

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar (UUD) Tahun 1945 Pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Kedua Undang-Undang tersebut menyatakan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap penduduk dan setiap penduduk berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Pasal 34 ayat (2) UUD Tahun 1945 juga menyatakan bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan ayat (3) menyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Untuk menindaklanjutinya, pemerintah pun kemudian membentuk Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan sistem kesehatan negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Jenis program jaminan sosial yang hendak diselenggarakan meliputi (Bastian, 2008) : Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kematian. Melalui program-program tersebut, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun.

Indonesia sudah mulai menjalankan program jaminan sosial, ditunjukkan dengan dijalankannya Program Asuransi Kesehatan (Askes) bagi para pegawai negeri sipil (PNS) dan penerima pensiun, Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) bagi masyarakat umum, Program Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (Taspen) dan Program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI) yang memberikan jaminan pensiun dan hari tua kepada PNS dan anggota Tentara Nasional Indonesia (TNI), serta Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) yang memberi jaminan kesehatan, hari tua, kematian, dan kecelakaan kerja bagi pekerja swasta. Untuk

pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, pemerintah menjalankan program jaminan kesehatan, yang mulai tahun 2008 hingga saat ini dikenal dengan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang kepesertaannya telah ditentukan dalam sejumlah kuota dan ditetapkan dalam Surat Keputusan (SK) Bupati dan Walikota. Namun, apabila masih terdapat masyarakat miskin yang tidak tercantum dalam SK Bupati dan Walikota tersebut, pembiayaan jaminan kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah daerah setempat dan mekanisme pengelolaannya mengikuti model Jamkesmas. Hal tersebut dimaksudkan agar semua masyarakat miskin terlindungi jaminan kesehatan dan dimasa yang akan datang dapat dicapai *universal coverage* (Depkes, 2010). Sampai saat ini, masyarakat yang sudah tercakup dalam jaminan kesehatan baru mencapai 50,8 persen dari kurang lebih 230 juta jiwa penduduk dengan rincian dapat dilihat dalam Tabel 1.1.

**Tabel 1.1 Kondisi Pencapaian Target Jaminan Kesehatan di Indonesia Sampai Tahun 2009**

Jenis Jaminan	Jumlah (juta jiwa)
Askes Sosial (PNS)	14,9
Askes Komersial	2,2
Jamsostek	3,9
ASABRI	2,0
Asuransi Lain	6,6
Jamkesmas	76,4
Jamkesmas Daerah	10,8
<b>Jumlah</b>	<b>116,8</b>
Persentase thd Penduduk (tahun 2009 = 230 jt)	50,8%

Sumber : Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Depkes, 2010.

Kecenderungan meningkatnya biaya pemeliharaan kesehatan dapat menyulitkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Terutama bagi mereka yang tidak mampu maupun yang menjadi tidak mampu akibat menderita penyakit kronis dan tidak memiliki jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sehingga pembiayaannya secara *out of pocket* dalam sistem pembayaran *fee for service*. Solusi untuk mengatasi masalah pembiayaan kesehatan ini adalah mengembangkan jaminan kesehatan.

Jaminan kesehatan dalam rangka mencapai *universal coverage* memerlukan adanya kerja sama dan sinergi antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, terutama dalam pembiayaan jaminan kesehatan. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang terdaftar sebagai peserta Jamkesmas dibiayai dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), masyarakat miskin dan tidak mampu diluar kuota ditanggung oleh Pemerintah Daerah dengan sumber biaya dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), kelompok pekerja dibiayai dari institusi masing-masing (Askes, ASABRI, Jamsostek) dan kelompok individu yang tergolong berpendapatan tinggi dapat membiayai diri sendiri dengan asuransi kesehatan komersial atau asuransi kesehatan lainnya.

