

ANALISIS DEFISIT JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DIKOTA MEDAN: SEBAB, DAMPAK, DAN SOLUSI

Zidratul Gemilang Ahmad¹, Lutfiyah Nada Salsabila², Dinda Febriani³, Fitriani Pramita Gurning⁴

^{1,2,3,4} Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan

INFO ARTIKEL

****Corresponding Author**

Email:

gemilangahmad01@gmail.com

ABSTRAK

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diperkenalkan pada tanggal 1 Januari 2014 sebagai upaya untuk menjamin akses kesehatan bagi seluruh masyarakat. Namun, sejak implementasinya, JKN menghadapi tantangan dalam mencapai keuangan yang seimbang. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi kinerja JKN dan menganalisis faktor-faktor yang berkontribusi pada defisit keuangan, dengan fokus pada Kota Medan. Data klaim JKN dari tahun 2014 hingga 2019 dianalisis untuk menghitung rasio klaim, yang merupakan pembagian antara biaya iuran dengan biaya klaim. Hasil analisis menunjukkan bahwa rasio klaim JKN secara konsisten berada di atas 100% selama periode tersebut, mengindikasikan adanya defisit keuangan. Pada tahun 2016, Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia mencatat rasio klaim sebesar 101%, menandakan bahwa pendapatan dari iuran masih perlu ditingkatkan untuk membiayai layanan kesehatan. Selanjutnya, dalam konteks Kota Medan, BPJS Kesehatan menghadapi tunggakan sebesar 395 miliar rupiah di beberapa rumah sakit hingga Agustus 2019. Salah satu faktor yang berkontribusi pada defisit di Kota Medan adalah rendahnya tingkat kepesertaan, yang hanya mencapai 80%. Kepesertaan yang rendah menyebabkan pendapatan iuran tidak mencukupi untuk mengcover biaya layanan kesehatan yang diajukan oleh peserta. Penelitian ini menggaris bawahi pentingnya memperhatikan defisit keuangan dalam implementasi JKN. Diperlukan upaya yang komprehensif, termasuk peningkatan pendapatan melalui iuran dan peningkatan kepesertaan, untuk memastikan keberlanjutan program ini. Temuan ini dapat memberikan masukan berharga bagi pemerintah dan BPJS Kesehatan dalam mengoptimalkan kinerja JKN dan mengatasi tantangan keuangan yang dihadapi.

Kata kunci: Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), akses kesehatan, evaluasi kinerja, defisit keuangan, rasio klaim

ABSTRACT

The National Health Insurance (JKN) was introduced on January 1, 2014, as an effort to ensure access to healthcare for the entire population. However, since its implementation, JKN has faced challenges in achieving financial balance. This research aims to evaluate the performance of JKN and analyze the factors contributing to the financial deficit, with a focus on Medan City. JKN claim data from 2014 to 2019 were analyzed to calculate the claim ratio, which is the division of premium costs by claim costs. The analysis results showed that the JKN claim ratio consistently remained above 100% during the period, indicating a financial deficit. In 2016, the Minister of Law and Human Rights noted a claim ratio of 101%, indicating the need to increase revenue through premiums to finance healthcare services. Furthermore, in the context of Medan City, BPJS Kesehatan (the National Health Insurance provider) faced outstanding payments amounting to 395 billion rupiahs in several hospitals until August 2019. One of the contributing factors to the deficit in Medan City is the low participation rate, which only reaches 80%. The low participation leads to insufficient premium income to cover the healthcare expenses claimed by the participants. This research underscores the importance of addressing the financial deficit in the implementation of JKN. Comprehensive efforts, including increasing revenue through premiums and improving participation rates, are needed to ensure the sustainability of the program. These findings can provide valuable input for the government and BPJS Kesehatan in optimizing the performance of JKN and overcoming the financial challenges faced.

Keywords: National Health Insurance (JKN), healthcare access, performance evaluation, financial deficit, claim ratio.

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program yang bertujuan untuk memberikan akses pelayanan kesehatan yang merata bagi seluruh rakyat di Indonesia. Program ini diperkenalkan pada tanggal 1 Januari 2014 dengan pengelolaan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Namun, dalam beberapa tahun terakhir, program ini menghadapi tantangan serius dalam bentuk defisit keuangan yang berkepanjangan.

