

HAK KEPERDATAAN PASIEN TERHADAP PELAYANAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL DI RUMAH SAKIT

Destiadi Dani Irvan Kurniawan¹, Yuyut Prayuti², Arman Lany³
dani94destiadi@gmail.com¹, prayutiyuyut@gmail.com², arman_lany@yahoo.com³
Universitas Islam Nusantara

Abstract: *The element of health is an important part of human life, therefore there is a need for awareness of the existence of absolute health insurance. This health insurance can be facilitated by the state by using the social health security administering body. However, in carrying out its functions, there are various phenomena that are quite problematic, starting from the provisions for payment of BPJS Health contributions and the division of class 1 to class 3, these two things then eliminate the meaning of health services that should be enjoyed by every citizen. So a problem arises in the form of what is the ideal concept of fulfilling civil rights in the services of the Social Security Administering Body in Hospitals? and what are the problems in the services of social security administering bodies in hospitals? In this research, normative juridical research methods were used with qualitative descriptive analysis methods to describe existing problems. And the results obtained are that there is still a blurring of the meaning of health services which should be provided by the state for free, but currently BPJS Health participants are charged a certain amount of fees based on their membership class. And the second result is that there are still many problems that have not been resolved and are ongoing, namely long waiting periods, inadequate service quality, and participant classification.*

Keywords: *BPJS Health, Participants, Hospitals.*

Abstrak: Unsur kesehatan menjadi bagian penting dalam kehidupan manusia, oleh karena itu perlu adanya kesadaran adanya penjaminan kesehatan secara mutlak, jaminan kesehatan ini dapat difasilitasi negara dengan menggunakan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan. Namun dalam menjalankan fungsinya, terdapat berbagai fenomena yang cukup menjadi problematika, mulai dari ketentuan pembayaran iuran BPJS Kesehatan dan pembagian kelas 1 hingga kelas 3, atas dua hal ini kemudian menghilangkan makna pelayanan kesehatan yang seharusnya dapat dinikmati oleh setiap warga negara. Sehingga muncul masalah berupa bagaimana konsep ideal pemenuhan hak keperdataan dalam pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di Rumah Sakit? dan bagaimana problematika dalam pelayanan badan penyelenggara jaminan sosial di Rumah Sakit? dalam penelitian ini, digunakan metode penelitian yuridis normatif dengan metode analisis deskriptif kualitatif untuk menguraikan permasalahan yang ada. Dan didapatkan hasil berupa masih adanya kekaburan makna pelayanan kesehatan yang seharusnya dapat diberikan oleh negara secara gratis namun saat ini justru peserta BPJS Kesehatan ditarik sejumlah iuran berdasarkan kelas kepesertaannya. Dan hasil yang kedua masih banyak sekali problematika yang belum usai dan berkelanjutan yakni seperti adanya masa tunggu yang lama, kualitas pelayanan yang belum memadai, dan penggolongan peserta.

Kata Kunci: BPJS Kesehatan, Peserta, Rumah Sakit.

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan unsur esensial bagi manusia, pasalnya disetiap aktivitas manusia perlu ditunjang dengan kondisi badan yang prima guna mendukung berjalannya aktivitas manusia. Untuk mendapatkan hal ini maka manusia memerlukan adanya jaminan sosial untuk keperluan kesehatan yang mendesak yang disebabkan oleh berbagai faktor, yakni faktor internal ataupun faktor eksternal. Faktor internal berasal dari diri sendiri seperti terserang penyakit ataupun memiliki riwayat penyakit tertentu, sedangkan faktor eksternal terdiri dari faktor yang disebabkan diluar kehendak diri sendiri seperti mengalami kecelakaan dan menjadi korban bencana alam.

