

PENGARUH PENGEMBANGAN JAMINAN KESEHATAN BALI MANDARA TERHADAP KEBERADAAN JAMINAN KESEHATAN TINGKAT KABUPATEN DI BALI DAN UPAYA PENCAPAIAN *UNIVERSAL COVERAGE*

THE IMPACT OF THE BALI MANDARA HEALTH INSURANCE TO THE PRESENCE OF DISTRICT LEVEL HEALTH INSURANCE IN BALI AND ACHIEVEMENT OF UNIVERSAL COVERAGE

Pande Putu Januraga, Putu Ayu Indrayathi, Ketut Suarjana
Bagian AKK PSIKM Fakultas Kedokteran Universitas Udayana
Denpasar Bali

ABSTRACT

Background: To conduct an analysis of the influence of the Bali Mandara Health Insurance (JKBM) policy concerning the existence of district level health insurance and its impact on achieving universal coverage.

Method: Literature review to produce an analysis of JKBM policy and to produce appropriate policy alternatives for financing and health care issues which emerged from the implementation of JKBM.

Results: The aim of Bali Mandara Health Insurance is to provide health services which are fully subsidized by the Provincial and Districts Government in Bali. JKBM is intended for peoples who do not protected by health insurance programs. The implementation of JKBM has forced Tabanan to stop the Askes Mandiri program while Jembrana District decided not to take part in JKBM. Unlike JKJ and Askes Mandiri, JKBM is still managed by a coordination team under Bali Health Office Supervision. Furthermore another fundamental difference is regarding on how they finance the program. JKBM is fully financed from sharing subsidies while JKJ and Askes Mandiri are financed from member premium. Nevertheless JKBM policy is potential to expand the efforts of achieving universal coverage, improve equity in health financing and fulfil a non-profit principle of social health insurance. Along with the positives impact, this program also has several weaknesses. One of the weaknesses is lack of consideration to the principles of social solidarity and mutual cooperation. Communities' participation in health financing program which has been developed by JKJ and Askes Mandiri is abandoned. In addition to these weaknesses JKBM also less able to adopt the district health insurance who have first evolved. JKJ case shows of JKBM failure to apply the principle of portability and benefits coordination of the services thereby potentially harming the people of Bali.

Conclusion: Bali provincial government should immediately develop Implementing Agency (*Badan Pelaksana*) of JKBM to organize and develop the program. In addition to this, member participation throughout premium payment could be established gradually to ensure the sustainability of the program. JKJ and JKBM should operate in harmony by considering role distribution between member, Provincial Government of Bali, and Government of Jembrana.

Keywords: health insurance and universal coverage

ABSTRAK

Latar Belakang: Melakukan analisis terhadap pengaruh kebijakan pengembangan Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) terhadap keberadaan Jamkesda kabupaten/kota serta dampaknya bagi pencapaian *universal coverage*.

Metode: Metode analisis kebijakan yang digunakan dalam tulisan ini adalah literatur *review* untuk menghasilkan analisis terhadap kebijakan JKBM dan alternatif kebijakan yang sesuai bagi masalah pembiayaan dan pelayanan kesehatan yang muncul akibat penerapan kebijakan tersebut.

Hasil: Jaminan Kesehatan Bali Mandara adalah program yang bertujuan menyediakan pelayanan kesehatan yang pembiayaannya disubsidi penuh oleh Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota di Bali bagi masyarakat yang belum memiliki jaminan kesehatan. Kebijakan JKBM memaksa Pemerintah Kabupaten Tabanan melikuidasi Program Askes Mandiri sementara Kabupaten Jembrana memutuskan untuk tidak ikut ambil bagian dalam program JKBM. Di tengah berbagai pertentangan tersebut, pengembangan JKBM berpotensi memperluas upaya pencapaian *universal coverage*, meningkatkan keadilan dalam pembiayaan kesehatan dan menjaga prinsip nirlaba dalam penyelenggaraannya. Selain keunggulan, JKBM juga memiliki beberapa kelemahan, diantaranya kurang memperhatikan prinsip solidaritas sosial dan kegotongroyongan. Peran masyarakat dalam pembiayaan kesehatan yang sesungguhnya sudah mulai dibangun oleh JKJ dan Askes Mandiri justru diabaikan. Selain kelemahan tersebut JKBM juga kurang mampu mengadopsi jaminan kesehatan kabupaten yang sudah terlebih dahulu berkembang sehingga justru berpotensi merugikan beberapa kelompok masyarakat dari aspek portabilitas dan koordinasi manfaat.

