan dan bermakna secara statistik.

Individu yang tinggal di wilayah region 2 memiliki probabilitas 2,8 kali lebih sering melakukan kunjungan rawat jalan dan region 3 (OR=1,4) tetapi secara statistik tidak bermakna. Artinya individu yang tinggal di region 2 dan region 3 tidak memiliki perubahan kunjungan rawat jalan dari waktu ke waktu pada suatu periode tertentu dibandingkan individu yang tinggal di region 1. Akan tetapi apabila kita lihat berdasarkan waktu tertentu (tahun 2007) maka individu yang tinggal di region 2 memiliki jumlah kunjungan yang lebih besar dibandingkan individu yang tinggal di region 1 dan signifikan secara statistik.

Individu dengan status menikah mempunyai probabilitas 1,4 kali dan individu dengan penyakit hipertensi memiliki probabilitas 1,9 kali lebih sering melakukan kunjungan rawat jalan dan bermakna secara statistik. Individu yang mengalami gangguan fisik sehari-hari, mengalami penyakit jantung, dan penyakit diabetes secara statistik tidak memiliki hubungan bermakna terhadap kunjungan rawat jalan.

Out of Pocket Rawat Jalan

Tabel 2 menunjukkan bahwa menunjukkan bahwa setiap kenaikan 1 status sosial ekonomi kuantil 4 maka biaya *out of pocket* rawat jalan lebih tinggi 54% dari kuantil 1 dan setiap kenaikan 1 status sosial ekonomi kuantil 5 biaya *out of pocket* lebih tinggi 46% dari kuantil 1. Artinya terjadi perbedaan perubahan biaya *out of pocket* rawat jalan antar tingkat status sosial ekonomi dari waktu ke waktu pada tahun 2007 dan tahun 2014.

Tabel 2. Hasil Analisis Linier Regresi Antara Status Sosial Ekonomi dan Variabel Independen Lainnya Terhadap Biaya *Out Of Pocket* Rawat Jalan di Fasilitas Kesehatan (N=8.338)

Variabel	OOP Rawat Jalan	
	Koefisien	(95% CI)
Status sosial ekonomi		
Kuantil 1	1	
Kuantil 2	0,34	-0,00 s/d 0,68
Kuantil 3	0,26	-0,18 s/d 0,63
Kuantil 4	0,54*	0,12 s/d 0,96
Kuantil 5	0,46*	0,04 s/d 0,89
Usia		
≥15-44 tahun	1	
45-59 tahun	0,23	-0,10 s/d 0,55
≥60 tahun	0,45	-0,14 s/d 1,05
Pendidikan		
Tidak sekolah	1	
SD	0,33	-0,63 s/d 1,30
SMP-SMU	1,05	-0,15 s/d 2,25
>SMU	0,43	-0,88 s/d 1,74
Kegiatan 1 minggu terakhir		
Bekerja	1	
Di rumah	0,08	-0,20 s/d 0,36
Sakit	0,08	-0,92 s/d 1,08
Region		
Region1	1	
Region2	0,57	-1,19 s/d 2,34
Region3	0,41	-1,54 s/d 2,37
Menikah	0,34	-0,04 s/d 0,72
Mengalami gangguan fisik sehari-hari	0,10	-0,38 s/d 0,58
Mengalami penyakit katastropik jantung	0,30	-0,48 s/d 1,09
Mengalami penyakit katastropik hipertensi	0,48**	0,12 s/d 0,83
Mengalami penyakit katastropik diabetes	0,61	-0,09 s/d 1,33

Sumber: Hasil pengolahan data IFLS 2007 dan 2014

Keterangan: *signifikansi $p < 0,05$, **signifikansi $p < 0,01$

Selain itu setiap kenaikan 1 kasus penyakit hipertensi akan meningkatkan biaya *out of pocket* rawat jalan sebesar 48% dan signifikan secara statistik. Artinya masyarakat yang mempunyai penyakit hipertensi akan menunjukkan perubahan kenaikan biaya *out of pocket* rawat jalan dari waktu ke waktu pada tahun 2007 dan tahun 2014 dibandingkan masyarakat tanpa penyakit hipertensi.