Pelayanan kesehatan yang baik merupakan salah satu hak asasi manusia yang harus dijamin oleh pemerintah. Oleh karena itu, penting untuk memahami akar permasalahan yang menyebabkan defisit JKN dan mencari solusi yang tepat guna untuk menjaga keberlangsungan program ini.

Pada penelitian ini, kami akan melakukan analisis mendalam terhadap akar permasalahan defisit JKN dan mencari solusi yang efektif. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih baik tentang permasalahan yang dihadapi program JKN serta memberikan rekomendasi yang konkret untuk meningkatkan keberlangsungan program ini.

METODE

Metode penulisan pada artikel ini menggunakan metode penelitian dengan menggunakan data sekunder atau menggunakan penggunaan data yang sudah ada. Data yang telah tersedia akan diringkas sedemikian rupa lalu disusun untuk meningkatkan efektivitas penelitian secara keseluruhan. Bahan penelitian sekunder merupakan bahan yang diterbitkan dalam bentuk laporan penelitian atau dokumen yang sejenisnya.

HASIL PENELITIAN

Pemerintah Kota Medan mengintegrasikan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan. Saat ini, Pemkot Medan berupaya mencapai angka partisipasi 95 persen dari seluruh penduduk. Berdasarkan data Kota Medan, tahun 2018 pelayanan kesehatan yang diberikan sebanyak 1.945 orang. Pada tahun 2017, jumlah tenaga medis dan penunjang di Kota Medan sebanyak 1801 orang.

Tabel 15. Jumlah Peserta JKN Kota Medan Berdasarkan Jenis Kepesertaan, 2019

No	Jenis Peserta	Jumlah
1	PBI APBN	465.47
2	PBI APBD (Pemerintah Kota Medan)	324.57
3	PBI APBD (Provinsi)	53.367
4	PNS	129.300
5	TNI/POLRI/PNS KEMHAN	40.202
6	Pejabat Negara	157
7	PPNPN	19.59
8	Pegawai BUMN	35.276
9	PPU Swasta	378.807
10	PBPU	507.854
11	Investor	1.680
12	Pemberi Kerja	1.021
13	Pensiun PNS	34.464
14	Pensiun TNI POLRI	13.187
15	Pensiun Pejabat Negara	44

16	Pensiun Swasta	11.291
17	Veteran	964
18	Perintis Kemerdekaan	5
TOTAL		2.017.249

Sumber: BPJS Kesehatan Dinas Kota Medan Tahun 2019

Di Kota Medan, kolektibilitas peserta mandiri cukup rendah, biasanya mendaftar saat sakit dan tidak membayar biaya saat sehat. Hasil sisa yang diselenggarakan anggota DPRD Kota Medan mengungkapkan, peserta mandiri BPJS Kesehatan tidak membayar iuran Kelas III sebesar Rp 25.500 perbulan untuk lebih dari 101 ribu orang sehingga banyak peserta yang menunggak hingga berbulan-bulan.ada yang sampai 4 tahun.

Pada tahun 2019, APBD Kota Medan mencapai 6,1 triliun rupiah. Total pendapatan pelayanan kesehatan sebesar Rp 311 miliar dan total belanja sebesar Rp 847 miliar. Ini menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan Kota Medan mengalami defisit sebesar Rp 536 miliar pada tahun 2019. Dari total biaya tersebut, 36 persen merupakan biaya tidak langsung atau biaya pegawai, dan 64 persen merupakan biaya langsung atau biaya program. Sebagian besar belanja langsung untuk program kesehatan masyarakat sebesar Rp 278 miliar atau 51 persen. Porsi belanja terbesar kedua adalah untuk program peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, yaitu sebesar Rp 206 miliar, dimana sebesar Rp 124 miliar dibelanjakan untuk barang dan jasa. Program kesehatan masyarakat akan menggunakan Rs 112 miliar untuk pembayaran PBI. Namun hingga Agustus 2019, realisasi pembiayaan PBI baru mencapai 90 juta rupiah, dan peserta PBI APBD Kota Medan sudah maksimal Yaitu sebanyak 324.570 jiwa. Selain itu, bantuan kesehatan kepada peserta JKN-PBI yang tidak terdaftar, seperti tuna wisma, cacat, dan panti asuhan, juga disalurkan untuk pelayanan kesehatan sebesar Rp 5 miliar.