Kesimpulan: Kebijakan JKBM yang kurang memperhatikan keberadaan jaminan kesehatan kabupaten/kota berpotensi merugikan peserta, untuk itu Pemerintah Provinsi Bali harus segera mengembangkan Badan Pelaksana JKBM yang bertugas secara profesional mengembangkan program ini. Partisipasi peserta dengan menerapkan premi bisa dimulai secara bertahap untuk menjamin kesinambungan program. JKJ tidak harus dilikuidasi tetapi sebaiknya segera dirangkul dengan memperhatikan pembagian peran pembiayaan masyarakat, Pemerintah Kabupaten Jembrana dan Pemerintah Provinsi Bali.

Kata Kunci: jaminan kesehatan daerah, *universal coverage*

PENGANTAR

Hasil judicial *review* terhadap Undang-Undang (UU) No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mensyaratkan bahwa setiap daerah di Indonesia berhak mengembangkan suatu sistem jaminan sosial.¹ Dalam perkembangannya hingga saat ini cukup banyak daerah provinsi dan kabupaten/kota yang mengembangkan Jamkesda, mulai yang sekedar hanya berupa hibah atau bantuan sosial, sampai pada yang sudah dikelola secara profesional oleh badan penyelenggara jaminan sosial daerah.

Bali adalah salah satu provinsi yang memiliki pengalaman cukup panjang dalam pengembangan Jamkesda. Dimulai dari tahun 2003 Pemerintah Kabupaten Jembrana mengembangkan Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) sebagai alternatif pembiayaan kesehatan tingkat pertama (PPK I) melalui mekanisme alih subsidi premi.² Selanjutnya hingga saat ini JKJ telah berhasil mengembangkan cakupan pelayanan hingga ke PPK III dan telah memulai pengembangan peran serta masyarakat melalui sistem pembayaran premi. Setelah Jembrana, kabupaten lain yang juga secara serius mengembangkan jaminan kesehatan di daerahnya adalah Tabanan. Diperkenalkan pada tahun 2004, Kabupaten Tabanan menggandeng PT Askes untuk menjalankan administrasi Jamkesda dengan melakukan pungutan premi melalui "banjar".³ Selain dua kabupaten tersebut beberapa kabupaten/kota di Bali juga mengembangkan program pembiayaan kesehatan antara lain Denpasar, Badung, Karangasem, dan Gianyar. Tiga kabupaten/kota yang pertama memilih menggratiskan pelayanan kesehatan di tingkat Puskesmas, sedangkan Kabupaten Gianyar melakukan uji coba pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di beberapa desa.

Tidak kalah dengan kabupaten/kota, sejak tahun 2006, Pemerintah Provinsi (Pemprov) Bali mulai membuka upaya mengembangkan Jaminan Kesehatan Sosial Bali (JKSB). Berbagai upaya termasuk melakukan survei pasar JKSB untuk mengetahui kemampuan membayar (ATP) dan kemauan membayar (WTP) penduduk Bali telah dilakukan⁴, tetapi sampai pergantian kepala daerah pada Agustus 2008 realisasi program JKSB tidak juga terwujud. Akhirnya setelah memperkenalkan program safari kesehatan keliling gratis pada tahun 2009, Gubernur Bali mewujudkan pengembangan Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) per Januari 2010.

