

PERBANDINGAN HAK PESERTA BPJS KESEHATAN DENGAN JKN-KBS (KRAMA BALI SEJAHTERA) SEBAGAI BENTUK PELAYANAN JAMINAN SOSIAL DI INDONESIA

Aries Aditya Putra

E-mail: ariesa281@gmail.com

PT Shopee Indonesia Jakarta

Adi Sulistiyono

E-mail: adisulistiyono@staff.uns.ac.id

(Penulis Korespondensi)

Guru Besar Fakultas Hukum Universitas Sebelas Maret

Article Information

Keywords: Health BPJS;
participant rights; JKN-KBS

Kata Kunci: BPJS Kesehatan;
Hak peserta; JKN-KBS

Abstract

This research is prescriptive and applied normative legal research. Types of legal materials include primary and secondary legal materials. Data collection techniques used were literature study, research instruments in the form of Presidential Regulation Number 82 Year 2018 on Health Insurance and, and Bali Governor Regulation Number 104 Year 2018 regarding National Health Insurance of Krama Bali Sejahtera, then the technical analysis used was the deductive method. The results of this study are an analysis of the fundamental differences between the rights of participants received in the Health BPJS and also JKN-KBS.

Abstrak

Artikel ini bertujuan untuk menganalisis perbandingan hak peserta yang lahir dari perjanjian antara peserta dengan BPJS Kesehatan dan juga JKN-KBS. Perjanjian antara peserta dengan BPJS Kesehatan dan juga JKN-KBS memiliki beberapa perbedaan terkait hak peserta sehingga perlu dilakukan perbandingan untuk perbaikan pelayanan jaminan sosial di Indonesia. Penelitian ini adalah penelitian hukum normatif bersifat preskriptif dan terapan. Jenis bahan hukum meliputi bahan hukum primer dan sekunder. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah studi kepustakaan, instrumen penelitian berupa Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan dan, Peraturan Gubernur Bali Nomor 104 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional Krama Bali Sejahtera, selanjutnya teknis analisis yang digunakan adalah metode deduktif. Hasil dari penelitian ini adalah analisis perbedaan mendasar antara hak peserta yang diterima dalam BPJS Kesehatan dan juga JKN-KBS.

A. Pendahuluan

Suatu negara tentunya mempunyai tujuan yang hendak dicapai. Salah satu tujuannya adalah kesejahteraan untuk masyarakat bagi semua negara, termasuk kedalamnya adalah Negara Indonesia. Bentuk kesejahteraan yang hendak dicapai sebagai contohnya adalah mengenai kesehatan masyarakat. Jaminan sosial merupakan instrumen yang dapat digunakan untuk melindungi kesehatan masyarakat. Berangkat dari Pasal 28H ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (yang selanjutnya disebut UUD NRI Tahun 1945) salah satu hak dari masyarakat Indonesia adalah memperoleh jaminan sosial. Ketentuan mengenai jaminan sosial tersebut semakin diperkuat oleh Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945 yang menjelaskan negara yang bertanggung jawab terhadap penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang mempuni.

Pelayanan kesehatan yang layak adalah salah satu kebutuhan dari masyarakat dan dapat jadi tolak ukur dalam keberhasilan suatu pembangunan (Debra S. S. Rumengan, 2015: 89). Tanggung jawab negara terkait pelayanan kesehatan dalam sistem jaminan sosial telah dilakukan Indonesia sejak masa pemerintahan Hindia Belanda. Pada tahun 1936, semua pekerja dalam pemerintahan Hindia Belanda mendapatkan jaminan kesehatan. Sistem tersebut tetap berlanjut sampai kemerdekaan Indonesia pada tahun 1945. Mulai tahun 1968, pemerintah melakukan perubahan terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan untuk pegawai negeri dan juga penerima pensiunan berdasarkan Surat Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968 yang selanjutnya disebut sebagai program Asuransi Kesehatan (Askes). Selain Askes, pemerintah juga mendirikan PT Taspen bagi pegawai negeri dan PT Asabri bagi anggota Kepolisian/TNI sebagai penyelenggara program jaminan pensiun dan hari tua. Tenaga kerja swasta juga mendapatkan program Askes dengan didirikannya PT Jamsostek (Sulastomo, 2008: 16).

