

Evaluasi Kebijakan Pembiayaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin Pada Program JKN

Nadya Salsabila^{1*}, Prasetio Hadi², Siti Humaira Syarif³, Novita Dwi Istanti⁴

1-4. Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Pembangunan Nasional

Veteran Jakarta, Indonesia *Email Korespondensi :

2010713094@mahasiswa.upnvj.ac.id

Abstrak. Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan program pemerintah yang tujuannya adalah untuk menawarkan kepada setiap orang kepastian asuransi kesehatan yang komprehensif dan mendukung masyarakat Indonesia untuk hidup sehat, produktif dan sejahtera. JKN harus mampu memberikan pelayanan yang komprehensif dan memberikan pembiayaan kesehatan berbasis pemerataan untuk menciptakan dukungan lintas tanggung jawab antara penduduk dan daerah. Metode yang digunakan dalam penyusunan artikel ini yaitu Literature Review, Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa Jaminan kesehatan berupa Askeskin sudah berhasil menjangkau masyarakat miskin dan Jaminan Kesehatan Nasional yang terbukti efektif di beberapa kota di Indonesia dan Diperlukan asuransi kesehatan sosial atau Jaminan Kesehatan Sosial (JKN). Karena asuransi kesehatan sosial memberikan manfaat yang komprehensif dengan premi terjangkau. memberikan dampak positif bagi masyarakat tak terkecuali di Provinsi Kalimantan Timur. Sementara itu untuk mengamati hal yang positif berdampak pada kelompok yang disubsidi dan iuran, yaitu efek yang lebih besar pada kelompok iuran menunjukkan potensi pada efek seleksi yang merugikan di antara banyaknya populasi yang makmur.

Kata kunci: Jaminan Kesehatan Nasional, Masyarakat, Pelayanan Kesehatan.

Abstract. *The National Health Insurance Program is a government program whose purpose is to offer everyone the certainty of comprehensive health insurance and support the Indonesian people to live healthy, productive and prosperous lives. JKN must be able to provide comprehensive services and provide health financing based on equity to create cross-responsibility support between the population and the region. The method used in the preparation of this article is Literature Review, Based on the results of the study shows that health insurance in the form of Askeskin has succeeded in reaching the poor and National Health Insurance which has proven effective in several cities in Indonesia and social health insurance or Social Health Insurance (JKN) is needed. Because social health insurance provides comprehensive benefits with affordable premiums. provides a positive impact on society, including in East Kalimantan Province. Meanwhile, to observe a positive impact on the subsidized and dues group, the greater effect on the dues group shows the potential for adverse selection effects among the many affluent populations.*

Keywords: *National Health Insurance, Health Services, Society*

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program pemerintah yang tujuannya adalah untuk menawarkan kepada setiap orang kepastian asuransi kesehatan yang komprehensif dan mendukung masyarakat Indonesia untuk hidup sehat, produktif dan sejahtera (UU SJSN). Program ini merupakan bagian dari Skema Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Berdasarkan UU SJSN Tahun 2012, BPJS Kesehatan mulai mengimplementasikan program JKN pada 1 Januari 2014. Terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaan program JKN di awal, antara lain tidak semua warga terlibat, distribusi pelayanan kesehatan tidak merata, mutu pelayanan kesehatan bervariasi, sistem rujukan dan pembayaran belum optimal. Ketidaksetaraan dalam akses ke layanan kesehatan, sumber daya manusia untuk perawatan kesehatan dan perbedaan yang luas secara geografis semuanya juga meningkatkan potensi peningkatan ketidaksetaraan kesehatan antar kelompok orang (14).

