

PENGARUH ASURANSI KESEHATAN DAN EKONOMI TERHADAP AKSESIBILITAS LAYANAN KESEHATAN PENYANDANG DISABILITAS DI INDONESIA

Ririn Nopiah¹⁾, Heni Wahyuni²⁾

¹⁾Jurusan Ekonomi dan Bisnis,Fakultas Ekonomi dan Bisnis,Universitas Bengkulu,Indonesia

ririn_nopiah@unib.ac.id

²⁾ Ilmu Ekonomi,Fakultas Ekonomi dan Bisnis,Universitas Gadjah Mada,Indonesia

hwahyuni@ugm.ac.id

ABSTRACT

Health insurance is one of social health guarantees programs provided to the society in accessing health services in Indonesia. This program is implemented as a solution of equality problems on health services. This paper aims to analyze effect of health insurance ownership on accessibility health services to people with disabilities who included as vulnerable communities. This research have 1.288 respondents of people with disabilities from Indonesia Family Life Survey that analyzed by multinomial logit regression models. The results show that health insurance ownership of disabilities are not effective enough in accessibility of disabilities health services. To access health service, people with disabilities have main obstacle factor namely physical mobility services. Furthermore head of household, chronic disease, transportation costs, and years education variables have significant effect on preventive and curative health services to people with disabilities. Whereas sex and unemployed status significant effect on preventive health services.

Keywords : *People with Disabilities¹, Health Insurance², Accessibility³, Health Service⁴*

PENDAHULUAN

Pada umumnya, negara membentuk program asuransi kesehatan untuk memadai masyarakat karena adanya ketidakpastian pasar pada perawatan kesehatan individu (He & Nolen, 2018, h.1). Kebijakan ekonomi kesehatan berbasis asuransi mengarah pada tujuan kesetaraan akses dan kemampuan membayar (*willingness to pay*) masyarakat terhadap layanan kesehatan tersebut (Culyer & Newhouse, 1999, h.1; Feldstein, 2006, h.1603; Johar *et al*, 2018, h.134). Sebagian besar pembiayaan asuransi kesehatan bersumber dari dana publik di negara non *Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)* yaitu sekitar 50 persen (He & Nolen, 2018, h.1). Akan tetapi, pengurangan hambatan keuangan belum sepenuhnya mencapai kesetaraan apabila tidak diseimbangkan dengan pembangunan infrastruktur kesehatan, pengetahuan dan kesadaran kesehatan (Johar *et al*, 2018, h.134). Menurut Hsiao & Fraker (2007, h.1), ketidakpastian ini juga menjadi tantangan bagi negara berkembang. Di Indonesia, salah satu program asuransi kesehatan

yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai program ekspansi mengurangi ketidaksetaraan akses kesehatan masyarakat Indonesia (Johar *et al*, 2018, h.135). Partisipasi program JKN diberlakukan kepada fasilitas kesehatan umum dan kesehatan swasta melalui sistem kesehatan terpadu bagi seluruh masyarakat Indonesia.

World Report on Disability menyatakan bahwa penyandang disabilitas di suatu negara mencapai 15% dari jumlah populasi negara (World Health Organization, 2011, h.29). Dengan demikian, Indonesia memiliki capaian angka sekitar 36,5 juta populasi penyandang disabilitas. Timbulnya kondisi disabilitas disebabkan oleh kesehatan sejak lahir, cedera, kesehatan kronis, dan karakteristik demografi lainnya (WHO, 2011, h.29; Gudlavalleti *et al*, 2014, h.2). Penyandang disabilitas menjadi salah satu kelompok rentan dan termarginalkan secara sosial (Lang *et al*, 2013, h.206; Gudlavalleti *et al*, 2014, h.2) dan mengalami disparitas kesehatan (Krahn *et al*, 2015, h.198). Penyandang disabilitas perlu mendapatkan kebutuhan asuransi kesehatan guna mencapai program akses kesehatan berbasis inklusif (Hsiao dan Fraker, 2007, h.144; Gettens *et al*, 2016, h.248; He & Nolen, 2018, h.3). Selain itu, akses layanan kesehatan menjadi salah satu kebutuhan penyandang disabilitas untuk menghadapi perlindungan cedera di tempat kerja (Gettens *et al*, 2016, h.248).

Menurut Henry *et al* (2011, h.209), penyandang disabilitas usia kerja yang telah memiliki asuransi kesehatan lebih sering mengalami masalah dalam mengakses layanan kesehatan dibanding non penyandang disabilitas. *World Report on Disability* juga menyoroti bahwa penyandang disabilitas sering mendapatkan akses yang lebih sedikit dalam layanan perawatan kesehatan sehingga tidak terpenuhi (WHO, 2011, h.57). Hal ini menyebabkan mereka kesulitan mengakses perawatan kesehatan berkualitas dan mencari praktisi kesehatan yang tidak memenuhi syarat (Mwachof *et al*, 2010, h.66). Beberapa studi menunjukkan bahwa status ekonomi individu mempengaruhi penggunaan akses layanan kesehatan.

Alasan mendasar bagi penyandang disabilitas tidak mengakses layanan kesehatan adalah tingginya biaya perawatan (Maart & Jelsma, 2013, h.1491; Lee *et al*, 2013, h.1728; Pharr & Bungum, 2012, h.101) dan tindakan preventif yang kurang responsif (Pharr & Bungum, 2012, h.100). Kondisi disabilitas memicu beban keuangan yang semakin bertambah

seiring kebutuhan perawatan (Valtora & Hanratty, 2013, h.314). Kontribusi ketimpangan akses layanan kesehatan lainnya dipengaruhi oleh pendidikan (Park, 2016, h.7), status pekerjaan individu (Elwell-Sutton *et al*, 2013, h.475) dan keterjangkauan transportasi (WHO, 2011, h.180; McDoom *et al*, 2014, h.157). Transportasi sebagai mobilitas fisik mengharuskan penyandang disabilitas mengeluarkan biaya tambahan guna mendapatkan kendaraan sesuai kebutuhan (Ahmad, 2015, h.198). Rof'ah *et al* (2012, h.286) menambahkan bahwa *homecare* atau *mobile service* dari pihak jasa kesehatan sosial dibutuhkan untuk mengurangi hambatan mobilitas jarak layanan kesehatan.

Pada aspek demografi, penyandang disabilitas lanjut usia mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan disebabkan oleh proses penuaan yang mengurangi pergerakan dan fungsi tubuh seiring bertambahnya usia (Field & Jette, 2007, h.17). Selain itu, layanan kesehatan digunakan oleh penyandang disabilitas yang memiliki pasangan karena cenderung memiliki relasi yang lebih kuat seperti anggota keluarga sehingga perilaku sehat dikelola dengan baik (Smith & Ruiz, 2009, h.6; Yen *et al*, 2014, h.8). Akan tetapi, dalam studi Singleton (2009, h.19) menemukan bahwa kedisabilitasan memicu perceraian rumah tangga seiring derajat keparahan disabilitas yang dialami karena mengancam perekonomian keluarga. Riwayat penyakit kronis seperti diabetes, asma, kanker, stroke dan lain-lain lebih tinggi diderita oleh penyandang disabilitas dan menyebabkan tingkat frekuensi pemanfaatan layanan kesehatan semakin tinggi (Pharr dan Bungum, 2012, h.100.; Glynn *et al*, 2011, h.518).