Individu usia ≥ 45 tahun secara statistik tidak signifikan memiliki perbedaan pengeluaran biaya *out of pocket* rawat jalan dibandingkan individu usia $\geq 15-44$ tahun walaupun sebenarnya memiliki pengeluaran *out of pocket* yang lebih besar. Individu dengan pendidikan tinggi, individu berdasarkan kelompok tingkat pendidikan, kegiatan yang dilakukan dalam 1 minggu terakhir, dan region menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap biaya *out of pocket* rawat jalan. Hasil analisis lainnya menunjukkan bahwa status perkawinan, gangguan fisik sehari-hari,

penyakit hipertensi, dan penyakit diabetes juga menunjukkan tidak ada perbedaan.

PEMBAHASAN

Hasil utilisasi rawat jalan di mana adanya perubahan kenaikan jumlah kunjungan rawat sesuai tinggi status sosial ekonomi seseorang rawat dari waktu ke waktu sejalan dengan penelitian O'Donnell et al.¹³ yang menyatakan bahwa utilisasi ke fasilitas kesehatan di Indonesia masih didominasi oleh penduduk kaya yang ditunjukkan dengan nilai indeks konsentrasi positif.

Penelitian Hidayat et al.¹⁴ juga menyatakan individu yang dalam 4 minggu terakhir ini memiliki gejala sakit akan lebih banyak melakukan kunjungan rawat jalan baik ke fasilitas kesehatan umum maupun pemerintah. Artinya semakin tua usia seseorang, individu dengan pendidikan \geq SMP, dan individu yang dalam 1 minggu terakhir sakit akan terjadi perubahan kenaikan jumlah kunjungan rawat jalan dari waktu ke waktu pada periode tertentu.

Hasil tentang *out of pocket* rawat jalan, di mana perbedaan perubahan biaya *out of pocket* rawat jalan antar tingkat status sosial ekonomi dari waktu ke waktu senada dengan penelitian dari Sparrow et al.¹⁵ yang menyatakan bahwa individu dengan status ekonomi tinggi akan mengeluarkan biaya *out of pocket* lebih besar termasuk untuk biaya penyakit katastropik. Rumah tangga yang memiliki pemasukan tinggi maka pengeluaran biaya *out of pocket* akan semakin besar dibandingkan dengan rumah tangga dengan pemasukan rendah.¹⁶

Selain itu setiap kenaikan 1 kasus penyakit hipertensi akan meningkatkan biaya *out of pocket* rawat jalan sebesar 48% dan signifikan secara statistik. Artinya masyarakat yang mempunyai penyakit hipertensi akan menunjukkan perubahan kenaikan biaya *out of pocket* rawat jalan dari waktu ke waktu pada tahun 2007 dan tahun 2014 dibandingkan masyarakat tanpa penyakit hipertensi.

Individu usia ≥ 45 tahun secara statistik tidak signifikan memiliki perbedaan pengeluaran biaya *out of pocket* rawat jalan dibandingkan individu usia $\geq 15-44$ tahun walaupun sebenarnya memiliki pengeluaran *out of pocket* yang lebih besar. Individu dengan pendidikan tinggi, individu berdasarkan kelompok tingkat pendidikan, kegiatan yang dilakukan dalam 1 minggu terakhir, dan region menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap biaya *out of pocket* rawat jalan. Hasil analisis lainnya menunjukkan bahwa status perkawinan, gangguan fisik sehari-hari, penyakit hipertensi, dan penyakit diabetes juga menunjukkan tidak ada perbedaan.

Implikasi Kebijakan

Pemerintah Indonesia telah mengimplementasikan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-undang No 40 Tahun 2004 mengamankan program asuransi kesehatan sosial. Asuransi kesehatan sosial diharapkan dapat meningkatkan akses dan utilisasi pelayanan kesehatan serta mengurangi risiko pengeluaran biaya *out of pocket* (OOP) yang berdampak pada pengeluaran katastrofik serta kemiskinan.