Undang-undang SJSN mengamanatkan dibentuknya sebuah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (yang selanjutnya disebut BPJS) secara sah mulai beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014. Hal tersebut sesuai dengan yang tercantum dalam Pasal 60 ayat (1) Undang-Undang BPJS. BPJS Kesehatan merupakan badan hukum yang didirikan sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan dengan tujuan untuk melindungi seluruh lapisan masyarakat (Abidin. 2016 : 71). Kepesertaan BPJS pun menjadi bersifat wajib untuk setiap orang termasuk orang asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 bulan sesuai dengan ketentuan Pasal 14 Undang-Undang BPJS. Menjadikan BPJS sebagai jaminan sosial wajib merupakan bentuk nyata dari pemerintah untuk memberikan jaminan perlindungan kesehatan kepada seluruh Warga Negara Indonesia. Kewajiban tersebut tentunya lahir karena adanya suatu hubungan hukum. Berdasarkan Undang-Undang BPJS hubungan hukum yang terdapat pada jaminan sosial adalah hubungan hukum perjanjian atau kontraktual yang berkaitan dengan hak dan juga kewajiban dari peserta BPJS maupun BPJS itu sendiri (Asen, 2016: 143).

Seiring dengan beroperasinya BPJS Kesehatan, masih terdapat keluhan dari peserta terkait dengan pelayanan ataupun hak yang diterima tidak sepadan dengan apa yang seharusnya didapatkan. Pada dasarnya hak mendapatkan jaminan sosial merupakan bentuk nyata suatu negara berusaha menjaga warganya agar tetap sehat dan terjamin. Kesehatan sebagai hak asasi manusia harus dapat terwujud melalui segala macam upaya yang dilakukan negara terhadap seluruh individu yang ada di dalamnya melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memiliki kualitas dan juga terjangkau oleh masyarakat khususnya di Indonesia (Fheriyal Sri Isriawati, 2015: 1). Beberapa permasalahan yang terjadi tidak sejalan dengan cara pemerintah mewajibkan seluruh masyarakat mengikuti program BPJS Kesehatan. Permasalahan itu membuat beberapa peserta enggan untuk melanjutkan membayar iuran BPJS Kesehatan. Namun pemerintah tidak hanya diam melihat hal tersebut dan peserta yang tidak membayar iuran akan menerima konsekuensi tertentu yang telah ditetapkan pada awal perjanjian berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Permasalahan tersebutlah yang membuat Provinsi Bali menggunakan Program Jaminan Sosialnya sendiri, yaitu Jaminan Kesehatan Nasional Krama Bali Sejahtera (yang selanjutnya disebut JKN-KBS) berdasarkan Peraturan Gubernur Bali Nomor 104 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional Krama Bali Sejahtera. JKN-KBS yang dicanangkan oleh Wayan Koster selaku Gubernur Bali ada untuk mengatasi permasalahan yang terdapat dalam BPJS Kesehatan. Terdapat perbedaan dalam segi pelayanan untuk memenuhi hak peserta antara BPJS Kesehatan dengan JKN-KBS.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk menganalisis tentang perbedaan yang terdapat antara hak peserta yang berasal dari perjanjian BPJS Kesehatan dan yang berasal dari JKN-KBS.

B. Metode Penelitian

Penelitian hukum memiliki tujuan untuk memecahkan suatu permasalahan tertentu terkait dengan isu hukum. Maka diperlukan suatu metode atau cara untuk menyusun sebuah penelitian hingga mencapai hasil yang diinginkan.

Jenis penelitian yang digunakan penulis dalam penelitian ini merupakan penelitian hukum normatif. Sifat Penelitian yang digunakan penulis dalam penelitian ini adalah preskriptif dan terapan. Sumber penelitian yang digunakan adalah data hukum primer yang terdiri dari peraturan perundang-undangan dan catatan resmi terkait masalah yang diteliti, dan bahan hukum sekunder yang meliputi buku, kamus hukum, jurnal hukum, dan artikel lainnya terkait dengan permasalahan yang diteliti.

