

HUBUNGAN ANTARA KEPEMILIKAN ASURANSI KESEHATAN DAN AKSES PELAYANAN KESEHATAN DI PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR

Serlie Littik¹

Abstract: When people is sick, they will be faced into option to go to health facilities, self-medication or doing nothing. Many factors are related with decision to use health facilities. One of them is insurance ownership. This study will learn health access relationship in NTT Province by using National Social Economic Survy (Susenas) 2004. Adjusted Wald test was used to know relationship between health insurance ownership and health service access. Study result found that there was no relationship between health insurance ownership and health service access in NTT Province.

Keywords: Access, Health Insurance, Susenas, adjusted wald test

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Visi Indonesia sehat bertujuan agar masyarakat memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata. Untuk dapat mengakses, maka pemerintah berkewajiban untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan. Sampai saat ini telah banyak fasilitas pelayanan kesehatan yang dibangun pemerintah, dan pembangunan fisik ini sedikit banyak telah memberikan sumbangan terhadap meningkatnya status kesehatan.

Namun meningkatnya jumlah penduduk, bertambah banyaknya masalah kesehatan, dan biaya perawatan kesehatan yang terus meningkat, menyebabkan peningkatan biaya kesehatan yang harus ditanggung pemerintah padahal saat ini kemampuan pemerintah untuk menyediakan dana sangat terbatas. Salah satu alternatif pembiayaan kesehatan adalah melalui asuransi kesehatan. Dalam asuransi kesehatan, kerugian ekonomi akan ditanggung bersama-sama diantara peserta.

Saat ini baru sekitar 21% penduduk Indonesia yang memiliki jaminan/asuransi kesehatan (www.waspada.co.id). Sedangkan Penduduk Propinsi NTT yang memiliki jaminan/asuransi kesehatan hanya

8,36% (325.064 orang) dari 3.888.735 penduduk (Dinkes NTT, 2003).

Propinsi NTT merupakan propinsi yang memiliki keragaman dari segi kondisi geografis. Daerah dengan banyak pulau dan topografi berbukit-bukit ini merupakan propinsi termiskin ke empat di Indonesia dengan persentase penduduk miskin 30,74% (BPS, 2003). Secara khusus untuk sektor kesehatan, dari beberapa indikator derajat kesehatan, Propinsi NTT masih cukup jauh tertinggal di banding propinsi lainnya di Indonesia. Akses ke pelayanan kesehatan pun masih rendah. Handayani, dkk (2003) juga melaporkan bahwa akses terhadap pelayanan rawat jalan, dilihat dari penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan (baik milik pemerintah maupun swasta) baru mencapai 50,7%. Sedangkan penduduk yang pernah mendapatkan rawat inap dalam setahun terakhir hanya 2,4% dari total penduduk.

Salah satu cara meningkatkan status kesehatan adalah melalui meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Secara teori, salah satu cara meningkatkan akses pelayanan kesehatan adalah melalui pemberian asuransi kesehatan sehingga masyarakat dapat lebih mudah menjangkau pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Hal ini disebabkan dengan adanya asuransi kesehatan, bisa mengurangi hambatan finansial

¹Staf Pengajar Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM Undana

masyarakat untuk menjangkau pelayanan kesehatan. Selanjutnya dengan dikeluarkannya UU No. 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang akan diberlakukan secara nasional, termasuk di NTT, maka dirasakan penting untuk mengetahui hubungan asuransi dengan akses pelayanan kesehatan di provinsi ini.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kepemilikan asuransi kesehatan dengan akses pelayanan kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Sedangkan manfaatnya adalah untuk menyediakan informasi yang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan, khususnya dalam pengalokasian sumber daya yang terbatas untuk peningkatan akses pelayanan kesehatan, yang pada akhirnya diharapkan akan dapat meningkatkan status kesehatan seluruh penduduk NTT.

Asuransi kesehatan

Pengertian dan Jenis Asuransi Kesehatan

Dalam hidup ini, manusia tidak bisa secara mutlak terhindar dari bahaya baik itu sakit, kecelakaan, bencana alam, tindakan kriminal bahkan kematian. Beberapa diantaranya membawa dampak berupa kerugian ekonomi. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menghadapi kemungkinan kerugian itu adalah melalui sistem asuransi (HIAA, 2000).

Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (HIAA) mendefinisikan asuransi kesehatan sebagai :

"...Plan of risk management that, for a price, offers the insured an opportunity to share the costs of possible economic loss through an entity called an insured."

Esensi asuransi adalah mendistribusikan resiko/bahaya, (HIAA, 2000). Jadi asuransi pada dasarnya adalah suatu manajemen resiko, dimana kepada para

pesertanya ditawarkan kesempatan untuk bersama-sama menanggung kerugian ekonomi yang mungkin timbul, dengan cara membayar premi kepada perusahaan asuransi.

Asuransi kesehatan merupakan salah satu upaya untuk mendekatkan akses masyarakat kecil ke pelayanan kesehatan. Seperti diketahui, selama ini biaya kesehatan di Indonesia amat mahal dan relatif belum terjangkau sebagian besar masyarakat Indonesia (Kompas, 08 Maret 2005). Kecenderungan meningkatnya biaya pemeliharaan kesehatan menyulitkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Keadaan ini terjadi terutama pada keadaan dimana pembiayaannya harus ditanggung sendiri (*out of pocket*) dalam sistem tunai (*fee for service*) (www.jpkm-online.net).

Di Indonesia, berdasarkan studi, 20% dari masyarakat terlindungi oleh salah satu jaminan pemeliharaan kesehatan (asuransi kesehatan) di tahun 2001. Dari mereka yang terlindungi oleh asuransi kesehatan, kira-kira setengah dari mereka tergabung dalam Askes. Masyarakat yang berada di bawah garis kemiskinan dan yang tinggal di daerah pedesaan tidak terlindungi oleh kebanyakan program kecuali oleh Kartu Sehat (Riyadi, dkk., 2005).

Ketersediaan asuransi kesehatan dalam data Susenas 2001 yaitu merujuk pada keikutsertaan penduduk menjadi peserta asuransi kesehatan. Jenis asuransi meliputi : Askes, Astek/Jamsostek, Perusahaan/Kantor, Asuransi lain, Dana Sehat, Kartu Sehat dan JPkm.

Dalam penelitian ini, yang dimaksud dengan kepemilikan asuransi kesehatan adalah ketersediaan asuransi untuk keperluan rawat jalan/rawat inap. Untuk keperluan analisis, asuransi kesehatan terbagi atas 4 kategori, yaitu : (1) Askes (Asuransi Kesehatan) adalah asuransi kesehatan bagi

pegawai negeri dan pensiunan TNI, dan keluarganya, yang dikelola oleh PT Persero Askes. Termasuk pegawai swasta yang ikut program Askes. (2) Astek (Asuransi Tenaga Kerja) / Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja) dan Perusahaan/kantor adalah asuransi bagi tenaga kerja swasta yang dikelola oleh PT Astek. Sedangkan yang dimaksud dengan asuransi perusahaan/kantor adalah perusahaan/kantor yang menyediakan biaya atau tempat berobat bagi karyawan dan mungkin keluarganya bila sakit. (3) JPKM (Jaminan pembiayaan kesehatan Masyarakat) adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dan dengan mutu terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya. Pembiayaan secara pra-upaya adalah pembiayaan kepada pemberi pelayanan kesehatan yang dibayar dimuka (pra-upaya) oleh badan penyelenggara untuk memelihara kesehatan peserta JPKM. Pra-upaya juga berarti bahwa peserta JPKM membayar dimuka sejumlah iuran secara teratur kepada badan penyelenggara agar kebutuhan pemeliharaan kesehatannya terjamin. (4) Kartu sehat adalah kartu yang digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga tidak mampu, yang dikeluarkan oleh pemerintah setempat.

Pengertian masing-masing asuransi di atas sesuai dengan Pedoman Pencacah Kor yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS, 2003). Di luar kepemilikan asuransi di atas, maka dikelompokkan kedalam penduduk yang tidak mempunyai asuransi.

