

KE MANA PEMILIK KARTU SEHAT Mencari Pertolongan ANALISIS SURVEI SOSIAL EKONOMI NASIONAL 2001

WHERE DO CARD HOLDERS SEEK HEALTH CARE?
AN ANALYSIS OF THE 2001 INDONESIAN NATIONAL
SOCIO-ECONOMIC SURVEY

Jati Untari¹ dan Mubasysyir Hasanbasri²
Minat Kebijakan Pelayanan Manajemen Kesehatan, UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Public health system provide and medical services health card in order that the poor has no barrier in accessing health care. Making them cured protect the public from the spread of infectious diseases and social burden of illness. This study evaluate whether the poor uses their health card for attending government health services. The programs fail if health card holders use private rather than public health services.

Method: This descriptive study uses the 2001 National Socioeconomic Survey. It covers 6,588 respondents with health cards in 30 provinces of Indonesia. Respondents with illness complaint during the past month of the survey are asked to report the type of health facilities they attend.

Result: More than half of the card holders did not seek medical helps when they have illness complaints. Twenty eight percent use public health services. About one third of those seeking medical helps or about fifteen percent of health card holders use private services. The proportion of card holders in Java and Bali seeking private practices are almost the same in urban and rural areas. While in outside Java-Bali, private providers are more likely to be used by urban card holder.

Conclusion: In conclusion, the use of private providers among card holders reflects the limited effect of policy to reduce financial barrier policy in among poor families. Distance to public health facilities and the availability of services only during office hours have forced people use private providers. Government initiative to protect the poor in rural and remote areas should seek collaboration strategies to work with local practicing health workers. Independent paramedical practitioners should be used in a positive context in substitution of the lack of medical workers in those areas.

Keywords: health card, private provider, poor families

ABSTRAK

Latar belakang: Pemerintah memiliki peran khusus membuat program *public health* karena melindungi masyarakat dari ancaman bersama yang tidak mampu ditangani semata oleh masing-masing individu. Fasilitas pemerintah dan pemberian kartu sehat mendorong keluarga miskin memperoleh layanan agar mereka sembuh. Orang yang sakit dan tidak memperoleh pengobatan bisa menjadi penular dan beban sosial bagi seluruh masyarakat. Penelitian ini mengevaluasi apakah penduduk miskin menggunakan kartu sehat untuk akses pada pelayanan pemerintah yang disediakan. Jika pelayanan murah yang sudah disediakan tidak digunakan, sebaliknya mereka menggunakan layanan swasta, program kesehatan masyarakat pemerintah perlu terus diperbaiki.

Metode: Penelitian ini menggunakan data Susenas 2001 dan mengambil penduduk yang memiliki kartu sehat dan mengaku mengalami keluhan sakit dalam satu bulan terakhir pada waktu survei dilakukan.

Analisis ini menunjukkan bahwa lebih dari separuh pemilik kartu

sehat mencari pertolongan kesehatan ketika mereka memiliki keluhan penyakit. Dua puluh delapan persen dari mereka menggunakan pelayanan pemerintah. Sekitar sepertiga dari pemilik kartu yang mencari pelayanan menggunakan pelayanan swasta. Persentase pemilik kartu sehat di desa dan kota di Jawa dan Bali yang pergi ke pelayanan swasta hampir sama. Sedangkan pemilik kartu sehat di kota lebih banyak menggunakan layanan swasta di Luar Jawa Bali.

Kesimpulan: Penelitian ini menyimpulkan bahwa pencarian pengobatan ke swasta bagi pemegang kartu sehat menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah memiliki dampak yang terbatas dalam mengatasi "penghalang biaya" pada penduduk miskin. Jarak dan ketersediaan waktu layanan merupakan faktor penting yang membawa pemilik kartu sehat pergi ke pelayanan swasta. Jika pemerintah bermaksud membantu penduduk miskin, terutama di pedesaan daerah terpencil dan di luar jam kerja puskesmas, kerja sama pemerintah dan pelayanan swasta dalam melayani penduduk yang jauh dan di luar jam kerja itu merupakan pilihan yang sangat masuk akal. Pemerintah perlu mengagendakan strategi-strategi bekerja sama dengan pekerja kesehatan swasta yang praktik terutama di pedesaan dan daerah terpencil.