Kebijakan program asuransi kesehatan nasional di Indonesia dirasa sangat relevan karena beberapa hal diantaranya adalah:

- (1) Proporsi penduduk yang dijamin oleh program asuransi kesehatan dalam berbagai bentuk masih relatif kecil,¹⁷
- (2) Perkembangan cakupan program asuransi kesehatan nasional masih lambat,¹⁸
- (3) Alasan pertama memberikan kontribusi terhadap rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan formal khususnya penduduk miskin,
- (4) Masih tingginya kesenjangan (*inequity*) dalam mengakses pelayanan kesehatan,¹⁴
- (5) Masyarakat masih mengeluarkan biaya *out of pocket* terutama penduduk miskin.

Implikasi kebijakan belum sesuai dengan apa yang diamatkan dalam undang-undang. Hal ini ditunjukkan dengan hasil penelitian yang menunjukkan

- (1) Tingkat utilisasi rawat jalan masih didominasi oleh masyarakat dengan status sosial ekonomi kategori mampu di mana menyebabkan terjadinya *inequity* terhadap akses pelayanan kesehatan,
- (2) Masyarakat masih mengeluarkan biaya *out of pocket* rawat jalan walaupun mereka sudah memiliki jaminan asuransi kesehatan.

Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya *inequity* rawat jalan maupun pengeluaran biaya *out of pocket* rawat jalan. Pertama, moral hazard provider atau pemberi pelayanan kesehatan.

Feldstein PJ¹⁹, menyebutkan bahwa *provider* memiliki dua peran yaitu sebagai penasihat dan penyedia layanan kesehatan. Kedua, konsumen pembeli pelayanan kesehatan pada umumnya mempunyai ciri ketidaktahuan (*consumer ignorance*) terhadap pada yang mereka beli. *Provider* mengetahui dan menentukan mengenai apa yang sebenarnya dibutuhkan oleh konsumen, Artinya pengetahuan *provider* dan konsumen tidak seimbang (*asymmetric information*). Kombinasi dari peran ganda *provider*

dan *asymmetric information* mengakibatkan *provider* memegang peran penting dalam menentukan jenis, variasi, serta jumlah layanan kesehatan yang akan berpengaruh terhadap biaya *out of pocket*. Hal ini yang menimbulkan permintaan pelayanan kesehatan baru atau *supplies induce demand* (SID). Ketiga, kepemilikan asuransi kesehatan sering dipengaruhi adanya rendahnya status kesehatan seseorang sehingga orang tersebut cenderung membeli produk asuransi kesehatan dan sebaliknya mereka dengan risiko rendah cenderung menolak produk asuransi kesehatan.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan yang telah disampaikan maka dapat disimpulkan bahwa individu dengan status sosial tinggi memiliki tingkat utilisasi rawat jalan lebih besar dibandingkan individu dengan status sosial rendah. Individu dengan status sosial tinggi memiliki pengeluaran biaya *out of pocket* rawat jalan lebih besar dibandingkan individu dengan status ekonomi rendah. Peningkatan jumlah kunjungan rawat jalan masyarakat dari waktu ke waktu pada suatu periode tertentu dipengaruhi oleh karakteristik individu yaitu: masyarakat yang berusia ≥ 60 tahun (lanjut usia), masyarakat yang berpendidikan $>SMP$, masyarakat yang dalam satu minggu terakhir sakit, masyarakat dengan status perkawinan menikah, dan masyarakat dengan penyakit hipertensi. Terjadinya perbedaan biaya *out of pocket* rawat jalan salah satunya dipengaruhi oleh faktor penyakit hipertensi.

