

**PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN DAN JAMINAN
PEMELIHARAAN KESEHATAN
(SUSENAS 2001)**

Titiek Setyowati¹ dan Agustina Lubis¹

UTILIZATION OF HEALTH SERVICES AND MANAGED CARE INSURANCE

Abstract. *The purpose of the study is to describe variation on health services utilization and on health managed care ownership. Variation by geographic area (region), residence and economic level (quintile household expenditure) is depicted descriptively based on analysis of Health Module data of the 2001 National Social Economic Survey. The result showed that government health facilities such as hospital, public health center (PHC) and subsidiary PHC were relatively more utilized by people in Eastern Indonesia than people in other regions (Java Bali and Sumatera). People of Java and Bali, on the other hand, utilized relatively more private hospitals and medical practitioners. Most people in rural areas preferred to visit health center and health provider practices for treatment of their illness, while people in urban areas more likely to visit private health services. Generally, most people come from poor households (quintiles 1 and 2) preferred to visit health provider practices, and the rich households (quintiles 4 and 5) to doctor practices. The study also showed that proportion of household members attended health services stated their unsatisfactory more to government health services than private health services. The ownership of managed care insurance was low for only 20%, with the two highest proportion for Askes or health insurance (7%) and kartu sehat or health card (6%). Askes including private insurance such as Astek and Jamsostek were more likely owned by higher economic level (quintiles 4 and 5), conversely health cards were more likely owned by lower economic level (quintiles 1 and 2). The ownership of health cards was higher for people in Eastern Indonesia than for people in other regions. It was also found, unfortunately, that the health cards intended for poor families were about one fifth of them went to better economic level families (quintile 4 and 5).*

Keyword: health services, health, utilization, managed care insurance

PENDAHULUAN

Reformasi di bidang kesehatan telah menetapkan Visi Pembangunan Kesehatan yang dinyatakan dalam “Indonesia Sehat 2010”. Visi yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan tersebut adalah masyarakat, bangsa dan negara yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan berperilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi tingginya¹.

Jika dilihat aspek pelayanan kesehatan, tujuan pokok program upaya kesehatan adalah meningkatkan pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan yang berhasilguna dan berdayaguna serta terjangkau oleh segenap anggota masyarakat. Sasaran program yaitu tersedianya pelayanan kesehatan dasar dan rujukan baik oleh pemerintah maupun swasta yang didukung oleh peranserta masyarakat dan sistem pembiayaan prapayaka. Secara khusus per-

¹ Puslitbang Ekologi Kesehatan, Badan Litbangkes

hatian diarahkan kepada pemerataan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin dan kelompok risiko tinggi.

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, pemerintah telah membangun sarana pelayanan kesehatan dasar (7.237 Puskesmas, 21.267 Puskesmas Pembantu yang didukung 6.392 Puskesmas Keliling). Rata-rata rasio Puskesmas terhadap penduduk adalah 1 : 27.000. Pemerataan sarana pelayanan kesehatan dasar juga diikuti dengan penambahan jumlah rumah sakit. Rumah sakit yang tercatat pada tahun 2000 sebanyak 1.145 buah terdiri atas 416 (36%) RS Pemerintah dan 729 (64%) RS Non Pemerintah. Untuk mengetahui mutu pelayanan RS telah dilakukan standarisasi pelayanan. Kegiatan ini telah ditingkatkan dengan pengembangan instrumen akreditasi RS dan penyusunan indikator penampilan RS. Namun sampai akhir tahun 2000 dari 1.145 RS yang dinyatakan lulus akreditasi baru 312 RS (27%)².

Dalam melaksanakan upaya pelayanan kesehatan tersebut diperlukan pembiayaan, baik yang bersumber dari pemerintah, swasta maupun masyarakat. Kontribusi masyarakat dan swasta dalam pembiayaan kesehatan dibandingkan pemerintah cukup besar yaitu sekitar 70%. Sebagian besar masyarakat membiayai kesehatan mereka dengan cara membayar untuk tiap pelayanan (*fee for services*) yang dikeluarkan dari kantong sendiri (*out of pocket*). Cara tersebut dipandang tidak efisien dan sangat memberatkan masyarakat serta dapat menjauhkan mereka dari pelayanan yang dibutuhkan. Biaya pelayanan kesehatan sebaiknya ditanggung bersama dalam suatu mekanisme jaminan pemeliharaan kesehatan (asuransi kesehatan).

