

## Gambaran Pendistribusian Kartu Sehat pada Program JPSBK di Wilayah Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

\*Faridha Achmawati; \*\*Ali Ghufron Mukti, Yayi Suryo Prabandari  
\*Mahasiswa FK UGM; \*\*Bagian IKM FK Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

### Abstract

*The social and political crisis happening since July 1997 has affected the economic condition among Indonesians, as well as their health condition. In terms of health field, the government has held JPSBK or Health-Based Social Safety Net.*

*The objective of this reseach is to learn the distribution of health cards provided for the community in Yogyakarta Special Province.*

*This was an evaluative study using post-test only with secondary data from PIMU (Province Independent Monitoring Unit) survey in Yogyakarta in 2001. This study was conducted in 10 community health centers in Yogyakarta Province, and from those 10 community health centers, 220 respondents were obtained.*

*From the poverty criteria from BKKBN or National Family Planning Field Coordinator and village team, it was found that the criteria for family members of the poor that 99.1% of them could eat the basic food twice a day. All 95 % family members had different clothes to wear at home, in the office or school, and travelling. Fifty point nine percent family members joined family planning using health facility.*

*Ninety-four point one percent of the family members went to health facility. Sixty one point four percent of the floor of the poor family's houses was not clay. Fifty two point three percent of the walls of their houses were made of cement and 98.2 % of the ceilings were made of tiles. Forty five percents of the respondents had cattles at home.*

*This reseach showed that the distribution of health cards in Yogyakarta has not been appropriate, as there are many holders who do not full fill the criteria as cardholders (BKKBN poverty criteria & Village Team).*

*Key words: JPSBK, health card holders, health card distribution, and criteria of poor.*

## Abstrak

Krisis politik dan krisis sosial yang terjadi sejak bulan Juli 1997 telah menimbulkan dampak yang besar sekali pada kondisi ekonomi masyarakat Indonesia termasuk pada kondisi kesehatannya. Khusus untuk bidang kesehatan, pemerintah melaksanakan program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK).

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana gambaran pendistribusian Kartu Sehat yang diberikan pada masyarakat di wilayah Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Penelitian ini merupakan penelitian jenis evaluatif dengan rancangan *post test only* yang menggunakan data sekunder dari hasil survey PIMU (*Province independent Monitoring Unit*) Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2001. Penelitian dilakukan pada 10 puskesmas di Propinsi Daerah istimewa Yogyakarta, dari 10 puskesmas tersebut didapatkan responden berjumlah 220.

Kriteria miskin dari BKKBN dan tim desa didapatkan kriteria seluruh anggota keluarga bisa makan makanan pokok sehari 2 kali atau lebih berjumlah 99,1%, seluruh anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk digunakan di rumah, bekerja / sekolah, dan berpergian berjumlah 95%, bila ada Pasangan Usia Subur yang ingin melaksanakan KB pergi ke sarana / petugas kesehatan berjumlah 50,9%, seluruh anggota keluarga bila sakit dibawa ke sarana / fasilitas kesehatan berjumlah 94,1%, bagian terluas lantai bukan dari tanah berjumlah 61,4%, dinding terluas rumah dari tembok berjumlah 52,3%, atap rumah terluas dari genting berjumlah 98,2%, ditambah dengan kepemilikan ternak dari 220 responden yang menjawab memiliki ternak ada 45%.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa pendistribusian Kartu Sehat di wilayah Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta belum sesuai dengan yang diharapkan karena masih banyak penerima Kartu Sehat yang tidak memenuhi kriteria sebagai penerima Kartu Sehat (kriteria miskin dari BKKBN dan dari tim desa).

**Kata Kunci:** program JPSBK, pengguna Kartu Sehat, distribusi Kartu Sehat, kriteria keluarga miskin.

## Pendahuluan

Krisis politik dan krisis sosial yang terjadi sejak bulan Juli 1997 telah menimbulkan dampak yang besar sekali pada kondisi ekonomi masyarakat Indonesia termasuk pada kondisi kesehatannya. Untuk mengatasi dampak krisis tersebut pemerintah menjalankan kebijakan ekonomi yang berjumlah untuk menyelamatkan dan memutihkan kelompok rentan yang ada di masyarakat melalui Program Jaring Pengaman Sosial (JPS) yang meliputi kebutuhan dasar seperti pendidikan, kesehatan, dan lapangan pekerjaan (Suwandono, 1995).