Menurut UU BPJS Kesehatan RI No. 24 Tahun 2011, seluruh penduduk Indonesia wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan. Sistem rujukan akan diberlakukan sesuai dengan kebutuhan medis. Pada pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP), peserta pengobatan BPJS dapat berobat di fasilitas pelayanan dasar atau primer yang tercantum dalam kartu kepesertaan pelayanan kesehatan BPJS, misalnya puskesmas, klinik atau dokter umum. Jika diperlukan layanan spesialis tambahan, peserta BPJS kesehatan dapat dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Lanjutan (FKTL) atau layanan kesehatan tingkat kedua/kedua. Rujukan ini hanya akan diberikan apabila peserta memerlukan pelayanan medis khusus dari BPJS Kesehatan atau apabila pelayanan primer peserta tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan karena keterbatasan fasilitas, pelayanan dan/atau tenaga medis. Jika peserta tetap tidak dapat dirawat di fasilitas kesehatan sekunder, peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tersier untuk dirawat oleh spesialis yang menerapkan sub-keterampilan dan teknologi perawatan kesehatan.

Penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional diselenggarakan secara nasional berdasarkan asas jaminan sosial dan kesetaraan, dimana jaminan kesehatan harus dapat memberikan perlindungan, manfaat, dan akses yang sama kepada pelayanan kesehatan bagi seluruh warga negara Indonesia. Selain itu, penyelenggara JKN harus mampu menghubungkan dan menggerakkan berbagai subsistem yang ada. JKN harus mampu memberikan pelayanan yang komprehensif dan memberikan pembiayaan kesehatan berbasis pemerataan untuk menciptakan dukungan lintas tanggung jawab antara penduduk dan daerah.

Berdasarkan permasalahan yang tertera dan sesuai dengan urgensinya, literature review ini dibuat guna menganalisis bentuk dan hasil evaluasi kebijakan pembiayaan kesehatan Bagi masyarakat miskin pada program JKN dari berbagai wilayah di Indonesia

METODE

Metode yang digunakan dalam penyusunan artikel ini yaitu *Literature Review*, yaitu metode penelitian dengan cara menelusuri, menyimpulkan dan menguraikan isi dari sumber-sumber temuan yang telah ada sebelumnya dan sesuai dengan topik penulis mengenai Evaluasi Kebijakan Pembiayaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Pada Program JKN menggunakan *Google Scholar*, Garuda Jurnal dan *SpringerLink* dengan

rentang tahun 2018-2023. Kriteria inklusi yang digunakan yaitu artikel yang menjelaskan terkait evaluasi kebijakan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin pada program JKN. Sementara untuk kriteria eksklusi yang digunakan antara lain artikel yang tidak menggunakan bahasa Indonesia, artikel yang terbit sebelum tahun 2018, artikel yang tidak lengkap dan memiliki akses berbayar, artikel yang menggunakan metode literature review dan artikel yang tidak sesuai dengan kriteria. Berdasarkan hasil skrining kriteria inklusi dan eksklusi, maka dihasilkan artikel yang akan digunakan sebagai bahan rujukan sebanyak 9 artikel.

HASIL

No	Penulis	Judul	Metode	Hasil
1	Gibran, Z. K., Kurnianingsih, F., & Subiyakto, R. (2022).	“Evaluasi Kebijakan Pemerintah Daerah Dalam Meningkatkan Pelayanan Sistem Rujukan Kesehatan Masyarakat Miskin Antar Pulau di Kabupaten Karimun”	Penelitian Deskriptif	Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa implementasi rujukan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kabupaten Karimun sudah berjalan dengan baik dari mulai perencanaan kebijakan, saat implementasi, dan pasca implementasi. Hal ini ditunjukkan dengan pencapaian hasil berupa terbentuknya masyarakat miskin yang terdaftar dalam PBI Jamkesda Karimun dalam rujukan kesehatan baik di dalam Kabupaten maupun di luar Provinsi Kepulauan Riau yang ditanggung oleh Pemerintah Daerah, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan kesehatan masyarakat miskin di Kabupaten Karimun. Namun demikian, masih terdapat beberapa kendala seperti transportasi rujukan yang digunakan tidak nyaman dan tidak lancar, serta sumber daya manusia kesehatan yang masih terbatas dengan kurangnya tenaga dokter spesialis.