Indonesia sebagai salah satu negara yang turut mendukung pengesahan *Convention on the Right of Person with Disability* (CPRD) melalui UU No. 8 Tahun 2016 bahwa Indonesia memiliki tanggung jawab untuk memberikan perhatian terhadap penyandang disabilitas baik realisasi program berbasis sarana maupun prasarana. Selain itu, upaya pemeliharaan kesehatan penyandang disabilitas juga menjadi tujuan aksesibilitas kesehatan agar tetap hidup sehat dan produktif baik secara sosial maupun ekonomi. Program pemberian asuransi kesehatan sosial mendorong adanya salah satu upaya pemerintah Indonesia untuk menjamin seluruh penduduk (termasuk penyandang disabilitas) agar dapat memperoleh manfaat kesehatan secara inklusi. Namun, dampak kepemilikan asuransi kesehatan sosial ini belum di kaji lebih lanjut terutama kepada penerima penyandang disabilitas.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh kepemilikan asuransi kesehatan yang dimiliki oleh penyandang disabilitas Indonesia terhadap aksesibilitas layanan perawatan kesehatan. Selain itu, studi ini dianalisis menggunakan regresi multinomial logit dengan sumber data survei nasional individu dan rumah tangga yaitu *Indonesia Family Life Survey* (IFLS) gelombang lima (5). Penggunaan layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas dapat memberikan masukan bagi peneliti selanjutnya dan lembaga terkait lainnya untuk mengurangi kesenjangan akses kesehatan. Selain itu, penelitian ini mengeksplorasi faktor penentu akses layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas di Indonesia sebagai pengetahuan hambatan layanan tersebut. Hasil pengetahuan dapat menjadi rancangan panduan dukungan komprehensif terhadap penyediaan layanan akses kesehatan yang inklusif.

TINJAUAN PUSTAKA

Asuransi kesehatan sosial adalah asuransi yang wajib diikuti oleh seluruh atau sebagian penduduk, premi atau iurannya wajib dibayarkan, dan manfaat asuransi (*benefit*) ditetapkan peraturan perundangan yang relatif sama untuk semua (Thabrany, 2013, h.1). Menurut Thabrany (2013, h.2), Konsep asuransi kesehatan ini telah dimulai di Indonesia sejak Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri Sipil (Askes PNS) yang diperkenalkan pada tahun 1968. Asuransi ini dikelola oleh PT. Askes (Persero) sebagai Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) sejak 1 Januari 2005. PJKMM kemudian berubah menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) tahun 2008. Selanjutnya PT. Askes bertransformasi menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (ASURANSI) Kesehatan melalui UU No. 24 Tahun 2011 (Thabrany, 2013, h.2).

UU Nomor 8 Tahun 2016 pasal 12 tentang Kesehatan Penyandang disabilitas menunjukkan bahwa Indonesia memiliki tanggungjawab untuk memberikan pelayanan yang sama dan responsif terhadap kelompok tersebut seperti upaya perlindungan kesehatan dan menjamin ketersediaan fasilitas layanan kesehatan penyandang disabilitas. *The International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) mengklasifikasikan disabilitas dalam 3 kategori antara lain *impairment* yaitu masalah dalam fungsi tubuh atau perubahan struktur tubuh, *activity limitations* yaitu kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, dan *participation restriction* yaitu masalah dengan

keterlibatan dalam segala bidang kehidupan (misalnya : diskriminasi pekerjaan atau transportasi) (WHO, 2011, h.180). Kajian disabilitas di Asian Tenggara tahun 2012 mengungkapkan prevalensi tertinggi di Indonesia adalah *mobility disability, speech and hearing, visual impairment, dan intellectual disability* (WHO, 2011).

Kelompok penyandang disabilitas memiliki kecenderungan kebutuhan yang lebih tinggi terhadap pelayanan kesehatan daripada non penyandang disabilitas (Gudlavalleti *et al*, 2014, h.2). Dalam studi Soomers (2006, h.393) menyatakan kelompok penyandang disabilitas mendapatkan manfaat lebih sedikit dari ketersediaan pelayanan kesehatan pada kepemilikan askes yang sama di Amerika Serikat. Scheer *et al* (2003, h.1) menambahkan bahwa sistem rujukan yang kompleks dan bervariasi cenderung memakan waktu dan menantang fisik penyandang disabilitas. Selain itu hambatan mobilitas yang dimiliki dan jarak menuju pusat layanan kesehatan merupakan tantangan bagi penyandang disabilitas sehingga diperlukan *homecare/ mobile service* dari pihak penyedia jasa kesehatan sosial (Rof'ah *et al*, 2012, h.286). Masalah transportasi menjadi kendala utama bagi penyandang disabilitas di Indonesia sehingga sebagian penyandang disabilitas harus mengeluarkan biaya tambahan untuk membayar atau menyewa asisten atau kendaraan sesuai dengan kebutuhan (Ahmad, 2015, h.198). Anggaran daerah yang ada tidak banyak dialokasikan untuk memperbaiki sarana dan prasarana publik terutama transportasi yang inklusi bagi penyandang disabilitas (McFadden, 2013, h.2). Sarana publik dan pelayanan askes yang baik dapat memutus rantai kemiskinan terutama dalam hal ini yaitu penyandang disabilitas (Trani & Loeb, 2012, h.19).

Penyandang disabilitas mengalami tiga (3) hambatan antara lain a) hambatan struktural yaitu keterbatasan *benefit* asuransi, pelayanan administrasi yang relatif lama, jarak dan sarana transportasi, komunikasi dan kondisi lingkungan secara fisik; b) hambatan finansial yaitu keterbatasan obat-obatan, pelayanan medis dan alat bantu dari asuransi kesehatan; dan c) hambatan kultur budaya yaitu *mindset* personal tentang penyandang disabilitas yang dianggap tidak mampu (Drainoni *et al*, 2006, h.101). *Andersen's Behavioral Model of Health Service Use* merupakan model yang dikenal dalam pemanfaatan layanan kesehatan. Menurut Andersen & Newman (2005, h.14) mengungkapkan bahwa seseorang memanfaatkan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga (3) faktor yaitu *predisposing, enabling, dan need*. *Predisposing* adalah faktor yang mencakup aspek demografi (Usia,

jenis kelamin, status perkawinan, dan jumlah anggota keluarga), aspek struktur sosial (status pendidikan, ras, pekerjaan), dan aspek kepercayaan terhadap layanan kesehatan. Faktor *enabling* yaitu kemampuan seseorang untuk melakukan tindakan dalam memenuhi layanan kesehatan seperti penghasilan, kemampuan membeli, keikutsertaan asuransi kesehatan, jumlah saranan pelayanan kesehatan, dan tenaga kesehatan yang tersedia. Faktor *need* yaitu kondisi yang dirasakan langsung oleh konsumen dari pemanfaatan layanan kesehatan.