Khusus untuk bidang kesehatan, pemerintah melaksanakan program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) yang mempunyai peran strategis dalam melindungi kelompok rentan yang terdiri dari ibu hamil, anak usia 0 - 24 bulan yang akan menjadi tumpuan masa depan bangsa, penduduk miskin dewasa yang membutuhkan jaminan kesehatan untuk mempertahankan produktivitas kerja, penduduk usia lanjut miskin sehingga program JPSBK benar-benar dirancang untuk proyek dengan sasaran keluarga miskin. Pelayanan pada program JPSBK meliputi pengobatan, pelayanan rujukan, pengendalian wabah melalui SAP (*Supplementary Assistance Fund*), dan suplementasi gizi (Kusnanto Hari, 1999).

Membantu keluarga miskin di seluruh Indonesia agar tetap terpelihara kesehatannya merupakan misi utama dari program JPSBK. Untuk bisa mendapatkan pelayanan kesehatan dalam program JPSBK, keluarga miskin harus mempunyai Kartu Sehat (KS), seharusnya semua keluarga miskin yang telah terdaftar dalam program JPSBK harus mendapatkan Kartu Sehat dan penerimaan KS ini merupakan bagian dari pelayanan kesehatan. Semua pelayanan kesehatan yang diberikan pada keluarga miskin yang memiliki KS diberikan secara cuma-cuma di puskesmas (termasuk puskesmas pembantu dan polindes) sehingga dapat dikatakan bahwa program JPSBK merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan program puskesmas selama ini (Kuntoro *et al.*, 1999; Sudiro, 1999).

## Bahan dan Cara Penelitian

Subjek yang digunakan dalam penelitian ini adalah penerima Kartu Sehat di Wilayah Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Data yang dipergunakan pada penelitian ini merupakan data sekunder yang berasal dari survey PIMU (*Province Independent Monitoring Unit*) DIY. Pengambilan data dimulai dari tanggal 16 Februari sampai dengan tanggal 8 Maret 2001. Responden diambil dari 10 puskesmas induk (puskesmas kecamatan) yang sudah ditentukan oleh PIMU. Dari masing-masing puskesmas diambil 22 responden sehingga keseluruhan responden berjumlah 220 responden pengguna Kartu Sehat. Responden merupakan responden rumah tangga, pada waktu pengambilan data dilakukan oleh suveyor PIMU dengan mendatangi rumah responden.

## Hasil dan Pembahasan

Data yang sudah dikumpulkan kemudian diuji dengan soft wear SPSS 10.

### 1. Distribusi Kartu Sehat menurut Karakteristik Responden

Kriteria karakteristik responden di bagi menjadi kriteria menurut umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, anggota rumah tangga, dan tingkat pendapatan. Seperti pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Kartu Sehat

NO	Karakteristik	N = 220 (100 %)	
		Jumlah	Persentase
1.	Umur (tahun)		
	20 – 49	102	46,3
	50 – 79	101	45,9
	> 80	17	7,7
2.	Pendidikan		
	Tidak sekolah - tamat SD sederajat	137	62,3
	SLTP	23	10,5
	SLTA	13	5,9
	Akademi / PT	3	1,4
	Tidak menjawab	44	20
3.	Pekerjaan		
	Buruh tani	108	81,2
	Pegawai	24	18
	Pensiunan	1	0,6
	Tidak Menjawab	87	39
4.	Jumlah Anggota Rumah Tangga		
	0 – 2	43	19,5
	3 – 5	146	66,4
	6 ke atas	31	14,1
5.	Tingkat Pendapatan		
	< = Rp 300.000	108	84,4
	> = Rp 300.000	20	15,6
	Tidak Menjawab	92	41,8

#### a. Kriteria menurut umur

Kriteria responden menurut umur yang paling banyak adalah antara 20-49 tahun yaitu 102 responden (46.3%), sedang umur yang paling sedikit adalah di atas 80 tahun yaitu ada 17 responden (7.7%). Umur minimum responden adalah 25 tahun, umur maksimum responden adalah 98 tahun dengan rata-

rata umur responden adalah 53,5 tahun. Hal tersebut disebabkan pengaruh distribusi penduduk menurut umur di mana umur kepala rumah tangga di wilayah DIY paling banyak berusia sekitar 20 - 49 tahun.