Dalam hal kepesertaan di beberapa negara berupaya untuk mencapai “*univer-*

sal coverage” di mana semua penduduk diupayakan agar dapat tercakup oleh sistem asuransi kesehatan, misal pencapaian kepesertaan asuransi kesehatan sebesar 60% di Thailand, 40% di Filipina dan 100% di Korea Selatan³. Di Indonesia, perkembangan jaminan pemeliharaan kesehatan berjalan sangat lambat. Hasil Susenas 2001 menunjukkan kepesertaan jaminan pemeliharaan kesehatan sekitar 20%, diantaranya kepesertaan JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) mencapai 1,2%⁴. Dari angka tersebut terlihat masih sekitar 80% penduduk yang belum terlindung pemeliharaan kesehatannya.

Untuk mendapatkan gambaran keragaman pemanfaatan pelayanan kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan menurut wilayah/daerah dan status ekonomi berdasarkan data survei komunitas perlu dilakukan kajian. Hasil kajian ini diharapkan dapat dimanfaatkan untuk mendukung kebutuhan informasi dalam merumuskan kebijakan pelayanan kesehatan.

BAHAN DAN METODA

Kajian ini menggunakan data sekunder Modul Susenas 2001. Jumlah sampel Modul Susenas 2001 sebesar 65.280 rumah tangga. Cakupan Susenas 2001 yaitu di seluruh Indonesia kecuali Daerah Istimewa Aceh dan Maluku yang terbatas pada beberapa kecamatan saja.

Rancangan survei Susenas 2001 dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS). Rancangan sampel adalah rancangan sampel bertahap dua untuk daerah perkotaan dan rancangan bertahap tiga untuk daerah perdesaan.

Analisis data kesehatan dilakukan secara deskriptif. Deskripsi data pelayanan kesehatan dan jaminan pemeliharaan kese-

hatan dibedakan menurut Kawasan (Sumatera, Jawa Bali dan Kawasan Timur Indonesia), daerah (perdesaan dan perkotaan) dan status ekonomi sebagai proksi dari pengeluaran rumah tangga. Distribusi dari pengeluaran rumah tangga dari seluruh sampel diranking menjadi 5 “*Quintiles*”, mulai terdiri dari Q_1 (kelompok 20% sampel rumah tangga yang mempunyai kelas pengeluaran terendah), sampai Q_5 (20% tertinggi) sejalan dengan peningkatan kelas pengeluaran rumah tangga. *Quintile* 1 dapat diasumsikan kelompok rumah tangga termiskin dan *quintile* 5 adalah kelompok rumah tangga terkaya.

HASIL

1. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang dianalisis meliputi pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat inap. Rawat jalan adalah kegiatan atau upaya anggota rumah tangga yang mempunyai keluhan kesehatan dalam 1 bulan terakhir untuk memeriksakan diri dan mendapatkan pengobatan dengan mendatangi tempat pelayanan kesehatan tanpa menginap termasuk mendatangkan petugas kesehatan ke rumah. Rawat inap dalam 1 tahun terakhir adalah upaya penyembuhan di suatu unit pelayanan kesehatan modern dan tradisional di mana responden harus menginap (minimal 1 hari)

a. Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan yang relatif banyak dimanfaatkan oleh penduduk adalah praktek dokter (27,5%), praktek petugas kesehatan (27,4%), diikuti Puskesmas (23,5%) dan Puskesmas Pembantu (9,9%). Pemanfaatan RS Pemerintah maupun RS Swasta untuk rawat jalan lebih rendah masing-masing 4,1% dan 3,1%.