Keberadaan Jamkesda di tingkat provinsi dan kabupaten/kota seharusnya merupakan upaya bersama percepatan pencapaian *universal coverage*,

sehingga jaminan kesehatan yang ada haruslah memperhatikan prinsip koordinasi manfaat (*coordination of benefit*) dan mengakomodasi prinsip portabilitas. Untuk itu, integrasi yang bersifat horisontal antar Jamkesda dan integrasi yang bersifat vertikal dengan SJSN haruslah dipersiapkan dan diwujudkan.⁵ Tulisan ini bermaksud menganalisis dampak pengembangan JKBM terhadap keberadaan Jamkesda tingkat kabupaten/kota di Bali dan pengaruhnya bagi upaya pencapaian cakupan semesta.

BAHAN DAN CARA PENULISAN

Metode analisis kebijakan yang digunakan dalam tulisan ini adalah literatur *review* untuk menghasilkan analisis terhadap kebijakan JKBM (*analysis of policy*) dan alternatif kebijakan yang sesuai bagi masalah pembiayaan dan pelayanan kesehatan yang muncul akibat penerapan kebijakan tersebut (*analysis for policy*). Sebagai bahan analisis digunakan beberapa artikel dan laporan terkait jaminan kesehatan nasional dan daerah yang diperoleh dari internet, laporan evaluasi pelaksanaan program JKBM diakses dari tim koordinator JKBM Provinsi Bali, beberapa hasil seminar lokal di Bali yang membahas JKBM dan Jamkesda lokal lainnya serta data utilisasi dan perkiraan besaran klaim dari RS Sanglah dan Dinas Provinsi Bali. Sebagai pedoman pembahasan beberapa prinsip-prinsip pelaksanaan SJSN dalam UU No. 40/2004 digunakan sebagai dasar analisis.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Kebijakan JKBM

Program JKBM adalah sebuah kebijakan yang ditujukan untuk memberikan rasa keadilan kepada masyarakat dengan menyediakan pelayanan kesehatan yang pembiayaannya disubsidi oleh pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota bagi masyarakat yang membutuhkan pelayanan di luar yang telah memiliki jaminan kesehatan. Pada tahun 2007 hanya 42,53% penduduk Bali yang memiliki jaminan kesehatan dari Askes, Jamsostek, Askeskin (sekarang Jamkesmas) dan jaminan kesehatan lainnya.⁶

Program ini dijalankan oleh sebuah tim koordinator dan tim pelaksana yang dimotori oleh Dinas Kesehatan Bali berdasarkan Peraturan Gubernur No. 6/2010 tentang JKBM dan perjanjian bersama Gubernur dan Bupati/Walikota se-Bali. Dalam pelaksanaannya Pemerintah Provinsi Bali bersama-sama dengan pemerintah kabupaten/kota melakukan *sharing* pembiayaan JKBM. Untuk tahun

pertama pelaksanaan JKBM Pemprov Bali menyediakan anggaran sebanyak 100 miliar rupiah dan 8 kabupaten/kota lainnya (tidak termasuk Jembrana) menggelontorkan lebih dari 81 miliar rupiah sehingga jumlah total dana yang tersedia adalah lebih dari 181 miliar rupiah. Jumlah ini dihitung berdasarkan perkiraan besar premi per jiwa sebesar Rp6.572 rupiah per bulan dan diperuntukkan bagi kurang lebih 2,5 juta penduduk Bali yang belum memiliki jaminan kesehatan.

Dana yang tersedia akan disalurkan kepada seluruh Puskesmas dan RSUP Sanglah, serta seluruh RS kabupaten/kota yang ada di Bali (kecuali Jembrana) dalam bentuk dana hibah, sedangkan khusus kepada RS Indera dan Jiwa yang merupakan milik Pemprov Bali dana JKBM akan disalurkan dalam bentuk bantuan sosial. Untuk memverifikasi klaim akan dibentuk tim verifikator yang akan memproses keabsahan kepesertaan, pelayanan, dan pembiayaan pelayanan atau klaim. Pembayaran klaim didasarkan pada ketentuan biaya pelayanan yang diatur dalam pedoman pelaksanaan JKBM.