C. Hasil Penelitian dan Pembahasan

Adanya JKN-KBS dianggap sebagai penyempurna dari sistem jaminan sosial yang selama ini diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Oleh karena itu terdapat beberapa perbedaan mendasar antara BPJS Kesehatan dengan JKN-KBS terkait

dengan hak peserta mulai dari pelayanan yang berbeda hingga adanya manfaat tambahan diluar BPJS Kesehatan. Perbedaan BPJS Kesehatan dengan JKN-KBS antara lain sebagai berikut:

1. Kepesertaan

Kepesertaan dari BPJS Kesehatan dengan JKN-KBS memiliki beberapa kesamaan, salah satunya adalah kepesertaan yang terbagi menjadi PBI dan juga Non PBI. Pembedanya tentu terletak dari pengertian peserta itu sendiri. Menurut Perpres Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan kesehatan. Peserta merupakan individu yang telah membayar iuran dengan besaran tertentu, yang terdiri dari masyarakat Indonesia itu sendiri maupun warga negara asing yang telah bekerja di Indonesia paling sedikit selama enam bulan. Sedangkan menurut Pergub Nomor 104 Tahun 2018 tentang JKN-KBS, peserta adalah seluruh Krama Bali/masyarakat Bali yang memiliki nomor induk kependudukan dengan alamat dan bertempat tinggal di wilayah Provinsi Bali. Jadi perbedaan mendasarnya adalah jika kepesertaan BPJS Kesehatan adalah untuk mereka yang membayar premi, dan kepesertaan JKN-KBS adalah hanya untuk Krama Bali saja.

JKN-KBS menambahkan satu jenis lagi yaitu PBI Daerah yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota berdasarkan hasil verifikasi dan validasi Dinas Sosial kabupaten/kota. Sehingga untuk iuran dari PBI Daerah akan dibayarkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota bukan tanggung jawab Pemerintah Pusat lagi. Bayi baru lahir dari peserta PBI juga memiliki perbedaan terkait bagaimana untuk mendapatkan haknya sebagai peserta jaminan sosial. Pasal 16 ayat (1) Perpres JKN menyebutkan bahwa bayi yang dilahirkan oleh ibu yang merupakan peserta dari jaminan kesehatan memiliki kewajiban untuk mendaftarkan bayi tersebut kepada BPJS Kesehatan dengan batas waktu paling lama adalah dua puluh delapan hari dihitung sejak hari kelahirannya.

Cara mendaftarkannya adalah dengan membawa kartu asli BPJS dari ibu kandung, membawa asli/fotokopi surat keterangan lahir dari dokter atau bidan tempat kelahiran bayi, dan membawa asli/fotokopi kartu keluarga orang tua ke kantor BPJS Kesehatan (<https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/20> diakses pada 8 April 2020 pukul 23.53 WIB). Hal berbeda dilakukan oleh JKN-KBS terkait dengan kepesertaan bayi baru lahir ini.

JKN-KBS mengklaim untuk bayi yang baru lahir dari orang tua PBI akan langsung terdaftar sebagai peserta (Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Bali, 2019 :4). Penjelasannya terdapat pada Pasal 5 ayat (5) Pergub JKN-KBS yang menyebutkan bahwa ibu yang terdaftar sebagai peserta PBI JKN-KIS jika melahirkan bayi maka secara langsung bayi tersebut akan ditetapkan menjadi peserta PBI JKN-KIS juga sesuai dari apa yang disebutkan dalam ketentuan peraturan perundang-undangan. JKN-KBS mengklaim hal tersebut dapat mengatasi kekurangan dari BPJS Kesehatan terkait dengan kepesertaan bayi yang baru lahir dari orang tua PBI.

2. Sistem Rujukan

Rujukan medis memiliki beberapa karakteristik yang dijelaskan oleh World Health Organization (WHO). Karakteristik meliputi adanya sebuah kerjasama yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan, terdapat standar operasional rujukan yang dipatuhi, terdapat sarana dan prasarana yang lengkap, adanya formulir untuk melakukan rujukan, terdapat komunikasi yang baik antara fasilitas kesehatan perujuk dengan yang menerima rujukan dan juga adanya prosedur untuk melakukan rujukan balik. Rujukan medis harus dapat memenuhi segala persyaratan baik dari segi klinis maupun administratif (Dwi Ratnasari, 2017 : 147).

Sistem rujukan BPJS Kesehatan juga mengalami perubahan pada JKN-KBS. Pada pasal 55 ayat (1) Perpres JKN menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan bagi peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kompetensi Fasilitas Kesehatan dimulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (selanjutnya disebut FKTP) peserta terdaftar, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis. FKTP yang dimaksud meliputi puskesmas atau yang setara, praktik dokter, dan praktik dokter gigi. Jika FKTP tidak bisa menyelesaikan masalah peserta, maka peserta akan dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL).