Biaya operasional Puskesmas dan Puskesmas Parsial (Pustu) sebesar Rp 105 miliar, dengan biaya pegawai sebesar Rp 73 miliar. Pada tahun 2018, Pemkot Medan membayar PBI sebesar 81 miliar rupiah dari anggaran sebesar 91 miliar rupiah. Kuota kepesertaan Program PBI JKN Tahun 2019 bertambah sebanyak 80.527 orang yang ditanggung oleh APBD Kota Medan karena adanya peningkatan anggaran PBI Kota Medan. Namun jika melihat APBD Kota Medan yang mencapai 6,1 triliun pada tahun 2019, porsi anggaran pembayaran PBI masih kecil yaitu hanya 0,18 persen dari pembayaran peserta mandiri dan dana yang terkumpul PBI -pembayaran disetorkan. di BPJS center dan kemudian ditransfer ke BPJS. Kota Medan sebulan sekali. Masing-masing 15 BPJS Kota Medan menyalurkan bantuan modal ke seluruh FKTP di Kota Medan. Dana FKRTL disalurkan berdasarkan klaim bulanan. Grafik di bawah ini adalah aliran dana JKN di Medan.

BPJS Kota Medan menerbitkan dana private equity sebesar 12 miliar rupiah per bulan. BPJS Kota Medan mengirimkan dana modal ini langsung ke rekening FKTP sesuai Peraturan Walikota Medan Nomor 11 Tahun 2018 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas. 65 persen dari dana modal yang dibayarkan untuk lump sum dialokasikan untuk pelayanan kesehatan, 20 persen untuk obat dan alat kesehatan, dan 15 persen untuk operasional. Berdasarkan hasil beberapa wawancara dengan swasta pemilik FKTP dan pengelola Puskesmas, tidak ada kata terlambat untuk menyalurkan uang modal dari BPJS. Terdapat perbedaan penanganan penggunaan dana modal di FKTP Swasta dan Puskesmas, FKTP Swasta tidak berkewajiban mengembalikan dana modal jika terjadi surplus. Selain itu, FKTP swasta tidak perlu mengirimkan laporan keuangannya ke BPJS atau dinas kesehatan. Sementara uang tambahan modal Puskesmas akan dikembalikan ke Pemkot Medan sebagai dana SiLPA.

PEMBAHASAN

Indikator faktor-faktor penyebab kekurangan JKN dalam pelaksanaannya di kota Medan

Per Agustus 2019, BPJS Kesehatan Kota Medan memiliki utang hingga 395 miliar di beberapa rumah sakit. Berdasarkan hasil wawancara dengan berbagai pihak, ada tiga referensi yang menjadi penyebab minimnya JKN Kota Medan, yaitu kepesertaan baru 80 persen, pungutan yang masih rendah dan persyaratan beban kesehatan rumah sakit yang tinggi akibat penyakit katastropik yang serius. . Rendahnya tingkat partisipasi terutama disebabkan oleh entitas komersial yang masih memiliki pangsa 61 persen, sedangkan tingkat partisipasi mandiri meningkat menjadi 90 persen. Meski hanya sekitar 500 ribu orang yang mengikuti PBU, tingkat penghimpunan peserta mandiri masih tergolong rendah, yakni 70 persen. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kinerja BPJS dalam menghimpun iuran masih belum optimal. Beban kesehatan terlihat pada penyakit katastropik pada tahun 2018 yang meningkat

