

**IMPLEMENTASI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
(BPJS) GRATIS *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* (UHC) DIKAJI
DALAM ASPEK HUKUM KESEHATAN**

*Implementation of Free Universal Health Coverage (UHC) by the Social Security
Administering Body (BPJS) Reviewed from the Perspective of Health Law*

TESIS

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat
Guna Meraih Gelar Magister Hukum**

Disusun Oleh

Nama : Susi Sulastri

NPM : 248040042

Prodi : Hukum Kesehatan

Di Bawah Bimbingan

Dr. Hj. N. Ike Kusmiati, S.H., M.Hum



**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU HUKUM
PASCASARJANA UNIVERSITAS PASUNDAN
BANDUNG**

2026

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING

**IMPLEMENTASI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
(BPJS) GRATIS *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* (UHC) DIKAJI
DALAM ASPEK HUKUM KESEHATAN**

*Implementation of Free Universal Health Coverage (UHC) by the Social Security
Administering Body (BPJS) Reviewed from the Perspective of Health Law*

TESIS

Oleh:

Nama : Susi Sulastri

NPM : 248040042

Prodi : Hukum Kesehatan

Usulan Penelitian ini telah memenuhi persyaratan karya tulis ilmiah dan telah
disetujui oleh Pembimbing untuk diujikan dalam Sidang Usulan Penelitian
Guna Memperoleh Gelar Magister Hukum Kesehatan

Bandung, April 2026

Menyetujui,

PEMBIMBING

Dr. Hj. N. Ike Kusmiati, S.H., M.Hum

Pembimbing Utama

LEMBAR PENGESAHAN PRODI

**IMPLEMENTASI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
(BPJS) GRATIS *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* (UHC) DIKAJI
DALAM ASPEK HUKUM KESEHATAN**

*Implementation of the Free Universal Health Coverage (UHC) Program
Administered by the Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)
from a Health Law Perspective*

USULAN PENELITIAN

Oleh:

Susi Sulastridrg

248040042

Usulan Penelitian ini telah memenuhi persyaratan karya tulis ilmiah dan telah disetujui oleh Pembimbing untuk diujikan dalam Sidang Usulan Penelitian Guna Memperoleh Gelar Magister Hukum Kesehatan

Bandung, April 2026

Menyetujui,

KETUA PRODI

Dr. Hj. N. Ike Kusmiati, S.H., M.Hum

Ketua Prodi

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini Saya :

Nama : Susi Sulastri drg

NPM : 248040042

Konsentrasi : Hukum Kesehatan

Menyatakan bahwa:

1. Karya tulis tesis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Magister) baik di Universitas Pasundan maupun perguruan tinggi lainnya.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain, kecuali arahan dari pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara penulisan dengan jelas dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidaksesuaian dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya tulis ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku.

Bandung, 24 April 2026

Yang Membuat Pernyataan

Susie Sulastri drg

248040042

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Gratis dalam kerangka program Universal Health Coverage (UHC) dikaji dalam aspek hukum kesehatan, serta untuk mengetahui tanggung jawab dan kemampuan keuangan pemerintah pusat maupun pemerintah daerah dalam penyelenggaraan program badan penyelenggara jaminan sosial gratis. Fokus penelitian diarahkan pada implementasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Gratis berdasarkan asas keadilan, asas kemanfaatan, asas kepastian hukum, dan asas perlindungan hukum.

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah spesifikasi penelitian deskriptif analitis yaitu menggambarkan tentang implementasi badan penyelenggara jaminan sosial yang dikaji dalam aspek hukum kesehatan. Metode pendekatan yang digunakan adalah pendekatan yuridis normatif dengan mengkaji peraturan perundang-undangan terkait dengan implementasi program jaminan kesehatan gratis. Teknik pengumpulan data berupa studi dokumen yaitu studi terhadap bahan hukum primer, bahan hukum sekunder dan bahan hukum tersier, serta wawancara terhadap para narasumber untuk memperkuat analisis. Alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian kepustakaan berupa catatan hasil penelaahan bahan hukum baik primer, sekunder maupun tersier, sedangkan dalam tahap penelitian lapangan menggunakan instrumen berupa pedoman wawancara dan daftar pertanyaan. Analisis data yang digunakan adalah yuridis normatif dengan menganalisis data sekunder dengan data primer tanpa menggunakan statistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi badan penyelenggara jaminan sosial gratis pada dasarnya telah memiliki landasan hukum yang kuat berdasarkan 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, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, serta Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Program badan penyelenggara jaminan sosial gratis telah memberikan manfaat dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan, mengurangi beban biaya kesehatan masyarakat, dan memperluas cakupan Universal Health Coverage (UHC). Namun demikian, implementasi badan penyelenggara jaminan sosial gratis masih menghadapi berbagai kendala, antara lain ketidaktepatan data peserta, ketimpangan kemampuan fiskal antar daerah, keterlambatan pembayaran iuran oleh pemerintah daerah, lemahnya koordinasi antar instansi, serta meningkatnya beban pelayanan di fasilitas kesehatan. Dalam praktiknya, tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah atas pembiayaan badan penyelenggara jaminan sosial gratis belum sepenuhnya berjalan optimal karena masih terdapat daerah yang mengalami keterbatasan anggaran dan belum adanya mekanisme sanksi yang tegas terhadap tunggakan pembayaran iuran.

Kata Kunci: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Gratis, Universal Health Coverage, Hukum Kesehatan, Jaminan Kesehatan Nasional.

ABSTRACT

This study aims to analyze the implementation of the Free Social Security Administering Body (BPJS) within the framework of the Universal Health Coverage (UHC) program from the perspective of health law, as well as to examine the responsibility and financial capacity of both the central and regional governments in administering the free social security program. The focus of the study is directed at the implementation of the Free Social Security Administering Body based on the principles of justice, utility, legal certainty, and legal protection.

The research method used in this study is a descriptive-analytical research specification, which describes the implementation of the social security administering body as reviewed from the perspective of health law. The approach method used is a normative juridical approach by examining laws and regulations related to the implementation of the free health insurance program. Data collection techniques consist of document studies, namely the study of primary legal materials, secondary legal materials, and tertiary legal materials, as well as interviews with informants to strengthen the analysis. The data collection tools used in the library research include notes from the review of legal materials, both primary, secondary, and tertiary, while in the field research stage, instruments such as interview guidelines and question lists. The data analysis applied is normative juridical by analyzing secondary data alongside primary data without using statistical methods.

The results of the study indicate that the implementation of the free social security administering body fundamentally has a strong legal basis grounded in the 1945 Constitution of the Republic of Indonesia, Law Number 40 of 2004 concerning the National Social Security System, Law Number 24 of 2011 concerning the Social Security Administering Body, Law Number 17 of 2023 concerning Health, and Presidential Regulation Number 82 of 2018 concerning Health Insurance. The free social security administering body program has provided benefits in improving access to healthcare services, reducing the financial burden of healthcare costs on the community, and expanding the coverage of Universal Health Coverage (UHC). However, its implementation still faces various challenges, including inaccuracies in participant data, disparities in fiscal capacity among regions, delays in contribution payments by regional governments, weak inter-agency coordination, and the increasing burden on healthcare facilities. In practice, the responsibility of both central and regional governments for financing the free social security administering body has not been fully optimal due to budget constraints in certain regions and the absence of strict sanction mechanisms for contribution arrears.

Keywords: *Free Social Security Administering Body, Universal Health Coverage, Health Law, National Health Insurance*

RINGKESAN

Panalungtikan ieu miboga tujuan pikeun nganalisis palaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Gratis dina kerangka program Universal Health Coverage (UHC) anu ditilik tina aspék hukum kasehatan, ogé pikeun mikanyaho tanggung jawab jeung kamampuhan kaulangan pamaréntah puseur boh pamaréntah daérah dina nyelenggarakeun program jaminan sosial gratis. Fokus panalungtikan diarahkan kana palaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Gratis dumasar kana asas kaadilan, asas kamangpaat, asas kapastian hukum, jeung asas perlindungan hukum.

Métode panalungtikan anu digunakeun dina ieu panalungtikan nyaéta spésifikasi panalungtikan déskriptif-analitis, nya éta ngagambarkeun ngeunaan palaksanaan badan penyelenggara jaminan sosial anu ditilik tina aspék hukum kasehatan. Métode pendekatan anu digunakeun nyaéta pendekatan yuridis normatif ku nalungtik peraturan perundang-undangan anu patali jeung palaksanaan program jaminan kasehatan gratis. Téknik pangumpulan data mangrupa studi dokumén, nya éta nalungtik bahan hukum primér, bahan hukum sekundér, jeung bahan hukum tersiér, ogé wawancara jeung narasumber pikeun nguatkeun analisis. Alat pangumpulan data dina panalungtikan pustaka mangrupa catetan tina hasil panelaahan bahan hukum boh primér, sekundér, jeung tersiér, sedengkeun dina tahap panalungtikan lapangan ngagunakeun instrumén saperti pedoman wawancara, daptar patarosan, sarta alat perekam. Analisis data anu digunakeun nyaéta yuridis normatif ku nganalisis data sekundér babarengan jeung data primér tanpa ngagunakeun statistik.