Kata Kunci: kartu sehat, pelayanan kesehatan, keluarga miskin

PENGANTAR

Pemerintah membuat program *public health* karena melindungi masyarakat dari ancaman bersama yang tidak mampu ditangani semata oleh masing-masing individu. Fasilitas pemerintah melayani keluarga miskin secara gratis agar bisa sembuh. Seluruh masyarakat terlindungi dari penularan penyakit, karena kondisi geografis Indonesia luas dan tersebar, maka pelayanan kesehatan bagi penduduk di pedesaan dan daerah terpencil diseenggarakan melalui puskesmas, puskesmas pembantu, poliklinik desa, dan posyandu di seluruh pelosok Indonesia. Pemerintah juga mengkontrak dokter dan tenaga kesehatan strategis yang bekerja di fasilitas-fasilitas itu. Dengan menyelenggarakan langsung pelayanan kesehatan diberbagai tingkat, masyarakat terhindar dari tarif berobat yang tinggi. Pemerintah juga mengeluarkan kartu sehat untuk penduduk miskin agar dapat bebas

dari biaya pelayanan kesehatan di fasilitas pemerintah.^{1,2}

Apakah kartu sehat itu bermanfaat bagi penduduk miskin? Data Susenas 1999³ memperlihatkan bahwa rumah tangga pemilik kartu sehat tidak selalu menggunakan kartu sehat saat jatuh sakit atau pergi ke pelayanan kesehatan. Dari 11% pemilik kartu sehat yang mengalami sakit dalam tiga bulan terakhir pada saat penelitian hanya 50% yang mencari pengobatan, 35% pergi ke rumah sakit pemerintah dan hanya 60%-nya yang menggunakan kartu sehat, sementara untuk puskesmas 52%, untuk bidan desa 12%, dan 31% lainnya pergi ke fasilitas kesehatan yang lain.⁴

Pemilik kartu sehat yang datang ke pelayanan pemerintah 11%, datang ke pelayanan kesehatan pemerintah dan memanfaatkan kartu sehat sebanyak 7%, pemilik kartu sehat yang datang ke pelayanan kesehatan pemerintah tetapi tidak memanfaatkan kartu sehat sebanyak 4%, pemilik kartu sehat yang datang ke pelayanan kesehatan swasta 5% dan yang tidak mencari pengobatan 85%.³

Pencarian Pertolongan pada Keluarga Miskin

Perilaku kesehatan pada keluarga miskin dipengaruhi pola pencarian pengobatan untuk penyakit yang sudah berat. Mereka tidak mencari pelayanan kesehatan ketika penyakit masih mudah diatasi. Mereka memprioritaskan pekerjaan daripada menjaga kesehatan mereka. Data dari *Indonesian Family Life Survey* 1998 menunjukkan bahwa mayoritas masyarakat pedesaan (55%) lebih memilih datang ke pengobatan tradisional saat melahirkan. Mereka di daerah perkotaan lebih memilih datang ke bidan (65%). Peran dokter sangat kecil khususnya di daerah pedesaan (4%) dan daerah perkotaan hanya 17%. Kepercayaan pada budaya lokal sering membuat masyarakat pedesaan memilih mengobati sendiri, tinggal di rumah, dan berkonsultasi ke pengobatan tradisional.⁵

Pelayanan swasta sering dipilih karena lebih memuaskan pasien dan gejala-gejala penyakit dianggap cepat. Pelayanan swasta di negara berkembang umumnya lebih buruk dan sulit dipertanggung jawabkan dibandingkan dengan pelayanan pemerintah⁶ karena mereka tumbuh sebagai kompetitor dari pelayanan pemerintah. Pemberi pelayanan swasta di desa dan daerah terpencil umumnya petugas kesehatan yang bekerja di lembaga pemerintah. Mereka membuka praktik

ketika jam-jam buka pelayanan pemerintah tutup. Mereka umumnya memberikan obat-obat yang lebih kuat dan memberi rasa nyaman, sehingga pasien tergantung dan percaya kepada mereka. Pola pengobatan itu membuat keluhan sederhana ditangani dengan sekali obat yang kuat dan membuat pasien puas dan tidak perlu berulang ke pelayanan kesehatan.