Pemanfaatan layanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berhubungan erat terhadap penyandang disabilitas. Menurut Field & Jette (2007, h.17), usia mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan karena proses penuaan yang terjadi oleh penyandang disabilitas akan mengurangi pergerakan sehingga kehilangan fungsinya seiring bertambah usia. *The World Health Survey* tahun 2004 menyatakan prevalensi perempuan penyandang disabilitas sebanyak 60% lebih tinggi daripada laki-laki (WHO, 2011, h.207). Jans & Stoddard (1999, h.5) menambahkan perempuan disabilitas cenderung terisolasi dari kehidupan sosial, pendidikan yang rendah, kurang memperoleh pekerjaan dan program pemerintah, serta masalah kesehatan. Selain itu, sebagian besar pemanfaatan layanan kesehatan digunakan oleh penyandang disabilitas yang memiliki pasangan (Smith & Ruiz, 2009, h.6). Orang yang telah menikah cenderung memiliki relasi yang lebih kuat seperti anggota keluarga, kerabat, dan teman-teman) sehingga perilaku sehat dikelola dengan baik untuk mendapatkan layanan preventif (Yen *et al*, 2014, h.8). Tetapi, dalam studi Singleton (2009, h.19) menemukan bahwa efek kedisabilitas seseorang akan memicu perceraian seiring dengan derajat keparahan disabilitas yang dialami. Hal tersebut disebabkan oleh kondisi disabilitas dianggap mengancam perekonomian rumah tangga (Singleton, 2009, h.19).

Dari segi ekonomi, pendapatan juga menjadi faktor utama dalam pemanfaatan layanan kesehatan oleh penyandang disabilitas (Smith & Ruiz, 2009, h.3). Valtora & Hanratty (2013, h.314) menyimpulkan bahwa seiring bertambahnya usia seseorang, beban finansial akan bertambah akibat dari penyakit (disabilitas) yang dialami oleh penyandang disabilitas. Faktor lainnya yaitu biaya transportasi dalam mengakses layanan kesehatan di negara berpendapatan rendah (WHO, 2011, h.180). Jarak dan sistem transportasi, infrastruktur jalan menentukan waktu tempuh dalam mengakses layanan kesehatan secara

geografis (Wagstaff & Claeson, 2004, h.73). Riwayat penyakit kronis juga merupakan salah satu faktor pemanfaatan layanan kesehatan. Penyakit kronis seperti diabetes, asma, kanker, stroke dan lainnya cenderung lebih tinggi diderita oleh penyandang disabilitas (Pharr & Bungum, 2012, h.105). Semakin besar penyakit kronis yang diderita maka semakin tinggi tingkat frekuensi pemanfaatan layanan kesehatan (Glynn *et al*, 2011, h.522).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan data *cross section* dan sumber data diperoleh dari data sekunder *Indonesia Family Life Survey* (IFLS 5). Data IFLS merupakan survei nasional data longitudinal individu dan rumah tangga yang diselenggarakan oleh survey meter (RAND, 2014). Unit analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah penyandang disabilitas usia 15 tahun ke atas sebanyak 1.288 responden. Responden memiliki kriteria masalah kesehatan disabilitas antara lain pergerakan, penglihatan, pendengaran, kognitif dan autisme. Identifikasi kondisi penyandang disabilitas dicerminkan melalui pertanyaan “apakah dokter/paramedis/perawat/ bidan mendiagnosis Anda mengalami gangguan pergerakan/ penglihatan/ pendengaran/ autisme/ retradasi mental?”.

Metode analisis yang digunakan adalah model regresi logistik yaitu multinomial logit. Model regresi ini merupakan pendekatan untuk membuat model prediksi dengan variabel terikat berskala *binary response* (Wooldridge, 2016, h.525; Gujarati, 2013, h.197; Cameron & Trivedi, 2005, h.500). Selain itu, multinomial logit memiliki dua atau lebih kategori yang tidak berurutan (Gujarati, 2013, h.197; Cameron & Trivedi, 2005, h.500). Uji asumsi logit ini bertujuan untuk melihat probabilitas kejadian penggunaan akses layanan kesehatan penyandang disabilitas. Adapun spesifikasi model dituliskan sebagai berikut :

$$HC_i = \alpha_0 + \beta_1 HI_i + \beta_2 CR_i + \beta_3 CH_i + \beta_4 TC_i + \beta_5 LC_i + \mu_i \quad (1)$$

Dengan keterangan :

HC : Penggunaan akses layanan kesehatan oleh penyandang disabilitas.

HI : Kepemilikan asuransi oleh penyandang disabilitas.

CR : Karakteristik individu yang mencakup umur, jenis kelamin, status pernikahan, status, kepala rumah tangga, pendidikan, pendapatan dan status pekerjaan.

CH: Penyakit kronis yang pernah dialami oleh penyandang disabilitas.

TC : Biaya transportasi menuju layanan kesehatan.

LC : Area lokasi tinggal responden.

α_0 : *intercept*

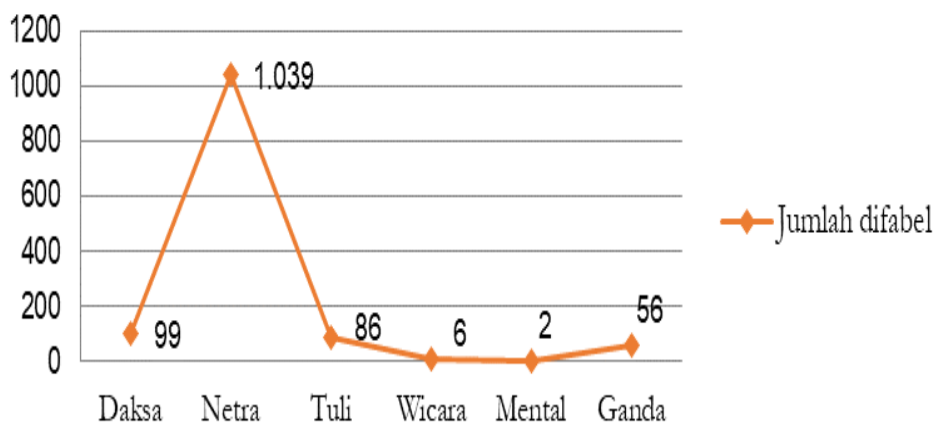
β_i : parameter variabel

μ : *Error term*

i : *data cross section*

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan unit analisis, penelitian ini menggunakan responden penyandang disabilitas sebanyak 1.288 responden yang terdiri dari beberapa jenis penyandang disabilitas