menjadi 495.417 kasus. Jumlah penyakit infeksi akut saluran pernapasan atas lainnya meningkat menjadi 203.558 kasus atau 41,1 persen, tertinggi dibandingkan penyakit lainnya. Penyakit terbanyak kedua adalah hipertensi yang mencapai 18 persen atau 89.333 kasus. Isu lain yang diangkat adalah akuntabilitas dan transparansi pengelolaan keuangan JKN di Kota Medan. Kejaksaan Sumut menemukan indikasi kejanggalan dalam pengajuan dana BPJS RS yang diajukan oleh RS swasta (Detik.com;19.07.2019). Merujuk informasi yang diterima Leo Simanjuntak dari Badan Intelijen Kejaksaan Sumuri bahwa pada tahun 2019, Badan Intelijen Kejaksaan Sumut berhasil menemukan kejanggalan pembayaran Dana BPJS Kesehatan di RS swasta di Medan. . Kota. Leo Simanjuntak menegaskan, semua rumah sakit dan klinik di Sumut menerapkan penyimpangan ini. Menurut badan intelijen Kejati Sumut, antara tahun 2014 hingga 2018, teridentifikasi adanya potensi kerugian negara sebesar Rp 5 miliar untuk setiap rumah sakit, dan sedikitnya 40 rumah sakit diduga melakukan pelanggaran. Berdasarkan informasi tersebut, potensi penyimpangan kumulatif adalah Rp 200 miliar. Ini tentu angka yang sangat besar, sehingga defisit BPJS akan semakin tinggi jika pelanggaran tersebut tidak segera diperbaiki.

Dampak defisit terhadap penyedia layanan, peserta dan pemerintah kota Medan

Minimnya JKN berdampak pada partai politik. Penyedia layanan seperti FKRTL mengalami keterlambatan pembayaran karena persyaratan INA CBG. Sebagai contoh, rumah sakit di Kota Medan masih memiliki tunggakan pembayaran, sehingga ruang fiskal untuk kegiatan operasional terbatas.

Akibat keterlambatan arus kas dan pembiayaan operasional rumah sakit, BPJS menawarkan skema pembiayaan melalui pihak ketiga yakni perbankan. Pada saat yang sama, BPJS Kesehatan bertanggung jawab atas bunga pinjaman. Minimnya BPJS Kesehatan menimbulkan kekhawatiran masyarakat terhadap keberlangsungan program JKN. Masyarakat menengah ke bawah merasakan manfaat menggunakan JKN karena tidak dipungut biaya tinggi untuk pelayanan kesehatan.

Solusi pemerintah atas kekurangan JKN di Kota Medan

Pendanaan pelaksanaan JKN di Kota Medan berlanjut dari APBN, APBD Provinsi, dan APBD Kota. Maka pemerintah kota Medan berinisiatif menggunakan sumber dana lain untuk JKN. Pelaksanaan pembiayaan JKN, khususnya PBI APBD, pajak tembakau belum dilaksanakan, mengingat porsi pembiayaan JKN daerah sudah lebih dari 37 persen. Ini adalah Peraturan Menteri Keuangan (PMK) No. 128/PMK.07/2018 tentang tata cara pemotongan pajak hasil tembakau untuk mendukung program jaminan kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, ada beberapa opsi pembiayaan yang dapat diterapkan untuk menutup kesenjangan BPJS Kesehatan, antara lain cukai rokok, label halal Majelis Ulama Indonesia (MUI), menyasar pajak makanan restoran dan pajak menginap hotel. Sementara itu, DPRD Kota Medan mengumumkan belum ada pembahasan formal mengenai alternatif pendanaan untuk mengatasi shortfall JKN. Berdasarkan temuan Annisa, R. (2020), untuk mengatasi defisit JKN diperlukan beberapa upaya perbaikan dalam setiap aspek pengelolaan dana jaminan sosial kesehatan, antara lain:

A. Aspek strategic Purchasing

1. Kementerian Kesehatan harus segera memperbaiki regulasi dan memperkenalkan cost sharing (co-payment) dan membuka peluang kerjasama dengan asuransi swasta (coordination of benefit). Cost sharing merupakan polis yang sering digunakan sebagai alat kontrol dalam asuransi kesehatan, terutama untuk pelayanan yang berkaitan dengan preferensi pasien. BPJS Kesehatan melakukan survei cost-sharing pada tahun 2018 dan menemukan bahwa 47% dan 50% pasien bersedia berbagi 5% dari total biaya CBG untuk layanan katarak dan fisioterapi. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan harus segera melengkapi peraturan ini dan segera melaksanakannya. Menjelajahi opsi pembagian biaya, seperti menggunakan stempel (batasan) pengunjung, mencocokkan manfaat dengan asuransi swasta atau batas frekuensi.
2. Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan akan mengembangkan kebijakan untuk membatasi manfaat layanan tertentu yang penyalahgunaannya tinggi dan mahal. Pengendalian biaya juga dapat dilakukan dengan membatasi manfaat. Good practice di negara lain yang dapat dipertimbangkan, misalnya melalui pembatasan anggaran untuk penyakit katastrofik, seperti Thailand, Prancis, dan Jepang. Pemilihan aktivitas juga dapat digunakan untuk memberikan insentif kepada peserta yang tidak mengikuti gaya hidup tidak sehat seperti merokok dan minum alkohol. Manfaat juga dapat dibatasi dengan bergantung pada kekuatan penilaian teknologi kesehatan, yang terus memperbarui jaminan yang dijamin dan tidak dijamin serta menawarkan tindakan alternatif. Hal ini umumnya digunakan oleh Thailand dan Korea Selatan. Selain itu, metode anggaran umum atau anggaran kinerja yang menitikberatkan pada peran rumah sakit dalam penggunaan pagu jaminan pembayaran yang efektif juga dapat digunakan untuk batasan penjaminan manfaat.

3. Kementerian Kesehatan harus segera membekali PNPk sebagai pendukung pengendalian mutu dan manajemen biaya. Melakukan penelitian dan audit medis untuk membuktikan adanya kecurangan seperti fragmentasi, penerimaan kembali dan perawatan yang tidak perlu tetap menjadi tantangan karena tidak semua kasus, terutama kasus yang berbiaya tinggi dan berisiko tinggi, memiliki PNPk sebagai tolok ukur. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan harus segera memprioritaskan pemeriksaan penyakit dan prosedur berisiko tinggi dan mahal di PNPk, khususnya untuk layanan JKN. Selain itu, sosialisasi PNPk juga penting bagi fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan lembaga pendidikan.

B. Aspek Operational Purchasing

1. Kementerian Kesehatan akan meningkatkan pengelompokan dan penargetan INA-CBG untuk meningkatkan kapasitas pengkodean institusi kesehatan. Evaluasi menyeluruh terhadap sistem kelompok INA-CBG harus segera dilakukan, juga membangun mesin kelompok sendiri agar lebih mencerminkan status kesehatan Indonesia. Selain itu, perlu adanya peningkatan manajemen tim National Casemix Center (NCC) yang membentuk INA-CBGs grouper dengan menambah tenaga ahli yang dapat berkontribusi dalam perbaikan ikan kerapu. Terakhir, perlu adanya komunikasi intensif tentang coding INA-CBGs dengan tenaga medis, termasuk kurikulum kedokteran dan pelatihan tenaga kesehatan terkait.
2. Periksa harga antar kategori perawatan dan harga antar kategori/jenis rumah sakit. Kemenkes harus mengkaji ulang komponen penghitungan tarif INA-CBGs yang sangat menguntungkan bagi RS Kelas A dan RS Khusus, terutama untuk pelayanan yang bukan spesialisasinya. Selain itu, studi tentang perbedaan kategori rawat inap harus ditinjau dan memiliki dasar yang jelas untuk ini. Selisih harga antar kelas hanya memperhitungkan selisih akomodasi kamar sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016.