Sampai saat ini, sesuai dengan persyaratan dalam pelaksanaan program Jamkesmas, Pemerintah Daerah diminta menyediakan dana melalui APBD dalam rangka memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu diluar kuota Jamkesmas. Hal tersebut juga sejalan dengan otonomi daerah yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Pasal 22 H, dinyatakan bahwa daerah mempunyai kewajiban mengembangkan sistem jaminan sosial. Dengan demikian maka Pemerintah Daerah diwajibkan mengembangkan sistem jaminan sosial yang didalamnya termasuk juga jaminan kesehatan.

Dengan adanya desentralisasi di bidang kesehatan ini, pemerintah daerah dapat menentukan target dan biaya yang digunakan dalam menentukan perencanaan program yang akan dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan di wilayahnya. Pelaksanaan pelayanan kesehatan di daerah (Depkes, 2010) sampai saat ini terdiri dari dua nama program yaitu Jaminan Kesehatan Daerah dengan Bapel dan Pelayanan Kesehatan Gratis untuk semua penduduk. Meskipun demikian, penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat tersebut haruslah mengacu pada prinsip-prinsip asuransi sosial (Depkes, 2010) antara lain sebagai berikut:

- 1) Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu;
- 2) Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional;

- 3) Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas;
- 4) Transparan dan akuntabel.

Sejalan dengan pelaksanaan jaminan kesehatan pada tingkat pemerintah daerah, Pemerintah Provinsi Bali pada tahun 2010 melaksanakan Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM). Program ini diperuntukkan bagi penduduk Bali yang tidak mempunyai jaminan kesehatan, yang mana berdasarkan pedoman penyelenggaraan Program JKBM diketahui bahwa sekitar lebih dari 70 persen penduduk Bali belum tercakup dalam jaminan kesehatan. Rincian gambaran penduduk Bali berdasarkan ada tidaknya jaminan kesehatan tercantum dalam Tabel 1.2.

**Tabel 1.2 Pembagian Penduduk Provinsi Bali Berdasarkan Kepemilikan Jaminan Kesehatan**

No	Kategori	Jumlah (jiwa)	Persentase (%)
<b>1</b>	<b>Memiliki Jaminan Kesehatan</b>	<b>980.114</b>	<b>27,88</b>
	Askes PNS	332.708	9,46
	Askes komersial	11.274	0,32
	Jamkesmas	537.776	15,29
	ASABRI	9.401	0,27
	Jamsostek	88.954	2,53
<b>2</b>	<b>Belum memiliki Jaminan Kesehatan</b>	<b>2.535.886</b>	<b>72,12</b>
	<b>Jumlah</b>	<b>3.516.000</b>	<b>100,00</b>

Sumber : Pemprov. Bali, 2010.

Program JKBM yang dirancang oleh Dinas Kesehatan Provinsi Bali ini merupakan program bersama antara Pemerintah Daerah Provinsi Bali dan Pemerintah Daerah Kabupaten dan Kotamadya di wilayah Provinsi Bali, kecuali Pemerintah Daerah Kabupaten Jembrana yang telah memiliki Program Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ). Pembiayaan Program JKBM Tahun 2010 sepenuhnya disubsidi bersama antara pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten serta kotamadya di Bali. Total biaya yang dianggarkan sebesar Rp181.254.726.816,00 menaungi 2.535.886 jiwa.

Kerjasama antara pemerintah tingkat provinsi dan kabupaten serta kotamadya dalam Program JKBM ini, selain bertujuan untuk *sharing* pembiayaan adalah juga untuk meningkatkan dan mempermudah akses penduduk ke tingkat rujukan yang lebih tinggi apabila diperlukan. Sebab pada tingkat pemerintah

kabupaten/ kotamadya, portabilitasnya (ketentuan untuk menaungi peserta program ketika mereka berpindah antar daerah) masih terbatas sampai tingkat pelayanan dasar atau hingga rujukan lokal sehingga akan tetap bermasalah ketika harus ke tingkat provinsi atau pusat (Pemprov. Bali, 2010). Program JKBM ini juga merupakan solusi dari kurang akuratnya pendataan peserta dalam program nasional Jamkesmas, yang mana masih banyaknya penduduk yang tidak mampu atau miskin yang tidak terdaftar. Sehingga dengan dijalankannya program JKBM ini, nantinya seluruh penduduk tanpa jaminan kesehatan pun akan tercakup dalam jaminan kesehatan ini.