Dari sisi kepesertaan JKBM mempersilahkan masyarakat memanfaatkan pelayanan dengan hanya menggunakan Kartu Tanda Penduduk (KTP) Bali, Kartu Keluarga (KK) untuk peserta umur di bawah 17 tahun atau surat keterangan memang benar penduduk Bali dan tidak memiliki jaminan kesehatan dari kepala desa/lurah bersangkutan. Peraturan ini diberlakukan hanya sampai masa transisi berakhir yaitu pada bulan April 2010, setelah itu seluruh peserta wajib melampirkan KTP Bali, KK untuk peserta umur dibawah 17 tahun. Di masa depan direncanakan penggunaan kartu kepesertaan JKBM berdasarkan SK Bupati/Walikota.

Dampak kebijakan JKBM bagi keberadaan Jamkesda Kabupaten/Kota

Kebijakan JKBM yang baru dilaksanakan setelah beberapa kabupaten dan kota di Bali memiliki Jamkesda sendiri tentu membuat pemerintah

kabupaten/kota bersangkutan harus menentukan sikap terkait keberadaan jaminan kesehatan yang mereka miliki. Beberapa pilihan yang tersedia adalah melakukan likuidasi program yang ada, melakukan integrasi program yang sudah ada ke dalam JKBM atau tidak melaksanakan program JKBM di kabupaten/kota bersangkutan. Dua Jamkesda yang menonjol dan terkena dampak pelaksanaan JKBM adalah JKJ dan Askes Mandiri Tabanan.

Sebelum membahas bagaimana dampak JKBM bagi keberadaan Jamkesda kabupaten/kota lainnya, penting untuk diketahui perbedaan mendasar pelaksanaan dua Jamkesda yang sudah berkembang baik dengan JKBM pada Tabel 1.

Dari Tabel 1, terlihat bahwa perbedaan mendasar antara jaminan kesehatan daerah kabupaten dengan JKBM adalah organisasi penyelenggara JKJ dan Askes Mandiri Tabanan yang sudah merupakan lembaga berkekuatan hukum tetap serta berpengalaman lama mengelola jaminan kesehatan, sedangkan JKBM masih dikelola oleh tim koordinasi dan pelaksana yang dalam melaksanakan fungsinya masih bekerja paruh waktu. Tim koordinasi dan pelaksana JKBM yang masih berada di dalam organisasi Dinas Kesehatan tentunya tidak dapat secara profesional mengembangkan diri dan mengembangkan program. Kebutuhan terhadap badan pelaksana yang bertugas penuh mengelola dan mengembangkan program harus mulai direalisasikan.

Perbedaan mendasar lainnya adalah pada aspek pembiayaan program, di mana pada Jamkesda yang sudah terlebih dahulu ada, partisipasi masyarakat sudah mulai dibangun. Mekanisme pembiayaan pra upaya melalui pembayaran premi oleh peserta Jamkesda bertujuan meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya menjaga kesehatan dan menjamin keberlangsungan serta kualitas pelayanan kesehatan yang ditanggung.⁷

Hasil survei pasar Jamkesos Bali pada tahun 2006 menunjukkan bahwa sesungguhnya lebih dari

Tabel 1. Perbedaan JKJ, Askes Mandiri, dan JKBM

	JKJ	Askes Mandiri	JKBM
Dasar hukum Penyelenggara	Perda Bapel JKJ	SK Bupati PT Askes	Peraturan Gubernur Tim Koordinator dan Pelaksana
Sumber pembiayaan	APBD dan Premi	Premi	APBD, <i>sharing</i> antara provinsi dan kabupaten/kota
Sifat kepesertaan Sasaran program/cakupan kepesertaan	Wajib Seluruh penduduk Jembrana	Sukarela Penduduk Tabanan yang belum memiliki jaminan	Wajib Seluruh penduduk Bali yang belum memiliki jaminan
Cakupan layanan Penyedia layanan Cara pembayaran <i>provider</i>	Paripurna Pemerintah dan swasta <i>Fee for Services</i> (FFS)	Paripurna Pemerintah Kapitasi	Paripurna Pemerintah FFS