Gambar 1. Jumlah responden penyandang disabilitas berdasarkan jenis disabilitas yang dialami
Sumber : Data IFLS 5, diolah penulis

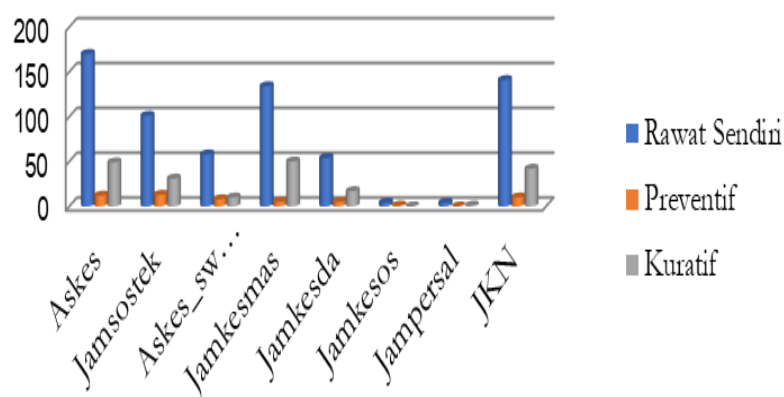
Pada grafik 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden merupakan penyandang disabilitas netra sebanyak 1.039 (80,67%). Sedangkan jumlah paling sedikit yaitu 6 orang (0,46%) dan 2 orang (0,155%) penyandang disabilitas retradasi mental. Selain itu, umur penyandang disabilitas rata-rata berada pada kisaran 41-42 tahun. Berdasarkan unit analisis penelitian ini menggunakan umur responden di atas 15 tahun, sehingga dapat dikatakan bahwa responden penyandang disabilitas termasuk kategori usia remaja, usia kerja sampai dengan lanjut usia. Tabel 1 juga menunjukkan bahwa lama pendidikan yang pernah ditempuh penyandang disabilitas rata-rata berada pada jenjang antara sekolah menengah pertama (SMP) dan sekolah menengah atas (SMA) yaitu sekitar 10-11 tahun menempuh pendidikan.

Tabel 1. Deskripsi Statistik Variabel Non Dummy

Variabel	Mean	Std. Deviasi
Umur Responden	41,92	13,03
Lama Pendidikan yang Ditempuh	10,69	4,59

Sumber : Data IFLS 5 diolah, 2021

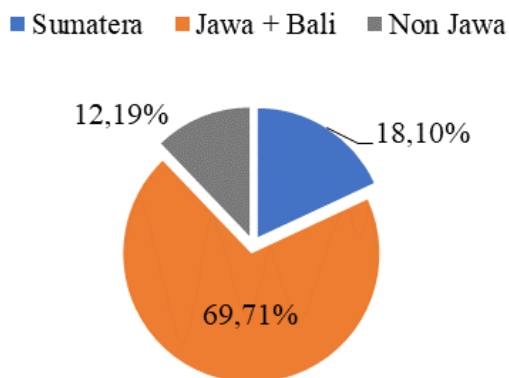
Kepemilikan asuransi kesehatan yang dimiliki oleh masing-masing penyandang disabilitas berbeda-beda jenisnya. Grafik 2 menunjukkan jenis kepemilikan asuransi kesehatan dan seberapa besar pemanfaatan asuransi tersebut terhadap pemanfaatan layanan kesehatan seperti layanan kesehatan yang bersifat preventif dan layanan kuratif. Hasil deskripsi tersebut memperlihatkan bahwa penyandang disabilitas yang telah memiliki asuransi kesehatan cenderung masih memilih perawatan sendiri. Hal ini menimbulkan gap antara kepemilikan asuransi kesehatan dan kebermanfaatan penggunaan layanan kesehatan. Sebagian besar jenis asuransi kesehatan yang dimiliki penyandang disabilitas adalah Asuransi Kesehatan sebesar 231 orang dan paling sedikit yaitu Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) sebanyak 145 orang.



Gambar 2. Pemanfaatan Layanan Kesehatan berdasarkan Asuransi yang Dimiliki Penyandang Disabilitas

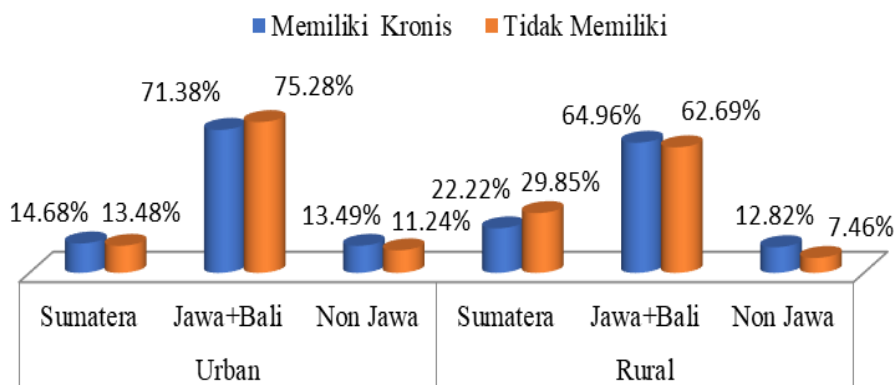
Sumber : Data IFLS 5, diolah penulis

Gambar 3 menunjukkan jumlah fasilitas kesehatan (faskes) terbanyak terdapat pada Pulau Jawa dan Bali sebesar 69,71% faskes, sedangkan sebanyak 18,10% faskes berada pada Pulau Sumatera dan diikuti oleh Pulau Non Jawa sebesar 12,19% faskes di Indonesia. Jumlah Faskes tergolong cukup rendah untuk Pulau Sumatera dimana pulau tersebut merupakan salah satu pulau cukup besar di Indonesia.



Gambar 3. Jumlah Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Pulau di Indonesia
Sumber : Data IFLS 5, diolah penulis

Berdasarkan kondisi penyakit kronis yang di derita oleh penyandang disabilitas di Indonesia memperlihatkan bahwa area perkotaan pada Pulau Jawa dan Bali memiliki tingkat lebih tinggi daripada area pedesaan yaitu sebesar 71,38% di perkotaan dan 64,96% di pedesaan Pulau Jawa dan Bali. Namun demikian, presentase disabilitas yang tidak memiliki penyakit kronis sedikit lebih tinggi daripada penyandang disabilitas yang mengidap penyakit kronis di area perkotaan Pulau Jawa dan Bali. Di sisi lain, tingkat paling rendah penyakit kronis penyandang disabilitas berada pada area pedesaan Non Jawa sebesar 12,82%.