Hasil panalungtikan nunjukkeun yén palaksanaan badan penyelenggara jaminan sosial gratis sacara dasar geus miboga landasan hukum anu kuat dumasar kana Undang-Undang Dasar Nagara Republik Indonesia Taun 1945, Undang-Undang Nomor 40 Taun 2004 ngeunaan Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang Nomor 24 Taun 2011 ngeunaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Undang-Undang Nomor 17 Taun 2023 ngeunaan Kasehatan, sarta Peraturan Présidén Nomor 82 Taun 2018 ngeunaan Jaminan Kasehatan. Program badan penyelenggara jaminan sosial gratis geus méré mangpaat dina ningkatkeun aksés palayanan kasehatan, ngurangan beban biaya kasehatan masarakat, sarta ngalegaan cakupan Universal Health Coverage (UHC). Sanajan kitu, dina palaksanaanna masih aya rupa-rupa halangan, di antarana katepatan data peserta anu can optimal, kateusaruaan kamampuhan fiskal antar daérah, kalambatan pamayaran iuran ku pamaréntah daérah, lemahnya koordinasi antar instansi, sarta ningkatna beban palayanan di fasilitas kasehatan. Dina prakna, tanggung jawab pamaréntah puse dina pembiayaan badan penyelenggara jaminan sosial gratis can sapinuhna optimal lantaran masih aya daérah anu kakurangan anggaran.

Kecap Konci: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Gratis, Universal Health Coverage, Hukum Kasehatan, Jaminan Kasehatan Nasional

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berkat dan rahmatNya hingga penulis bisa menyelesaikan usulan penelitian ini dengan tepat waktu. Usulan penelitian yang berjudul “IMPLEMENTASI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) GRATIS *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* (UHC) DIKAJI DALAM ASPEK HUKUM KESEHATAN”.

Dalam usulan penelitian ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah dengan sabar membimbing serta membantu dalam menyelesaikan tugas usulan penelitian ini, serta kepada semua pihak yang turut serta membantu penulis menyelesaikan studi di Program Magister Hukum Universitas Pasundan, yaitu kepada:

1. Rektor Universitas Pasundan Prof. Dr. H. Azhar Affandi, M.Sc
2. Direktur Pascasarjana Universitas Pasundan Prof. Dr. H. Bambang Heru P, MS.
3. Ibu Dr. Hj. N. Ike Kusmiati, S.H., M.Hum, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Hukum Universitas Pasundan.
4. Ibu Dr. Hj. N. Ike Kusmiati, S.H., M.Hum, selaku Pembimbing tunggal penelitian ini.
5. Seluruh dosen dan asisten dosen Pascasarjana Universitas Pasundan yang telah membimbing penulis selama masa kuliah di Program Studi Magister Hukum Program Pascasarjana Universitas Pasundan.
6. Dr Raden Vini Adiani Dewi, selaku Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
7. Ruth D. Laiskodat, S.Si Apt.M.M selaku Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur

8. Drg. Unting Patri Wicaksono Pribadi, MM, MHPM, AAK, FISQua, FRSPH, selaku Kepala Cabang BPJS Provinsi DKI Jakarta , Cabang Jakarta Barat
9. DR.,dr. Sony Adam, S.H, M.M, selaku kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung
10. Setiap staf administrasi dan karyawan di Program Pascasarjana Universitas Pasundan.
11. Ayahanda tercinta Enay Ruhayat dan ibunda tercinta Cucu kurniasih yang selalu memberikan dukungan moral sehingga penulis dapat menyelesaikan program studi dengan baik.
12. Suami tercinta dr.Pamungkas Hendra Kusuma dan anak anak sholih sholihah Ummi yang telah mendukung sepenuh hati, terima kasih untuk selalu menjadi sumber kekuatan dan penyemangat dalam setiap langkah perjalanan ini. Terima kasih atas doa, dukungan, serta kasih sayang yang tidak pernah putus.
13. Teman seperjuangan saat menempuh studi di Pascasarjana Hukum Universitas Pasundan

Namun demikian, penulis menyadari usulan penelitian ini jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran sangat penulis harapkan demi perbaikan dikemudian hari.

Bandung, 24 April 2026

drg.Susi Sulastri

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING.....	i
LEMBAR PENGESAHAN PRODI.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN.....	iii
ABSTRAK.....	iv
ABSTRACT.....	v
RINGKESAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
A. Latar Belakang Penelitian.....	1
B. Identifikasi Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Kegunaan Penelitian.....	9
1. Secara Teoretis.....	9
2. Secara Praktis.....	9
E. Kerangka Pemikiran.....	10
F. Metode Penelitian.....	35
1. Spesifikasi Penelitian.....	35
2. Metode Pendekatan.....	38
3. Tahap Penelitian.....	39
4. Teknik Pengumpulan Data.....	43
5. Alat Pengumpulan Data.....	45
6. Analisis Data.....	45
7. Lokasi Penelitian.....	45

G. Originalitas Penelitian.....	46
BAB II TINJAUAN PUSTAKA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) GRATIS UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC) DIKAJI DALAM ASPEK HUKUM KESEHATAN.....	
A. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).....	53
1. Pengertian dan Kedudukan BPJS Kesehatan.....	53
2. Tugas, Fungsi, dan Wewenang BPJS Kesehatan.....	54
3. BPJS Gratis dan Penerima Bantuan Iuran (PBI).....	57
B. Sistem Jaminan Sosial dan Universal Health Coverage (UHC).....	61
1. Pengertian Jaminan Sosial dan Jaminan Kesehatan.....	61
2. Universal Health Coverage (UHC).....	63
3. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).....	65
C. Aspek Hukum Kesehatan.....	67
1. Pengertian Hukum Kesehatan.....	67
2. Tujuan dan Fungsi Hukum Kesehatan.....	69
3. Hak atas Kesehatan sebagai Hak Konstitusional.....	70
D. Pengaturan Hukum Jaminan Kesehatan di Indonesia.....	73
1. Pengaturan Jaminan Kesehatan dalam Peraturan Perundang-undangan.....	73
2. Pembagian Kewenangan Pemerintah Pusat dan Daerah.....	75
E. Implementasi dan Penegakan Hak atas Jaminan Kesehatan.....	77
1. Implementasi BPJS Gratis dalam Kerangka UHC.....	77
2. Perlindungan Hukum Peserta BPJS.....	80
3. Efektivitas Regulasi dan Penegakan Hukum.....	82

BAB III PELAKSANAAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) GRATIS UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC) DIKAJI DALAM ASPEK HUKUM KESEHATAN.....	84
A. Gambaran Umum Tentang Pelaksanaan BPJS dan Gratis Universal Health Coverage (UHC).....	84
1. Gambaran Umum Program BPJS Gratis dan Universal Health Coverage (UHC).....	84
2. Mekanisme Pelaksanaan BPJS Gratis Pemerintah Daerah.....	85
3. Tanggung Jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam Program BPJS Gratis.....	88
B. Uraian Tentang Hasil Wawancara yang Telah Dilakukan Dengan Narasumber.....	89
1. Kutipan Wawancara Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat....	89
2. Kutipan Wawancara Dinas Kesehatan Kota Bandung.....	91
3. Kutipan Wawancara Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur.....	94
4. Kutipan wawancara dengan Kepala cabang BPJS Kesehatan Provinsi DKI Cabang Jakarta Barat.....	97
 BAB IV ANALISIS IMPLEMENTASI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) GRATIS UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC) DIKAJI DALAM ASPEK HUKUM KESEHATAN.....	 103
A. Implementasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Gratis Ditinjau dari Asas dan Prinsip Hukum Kesehatan, Khususnya Asas Keadilan, Kepastian Hukum, dan Kemanfaatan.....	103
1. Asas Keadilan.....	115
2. Asas Kemanfaatan.....	115
3. Asas Kepastian Hukum.....	117
4. Asas Perlindungan Hukum.....	119

B. Tanggung Jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah Atas Ketidakmampuan Membayar Kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Dalam Penyelenggaraan BPJS gratis.....	122
 BAB V PENUTUP.....	132
A. Kesimpulan.....	132
B. Saran.....	134
 DAFTAR PUSAKA.....	135

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian

Hak atas kesehatan merupakan hak konstitusional yang dijamin dalam Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yang menegaskan kewajiban negara dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang layak bagi seluruh warga negara.¹ Jaminan konstitusional tersebut menempatkan negara sebagai pihak yang bertanggung jawab secara aktif dalam menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar masyarakat di bidang kesehatan tanpa diskriminasi.

Pemenuhan hak atas kesehatan tersebut kemudian dikonkritkan melalui pembentukan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004, serta pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Kedua regulasi ini menjadi dasar penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai instrumen negara dalam mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC), yaitu kondisi di mana seluruh penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa mengalami kesulitan finansial.

