

## EKUITAS TERHADAP AKSES PELAYANAN KESEHATAN: TEORI & APLIKASI DALAM PENELITIAN

**Haerawati Idris**

Staf Pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya

### *EQUITY OF ACCESS TO HEALTH CARE: THEORY & APPLICATION IN RESEARCH*

#### **ABSTRACT**

**Background:** *Equity of access to health services is a major challenge faced by many countries in the world. The gap in health status between developed and developing countries often occur. Including health inequalities between groups within a country. This study aimed to describe theory and application of the equity of access to health services in research.*

**Methods:** *The literature review with systematic mapping studies related to equity of access to health services in some countries. It is conducted with a set of five research questions, there were 30 studies, from 1999 to 2014, were evaluated.*

**Results:** *Equity in access to health services occurred when health services have been distributed according to geography, socio-economic and community needs, and vice versa. Empirical studies generally reported incidents of inequity of access to health services was influenced by various factors. Generally, researchers used secondary data in exploring equity of access to health services.*

**Conclusion:** *Equity of access to health care is an important issue that needs to be addressed in achieving the goals of health systems. This can be achieved if health care is distributed according to geography, socio-economic and community needs. Both improvement of the supply side and the demand side also exploration studies of access to health services need to be developed.*

**Keywords:** *equity, health care, theory, research*

#### **ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan merupakan tantangan besar yang dihadapi oleh berbagai negara di dunia. Kesenjangan status kesehatan antara negara maju dan berkembang sering terjadi. Termasuk kesenjangan kesehatan antar kelompok dalam suatu negara. Studi ini bertujuan untuk mendeskripsikan konsep dan aplikasi ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan dalam penelitian

**Metode:** *Literatur review* ini merupakan studi pemetaan sistematis terkait ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan di beberapa negara. Dilakukan dengan satu set lima pertanyaan penelitian, terdapat 30 studi, mulai 1999-2014, dievaluasi.

**Hasil Penelitian:** Ekuitas dalam akses pelayanan kesehatan terjadi jika pelayanan kesehatan telah terdistribusi menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat. Demikian pula sebaliknya. Studi empiris umumnya melaporkan kejadian inekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Umumnya peneliti menggunakan data sekunder dalam mengeksplorasi ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan.

**Kesimpulan:** Ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan merupakan isu penting yang perlu mendapatkan perhatian dalam mencapai tujuan sistem kesehatan. Hal ini dapat tercapai jika pelayanan kesehatan terdistribusi menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat. Upaya perbaikan dari sisi *supply side* dan *demand side* serta eksplorasi studi-studi ekuitas akses pelayanan kesehatan perlu dikembangkan.

**Kata Kunci:** Ekuitas, pelayanan kesehatan, teori, penelitian

## **PENDAHULUAN**

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan komisi determinan sosial kesehatan (CSDH) pada bulan Maret 2005. Komisi ini diberikan mandat untuk mengumpulkan bukti apa yang dapat dilakukan untuk mempromosikan pemerataan kesehatan (*health equity*) dan mendorong gerakan global untuk mencapainya. Komisi ini berasal dari berbagai negara dan terdiri dari 20 komisioner yang diketuai oleh Michael Marmot. Beliau dikenal karena karya rintisannya pada dampak kesenjangan sosial dalam kesehatan di Inggris. Secara khusus, CSDH bertugas mengumpulkan, menyusun dan mensintesis bukti global pada determinan sosial kesehatan dan dampaknya terhadap ketidakadilan kesehatan dari berbagai negara dan membuat rekomendasi terhadap upaya dalam mengatasi ketidakmerataan kesehatan.<sup>1</sup>

Promosi kesehatan penduduk dan pemerataan kesehatan adalah target utama dari organisasi kesehatan Dunia (WHO).<sup>2</sup> Meningkatkan ekuitas dalam kesehatan tidak hanya mengurangi perbedaan status kesehatan yang ada antara negara berkembang dan negara maju, tetapi juga mengurangi kesenjangan antara kelompok dalam negara.<sup>3</sup> Pengurangan kesenjangan dalam kesehatan merupakan salah satu tujuan utama dari kebijakan kesehatan masyarakat di Negara Eropa. Namun, pengukuran kesenjangan status kesehatan kurang dapat dieksplorasi di negara berkembang sebab kurangnya data yang tersedia.<sup>4,5,6</sup>