Pelayanan swasta di pedesaan lebih mencerminkan kemudahan akses. Orang-orang desa lebih suka ke swasta semata-mata karena dekat dan keakraban. Penduduk dapat membayar layanan praktik tenaga kesehatan yang berpraktik mandiri dengan cara yang fleksibel. Mencari pengobatan swasta di desa bisa menyesatkan. Penduduk menilai kesembuhan dari perasaan nyaman dan berkurang rasa sakit. Penderita yang belum sembuh sebenarnya hanya memiliki perasaan bersalah yang jika ia tidak memperhatikan justru berbahaya bagi diri mereka dan masyarakat.

Penelitian ini mengevaluasi apakah penduduk miskin telah menggunakan kartu sehat untuk mengakses pelayanan pemerintah. Pelayanan pemerintah yang murah dan kartu sehat membuat penduduk miskin bisa cepat meminta pertolongan ketika sakit. Evaluasi ini mempelajari apakah kartu sehat itu digunakan semestinya. Niat pemberian kartu sehat itu sendiri bagus, tetapi apakah situasi dan kapasitas keluarga miskin akhirnya mampu menggunakan kartu itu ketika mereka sakit.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*. Unit analisis penelitian ini adalah individu. Sampel penelitian ini adalah individu yang memiliki kartu sehat di 30 provinsi di Indonesia kecuali Provinsi Nangroe Aceh Darussalam yang tidak tersedia datanya. Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2001 menemukan hampir 7% keluarga memiliki kartu sehat. Penelitian ini menganalisis 6588 keluarga yang memenuhi kriteria (1) memiliki kartu sehat, (2) mengalami keluhan sakit selama satu bulan terakhir dari saat survei dilakukan, dan (3) mencari pelayanan rawat jalan. Regresi logistik melihat pengaruh jarak pusat pelayanan kesehatan, tingkat pendapatan, dan transportasi terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan pemerintah atau swasta. Tidak ke pelayanan kesehatan dijadikan sebagai referensi. Nilai *odd ratio* menilai besarnya kecenderungan

pemanfaatan kartu sehat oleh pemegang kartu sehat di pelayanan kesehatan.

Pemilik kartu sehat dalam Susenas 2001 adalah rumah tangga yang menerima kartu keterangan miskin dari pemerintah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gratis di fasilitas kesehatan pemerintah. Informasi ini diperoleh dari pertanyaan "apakah tersedia jaminan pembayaran, asuransi kesehatan (kartu sehat) untuk keperluan berobat jalan atau rawat inap?" Pemanfaatan kartu sehat diukur dari fasilitas kesehatan yang digunakan saat ada keluhan sakit selama satu bulan terakhir. Fasilitas pemerintah termasuk rumah sakit pemerintah, puskesmas, puskesmas pembantu, polindes, dan posyandu. Fasilitas swasta termasuk rumah sakit swasta, praktik pribadi dokter, poliklinik swasta, praktik petugas kesehatan, dan praktik pengobatan tradisional.

Status kemiskinan diukur dari besar uang satu bulan untuk pemenuhan kebutuhan hidupnya, yang diambil dari pertanyaan "pengeluaran untuk makan?" dan "pengeluaran untuk bukan makan?". Jarak pusat pelayanan kesehatan adalah kilometer yang harus ditempuh ke lokasi pelayanan kesehatan pemerintah. Alat transportasi adalah ketersediaan sarana untuk memudahkan individu pergi ke pelayanan kesehatan pemerintah atau swasta di saat mereka jatuh sakit dapat berupa sepeda atau sampan, sepeda motor atau motor tempel, mobil atau kapal motor baik

kendaraan umum maupun milik pribadi. Desa-kota diambil dari kategori kota desa yang ada di Susenas.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Sebagian besar pemilik kartu sehat tidak mencari pertolongan ketika mereka sakit. Jarak dekat cenderung ke pelayanan kesehatan pemerintah dibandingkan dengan yang berjarak jauh (lebih dari 7 kilometer). Mereka yang tinggal lebih jauh dari tempat pelayanan makin tidak mencari pertolongan. Pola *linear* yang sama terlihat pada penggunaan pelayanan pemerintah. Pemilik kartu yang tinggal dekat dengan pusat pelayanan berkaitan dengan penggunaan terutama diperhatikan pada pelayanan swasta.