¹ <https://peraturan.bpk.go.id/Details/101646/uudno->

Pada hakikatnya, program jaminan sosial diselenggarakan untuk melindungi warga negara dari risiko sosial, termasuk risiko kesehatan, melalui mekanisme pelayanan kesehatan, bantuan sosial, serta pendanaan yang bersumber dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah.² Namun dalam praktiknya, meskipun cakupan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara administratif terus meningkat, masih terdapat sejumlah warga negara yang belum memperoleh perlindungan kesehatan secara efektif. Kondisi ini menyebabkan sebagian masyarakat tetap menghadapi risiko jatuh miskin akibat beban biaya kesehatan, sehingga tujuan dasar penyelenggaraan jaminan kesehatan belum sepenuhnya tercapai.³

Dalam perspektif hukum kesehatan, penyelenggaraan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tidak hanya dinilai dari keberadaan norma hukum dan kebijakan, tetapi juga dari sejauh mana implementasinya mencerminkan asas keadilan dan prinsip non-diskriminasi. Keadilan dalam kebijakan jaminan kesehatan menuntut agar kelompok masyarakat yang paling rentan dan tidak mampu memperoleh perlindungan yang memadai. Sejalan dengan teori keadilan yang dikemukakan oleh John Rawls, suatu kebijakan publik dikatakan adil apabila memberikan manfaat terbesar bagi kelompok yang paling tidak

² Hasbullah thabrany, *jaminan kesehatan nasional*, edisi kedua (depok, Rajawali press, 2015) hal 11-12

³ Zaeni, asyhadie dkk, *Perlindungan Kerja dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja Pasca BPJS*, Kencana, Jakarta 2024, hal 57-58

beruntung.⁴ Oleh karena itu, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Gratis sebagai skema pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu seharusnya menjadi instrumen korektif untuk mengurangi ketimpangan akses layanan kesehatan.⁵

Berbagai kajian hukum kesehatan menjelaskan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan merupakan badan hukum publik yang dibentuk oleh undang-undang dengan mandat administratif untuk mengelola program jaminan kesehatan nasional.⁶ Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional berada dalam arsitektur regulasi yang kompleks dan berlapis, mencakup undang-undang, peraturan pelaksana, pedoman teknis, hingga kontrak kerja sama antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan fasilitas kesehatan.⁷

Berdasarkan data resmi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan per Oktober 2025, jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN tercatat mencapai 282.459.613 jiwa, menandakan peningkatan cakupan menuju program kesehatan nasional.⁸ Namun demikian, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2023

⁴ John Rawls, *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge, 1971, hlm. 266–267.

⁵ Adenantera, Dwicaksono dkk, *Analisis Pembiayaan Jaminan Kesehatan di Daerah* seri advokasi universalisasi pelayanan kesehatan, The Asia Foundation, Bandung, 2010. Halm 23-26

⁶ E. Rahmat & G. Lie, “*Perlindungan Hukum Jaminan Kesehatan di Indonesia*,” 2024, doi:10.47467/as.v6i3.6904 halm 2-3

⁷ Hari Kusnanto, “*Governing Social Health Insurance Systems for UHC: The Case of Indonesia*,” Taylor & Francis, <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315230320-25>

⁸ BPJS Kesehatan RI, *Dashboard Kepesertaan Oktober 2025*, <https://data.bpjs-kesehatan.go.id>

melaporkan sekitar 18,6 juta peserta berstatus non aktif akibat tunggakan iuran, sehingga tidak memperoleh akses layanan kesehatan meskipun secara administratif terdaftar sebagai peserta.⁹ Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kepesertaan administratif dan kepesertaan efektif. Untuk memperluas cakupan layanan, berbagai pemerintah daerah telah menerapkan skema Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Gratis atau Penerima Bantuan Iuran (PBI) Daerah. Dashboard kesehatan di Kementerian Kesehatan pada tahun 2024 mencatat lebih dari 200 kabupaten/kota yang telah mencapai status *universal health Coverage* melalui dukungan pembiayaan APBD atau Anggaran pendapatan dan Belanja Daerah.¹⁰ Namun implementasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Gratis sangat bergantung pada kapasitas fiskal atau keuangan daerah, sehingga memunculkan potensi ketimpangan akses layanan kesehatan antarwilayah.

Selain aspek pembiayaan, berbagai penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN menghadapi tantangan serius seperti penolakan layanan, keterlambatan tindakan medis, sengketa klaim antara fasilitas kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, serta lemahnya mekanisme pengaduan peserta.¹¹ Temuan Ombudsman Republik Indonesia dalam laporan

⁹ Kementerian Kesehatan RI, *Evaluasi Program JKN – Raker Komisi IX DPR RI*, <https://www.kemkes.go.id>

¹⁰ Kementerian Kesehatan RI, https://ppid.kemkes.go.id/wp-content/uploads/2024/10/FINAL_LAKIP-KEMENKES-2023_compressed.pdf

¹¹ *Impact of the Enactment of the Health Law on the JKN System*,” INJOSER Journal, <https://injoqast.net/index.php/INJOSER/article/view/238> halm 1-5

tahunannya (2023) juga menunjukkan bahwa pengaduan terkait pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial termasuk yang tertinggi, terutama mengenai penolakan pelayanan dan informasi yang tidak memadai kepada peserta.¹² Kondisi ini mengindikasikan adanya *rights enforcement gap* antara hak hukum peserta dan pemenuhannya dalam praktik.

Dari perspektif tata kelola, beberapa kajian menyoroti adanya ketidakharmonisan antara regulasi pusat dan daerah, lemahnya pengawasan mutu layanan, dan tantangan dalam hubungan kontraktual antara BPJS dan fasilitas kesehatan.¹³ Selain itu, tekanan pembiayaan jangka panjang terhadap keberlanjutan jaminan kesehatan nasional, turut diperingatkan oleh Kementerian Keuangan Republik Indonesia terutama terkait ketidakseimbangan antara pendapatan iuran dan beban klaim pelayanan. Penelitian internasional juga memperkuat temuan ini dengan mengidentifikasi tantangan struktural dalam tata kelola dan pembiayaan sistem jaminan kesehatan nasional Indonesia.¹⁴

Dalam konteks ketatanegaraan Indonesia sebagai negara kesejahteraan (*welfare state*), kondisi tersebut menjadi persoalan hukum yang penting. Negara kesejahteraan menempatkan negara

¹² Ombudsman Republik Indonesia, *Laporan Tahunan Ombudsman RI 2023*, <https://ombudsman.go.id/artikel/halaman/laporan-tahunan>

¹³ E. Rahmat & G. Lie, “*Perlindungan Hukum Jaminan Kesehatan di Indonesia*,” 2024, doi:10.47467/as.v6i3.6904 hall 2-4

¹⁴ Kementerian Keuangan RI, *Outlook APBN 2023 – Pembiayaan Kesehatan*, <https://www.kemenkeu.go.id/publikasi/outlook-apbn>, hlm 23-24

sebagai penanggung jawab utama dalam pemenuhan hak-hak sosial warga negara, termasuk hak atas kesehatan.¹⁵ Dengan demikian, pembiayaan dan program badan penyelenggara jaminan sosial gratis tidak dapat dipandang semata-mata sebagai kebijakan pilihan atau program bantuan sosial, melainkan sebagai kewajiban hukum negara yang harus dijalankan secara konsisten dan berkelanjutan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah sesuai dengan pembagian kewenangannya.

Selain itu, efektivitas implementasi badan penyelenggara jaminan sosial gratis juga sangat ditentukan oleh kepatuhan para pihak terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pemerintah pusat, pemerintah daerah, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Kesehatan, serta fasilitas pelayanan kesehatan memiliki kewajiban hukum masing-masing yang harus dilaksanakan secara selaras. Ketidaksesuaian antara norma hukum yang mengatur jaminan kesehatan dengan praktik penyelenggaraan di lapangan menunjukkan adanya persoalan kepatuhan hukum, yang pada akhirnya dapat menghambat pencapaian tujuan *Universal Health Coverage*.¹⁶

Secara keseluruhan, temuan-temuan di atas menunjukkan adanya ketimpangan antara *das sollen* (ketentuan hukum) dan *das sein*

¹⁵ Khudzaifah Dimiyati et al., *Indonesia as a Legal Welfare State: A Prophetic-Transcendental Basis*, *Journal of Legal, Ethical and Regulatory Issues*, Vol. 7, No. 8, 2021, hlm. 1–12.

¹⁶ Cipto Rizqi Agung Saputro & Fenny Fathiyah, *Universal Health Coverage: Internalisasi Norma di Indonesia*, *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, Vol. 2, No. 2, 2022, hlm. 204–216.

(kondisi implementasi). Skema Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Gratis di daerah yang menjadi fokus penelitian ini menghadirkan tantangan kompleks terkait kepastian hukum peserta, pembagian kewenangan pusat–daerah, keadilan pembiayaan antarwilayah, serta efektivitas regulasi dan tata kelola jaminan kesehatan. Selain itu, World Health Organization atau WHO menegaskan bahwa keberhasilan program UHC atau Universal health Coverage tidak hanya diukur dari jumlah peserta, tetapi dari kemampuan negara menjamin akses layanan berkualitas secara merata.¹⁷ Dengan demikian, meskipun cakupan program Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN sudah tinggi, masih terdapat pertanyaan kritis: apakah program dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial BPJS gratis benar-benar bisa memenuhi hak atas kesehatan? Apakah pemerintah baik pusat maupun daerah bisa menjamin pembiayaannya sesuai dengan kerangka hukum nasional? Apakah pelaksanaannya menjamin keadilan dan non-diskriminasi?