2	Desriyani, E., Indah, M., Limbong, P., Azizah, N., Ginting, R., Gurning, F. P., Kunci, K.,	“Implementasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Masyarakat Miskin di Puskesmas Bromo Kecamatan Medan Denai”	Penelitian Observasion al, <i>cross sectional</i>	Berdasarkan hasil observasi menunjukkan bahwa sejak tahun 2016, Puskesmas Bromo telah menerapkan program Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang telah dipahami oleh pegawai puskesmas dan setiap bulannya pihak verifikator
& Jkn, : (2022).		datang ke puskesmas untuk mengevaluasi jumlah rujukan dan jumlah kunjungan peserta KIS. Namun, anggaran khusus untuk program KIS belum mencukupi untuk sosialisasi, sarana dan prasarana yang dimiliki Puskesmas.		
3	Annida. (2020).	“Kebijakan Pembiayaan Kesehatan Terhadap Masyarakat Miskin Dalam Pencapaian Universal Health Coverage Di Kabupaten Banjar”	Penelitian analitik dengan desain cross sectional	Berdasarkan hasil observasi menunjukkan bahwa pemerintah Kabupaten Banjar dalam upaya pencapaian UHC dilakukan melalui forum TKPKD, yaitu melibatkan CSR untuk membantu pembiayaan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu yang berada di luar BDT atau bukan PBI, namun masih terjadi kendala dalam sinkronisasi BDT tersebut di Dinas Sosial dan Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Banjar Yang dapat menjadi hambatan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten dalam memperhitungkan anggaran pembiayaan kesehatan

4	Wulandari, R.D., Laksono, A.D., Mubasyiroh, R. et al. (2023).	“Hospital Utilization Among Urban Poor in Indonesia in 2018: Is Government Run Insurance Effective?”	crosssectional survey	Berdasarkan analisis menemukan bahwa rata-rata pemanfaatan rumah sakit nasional di kalangan masyarakat miskin perkotaan di Indonesia pada tahun 2018 adalah 4,2%. Sementara itu, distribusi kepemilikan jaminan kesehatan di kalangan masyarakat miskin perkotaan tidak terjamin di 34,9%, asuransi dikelola pemerintah sebesar 63,1%, dikelola swasta asuransi
				sebesar 1,6%, dan dijalankan pemerintah secara simultan dan asuransi yang dikelola swasta sebesar 0,4%.

5	Aktariyani, T., Fanda, R. B., Anggraeni, R., & Mangilep, A. U. A. (2019).	"Hasil Penelitian Kebijakan Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional 2019 di Provinsi Sulawesi Selatan"	Pendekatan (realist evaluation. Sumber data yaitu data primer (teknik wawancara mendalam kepada partisipan terpilih) dan data sekunder dokumen resmi).	Menurut penelitian tersebut menjelaskan berdasarkan hasil responden dari Dinas Kesehatan selama ini data PBI APBN tidak menjadi fokus perhatian karena tanggung jawab pembiayaan hanya pada peserta APBD Daerah. Harapan Pemda Provinsi Sulawesi Selatan yaitu dengan adanya data tunggakan iuran tersebut dapat mendukung dalam hal pendisiplinan pembayaran iuran peserta BPJS APBD untuk tertib membayar di awal bulan dan secara bersamaan Pemprov dan Pemkab/Kota membayarkan iuran ke BPJS, realisasi pembayaran di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjut. Selain itu, kiranya pihak BPJS memberikan informasi lebih lengkap terkait data iuran, tunggakan, kepesertaan secara transparan untuk seluruh kategori kepesertaan agar meningkatkan program JKN secara maksimal.
6	Erlangga, D., Ali, S., & Bloor, K. (2019).	"The Impact of Public Health Insurance on Healthcare Utilisation in Indonesia: Evidence from Panel Data"	Studi Berdasarkan penelitian populasi dan tersebut, dilihat dari variabel sumber data kontrol, Melihat variabel kontrol, skema iuran JKN tercakup oleh individu yang lebih muda, cenderung tinggal di perkotaan, lebih kaya, cenderung menyelesaikan pendidikan tinggi, dan lebih tinggal di	