Kondisi tersebut kemudian memunculkan suatu pemikiran berupa pentingnya adanya jaminan kesehatan yang dimiliki setiap manusia mulai dari usia dini hingga lanjut usia. Sehingga untuk mendapatkan jaminan kesehatan ini diperlukan suatu badan yang dibentuk oleh pemerintah untuk mengatur perihal jaminan kesehatan secara nasional. Di Indonesia yang merupakan negara hukum sebagaimana diatur dalam Pasal 1 ayat 3 UUD 1945 menyatakan bahwa “Indonesia adalah negara hukum”.

Pasal ini memberikan konsekuensi berupa adanya jaminan bahwa setiap aspek kehidupan di Indonesia diatur dengan berbagai regulasi peraturan perundang-undangan. Sebagai contoh yakni mengenai kesehatan yang diatur dalam Pasal 28H ayat 1 UUD 1945 yang berbunyi “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Berdasarkan Pasal 28H ayat 1 ini, maka melatarbelakangi lahirnya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Dalam bagian menimbang Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 dapat diketahui maksud dan tujuan dari pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagai berikut:

- a. That the national social security system is a state program which aims to provide certainty of protection and social welfare for all people;
- b. That is to realize the goals of the national social security system it is necessary to form of a body law based on the principles of mutual cooperation, non-profit, openness, prudence, accountability, portability, participation mandatory, trust funds and the results of guarantee fund management social services entirely for program development and for maximizing the interests of the participants;
- c. That based on article 5 paragraph 1 and Article 52 of the Law Number 40 of 2004 concerning the national social security system, must a social security administering body was established by law which is the fourth transformation of business entities stateto accelerate the implementation of the social security system national for all Indonesian people.

Secara normatif dengan adanya pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut sebagai BPJS memberikan suatu pengharapan atas terjaminnya kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Penjaminan ini kemudian dirupakan dalam dua kelas yakni BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan, dalam BPJS kesehatan terdapat berbagai pembagian kelas diantaranya kelas 1,2,3 yang bertujuan untuk membagi jenis pelayanan bagi peserta BPJS. Penggolongan ini tentu menimbulkan kesenjangan diantara peserta BPJS berupa terhambatnya fasilitas kesehatan yang diterima oleh peserta BPJS dari setiap kelas yang ada.

Dalam hegemoni kepesertaan BPJS, menurut data dari Ombudsman RI pada tahun 2022 didapatkan bahwa terdapat masalah serius didalam BPJS Kesehatan diantaranya adalah masalah antrian dan waktu tunggu, kualitas layanan, dan penggolongan peserta BPJS yang memunculkan problematika hukum keperdataan, dimana para peserta BPJS

Kesehatan saling berebut untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan baik di tingkat pertama yakni (Puskesmas) atau tingkat selanjutnya yakni Rumah Sakit.

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik pada tahun 2021, Indonesia memiliki penduduk dengan jumlah 273,8 juta jiwa dan dari data tersebut terdapat 262,74 juta jiwa merupakan peserta BPJS yang tergolong dalam kelas 1 hingga kelas 3. Dari jumlah peserta BPJS ini timbul permasalahan berupa persaingan penjaminan pasien yang difasilitasi oleh BPJS Kesehatan. Permasalahan ini kemudian menimbulkan dampak serius terhadap hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang difasilitasi oleh BPJS Kesehatan sebagai amanah dari Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di bidang kesehatan.

Rumah Sakit sebagai fasilitas terakhir dalam pelayanan kesehatan memberikan suatu kesadaran bahwa adanya jaminan sosial merupakan hal yang paling krusial, hal ini disebabkan karena besarnya biaya yang akan ditanggung oleh pasien apabila tidak memiliki jaminan sosial seperti keanggotaan BPJS Kesehatan. Namun disisi lain terdapat problematika dimana pihak rumah sakit tidak dapat mengklaim pembayaran dari BPJS Kesehatan karena banyaknya tunggakan yang diterima oleh BPJS Kesehatan.