Pembentukan hingga implementasi dari Program JKBM tentunya tidak lepas dari proses perencanaan. Perencanaan adalah suatu hal yang penting karena merupakan langkah awal dari suatu kegiatan. Dalam program penyediaan pelayanan publik, pemerintah daerah dituntut untuk merencanakan kegiatan sesuai dengan kondisi daerah dan sumber daya yang tersedia.

Untuk sistem kesehatan yang diatur oleh provinsi menurut Deber (2003), seluruh sistem yang digunakan harus serupa yaitu terdapat mekanisme untuk menentukan bagaimana perawatan akan dibiayai. Pembuat kebijakan harus menentukan biaya yang tetap menjadi tanggungan individu, perawatan inti apa yang perlu diperhitungkan dan berapa banyak pembiayaan diperlukan. Departemen Kesehatan dalam situsnya juga menyatakan bahwa dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah perlu diatur dengan Peraturan Daerah dengan substansi materi pokok yang perlu diatur adalah mengenai peserta dan kepesertaan (penentuan peserta, mekanisme pendaftaran, bukti/ tanda peserta, perlu tidaknya dilakukan klasifikasi terhadap peserta, hak dan kewajiban peserta); pembiayaan (dibiayai oleh pemerintah daerah atau peserta dikenakan premi, mekanisme pemungutan premi, perhitungan pembiayaan atau besaran premi, tata cara pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan/ PPK); pelayanan (cakupan jenis pelayanan akan ditanggung oleh jaminan kesehatan ini, PPK mana saja yang boleh memberikan pelayanan); badan penyelenggara (bapel) Jaminan Kesehatan Daerah /Pengorganisasian (peranan bapel dalam penyelenggaraan Jamkesda baik Pemerintah Daerah itu sendiri atau suatu Badan yang independen).

Kegagalan program pemerintahan seringkali disebabkan karena perhitungan yang tidak tepat. Ketidaktepatan perhitungan biasanya karena terlalu tingginya perkiraan (*over estimate*) akan pemasukan dan rendahnya perkiraan (*under estimate*) akan biaya yang harus ditanggung dari program tersebut. Oleh sebab itu, perencanaan menjadi tahapan yang sangat penting sebagai dasar acuan dalam menjalankan suatu program. Feldstein (1993) mengemukakan bahwa pemanfaatan ilmu ekonomi, ilmu mengenai pilihan dalam menghadapi keterbatasan sumber daya, di bidang pelayanan kesehatan terdapat tiga pilihan dasar yaitu:

- 1) Penentuan jumlah dana yang akan digunakan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan serta jenis-jenis layanan yang akan diselenggarakan;
- 2) Pemilihan metode penyelenggaraan pelayanan itu sendiri;
- 3) Pemilihan metode pendistribusian pelayanan kesehatan.

Ketiga hal di atas perlu diperhatikan dalam perencanaan Program JKBM ini. Oleh sebab itu, penulis berkeinginan untuk melakukan penelitian mengenai elemen perencanaan sistem jaminan kesehatan, proses penentuan jumlah dan alokasi dana, metode penyelenggaraan dan pendistribusian pelayanan kesehatan Program JKBM Tahun 2010.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Program JKBM merupakan program yang dilaksanakan bersama antara Pemerintah Provinsi Bali dengan pemerintah-pemerintah daerah di bawahnya. Tujuannya adalah memberikan jaminan kesehatan bagi penduduk Bali yang belum memiliki jaminan kesehatan yaitu sebesar 2.535.886 jiwa atau 72,12 persen dari total penduduk di wilayah Provinsi Bali.