Seperempat bagian dari seluruh pemilik kartu mencari pertolongan di fasilitas pemerintah. Pemilik kartu yang mencari pengobatan, sepertiga bagian pergi ke pelayanan swasta. Sekitar 15% mencari pertolongan di fasilitas swasta. Penggunaan *provider* swasta ini lebih tinggi di Jawa Bali dan tidak berbeda antara kota maupun desa. Pemegang kartu di luar Jawa Bali yang menggunakan fasilitas swasta lebih banyak di kota. Kunjungan ke swasta dipermudah dengan ada kendaraan umum. Kunjungan ke swasta merata berasal dari berbagai status jarak dengan pusat pelayanan pemerintah.

Tabel 1. Penggunaan Fasilitas Pemerintah dan Swasta

	Pemanfaatan Kartu Sehat		
	Fasilitas Pemerintah (%)	Fasilitas Swasta (%)	Tidak Mencari Pertolongan (%)
Jawa Bali			
Kota	25	20	55
Desa	21	20	59
Luar Jawa Bali			
Kota	32	14	54
Desa	33	10	57
Jarak			
Sangat dekat	38	14	48
Dekat	27	15	58
Sedang	25	16	59
Jauh	24	13	63
Status Kendaraan Umum			
Ada kendaraan	28	16	56
Tidak ada kendaraan	28	14	58
Status Kemiskinan			
Sangat miskin	30	13	58
Cukup miskin	28	14	58
Miskin	27	18	55
Total	28	15	57

Analisis regresi logistik mengukuhkan pengaruh dari jarak yaitu yang tinggal dekat dengan pelayanan pemerintah makin berkaitan dengan penggunaan pelayanan pemerintah. Fenomena ini lebih nyata di luar Jawa Bali. Pemanfaatan pelayanan pemerintah hampir merata dilihat dari kategori kemiskinan mereka.

Pencarian pertolongan ke swasta merupakan fungsi dari status kemiskinan. Makin mampu dari pemilik kartu itu makin besar menggunakan pelayanan swasta. Pemilik kartu miskin memiliki hampir dua kali lebih besar kemungkinan menggunakan pelayanan swasta dibanding pemilik kartu yang sangat miskin. Pengaruh ini hampir sama terjadi di Jawa Bali maupun di Luar Jawa Bali.

PEMBAHASAN

Tulisan ini mempelajari apakah kartu sehat itu bermfaat. Jika bermanfaat, penduduk miskin pergi ke pelayanan kesehatan pemerintah. Kita tidak mengetahui tingkat pemanfaatan mereka untuk penyakit yang berat. Kita tidak memiliki data tentang apakah pencarian ke swasta itu karena terpaksa atau karena sukarela. Pergi sukarela karena mampu sudah tentu tidak bermasalah. Keadaan itu hanya membuat kita berpikir tentang kemungkinan kesalahan dalam pemberian kartu sehat. Jika mereka pergi karena terpaksa, maka kartu sehat tidak mencapai sasaran. Tampak jelas bahwa kunjungan ke swasta terkait dengan akses jarak. Keadaan ini dapat dipahami. Perjalanan membutuhkan ongkos transportasi dan biaya lain,

serta waktu. Jika dihitung dengan gratis pelayanan tetapi dengan ongkos transportasi dan lain-lain, maka arti gratis pelayanan kalah dengan perjalanan.

Lebih separuh pengguna kartu sehat tidak mencari pengobatan ketika mereka mengeluh. Keadaan ini suatu tanda bahaya. Masyarakat bisa memiliki anggapan salah terhadap penyakit ringan sebagai sesuatu yang tidak memerlukan pengobatan. Padahal ketika keadaan itu masih ringan, maka proses kejadian penyakit lebih lanjut dapat diatasi. Penduduk yang mengalami gangguan ringan bisa memiliki tuberkulosis yang bisa sangat efektif diatasi jika memulai mencari pengobatan. Kebutuhan untuk menghilangkan penghalang pergi ke pelayanan kesehatan masih harus menjadi agenda.