Fenomena ini secara berkelanjutan memunculkan isu terkait dengan terkendalanya Negara Indonesia dalam mewujudkan cita-cita luhur sebagaimana termuat dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasah 28H ayat 1 dalam upaya memperoleh pelayanan kesehatan yang merupakan hak dari setiap warga negara.

METODE PENELITIAN

1. Metode Penelitian

Metode Penelitian adalah serangkaian tahapan secara prosedural yang dilakukan oleh peneliti untuk melakukan serangkaian penelitian yang terdiri dari perencanaan, pengumpulan data, analisis dan interpretasi data. Dalam metode penelitian ini peneliti menggunakan metode penelitian yuridis normatif untuk mendapatkan jawaban dari perumusan masalah yang terdapat dalam karya ini. Metode penelitian yuridis normatif adalah penelitian hukum yang berfokus pada analisis norma dan peraturan perundang-undangan sebagai media menjawab problematika hukum.

2. Metode Analisis

Metode analisis yang digunakan oleh peneliti adalah metode analisis deskriptif kualitatif adalah metode yang digunakan untuk mendeskripsikan berbagai fenomena secara komprehensif, metode ini menitikberatkan terhadap pemahaman dan interpretasi dari suatu fenomena.

3. Bahan Hukum

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan 3 jenis bahan hukum yakni sebagai berikut:

a. Bahan Hukum Primer

Bahan hukum primer terdiri dari :

- 1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional
- 2) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- 3) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

b. Bahan Hukum Sekunder

Bahan hukum sekunder terdiri dari buku, jurnal, artikel, makalah, yang menunjang penulisan jurnal ini

c. Bahan Hukum tersier

Bahan hukum tersier terdiri dari kamus, ensiklopedia sebagai pemberian makna atau istilah yang digunakan dalam penulisan jurnal ini.

4. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti dilakukan dengan cara pengumpulan bahan kepustakaan berdasarkan jenis bahan hukumnya yang kemudian dirangkai secara sistematis antara bahan hukum yang telah didapatkan oleh peneliti.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Konsep Ideal Pemenuhan Hak Keperdataan Dalam Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Di Rumah Sakit

Aspek pemenuhan pelayanan kesehatan oleh negara adalah suatu hal yang mutlak untuk dilakukan berdasarkan keadilan yang berimbang tanpa adanya tindakan diskriminatif terhadap golongan atau etnis tertentu. Negara sebagai tempat berlindung bagi setiap warga negara perlu memberikan penjaminan setiap hak asasi yang dimiliki setiap warga negara. Dalam Undang-Undang Dasar 1945, hal-hal mengenai hak asasi manusia diatur dalam Pasal 28 yang secara utuh dan komprehensif memuat setiap hak asasi yang dimiliki oleh setiap warga negara.

Sebagai salahsatu unsur berdirinya suatu negara, adanya unsur rakyat atau warga negara sangat penting disisi unsur pemerintah yang berdaulat dan memiliki wilayah. Unsur warga negara ini apabila diperhatikan maka terdapat simbiosis mutualisme diantara negara dan warga negara, sisi mutualisme ini dapat dilihat dari warga negara yang diatur memiliki hak asasi manusia termasuk didalamnya hak memperoleh pelayanan kesehatan dan kewajiban negara untuk memenuhinya tanpa adanya pengurangan.

Mengenal hak asasi manusia, negara memiliki tiga kewajiban yakni memenuhi (to fulfill), melindungi (to protect), dan menghormati (to respect) hal-hak fundamental yang dimiliki oleh setiap warga negara.

Dalam konsep hak keperdataan, perlu adanya pembatasan definitif, dimana secara umum hak keperdataan adalah sesuatu yang harus dimiliki seseorang baik berupa hak, harta benda ataupun hubungan diantara dua orang. Namun dalam hal ini, konsep hak keperdataan hanya dibatasi pada pemilikan hak saja. Secara regulasi hak keperdataan di Indonesia bersumber pada Kitab Undang-Undang Hukum Perdata yang selanjutnya disebut sebagai KUHPer sebagai ketentuan umum, namun bila terdapat regulasi lain maka berlaku asas *lex specialist derogate legi generalis* (ketentuan khusus mengesampingkan ketentuan umum) seperti pada Undang-Undang Perkawinan dan lain-lain.