Pada penelitian yang dilakukan Hari Kusnanto (1999) di wilayah Jateng, Jatim bagian selatan DIY, rata-rata umur kepala rumah tangga gakin 48,85 tahun sehingga dapat kita lihat hasil rata-rata umur kepala rumah tangga di DIY lebih kecil dibandingkan dengan kepala rumah tangga di Jateng, Jatim.

**b. Kriteria menurut pendidikan**

Kriteria menurut pendidikan yang paling banyak responden berpendidikan tidak sekolah sampai dengan tamat SD sederajat yaitu ada 137 responden (62,3%). Paling sedikit responden berpendidikan Akademi / Perguruan Tinggi yaitu ada 3 responden (1,4%). Penerima JPSBK adalah keluarga miskin sehingga bisa dikaitkan jika pendidikannya rendah maka secara otomatis kehidupan sosial ekonominya rendah walaupun itu tidak mutlak terjadi. Penelitian Hari Kusnanto (1999) responden berpendidikan tidak sekolah sampai tamat SD (87%). Hal itu berarti gakin penerima KS di DIY yang memiliki pendidikan tidak sekolah sampai tamat SD lebih kecil dibandingkan dengan daerah Jateng, Jatim bagian selatan DIY.

**c. Kriteria menurut pekerjaan**

Kriteria menurut pekerjaan yang paling banyak dari responden adalah petani yaitu 108 responden (81,2%), jumlah responden yang jumlahnya paling sedikit adalah berprofesi sebagai pensiunan yang berjumlah 1 orang (0,5%). Dari 220 responden ada 87 responden (39,5%) yang tidak menjawab. Sesuai dengan negara Indonesia merupakan negara agraris maka pekerjaan penduduknya paling banyak berprofesi sebagai petani. Hasil penelitian Hari Kusnanto (1999) pekerjaan responden tidak bekerja, buruh, petani atau pedagang berskala kecil (95%), hasil penelitian tersebut sama dengan hasil penelitian yang dilakukan di DIY, secara garis besar sebagian besar penerima KS mempunyai pekerjaan sebagai buruh tani.

**d. Kriteria menurut jumlah anggota rumah tangga**

Kriteria menurut jumlah anggota rumah tangga responden yang mempunyai frekuensi yang paling banyak adalah 3-5 anggota rumah tangga yaitu ada 146 responden (66,4%) sedangkan yang memiliki jumlah anggota yang paling sedikit dengan jumlah 6 atau lebih ada 31 responden (14,1%). Jumlah anggota rumah tangga paling banyak adalah 10 orang paling sedikit 1 orang, dengan rata-rata jumlah anggota rumah tangga adalah 3-4 anggota rumah tangga. Berdasarkan data yang ada di atas dapat kita lihat kalau program KB dari pemerintah sudah ada hasilnya terbukti dengan semakin sedikitnya jumlah anggota keluarga di suatu rumah tangga. Jika hal tersebut dihubungkan dengan dengan kriteria miskin dari BKKBN mengenai Pasangan Usia Subur

yang ingin ber-KB datang ke sarana / petugas kesehatan, maka dapat diambil kesimpulan kalau sudah banyak keluarga yang bukan merupakan keluarga prasejahtera lagi, ditambah lagi semakin sedikitnya jumlah anggota rumah tangga maka pengeluaran rumah tangga (dalam batas normal) juga semakin kecil, jika anggota rumah tangga yang mempunyai anggota umur non produktif ( 15 - 55 tahun) yang banyak maka akan semakin membebani pada kepala rumah tangga karena tidak bisa memberi sumbangan penghasilan keluarga (Sudiro, 1999).

e. **Kriteria menurut tingkat pendapatan**

Dari 128 responden yang menjawab, kriteria menurut tingkat pendapatan responden paling banyak mempunyai pendapatan dibawah Rp 300.000 yaitu ada 108 responden (84,4%). Rata-rata pendapatan responden adalah antara Rp 300.000 - Rp 500.000. Responden yang mempunyai pendapatan strata sedang Rp 10.500 - Rp 1 1.900) dan pendapatan strata kurang (Rp 3.800-Rp 5.000) bisa disebut keluarga miskin sehingga layak untuk mendapatkan KS4. Ada sebanyak 84,4% responden yang sesuai dengan kriteria miskin menurut tingkat pendapatan. Jika dilihat dari jumlah rata-rata penghasilan ada responden yang termasuk dalam strata kaya (Rp 16.250 - Rp 19.500).