C. Aspek Penerimaan

1. BPJS Kesehatan segera menyusun mekanisme pemaksaan dan rencana penyatuan pelayanan publik. Pentingnya mekanisme wortel dan tongkat dalam desain JKN harus segera dipahami. Misalnya, Korea dan Jepang dapat menyita harta benda jika terbukti seseorang belum membayar asuransi kesehatannya, tetapi tidak tergolong miskin. Hal ini juga kompatibel dengan layanan publik lainnya, seperti SIM, STNK, atau pemungutan tagihan listrik, di mana pembuatan atau perpanjangan layanan memerlukan pembayaran biaya JKN. Rencana ini harus segera direvisi agar dapat dilaksanakan.
2. Dewan c.q. BPJS Kesehatan membuat aturan bagi PBPu untuk melakukan profiling, yang didasarkan pada penentuan kategori kepesertaan sesuai dengan tingkat kemampuan keuangan. Solvabilitas akibat tidak dibayarkannya peserta PBPu dapat diselesaikan apabila dilakukan kajian kemampuan keuangan sehubungan dengan pendaftaran tersebut. Oleh karena itu, BPJS Kesehatan harus segera menyusun aturan profil peserta mandiri untuk memetakan kategori peserta mana yang sedikit banyak dibebani biaya.
3. BPJS Kesehatan dan kementerian terkait berupaya meningkatkan edukasi tentang pentingnya asuransi kesehatan dalam meningkatkan pungutan. Tingginya biaya pembiayaan kesehatan di Indonesia menunjukkan bahwa masyarakat tidak menganggap penting memiliki asuransi kesehatan. Oleh karena itu, BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan diharapkan memperkuat kegiatannya dan lebih banyak berkomunikasi dengan masyarakat tentang pentingnya jaminan kesehatan.

KESIMPULAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan jaminan Kesehatan bagi seluruh rakyat di Indonesia yang dimulai sejak 1 Januari 2014. Pengelola JKN adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan atau BPJS Kesehatan. Dimana sistemnya dengan menerapkan prinsip jaminan sosial yang berarti peserta wajib dengan premi yang telah ditentukan berdasarkan gaji atau penghasilan. Tiga indikasi penyebab defisit JKN di Kota Medan, yaitu kepesertaan yang hanya mencapai 80 persen, kolektabilitas yang masih rendah dan klaim beban kesehatan yang besar dari rumah sakit yang disebabkan oleh tingginya penyakit katastropik.

Defisit JKN menimbulkan dampak pada pihak-pihak yang terlibat. Penyedia layanan, seperti FKRTL mengalami keterlambatan bayar untuk klaim INA CBGs. Dalam mengatasi defisit JKN ini perlu dilakukan beberapa upaya perbaikan pada tiap aspek dalam tata kelola dana jaminan sosial kesehatan, dimana upaya tersebut antara lain:Aspek Strategic Purchasing, Aspek Operational Purchasing , dan Aspek Penerimaan.

REFERENSI

- Aer Sondari, Bambang Budi Raharjo. (2017). Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). *Higea Journal Of Public Health Research And Development*, 1(1). <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>
- Annisa, R., Winda, S., Dwisaputro, E., & Nur Isnaini, K. (2020). Mengatasi Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan Melalui Perbaikan tata Kelola. *Jurnal Antikorupsi*, 6 (2).
- Budi Hidayat. (2016). Terapi Sistemik Defisit JKN: Bahan Refleksi Bagi Semua Pihak. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(1).
- Dartanto, T., Bintara, H., Hanum, C., Usman, Bella, A., & Putro, P. (2017). Dampak Program JKNKIS Pada Perekonomian Indonesia. *Ringkasan Riset JKN-KIS*, 01, 8
- Eka Afrija Djamhari, Cut Nurul Aidha, Herni Ramdlaningrum, Deni Wahyudi Kurniawan, Silvia Jubline Fanggiade, Herawati, Dwi Rahayu Ningrum, Rahmanda M Thariq, Widya Kartika, Adrian Chrisnahutama. (2020). Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya?. PRAKARSA.
- Rahardyan, A. (2019, March 14). TKN: Defisit BPJS Kesehatan Bisa Ditambal Pakai Cukai Rokok dan Pajak Kendaraan | Kabar24. Retrieved November 9, 2019, from *Bisnis.com* website: <https://kabar24.bisnis.com/read/20190314/15/899836/tnk-desifit-bpjs-kesehatan-bisa-ditambalpakai-cukai-rokok-dan-pajak-kendaraan>
- Roberia. (2019). *Hukum Jaminan Kesehatan: Solusi Konstitusional Mengatasi Defisit Dalam Mewujudkan Negara Kesejahteraan Pancasila*. Gramata Publishing. Jakarta.