Pertanyaan-pertanyaan tersebut menjadi dasar penting penelitian ini, sehingga penulis mengangkat judul:

“IMPLEMENTASI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) GRATIS *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* (UHC) DIKAJI DALAM ASPEK HUKUM KESEHATAN”

¹⁷ Bernice Yanful et al., *Quality of Care in the Context of Universal Health Coverage*, Health Research Policy and Systems, 2023.,hlm 23-25

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka permasalahan dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimana implementasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) gratis ditinjau dari asas dan prinsip hukum kesehatan, khususnya asas keadilan, kepastian hukum, dan kemanfaatan?
2. Bagaimana tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam aspek kemampuan fiskal daerah untuk membayar iuran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam penyelenggaraan program kesehatan gratis?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan identifikasi masalah tersebut, penelitian ini bertujuan untuk:

1. Mengevaluasi implementasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS gratis berdasarkan asas-asas dan prinsip hukum kesehatan, khususnya asas keadilan, kepastian hukum, dan kemanfaatan.
2. Menganalisis tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah atas ketidakmampuan membayar kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam penyelenggaraan program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS gratis.

D. Kegunaan Penelitian

1. Secara Teoretis
 - a. Memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu hukum kesehatan, khususnya terkait pembiayaan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional.
 - b. Memperkaya literatur akademik mengenai hubungan antara pemerintahan dan jaminan sosial.
 - c. Menjadi rujukan akademis bagi penelitian selanjutnya terkait implementasi UHC atau universal Health Coverage dalam kerangka hukum kesehatan.
2. Secara Praktis
 - a. Bagi Pemerintah Pusat : Menjadi bahan evaluasi terhadap harmonisasi kebijakan Universal Health Coverage dengan Sistem jaminan Sosial Nasional (SJSN).
 - b. Bagi Pemerintah daerah: Menjadi bahan masukan pedoman yuridis dalam merancang kerangka anggaran untuk kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS gratis.
 - c. Bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Kesehatan : Menjadi masukan mengenai efektivitas pelayanan dan perlindungan hukum bagi peserta.
 - d. Bagi fasilitas kesehatan : Memperjelas kewajiban pelayanan dan prosedur hukum dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

- e. Bagi masyarakat: Meningkatkan pemahaman tentang hak dan mekanisme perlindungan hukum dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

E. Kerangka Pemikiran

Kerangka pemikiran dalam penelitian ini disusun untuk memberikan dasar konseptual, teoretis, dan normatif dalam menganalisis kemampuan finansial pemerintah baik pusat maupun daerah dalam program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Gratis sebagai bagian dari upaya pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia. Penelitian ini berangkat dari pemahaman bahwa hak atas kesehatan merupakan salah satu hak fundamental yang melekat pada setiap individu dan karena itu menuntut negara untuk menghadirkan perlindungan hukum yang memadai melalui kebijakan, regulasi, dan mekanisme penyelenggaraan jaminan kesehatan yang efektif. Dalam konteks inilah hukum harus dipahami bukan hanya sebagai kumpulan norma, tetapi sebagai sistem yang bekerja untuk mencapai tujuan sosial tertentu, yaitu kesejahteraan masyarakat melalui pemenuhan hak konstitusional atas kesehatan.

1. Kerangka Teori

Kerangka pemikiran ini diperkuat oleh teori-teori yang memiliki relevansi kuat dengan substansi penelitian. Adapun

teori-teori yang digunakan dalam penelitian dijelaskan dijelaskan dibawah ini.

Teori kepatuhan Menurut Tyler¹⁸, seseorang patuh terhadap hukum bukan semata-mata karena takut sanksi, tetapi karena hukum dianggap adil, proses penegakan hukum legitim dan fair, dan otoritas hukum dihormati secara moral

Teori hak asasi atas kesehatan (*Human Rights to Health Theory*) memandang akses terhadap kesehatan sebagai hak fundamental yang harus dihormati (*respect*), dilindungi (*protect*), dan dipenuhi (*fulfill*) oleh negara. Hak atas kesehatan mencakup ketersediaan (*availability*), aksesibilitas (*accessibility*), penerimaan (*acceptability*), dan kualitas (*quality*) layanan kesehatan.¹⁹ Relevansi untuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS: mengoperasionalkan hak konstitusional atas kesehatan menjadi entitlement program yang dapat diklaim oleh warga negara, dengan kewajiban negara menyediakan mekanisme kelembagaan dan pembiayaan.

Teori Jaminan Sosial (*Social Security Theory*) menekankan prinsip-prinsip universalitas, pooling risiko, solidaritas, dan portabilitas dalam sistem proteksi sosial. Jaminan sosial kesehatan

¹⁸ Tyler, T. R. *Why People Obey the Law*. Yale University Press.(2006).halm 25-26

¹⁹ S. O. Manullang, "Understanding of the Health Insurance Program in the Perspective of Human Rights in Indonesia," *International Journal of Health Sciences (IJHS)*, Vol. 6, Special Issue 1 (2022). DOI: 10.53730/ijhs.v6ns1.4921. <https://scispace.com/papers/understanding-of-the-health-insurance-program-in-the-31svpv8e>

berfungsi untuk melindungi individu dan keluarga dari risiko finansial akibat sakit.²⁰ Relevansi bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS adalah sistem yang dirancang sebagai sistem asuransi kesehatan sosial yang mengintegrasikan berbagai kelompok populasi dalam satu pool risiko dengan mekanisme subsidi silang.

Teori Keadilan John Rawls (*Justice as Fairness*) Konsep Dasar: Rawls mengajukan dua prinsip keadilan:

1. Prinsip kebebasan yang sama (*equal liberty principle*)
2. Prinsip perbedaan (*difference principle*): ketidaksetaraan sosial-ekonomi hanya dapat diterima jika menguntungkan kelompok yang paling tidak beruntung.²¹

Relevansi untuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah bahwa program ini harus dapat dievaluasi berdasarkan sejauh mana desain dan implementasinya menciptakan keadilan distributif dalam akses kesehatan dan perlindungan finansial, terutama bagi kelompok rentan.

Teori efektivitas hukum menurut Soerjono Soekanto terdapat lima faktor yang mempengaruhi efektivitas hukum:

²⁰ Analysis of the Impact of the Enactment of the Health Law on the National Health Insurance System (JKN),” *Indonesian Journal of Social and Environmental Research*. <https://injoqast.net/index.php/INJOSER/article/view/238>

²¹ Hasanuddin, “Keadilan Sosial: Telaah atas Filsafat Politik John Rawls,” *Refleksi* (2018), <https://journal.uinjkt.ac.id/refleksi/article/view/10205>

1. Faktor hukumnya sendiri (kejelasan dan kualitas peraturan)
2. Faktor penegak hukum (kapasitas dan integritas aparat)
3. Faktor sarana/fasilitas pendukung
4. Faktor masyarakat (kesadaran dan kepatuhan
5. Faktor kebudayaan (nilai dan norma sosial).²²

Relevansi untuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah bahwa kerangka ini membantu mengidentifikasi hambatan praktis dalam implementasi regulasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan merumuskan intervensi untuk meningkatkan efektivitas hukum.

Teori negara kesejahteraan (*welfare state*) menempatkan negara sebagai pihak yang memiliki tanggung jawab aktif dalam menjamin kesejahteraan sosial warga negara, termasuk pemenuhan hak atas kesehatan. Dalam konsep ini, negara tidak hanya berfungsi sebagai penjaga ketertiban hukum, tetapi juga sebagai penyelenggara perlindungan sosial melalui kebijakan jaminan sosial, pelayanan kesehatan, dan distribusi sumber daya secara adil. Negara kesejahteraan menegaskan bahwa hak-hak sosial, seperti jaminan kesehatan, merupakan hak warga negara yang harus dipenuhi oleh negara sebagai kewajiban hukum, bukan sekadar kebijakan pilihan atau bantuan sosial.²³ Relevansi untuk Badan

²² Taquiuddin dan Risdiana, "Penerapan Keadilan Restoratif (*Restorative Justice*) dalam Praktik Ketatanegaraan," JISIP: Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan 6, no. 4 (2022), <https://ejournal.mandalanursa.org/index.php/JISIP/article/view/2972>

²³ Jimly Asshiddiqie, *Konstitusi dan Konstitusionalisme Indonesia*, Konstitusi Press, Jakarta, 2005, hlm. 123–125.

Penyelenggara Jaminan Sosial adalah sebagai bagian dari upaya pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC), teori negara kesejahteraan memberikan landasan normatif bahwa pembiayaan dan penyelenggaraan jaminan kesehatan merupakan kewajiban negara. Oleh karena itu, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Gratis harus dipahami sebagai instrumen hukum negara untuk menjamin hak atas kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Teori ini juga relevan untuk menganalisis pembagian tanggung jawab hukum antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, khususnya ketika terjadi ketidakmampuan daerah dalam membiayai iuran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Gratis, karena dalam negara kesejahteraan pelimpahan kewajiban harus diikuti dengan dukungan kewenangan dan pembiayaan yang memadai.