Untuk menjalankan Program JKBM Tahun 2010, total biaya yang dianggarkan adalah sebesar Rp181.254.726.816,00 yang dialokasikan kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) milik pemerintah di wilayah Provinsi Bali (kecuali Kabupaten Jembrana). Anggaran Program JKBM Tahun 2010 yang berasal dari *sharing* Pemerintah Provinsi Bali dan Pemerintah Kabupaten/ Kota, cakupan sasaran peserta yang jumlahnya lebih dari 50% total penduduk, serta melibatkan lebih dari dua pemerintah daerah, tentunya program yang baru diimplementasikan pada bulan Januari Tahun 2010 ini tidak lepas dari proses perencanaan. Tanpa perencanaan dan rencana (Hasibuan, 1984) yang baik akan

dapat mengakibatkan tidak tercapainya tujuan yang ingin dicapai, dapat menimbulkan pemborosan, dan pengendalian tidak dapat dilakukan. Pada akhirnya, program akan berjalan secara tidak efektif dan efisien dan akan mengalami kegagalan.

Pengalokasian dana ataupun sumber daya lainnya, pemilihan metode, sistem/ mekanisme, penyedia pelayanan kesehatan, dan obyek serta aktor dalam implementasi menjadi sangat penting dalam proses perencanaan. Oleh sebab itu, rumusan masalah yang akan diangkat dalam penelitian ini adalah : “Bagaimana perencanaan sistem Program JKBM Tahun 2010 dalam hal penentuan kebutuhan dana, pemilihan metode penyelenggaraan dan pemilihan metode pendistribusian pelayanan kesehatan (Feldstein, 1993) dan kesesuaian sistem ini dengan *best practice*?”

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Berdasarkan pokok permasalahan yang diuraikan di atas, maka dapat dirumuskan tujuan penelitian sebagai berikut :

- 1) Menganalisis kesesuaian sistem Program JKBM dengan sistem jaminan kesehatan negara-negara lain;
- 2) Menganalisis kebutuhan dana yang akan digunakan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan serta jenis-jenis layanan yang akan diselenggarakan dalam Program JKBM Tahun 2010;
- 3) Menganalisis pemilihan metode penyelenggaraan pelayanan kesehatan Program JKBM Tahun 2010;
- 4) Menganalisis pemilihan metode pendistribusian pelayanan kesehatan Program JKBM Tahun 2010.

### **1.4 Manfaat**

Manfaat yang diharapkan dari hasil penelitian ini adalah diharapkan dapat memberikan masukan kepada Pemerintah Daerah Provinsi Bali dalam menjalankan Program JKBM di tahun mendatang, terutama dalam proses perencanaan di bidang pendanaan dan metode sistem penyelenggaraannya.

## 1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah perencanaan sistem Program JKBM Tahun 2010 di wilayah Pemerintah Provinsi Bali dan elemen rencana sistem jaminan kesehatan negara-negara *best practice*. Elemen rencana *best practice* dari sistem jaminan kesehatan yaitu kewenangan bidang kesehatan, sistem jaminan kesehatan, perencana sistem jaminan kesehatan, kepesertaan jaminan kesehatan, bapel jaminan kesehatan, sistem pembiayaan, sumber pembiayaan, premi/ iuran, PPK pada sistem jaminan kesehatan, dan cakupan jaminan kesehatan. Sedangkan negara-negara yang dijadikan *best practice* antara lain : Taiwan, Jepang, Norwegia, Inggris, Kolombia, Chili dan Kanada, yang pemilihannya dilakukan karena sistem jaminan kesehatan pada tujuh negara ini telah menaungi seluruh penduduk.