daerah dengan fasilitas kesehatan lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak diasuransikan. Sementara itu, individu penerima JKN bersubsidi lebih miskin, lebih kecil kemungkinannya untuk menyelesaikan pendidikan tinggi, lebih memungkinkan untuk menerima transfer tunai, dan tinggal di daerah dengan fasilitas kesehatan yang lebih sedikit dibandingkan dengan yang tidak diasuransikan. Secara keseluruhan, perbandingan ini memperkuat dugaan bahwa iuran JKN dan kelompok bersubsidi memiliki karakteristik berbeda yang dapat memengaruhi keputusan untuk mendapatkan asuransi dan mencari perawatan.

7. Duma, K., Bakhtiar, R., & Kurniawan, M. F. (2020). “Evaluasi Capaian Pemerataan Layanan Kesehatan yang Berkeadilan di Era JKN di Provinsi Kalimantan Timur.”
- Metode Hasil penelitian deskriptif menunjukkan capaian dengan sasaran 2 pada Peta Jalan pendekatan Menuju JKN yaitu cakupan Realist kepesertaan JKN belum evaluation mencapai 100%. Pemerataan dan jenis paket manfaat dalam sasaran penelitian 3 juga belum tercapai karena studi kasus. belum meratanya fasilitas kesehatan dan tenaga dokter dan dokter spesialis di Provinsi Kalimantan Timur termasuk pemerataan paket manfaat pelayanan jantung. Pada sasaran 4, Provinsi Kalimantan Timur juga tidak tercapai, karena tidak meratanya fasilitas kesehatan khususnya fasilitas cath lab yang terbatas dan dokter spesialis jantung tidak banyak dan sulit akses untuk mencapai rumah sakit.
-

8. Robert Sparrow, Asep Suryahadi, Wenefrida Widyanti. (2020)	“Social Health Insurance For the Poor: Targeting and Impact of Indonesia’s Askeskin Programme”	Deskriptif Statistik	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya Jaminan Kesehatan berupa Askeskin sudah berhasil menjangkau masyarakat miskin, meskipun masih terjadi sedikit kekeliruan pada kelompok masyarakat menengah. Selain itu, Askeskin telah dialokasikan secara proporsional pada individu yang membutuhkan biaya OOP yang relatif tinggi untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan cakupan pemanfaatan layanan rawat jalan umum. Namun, pada daerah perkotaan pembayaran kesehatan OOP telah meningkat akibat peningkatan biaya perawatan rumah sakit yang relatif lebih mahal dan tidak sepenuhnya ditanggung oleh pihak asuransi</p>
9. I Made Hendra Arjana Putra, Ni Luh Gede Ari Natalia Yudha, Nyoman Suarjana (2019)	“Analisis Peran Pemerintah Daerah Terkait Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Masyarakat Miskin di Kabupaten Karangasem”	Kualitatif, <i>purposive sampling</i>	<p>Hasil Penelitian menunjukkan bahwa masih terdapat banyak kendala atau masalah yang dihadapi dari sisi kepesertaan, Pemerintah Kabupaten Karangasem, pada tanggal 12 Februari 2019 bisa mendeklarasikan Universal Health Coverage (UHC) dari sisi kepesertaannya dengan jumlah peserta 97,61% (536.886) jiwa, sehingga masih sekitar 2,39% (13.161) jiwa masyarakat Karangasem yang belum memiliki jaminan kesehatan.</p>

PEMBAHASAN

Jaminan Kesehatan Nasional yang terbukti efektif di beberapa kota di Indonesia dan memberikan dampak positif bagi masyarakat tak terkecuali di Provinsi Kalimantan Timur.