Gambar 4. Riwayat Penyakit Kronis Penyandang disabilitas Berdasarkan Area dan Pulau di Indonesia
Sumber : Data IFLS 5, diolah penulis

Selanjutnya, tabel 2 menunjukkan penyandang disabilitas yang memiliki asuransi sebesar 792 orang menunjukkan bahwa skitar 44,72% melakukan perawatan sendiri. Hal ini diduga kondisi penyandang disabilitas bukanlah pokok permasalahan kesehatan yang

mengharuskan penyandang disabilitas untuk melakukan pemeriksaan kesehatan. Akan tetapi terdapat faktor penentu lain untuk dapat mengakses layanan kesehatan dengan asuransi kesehatan yang telah dimiliki tersebut. Biaya transportasi ditunjukkan sebanyak 1.245 responden atau 96,66% menyatakan tidak terjangkau.

Tabel 2. Deskripsi Statistik Aksesibilitas Layanan Kesehatan Penyandang Disabilitas

Variabel	Pemanfaatan Layanan Kesehatan (dalam angka)			
	Rawat Sendiri	Preventif	Kuratif	Total
Aksesibilitas Layanan Kesehatan	965	57	266	1.288
Status Kepemilikan Asuransi				
Memiliki Asuransi	576	41	175	792
Tidak Memiliki Asuransi	389	16	91	496
Jenis Kelamin Responden				
Laki-Laki	546	22	115	683
Wanita	419	35	151	605
Status Pernikahan				
Menikah	769	44	207	1.020
Belum atau sudah pernah menikah	196	13	59	268
Status Kepala Rumah Tangga (HoH)				
Kepala Rumah Tangga	535	32	119	686
Bukan Kepala Rumah Tangga	430	25	147	602
Status Penyakit Kronis				
Memiliki Penyakit Kronis	481	44	183	708
Tidak Memiliki Penyakit Kronis	484	13	83	580
Biaya transportasi yang digunakan				
Kategori Terjangkau	5	8	30	43
Kategori tidak terjangkau	960	49	236	1.245
Status Pekerjaan				
Tidak Bekerja	119	16	47	182
Bekerja	846	41	219	1.106
Kondisi Tempat Tinggal Responden				
Perkotaan (urban)	709	44	184	937
Pedesaan (rural)	256	13	82	351

Sumber : Data IFLS 5 Diolah, 2021

Selain itu, layanan kuratif yaitu pengobatan cenderung lebih sering diakses oleh penyandang disabilitas daripada layanan preventif atau pencegahan. Hal ini disebabkan

kondisi akan kebutuhan layanan kesehatan seperti penyakit yang dialami penyandang disabilitas cenderung telah terjadi sehingga layanan yang digunakan adalah tindakan pengobatan, bukan lagi tindakan pencegahan. Hal ini juga didukung oleh banyaknya jumlah penyakit kronis yang dialami penyandang disabilitas sebesar 708 orang atau 54,96% dari 1.288 responden. Di sisi lain, penyandang disabilitas yang berstatus sebagai kepala rumah tangga sebanyak 686 orang atau 53,26 dari 1.288 responden. Besarnya status kepala rumah tangga penyandang disabilitas juga sejalan dengan banyaknya penyandang disabilitas yang berstatus bekerja sebanyak 1.106 orang atau 85,86%. Usia kerja penyandang disabilitas ini menunjukkan bahwa pentingnya kepemilikan asuransi kesehatan untuk perlindungan cedera kerja seperti jaminan kesehatan sosial dan tenaga kerja (jamsostek) dan asuransi lainnya. Pekerja penyandang disabilitas ini diduga menjadi tulang punggung keluarga. Hal ini dilihat dari jumlah laki-laki penyandang disabilitas sebesar 546 orang (42,39%) dan 769 orang (59,70%) penyandang disabilitas berstatus menikah atau sudah berkeluarga.

Dalam penelitian ini, untuk mengetahui pengaruh kepemilikan asuransi kesehatan terhadap aksesibilitas layanan kesehatan penyandang disabilitas dilakukan estimasi probabilitas atau perubahan kemungkinan yang terjadi melalui hasil analisis *marginal effect multinomial logic regression* pada tabel 3. Model 1 menyajikan hasil nilai marginal efek dengan variabel *interest* atau tanpa variabel kontrol, sedangkan model 2 menyajikan nilai marginal efek dengan disertakan variabel kontrol. Pada model 1, jamsostek dan asuransi kesehatan swasta memberikan korelasi positif dan signifikan terhadap penggunaan layanan kesehatan preventif. Hal ini berarti semakin banyaknya seseorang memiliki asuransi tersebut maka probabilitas untuk mengakses layanan kesehatan preventif juga meningkat sebesar 3,4% dan 3,8%. Hal ini didukung besaran jumlah penyandang disabilitas usia kerja yang menjadi kepala rumah tangga dan cenderung menjadi tulang punggung keluarga. Akan tetapi, kepemilikan asuransi lainnya dan secara keseluruhan tidak signifikan. Sehingga kepemilikan asuransi kesehatan belum cukup efektif untuk memaksimalkan pemanfaatan layanan kesehatan oleh penyandang disabilitas.

Pada model 2 (iv), setelah penambahan variabel kontrol menunjukkan bahwa status kepemilikan asuransi kesehatan berkorelasi negatif dan signifikan terhadap keputusan

untuk merawat sendiri. Ini mengartikan bahwa ketika seseorang tidak memiliki asuransi kesehatan maka probabilitas seseorang memilih perawatan sendiri akan meningkat sebesar 5%.

Tabel 3. Hasil Estimasi Marginal Effects Multinomial Logit

Variabel	Model 1			Model 2		
	(i)	(ii)	(iii)	(i)	(ii)	(iii)
Kepemilikan Asuransi	-0,0353 (0,0515)	- 0,00036 (0,0208)	0,0356 (0,0492)	-0,0513** (0,025)	0,0123 (0,0132)	0,039 (0,024)
Asuransi Kesehatan	-0,0113 (0,0496)	0,0122 (0,0189)	-0,0009 (0,0476)			
Jamsostek	-0,042 (0,047)	0,034** (0,017)	0,0076 (0,046)			
Askes Swasta	0,058 (0,063)	0,038** (0,0189)	-0,0965 (0,0614)			
Jamkesmas	-0,028 (0,0508)	-0,0148 (0,024)	0,0423 (0,0473)			
Jamkesda	-0,0305 (0,0597)	0,0265 (0,024)	0,0039 (0,0567)			
Jamkesmas	2,115 (154,2)	0,183 (8,766)	-2,299 (163,0)			
Jampersal	0,433 (32,73)	-0,512 (41,44)	0,0789 (8,713)			
JKN	-0,012 (0,048)	0,0122 (0,019)	0,00069 (0,046)			
Usia				-0,0016 (0,00102)	0,00048 (0,00048)	0,0011 (0,00097)
Jenis kelamin (dummy Laki-laki)				0,049 (0,0324)	-0,037** (0,017)	-0,012 (0,03)
Status pernikahan (menikah)				0,0202 (0,0029)	0,0042 (0,015)	-0,0243 (0,027)
Status kepala rumah tangga				0,018 (0,033)	0,038** (0,017)	-0,056* (0,031)
Penyakit kronis yang dialami				-0,124*** (0,024)	0,033** (0,014)	0,091*** (0,023)
Keterjangkauan biaya transportasi				-0,494*** (0,077)	0,089*** (0,021)	0,404*** (0,067)
Status pekerjaan (tidak bekerja)				-0,051 (0,032)	0,032** (0,014)	0,019 (0,03)
Pendapatan				3,88e ⁻¹² (3,52e ⁻¹⁰)	-1,58e ⁻¹¹ (1,64e ⁻¹⁰)	1,19e ⁻¹¹ (3,38e ⁻¹⁰)
Lokasi tempat tinggal (urban)				0,024 (0,027)	0,0028 (0,014)	-0,026 (0,025)
Lama pendidikan yang ditempuh				0,00299 (0,00295)	0,0026* (0,0015)	-0,0056** (0,0028)

*(i), (ii), dan (ii) merupakan estimasi tanpa variabel kontrol dan (iv), (v), (vi) estimasi dengan kontrol variabel.