58% penduduk Bali setuju untuk berpartisipasi dalam jaminan kesehatan yang akan dikembangkan Pemprov Bali.⁴ Selain itu hampir setengahnya (46,2%) setuju membayar hingga 5000 rupiah per bulan, jumlah ini lebih rendah dari kemampuan membayar dan hanya sedikit lebih rendah dari perkiraan besaran premi JKBM. Yang juga menarik dari hasil survei pasar tersebut adalah perbedaan signifikan persentase penduduk yang mau berperan serta dan membayar untuk Jamkesda, bahwa pada kabupaten yang tidak memiliki kebijakan Puskesmas gratis, proporsi penduduk yang mau membayar untuk Jamkesda jauh lebih tinggi dibandingkan dengan kabupaten yang menggratiskan Puskesmasnya.⁴ Program JKSB yang dilaksanakan secara mendadak dan kurang memperhatikan potensi pembiayaan oleh masyarakat ini berpeluang memperburuk persepsi masyarakat terhadap jaminan kesehatan berbasis pra upaya, padahal JKBM dicita-citakan menuju ke arah tersebut.

Berdasarkan beberapa perbedaan mendasar tersebut Pemkab Tabanan dan Jembrana memilih opsi yang berbeda yaitu memilih menjalankan JKBM dan melikuidasi program Askes Mandiri. Salah satu pertimbangan terpenting yang sangat mungkin digunakan Pemkab Tabanan adalah karena masih rendahnya tingkat kepesertaan Askes Mandiri yang hanya mencapai 9% dari jumlah penduduk Tabanan.³ Melalui sistem pemberian layanan yang hanya berbasis KTP dan KK serta tanpa pembayaran premi JKBM terlihat lebih menarik bagi pemerintah dan masyarakat.

Berbeda dengan Tabanan, Pemkab Jembrana justru mengambil langkah menolak keberadaan JKBM dan berketetapan melanjutkan pengembangan JKJ. Beberapa hal yang memicu penolakan tersebut adalah pandangan Pemkab Jembrana bahwa JKJ berbeda secara signifikan dengan JKBM dari aspek penyelenggara, pembiayaan, cakupan kepesertaan, dan penyedia layanan. Di samping itu, JKJ dipandang telah maju dan mampu menjalankan programnya secara mandiri. Sampai saat ini JKJ telah menyediakan paket jaminan sampai ke PPK III, menggunakan sistem kepesertaan satu pintu dan satu kartu dengan KTP, serta melibatkan PPK swasta dengan sistem informasi manajemen yang memadai. Satu hal yang juga memicu penolakan adalah cakupan kepesertaan JKJ yang sudah

mencapai lebih dari 80%. Waktu sosialisasi yang singkat serta minimnya upaya Pemprov mengakomodir jaminan kesehatan yang sudah ada mengakibatkan tertundanya upaya integrasi JKJ ke dalam JKBM jika tidak bisa dibilang sebagai sebuah kegagalan mewujudkan prinsip portabilitas dan koordinasi manfaat bagi sebagian masyarakat Bali.

Upaya pencapaian *universal coverage*

Universal coverage atau cakupan semesta berarti terpenuhinya dua aspek pelayanan kesehatan yaitu pelayanan yang paripurna (*adequate health care*) dan pelayanan yang mencakup seluruh masyarakat (*health for all*).⁸ Upaya pengembangan JKBM yang memberikan jaminan pembiayaan kepada masyarakat yang belum memiliki jaminan kesehatan untuk memperoleh pelayanan sampai pada PPK III adalah upaya positif untuk membantu upaya pencapaian cakupan semesta. Selain itu, JKBM juga berpotensi meningkatkan keadilan pembiayaan kesehatan bagi kelompok masyarakat kategori tidak miskin melalui peran pemerintah daerah bahwa penduduk miskin sudah mendapat jaminan pembiayaan dari program Jamkesmas yang disediakan pusat.