2. Kerangka Konsep

Hukum adalah sekumpulan aturan atau norma baik tertulis ataupun tidak tertulis, yang berkenaan dengan perilaku benar dan salah, hak dan kewajiban²⁴. Hukum adalah salah satu dari kaidah sosial (di samping kaidah moral, agama, susila, kesopanan, adat kebiasaan dan lain-lain), yang merupakan cerminan dari nilai-nilai yang berlaku dalam masyarakat

²⁴ Friedman, lawrens, *Sistem hukum perspektif Ilmu Sosial*, 2009, halm 12-15

sehingga hukum yang baik adalah hukum yang sesuai dengan hukum yang hidup (*living law*).²⁵

Tujuan hukum menurut teori etis semata-mata untuk mewujudkan keadilan (*justice*).²⁶ Sedangkan menurut teori prioritas kasuistik, tujuan hukum mencakupi keadilan, kemanfaatan dan kepastian hukum, dengan urutan prioritas secara proporsional sesuai dengan kasus yang dihadapi dan ingin dipecahkan.²⁷ Tujuan hukum dalam konteks jaminan kesehatan dipahami sebagai upaya untuk mencapai tiga dimensi utama: kepastian hukum, keadilan, dan kemanfaatan.²⁸ Kepastian hukum tercermin melalui kejelasan hak dan kewajiban peserta, besarnya iuran, mekanisme pembiayaan, serta standar pelayanan fasilitas kesehatan. Keadilan diwujudkan ketika kelompok paling rentan termasuk masyarakat miskin sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) memperoleh akses layanan kesehatan yang sama tanpa diskriminasi, sesuai prinsip *equity* dalam kebijakan kesehatan. Sementara kemanfaatan tercapai ketika hukum memberikan hasil nyata berupa peningkatan derajat kesehatan dan perlindungan finansial bagi masyarakat. Dengan demikian,

²⁵ Shidarta. Mochtar Kusuma-Atmadja *Teori Hukum Pembangunan*, Epistema Institue, Jakarta, 2012. Hlm 24-26

²⁶ Satjipto, Raharjo, *Ilmu Hukum*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2021 hlm 19

²⁷ Achmad, Ali, *Menguak Teori Hukum dan Teori Peradilan*, Kencana, Jakarta, 2023

²⁸ Untoro, *Self-Respect dan Kesadaran Hukum Pejabat Tata Usaha Negara Menuju Keadilan*, *Pandecta* 13, no. 1 (2018): 37-49, <https://doi.org/10.15294/pandecta.v13i1.7856>

implementasi program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS gratis harus dievaluasi berdasarkan sejauh mana ia memenuhi ketiga tujuan hukum tersebut.

Fungsi hukum dalam konteks jaminan kesehatan melampaui sekadar menjaga ketertiban; hukum memiliki fungsi transformatif sebagai alat rekayasa sosial yang memungkinkan negara mewujudkan kesejahteraan rakyat. Menurut Soerjono Soekanto, hukum dapat berfungsi sebagai sarana untuk mendorong perubahan sosial, karena hukum dapat dimanfaatkan oleh para *agent of change*. Yang dimaksud *agent of change* atau pelopor perubahan adalah individu atau kelompok yang dipercaya masyarakat untuk memimpin satu atau beberapa institusi sosial dalam proses perubahan tersebut.²⁹ Hukum kesehatan mengatur relasi antara negara, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, fasilitas kesehatan, tenaga medis, dan peserta, memastikan adanya perlindungan terhadap hak masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Fungsi hukum sebagai pelindung hak menjadi sangat penting, terutama bagi masyarakat yang tidak mampu secara finansial. Di sini hukum berfungsi sebagai mekanisme redistribusi sosial melalui pembiayaan gotong-royong yang mengharuskan negara menanggung biaya kesehatan kelompok miskin. Fungsi hukum

²⁹ Soerjono, Soekanto, *Pokok-Pokok Sosiologi Hukum, Rajagrafindo Persada*, Depok, 2020.hlm 102-121

menurut Joseph Raz adalah sebagai fungsi sosial yang dibedakan ke dalam fungsi langsung dan fungsi tidak langsung.³⁰ Fungsi langsung dibagi menjadi dua yaitu fungsi langsung yang bersifat primer dan fungsi langsung yang bersifat sekunder.³¹ Fungsi langsung primer mencakup pencegahan perbuatan tertentu dan mendorong dilakukannya perbuatan tertentu; penyediaan fasilitas bagi rencana-rencana privat; penyediaan servis dan pembagian kembali barang-barang; penyelesaian perselisihan diluar jalur reguler.³² Sedangkan fungsi hukum langsung yang bersifat sekunder meliputi prosedur bagi perubahan hukum dan prosedur bagi pelaksanaan hukum.³³

Menurut Roscoe Pound, fungsi hukum adalah sebagai a *tool of social engineering*, yang memberikan dasar bagi kemungkinan digunakannya hukum secara sadar untuk mengadakan perubahan masyarakat.³⁴ Sedangkan menurut Soerjono Soekanto, hukum sebagai alat untuk mengubah masyarakat, dalam arti bahwa hukum mungkin dipergunakan sebagai suatu alat oleh *agent of change*. *Agent of change* atau pelopor perubahan adalah seseorang atau kelompok orang yang

³⁰ Achmad, Ali, *Menguak Tabir Hukum*, Kencana, Jakarta, 2017.halm 101

³¹ *Ibid.*

³² Achmad, Ali, *Menguak Tabir Hukum*, Kencana, Jakarta, 2017.halm 101-102

³³ *Ibid*

³⁴ *ibid*

mendapatkan kepercayaan dari masyarakat sebagai pemimpin satu atau lebih lembaga-lembaga kemasyarakatan.

Sistem hukum menurut Lawrence M. Friedman, hukum terdiri dari tiga komponen, yaitu:

1. Struktur, yaitu keseluruhan institusi-institusi hukum yang ada beserta aparatnya, antara lain kepolisian dengan para polisinya, kejaksaan dengan para jaksanya, dan pengadilan dengan para hakimnya.
2. Substansi, yaitu keseluruhan aturan hukum, norma hukum dan asas hukum baik yang tertulis maupun yang tidak tertulis termasuk putusan pengadilan.
3. Kultur, yaitu opini-opini, kepercayaan-kepercayaan, kebiasaan kebiasaan, cara berpikir, dan cara bertindak, baik dari penegak hukum maupun dari warga masyarakat, tentang hukum dan berbagai fenomena yang berkaitan dengan hukum.³⁵

Sistem hukum, sebagaimana dijelaskan Lawrence M. Friedman, menjadi kerangka evaluatif untuk memahami hubungan antara norma, struktur lembaga, dan budaya hukum masyarakat.³⁶ Substansi hukum mencakup peraturan

³⁵ Ali, Achmad. *Menguak Teori Hukum dan Teori Peradilan*. Jakarta: Kencana, 2023.halm 224

³⁶ Izzy Al Kautsar dan Danang Wahyu Muhammad, *Sistem Hukum Modern Lawrence M. Friedman: Budaya Hukum dan Perubahan Sosial Masyarakat dari Industrial ke Digital, Sapientia et Virtus* 7, no. 2 (2022), <https://doi.org/10.37477/sev.v7i2.358>

perundang-undangan yang membentuk sistem Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN; struktur hukum juga mencakup Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Kesehatan, pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan fasilitas kesehatan; sementara budaya hukum berhubungan dengan kepatuhan masyarakat, tenaga kesehatan, dan birokrasi dalam melaksanakan norma. Ketidakseimbangan antara ketiga unsur sistem hukum dapat menjelaskan kendala implementasi program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Gratis seperti penolakan pasien di beberapa layanan kesehatan, lambatnya verifikasi data, atau ketidaksiapan fasilitas kesehatan disuatu daerah. Oleh karena itu, teori sistem hukum menjadi alat penting untuk menilai efektivitas penyelenggaraan program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial BPJS Gratis di daerah.

3. Peraturan Perundang-Undangan

Landasan normatif penelitian ini mencakup seluruh ketentuan peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Gratis, serta pemenuhan hak atas kesehatan dalam kerangka *Universal Health Coverage* (UHC) meliputi peraturan

perundang-undangan yang mengatur penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial BPJS Gratis, yaitu:

1. UUD Negara Republik Indonesia 1945
2. UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
3. UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
4. UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
5. PP No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
6. Perpres No. 82 Tahun 2018 jo. Perpres No. 64 Tahun 2020
7. Perpres No. 72 Tahun 2021 tentang Sistem Kesehatan Nasional
8. Permensos No. 5 Tahun 2019
9. Permenkes No. 3 Tahun 2023
10. Permendagri No. 84 Tahun 2022

Penguraian landasan normatif ini penting untuk memperjelas legitimasi hukum, batas kewenangan, serta kewajiban negara dan pemerintah daerah dalam menjamin hak atas kesehatan bagi seluruh penduduk.