Hak Keperdataan dalam bidang kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam memastikan upaya perlindungan hak-hak individu dan bagaimana hubungan antara individu dengan rumah sakit, atau individu dengan BPJS Kesehatan, dan rumah sakit dengan BPJS Kesehatan. Dalam hak keperdataan ini, tiap individu juga diberikan kebebasan untuk mendapatkan penjaminan kesehatan diri sendiri, baik dengan menggunakan penjaminan dari BPJS Kesehatan yang disediakan oleh Negara atau badan penjaminan swasta lainnya.

Kebebasan ini kemudian mengarah pada penggunaan penjaminan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan. Secara prosedural, para peserta BPJS Kesehatan diwajibkan melakukan pembayaran angsuran setiap bulannya per tanggal 10 dengan nominal tertentu.

Ketentuan pembayaran yang diadakan oleh negara juga variatif karena ditentukan dari kelas yang dipilih oleh peserta BPJS Kesehatan. Sebagaimana telah disebutkan diawal bahwa terdapat 3 kelas yakni first class, second class, dan third class yang mana dapat dijelaskan sebagai berikut terkait iuran tiap bulannya:

- a. First Class: Rp. 150.000
- b. Second Class: Rp. 100.000
- c. Third Class: Rp. 50.000

Pembagian kelas ini dalam sudut pandang teori perlindungan hukum milik Philipus M. Hadjon cukup mencederai terhadap pengakuan hak asasi manusia. Dalam teori perlindungan hukum, dikenal adanya perlindungan preventif dan perlindungan represif. Perlindungan preventif adalah suatu perlindungan yang diberikan oleh negara kepada warga negara sebelum terjadinya sengketa, dalam hal ini adalah dengan pembentukan BPJS Kesehatan, dan perlindungan represif yang bertujuan untuk menyelesaikan sengketa.

Namun dengan adanya pembagian kelas dalam BPJS Kesehatan memberikan suatu gambaran adanya budaya diskriminatif secara halus karena memberikan pelayanan berdasarkan seberapa mampu peserta BPJS Kesehatan dalam membayar iuran perbulannya. Hal inilah yang menjadi ironi dalam konsep pemenuhan pelayanan kesehatan yang seyogyanya negara memberikan konsep pemerataan bagi setiap peserta BPJS tanpa adanya pembagian kelas 1 hingga kelas 3.

Dalam hegemoni kedudukan negara berkembang seperti Indonesia dengan taraf perekonomian yang belum terlalu stabil, pembebanan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan khususnya di Rumah Sakit seyogyanya dapat dicover oleh pemerintah tanpa adanya prinsip iuran dari peserta. Hal ini sebagai konsekuensi dari pertimbangan ekonomi dimana warga negara tidak semuanya memiliki penghasilan yang cukup, sedangkan anggaran APBN setiap tahunnya yang sampai menyentuh angka triliun sebetulnya dapat mencover biaya pelayanan kesehatan.

Dalam hal ini secara ideal perlu diklasifikasikan berbagai penyakit yang dapat dicover oleh BPJS Kesehatan secara gratis, bahkan dalam beberapa aliran filsuf tertentu apabila hak mendapatkan pelayanan kesehatan adalah tergolong hak asasi manusia maka negara wajib menanggung biaya pelayanan kesehatannya tanpa terkecuali (tidak ada batasan penyakit apapun).