Menurut data BPJS kesehatan yang diolah DJSN tahun 2020, cakupan kepesertaan JKN Provinsi Kalimantan Timur belum 100%. Data kepesertaan menunjukkan bahwa segmen Penerima Bantuan Iuran (PBI) baik dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) tidak menjadi segmen kepesertaan terbesar. Selain itu masih ada kendala dalam penanganan masalah medis di beberapa penyakit, misalnya untuk pelayanan jantung masih terpusat pada Kota Samarinda. Meskipun dalam hal ketersediaan dokter spesialis jantung di Provinsi Kalimantan Timur sudah tersedia. Apabila melihat persebaran dokter spesialis Jantung, pemerataan dokter spesialis ini tidak ada di setiap kabupaten/ kota di Provinsi Kalimantan Timur. Distribusi dokter spesialis ini menjadi hambatan besar dalam implementasi pelayanan Jantung sebagai salah satu manfaat peserta JKN-KIS. Gibran dkk menyatakan bahwa sumber daya manusia kesehatan di Kabupaten Karimun masih terbatas dengan kurangnya tenaga dokter spesialis (1). Hal tersebut didukung dengan penelitian jurnal yang ditulis oleh Juanita yang menjelaskan bahwa persebaran dokter spesialis di wilayah Indonesia belum merata, dimana jika persebaran dihitung dengan rasio dokter Sp.Jp per 100.000 penduduk, maka rasio di tingkat provinsi adalah 1:100,000. Hal ini mengakibatkan hanya beberapa kabupaten.kota saja yang memiliki rasio diatas 1:100,000 (2).

Berdasarkan hasil penelitian Sparrow menunjukkan bahwa Jaminan kesehatan berupa Askeskin sudah berhasil menjangkau masyarakat miskin (3). Hal itu dibuktikan dengan adanya pemerataan alokasi pada individu yang membutuhkan biaya OOP relatif tinggi untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan cakupan pemanfaatan layanan rawat jalan umum. Menurut Amalia dkk, tahun 2022 menjelaskan bahwa biaya OOP atau biaya langsung merupakan biaya yang dikeluarkan secara perorangan oleh rumah tangga untuk memperoleh layanan kesehatan, seperti biaya pemeriksaan dokter, pengadaan obat, biaya layanan kesehatan yang tidak ditanggung oleh pihak ketiga, transportasi pasien dan lain-lain (4). Namun terlepas dari keberhasilan tersebut, pembayaran OOP telah meningkat pada daerah perkotaan akibat peningkatan biaya perawatan rumah sakit yang relatif lebih mahal. Peningkatan biaya tersebut disebabkan kebutuhan sistem teknologi yang semakin berkembang untuk mendukung penegakkan diagnosis berdasarkan bukti, supply-demand, yang semakin tinggi (6). Selain itu, menurut Otang dkk menjelaskan bahwa tidak semua pembayaran OOP sifatnya ditanggung oleh pihak asuransi. Hal tersebut dijelaskan pada penelitian Otang bahwa biaya transportasi ke fasilitas kesehatan merupakan biaya yang dikeluarkan oleh peserta JKN tidak termasuk kategori biaya kesehatan rumah tangga yang ditanggung oleh JKN (5).

Menurut pemanfaatan rumah sakit, orang yang tidak termanfaatkan adalah terutama di semua jenis aset asuransi kesehatan. Sementara itu, mereka yang memiliki asuransi dikelola pemerintah. Usia rata-rata lebih tua dibandingkan dengan jenis kesehatan lainnya terutama berdasarkan jenis kelamin, perempuan memimpin jalan dalam asuransi yang tidak diasuransikan dan dikelola pemerintah. Tampaknya sebagian besar asuransi kesehatan di Indonesia menghindari untuk menganalisis dampak pada rawat inap perawatan karena takut kekuatan statistik yang rendah terkait dengan Rawat Inap.