Ekuitas dalam akses pelayanan kesehatan merupakan tantangan yang dihadapi oleh berbagai negara, khususnya di Asia Tenggara. Hingga saat ini inekuitas (*inequity*) kesehatan antar kelompok masyarakat masih tetap berlangsung. Hal ini disebabkan oleh masyarakat mempunyai kesempatan yang berbeda (*unequal*) akan akses pendidikan, pekerjaan, dan pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, program peningkatan ekuitas kesehatan harus mengarah kepada

peningkatan ekuitas sumber daya layanan kesehatan yang ada.<sup>7</sup>

Beberapa studi empiris sebelumnya telah mengkaji ekuitas terhadap pelayanan kesehatan. Negara yang belum menerapkan sistem asuransi sosial, maka biaya layanan kesehatannya akan sangat berpengaruh terhadap akses pelayanan kesehatan. Penelitian di Amerika mengungkapkan bahwa biaya pelayanan kesehatan menjadi hambatan para lansia untuk mengakses pelayanan kesehatan.<sup>8</sup> Studi di Spanyol melaporkan bahwa individu yang tinggal di pedesaan lebih jarang mengakses pelayanan kesehatan spesialis dibandingkan mereka yang tinggal di perkotaan. Hal ini disebabkan karena terbatasnya sarana layanan kesehatan spesialis di pedesaan.<sup>9</sup> Individu yang menetap di Itali Selatan lebih jarang mengakses pelayanan kesehatan dibandingkan dengan mereka yang tinggal di pusat Itali. Hal ini menunjukkan bahwa daerah tempat tinggal mempengaruhi akses terhadap layanan kesehatan.<sup>10</sup>

Adapun ekuitas pelayanan kesehatan di Indonesia belum merata di tiap wilayah. Studi yang dilakukan Nadjib di tiga belas propinsi menunjukkan bahwa probabilitas untuk akses pelayanan kesehatan terbukti berbeda antar wilayah yang dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, dan wilayah.<sup>11</sup> Selain itu, penelitian oleh Thabrany menunjukkan bahwa ada kaitan antara asuransi kesehatan dengan permintaan pelayanan kesehatan di berbagai wilayah Indonesia. Pegawai negeri yang memiliki asuransi kesehatan mempunyai akses ke pusat layanan kesehatan lebih baik 26% dibandingkan kelompok lain.<sup>12</sup> Kesenjangan yang terjadi akan berdampak kepada status kesehatan masyarakat. *Literature review* ini bertujuan membahas teori ekuitas akses pelayanan kesehatan dan aplikasinya dalam penelitian

## **METODE**

*Literatur review* ini merupakan studi pemetaan sistematis terkait ekuitas terhadap