* Standard errors in parentheses (* $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$)

Sumber : Data IFLS 5, diolah penulis

Begitu juga dengan penyakit kronis dan biaya transportasi menuju layanan kesehatan berkorelasi negatif dan signifikan, yang artinya apabila biaya transportasi menuju layanan kesehatan semakin tinggi dan penyakit kronis yang dialami penyandang disabilitas bertambah maka probabilitas seseorang penyandang disabilitas memilih merawat sendiri akan berkurang.

Model 2 (v) dan (vi) menyajikan keputusan penyandang disabilitas menggunakan layanan kesehatan preventif (pencegahan) dan kuratif (pengobatan). Variabel jenis kelamin berkorelasi negatif dan signifikan yaitu probabilitas pemanfaatan layanan kesehatan preventif lebih sering diakses oleh wanita daripada laki-laki. Selain itu, besarnya probabilitas memilih layanan kesehatan preventif dipengaruhi secara positif oleh status pekerjaan. Probabilitas layanan kesehatan preventif akan terus meningkat sebesar 3,2 % seiring dengan status penyandang disabilitas sebagai pekerja. Demikian halnya dengan penyakit kronis yang dialami penyandang disabilitas, semakin tinggi penyakit kronis yang dialami maka probabilitas memilih layanan kesehatan preventif dan kuratif juga meningkat sebesar 3,2% dan 9,1%.

Berbeda dengan pendidikan yang di tempuh oleh penyandang disabilitas, semakin tinggi pendidikan penyandang disabilitas maka probabilitas mengakses layanan kesehatan preventif semakin tinggi, tetapi probabilitas terhadap layanan kuratif semakin menurun. Selain itu, probabilitas penggunaan layanan kesehatan preventif sebesar 3,8% cenderung dilakukan penyandang disabilitas yang berstatus sebagai kepala rumah tangga, sebaliknya dengan layanan kesehatan kuratif sebesar 5,6%. Sedangkan variabel biaya transportasi menuju layanan kesehatan berpengaruh signifikan dan positif, artinya semakin terjangkau biaya transportasi menuju layanan kesehatan maka probabilitas mengakses layanan kesehatan preventif dan kuratif juga semakin meningkat. Akan tetapi, kepemilikan asuransi kesehatan belum maksimal dalam penggunaan layanan kesehatan preventif dan kuratif oleh penyandang disabilitas. Hal ini dilihat dari hasil model 2 (v) dan (vi) berkorelasi positif dan tidak signifikan.

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan oleh penyandang disabilitas dengan adanya program asuransi kesehatan belum cukup efektif di Indonesia yang di analisis melalui survey data *Indonesia Family Life Survey 5*.

Penggunaan asuransi kesehatan preventif yang berpengaruh bagi penyandang disabilitas yaitu jamsostek dan askes dari pihak swasta. Sedangkan kepemilikan asuransi lainnya belum digunakan secara maksimal. Penelitian menduga bahwa penyebab belum maksimalnya pemanfaatan layanan kesehatan disebabkan oleh pelayanan yang kurang responsif. Studi dari Fisher (2004, h.49) menyatakan bahwa pelayanan berupa *screening*, pemeriksaan gejala fisik dan mental, perawatan gigi dan mulut kurang responsif. Studi Soomers (2006, h.393) di Amerika Serikat juga menemukan bahwa kelompok yang mendapat asuransi kesehatan masih mendapatkan manfaat lebih kecil dari ketersediaan pelayanan kesehatan. Selain itu, sistem administrasi dan rujukan yang kompleks cenderung menjadi hambatan penyandang disabilitas baik waktu maupun fisik (Scheer *et al*, 2003, h.1). Dari permasalahan ini, diduga adanya faktor lain yang menyebabkan kurangnya penggunaan akses layanan oleh penyandang disabilitas.

Dari sisi umur responden menunjukkan tidak ada pengaruh terhadap pemanfaatan akses layanan kesehatan oleh penyandang disabilitas. Hal ini berbeda dari penelitian sebelumnya oleh Field dan Jette (2007, h.17) bahwa seiring proses penuaan yang terjadi maka akan mengurangi pergerakan dan fungsi tubuh penyandang disabilitas. Akan tetapi, penelitian ini menduga bahwa ketika seseorang memiliki kondisi penyandang disabilitas baik usia remaja, dewasa atau lansia maka penggunaan layanan kesehatan tidak jauh berbeda pada kebutuhan preventif maupun kuratif. Sebab lainnya yaitu penyakit kronis yang dialami penyandang disabilitas tidak berdasarkan umur penyandang disabilitas itu sendiri. Hasil penelitian menunjukkan bahwa riwayat penyakit kronis yang dialami penyandang disabilitas berpengaruh positif terhadap pemanfaatan akses layanan kesehatan preventif dan kuratif. Sejalan dengan penelitian dari Pharr & Bungum (2012, h.100) dan Glynn *et al* (2011, h.518) bahwa riwayat penyakit kronis seperti diabetes, asma, kanker, strok dan lainnya lebih tinggi dialami oleh penyandang disabilitas dan menyebabkan frekuensi akses layanan kesehatan preventif (pencegahan) ataupun kuratif (pengobatan) lebih intensif digunakan.

Dari aspek demografi lainnya, status pernikahan penyandang disabilitas tidak berpengaruh terhadap aksesibilitas layanan kesehatan. Pada penelitian Smith dan Ruiz (2009, h.6) menyatakan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan lebih sering digunakan oleh penyandang disabilitas yang memiliki pasangan. Akan tetapi, studi Singleton (2009, h.19)

menunjukkan bahwa efek kedisabilitas memicu perceraian seiring derajat keparahan penyandang disabilitas dan dianggap mengancam perekonomian rumah tangga. Dari hasil penelitian ini menduga bahwa status pernikahan tidak menjadi faktor penentu penyandang disabilitas dalam mengakses layanan kesehatan. Begitu pula dengan pendapatan menunjukkan hubungan positif tetapi tidak signifikan sehingga dapat dikatakan bahwa semakin tinggi pendapatan tidak mempengaruhi penyandang disabilitas untuk mengakses pelayanan kesehatan. Hal ini berbeda dengan penelitian dari Smith dan Ruiz (2009, h.3) bahwa pendapatan menjadi faktor penting dalam pemanfaatan layanan kesehatan. Studi ini menduga bahwa faktor utama untuk mengakses layanan kesehatan adalah mobilitas fisik seperti transportasi.