Perencanaan program yang terdiri dari perhitungan kebutuhan dan pengalokasian anggaran, serta sistem penyelenggaraan Program JKBM Tahun 2010 dalam mencapai tujuan yang ingin dicapai. Analisis perhitungan kebutuhan dan dilakukan dengan membandingkan antara perhitungan dana pada Program JKBM dengan simulasi perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan. Simulasi disini menggunakan dua puskesmas (tanpa dan dengan pelayanan rawat inap) dan satu rumah sakit di Kota Denpasar yang difokuskan pada tahapan perhitungan biaya pelayanan kesehatan di puskesmas dan rumah sakit dan membandingkan angka perolehannya dengan alokasi dana. Oleh sebab itu, asumsi yang digunakan dalam simulasi ini adalah tahapan perhitungan biaya pelayanan kesehatan per orang sama untuk di seluruh puskesmas dan rumah sakit. Dan keterbatasan penelitian adalah penelitian dilakukan bukan untuk menghitung besaran dana tanggungan per orang tapi untuk melihat proses perencanaan perhitungan penyusunan anggaran dana pada Program JKBM ini.

Sedangkan analisis mengenai pemilihan metode sistem penyelenggaraan terdiri mekanisme kepesertaan, pendanaan, pengorganisasian, dan evaluasi program, serta pendistribusian pemberian pelayanan kesehatan (sumber pembiayaan, pembayaran kepada PPK dan sistem rujukan) Program JKBM Tahun 2010.

## 1.6 Metodologi Penelitian

Penelitian dilakukan secara deskriptif kualitatif dan kuantitatif dengan rincian sebagai berikut:

### 1.6.1 Obyek dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan terhadap Program JKBM yang dilakukan oleh Pemerintah Provinsi dan Kabupaten serta Kotamadya di wilayah Provinsi Bali dan dilaksanakan dari bulan Maret sampai dengan Mei 2010.

### 1.6.2 Jenis data

Data yang digunakan dalam penelitian ini antara lain :

- 1) Data primer berupa hasil wawancara.
- 2) Data sekunder berupa pedoman penyelenggaraan Program JKBM, surat-surat keputusan yang terkait dengan Program JKBM, peraturan daerah dan keputusan menteri perihal tarif pelayanan kesehatan, dokumen perencanaan anggaran Program JKBM, dan dokumen terkait lainnya, serta buku-buku, makalah dan jurnal-jurnal sebagai bahan literatur dalam tinjauan pustaka dan sumber *best practice*.

### 1.6.3 Pengumpulan Data

Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu dengan studi pustaka, analisis dokumen, dan wawancara. Instrumen penelitian ini adalah pedoman pertanyaan wawancara sebagai panduan peneliti dalam melakukan wawancara yang dibuat berdasarkan kerangka konsep penelitian. Untuk mendukung dilakukan juga telaah dokumen yang berkaitan dengan kegiatan perencanaan Program JKBM sebagai pelengkap informasi yang didapat dari hasil wawancara.

### 1.6.4 Metode Analisis Data

Metode yang dilakukan adalah dengan metode analisis secara deskriptif kualitatif dan kuantitatif menggunakan bahan-bahan dokumen dan studi literatur, serta metode komparatif dengan membuat komparasi dengan *best practice* sistem jaminan kesehatan dari negara lain. Penggunaan metode *best practice*, seperti yang

dikutip oleh Globerman, Hart Hodges and Aidan Vining (2001), disebutkan bahwa perbandingan internasional dari organisasi dan kinerja sektor pemeliharaan kesehatan semakin meningkatkan informasi kepada pembuat kebijakan tentang kebijakan yang berpotensi yang berhubungan kepada biaya, dan akses kepada pemeliharaan kesehatan. Selain itu, Murti (2000) juga menyatakan bahwa dengan mempelajari sejarah dan pengalaman dari negara-negara lain, maka kebijakan publik menyangkut sistem pelayanan kesehatan dengan asuransi diharapkan dapat dibuat dengan lebih seksama.