Keragaman pemanfaatan pelayanan rawat jalan menurut kawasan menunjuk-

kan di Jawa Bali paling banyak penduduk yang memanfaatkan praktek dokter (31,6%), penduduk di Kawasan Timur Indonesia sebagian besar memanfaatkan Puskesmas dan Pustu (28,9%, 18,5%), penduduk di Sumatera lebih banyak memanfaatkan praktek petugas kesehatan untuk rawat jalan (31,6%). Pemanfaatan Puskesmas sama-sama diminati penduduk di perdesaan maupun di perkotaan. Pelayanan kesehatan lainnya yaitu praktek petugas kesehatan lebih diminati penduduk di perdesaan sedangkan di perkotaan pelayanan yang banyak diminati yaitu praktek dokter (Tabel 1).

Secara umum, rumah tangga kelompok miskin (*quintile* 1) sebagian besar memanfaatkan praktek petugas kesehatan untuk rawat jalan (34,3%), sedangkan rumah tangga kelompok kaya (*quintile* 5) lebih banyak memanfaatkan pelayanan praktek dokter (38,8%). Pemanfaatan Puskesmas cenderung merata menurut *quintile* pengeluaran rumah tangga (Tabel 2). Jawaban kepuasan responden atau penilaian responden tentang pelayanan rawat jalan, sebagian besar masyarakat menyatakan merasa puas. Respon kurang puas terhadap pelayanan rawat jalan yang terbesar yaitu pada rumah sakit pemerintah (18,1%), diikuti Pustu (16,6%) dan Puskesmas (14,8%) (Tabel 3).

b. Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan kesehatan untuk rawat inap yang banyak dimanfaatkan adalah RS pemerintah dan swasta masing masing (37,1%) dan (34,3%) diikuti Rumah Bersalin/Bidan (13,7%). RS pemerintah lebih banyak dimanfaatkan di Kawasan Timur Indonesia dibandingkan di Kawasan Sumatera dan Jawa Bali, sebaliknya pemanfaatan RS swasta lebih rendah.

Tabel 1. Persentase Jenis Pelayanan Kesehatan yang Dimanfaatkan Penduduk untuk Rawat Jalan 1 Bulan Terakhir Menurut Kawasan dan Daerah, Susenas 2001

Kawasan dan Daerah	Jenis Pelayanan Kesehatan untuk Rawat Jalan											
	RS Pemerintah		RS Swasta		Puskesmas		Pustu		Praktek Dokter		Praktek Petugas Kes	
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk
Kawasan :												
- Sumatera	4.4	95,6	3,3	69,7	20,3	79,7	12,6	87,4	21,3	78,7	31,6	68,4
- Jawa Bali	3.8	95,2	3,3	69,7	22,8	77,2	6,8	93,2	31,6	68,4	28,4	71,6
- Kawasan Timur Indonesia	4.6	95,4	2,3	97,7	28,9	71,1	18,5	81,5	18,1	81,9	20,3	79,7
Daerah :												
- Perkotaan	6.2	93,8	5,0	95,0	25,2	74,8	4,0	96,0	38,5	61,5	17,6	82,4
- Perdesaan	2.2	97,8	1,4	92,6	22,1	77,9	9,9	90,1	18,1	81,9	35,8	64,2
Indonesia	4.1	95,9	3,1	96,9	23,5	76,5	9,9	90,1	27,5	72,5	27,4	72,6

Tabel 2. Jenis Pelayanan Kesehatan yang Dimanfaatkan Penduduk untuk Rawat Jalan 1 Bulan Terakhir Menurut Strata Pengeluaran Rumah Tangga, Susenas 2001

Jenis Pelayanan Kesehatan	Strata (quintile) Pengeluaran Rumah Tangga				
	I (termiskin)	II	III	IV	V (terkaya)
RS pemerintah	2,4	3,4	3,8	4,3	6,5
RS swasta	1,2	1,5	2,7	3,7	6,5
Puskesmas	24,2	24,1	23,2	24,3	21,8
Pustu	13,5	11,5	10,3	8,4	5,6
Praktek dokter	19,7	23,2	26,1	30,2	38,8
Praktek petugas kes.	34,3	31,1	30,1	24,4	16,9

Tabel 3. Persentase Kepuasan Pelayanan Kesehatan dari Penduduk yang Pernah Rawat Jalan dalam 1 Bulan Terakhir Menurut Jenis Pelayanan Kesehatan, Susenas 2001