Sementara itu untuk mengamati hal yang positif berdampak pada kelompok yang disubsidi dan iuran, yaitu efek yang lebih besar pada kelompok iuran menunjukkan potensi pada efek seleksi yang merugikan di antara banyaknya populasi yang makmur. Mengingat fakta bahwa subsidi kelompok menyumbang proporsi terbesar dari tertanggung penduduk, subsidi mereka dibayar oleh pemerintah juga memakan lebih banyak anggaran JKN. Ini menyiratkan potensi ketidakadilan dalam bagaimana subsidi pemerintah menjadi sasaran dalam arti bahwa orang miskin tidak menerima manfaat dari subsidi.

SIMPULAN

Berdasarkan Hasil analisis terhadap 9 artikel dapat disimpulkan bahwa Jaminan Kesehatan Nasional yang terbukti efektif di beberapa kota di Indonesia dan memberikan dampak positif bagi masyarakat tak terkecuali di Provinsi Kalimantan Timur. Selain itu masih ada kendala dalam penanganan masalah medis di beberapa penyakit, misalnya untuk pelayanan jantung masih terpusat pada Kota Samarinda. Namun terlepas dari keberhasilan tersebut, pembayaran OOP telah meningkat pada daerah perkotaan akibat peningkatan biaya perawatan rumah sakit yang relatif lebih mahal. Peningkatan biaya tersebut disebabkan kebutuhan sistem teknologi yang semakin berkembang untuk mendukung penegakkan diagnosis berdasarkan bukti, supply-demand, yang semakin tinggi. Menurut pemanfaatan rumah sakit, orang yang tidak termanfaatkan adalah terutama di semua jenis aset asuransi kesehatan. Mengingat fakta bahwa subsidi kelompok menyumbang proporsi terbesar dari tertanggung penduduk, subsidi mereka dibayar oleh pemerintah juga memakan lebih banyak anggaran JKN. Ini menyiratkan potensi ketidakadilan dalam bagaimana subsidi pemerintah menjadi sasaran dalam arti bahwa orang miskin tidak menerima manfaat dari subsidi.