Untuk menjawab rumusan pertanyaan pertama digunakan metode *best practise*. Sedangkan untuk menjawab pertanyaan kedua menggunakan analisis deskriptif secara kualitatif dan kuantitatif.

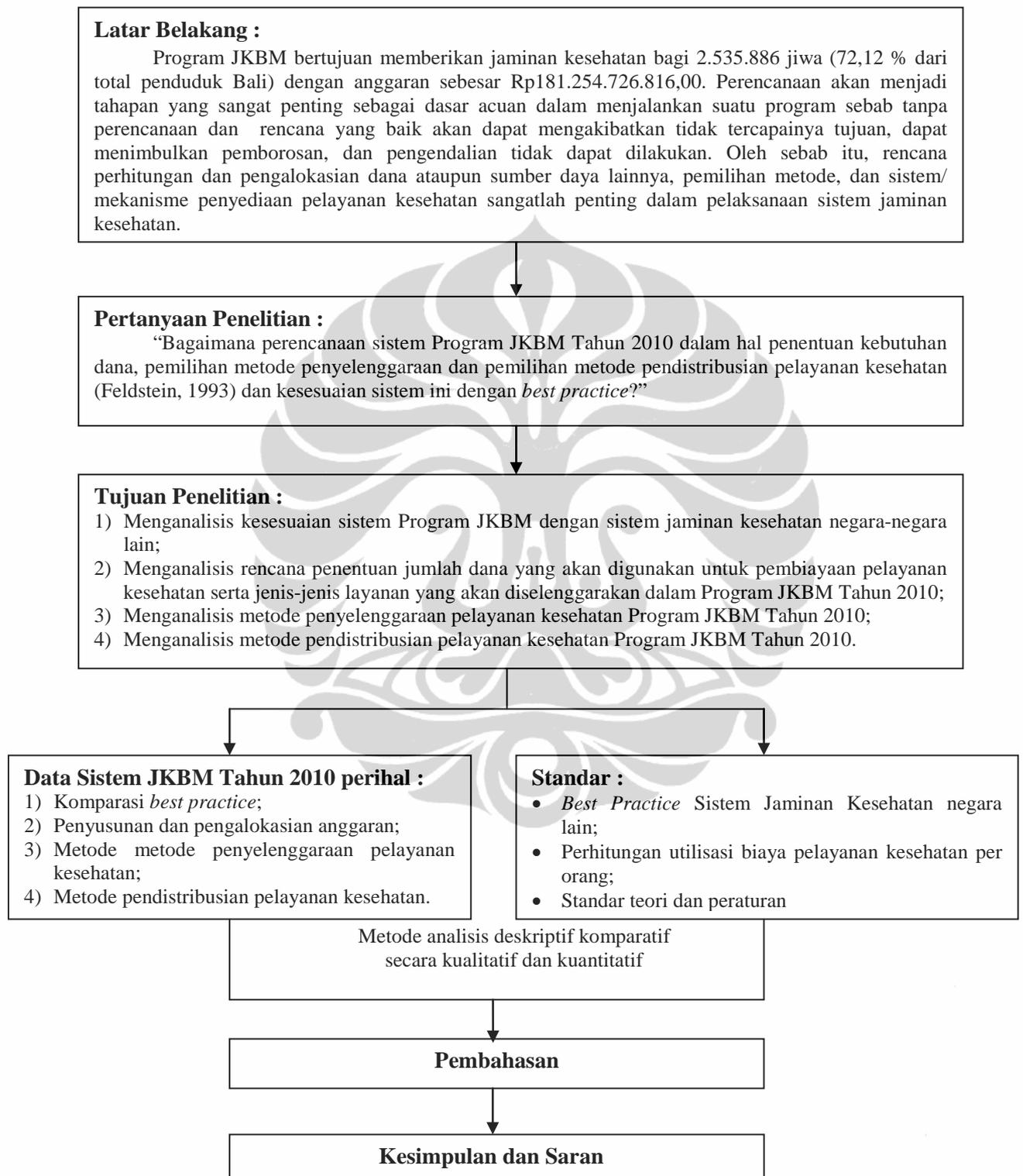
Metode kuantitatif dilakukan dengan membuat simulasi perhitungan biaya utilisasi pelayanan kesehatan per orang dengan metode perhitungan kapitasi. Penghitungan biaya kapitasi dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut (Thabrany, 2000) :