Norma-norma hukum yang dijelaskan berikut tidak hanya berfungsi sebagai *legal basis*, tetapi juga sebagai *legal*

parameters untuk menilai efektivitas implementasi kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Gratis dalam perspektif hukum kesehatan, hak asasi manusia, dan tata kelola pelayanan publik.

Dasar konstitusional pemenuhan jaminan kesehatan terdapat dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pasal 28H ayat (1) secara jelas menyebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Ketentuan ini menegaskan bahwa pelayanan kesehatan merupakan hak asasi yang harus dijamin oleh negara. Lebih lanjut, Pasal 34 ayat (2) menyatakan bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat, dan ayat (3) menegaskan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian, seluruh kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) termasuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Gratis merupakan implementasi langsung dari kewajiban konstitusional negara untuk memenuhi hak dasar tersebut.

Ketentuan konstitusional tersebut dijabarkan lebih lanjut dalam Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang mengatur penyelenggaraan jaminan kesehatan berdasarkan prinsip asuransi

sosial dan prinsip ekuitas. Pasal 19 ayat (1) menegaskan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional untuk memberikan perlindungan kesehatan yang menyeluruh kepada seluruh rakyat. Selain itu, Pasal 14 ayat (1) menyatakan bahwa “Iuran bagi Peserta Penerima Bantuan Iuran dibayar oleh Pemerintah,” yang menjadi dasar legal bagi negara untuk menanggung iuran masyarakat miskin.³⁷ Ketentuan ini memberikan landasan kuat bagi program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Gratis, termasuk yang didanai oleh pemerintah daerah melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah atau APBD.

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) memberikan struktur kelembagaan terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan ditetapkan sebagai badan hukum publik yang bersifat nirlaba dengan kewenangan untuk mengelola dana jaminan kesehatan serta menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi peserta. Pasal 11 ayat (1) menetapkan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS wajib memberikan informasi mengenai hak dan kewajiban peserta serta menjamin pelayanan kesehatan yang layak, sedangkan Pasal 19 menetapkan bahwa program Badan Penyelenggara

³⁷ Ibid

Jaminan Sosial BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan secara nasional. Regulasi ini menjadi landasan utama hubungan hukum antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS, peserta, dan fasilitas kesehatan.³⁸

Reformasi sektor kesehatan semakin ditegaskan dalam Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menempatkan hak atas pelayanan kesehatan berkualitas sebagai hak fundamental warga negara. Pasal 5 ayat (2) menyatakan bahwa “Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau,” sementara Pasal 58 ayat (3) menegaskan kewajiban pemerintah pusat dan daerah dalam menyediakan pembiayaan kesehatan. UU ini memperkuat peran pemerintah daerah dalam mendukung program jaminan kesehatan nasional dan membuka ruang bagi program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Gratis sebagai bentuk afirmasi bagi masyarakat miskin dan rentan.

Implementasi jaminan kesehatan nasional secara operasional diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Peraturan pemerintah ini menetapkan cakupan manfaat, mekanisme pembayaran INA-CBG's, serta tanggung jawab pemerintah dalam membiayai peserta penerima bantuan iuran daerah. Pasal 28 ayat (1)

³⁸ Ibid

menyatakan bahwa iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta PBI dibayar oleh Pemerintah, dan hal ini yang menjadi dasar penting bagi skema subsidi daerah untuk memperluas cakupan kepesertaan. Dengan demikian, Peraturan ini menjadi pedoman teknis pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Gratis, terutama dalam aspek pembiayaan dan hak peserta.

Selanjutnya, Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 jo. Perpres No. 64 Tahun 2020 mempertegas legalitas bantuan iuran oleh pemerintah daerah. Pasal 102 menyatakan: “Pemerintah Daerah dapat memberikan bantuan iuran kepada penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah,” dan Pasal 103 menetapkan bahwa bantuan tersebut dibebankan kepada anggaran pemerintah daerah. Perpres ini menjadi dasar normatif eksplisit bagi program kesehatan gratis di berbagai daerah sebagai upaya optimalisasi pencapaian program *Universal Health Coverage*.³⁹

Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2021 tentang Sistem Kesehatan Nasional memperluas cakupan pembiayaan kesehatan dan menegaskan bahwa pemerintah pusat dan daerah bertanggung jawab menyediakan pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan. Perpres ini menempatkan jaminan kesehatan nasional sebagai instrumen utama pembiayaan kesehatan

³⁹ Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020, Pasal 102 dan Pasal 103.

nasional, sehingga program kesehatan gratis menjadi bagian integral dari strategi nasional untuk mencapai *Universal Health Coverage* atau UHC.⁴⁰

Dalam hal penentuan sasaran masyarakat, pemerintah dalam hal ini kementerian sosial mengeluarkan Permensos No. 5 Tahun 2019 tentang Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) menjadi instrumen normatif penting. Pasal 10 ayat (2) menyatakan bahwa DTKS digunakan sebagai dasar penetapan peserta program jaminan sosial, termasuk masyarakat yang masuk dalam penerima bantuan iuran dalam jaminan kesehatan. Akurasi Data Terpadu Kesejahteraan Sosial atau DTKS memiliki implikasi langsung terhadap ketepatan sasaran masyarakat penerima program kesehatan gratis, yang sering kali menghadapi permasalahan *exclusion error* maupun *inclusion error*.

Pada triwulan kedua tahun 2025, Data Terpadu Kesejahteraan Sosial atau DTKS telah resmi digantikan oleh DTSEN yang merupakan singkatan dari Data Terpadu Sosial Ekonomi Nasional sesuai Instruksi Presiden Nomor 4 Tahun 2025. DTSEN adalah basis data baru pemerintah yang menggantikan DTKS atau Data Terpadu Kesejahteraan Sosial sebagai dasar penyaluran seluruh bantuan sosial seperti Program Keluarga Harapan atau PKH, Bantuan Pangan Non Tunai atau

⁴⁰ Ibid

BPNT berupa sembako, Penerima Bantuan Iuran Kesehatan, dan bantuan sosial lain.⁴¹

Sistem pengelolaan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial atau DTKS dikelola oleh Kemensos saja dan pengumpulan data banyak dilakukan manual oleh pemerintah daerah saja sehingga validasi sering lambat sehingga banyak data tidak mutakhir. Sedangkan DTSEN dikelola oleh lintas kementerian dalam satu sistem nasional terintegrasi yang menggabungkan data dari Dukcapil, BPJS, Kemenkes, Kemensos, Badan Pusat Statistik, dan daerah dan proses validasi data otomatis dan elektronik.

Dari sisi penyelenggaraan layanan, Permenkes No. 3 Tahun 2023 menetapkan standar pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional, hubungan kerja sama antara fasilitas kesehatan dan Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan, mekanisme pengaduan peserta, serta prinsip non diskriminasi dalam pelayanan. Pasal 5 ayat (1) menegaskan hak peserta untuk memperoleh pelayanan sesuai indikasi medis, dan Pasal 6 ayat (3) menetapkan kewajiban fasilitas kesehatan untuk memberikan pelayanan tanpa diskriminasi. Regulasi ini relevan untuk menguji apakah peserta BPJS Gratis memperoleh layanan yang setara dan berkualitas.

⁴¹ Instruksi Presiden Nomor 4 Tahun 2025 tentang Data Terpadu Sistem Elektronik Nasional (DTSEN).

Pembiayaan program kesehatan gratis oleh pemerintah daerah memperoleh legitimasi melalui Permendagri No. 84 Tahun 2022 tentang Pedoman Penyusunan anggaran daerah, yang menyatakan bahwa belanja daerah dapat digunakan untuk membayar iuran jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Regulasi ini memastikan bahwa program kesehatan gratis bukan hanya kebijakan pilihan, melainkan memiliki dasar legal dalam tata kelola keuangan daerah.

Akhirnya, landasan normatif ini diperkuat oleh instrumen hukum hak asasi manusia (HAM) internasional, khususnya *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)* yang telah diratifikasi Indonesia melalui UU No. 11 Tahun 2005. Pasal 12 ICESCR menyatakan hak setiap orang untuk mencapai derajat kesehatan tertinggi yang dapat dicapai. Lebih jauh, *General Comment No. 14* memperkenalkan kerangka AAAQ (*Availability, Accessibility, Acceptability, Quality*), yang mengikat negara untuk memastikan layanan kesehatan tersedia, dapat diakses, dapat diterima, dan bermutu. Kerangka AAAQ sangat relevan untuk menilai implementasi program kesehatan gratis sebagai bentuk pemenuhan kewajiban negara terhadap hak atas kesehatan.⁴²

⁴² Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya).

Sistem kesehatan Indonesia dan Malaysia memiliki karakteristik yang sama-sama bertujuan mencapai *Universal Health Coverage* (UHC), tetapi keduanya dibangun di atas fondasi kelembagaan, mekanisme pembiayaan, dan struktur pemerintahan yang berbeda secara fundamental. Perbedaan ini mempengaruhi bagaimana setiap negara merancang strategi jaminan kesehatan bagi masyarakatnya, termasuk bagaimana perlindungan finansial diberikan kepada kelompok miskin dan rentan.