Dalam beberapa kebijakan rumah sakit di Indonesia, secara umum untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara maksimal, peserta BPJS Kesehatan masih perlu untuk membayar biaya tambahan diluar jangkauan BPJS, sebagai contoh penempatan ruang pasien yang terdiri dari kelas ekonomi, kelas eksklusif hingga kelas VVIP. Hal ini menitikberatkan pada pembagian pelayanan kesehatan yang liberal, tidak berdasarkan pada aspek kemanusiaan atau *humanity*.

Dalam konsep ini, BPJS Kesehatan tidak dapat menjangkau secara keseluruhan arti dari pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan hanya dapat memanifestasikan makna pelayanan kesehatan secara terbatas dengan menggunakan analogi seperti jual beli, apabila peserta BPJS Kesehatan membayar iuran maka peserta mendapatkan fasilitas kesehatan, dan fasilitas kesehatan yang didapatkan tergantung dari besarnya biaya angsuran tiap bulannya.

Selain itu terdapat berbagai keanehan lainnya yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan, seperti adanya masa antrian dan waktu tunggu yang lama menjadikan Rumah Sakit kesulitan untuk dapat melakukan tindakan medis seperti operasi, rawat inap, atau rawat jalan dan lain-lainnya terhadap peserta BPJS Kesehatan.

Hal-hal inilah yang kemudian perlu diperbaiki dalam keorganisasian BPJS Ketenagakerjaan, secara konsep ideal bila memaknai Pasal 28H ayat 1 yang secara terang menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, maka sebisa mungkin setiap orang mendapatkan fasilitas kesehatan secara gratis atau tidak membayar. Terlebih Indonesia bercita-cita untuk membangun negara kesejahteraan sebagaimana termuat dalam penggalan pembukaan UUD 1945 yang berbunyi

“..... untuk memajukan kesejahteraan umum.”

Disisi itu, pelayanan kesehatan juga diupayakan dapat dilakukan secara maksimal bagi seluruh rakyat Indonesia untuk mewujudkan perlindungan kesehatan secara komprehensif.

B. Problematika Dalam Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Di Rumah Sakit

Problematika yang terdapat dalam pelayanan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit dapat dibedakan dalam tiga bidang, yakni sebagai berikut:

a. Peserta BPJS

Dalam beberapa kurun waktu ini, Peserta BPJS seringkali membuat laporan kepada Ombudsman RI yang mana secara kuantitatif bahkan hingga dark number, peserta BPJS kesulitan melakukan konfirmasi pembayaran BPJS Kesehatan kepada Rumah Sakit, dan seringkali peserta BPJS melaporkan bahwa mereka ditolak pembayarannya apabila menggunakan BPJS Kesehatan.

Hal ini dapat dimaknai bahwa terdapat 200 juta lebih peserta BPJS Kesehatan sehingga terjadilah permintaan klaim yang masif hingga membuat BPJS Kesehatan kesulitan dalam menanganinya.

Peserta BPJS juga seringkali mendapatkan pelayanan yang kurang maksimal dari Rumah sakit karena kepesertaannya di BPJS sebagai kelas 3 yang merupakan kelas paling basic dalam kepesertaan BPJS Kesehatan.

Apabila kemudian Peserta BPJS menggunakan badan penjaminan swasta terdapat berbagai kelemahan diantaranya biaya iuran yang lebih mahal dari BPJS Kesehatan, dan kantor cabang yang cukup jauh.

Hal inilah kemudian menjadikan BPJS sebagai pilihan dari warga negara untuk dijadikan sebagai penjaminan kesehatan ketika dibutuhkan.

b. Rumah Sakit

Rumah sakit yang tergolong dalam dua kelas yakni dikelola oleh pemerintah daerah dan swasta secara umum menerima BPJS Kesehatan sebagai penjaminan pasien. Akan tetapi seringkali terdapat berbagai permasalahan, seperti biaya tanggungan BPJS seringkali macet atau tertunda, hal inilah yang menyebabkan adanya problematika serius dalam tindakan penanganan pasien.