- a. Menetapkan jenis pelayanan yang akan dicakup dalam kapitasi;
- b. Menghitung *rate* utilisasi (angka pemanfaatan) tiap jenis pelayanan yang akan dikapitasi yang biasanya dihitung per 1.000 jiwa untuk satu tahun pelayanan;
- c. Menetapkan biaya per pelayanan yang dicakup dalam kontrak kapitasi;
- d. Menghitung biaya per kapita per bulan untuk tiap pelayanan dengan mengkalikan *rate* utilisasi tahunan dengan rata-rata biaya dan membaginya dengan 12 bulan;
- e. Menjumlahkan biaya per kapita per bulan untuk seluruh pelayanan guna mendapatkan besaran biaya kapitasi.

## 1.7 Kerangka Penelitian

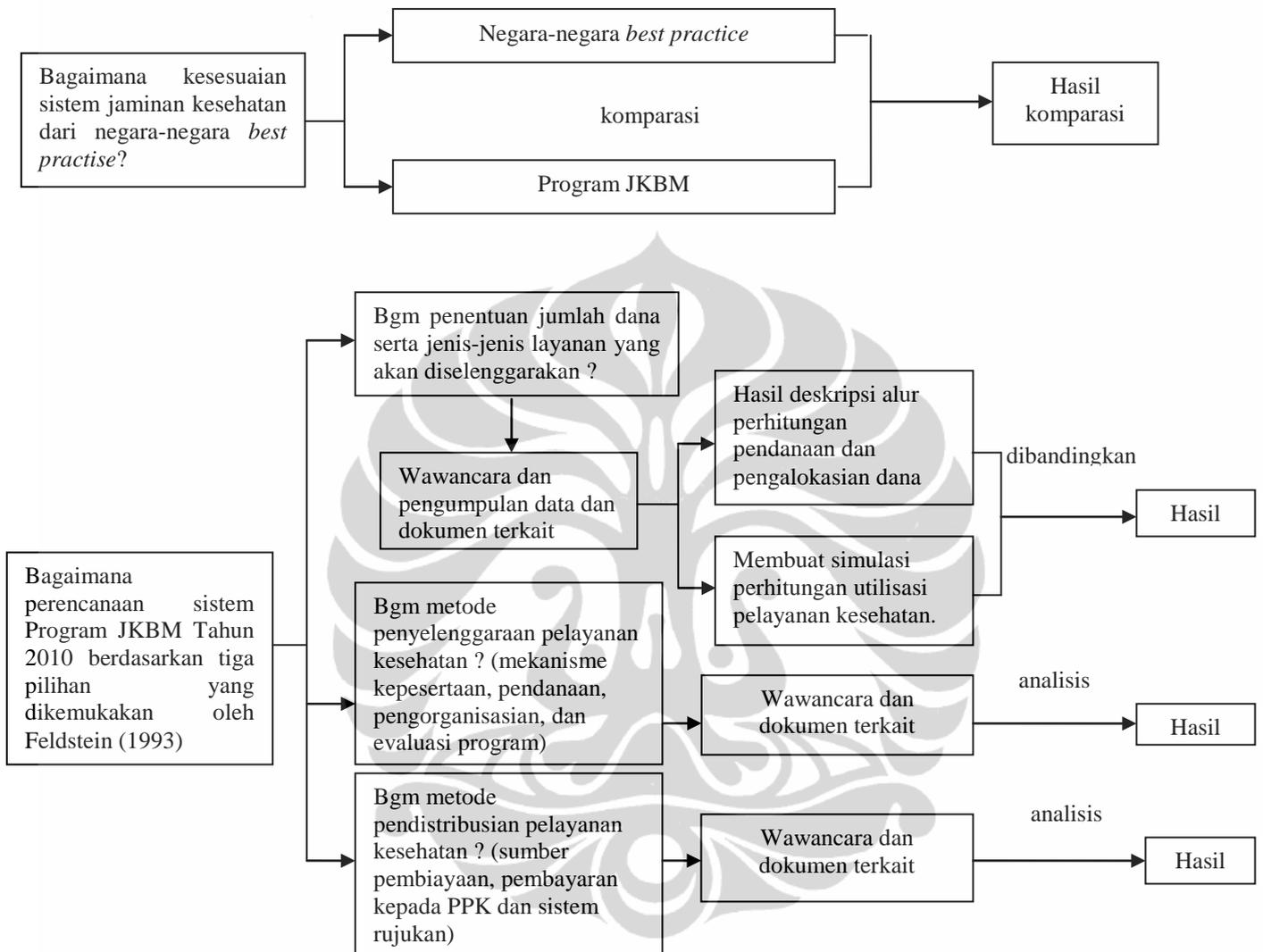
Berdasarkan uraian pada bagian-bagian di atas, maka untuk memberikan arah dalam penelitian diperlukan kerangka pikir. Kerangka pikir penelitian juga