SARAN

1. Program JKN tidak dapat menjangkau seluruh masyarakat miskin yang ada, dengan kata lain tidak dapat memberikan perlindungan yang adil dan memadai kepada seluruh masyarakat, terutama masyarakat miskin. Dan seluruh masyarakat miskin harus diprioritas sebagai orang yang membutuhkan. Dikarenakan tidak menjadi penerima manfaat atau penerima bantuan pusat. Oleh Karena itu Pemerintah Daerah dan Pemerintah Pusat perlu menyusun Program Jaminan Kesehatan Daerah sebagai program pendampingan Sistem jaminan Sosial Nasional bidang Kesehatan yang belum mampu menjangkau seluruh fakir miskin dan orang tidak mampu.
2. Terdapat minimnya tenaga medis dan penyebaran sdm yang masih kurang merata sehingga diperlukan tambahan tenaga medis agar dapat menunjang sistem Jaminan Kesehatan Nasional.
3. Diperlukan dukungan dari para pihak terkait karena dalam pelaksanaan upaya promotif dan preventif akan optimal apabila ada kolaborasi dan komitmen antara FKTP, Pemda, Asosiasi Faskes, Organisasi Profesi dan pemangku kepentingan lainnya.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Bapak Apt. Riswandy Wasir, P.hd selaku dosen pengampu mata kuliah Perencanaan Evaluasi dan Kebijakan Kesehatan serta Bapak Arga Buntara, S.KM., MPH, Kepala Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana UPN Veteran Jakarta. Yang telah memberikan dukungan, bantuan dan bimbingan selama penyusunan artikel ilmiah ini. Penulis menyadari bahwa artikel ilmiah ini jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diperlukan. Semoga artikel ilmiah ini bermanfaat bagi para pembaca dan semua pihak yang membutuhkannya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Gibran ZK, Kurnianingsih F, Subiyakto R. Evaluasi Kebijakan Pemerintah Daerah Dalam Meningkatkan Pelayanan Sistem Rujukan Kesehatan Masyarakat Miskin Antar Pulau di Kabupaten Karimun. *Univ Maritim Raja Ali Haji*. 2022;692–706.
2. Juanita. Kesenjangan ketersediaan layanan cardiovascular diseases (CVD) di Sumatera Utara. *J Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2021;(Policy Brief):1–5.
3. Sparrow R, Suryahadi A, Widyanti W. Social health insurance for the poor: Targeting and impact of Indonesia's Askeskin programme. *Soc Sci Med* [Internet]. 2020;96:264–
71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.043>
4. Amalia CR, Endarti D, Widayati AW. Faktor yang Mempengaruhi Biaya Out Of Pocket (OOP) Pelayanan Kesehatan Pasien Rawat Jalan: Analisa Data Sekunder Indonesia Family Life Survey Gelombang 4 (IFLS4). *Maj Farm*. 2022;18(3):307.
5. Otang A da costa AS, Arfandi EADH, Hasbullah I, Harja T, Lauranti M, Sale MRMD, et al. Mewujudkan Jaminan Kesehatan Nasional yang Inklusif. Cetakan Pe. Jakarta: Perkumpulan Prakarsa; 2018.
6. Dwi Putra JA, Chalik Sjaaf A. Comparison of the Health Service System and the Universal Health Insurance among Indonesia's Neighboring Countries. *Daengku J Humanit Soc Sci Innov*. 2022;2(4):502–8.
7. Sulaiman ES. Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas [Internet]. Maarif I dan, editor. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2021. 424 p.

8. Desriyani E, Indah M, Limbong P, Azizah N, Ginting R, Gurning FP, et al. Humantech Jurnal Ilmiah Multi Disiplin Indonesia Implementasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Masyarakat Miskin Di Puskesmas Bromo Kecamatan Medan Denai. 2022;1(8):1263–72.
9. Dewi DK. Evaluasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) di Kabupaten Semarang Tahun 2015. J Polit Gov Stud [Internet]. 2017;16(1994):1–37. Available from: [http://eprints.ums.ac.id/37501/6/BAB II.pdf](http://eprints.ums.ac.id/37501/6/BAB%20II.pdf)
10. Aktariyani T, Fanda RB, Anggraeni R, Mangilep AU. HASIL PENELITIAN KEBIJAKAN EVALUASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL 2019.
11. Duma K, Bakhtiar R, Kurniawan MF. Evaluasi Capaian Pemerataan Layanan Kesehatan yang Berkeadilan di Era JKN di Provinsi Kalimantan Timur.
12. Erlangga D, Ali S, Bloor K. Dampak asuransi kesehatan masyarakat terhadap pemanfaatan layanan kesehatan di Indonesia: bukti dari data panel. Jurnal internasional kesehatan masyarakat. 2019 Mei 1;64:603-13.
13. Khariza HA. Program Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Deskriptif Tentang FaktorFaktor Yang Dapat Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya) (Doctoral dissertation, UNIVERSITAS AIRLANGGA).
14. Saputra M, Marlinae L, Rahman F, Rosadi D. Program jaminan kesehatan nasional dari aspek sumber daya manusia pelaksana pelayanan kesehatan. KEMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2015 Sep 11;11(1):32-42.
15. Wulandari RD, Laksono AD, Mubasyiroh R, Rachmalina R, Ipa M, Rohmah N. Pemanfaatan RS di kalangan masyarakat miskin perkotaan di Indonesia tahun 2018: efektifkah asuransi yang dikelola pemerintah?. Kesehatan Masyarakat BMC. 2023 Des;23(1):1-8
16. Ningsih. Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Masyarakat Miskin. 2022;213–30.