Pertolongan Swasta

Mengapa kira-kira pemilik kartu menggunakan pelayanan swasta? Alasan ekonomi mendukung penggunaan swasta meskipun mereka harus membayar jika pelayanan itu dekat. Daerah pedesaan dan terpencil akan mengeluarkan biaya transport yang besar untuk mengakses pelayanan pemerintah. Pemilik kartu mengeluarkan biaya lebih mahal jika mereka mencari pertolongan pemerintah lebih jauh dari layanan swasta. Jarak ke pusat pelayanan dan waktu tempuh memiliki dampak signifikan dengan pemanfaatan dan kesehatan.⁷ Jauh dari pusat pelayanan membuat penduduk desa dan miskin mengeluarkan biaya transportasi yang lebih besar daripada biaya pelayanan.⁸ Sejumlah penelitian

Tabel 2. Rasio Odds Penggunaan Fasilitas Pemerintah dan Swasta

	Fasilitas Pemerintah			Fasilitas Swasta		
	Jawa Bali	Luar Jawa Bali	Indonesia	Jawa Bali	Luar Jawa Bali	Indonesia
Kota-Desa (ref Desa)						
Tinggal di kota	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	1,3**
Jarak ke pusat pelayanan kesehatan (ref: jauh)						
Sangat dekat	1,5	2,8**	2,2**	0,4**	2,0**	1,2
Dekat	1,0	1,6**	1,3**	0,4**	1,6**	1,1
Sedang	0,9	1,3**	1,1	0,4**	2,1**	1,3*
Transportasi						
Ada kendaraan umum dan pribadi	1,2*	1,2	1,1	1,2*	1,0	1,2
Status kemiskinan (ref sangat miskin)						
Cukup miskin	1,0	0,8*	0,9	1,1	1,2	1,2
Miskin	1,0	0,8**	0,9	1,7**	1,7**	1,5**

Catatan: **p<0,01; *p<0,05; ref pemanfaatan kartu sehat=tidak ke pelayanan kesehatan.

melaporkan bahwa akses ke puskesmas hanya mudah bagi mereka yang tinggal dalam jarak satu atau dua kilometer dari puskesmas.⁹

Alasan akses berkaitan dengan ketidaktersediaan layanan pemerintah ketika dibutuhkan. Selama ini pelayanan kesehatan puskesmas dan puskesmas pembantu terbatas pada jam kerja pegawai negeri. Fasilitas kesehatan pemerintah bahkan buka pada waktu yang singkat antara jam 09.00-11.00 karena pada jam-jam itu saja pasien datang, sehingga pegawai pemerintah pulang lebih awal. Jika tutup, masyarakat harus pergi ke layanan swasta yang bisa diakses. Mereka yang memberikan layanan swasta biasanya tidak lain adalah pegawai puskesmas juga.

Jumlah besar pemilik kartu yang tidak mencari pertolongan dan penemuan pergi ke swasta ini patut mendapat refleksi. Pemilik kartu di masa sekarang hanya bisa menggunakan pelayanan pemerintah. Pelayanan pemerintah di daerah terpencil dan pedesaan dibatasi waktu dan jarak. Jika pelayanan swasta dikontrak untuk juga memberikan pelayanan pada pemilik kartu, maka kemudahan akses itu akan menambah manfaat dari kartu sehat.

Tantangan Swasta untuk *Public Health*

Pelayanan pemerintah di satu sisi memungkinkan penderita mendapat pengobatan penuh secara gratis dan karena itu bisa berdampak positif pada *public health*. Pelayanan swasta di negara berkembang umumnya lebih buruk dan sulit dipertanggungjawabkan dibandingkan dengan pelayanan pemerintah.⁹ Keluarga miskin di sisi lain memilih pelayanan swasta karena cepat "sembuh".¹⁰ Yang penting adalah apakah dengan mencari pertolongan ke swasta itu mampu menuntaskan pengobatan dan memiliki efek *public health*. Dua hal yang menjadi konsekuensi dari penggunaan swasta yaitu pertama, pemegang kartu diberi akses untuk menggunakan swasta. Cara ini membuat layanan swasta yang lebih mahal tidak menjadi penghalang bagi pemegang kartu dalam berobat. Kedua, pemberi layanan swasta dijadikan pemegang tugas *public health* yang bisa menuntaskan pengobatan penyakit. Tugas ini bisa dilakukan dengan mekanisme kontrak dan pengawasan praktik. Kita perlu mengajak meningkatkan mutu swasta dan menjadi *partner* pemerintah dalam menegakkan kepentingan *public health*.^{11,12,13} Solusi yang pas tidak lain adalah bagaimana kerja sama pihak pemerintah dan swasta dalam pelayanan terutama untuk pengguna kartu

sehat. Upaya ke arah ini membutuhkan sistem pembayaran tenaga kesehatan swasta dan pemerintah dalam satu paket sehingga ada perasaan berada dalam satu pihak.