sekaligus memberikan gambaran alur pikir peneliti dalam melakukan analisis data. Adapun rumusan kerangka pikir penelitian seperti Gambar 1.1



**Gambar 1.1 Kerangka Pikir Penelitian**

Untuk menjawab tujuan penelitian, tahapan-tahapan metode yang dilakukan dapat dilihat dalam Gambar 1.2.



**Gambar 1.2 Tahapan Metodologi Penelitian**

## 1.8 Sistematika Penulisan

Penulisan tesis ini tersusun ke dalam enam bab dengan sistematika sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN, memuat tentang latar belakang penulisan, rumusan masalah, tujuan, manfaat, ruang lingkup penelitian, metodologi penelitian, kerangka penelitian dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA TENTANG SISTEM JAMINAN KESEHATAN, OTONOMI DAERAH DAN PERENCANAAN, berisikan tinjauan pustaka tentang asuransi, asuransi kesehatan, Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), UU RI No. 40 Tahun 2004, otonomi daerah, dan teori perencanaan.

BAB III SISTEM JAMINAN KESEHATAN DI BEBERAPA NEGARA, memaparkan sistem jaminan kesehatan di beberapa negara sebagai *best practice*, yaitu negara Taiwan, Jepang, Norwegia, Inggris, Kolombia, Chili dan Kanada.

BAB IV GAMBARAN UMUM JKBM, terdiri dari latar belakang program, tujuan program, sasaran program, kebijakan operasional program, pengorganisasian program, kepesertaan program, pendanaan program, prosedur pelayanan, dan manfaat program serta cakupan penyelenggaraan Program JKBM Tahun 2010.

BAB V ANALISIS TENTANG SISTEM PROGRAM JKBM TAHUN 2010, pembahasan pertama adalah hasil penelitian berupa komparasi *best practice* sistem jaminan kesehatan negara lain dan pembahasan hasil komparasi dengan Program JKBM Tahun 2010. Kedua, hasil penelitian yaitu alur proses perencanaan penyusunan anggaran beserta simulasi perhitungan kebutuhan dana dan pembahasan kedua hasil tersebut. Ketiga adalah pembahasan mengenai metode penyelenggaraan pelayanan kesehatan, dan terakhir adalah pembahasan analisis metode pendistribusian pelayanan kesehatan Program JKBM Tahun 2010.

BAB VI PENUTUP, berisikan kesimpulan dan saran.