Jenis Pelayanan Kesehatan	Kepuasan Pelayanan		
	Puas	Kurang Puas	Tidak Puas
RS pemerintah	80,1	18,1	1,8
RS swasta	88,9	9,4	1,7
Puskesmas	83,9	14,8	1,3
Pustu	81,9	16,6	1,5
Praktek dokter	91,7	7,3	1,0
Praktek petugas kes.	89,3	9,9	0,8

Keragaman pemanfaatan pelayanan rawat inap juga berbeda menurut daerah. Pelayanan rawat inap rumah sakit pemerintah lebih dimanfaatkan penduduk yang tinggal di perkotaan maupun di perdesaan (Tabel 4).

Keragaman pemanfaatan fasilitas pelayanan rawat inap terlihat pula menurut strata pengeluaran rumah tangga. Mereka pada kelompok *quintile* tertinggi (mampu) lebih menikmati pelayanan rawat inap RS swasta, sebaliknya kelompok *quintile* rendah lebih memanfaatkan fasilitas rawat inap di RS pemerintah. Pemanfaatan RS pemerintah merata banyak dimanfaatkan oleh semua kelompok *quintile* (Tabel 5).

Sebagian besar masyarakat yang pernah menjalani rawat inap menyatakan puas terhadap pelayanan rawat inap. Jawaban kurang puas lebih banyak dikemukakan masyarakat dalam memanfaatkan Polindes (17,1%) dan RS pemerintah (16,8%) (Tabel 6).

2. Jaminan Pembiayaan Kesehatan

Ketersediaan jaminan pemeliharaan kesehatan/asuransi kesehatan dalam Susenas 2001 yaitu merujuk pada keikutsertaan penduduk menjadi anggota asuransi atau mempunyai jaminan pemeliharaan untuk keperluan rawat jalan dan rawat inap. Ketersediaan jaminan pembiayaan kesehatan terbanyak adalah Askes (7,4%), diikuti Kartu sehat (6,3%), Astek/Jamsostek (2,9%) dan Perusahaan/Kantor (2,6%). Kepesertaan JPKM mencapai 1,2%. Kepesertaan Askes dan Kartu sehat lebih banyak dimiliki penduduk di KTI dibanding kawasan lain. Di perkotaan, kepesertaan terbesar adalah Askes, kemudian Astek/Jamsostek, Asuransi dari Perusahaan/Kantor sedangkan, di perdesaan kepesertaan Kartu sehat adalah yang paling dominan. (Tabel 7).

Keragaman ketersediaan jaminan pembiayaan kesehatan menurut strata ekonomi menunjukkan bagi rumah tangga miskin (*quintile* 1) lebih tersedia jaminan dari kartu sehat (11,2%), sebaliknya bagi rumah tangga kaya (*quintile* 5) lebih tersedia jaminan pembiayaan dari Askes (24,0%), Astek/Jamsostek (8,1%). Ironisnya ketersediaan kartu sehat yang disediakan kepada 6% penduduk (Tabel 7) dimiliki rumah tangga kelompok mampu (*quintile* 4 dan 5) dalam proporsi cukup besar (1/5 atau 20% nya) (Tabel 8).

PEMBAHASAN

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar penduduk yang memungkinkan penduduk untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Konstitusi WHO dan berbagai keputusan Muktamar Kesehatan tentang Hak Asasi Manusia menempatkan kesehatan sebagai salah satu kebutuhan dasar manusia yang fundamental dan karenanya setiap penduduk berhak atas jaminan bahwa dirinya bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan kalau sakit⁵⁾.

Dari data Susenas 2001 didapatkan 25% penduduk menyatakan ada gangguan kesehatan/keluhan kesehatan. Pemanfaatan pelayanan kesehatan masih rendah, hal ini tercermin dari penduduk yang mengeluh sakit dalam 1 bulan terakhir hanya 40% melakukan rawat jalan, hanya 1% penduduk pernah melakukan rawat inap dalam kurun 1 tahun terakhir⁴⁾. Kenyataan ini menunjukkan keputusan untuk mengobati sendiri keluhan kesehatannya masih dominan.