Indonesia mengembangkan sistem jaminan kesehatan melalui model asuransi sosial wajib yang dilaksanakan oleh badan Penyelenggara jaminan sosial atau BPJS Kesehatan berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011. Dalam model ini, seluruh penduduk diwajibkan menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dengan mekanisme pembiayaan berbasis iuran yang bersifat gotong-royong. Pemerintah pusat dan daerah menanggung iuran masyarakat tidak mampu sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI). Model ini menghasilkan struktur pendanaan yang kompleks dan bergantung pada kepatuhan pembayaran iuran, validitas data peserta, dan stabilitas fiskal negara. *World Health Organization* (WHO) mencatat bahwa Indonesia telah mencapai cakupan administratif UHC dengan 95% penduduk terdaftar sebagai peserta JKN, namun kualitas

akses layanan tidak seragam karena adanya disparitas geografis dan ketimpangan distribusi tenaga kesehatan.¹ Ketergantungan pada pembayaran iuran juga menyebabkan dinamika fiskal seperti defisit BPJS, sehingga memperlihatkan bahwa pencapaian UHC secara administratif belum selalu selaras dengan pencapaian UHC secara efektif.

Sebaliknya, Malaysia mengembangkan sistem kesehatan berbasis pembiayaan pajak (*tax-funded health system*) yang menyerupai model *National Health Service* (NHS) di Inggris. Dalam model ini, pemerintah federal membiayai sebagian besar layanan kesehatan melalui anggaran umum negara tanpa mewajibkan masyarakat membayar premi atau iuran asuransi. Layanan kesehatan primer dan sekunder di rumah sakit pemerintah diberikan dengan biaya sangat rendah atau hampir gratis. *Ministry of Health Malaysia* memegang kendali penuh atas penyediaan layanan, perizinan fasilitas kesehatan, perencanaan tenaga kesehatan, dan alokasi anggaran. World Health Organization (WHO) menilai sistem Malaysia sebagai salah satu yang paling stabil di Asia Tenggara karena pembiayaan pajak memberikan jaminan fiskal jangka panjang serta menjaga konsistensi standar pelayanan. Malaysia telah mencapai UHC sejak dekade 1980-an, karena pemerintah menyediakan akses layanan primer yang luas, termasuk jaringan

klitik kesehatan masyarakat yang terdistribusi merata. Sistem publik yang kuat menyebabkan layanan kesehatan di Malaysia relatif seragam kualitasnya, tidak seperti Indonesia yang menerapkan desentralisasi sehingga layanan sangat dipengaruhi kapasitas fiskal daerah.⁴³

Perbedaan mendasar lainnya terletak pada arsitektur pemerintahan. Indonesia menempatkan kesehatan sebagai urusan wajib pemerintah daerah sesuai UU No. 23 Tahun 2014. Hal ini menjadikan implementasi layanan kesehatan sangat bergantung pada kapasitas daerah dalam menyediakan anggaran dan sumber daya. Daerah kaya dapat memberikan program tambahan seperti BPJS Gratis, sedangkan daerah miskin sering kali menghadapi keterbatasan fiskal, sehingga memperlebar kesenjangan akses layanan. Malaysia, sebaliknya, menerapkan sistem yang sangat tersentralisasi; Kementerian Kesehatan bertanggung jawab atas perencanaan, pembiayaan, operasionalisasi, dan evaluasi seluruh fasilitas kesehatan publik. Sentralisasi ini menyebabkan standar pelayanan relatif seragam dan lebih mudah dikendalikan.

Sistem pembiayaan juga membentuk dinamika yang berbeda dalam peran asuransi swasta. Indonesia menjadikan asuransi swasta sebagai pelengkap BPJS, sementara Malaysia

⁴³ M. A. B. Rahim, R. Rosyidah & M. S. Hidayat, “Comparative study of UHC implementation in Indonesia and Malaysia,” *Science Midwifery* 13, no. 4 (2025).

menggunakan asuransi swasta terutama sebagai substitusi bagi kelompok kelas menengah yang ingin mendapatkan layanan lebih cepat di sektor privat. Malaysia menghadapi tantangan berupa keberlanjutan fiskal karena sebagian besar layanan didanai pajak umum, sedangkan Indonesia menghadapi tantangan berupa ketidakpatuhan iuran, defisit asuransi sosial, dan variasi kualitas layanan antar daerah.

Perbandingan kedua negara menunjukkan bahwa pencapaian UHC tidak hanya ditentukan oleh jenis pembiayaan, tetapi oleh konsistensi tata kelola, kapasitas negara dalam menjamin pemerataan layanan, dan kompatibilitas kebijakan fiskal dengan kebutuhan kesehatan. Dalam konteks penelitian ini, Malaysia memberikan contoh bahwa model pembiayaan pajak memungkinkan stabilitas pembiayaan dan standar pelayanan yang lebih homogen. Indonesia, dengan model asuransi sosial, membutuhkan penguatan regulasi, perbaikan tata kelola BPJS, serta harmonisasi kebijakan pusat dan daerah untuk memastikan BPJS Gratis benar-benar menjadi instrumen pemerataan akses bagi populasi miskin dan rentan.

Kerangka pemikiran ini juga mempertegas pemahaman terhadap konsep-konsep kunci yang menjadi dasar analisis penelitian, yaitu BPJS Kesehatan, *Universal Health Coverage*

(UHC), dan hukum kesehatan. Ketiga konsep ini tidak hanya menjadi istilah teknis, tetapi menggambarkan struktur sistem kesehatan nasional dan menjadi dasar normatif bagi implementasi BPJS Gratis di tingkat daerah.

4. Pengertian-Pengertian Judul

BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial jika diurai menurut arti kata-kata komponennya yang ada dalam kamus besar bahasa indonesia artinya sebagai berikut : Badan adalah lembaga atau organisasi yang memiliki tugas tertentu. Penyelenggara adalah pihak yang menyelenggarakan suatu kegiatan atau program. Jaminan adalah sesuatu yang menjamin atau memberi kepastian perlindungan terhadap risiko atau kebutuhan tertentu. Sosial adalah sesuatu yang berkaitan dengan kehidupan masyarakat dan kesejahteraan bersama.⁴⁴Dari makna kata tersebut istilah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bisa dipahami sebagai lembaga yang bertugas menyelenggarakan program pemberian perlindungan dan jaminan bagi masyarakat terhadap risiko sosial tertentu, seperti kesehatan atau ketenagakerjaan.⁴⁵

⁴⁴ https://en.wikipedia.org/wiki/Kamus_Besar_Bahasa_Indonesia?utm

⁴⁵ https://perpus-utama.poltekkes-malang.ac.id/assets/file/jurnal/FINAL_JKN_road_to_national_health_insurance.pdf?utm

Kesehatan merupakan badan hukum publik yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, dengan mandat menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara nirlaba, transparan, dan akuntabel. BPJS beroperasi berdasarkan prinsip *gotong royong*, yaitu mekanisme pembiayaan sosial yang mempersatukan kontribusi seluruh peserta untuk menjamin akses kesehatan bagi semua kelompok, termasuk kelompok miskin. BPJS juga menjalankan fungsi pengelolaan dana jaminan kesehatan, kredensial fasilitas kesehatan, pengawasan mutu layanan, dan penyelesaian klaim, sehingga keberadaannya tidak dapat dipisahkan dari struktur hukum dan tata kelola pelayanan kesehatan nasional. Dalam konteks BPJS Gratis Daerah, lembaga ini menjadi penghubung antara pemerintah daerah sebagai penanggung iuran dan fasilitas kesehatan sebagai penyedia layanan, sehingga implementasinya sangat bergantung pada efektivitas koordinasi antar lembaga.

Universal Health Coverage (UHC) merupakan konsep dasar yang menjadi tujuan sistem jaminan kesehatan. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), UHC didefinisikan sebagai “cakupan kesehatan semesta,” yaitu keadaan ketika seluruh penduduk memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan tanpa menghadapi hambatan finansial atau struktural. Definisi dalam kamus besar bahasa indonesia atau KBBI ini

menegaskan dua elemen inti program *universal health coverage* UHC: pertama, jaminan akses layanan kesehatan yang diperlukan; kedua, perlindungan terhadap risiko finansial akibat biaya pelayanan kesehatan. Program *universal health coverage* UHC bukan sekadar menunjukkan tingkat kepesertaan dalam jaminan kesehatan, melainkan juga memastikan bahwa layanan kesehatan tersedia, berkualitas, dan dapat diakses oleh setiap warga negara tanpa diskriminasi.⁴⁶ Dalam kerangka implementasi kesehatan gratis, definisi ini sangat relevan karena program tersebut menjadi instrumen penting untuk memperluas cakupan penduduk miskin yang sebelumnya tidak mampu membayar iuran kesehatan secara mandiri.