Kepemilikan asuransi kesehatan

Kepemilikan asuransi kesehatan memberikan dampak positif terhadap penggunaan/akses fasilitas kesehatan (Hidayat, et al,

2004; Setyowati dan A.Lubis, 2003; Trujillo, 2003; Yuliawati, 2002; Liu, et al, 2002; Hsia, et al, 2000; Waters, 2000). Dalam artikel khususnya, Newacheck, et al (1998) menyatakan bahwa efek asuransi memberikan hasil statistik yang signifikan meskipun beberapa variabel yang berpotensi sebagai *confounding*, seperti pendapatan keluarga dan status kesehatan anak-anak telah dikontrol. Anak-anak yang tidak mempunyai asuransi mempunyai angka kunjungan (kontak dengan dokter) yang lebih rendah dibandingkan dengan anak yang mempunyai asuransi. Hal ini disimpulkan dari penelitiannya terhadap anak-anak di bawah usia 18 tahun, dengan menggunakan data *National Health Interview Survey* tahun 1993-1994.

Hasil yang sama juga diperoleh Szilagyi, et al (2004) bahwa seperti halnya pada penggunaan bivariat, hasil analisis dengan multivariat mengindikasikan bahwa peningkatan-peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan tidak disebabkan oleh faktor demografi atau faktor-faktor pelayanan kesehatan yang pernah diterima. Jadi dapat disimpulkan bahwa asuransi meningkatkan akses, kesinambungan dan kualitas pelayanan kesehatan.

Akses pelayanan kesehatan

Dalam penelitian ini, yang dimaksud dengan akses adalah kemudahan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan oleh individu dengan kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Kebutuhan diukur sebagai gangguan kesehatan atau kesakitan yang dikeluhkan sendiri oleh individu yang bersangkutan.

Akses pelayanan kesehatan untuk orang miskin di kawasan Asia Tenggara, khususnya di Indonesia masih kurang. Bila hal tersebut tidak diatasi, maka jumlah jenis penyakit yang diderita penduduk akan tetap tinggi (Suara Pembaruan, 16 Februari

2004). Akses pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia juga belum merata. Ketidakmerataan pelayanan kesehatan dasar di Indonesia terjadi karena masih terdapatnya perbedaan kesempatan mendapatkan akses dan pemanfaatan akses terhadap pelayanan kesehatan (Suara Pembaruan, 21 September 2004).

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Studi ini menggunakan data sekunder gabungan dari Kuesioner Modul Perumahan dan Kesehatan (VSEN2004.MPK) dan Kuesioner Kor (VSEN2004.K) Susenas 2004, Subset data Propinsi NTT. Rancangan Susenas 2004 ini dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dengan menggunakan desain *cross sectional*.

Populasi dan Sampel

Populasi sasaran yang termasuk sampel analisis ini adalah semua penduduk di Propinsi NTT pada tahun 2004. Yang menjadi sampel penelitian ini adalah semua individu yang menjadi sampel Susenas 2004.

Analisis Data

Analisis Univariat dilakukan untuk melihat sebaran/distribusi masing-masing variabel yang diteliti. Dari hasil analisis univariat, pada beberapa variabel dilakukan pengelompokan menjadi variabel baru dengan kategori yang disesuaikan untuk keperluan analisis selanjutnya.

Analisis Bivariat dilakukan untuk melihat adanya hubungan/perbedaan secara statistik antara tiap-tiap parameter (kategori). Uji yang digunakan adalah *Adjusted Wald Test*. Uji kemaknaan dilakukan dengan menggunakan $\alpha=0,05$ dan *confidence interval* 95%, dengan ketentuan jika : $Pvalue > 0,05$ berarti H_0 gagal ditolak ($Pv > \alpha$), Uji statistik menunjukkan tidak adanya

hubungan/perbedaan yang bermakna atau $Pvalue \leq 0,05$ berarti H_0 ditolak ($Pv \leq \alpha$), Uji statistik menunjukkan adanya hubungan/perbedaan yang bermakna.

HASIL

Karakteristik Responden

Jumlah responden seluruhnya adalah 1788. Dari total responden, 48,49% diantaranya adalah laki-laki dan 51,51% adalah perempuan. Sedangkan berdasarkan tipe daerah, 83,05% responden tinggal di daerah pedesaan sedangkan 16,95% responden tinggal di daerah perkotaan. Sebagian besar responden adalah individu yang telah menikah (67,34%) dengan tingkat pendidikan terbanyak (65,49%) adalah tamat pendidikan dasar (SD, SLB, MI, SLTP dan MTs).