Penelitian ini memberikan hasil signifikan dan positif dari pengaruh keterjangkauan biaya transportasi terhadap pemanfaatan layanan kesehatan penyandang disabilitas. Hal ini mengartikan bahwa semakin terjangkau biaya transportasi menuju layanan kesehatan maka probabilitas penggunaan akses layanan kesehatan oleh penyandang disabilitas akan semakin meningkat. McDoom *et al* (2014, h.157) menyatakan bahwa hambatan tertinggi bagi penyandang disabilitas adalah transportasi. Penyebab hambatan tersebut ialah keterbatasan *benefit*, keterjangkauan biaya, jarak, dan kemampuan membayarnya (Soomer, 2006, h.403; Badu *et al*, 2015, h.47; Feldstein, 2006, h.1603; Pharr & Bungum, 2012, h.101). Alokasi anggaran daerah harus mampu memperbaiki sarana dan prasarana publik yang inklusif terutama bagi penyandang disabilitas sehingga dapat memutus rantai hambatan penyandang disabilitas (McFadden, 2013, h.2; Trani & Loeb, 2012, h.19).

The World Health Survey mengatakan bahwa prevalensi perempuan penyandang disabilitas sebanyak 60% lebih tinggi daripada laki-laki (WHO, 2011, h.207). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yaitu probabilitas perempuan menggunakan akses pelayanan kesehatan preventif lebih besar daripada laki-laki. Studi Jans & Stoddard (1999, h.5) menambahkan perempuan disabilitas cenderung terisolasi dari kehidupan sosial, pendidikan yang rendah, kurang memperoleh pekerjaan dan program pemerintah, serta masalah kesehatan sehingga memungkinkan perempuan lebih sering membutuhkan layanan kesehatan ini. Akan tetapi, penelitian ini menemukan bahwa status kepala rumah tangga juga mempengaruhi penyandang disabilitas mengakses layanan kesehatan. Status sebagai kepala rumah tangga cenderung akan menjadi tulang punggung keluarga dalam

memenuhi kebutuhan rumah tangga. Penyandang disabilitas usia kerja perlu mendapatkan akses layanan kesehatan berupa asuransi kesehatan untuk perlindungan cedera kerja (Gettens *et al*, 2016, h.248).

Dalam hal pendidikan, penelitian ini menemukan bahwa semakin tinggi pendidikan yang ditempuh penyandang disabilitas maka probabilitas menggunakan akses layanan kesehatan preventif akan semakin meningkat. Begitu juga dengan probabilitas perawatan kesehatan kuratif akan menurun seiring tingginya pendidikan penyandang disabilitas. Hal ini disebabkan tingkat pengetahuan dan kesadaran akan kesehatan yang dimiliki seiring lamanya pendidikan yang ditempuh membuat penyandang disabilitas melakukan perawatan pencegahan (preventif) lebih awal sehingga perilaku kesehatan mengurangi intensitas mendapatkan layanan kuratif atau pengobatan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Andersen & Newman (2005, h.14) yang menyatakan bahwa aspek struktur sosial seperti pendidikan mempengaruhi seseorang memanfaatkan akses pelayanan kesehatan.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa kepemilikan asuransi kesehatan yang dimiliki penyandang disabilitas belum cukup efektif dalam pemanfaatan aksesibilitas layanan kesehatan baik preventif maupun kuratif. Faktor hambatan mobilitas fisik cenderung mempengaruhi aksesibilitas layanan kesehatan seperti biaya transportasi. Pada pelayanan kesehatan preventif dan kuratif ditemukan bahwa status kepala rumah tangga, penyakit kronis, biaya transportasi berpengaruh positif dan signifikan. Sedangkan jenis kelamin mempengaruhi secara negatif pada pelayanan preventif. Selain itu, pendidikan berpengaruh positif terhadap layanan preventif dan berpengaruh negatif terhadap layanan kuratif. Penelitian ini diharapkan mampu memberikan masukan bagi peneliti selanjutnya dan lembaga terkait untuk mencapai program kesetaraan akses kesehatan terutama penyandang disabilitas dan menjadi rancangan dukungan komprehensif terhadap peningkatan penyediaan layanan akses kesehatan yang inklusif.

KETERBATASAN DAN REKOMENDASI

Penelitian ini memiliki keterbatasan pada jenis ragam disabilitas yang digunakan hanya di asumsikan dengan penyandang disabilitas tingkat keparahan kecil -sedang. Selain itu, asumsi rumah tangga disabilitas tidak dibedakan antara pendapatan tinggi dan pendapatan rendah. Maka dari itu rekomendasi untuk penelitian selanjutnya diharapkan dapat membandingkan manfaat asuransi kesehatan penyandang disabilitas berdasarkan klasifikasi lebih spesifik sebagai perbandingan dan menambah faktor determinan dari sisi ekonomi seperti pendapatan, status pekerjaan, tingkat kemiskinan serta modal sosial dapat ditambahkan dalam variabel kontrol. Penelitian diharapkan mampu memberikan gambaran keilmuan bagi akademisi dan pelaku kebijakan yang terkait dalam melaksanakan program asuransi terutama keterkaitan program asuransi kesehatan dan aksesibilitasnya untuk penyandang disabilitas .

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, M. (2015). Independent-Mobility Rights and the State of Public Transport Accessibility for Disabled People. *Journal of Administration & Society*, 47(2), pp.197– 213.
- Andersen, R. & Newman, J.F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Journal of Health and Society*, 83(4), pp.1–28.
- Badu, E., Opoku, M.P., Appiah, S.C.Y, Agyei-Okyere, E. (2015). Financial Access to Healthcare among Persons with Disabilities in the Kumasi Metropolis, Ghana. *Juornal of Disability CBR & Inclusive Development*, 26(2), pp.47–64.
- Cameron, A Colin., Trivedi, Pravin K. (2005). *Microeconomic – Methods and Applications*. Cambridge University Press.
- Culyer, A.J., Newhouse, J.P. (1999). Handbook of Helath Economics. *Elsiever*. Volume 1 (A), pp. 1-890
- Elwell-Sutton T.M, Jiang C.Q, Zhang W.S, *et al.* (2013). Inequality and inequity in access to health care and treatment for chronic conditions in China: the Guangzhou Biobank Cohort Study. *Journal of Health Pol. Plann.* Vol.28, hal 467–479.
- Field, M.J. & Jette, A.M. (2007). *The Future of Disability in America*, Washington, DC. National Academics Press..
- Feldstein, M. (2006). Balancing the Goals of Health Care Provision and Financing. *Health Affairs*, 25(6) p.1603-1611.
- Fisher, K. (2004). Health Disparities and Mental Retardation. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), pp.48–53.
- Gettens, John., Hoffman, Denise., Henry, Alexis D. (2016). Expenditures and Use Wraparound Health Insurance for Employed People With Disabilities. *Journal of Disability and Health*, 9(2016), pp.248-225.