KESIMPULAN DAN SARAN

Fakta bahwa lebih dari separuh pemilik kartu sehat tidak mencari pertolongan ketika mereka sakit dan sepertiga dari yang mencari pertolongan adalah ke praktik swasta memperlihatkan rendahnya manfaat kartu sehat bagi pemiliknya dan *public health*. Kami percaya bahwa permintaan pelayanan swasta lebih berhubungan dengan ketersediaan dan akses waktu yang diberikan oleh pelayanan pemerintah. Kenyataan ini menekankan agar poliklinik desa dan puskesmas keliling diperkuat. Perbaikan akses pelayanan pemerintah di tingkat pedesaan dan daerah terpencil sangat diperlukan. Manajemen puskesmas dan puskesmas pembantu agar tenaga kesehatan lebih betah bekerja di fasilitas pemerintah perlu diperkuat. Dalam jangka panjang, agar kartu sehat bisa berarti bagi masyarakat, pelayanan swasta perlu dilibatkan secara resmi sebagai provider pemberi layanan bagi pemilik kartu sehat.

KEPUSTAKAAN

1. Birdsall, N., and Hect, R. Swimming against the Tide: Strategies for Improving Equity in Health. World Bank. 1994.
2. Ensor, T., Pham Bich San. Access and Payment for Health Care: The Poor of Northern Vietnam. International Journal of Health Planning and Management 1996;11: 6983.
3. Saadah, F., Pradhan, M., and Sparrow, R. The Effectiveness of Health Card as an Instrument to Ensure Access to Medical Care for the Poor during the Crisis. The World Bank, Jakarta. 2001.
4. Sumarto, Suryahadi, A., and Widyanti, W. Design and Implementation of The Indonesian Social Safety Programs. The Developing Economics. 2002;XL I (March 2002):3-31.
5. Nyamongo, I.K. Health Care Switching Behavior of Malaria Patients in a Kenyan Rural Community. Social Science and Medicine, 2002;54:377-86.
6. Tran Tuan, Van Thi Mai Dung, Ingo Neu, Michael J Dibley. Comparative Quality of Private and Public Health Services in Rural Vietnam. Health Policy and Planning. 2005;20(5): 319-27.

7. Claeson, M., and Wagstaff, A. The Millenium Development Goals for Health: Rising to The Challenges. The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, Washington, DC.2004.
8. Thabrany, H., Gani, A., Pujianto., Mayanda, L., Mahlil., and Budi, B.S. Social Health Insurance in Indonesia: Current Status and The Plan for National Health Insurance Center for Health Economic Studies. University of Indonesia. Presented in Social Health Insurance Workshop. WHO SEARO, New Delhi (March 13-15, 2003).2003.
9. Thabrany, H. Hospital and Health Insurance. Paper presented at Hospital Seminar and Exhibition Center, University of Indonesia.2001.
10. Lonnroth, K., Thuong, L.M. Linh, P.D., and Diwan, V.K. Utilization of Private and Public Health-Care Providers for Tuberculosis Symptoms in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Health Policy and Planning*. 2001;16(1):4754.
11. Brugha, R., Zwi, A. Improving the Quality of Private Sector Delivery of Public Health Services: Challenges and Strategies. *Health Policy and Planning*.1998; 13: 10720.
12. Natasha Palmer. The use of Private-Sector Contracts for Primary Health Care: Theory, Evidence and Lessons for Low-Income and Middle-Income Countries. *Bulletin of the World Health Organization*.2000;78(6):821-9.
13. Abdool Karim, S.S., Zigubu-Page, T.T., Arendse, R. Bridging the gap: Potential for a Health Care Partnership between African Traditional Healers and Biomedical Personnel in South Africa. *South African Medical Journal (Suppl.)*.1994;84:s1-s16.