Berdasarkan sistem rujukan bertingkat BPJS Kesehatan, dapat digambarkan bahwa Puskesmas merupakan FKTP dan Rumah Sakit merupakan FKRTL. Maksud dari sistem rujukan bertingkat adalah pada mulanya pasien yang mendapatkan rujukan dari puskesmas akan mendapatkan perawatan di RS tipe D. Jika RS tipe D tidak mampu menangani keluhan baik karena kekurangan sarana maupun prasarana maka pasien akan dirujuk ke RS tipe C, dan begitu seterusnya sampai RS tipe A. Itulah yang disebut dengan rujukan pada fasilitas kesehatan tersier yang sebelumnya dari fasilitas kesehatan sekunder. Kelemahan dari sistem rujukan bertingkat BPJS Kesehatan adalah pasien tidak bisa secara langsung mendapatkan pelayanan sesuai kebutuhan, memerlukan waktu yang lama karena RS rujukan memiliki jarak yang berjauhan, biaya operasional pasien lebih tinggi karena waktu dan jarak RS yang berjauhan tersebut, dan hal itulah yang membuat sistem ini tidak efektif dan efisien.

Sistem rujukan dalam JKN-KBS memiliki perbedaan, peserta tidak perlu melalui rujukan RS tipe D dan RS tipe C untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada RS tipe B. Puskesmas secara langsung akan merujuk peserta ke RS yang memiliki fasilitas baik sarana dan prasarana untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai terhadap peserta. Sistem ini disebut sebagai sistem rujukan terintegrasi. Puskesmas akan mendiagnosa apa yang diderita pasien, jika sudah ditemukan apa keluhannya maka puskesmas akan langsung merujuk peserta ke fasilitas kesehatan yang mampu memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai. Fasilitas kesehatan sebagai tempat rujukan akan mendapatkan pemberitahuan jika ada peserta yang akan dirujuk dalam monitor milik operator RS yang bersangkutan.

RS tersebut waib merespon kepada Puskesmas terkait ketersediaan dokter maupun fasilitas lainnya.

3. Manfaat yang diberikan

Manfaat dari jaminan kesehatan merupakan inti dari pelaksanaan pelayanan kesehatan itu sendiri. Peserta yang terdaftar dalam sistem jaminan sosial berhak mendapatkan manfaat yang disediakan oleh penyelenggara jaminan sosial. Pengaturan mengenai manfaat yang diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada peserta terdapat dalam Pasal 46 ayat (1) Perpres JKN yang mengatakan bahwa peserta memiliki hak untuk mendapatkan manfaat jaminan kesehatan dengan sifat perorangan sesuai dengan apa yang dibutuhkan peserta terkait kebutuhan medis.

Manfaat jaminan kesehatan tersebut terdiri dari manfaat medis dan manfaat nonmedis. Manfaat medis merupakan manfaat yang didapatkan berdasarkan indikasi medis, sedangkan manfaat nonmedis merupakan manfaat yang didapatkan tanpa indikasi medis dan tergantung dari besaran iuran yang peserta bayar. Berdasarkan Perpres JKN pada Pasal 47 menyebutkan pelayanan kesehatan yang dijamin meliputi pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, dan pelayanan ambulans darat maupun air. Pelayanan ambulans hanya dapat diakses oleh peserta dengan kondisi yang telah ditentukan sebelumnya yang merupakan kondisi gawat darurat. Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan nonspesialistik yang merupakan pelayanan kesehatan yang memberikan indikasi medis kepada peserta untuk pertama kalinya.

Manfaat nonmedis merupakan akomodasi layanan rawat inap yang diberikan sesuai dengan iuran yang dibayarkan oleh peserta. Iuran tersebut merupakan kewajiban dari peserta itu sendiri terhadap BPJS Kesehatan. Namun jika peserta termasuk kedalam PBI, maka kewajiban membayar iuran dilakukan oleh pemerintah yang bertanggung jawab. Bisa oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Pemenuhan kewajiban tersebut akan berbanding lurus dengan hak yang diterima oleh peserta. Jika iuran yang dibayarkan semakin tinggi kelasnya, maka pelayanan kesehatan yang menjadi hak dari peserta itu juga akan ikut meningkat kelasnya. Hal tersebut lebih cenderung berkaitan dengan kelar rawat inap yang diterima peserta berdasarkan indikasi medis yang diberikan oleh fasilitas kesehatan.