Tabel 4. Persentase Jenis Pelayanan Kesehatan yang Dimanfaatkan Penduduk untuk Rawat Inap dalam 1 Tahun Terakhir Menurut Kawasan dan Daerah, Susenas 2001

Kawasan dan Daerah	Jenis Pelayanan Kesehatan untuk Rawat Inap									
	RS pemerintah		RS swasta		Puskesmas		RB/ bidan		Polindes	
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk
Kawasan :										
- Sumatera	37,0	63,0	33,2	66,8	8,1	91,9	15,4	84,6	2,3	97,7
- Jawa Bali	35,1	64,9	36,0	64,0	10,8	89,2	14,3	85,7	1,1	98,9
- Kawasan Indonesia Timur	48,6	51,4	24,8	75,2	13,3	86,7	18,4	81,6	3,5	96,5
Daerah :										
- Perkotaan	35,9	64,1	39,1	60,9	7,1	92,9	15,9	84,1	0,6	99,4
- Perdesaan	38,8	61,2	27,1	72,9	15,9	84,1	10,8	89,2	3,0	97,0
Indonesia	37,1	62,9	34,3	65,7	10,7	89,3	13,7	86,3	1,6	98,4

Tabel 5. Persentase Jenis Pelayanan Kesehatan yang Dimanfaatkan Penduduk untuk Rawat Inap dalam 1 Tahun Terakhir Menurut Strata Pengeluaran Rumah Tangga, Susenas 2001

Jenis Pelayanan Kesehatan	Strata (quintile) Pengeluaran Rumah Tangga				
	I (termiskin)	II	III	IV	V (terkaya)
RS pemerintah	42,0	42,5	41,4	42,6	45,5
RS swasta	19,8	29,2	34,3	37,3	47,3
Puskesmas	27,2	15,0	14,3	11,8	5,5
RB/bidan	3,7	5,8	2,9	3,6	1,2
Polindes	3,7	5,8	4,3	2,4	1,4

Tabel 6. Persentase Kepuasan Pelayanan Kesehatan dari Penduduk yang Pernah Rawat Inap dalam 1 Tahun Terakhir Menurut Jenis Pelayanan Kesehatan, Susenas 2001

Jenis Pelayanan Kesehatan	Kepuasan pelayanan		
	Puas	Kurang puas	Tidak puas
RS pemerintah	80,2	16,8	3,0
RS swasta	88,8	9,9	1,3
Puskesmas	89,4	10,6	0,0
RB/bidan	94,0	6,0	0,0
Polindes	79,3	17,1	3,6

Tabel 7. Persentase Ketersediaan Jaminan Kesehatan Menurut Kawasan dan Daerah, Susenas 2001

Kawasan dan Daerah	Jenis Pelayanan Kesehatan untuk Rawat Jalan													
	Askes		Astek/ Jamsostek		Persh/ Kantor		Asuransi lain		Dana sehat		Kartu sehat		JPKM	
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk
Kawasan :														
- Sumatera	7.5	92.5	2.4	97.6	2.3	97.7	0.3	99.7	0.3	99.7	4.2	95.8	0.6	99.4
- Jawa Bali	7.1	92.9	3.3	96.7	2.9	97.1	0.4	99.6	0.5	99.5	6.3	93.7	1.2	98.8
- Kawasan Timur Indonesia	8.6	91.4	2.0	98.0	2.1	97.9	0.3	99.7	0.6	99.4	8.8	91.2	1.5	98.5
Daerah :														
- Perkotaan	12.4	87.6	5.1	94.9	4.8	95.2	0.6	99.4	0.5	99.5	3.8	96.2	0.6	99.4
- Perdesaan	3.6	96.4	1.2	98.8	1.0	99.0	0.1	99.1	0.4	99.6	8.3	91.7	1.6	98.4
Indonesia	7.4	92.6	2.9	97.1	2.6	97.4	0.4	99.6	0.5	99.5	6.3	93.7	1.2	98.8