Rumah sakit sebagai fasilitas terakhir dalam melakukan pelayanan kesehatan sering menolak pembayaran menggunakan BPJS karena prosedur klaim yang lama, dan masifnya jumlah peserta BPJS Kesehatan di berbagai rumah sakit membuat Rumah sakit akhirnya banyak yang menolak melayani pasien yang menggunakan BPJS Kesehatan.

c. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

BPJS Kesehatan yang merupakan badan yang diamanahi untuk penjaminan kesehatan memiliki berbagai kendala dalam melakukan pelayanan kesehatan. Kendala ini dapat diketahui dari adanya laporan di Ombudsman RI yang menerima berbagai keluhan dari peserta BPJS, dalam keterangan Ombudsman RI menuturkan bahwa pelayanan BPJS Kesehatan terdapat tiga masalah, yakni mengenai kepesertaan BPJS, waktu tunggu yang lama dan kualitas layanan yang cukup buruk.

KESIMPULAN

Berdasarkan data diatas didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

- a. Bahwa konsep ideal dari pemenuhan pelayanan kesehatan masih simpang siur dalam artian untuk menjamin pelayanan kesehatan yang komprehensif masih sangat jauh dari yang diharapkan oleh peserta BPJS, bahkan sampai adanya penarikan iuran masih membuat BPJS Kesehatan tidak dapat menciptakan perlindungan jaminan kesehatan secara utuh dan menyeluruh.
- b. Bahwa terdapat berbagai problematika dalam pelayanan kesehatan yang dapat dikelompokkan dalam tiga permasalahan, yakni permasalahan yang dialami oleh peserta BPJS Kesehatan, permasalahan yang dialami oleh BPJS Kesehatan, dan permasalahan yang dialami oleh Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdussamad, Zuhri. 2021. *Metode Penelitian Kualitatif*. Makassar: Syakir Media Press
- Abidin. 2016. "Pengaruh Kualitas Pelayanan BPJS Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien di Puskesmas" *Jurnal MKMI*
- Alaydrus. H. "Cek Besaran Iuran BPJS Sebelum Dihapus". <https://www.google.com/amp/s/www.cnbcindonesia.com/news/20230720062946-4-455689/cekbesaran-iuran-bpjs-kesehatan-sebelum-kelas-123-dihapus/amp>. Diakses pada 3 Desember 2023
- Astuti, E, K. 2020. "Peran BPJS Kesehatan dalam Mewujudkan Hak Atas Pelayanan Kesehatan Bagi Warga Negara Indonesia". *Jurnal Penelitian Hukum Indonesia*
- Atmadja, A. S. 1986. *Mekanisme Pertanggungjawaban Keuangan Negara Suatu Tinjauan Yuridis*. Jakarta: Gramedia
- Azwar, A. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan
- Handini. 2015. "Pelayanan BPJS Kesehatan Center". *Jurnal Administrasi Kesehatan*
- Hadjon, M, P. 1987. *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat di Indonesia*. Surabaya: Bina Ilmu
- Hanafiah, M. 2019. "Pertanggungjawaban Hukum Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ditinjau Dari Unsur Kualitas Pelayanan Kesehatan Pada Pasien Peserta Jaminan Kesehatan Nasional" *Jurnal Aktualia*.
- Panjaitan, A, A. 2020. "Analisis Pemanfaatan Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Indonesia". *Jurnal Perspektif Administrasi dan Bisnis*
- Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rinneka Cipta
- Kansil, C. 1991. *Pengantar Hukum Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Rinneka Cipta
- Pramana. 20203. "Perspektif Masyarakat Pengguna BPJS Kesehatan Mengenai Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS)". *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*
- Kadarisma, A. 2021. "Perlindungan Hukum Terhadap Peserta BPJS dalam Pelayanan Kesehatan" *Jurnal Ilmiah*.
- Widada, Trisna. 2017. "Peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Implikasinya terhadap Ketahanan Masyarakat" *Jurnal Ketahanan Nasional* Vol 21. No. 2