Data pekerjaan responden digolongkan menjadi dua kelompok yaitu, responden yang mempunyai pekerjaan dan responden yang tidak mempunyai pekerjaan (menganggur/sekolah/pensiun). Pengelompokan tersebut dilakukan karena data Susenas 2004 yang digunakan tidak dapat menggambarkan distribusi pekerjaan yang sebenarnya di Propinsi NTT. Berdasarkan pengelompokan tersebut, diperoleh persentase rata-rata responden yang bekerja adalah 68,68% dengan pendapatan rata-rata tiap rumah tangga Rp 488.714/bulan.

Variabel umur dikelompokkan menjadi dua kelompok yaitu kelompok umur responden kurang dari 60 tahun dan kelompok umur responden lebih dari atau sama dengan 60 tahun. Berdasarkan pengelompokan umur responden yang dilakukan, diperoleh rata-rata umur responden adalah 39 tahun.

Kepemilikan Asuransi

Sebanyak 64,97% penduduk NTT masih belum memiliki asuransi kesehatan. Tabel 1 memberikan gambaran masih rendahnya

kepemilikan asuransi kesehatan di Propinsi NTT. Kategori asuransi yang paling banyak dimiliki oleh penduduk di Propinsi NTT adalah Kartu Sehat. Sedangkan kategori asuransi yang paling sedikit dimiliki adalah Jamsostek.

Tabel 1. Distribusi Penduduk Menurut Kepemilikan Asuransi Kesehatan di Propinsi NTT Tahun 2004

Tipe Asuransi	Jumlah (%)
Tidak memiliki asuransi Kesehatan	64,97
Askes	7,51
Jamsostek	0,75
JPKM	2,17
Kartu Sehat	24,36

Berdasarkan hasil uji Wald (*Adjusted Wald test*), diketahui bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kepemilikan asuransi di Propinsi NTT adalah umur (Jamsostek), tingkat pendidikan dan wilayah (kecuali JPKM). Kepemilikan asuransi di daerah ini bukan karena kesadaran masyarakat sendiri untuk membeli asuransi karena mereka lebih mementingkan pemenuhan kebutuhan sehari-hari yang masih berkekurangan.

Akses ke Fasilitas Pelayanan Rawat Inap

Akses pelayanan rawat inap dalam penelitian ini diukur dari penggunaan pelayanan rawat inap dalam 1 (satu) tahun terakhir. Sebanyak 1,4% penduduk Propinsi NTT telah menggunakan fasilitas pelayanan rawat inap selama tahun 2003.

Dari hasil analisis (Tabel 3) diketahui bahwa kepemilikan asuransi tidak berhubungan dengan penggunaan pelayanan rawat inap dalam 1 (satu) tahun terakhir.

Akses Pelayanan Rawat Jalan

Akses rawat jalan dalam penelitian ini diukur berdasarkan pemanfaatan fasilitas pelayanan rawat jalan selama 1 bulan sebelum

wawancara dilakukan. Seperti juga pada akses rawat inap sebelumnya, akses rawat jalan dibagi dalam 2 yaitu rawat jalan pada fasilitas kesehatan milik pemerintah dan pada fasilitas kesehatan milik swasta.

PEMBAHASAN

Kelemahan dalam penelitian ini adalah dari cara pengukuran. Pengukuran dilakukan oleh mantri statistik dan mitranya, yang bukan tenaga kesehatan sehingga ada kemungkinan kekurangpahaman dalam penggalan data yang terkait dengan kesehatan. Mutu data dipengaruhi oleh ketrampilan pengumpul data dalam menggali informasi, mengingat data merupakan kejadian pada kurun waktu satu bulan (untuk semua data) sampai satu tahun terakhir (khusus data rawat inap). Jadi ada kemungkinan terjadi recall bias.