Sampai dengan bulan Maret 2010, tingkat utilisasi Puskesmas dan RS menunjukkan tren yang berbeda. Jumlah kunjungan ke Puskesmas cenderung menurun sementara kunjungan ke RS cenderung mengalami peningkatan (Tabel 2). Beberapa hal yang menyebabkan tingginya kunjungan ke RS adalah sosialisasi JKBM yang semakin intens atau memang ada kecenderungan pemanfaatan secara berlebihan akibat euforia pelayanan gratis. Ada kecenderungan dalam masyarakat kita untuk memilih menggunakan fasilitas kesehatan gratis meskipun harus dirawat di kelas III, mahalnya biaya kesehatan dan resiko pemiskinan akibat sakit membuat masyarakat dari kelompok pendapatan lebih tinggi rela memanfaatkan fasilitas ini. Euforia juga bisa timbul dari kelompok masyarakat yang memiliki sakit kronis dan selama ini merawat sendiri penyakitnya di rumah atau melalui PPK swasta, pelayanan gratis memungkinkan mereka mencoba pelayanan di RS pemerintah. Utilisasi rawat inap RS sebesar 0,46% jauh lebih tinggi dari yang ditargetkan yaitu 0,15% menunjukkan adanya hal tersebut.⁹

Tabel 2. Perkembangan kunjungan peserta JKBM

	Rawat jalan Puskesmas	Rawat inap Puskesmas	Rawat jalan RS	Rawat inap RS	UGD RS
Januari	73.369	622	9.768	2.710	2.324
Februari	99.728	298	12.005	3.865	3.169
Maret	73.369	229	14.072	5.040	4.452

Sumber: diolah dari data Dinas Kesehatan Bali

Upaya peningkatan pencapaian *universal coverage* melalui JKBM harus dibarengi dengan upaya menjaga kesinambungan program. Banyak hasil studi yang menunjukkan program pelayanan kesehatan gratis tanpa peran serta masyarakat cenderung memicu timbulnya moral hazard baik *provider* maupun peserta yang pada akhirnya berujung pada pembengkakan subsidi.¹⁰ Sumber pembiayaan dari subsidi yang jumlahnya terbatas serta kecenderungan peningkatan biaya pelayanan kesehatan dapat mengancam upaya peningkatan kualitas pelayanan dan pengembangan program jaminan. Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) harus segera memulai upaya jaminan pra upaya yang sejalan dengan UU SJSN dengan memberlakukan pembayaran premi. Pentahapan pembayaran premi yang masih disubsidi bisa saja dimulai dari Jembrana melalui program JKJ, dengan demikian diharapkan integrasi horizontal antar Jamkesda bisa terwujud.

Pentahapan pembayaran premi oleh peserta JKBM juga bisa dilakukan melalui pengembangan paket program pelayanan untuk kelas menengah ke atas atau bagi mereka yang menginginkan. Jika selama ini semua layanan rawat inap harus dilakukan di kelas III, bisa ditingkatkan tergantung besaran premi yang diwajibkan. Pembagian kelompok masyarakat berdasarkan pendapatan masyarakat dan pemberian subsidi premi secara bertingkat berdasarkan pengelompokan tersebut dapat digunakan sebagai dasar pengembangan program.¹¹ Hasil studi survei pasar JKBM yang mendeskripsikan berbagai model pemungutan premi berdasarkan keinginan masyarakat bisa digunakan sebagai awal uji coba program.⁴