Secara garis besar manfaat yang dijamin oleh JKN-KBS sama seperti BPJS Kesehatan. Kepuasan peserta terhadap pelayanan program jaminan kesehatan merupakan kunci untuk terus memperbaiki kelemahan-kelemahan yang ada pada program tersebut. JKN-KBS hadir dengan menawarkan manfaat tambahan yang tidak didapatkan dari BPJS Kesehatan. Manfaat tambahan tersebut tertuang dalam Pasal 19 Pergub JKN-KBS. Manfaat tambahan tersebut diterima oleh seluruh peserta yang terdaftar dalam program JKN-KBS. Manfaat tambahan yang dimaksud meliputi (Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Bali, 2020: 14):

- a) Memperoleh pelayanan kesehatan tradisional dan komplementer di fasilitas kesehatan baik Puskesmas maupun Rumah Sakit. Pengobatan tradisional tersebut bersumber dari usadha (naskah yang menguraikan mengenai pengobatan tradisional) dan akan disiapkan oleh P u s a t Penanganan Pasca Panen Tanaman Obat (PPPPTO), sehingga kedepannya jamu, loloh, boreh dan semacamnya akan mendapatkan standar baik dan izin dari BPOM;
- b) Bagi pasien gawat darurat akan mendapatkan fasilitas transportasi gratis dari tempat tinggal peserta menuju fasilitas kesehatan yang hendak menanganinya;
- c) Sistem penanganan keluhan dilakukan secara online dan terintegrasi seluruh Bali berbasis *website* dengan *call center* yang tersedia di fasilitas kesehatan, Dinas, dan BPJS Kesehatan;
- d) Mendapatkan pelayanan *Visum et Repertum* gratis;
- e) Memperoleh layanan transportasi gratis juga disediakan untuk mengantar jenazah yang meninggal di fasilitas kesehatan menuju alamat yang dituju;
- f) Memperoleh pelayanan terapi hiperbarik (oksigen murni) dengan gratis bagi pasien yang membutuhkannya.

Manfaat tambahan tersebut diharapkan oleh Pemerintah Provinsi Bali dapat mengatasi kekurangan yang terdapat pada BPJS Kesehatan sehingga tingkat kepuasan peserta terhadap pelayanan JKN akan terus meningkat untuk kedepannya.

4. Konsekuensi tidak membayar iuran

Telat membayar iuran adalah pelanggaran yang paling sering dilakukan oleh peserta BPJS Kesehatan. Bahkan tidak sedikit yang berhenti melanjutkan pembayaran iuran dengan alasan tertentu. Pada tahun 2018, BPJS Kesehatan mencatat sedikitnya 12 juta peserta yang menunggak pembayaran iuran kepesertaan. Angka itu sekitar 6 persen dari total peserta BPJS Kesehatan yang mencapai 196 juta peserta tentu saja BPJS Kesehatan mengalami kerugian akibat kejadian tersebut.

BPJS Kesehatan pada dasarnya tidak memberikan sanksi kepada peserta yang menunggak membayar iuran, namun dalam Perpres JKN telah diatur konsekuensi yang akan diterima peserta jika telat atau tidak membayar iuran. Pada Pasal 40 Perpres JKN menyebutkan bahwa pembayaran iuran dilakukan kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 pada setiap bulannya. Pasal 42 Perpres JKN menjelaskan mengenai konsekuensi yang diterima oleh peserta yang menunggak membayar iuran kepada BPJS Kesehatan. Peserta yang tidak membayar iuran sampai akhir bulan maka penjaminan manfaat peserta akan diberhentikan sejak tanggal 1 pada bulan

berikutnya. Status kepesertaan akan aktif kembali jika peserta telah melunasi iuran yang tertunggak pembayarannya.