Menurut data Susenas 2004 yang diolah (tabel 1), cakupan asuransi terbanyak di Propinsi NTT berasal dari kartu sehat (24,36%). Penduduk yang memiliki asuransi tipe Askes 7,75% sedangkan kepemilikan JPKM hanya 2,17%. Persentase kepemilikan terkecil adalah pada tipe asuransi jamsostek (0,75%). Jadi, masih ada 64,97% penduduk lainnya yang tidak terlindungi oleh asuransi kesehatan.

Tingginya kepemilikan kartu sehat berkaitan dengan banyaknya masyarakat tidak mampu di propinsi ini. Sedangkan rendahnya kepemilikan asuransi tipe Jamsostek, disebabkan karena Propinsi NTT tidak mempunyai banyak sektor swasta (seperti industri, perusahaan-perusahaan) yang secara formal mampu memberikan asuransi kesehatan bagi tenaga kerjanya.

Secara keseluruhan, ditemukan bahwa asuransi tidak berhubungan dengan akses masyarakat terhadap fasilitas kesehatan. Hasil analisis memang menunjukkan bahwa terjadi sedikit peningkatan penggunaan fasilitas

HUBUNGAN ANTARA KEPEMILIKAN ASURANSI KESEHATAN DAN AKSES PELAYANAN KESEHATAN DI PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR

Tabel 2. Distribusi Proporsi Penduduk Menurut Karakteristik Demografi, Wilayah, Kebutuhan kesehatan dan Kepemilikan Asuransi di Propinsi NTT Tahun 2004

Distribusi Asuransi menurut Variabel :	Asuransi Kesehatan				Total
	Askes	Jamsostek	JPKM	Kartu Sehat	
Total kepemilikan asuransi kesehatan di Prop NTT	7,51	0,75	2,17	24,36	35,03
Umur					
<60 tahun	8,13	0,86	2,11	24,87	34,63
>=60 tahun	5,23	0	2,56	31,61	37,70
F (1,97)	2,55	7,38**	0,29	2,03	
Jenis kelamin					
Laki-laki	8,16	0,71	2,29	25,3	36,69
Perempuan	7,37	0,78	2,05	23,26	33,46
F (1,97)	0,32	0,04	0,14	1,00	
Tingkat Pendidikan					
Tidak sekolah/ tidak tamat SD	0,42	0	2,01	32,93	32,15
Tamat Pend. Dasar	3,02	0,18	2,10	27,89	32,01
Tamat pend. Menengah	23,15	2,73	2,65	16,56	44,43
Tamat Pend.Tinggi	46,24	4,41	0	4,30	54,95
F (3,95)	41,51**	3,42*	1,74	12,28**	
Pekerjaan					
Tidak bekerja	9,77	1,09	2,65	24,12	37,63
Bekerja	6,83	0,59	1,95	24,47	33,83
F (1,97)	2,98	1,78	1,26	0,01	
Status Perkawinan					
Belum menikah	6,25	0,76	1,71	21,86	30,59
Menikah	8,65	0,85	2,31	24,76	36,58
Cerai hidup/mati	5,12	0	2,22	27,33	34,67
F (1,97)	2,96	0,02	0,28	1,03	
Wilayah					
Desa	4,98	0,07	2,56	26,94	34,55
Kota	20,79	3,96	0,33	12,21	37,29
F (1,97)	27,33**	7,88**	3,16	9,98**	

Catatan : Total sample 1.788; F adalah *Adjusted Wald Test*; (**) signifikan pada level 1%; (*) signifikan pada level 5%

Tabel 3. Distribusi Kepemilikan Asuransi terhadap Akses Rawat Inap pada Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah dan Swasta di Propinsi NTT Tahun 2004

Kepemilikan asuransi	Pemerintah	Swasta	Total
Tidak punya asuransi	0,61	0	0,61
ASKES	2,21	1,49	3,70
Jamsostek	7,71	0	7,71
JPKM	5,23	0	5,23
Kartu Sehat	1,61	0,68	2,29
F (4,94)	2,37	2,15	

Catatan : Total sample 1.788; F adalah *Adjusted Wald Test*; (**) signifikan pada level 1%; (*) signifikan pada level 5%

Tabel 4. Distribusi Kepemilikan Asuransi terhadap Akses Rawat Jalan pada Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah dan Swasta di Propinsi NTT Tahun 2004

Kepemilikan asuransi	Pemerintah	Swasta	Total
Tidak punya asuransi	10,38	4,74	15,12
ASKES	10,87	8,74	19,61
Jamsostek	7,71	3,09	38,58
JPKM	15,37	7,69	23,05
Kartu Sehat/Kartu Sehat	15,59	2,73	18,33
F (4,94)	1,28	2,27	

Catatan : Total sample 1.788; F adalah *Adjusted Wald Test*; (**) signifikan pada level 1%; (*) signifikan pada level 5%

pelayanan kesehatan, tetapi hal itu tidak signifikan.

Penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan ini berhubungan erat dengan kejadian kesakitan, walaupun penyakit bukanlah satu-satunya faktor penentu orang mencari pengobatan atau memanfaatkan fasilitas kesehatan. Teori ini berlaku di Propinsi NTT. Banyak faktor lainnya yang mempengaruhi (tabel 4 dan 5).

SIMPULAN DAN SARAN

Hasil analisis menunjukkan bahwa kepemilikan asuransi kesehatan di Propinsi NTT tidak berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas rawat jalan atau rawat inap baik milik pemerintah maupun swasta (tabel 3). Hasil ini kontras dengan hasil penelitian lainnya (Hidayat, et al, 2004; Szilagyi, et al, 2004; Setyowati dan A.Lubis, 2003; Trujillo, 2003; Yuliawati, 2002; Liu, et al, 2002; Hsia, et al, 2000; Waters, 2000; Thabrany dan Pujianto, 2000; Newacheck, et al, 1998). Walaupun memiliki asuransi, masyarakat lebih memilih untuk mengabaikan keluhan kesehatan yang ada ataupun mencari pengobatan sendiri dibanding mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan. Hal ini disebabkan karena beberapa hal. Pertama, letak fasilitas kesehatan yang cukup jauh (rata-rata 7 km) dari tempat tinggal mereka, dengan topografi yang tidak rata. Bahkan masih ada sekelompok masyarakat yang tinggal 99 km dari fasilitas kesehatan. Belum lagi ditambah dengan transportasi umum yang cukup jarang ditemui dan relative mahal bagi mereka. Kedua, rendahnya kualitas pelayanan kesehatan dan prosedur klaim yang kurang sederhana.

Untuk itu, maka dapat disarankan agar dilakukan penyuluhan kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat sehingga masyarakat tidak hanya tergantung pada fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu,

Pemerintah ataupun pihak asuransi perlu menyederhanakan prosedur klaim asuransi (birokrasi) agar tidak menjadi kendala penggunaan asuransi/jaminan pembiayaan kesehatan oleh masyarakat

Hasil studi juga menunjukkan bahwa kepemilikan kartu sehat yang hampir sama antar kuintil pengeluaran. Bahkan 51% kepemilikan asuransi pada kelompok terkaya (Q5) adalah dari kartu sehat. Demikian juga dengan kelompok masyarakat kaya (Q4), yang kepemilikan kartu sehatnya mencapai 74%. Di sini terlihat bahwa distribusi kartu sehat tidak tepat sasaran karena kartu sehat adalah jaminan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah bagi keluarga tidak mampu secara ekonomi. Karena itu, sosialisasi kartu sehat di tingkat masyarakat dan pemberi pelayanan kesehatan sangat penting agar masyarakat juga turut mengawasi distribusi kartu sehat tersebut.

DAFTAR RUJUKAN

- Ariawan, I (1996). Analisis Data Survai Dengan STATA. FKM UI, Depok.
- Azwar, A (1996). Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan. Pustaka Sinar harapan, Jakarta.
- Biro Pusat Statistik (2004). SUSENAS 2004: Pedoman Pencacah Kor. BPS, Jakarta.
- Biro Pusat Statistik (2003). SUSENAS 2004: Pedoman Modul Perumahan dan Pemukiman Kesehatan. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Depkes RI, Jakarta.
- Biro Pusat Statistik (2003). Statistik Indonesia 2002. BPS, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2001). Indonesia Sehat 2010. Depkes RI, Jakarta.

**HUBUNGAN ANTARA KEPEMILIKAN ASURANSI KESEHATAN DAN AKSES PELAYANAN
KESEHATAN DI PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR**

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2002). Profil Kesehatan Indonesia 2001. Depkes RI, Jakarta.