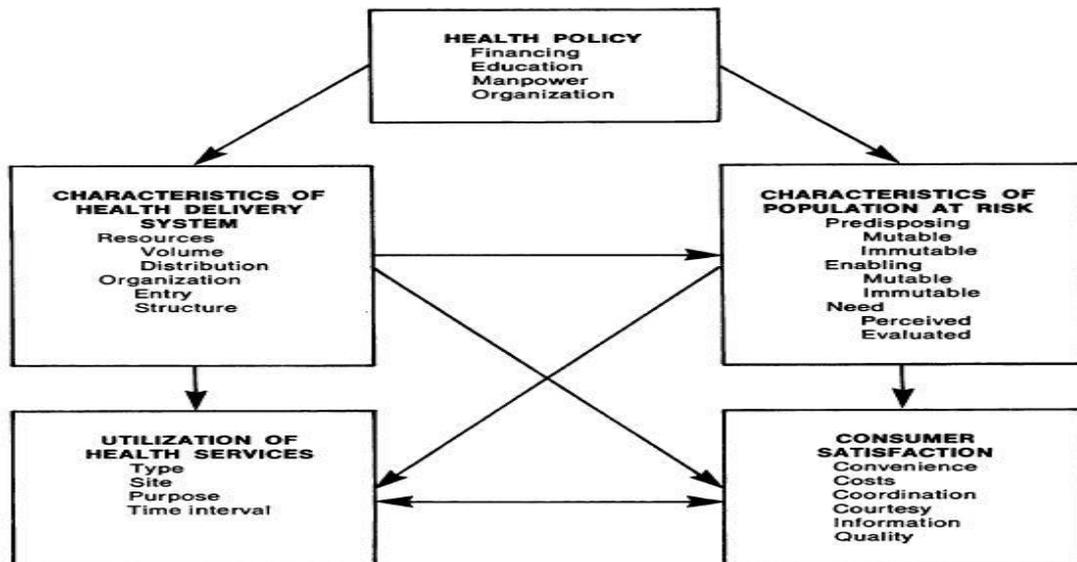
pelayanan kesehatan. Pencarian literatur dengan memasukkan kata kunci ke beberapa *search engine* seperti pubmed, NCBI, dan google scholar. Dilakukan dengan satu set lima pertanyaan penelitian, terdapat 60 studi, mulai 1999-2014, dievaluasi menggunakan kriteria inklusi berupa *equity* dalam akses pelayanan kesehatan

**PEMBAHASAN**  
**Akses Pelayanan Kesehatan**

Menurut komite pengawasan akses pelayanan kesehatan Amerika, akses merupakan pemanfaatan layanan kesehatan

tepat waktu untuk mencapai status kesehatan yang baik dan paling memungkinkan. Akses dapat diartikan sebagai layanan kesehatan tersedia kapan pun dan dimana pun diperlukan masyarakat. Teori yang populer digunakan oleh pakar ekonomi kesehatan untuk membahas tentang akses adalah teori akses.<sup>14</sup> Teori ini secara komprehensif mengkaji tentang akses pelayanan kesehatan baik dari segi *supply*, *demand* dan kebijakan kesehatan.<sup>13</sup>

Teori Aday menggambarkan hubungan beberapa komponen yang saling mempengaruhi dapat dilihat pada Gambar 1.<sup>14</sup>



**Gambar 1.**  
*Framework studi akses*

Akses sebagai alat ukur ekuitas pelayanan kesehatan dapat dilihat melalui:

1. Akses potensial indikator proses (*potential access process indicators*) dapat dilihat dari karakteristik populasi
2. Akses potensial indikator struktural (*potential access structural indicators*) dapat dilihat dari karakteristik sistem layanan kesehatan
3. Akses nyata indikator objektif (*realized access objective indicators*) dapat dilihat dari utilisasi pelayanan kesehatan

4. Akses nyata indikator subjektif (*realized access subjective indicators*) dapat dilihat dari utilisasi kepuasan konsumen
5. Secara keseluruhan, variabel-variabel tersebut dipengaruhi oleh kebijakan kesehatan yang berasal dari keuangan dan organisasi

**Konsep Ekuitas dalam Pelayanan Kesehatan**

Penilaian kinerja sistem penyediaan layanan kesehatan oleh pemerintah dapat dilihat dari tiga indikator. Aspek tersebut

terdiri dari efisiensi, efektifitas, dan ekuitas (*equity*). Ketiga indikator tersebut saling berhubungan dan tidak dapat berdiri sendiri. Menurut Nadjib (1999), upaya ke arah ekuitas dapat dilakukan dengan pendekatan teori akses, berupa akses potensial indikator proses (karakteristik, predisposisi, pemungkin, dan kebutuhan populasi berisiko) dan akses potensial indikator struktural (karakteristik, ketersediaan, dan organisasi sistem layanan kesehatan) menjadi akses nyata melalui alokasi sumber daya yang mengacu pada kriteria: kebutuhan, geografi, dan sosial ekonomi.<sup>11</sup>

Akses pelayanan kesehatan dikatakan ekuitas jika pelayanan kesehatan terdistribusi menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat, sebaliknya jika pelayanan kesehatan belum terdistribusi dengan baik menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat, dapat disebut sebagai akses pelayanan inekuitas.<sup>13</sup>