JKN-KBS menerapkan hal yang sedikit berbeda dari BPJS Kesehatan terkait peserta yang menunggak membayar iuran. Pergub JKN-KBS tidak mengatur masalah terkait peserta yang menunggak membayar iuran ini, namun Dinas Kesehatan Provinsi Bali mengatakan bahwa peserta JKN yang menunggak membayar iuran dapat didaftarkan menjadi peserta PBI Daerah dan langsung dapat mengakses pelayanan kesehatan yang disediakan (Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Bali, 2020: 5). Terkait dengan bagaimana syarat dan sistematikanya belum dibahas lebih lanjut oleh Dinas Kesehatan Provinsi Bali. Tujuan dari Pemerintah Provinsi Bali melakukan hal tersebut tentunya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan juga untuk meningkatkan tingkat kepuasan peserta.

D. Simpulan

Terdapat beberapa perbedaan antara hak peserta yang diterima BPJS Kesehatan atau JKN-KBS. Namun secara garis besar pelayanan yang diberikan sama-sama memiliki tujuan untuk memberikan kepuasan terhadap peserta atas terpenuhinya hak mereka. Perbedaan yang ada merupakan bentuk penyempurnaan dari apa yang dianggap kurang oleh Pemerintah provinsi Bali terhadap pelayanan BPJS Kesehatan.

E. Saran

Pemenuhan hak peserta harusnya menjadi acuan untuk memberikan pelayanan yang bermutu dan berkualitas. Pemerintah Daerah sudah seharusnya mendukung penuh tercapainya UHC di Indonesia. Diharapkan Pemerintah daerah lain bisa menerapkan program jaminan kesehatannya masing-masing yang terintegrasi dengan JKN-KIS milik BPJS Kesehatan. Sehingga pemenuhan hak peserta dalam menerima pelayanan kesehatan bisa lebih merata, karena pemerintah daerah sendiri yang mengetahui bagaimana penduduknya dan bagaimana kualitas fasilitas kesehatan yang tersedia di wilayahnya. Alangkah lebih baik jika setiap warga negara memiliki satu jaminan sosial saja yang berasal dari pemerintah, jadi BPJS Kesehatan dan Jaminan Kesehatan daerah secara utuh bersinergi dan menjadi satu kesatuan sehingga tidak menimbulkan kebingungan dari masyarakat terkait jaminan sosial yang diterima.

F. Daftar Pustaka

- Asih Eka Putri. 2014. *Paham Transformasi Jaminan Sosial Indonesia*. Jakarta : CV Komunitas Pejaten Mediatama.
- Achmad Subianto. 2010. *Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta : Gibon Group Publication dan Yayasan Bemula Dari Kanan.
- R. Subekti. 1980. *Aspek-Aspek Hukum Perikatan Nasional*. Bandung : Alumni.

Sulastomo. 2008. *Sistem Jaminan Sosial Nasional Sebuah Introduksi*. Jakarta : PT Rajagrafindo Persada.

Jurnal

Abidin. 2016. Pengaruh Kualitas Pelayanan BPJS Kesehatan terhadap Kepuasan Pasien di Puskesmas Cempae Kota Parepare. *Jurnal MKMI Volume 12 Nomor 2, Juni 2016*. Makassar: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Asen B. Tahupiah. 2016. Perjanjian Antara Peserta dengan BPJS Bidang Kesehatan Menurut UU NOMOR 24 Tahun 2011. *Lex Crimen Volume 5 Nomor 3 Tahun 2016* Manado: Fakultas Hukum Universitas Sam Ratulangi.

Debra S. S. Rumengan, dkk. 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. *JIKMU Volume 5 Nomor 1, Januari 2015*. Manado: Universitas Sam Ratulangi.

Dwi Ratnasari. 2017. *Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya*. *JAKI Volume 5 Nomor 2, Juli-Desember 2017*. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Fheriyal Sri Isriawati. 2015. Tanggung Jawab Negara dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. *Jurnal Ilmu Hukum Legal Opinion Volume 3 Nomor 2 Tahun 2015*. Media Neliti.

Irena Dushi, dkk. 2017. "The Importance of Social Security Benefits to the Income of The Aged Population". *Sosial Security Bulletin Volume 77 Nomor 2 Tahun 2017*. Researchgate.

Putri Aulia. 2014. "Polemik Kebijakan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah ke Sistem Jaminan Kesehatan Nasional". *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas Volume 8 Nomor 2, September 2014*. Padang: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas.

Perundang-Undangan

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Gubernur Bali Nomor 104 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional Krama Bali Sejahtera.