- Glynn, L.G., Valderas J.M., Healy, P., Burke, E., Newell, J., Gillespie, P., Murphy A.W. (2011). The Prevalence of Multimorbidity in Primary Care and Its Effect on Health Care Utilization and Cost. *Journal of Family Practice*, 28(5), pp.516–23.
- Gudlavalleti, M.V.S., John, N., Allagh, K., Sagar, J., Kamalakannan, S., Ramachandra, S.S., SIDE Group. (2014). Access to Health Care and Employment Status of People with Disabilities in South India, the SIDE (South India Disability Evidence) Study. *Biomedical Central*, 14(1125), pp.1–8.
- Gujarati, Damodar N., Porter, Dawn C. (2013). *Dasar-Dasar Ekonometrika (Basic Econometric) Edisi 5*. Jakarta : Salemba Empat
- He, H & Nolen, P. (2018). *The Effect of Health Insurance Reform : Evidence From China*. Discussion Paper Series
- Henry A, Long-Bellil L, Zhang J, Himmelstein J. (2011). Unmet Need for Disability-related Health Care Services and Employment Status Among Adults with Disabilities in the Massachusetts Medical program. *Journal of Disability Health*. Vol 4, pp.209-218
- Hsiao, W.C., & Fraker, A. (2007). Social Health Insurance for Developing Nations. *World Bank Publications*. Vol. 434.
- Jans, L. & Stoddard, S. (1999). *Chartbook on Women and Disability in the United States*, Washington, DC. National Institute on Disability and Rehabilitation Research.
- Johar M, Soewondo P, Pujisubekti R, Satrio H, Adji A. (2018). Inequality in access to health care, health insurance and the role of supply factors. *Social Science & Medicine Journal*. Vol.213, pp.134-145.
- Krahn, G.L., Walker, D.K. & Correa-De-Araujo, R. (2015). Persons with Disabilities as an Unrecognized Health Disparity Population. *American Journal of Public Health*, 105 Suppl, pp.S198–206.
- Lang R, Kett M, Groce N, Trani JF. (2013). Implementing the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities : Principles, Implication, Practice and Limitations. *European Journal of Disability Research*. Vol.5, pp.206-220.
- Lee JE, Kim HR, Shin HI. (2013). Accessibility of medical services for persons with disabilities : comparison with the general population in korea. *Disability and Rehabilitation*. Vol.36 (20), pp.1728-1734.
- Maart S, Jelsma J. (2013). Disability and Access to Health Care – a community based descriptive study. *Disability and Rehabilitation*. Vol.36 (18), pp.1489-1493
- McDoom, M.M., Koppelman, E. & Drainoni, M.-L. (2014). Barriers to Accessible Health Care for Medicaid Eligible People With Disabilities: A Comparative Analysis. *Journal of Disability Policy Studies*, 25(3), pp.154–163
- McFadden, E.S. (2013). *Stuck At Home: By-Passing Transportation Roadblocks To Community Mobility and Independence*. Morrison Institute of Public Policy : Arizona State University
- Mwchofi A, Heinemann AW, Al-Assaf A. (2010). Factors Affecting Reductingof Gender Differences in Health Care Coverage for Vocational Rehabilitation Clients with Disabilities. *Journal of Women’s Health Issues*. Vol.20, pp.66-74.
- Park, J.M. (2016). Equity in the utilization of physician and inpatient hospital services: evidence from Korean health panel survey. *International Journal of Equity Health*. Vol.15 (1), pp.159.
- Pharr, Jennifer R., Bungum, Tim. (2012). Health Disparities Experienced by People With Disabilities in the United States : A Behavioral Risk Factor Surveillance System Study. *Global Journal of Health Science*. Vol. 4, No.6 ISSN 1916-9736, pp. 99-108.

- RAND. (2014). Indonesia Family life Survey (IFLS) gelombang 4 dan 5. Retrieved by <https://www.rand.org/labor/FLS/IFLS.html>.
- Ro'fah, Andayani, Supartini. (2012). Kebijakan Berbasis Hak: Pengalaman Pemerintah DIY dalam Penyusunan Perda Penyandang Disabilitas. *Jurnal Ilmu Kesejahteraan Sosial*, pp.277–308.
- Scheer, J., Kroll, T., Neri, M.T., Beatty, P. (2003). Access Barriers for Persons with Disabilities: The Consumer's Perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 13, pp.221–230.
- Singleton, P. (2009). Insult to Injury: Disability, Earnings, and Divorce. *Journal of Human Resources*, January 2009, pp.1-34.
- Smith, D.L. & Ruiz, M.S. (2009). Perceived Disparities in Access to Health Care Due to Cost for Women with Disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 75(4), pp.3–10.
- Sommers, A.S. (2006). Access to Health Insurance, Barriers to Care, and Service Use among Adults with Disabilities. *Journal of Inquiry*, 405, pp.393–405.
- Thabrany, H. (2013). Asuransi Kesehatan Nasional. (Pamjaki, Ed.). Pamjaki: Jakarta.
- Trani, J.-F. & Loeb, M. (2012). Poverty and disability: A vicious circle? Evidence from Afghanistan and Zambia. *Journal of International Development*, 24, pp.S19–S52.
- Valtorta, N.K. & Hanratty, B.(2013). Maturitas Socioeconomic Variation in the Financial Consequences of Ill Health for Older People with Chronic Diseases : A Systematic Review. *Journal of Maturitas*, 74(4), pp.313–333.
- Wagstaff, Adam., Claeson, Mariam.(2004). *The Millennium Development Goals for Health : Rising to the Challenges*. The World Bank
- Woldridge, Jeffrey M. (2016). *Introductory Econometrics – A Modern Approach*. Michigan University : United State of America
- World Health Organization.(2011). *World Report on Disability 2011*.Geneva : World Health Organization.
- Xie X, Wu Q, Hao Y, Yin H, Fu W, Ning N, Xu L, Liu C, Li Y, Kan Z, He C. (2014). Identifying determinants of socioeconomic inequality in health service utilization among patients with chronic non-communicable diseases in China. *Journal of PLoS One*. Vol.9 (6), pp.1-14
- Yen, S.-M., Kung, P.-T. & Tsai, W.-C. (2014). Factors Associated with Free Adult Preventive Health Care Utilization among Physically Disabled People in Taiwan: Nationwide Population-based Study. *BMC Health Services Research*, 14, p.610.
- _____. (2016). *Naskah Online Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas : Indonesia*.
- (Do-file stata dapat menghubungi email penulis)