Definisi ekuitas kesehatan dalam literatur sangat beragam. Menurut Low., *et al* (2003), ekuitas kesehatan merupakan: (i). *equality* pengeluaran perkapita, (ii). *Equality* akses pelayanan kesehatan, (iii). Distribusi kebutuhan, (iv). *Equality* status kesehatan.<sup>15</sup>

*Equity* dalam kesehatan menurut WHO merupakan keadaan dimana setiap orang harus mendapatkan kesempatan yang adil akan kebutuhan kesehatannya sehingga dalam upaya memenuhi kebutuhan kesehatan tidak ada yang dirugikan, apabila faktor-faktor penghambat dapat dihindari. Berdasarkan definisi di atas, Whitehead menjelaskan bahwa tujuan kebijakan *equity* kesehatan tidak mengeliminasi seluruh perbedaan dalam bidang kesehatan sehingga setiap orang memiliki tingkat kesehatan yang sama, namun untuk mengurangi faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya ketidakadilan dengan cara menciptakan kesempatan yang adil untuk memperoleh kesehatan. *Equity* dalam pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai berikut:<sup>15</sup>

- a. Akses/kesempatan yang sama ke pelayanan kesehatan, hal ini berarti setiap individu memiliki hak yang sama untuk mengakses pelayanan kesehatan. Beberapa faktor penghambat seperti letak geografis, budaya, keuangan (tingkat pendapatan yang rendah, mahalnya biaya transportasi dan tidak tersedianya asuransi kesehatan), sumber daya kesehatan yang tidak terdistribusi secara merata menyebabkan timbulnya ketidakadilan dalam mengakses pelayanan kesehatan.
- b. Pemanfaatan pelayanan kesehatan (utilisasi) yang sama untuk kebutuhan yang sama. Tingkat utilisasi yang berbeda pada suatu kelompok individu belum mencerminkan terjadinya ketidakadilan, karena harus diketahui terlebih dahulu penyebab terjadinya perbedaan utilisasi tersebut.
- c. Kualitas pelayanan kesehatan yang sama bagi seluruh masyarakat, yang berarti Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) memiliki komitmen yang sama untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat sesuai standar yang telah ditetapkan.

*Equity* dalam pelayanan kesehatan memiliki 2 dimensi sebagai berikut:<sup>16</sup>

- a. Keadilan horisontal (*horizontal equity*) merupakan prinsip perlakuan yang sama terhadap kondisi yang sama, yang terdiri dari: sumber daya/input/pengeluaran yang sama untuk kebutuhan yang sama, penggunaan (*utilization*) atau penerimaan (*receipt*) sama untuk kebutuhan yang sama, akses/kesempatan yang sama untuk kebutuhan yang sama dan kesamaan tingkat kesehatan.
- b. Keadilan vertikal (*vertical equity*) menekankan prinsip perlakuan berbeda untuk keadaan yang berbeda meliputi: perlakuan tidak sama untuk kebutuhan yang berbeda dan pembiayaan kesehatan progresif berdasarkan kemampuan membayar (*ability to pay*).

Penelitian dari Aday *et al.* (1999) melihat *equity* dalam 2 sisi, yaitu substantif dan prosedural. *Equity* substantif berarti mengurangi kesenjangan- kesenjangan yang terjadi dalam memenuhi kebutuhan kesehatan di suatu kelompok, sedangkan *equity* prosedural adalah suatu proses/prosedur yang dilaksanakan dan didistribusikan secara adil untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.<sup>17</sup>

Teori dari Wagstaff *et al.*, (1986) menjelaskan bahwa *equity* dalam bidang kesehatan dapat dilihat dari 2 sisi, diantaranya

*equity* dalam pelayanan kesehatan yaitu adanya kesamaan pelayanan kesehatan untuk kebutuhan yang sama, kesamaan akses, kesamaan tingkat kesehatan dan kesamaan tingkat pendapatan.<sup>18</sup>

**Lesson learn Ekuitas terhadap Akses Pelayanan Kesehatan dari beberapa negara**

Studi terkait ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan telah banyak dilakukan oleh berbagai negara. Berikut deskripsi ringkasan pada Tabel 1.