Dinas Kesehatan Propinsi Nusa Tenggara Timur, 2003. Profil Kesehatan Nusa Tenggara Timur 2002. Dinkes, Kupang.

Handayani, L., Siswanto, Nirmala A. Ma'ruf dan Dwi Hapsari (2003). Pola Pencarian Pengobatan di Indonesia. Buletin Penelitian Kesehatan, 31 (1): 33-47.

Hastono, S.P (2001). Analisis Data. Modul. FKM UI, Depok.

Hosea, D (2001). Statistik Menggunakan STATA 7.0. Elex Media Computindo, Jakarta.

Hidayat, B., Hasbullah T., Hengjin D and Rainer S (2004). The Effect of Mandatory Health Insurance on Equity in Access to Outpatient Care in Indonesia. Health Policy and Planning, 19 (5): 332-335.

Hjortsberg, C (2003). Why Do the Sick People Not Utilise Health Care? The Case of Zambia. Health Economics, 12 : 755-770.

Hsia, J., et al (2000). Is Insurance a More Important Determinant of Health Care Access Than Received Health? Evidence From Womens's Health Initiative. Journal of Womens's Health and Gender-Based Medicine, 9 (8): 881-889.

International Labour Organization (ILO) (2002). Social Security and Coverage For All. Restructuring the Social Security Scheme in Indonesia-Issue and Options. ILO, Jakarta.

Ilyas, Y (2003). Mengenal Asuransi Kesehatan: Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan Fraud. FKM UI, Depok.

Liu GG, Zhao Z, Cai R, Yamada T and Yamada T (2002). Equity in Health Care Access To: Assessing The Urban Health Insurance Reform in China. Soc Sci Med, 5(10): 1779-1794.

Mills, A dan Lucy Gilson (1990). Ekonomi Kesehatan Untuk Negara Sedang Berkembang: Sebuah Pengantar. Dian Rakyat dan AKEK, Jakarta.

Nachrowi, N.J dan Hadius Usman (2002). Penggunaan Teknik Ekonometri. Raja Grafindo Persada, Jakarta.

Nadjib, Mardiaty (1999). Pemerataan Pelayanan Rawat Jalan di Berbagai Wilayah Indonesia. Disertasi. FKM UI, Depok.

Newacheck, P.W., et al (1998). Health Insurance and Access to Primary Care for Children. Special Article. Massachusetts Medical Society, 338(8): 513-519.

Prayoga, Felly Senewe, dan Shelly Cahyadi (2002). Aksesibilitas Masyarakat ke Pelayanan Kesehatan. Ringkasan Laporan Final dari Lokakarya SURKESNAS mengenai Bukti dalam Membuat Keputusan, 28 Januari - 28 Maret 2002, Jakarta.

Roemer, M.I (1991). National Health Systems of the World. Volume One : The Countries. Oxford University Press, New York.

Sarafino, E.P (2002). Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. Fourth Edition. John Wiley & sons Inc, New York.

Setyowati T dan Agustin Lubis (2003). Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Pemeliharaan kesehatan. Buletin Penelitian Kesehatan, 31(4): 177-185.

Situmorang, Y (2004). Aksesibilitas dan Faktor Lain Yang Berhubungan Dengan utilisasi Pelayanan Pengobatan di Puskesmas Baros oleh Masyarakat Kecamatan Baros Kota Sukabumi. Tesis, FKM UI, Depok.

StataCorp (2003). Getting Started With STATA for Windows, Release 8. Collage Station, Texas: Stata Corporation.

StataCorp (2003). STATA Survey Data; Reference Manual, Release 8. Collage Station, Texas: Stata Corporation.

StataCorp (2001). STATA User's Guide, Release 7. Collage Station, Texas: Stata Corporation.

Sulastomo (1997). Asuransi Kesehatan dan Managed Care. PT Asuransi Kesehatan Indonesia, Jakarta.

Supranto, J (2004). Analisis Multivariat, Arti dan Interpretasi. Rineka Cipta, Jakarta.