Tabel 2. Distribusi Kartu Sehat menurut Pengetahuan Responden tentang JPSBK

No	Karakteristik	N = 220 (100 %)	
		Jumlah	Persentase
1.	Pengetahuan tentang JPSBK : Tahu	105	47,7
	Tidak Tahu	115	52,3
	Pemberi informasi tentang JPSBK :		
	⇒ Tetangga, Mass media	21	20,4
	⇒ Aparat desa	49	47,5
2.	⇒ Petugas Kesehatan dan PLKB	33	
	Kepemilikan KS : Ya, dapat menunjukkan	174	32
3.	Ya, tidak dapat menunjukkan	46	79,1
	Pemberi KS : Aparat desa	166	20,9
4.	Petugas Kesehatan / PLKB	46	75,5
	Lainnya	8	21
	Biaya (rupiah) : 0	215	3,6
5.	>0	5	97,7
	Mendapat penjelasan sewaktu menerima KS : Ya	188	2,4
6.	Tidak	32	85,5
	Pemberi penjelasan : Aparat desa	146	14,5
	Dokter, bidan, perawat	42	77,6
7.	Pengguna KS : Ya	145	22,4
	Tidak	75	65,9
8.	Merasakan manfaat KS : Ya	144	34,1
	Tidak	76	65,5
9.	Penggunaan KS dimasa mendatang : Ya	212	34,5
	Tidak	8	96,4
10.	Mengetahui alasan mendapatkan KS : Ya	75	3,6
	Tidak	145	34,1
	Alasan mendapatkan KS : Gakin	24	65,9
	Berobat gratis	45	65,2
10.	Tidak menjawab	6	8
	Puas dalam penggunaan KS : Ya	94	42,7
	Tidak	6	2,7
	Tidak tahu	120	54,5
	Kesediaan membayar iuran jika dana JPSBK habis		

#### a. Pengetahuan tentang JPSBK

Dari 220 responden ada 105 responden (47,7%) yang mengetahui tentang JPSBK dan 115 responden (52,3%) yang tidak mengetahui tentang JPSBK. Dari 105 responden yang mengetahui tentang JPSBK, yang terbanyak ada 49 responden (47,7%) yang mengetahui JPSBK dari aparat desa. Jika kita lihat dari data yang ada di atas, separuh lebih penerima Kartu Sehat tidak mengetahui tentang JPSBK hal itu berarti kurangnya sosialisasi tentang Program JPSBK di masyarakat, di mana yang paling berperan adalah aparat desa setempat. Akses pelayanan kesehatan terutama untuk memulai menggunakan pelayanan kesehatan,

yang berperan utama adalah aparat desa walaupun petugas kesehatan, tetangga, dan mass media juga berperan, tetapi tidak sebesar aparat desa (Sudiro, 1999).

**b. Kepemilikan Kartu Sehat**

Dari seluruh responden yang berjumlah 220 ada 174 responden (79,1%) memiliki Kartu Sehat dan dapat menunjukkan, sisanya ada 46 responden (20,9%) memiliki Kartu Sehat tetapi tidak dapat menunjukkan. Responden memiliki Kartu Sehat terbanyak berasal dari Kades/aparat desa yaitu sebanyak 166 responden (75,7%). Ada 215 responden (97,7%) tidak mengeluarkan biaya untuk mendapatkan Kartu Sehat. Responden yang mendapatkan penjelasan ketika memperoleh Kartu Sehat ada 188 responden (85,5%) yang tidak mendapatkan penjelasan ada 32 responden (14,5%), penjelasan tersebut berasal terbanyak dari kades / aparat desa yaitu jawaban dan 146 responden (77,6%). Responden yang menggunakan Kartu Sehat ada 145 responden (65,9%), tidak pernah menggunakan 75 responden (34,1%). 144 responden (65,5%) menganggap Kartu Sehat bermanfaat sedangkan 76 responden (34,5%) menganggap Kartu Sehat tidak bermanfaat. 212 responden (96,4%) akan menggunakan Kartu Sehat di masa mendatang. Responden yang mengetahui alasan diberikannya Kartu Sehat ada 75 responden (34,1%) sedang yang tidak mengetahui ada 145 responden (65,9%). Alasan yang mereka ketahui mengapa mereka diberikan Kartu Sehat adalah karena mereka keluarga miskin sehingga bisa digunakan untuk berobat dengan gratis (92%), Responden yang merasa puas dengan Kartu sehat ada 94 responden (42,7%).