**Tabel 1.**  
**Ringkasan Hasil Penelitian Tentang Ekuitas Terhadap Akses Pelayanan Kesehatan**

No	Penelitian	Negara	Tujuan	Metode	Hasil temuan
1	Liu <i>et al.</i> (2002)	Cina	Menilai pengaruh reformasi asuransi kesehatan di perkotaan	Penelitian kuantitatif dengan menggunakan survei tahunan di kota Zhenjiang tahun 1994 – 1996	Model asuransi kesehatan terbaru lebih menjamin <i>equity</i> dalam akses untuk mendapatkan pelayanan dasar pada rawat jalan dibandingkan dengan model asuransi kesehatan sebelumnya dan mampu mengalokasikan sumber daya kesehatan secara lebih efisien. <sup>19</sup>
2	Kim (2003)	Korea	Menilai pemanfaatan pelayanan kesehatan	Studi kuantitatif menggunakan data survey nasional tahun 1995 & 1998	<i>Utilization rate</i> pasien rawat inap menurun 15,1% dan rawat jalan menurun 5,2%, padahal angka kesakitan penyakit kronis meningkat 27,1% dan penyakit akut meningkat 9,1%. Hal tersebut diasumsikan karena terjadi setelah krisis, kemampuan ekonomi masyarakat menurun sehingga walaupun sakit, mereka tidak dapat menjangkau pelayanan kesehatan. <sup>20</sup>
3	Low <i>et al</i> (2003)	Namibia	Mengetahui dampak intervensi program terhadap ekuitas kesehatan	Desain deskriptif kualitatif memanfaatkan data sekunder hasil sensus 1995	Intervensi yang telah dilakukan dapat mencapai tujuan ekuitas berupa <i>equal</i> akses pelayanan kesehatan hingga <i>equal</i> utilisasi. <sup>7</sup>
4	Hidayat <i>et al.</i> (2004)	Indonesia	Mengukur dampak asuransi kesehatan wajib terhadap <i>equity</i> dalam akses ke pelayanan rawat jalan di Indonesia	Penelitian kuantitatif dengan menggunakan sumber data dari IFLS 1997	Asuransi kesehatan untuk pegawai negeri sipil (Askes) memiliki dampak yang positif terhadap akses ke pelayanan rawat jalan di fasilitas kesehatan pemerintah dan asuransi kesehatan untuk pegawai swasta memiliki dampak positif terhadap akses ke

					<p>pelayanan rawat jalan di fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta. Penelitian ini menegaskan perlunya perubahan kebijakan asuransi kesehatan yang sebelumnya hanya memberikan subsidi kepada pemberi pelayanan kesehatan. Perluasan cakupan asuransi kesehatan untuk masyarakat miskin dengan premi yang di subsidi oleh pemerintah.<sup>21</sup></p>
5	Harris <i>et al.</i> (2011)	Afrika selatan	Menilai <i>inequity</i> dalam akses pelayanan kesehatan	Studi kuantitatif menggunakan sumber data 78survey rumah tangga di Afrika Selatan	<p>Penduduk miskin yang tinggal di pedesaan dan tidak memiliki asuransi kesehatan mengalami ketidakadilan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Dampaknya bagi kebijakan kesehatan adalah perlunya dilakukan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan pemerintah dan menciptakan keadilan akses pada setiap tingkatan layanan kesehatan pemerintah untuk mengurangi penggunaan pada layanan kesehatan swasta yang berpotensi menimbulkan terjadinya pengeluaran katastrofik.<sup>22</sup></p>
6	Cholid <i>et al.</i> (2013)	Indonesia	Mendeskripsikan <i>equity</i> pembiayaan dan utilisasi pelayanan kesehatan oleh peserta jamkesmas	Studi kuantitatif menggunakan data Susenas 2011	<p>Penduduk yang miskin lebih banyak memanfaatkan pelayanan rawat jalan di rumah sakit sedangkan penduduk kaya lebih banyak memanfaatkan pelayanan rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit. Distribusi dana jamkesmas di puskesmas lebih banyak digunakan oleh penduduk miskin, sedangkan di rumah sakit lebih banyak di gunakan oleh penduduk kaya.<sup>23</sup></p>