Perlu kajian mendalam oleh pemerintah (kementerian kesehatan dan BPJS) agar asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia tercapai dan dirasakan oleh masyarakat. Salah satu upaya yaitu melakukan riset data panel agar benar benar dapat mengetahui perubahan kenaikan kunjungan rawat jalan dan biaya *out of pocket* rawat jalan dari waktu ke waktu pada suatu periode tertentu. Jadi tidak hanya melihat perbedaan dalam satu waktu.

Strategi penguatan layanan kesehatan dasar dalam upaya peningkatan utilisasi rawat jalan terutama untuk masyarakat miskin dengan jalan melakukan revitalisasi layanan kesehatan dasar yang dekat dengan masyarakat seperti puskesmas, polindes, poskesdes dan posyandu lansia. Penguatan *capacity building* seperti pelatihan staf dalam upaya pengoptimalan usaha promosi kesehatan dengan pendekatan kearifan lokal dalam upaya peningkatan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin. Perlu adanya kerja sama antara Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BKKBN, serta pemerintah Desa/Kelurahan untuk menangani lanjut usia yang memiliki keterbatasan dalam mengakses fasilitas kesehatan atau untuk men-

dapatkan pelayanan kesehatan dengan membuat Program Jangka Panjang (PJP) kelanjutusiaan.

REFERENSI

1. UU No 40 Tahun 2004 (no date) Sistem Jaminan Sosial Nasional. 2004.
2. Thabrany H. Strategi Pendanaan Jaminan Kesehatan Indonesia dalam SJSN. Disampaikan pada Disk RPJMN Bappenas. 2008 Apr;29.
3. Todaro M. Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga. Seventh Edition. Jakarta: Penerbit Erlangga. 2000.
4. Grossman M1. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. Columbia University Press. 2017 Sep 25.
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2019.
6. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Ringkasan Eksekutif Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan. Jakarta: BPJS Kesehatan. 2015.
7. Liu X, Tang S, Yu B, Phuong NK, Yan F, Thien DD, et al. Can rural health insurance improve equity in health care utilization? a comparison between China and Vietnam. *International Journal for Equity in Health*. 2012; 11(1): pp. 1–9. doi: 10.1186/1475-9276-11-10.
8. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of health and social behavior* 1995; 36(1): pp. 1–10. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7738325>
9. Global Health Expenditure Database. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000-. [cited 2019]. Available from: apps.who.int/nha/database
10. Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health economics*. 2007 Nov;16(11):1159-84.
11. Trujillo AJ, Portillo JE and Vernon JA. The impact of subsidized health insurance for the poor: Evaluating the Colombian experience using propensity score matching. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 2005; 5(3): 211–39. doi: 10.1007/s10754-005-1792-5.
12. Ghosh S. Catastrophic payments and impoverishment due to out-of-pocket health spending. *Economic and Political Weekly*. 2011 Nov 19:63-70.
13. O'Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Akkazieva B, et al. Who pays for health care in Asia? *J Health Econ*. 2008 Mar;27(2):460-75. doi: 10.1016/j.jhealeco.2007.08.005. Epub 2007 Nov 29. PMID: 18179832
14. 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 and planning*. 2004 Sep;19(5):322-35. <https://doi.org/10.1093/heapo1/czh037>
15. Sparrow R, Suryahadi A, Widyanti W. Social health insurance for the poor: Targeting and impact of Indonesia's Askeskin programme. *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd. 2013; 9264–71.
16. Aji B, De Allegri M, Soares A, Sauerborn R. The impact of health insurance programs on out-of-pocket expenditures in Indonesia: an increase or a decrease? *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Jul 18;10(7):2995-3013. doi: 10.3390/ijerph10072995. PMID: 23873263; PMCID: PMC3734472.
17. Thabrany H. Private health sector in Indonesia: opportunities and progress. *Indonesian Med Assoc*. 2001; 5: 1–13.
18. Mukti AG, Thabrany H and Trisnantoro L. Telaah Kritis Terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2001; 04 (03): 159 – 71.
19. Feldstein PJ. *Health care economics*. 4th edition. Albany, New York: Delmar Publishers. 1993.