Meskipun ada yang menganggap Kartu Sehat tidak bermanfaat tetapi masih banyak pula penerima Kartu Sehat yang akan menggunakan Kartu Sehat untuk masa sekarang dan masa yang akan datang karena mereka menganggap Kartu Sehat masih bermanfaat keluarga miskin untuk berobat karena akan mendapatkan keringanan biaya. Penerima Kartu Sehat tidak mengeluarkan biaya untuk mendapatkan kartu Sehat meskipun masih ada responden yang mengeluarkan biaya tetapi persentasenya sedikit. Dari uraian yang ada di atas bila dihubungkan dengan gambaran penentuan sasaran gakin dari tim desa maka peranan aparat desa masih sangat dominan (Sudiro, 1999) .

Tabel 3. Distribusi Responden menurut Status Sosial Ekonomi

No	Karakteristik	N = 220 (100 %)	
		Jumlah	Persentase
1.	Frekuensi makan 2 kali atau lebih per hari		
	Ya	218	99,1
	Tidak	(?)	0,9
2.	Memiliki pakaian berbeda untuk di rumah, bekerja/sekolah, bepergian		
	Ya	209	95
	Tidak	11	5
3.	Pencarian pertolongan ke sarana /petugas kesehatan jika ada yang sakit		
	Ya	207	94,1
	Tidak	13	5,9
4.	Pasangan usia subur ke sarana/petugas kesehatan jika akan menjalankan KB		
	Ya	112	50,9
	Tidak	108	49,1
5.	Keadaan rumah tinggal		
	a. Dinding : Tembok	115	52,3
	Bambu	77	35
	Lainnya	28	12,7
	b. Lantai : Tanah	85	38,6
	Lainnya	135	61,4
	c. Atap : Genteng	216	98,2
	Lainnya	4	2
6.	Kepemilikan ternak		
	Ya	99	45
	Tidak menjawab	121	55
7.	Mempunyai hubungan dengan aparat desa/ petugas kesehatan		
	Ya	7	3,2
	Tidak	122	55,5
	Tidak menjawab	91	41,4

**a. Kriteria miskin**

Responden yang anggota rumah tangganya bisa makan/mengonsumsi makanan pokok 2 kali sehari atau lebih ada 218 responden (99,1%). Dalam penggunaan dan kepemilikan pakaian yang berbeda-beda untuk sekolah / bekerja / bepergian dan untuk di rumah, responden yang menjawab pakaian yang digunakan

berbeda-beda ada 209 responden (95%). 207 responden (94,1%) menjawab apabila ada anggota rumah tangga yang sakit akan dibawa ke petugas/sarana kesehatan. Di sisi lain untuk pasangan usia subur ada 112 responden (50,9%) yang datang ke petugas/sarana kesehatan untuk mengikuti program KB. Penetapan Gakin diawali dari data Gakin dari BKKBN, kemudian tim desa diberi kelonggaran untuk memutuskan siapa yang akan berhak mendapatkan K.S tetapi ada kemungkinan bahwa masih ada Gakin yang terlewatkan karena berbagai keadaan dan berbagai keterbatasan dari tim desa (Pratiwi, 1999; Sudiro, 1999).

**b. Keadaan rumah tinggal**

Frekuensi terbanyak bagian dinding rumah tinggal yang terluas adalah dari tembok yaitu ada 115 responden (52,3%), Lantai terluas yaitu dari tanah dengan responden terbanyak yaitu 85 responden (49,1%), atap rumah terluas yang paling banyak adalah dari genteng yaitu 216 responden (98,2%). Data tentang keadaan rumah tinggal merupakan indikator yang lebih mudah diamati oleh tim desa sehingga variabel-variabel tersebut mungkin lebih mempengaruhi proses keputusan untuk menetapkan keluarga miskin (Kusnanto, 1999). Dan hasil penelitian didapatkan hasil responden sebagian besar sudah tidak bisa dimasukkan dalam kategori miskin menurut kriteria rumah tinggal.

**c. Kepemilikan ternak**

Dan 220 responden hanya 99 responden yang menjawab. Responden yang paling banyak memiliki unggas dengan jumlah responden 41 (18,6%). Dari keseluruhan responden yang mempunyai ternak berjumlah 45%. Kriteria miskin bisa juga ditambahkan dengan kriteria kepemilikan ternak terutama di daerah pedesaan karena status kepemilikan ternak ini bisa digunakan untuk menilai berhak/tidaknya mendapatkan Kartu Sehat. Di pedesaan lantai dari tanah dan atap dari rumbia bukanlah suatu ukuran kemiskinan tetapi lebih akurat lagi bila digunakan ukuran jumlah ternak yang dimiliki (Susilowati & Baskarmaln, 1999).