Cara lain yang juga bisa diterapkan untuk mengendalikan biaya adalah pemberlakuan iur biaya (*deductible* dan *coinsurance/copayment*) kepada peserta JKJ yang memanfaatkan pelayanan PPK.¹² Dari sisi *provider* sistem kapitasi dan INA-DRG pantas untuk dicobakan karena puskesmas dan beberapa RS sudah berpengalaman dengan sistem tersebut dalam program Askes PNS dan Jamkesmas.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kebijakan pengembangan program JKBM kurang memperhatikan keberadaan jaminan kesehatan kabupaten/kota yang telah terlebih dulu berkembang cukup baik dan telah memulai partisipasi masyarakat dalam pembiayaannya, akibatnya Pemkab Tabanan memilih melikuidasi program Askes Mandiri sementara Pemkab Jembrana memutuskan untuk tetap mempertahankan JKJ dan menolak pelaksanaan JKBM di kabupaten tersebut. Hal ini berpotensi pada pengabaian prinsip gotong-royong dan solidaritas, koordinasi manfaat serta portabilitas layanan, sehingga bisa mengurangi kualitas dan cakupan pelayanan. Meskipun demikian JKBM memiliki potensi besar mempercepat pencapaian cakupan semesta.

Pemerintah Provinsi Bali harus segera mengembangkan Badan Pelaksana JKBM yang bertugas secara profesional mengelola dan mengembangkan program ini. Partisipasi peserta dengan menerapkan paket layanan dan subsidi premi berdasarkan kelompok pendapatan bisa dimulai secara bertahap di samping pengembangan model pembayaran kapitasi atau INA-DRG untuk menjamin kesinambungan program. Keberadaan JKJ tidak harus dilikuidasi tetapi sebaiknya segera dirangkul dengan memperhatikan pembagian peran pembiayaan dari masyarakat, Pemkab Jembrana dan Pemprov Bali. Pentahapan subsidi premi dan paket layanan justru bisa dimulai dari kabupaten ini.

KEPUSTAKAAN

1. Thabrany H. Asuransi Kesehatan Nasional. Pemjaki, Jakarta, 2005.
2. Nirmala AA, Muninjaya AG. Tantangan Dalam Mengembangkan Universal Coverage Pembiayaan Kesehatan Masyarakat di Indonesia; Studi Kasus di Kabupaten Jembrana, Provinsi Bali. UPLEK FK Unud, Denpasar, 2006.
3. Arifianto A, Marianti R, Budiyati S, Tan E. Menyediakan Layanan Efektif bagi Kaum Miskin di Indonesia: Laporan Mekanisme

- Pembiayaan Kesehatan (JPK-GAKIN) di Kabupaten Tabanan, Bali. SEMERU, Jakarta, 2005.
4. Nirmala AAA, Muninjaya AAG. Survei Pasar Jaminan Kesehatan Sosial Bali. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, PMPK FK UGM, Yogyakarta, 2007;10.
 5. KPMAK. Sinkronisasi Jamkesmas dan Jamkesda serta Optimalisasi Pembayaran INA-DRG. DRG. 2010; <http://kpmak.fk.ugm.ac.id/?p=482>. Diakses pada 30 Mei 2010.
 6. Profil Kesehatan Provinsi Bali. Dinas Kesehatan Provinsi Bali, Denpasar, 2007.
 7. Mukti AG. Kemampuan dan Kemauan Membayar Premi Asuransi Kesehatan di Kabupaten Gunung Kidul. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, PMPK FK UGM, Yogyakarta, 2001;04(02):75-82.
 8. Carrin G, James C. Reaching Universal Coverage Via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period. WHO, Geneva, 2004.
 9. Suteja. Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara sampai Maret 2010. Dinas Kesehatan Provinsi Bali, Denpasar, 2010.
 10. Januraga PP. Analisis Besaran Biaya Per Kapita dan Premi Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) Berdasarkan Biaya Klaim dan Utilisasi Pelayanan Tahun 2006. Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang, 2008.
 11. Januraga PP, Suryawati C, Arso SP. Premium Tariff Calculation to Advocate the Reallocation of Premium Subsidy for PPK I of Jembrana Health Insurance. *The Indonesian Journal of Health Service Management*. 2008;11.
 12. Murti B. Implikasi Ekonomis Pembiayaan Kesehatan melalui JPKM; Problem Moral Hazzard. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, PMPK FK UGM, Yogyakarta, 1998; 01(03):117-20.