Tabel di atas menunjukkan penggunaan data sekunder umumnya digunakan peneliti untuk melihat ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan. Hasil temuan yang beragam menunjukkan bahwa masalah *equity* terhadap akses pelayanan kesehatan menjadi isu penting yang menggambarkan kesenjangan yang terjadi dalam mengakses pelayanan kesehatan. Perbedaan factor sosial ekonomi, asuransi kesehatan, kebutuhan

kesehatan dan geografis mempengaruhi akses ke pelayanan kesehatan.

Masalah ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan di Indonesia masih menjadi tantangan terbesar dalam mencapai tujuan sistem kesehatan. Berdasarkan sisi penyedia dan geografi terdapat ketidakmerataan persebaran tenaga kesehatan. Selain itu, penyediaan fasilitas kesehatan yang tersedia di sebagian wilayah Indonesia terutama di luar pulau Jawa dan Bali sangat

terbatas. Ketidakmerataan fasilitas kesehatan juga terdapat di daerah yang bercirikan perkotaan dibandingkan dengan pedesaan. Perkotaan secara umum mempunyai fasilitas kesehatan lebih lengkap dibandingkan dengan pedesaan.<sup>24,25</sup> Selain itu menurut Mukti (2009), distribusi fasilitas kesehatan tidak merata di beberapa provinsi di Indonesia, sebagai contoh hanya terdapat 1 puskesmas atau puskesmas pembantu (Pustu) untuk melayani masyarakat di beberapa desa dan berdampak pada tingginya biaya transportasi sehingga masyarakat kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan.<sup>26</sup> Masalah aksesibilitas pelayanan kesehatan masih menjadi kendala di banyak daerah terutama pedesaan, terpencil dan kepulauan, sehingga meluaskan distribusi tenaga kesehatan dan meningkatkan kapasitas fasilitas kesehatan termasuk mengatasi kendala jarak dan transportasi merupakan upaya yang masih harus dilanjutkan untuk memudahkan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan.<sup>27,28</sup>

Ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan merupakan isu kesehatan yang menarik dan perlu menjadi prioritas dari berbagai pihak. Upaya perbaikan dari segi *supply side* dan *demand side* perlu terus diupayakan agar masalah ekuitas terhadap

akses pelayanan kesehatan dapat teratasi. Dari sisi *supply side*, Dibutuhkan kebijakan dengan mendekati pelayanan kesehatan pada kelompok dengan hambatan geografis. Distribusi sumber daya kesehatan ke daerah terkendala geografis perlu dikontrol dan di monitoring agar masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan berkualitas. Dari segi *demand side*, terutama mengacu pada kemampuan individu untuk membayar pelayanan kesehatan. Hal ini dapat diatasi dengan menggunakan asuransi kesehatan. Kebijakan pemerintah diharapkan dapat menjamin masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan tanpa kendala biaya. Selain itu, penelitian terkait ekuitas terhadap pelayanan kesehatan perlu dikembangkan agar nantinya menjadi input perbaikan kebijakan kesehatan.

## KESIMPULAN

Ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan merupakan tantangan yang dihadapi oleh banyak negara di dunia. Hal ini dapat tercapai jika pelayanan kesehatan terdistribusi menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat. Perbaikan dari segi kebijakan dan penelitian terkait perlu terus ditingkatkan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Chapman AR. The social determinants of health, health *equity*, and human rights. *health and human rights*. 2010 Dec 15;12(2):17-30.
2. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health *equity* through action on the social determinants of health. *The Lancet*. 2008 Nov 14;372(9650):1661-9.
3. Jusot F, Mage S, Menendez M. Inequality of opportunity in health in Indonesia. DIAL (Développement, institutions et mondialisation) working papers DT/2014–6. 2014 May.
4. Braveman P, Tarimo E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social science & medicine*. 2002 Jun 30;54(11):1621-35.
5. Rannan-Eliya R, Somanathan A. 19 *Equity* in health and health care systems in Asia. *The Elgar companion to health economics*. 2006 Mar 1:205.
6. Gwatkin DR. Reducing health inequalities in developing countries. World Bank; 2002.
7. Low A, Ithindi T, Low A. A step too far? Making health *equity* interventions in Namibia more sufficient. *International journal for equity in health*. 2003 Apr 28;2(1):5.

8. Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *American journal of public health*. 2004 Oct;94(10):1788-94.
9. Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health economics*. 2004 Jul 1;13(7):689-703.
10. Atella V, Brindisi F, Deb P, Rosati FC. Determinants of access to physician services in Italy: a latent class seemingly unrelated probit approach. *Health econ*, 2004;13:657-668
11. Nadjib M. *Pemerataan akses pelayanan rawat jalan di berbagai wilayah Indonesia*. (Doctoral dissertation, FKM-UI. 1999.
12. Thabrany H. Pendanaan kesehatan dan alternatif mobilisasi dana kesehatan di Indonesia. RajaGrafindo Persada; 2005.
13. Retnaningsih, Ekowati. *Akses layanan kesehatan*. PT. RajaGrafindo Persada. Jakarta. 2013
14. Aday, Lu Ann, Ronald Andersen, and Gretchen V. Fleming. "Health care in the US: Equitable for whom?." London: Sage Publications, Beverly Hills. 1980
15. Whitehead M. The concepts and principles of *equity* and health. *International journal of health services*. SAGE Publication; 1992 Jul;22(3) 429-45
16. Murti B. Keadilan horisontal, keadilan vertikal, dan kebijakan kesehatan= Horizontal *equity*, vertical *equity* and health policy. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2001;4 (2001).
17. Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Slater CH, Richard AJ, Montoya ID. A framework for assessing the effectiveness, efficiency, and *equity* of behavioral healthcare. *Am J Manag Care*. 1999 Jun 25;5 (8):S25-43.
18. Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P. *Equity* in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy*. 1989 Apr 1;5(1):89-112.
19. Liu GG, Zhao Z, Cai R, Yamada T, Yamada T. *Equity* in health care access to: assessing the urban health insurance reform in China. *Social science & medicine*. 2002 Nov 30;55(10):1779-94.
20. Kim, H., 2003. Change in morbidity and medical care utilization after the recent economic crisis in the republic of korea, *bulletin of the WHO* 2003, 81 (81)
21. Hidayat, B, Thabrany, H, Dong, Hengjin, Sauerborn, Rainer. The effects of mandatory health insurance on *equity* in access to outpatient care in Indonesia. *Health Policy and Planning*. 2004;19(5), pp.322–335
22. Harris B, Goudge J, Ataguba JE, McIntyre D, Nxumalo N, Jikwana S, Chersich M. Inequities in access to health care in South Africa. *Journal of public health policy*. 2011 Jun 1;32(1):S102-23.
23. Cholid AN, Hendartini J, Satriawan E. *Equity* pembiayaan dan utilisasi pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas di Indonesia. Tesis Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta. 2013
24. Rokx C. New insights into the provision of health services in Indonesia: A health workforce study. World Bank Publications; 2010.
25. Trisnantoro L. The *equity* of health service in Indonesia between 2000-2007: Better or worse, introduction to seminar and workshop, Universitas Gadjah Mada & Bappenas, Jakarta 26 January 2010
26. Mukti AG. Health Insurance Reform: Indonesian Case. 2009. <Available at: <http://kpmak.fk.ugm.ac.id/?p=32>
27. Gani A. Pembiayaan program kesehatan untuk penduduk miskin. Makalah pada konferensi penanggulangan kemiskinan. Kantor Menko Kesra dan Bank Dunia, Jakarta, 27-28 April 2015.
28. World Bank. Berinvestasi dalam sektor kesehatan di Indonesia, tantangan dan peluang untuk pengeluaran publik di masa depan, kajian pengeluaran publik Indonesia Sektor Kesehatan 2008.