Sutadji, O.A (2004). Pengalaman PT ASKES Dalam Menyelenggarakan Asuransi Kesehatan Sosial Untuk Masyarakat Umum. Workshop Menyongsong Asuransi Kesehatan Nasional di Indonesia. Jakarta, 3-4 Maret 2004.

Szilagyi, P.G., et al (2004). Improve Access and Quality of Care After Enrollment in The New York State Children's Health Insurance Program (SCHIP). *Pediatric*, 113 (5): 395 – 404.

Thabrany, Hasbullah (1995). Health Insurance and The Demand for Medical Care in Indonesia. Disertasi. University of California, Berkeley.

Thabrany, H dan Pujianto (2000). Asuransi Kesehatan dan Akses Pelayanan Kesehatan. *Majalah*

Kedokteran Indonesia, 50 (6) : 282 - 289

Thabrany, Hasbullah (2002). Asuransi Kesehatan di Indonesia. Edisi Kedua. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan UI, Depok

The Health Insurance Association of America (HIAA) (2000). The Health Insurance Primer. An Introduction to How Health Insurance Works. HIAA, Amerika.

Tjiptoherijanto, P dan Budhi soesetyo (1984). *Ekonomi Kesehatan*. PT Rineka Cipta, Jakarta.

Trujillo, A.J (2003). Medical Care Use and Selection in a Social Health Insurance With an Equalization Fund; Evidence From Colombia. *Health Economics* 12: 231-246.

Valdivia M (2002). Public Health Infrastructure and Equity in the Utilization of Outpatient Health Care Services in Peru. *Health Policy Plan*, 17 Suppl: 12-19.

Yulianingsih (2001). Faktor-faktor yang berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Keluarga Miskin di Propinsi Jawa Barat Tahun 1999. Skripsi. FKM UI, Depok.

Yuliatwati (2002). Faktor-Faktor Sosiodemografi Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Masyarakat Banten Tahun 2001. Skripsi FKM UI, Depok.

Waters, H.R (1999). Measuring The Impact of Health Insurance With Correction For Selection Bias-A Case Study of Ecuador. *Health Economics* 8: 473-483.

Vera-Hernandez, A,M (1999). Duplicate Coverage and Demand For Health Care: The Case of Catalonia. *Health Economics* 8: 579-598.

Artikel Elektronik:

BPS, Bappenas (2001). Indonesia, Laporan Pembangunan Manusia 2001; Menuju Konsensus Baru: Demokrasi dan Pembangunan Manusia di Indonesia. Ringkasan Eksekutif. Di akses 7 April 2005.

JPKM Online (28 Maret 2005). Artikel. Diakses 7 April 2005.

Kompas (08 Maret 2005). Askes Penduduk Miskin Mulai Dibagi. Artikel. Diakses 7 April 2005, .

LPMI dan HDR-UNDP (03 agustus 2004). Artikel. Di akses 5 April 2005. Rancangan Awal Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025 (2005). Di akses 11 April 2005. .

Pembinaan Perkembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan di Indonesia dan Pola Pemanfaatannya pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Makalah. Di akses 7 april 2005.

SMERU Indonesia (2000). Pelayanan Kesehatan Selama Masa Krisis. Di akses 5 April 2005. .

Suara pembaruan¹(6 Pebruari 2004). Kurang, Akses Pelayanan Kesehatan untuk orang Miskin. Di akses 5 April 2005. .

Susenas, 2005. Hasil Awal Susenas 2004. Di akses 30 Juli 2005. <http://www.litbang.depkes.go.id>

Tim SURKESNAS NIHRD Badan Litbang Kesehatan Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial (2001). Laporan Data Susenas 2001 : Status Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan. Di akses 7 April 2005. .

Tjiptoherijanto, P., 2004. Jaminan Sosial Tenaga Kerja di Indonesia. Di akses 7 April 2005. .

Trend Dalam Pengembangan Kebijakan, Trend Dalam Pembangunan Sosial Ekonomi, Kesehatan dan Lingkungan, Sumber-Sumber Kesehatan, Pengembangan Sistem Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Trend Dalam Status Kesehatan, Pandangan ke Depan (2002). Di akses 7 April 2005. .

Waspada Online (2 Maret 2004). Baru 21% Penduduk Memiliki Jaminan Kesehatan. Artikel. Di akses 5 April 2005.