Telah banyak upaya yang dilakukan pemerintah sampai ke pelosok tanah air untuk meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan. Setiap kecamatan telah memiliki paling sedikit sebuah Puskesmas dan lebih dari 40 desa telah terlayani oleh sarana pelayanan kesehatan pemerintah. Di sektor swasta pelayanan kesehatan dasar diselenggarakan dalam bentuk praktek dokter, praktek petugas kesehatan, klinik/balai pengobatan swasta dan rumah bersalin. Kebijakan dokter PTT, penempatan bidan di desa juga merupakan upaya meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan. Keterbatasan dana pemerintah akibat krisis ekonomi merupakan ancaman bagi kelangsungan program pendayagunaan tenaga kesehatan tersebut. Namun persebaran fisik pelayanan kesehatan masih belum diikuti sepenuhnya dengan peningkatan pelayanan kesehatan dan keterjangkauan oleh seluruh lapisan masyarakat. Faktor geografis, penduduk yang tersebar, keterpencilan, sulit dan mahal transportasi merupakan hambatan untuk menjangkau sarana kesehatan yang ada.

Hasil kajian menunjukkan terdapat keragaman pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut kawasan maupun daerah dan strata ekonomi. Di Kawasan Timur Indonesia cenderung lebih banyak penduduk memanfaatkan pelayanan kesehatan pemerintah yaitu Puskesmas, Pustu dan RS pemerintah. Untuk kawasan Jawa Bali pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta yaitu praktek dokter dan RS swasta lebih banyak diminati. Respon kurang puas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan pemerintah lebih tinggi dibanding pelayanan kesehatan swasta. Jika diperhatikan antar waktu (Susenas 1998 dan 2001), pernyataan kurang puas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan cenderung meningkat hampir dua kali⁶.

Dengan terbatasnya sumber daya yang dimiliki pemerintah saat ini maka kegiatan pembangunan pelayanan kesehatan lebih tepat diprioritaskan di Kawasan Timur Indonesia termasuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pemerintah.

Keragaman pemanfaatan pelayanan kesehatan di daerah perdesaan-perkotaan

dan keragaman pemanfaatan pelayanan kesehatan antara penduduk miskin dan kaya pada umumnya berkaitan dengan ketersediaan fasilitas kesehatan, keterjangkauan fasilitas kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan. Hasil kajian menunjukkan penduduk di daerah perkotaan sudah mengarah memanfaatkan pelayanan kesehatan modern (praktek dokter untuk rawat jalan dan pemanfaatan RS swasta dan RS pemerintah untuk rawat inap).

Menurut kelompok strata ekonomi tampak pemanfaatan pelayanan praktek dokter dan praktek petugas kesehatan mempunyai pola yang konsisten yaitu semakin mampu penduduk, pemanfaatan jasa praktek dokter semakin tinggi sebaliknya penduduk dengan strata ekonomi rendah lebih banyak memanfaatkan praktek petugas kesehatan. Hal ini bisa dimengerti antara lain praktek petugas kesehatan (perawat dan bidan) memang banyak dijumpai di daerah perdesaan dan biaya berobat ke praktek petugas kesehatan relatif lebih murah dibandingkan ke praktek dokter. Makin rendah status ekonomi penduduk

makin besar probabilitasnya berobat ke praktek petugas kesehatan.

Untuk memenuhi permintaan masyarakat perkotaan dan yang mempunyai kemampuan ekonomi tinggi harus dipikirkan bagaimana menerapkan pelayanan dokter keluarga. Dalam rangka membantu mengentaskan kemiskinan, prioritas pelayanan kesehatan diberikan pada peningkatan kualitas dan jangkauan program yang telah ada yaitu pelayanan kesehatan dasar melalui Puskesmas, Pustu dan bidan di desa serta rujukannya terutama ditujukan bagi penduduk di perdesaan dan kelompok penduduk miskin. Anggaran pemerintah perlu lebih diarahkan untuk membiayai pelayanan dasar sesuai dengan standar pelayanan minimal.

Untuk menjamin penduduk miskin memperoleh pelayanan kesehatan, pemerintah sudah sejak lama membebaskan mereka dari pembiayaan kesehatan asalkan dapat menunjukkan surat tidak mampu dari kepala desa, namun kebijakan ini kurang berjalan dengan baik.