**d. Hubungan dengan aparat desa/petugas kesehatan**

Ada 122 responden (55,5%) yang tidak memiliki saudara yang menjadi aparat desa ataupun petugas kesehatan, 7 responden memiliki saudara yang menjadi aparat desa atau petugas kesehatan. Sedang 91 responden tidak menjawab. Hal tersebut di atas berhubungan dengan Moral Hazard, meskipun persentasenya sedikit tetapi pengaruh Moral Hazard masih mempengaruhi dalam pendistribusian Kartu Sehat. Masih kuatnya paternalistik dan sosial, terutama di pedesaan, penduduk yang memperoleh KS tidak semuanya "miskin". Pamong desa, kader, purnawirawan TNI dan PNS, dan pemberi pelayanan kesehatan juga terdaftar sebagai penerima KS sebagai imbalan jasa atas jasa-jasa mereka dalam program JPSBK (Susilowati & Baskarmaln, 1999).

**Simpulan**

Distribusi Kartu Sehat pada masyarakat belum sesuai dengan kriteria penerima Kartu Sehat dari BKKBN, kriteria tersebut yang terpenuhi dari penelitian

ini adalah variabel yang digunakan sehari-hari, frekuensi makan sehari-hari, jenis lantai, pergi ke sarana/petugas kesehatan jika ada anggota rumah tangga yang sakit atau Pasangan Usia Subur yang ingin melaksanakan KB yang akan memberi pengaruh yang besar dalam penentuan kemiskinan. Berdasarkan dari data yang ada sebagian besar responden yang mendapatkan Kartu Sehat tidak memenuhi kriteria sebagai penerima Kartu Sehat.

### Saran

Kartu sehat sangat dirasakan banyak manfaatnya bagi keluarga miskin, meskipun masih banyak keluarga miskin yang tidak mendapatkan kartu sehat sehingga perlu adanya pembenahan penetapan mekanisme sasaran gakin yang sebaiknya melibatkan tokoh masyarakat.

### Ucapan Terima Kasih

1. dr. Ali Ghofron Mukti, MSc, Phd selaku pembimbing materi
2. Dra. Yayi Suryo Prabandari, Msi selaku pembimbing metodologi
3. dr. Fatwa Tetra Sari Dewi, MPH selaku dosen pakar
4. PIMU dan CIMU yang telah berkenan memberikan data yang peneliti perlukan
5. Surveyor dan semua pihak yang telah membantu terlaksananya penelitian ini.

### Daftar Pustaka

- Gani A. 2001. Kemitraan Sektor Pemerintahan dan Swasta dalam Pelayanan Kesehatan. Makalah disampaikan pada Semiloka Public-Private Mix dalam Pelayanan Kesehatan. Jakarta.
- Indrajaya S. 2001. Framework Kebijakan Public-Private Mix dalam Pelayanan kesehatan secara Nasional. Makalah disampaikan pada semiloka Public-Private Mix Dalam Pelayanan Kesehatan. Jakarta.
- Kuntoro et.al. 1999. Kajian Miskin Lewat Analisis Perumpungan dan Diskriminasi. Medika Edisi Khusus. Jakarta.
- Kusnanto Hari. 1999. Ketepatan Sasaran Keluarga Miskin dalam JPS-BK: Survey di Jateng, Jatim, Bagian Selatan DIY. Medika edisi khusus September. Jakarta.
- Pratiwi TSD. 1999. Pelaksanaan JPSBK: Antara Target dan Ketepatan Sasaran. Medika edisi khusus. Jakarta.
- Sudiro. 1999. Keluarga Miskin Dalam Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (Pengalaman Di Jawa Tengah/ Medika Edisi Khusus September. Jakarta.
- Sudiro. 1999. Menggapai Akurasi Sasaran Program JPSBK. Medika edisi khusus. Jakarta
- Susilowati, Baskaralmaru. 1999. Tantangan Perdataan Sasaran Dalam Program PSBK di Indonesia dan Alternatif Pemecahannya.
- Suwandono. 1995. Sebuah Kartu Sehat Untuk si Miskin. Medika no 1. Jakarta.