Tabel 8. Persentase Ketersediaan Jaminan Kesehatan Menurut Strata Pengeluaran Rumah Tangga, Susenas 2001

Jenis Pelayanan Kesehatan	Strata (quintile) Pengeluaran Rumah Tangga				
	I (termiskin)	II	III	IV	V (terkaya)
Askes	1,8	3,3	6,1	12,3	24,0
Astek/Jamsostek	0,9	2,5	4,7	5,6	8,1
Perusahaan/Kantor	0,9	1,7	3,0	4,7	8,0
Asuransi lain	0,1	0,2	0,4	0,6	2,0
Dana sehat	0,6	0,5	0,6	0,4	0,5
Kartu sehat	11,2	8,4	6,1	4,5	2,0
JPKM	0,5	1,5	1,2	0,9	0,4

Sejak tahun 1994 pemerintah telah memutuskan memberikan kartu sehat kepada penduduk miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan di Puskesmas dan rumah sakit. Kartu sehat ini mempunyai masalah tersendiri karena hasil kajian menunjukkan hanya 11% penduduk termiskin memiliki kartu sehat dan 20% kartu sehat tidak tepat sasaran yaitu dimiliki oleh mereka yang tidak berhak. Oleh karena itu perlu dilakukan pendataan yang baik agar distribusi kartu sehat tepat sasaran. JPKM sebagai salah satu strategi dari misi pencapaian Indonesia Sehat 2010 adalah wujud nyata peran serta masyarakat dalam pembiayaan kesehatan. Jika berhasil dilaksanakan akan mempunyai peran yang besar dalam pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan.

SIMPULAN

1. Terdapat keragaman pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut kawasan, daerah dan strata ekonomi :
 - Penduduk di Kawasan Timur Indonesia lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan pemerintah (Puskesmas, Pustu dan RS pemerintah) dibandingkan daerah lainnya.
 - Pelayanan kesehatan swasta (dokter praktek dan RS swasta) lebih diminati oleh penduduk di kawasan Jawa Bali.
 - Penduduk perdesaan lebih banyak memanfaatkan Puskesmas dan jasa praktek petugas kesehatan. Untuk daerah perkotaan, pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagian besar mengarah kepada pelayanan kesehatan swasta .
 - Rumah tangga kelompok miskin sebagian besar memanfaatkan pelayanan praktek petugas kesehatan sedangkan rumah tangga kelompok ekonomi tinggi lebih banyak memanfaatkan pelayanan jasa praktek dokter.

- Respon kurang puas terhadap pelayanan kesehatan lebih besar pada pelayanan kesehatan pemerintah dibandingkan lainnya.
2. Cakupan kepersertaan jaminan pemeliharaan kesehatan sekitar 20%, diantaranya cakupan yang terbesar adalah Askes (7,4%) dan Kartu sehat (6,3%). Namun sangat disayangkan distribusi kartu sehat tidak tepat sasaran dimana sebagian besar Kartu sehat dimiliki kelompok rumah tangga strata ekonomi tinggi .

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada Koordinator Surkesnas yang telah memberikan pengarahan kepada kami sehingga memungkinkan penulisan ini dapat dilakukan.

DAFTAR RUJUKAN

1. Departemen Kesehatan RI. Rencana pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010, Jakarta; 1999
2. Departemen Kesehatan RI. Profil kesehatan Indonesia 2000, Jakarta; 2001
3. Thabrany Hasbalah , Ilyās Yaslis. Final report comprehensive review on JPKM to develop a more sustainable health insurance scheme. Kerja sama Proyek S3CB- BAPPENAS dengan Yayasan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia, Jakarta; 2000.
4. Departemen Kesehatan RI. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Laporan data Susenas 2001: Status kesehatan, pelayanan kesehatan, perilaku hidup sehat dan kesehatan lingkungan, Jakarta; 2002.
5. Organisasi Kesehatan Sedunia. Perumusan strategi mengenai kesehatan bagi semua pada tahun 2000, Dasar-dasar bimbingan dan permasalahan pokok.WHO; 1990.
6. Soemantri. S. dkk. Trend kesehatan menurut Susenas 1995,1998 dan 2001. Departemen Kesehatan RI, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta; 2002.