Adapun hukum kesehatan dipahami sebagai cabang ilmu hukum yang mengatur hubungan hukum dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, meliputi hak dan kewajiban pasien, tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, penyelenggara jaminan kesehatan, serta tanggung jawab negara dalam menjamin derajat kesehatan masyarakat. Hukum kesehatan mencakup aspek perlindungan hukum terhadap pasien, standar profesi tenaga kesehatan, akreditasi fasilitas kesehatan, regulasi pembiayaan kesehatan, dan mekanisme penyelesaian sengketa layanan

⁴⁶ Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi, *Kamus Besar Bahasa Indonesia* Daring, entri “Universal Health Coverage,” diakses 10 Desember 2025, <https://kbbi.kemdikbud.go.id>

kesehatan.⁴⁷ Dalam konteks jaminan kesehatan nasional, hukum kesehatan juga mencakup pengaturan mengenai jaminan sosial, mekanisme pembiayaan kolektif, serta perlindungan hak peserta ketika terjadi pelanggaran seperti penolakan pasien, keterlambatan pelayanan, atau ketidakjelasan pembiayaan. Oleh karena itu, pemahaman mengenai hukum kesehatan memberikan landasan untuk menilai apakah BPJS Gratis diselenggarakan sesuai dengan prinsip non diskriminasi, keamanan pasien, dan mutu layanan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan.

F. Metode Penelitian

1. Spesifikasi Penelitian

Peneliti dalam membuat kajian penelitiannya menggunakan penelitian deskriptif analitis dengan menggunakan gambaran atau deskripsi secara sistematis faktual dan juga secara akurat menganalisis terhadap gap atau masalah yang timbul. Soerjono Soekanto menjelaskan, penelitian deskriptif bertujuan memberikan data seteliti mungkin mengenai manusia, keadaan, atau gejala-gejala tertentu, sehingga menghasilkan gambaran sistematis, faktual dan akurat mengenai suatu fenomena hukum Sedangkan

⁴⁷ Noviriska dan Dwi Atmoko, *Hukum Kesehatan* (Malang: CV Literasi Nusantara Abadi, 2022), 13–17.

penelitian analitis tidak hanya berhenti pada deskripsi norma hukum yang berlaku, tetapi juga menganalisis hubungan antara peraturan hukum dengan kenyataan dalam praktik di masyarakat⁴⁸

Soerjono Soekanto menjelaskan bahwa penelitian deskriptif dalam ilmu hukum bertujuan memberikan data seteliti mungkin tentang manusia, keadaan, atau gejala lainnya, sehingga dapat menjadi dasar untuk memberikan interpretasi yang tepat terhadap suatu peristiwa hukum. Ia juga menegaskan bahwa penelitian hukum deskriptif tidak semata-mata menggambarkan hukum sebagaimana tertulis dalam dokumen normatif, tetapi juga menelusuri bagaimana hukum tersebut diimplementasikan dan bekerja dalam masyarakat.⁴⁹ Dengan demikian, penelitian deskriptif analitis memungkinkan peneliti mengidentifikasi kesenjangan antara *law in books* dan *law in action*, suatu aspek yang sangat relevan dalam menilai implementasi program BPJS Gratis dalam kerangka Jaminan Kesehatan Nasional.⁵⁰

Irwansyah menjelaskan bahwa penelitian deskriptif adalah suatu bentuk penelitian yang ditujukan untuk mendeskripsikan fenomena-fenomena yang ada, baik fenomena alamiah maupun fenomena buatan manusia yang proses pengumpulan datanya

⁴⁸ Soekanto, Soerjono, Sri Mamudji. *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat*, Raja Grafindo Persada, Depok, 2022.

⁴⁹ Soerjono Soekanto, *Pengantar Penelitian Hukum* (Jakarta: UI-Press, 2021), hlm. 10.

⁵⁰ Soerjono Soekanto, Sri Mamudji. *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat*, Raja Grafindo Persada, Depok, 2022.

memungkinkan peneliti untuk menghasilkan deskripsi tentang fenomena sosial yang diteliti.⁵¹

Penelitian ini berfokus pada analisis implementasi BPJS Gratis dalam kerangka *Universal Health Coverage* (UHC) ditinjau dari aspek hukum kesehatan. Oleh karena itu, penelitian menggunakan pendekatan yuridis normatif yang dipadukan dengan deskriptif analitik untuk menggambarkan bagaimana norma hukum diberlakukan dan sejauh mana regulasi berjalan sesuai tujuannya.

Hukum yang tertulis dikaji juga dalam penelitian ini, dari berbagai aspek seperti aspek teori, filosofi, perbandingan, struktur atau komposisi, formalitas, penjelasan umum serta penjelasan pada tiap pasal, formalitas dan kekuatan mengikat suatu undang-undang serta bahasa yang digunakan ialah bahasa hukum.⁵² Dengan demikian, penelitian hukum normatif tidak lagi semata diidentikkan dengan peraturan perundang-undangan semata. Namun lebih dari itu, meliputi berbagai hal yang terkait dengan sistem norma sebagai objek kajiannya, seperti nilai-nilai hukum ideal, teori-teori hukum, asas-asas hukum, prinsip-prinsip hukum, ajaran hukum, putusan pengadilan atau kebijakan hukum.⁵³

⁵¹ Irwansyah. Penelitian Hukum: Pilihan Metode dan Praktik Penulisan Artikel, Mirra Buana Media, Yogyakarta, 2024.

⁵² Irwansyah. Penelitian Hukum: Pilihan Metode dan Praktik Penulisan Artikel, Mirra Buana Media, Yogyakarta, 2024.

⁵³ *Ibid*

2. Metode Pendekatan

Dalam penelitian ini digunakan metode pendekatan yuridis normatif. Menurut Soerjono Soekanto, pendekatan yuridis normatif merupakan metode penelitian hukum yang menjadikan hukum sebagai norma atau kaidah yang berlaku di masyarakat, sehingga yang dikaji adalah asas-asas hukum, peraturan perundang-undangan, doktrin, serta putusan pengadilan yang relevan.⁵⁴

Dengan pendekatan ini, penelitian berfokus pada bagaimana hukum seharusnya (*das sollen*) mengatur suatu peristiwa bukan semata-mata pada kenyataan yang terjadi di lapangan (*das sein*) dalam konteks penelitian mengenai implementasi BPJS gratis *universal health coverage* (UHC) pendekatan yuridis normatif digunakan untuk menganalisis berbagai peraturan, teori, asas dan doktrin yang terkait dengan implementasi BPJS gratis.

Metode yuridis normatif, sangat penting bagi peneliti untuk menyusun penelitian yang mengacu pada kesenjangan antara peristiwa hukum (*das sein*) dengan aturan hukum (*das sollen*), antara aturan dengan aturan lainnya, antara aturan yang khusus (*lex specialis*) dengan aturan yang lebih umum (*lex generalis*), serta

⁵⁴ Ahmad, Buku Ajar: Metode Penelitian dan Penulisan Hukum, Sonpedia Publishing, jambi 2024

kesenjangan antara aturan dengan norma hukum dan asas-asas hukum.⁵⁵

3. Tahap Penelitian

a. Tahap persiapan

Tahap persiapan merupakan fase awal yang sangat menentukan arah dan kedalaman penelitian. Pada tahap ini peneliti merancang desain penelitian yang kemudian dituangkan dalam bentuk usulan atau proposal penelitian. Proses ini diawali dengan kegiatan merumuskan judul penelitian berdasarkan isu aktual yang relevan, menyusun latar belakang yang berangkat dari fenomena sosial dan hukum terkait implementasi BPJS Gratis dalam kerangka UHC, serta mengidentifikasi persoalan hukum yang akan dijadikan fokus penelitian.⁵⁶

Peneliti membuat usulan penelitian sebagai rancangan penelitian yang tepat dan konstruktif, diawali dengan pemahaman yang utuh dan proporsional terhadap isu atau masalah penelitian, diperkuat dengan pengalaman pribadi sebagai akademisi dan peneliti, didukung kemampuan menyiapkan bahan-bahan yang diperlukan serta ketajaman menetapkan tujuan dan manfaat penelitian. Proposal penelitian

⁵⁵ Irwansyah. *Penelitian Hukum: Pilihan Metode dan Praktik Penulisan Artikel*. Yogyakarta: Mirra Buana Media, 2024.

⁵⁶ Soekanto, Soerjono, *Pengantar Penelitian Hukum*, UI-Press, Jakarta, 2021.

pada intinya mencakup tiga bagian utama, yaitu: bagian pendahuluan, bagian tinjauan pustaka atau landasan teoritik, dan bagian metode penelitian⁵⁷

B. Tahap penelitian

1. Penelitian Kepustakaan

Peneliti mengambil bahan pustaka dari berbagai sumber. Bahan pustaka bidang hukum dari sudut pandang kekuatan mengikatnya dapat dibedakan menjadi 3 (tiga) golongan, yaitu bahan hukum primer, sekunder dan tertier (yang dinamakan bahan penunjang).⁵⁸

- a. Bahan hukum primer merupakan bahan hukum yang bersifat autoritatif, artinya mempunyai otoritas.⁵⁹ Bahan-bahan hukum primer terdiri dari perundang-undangan, catatan-catatan resmi atau risalah dalam pembuatan perundang-undangan dan putusan-putusan hakim.⁶⁰ bahan hukum primer adalah peraturan perundang-undangan yang relevan antara lain

1 .UUD NRI Tahun 1945,

⁵⁷ Irwansyah. *Penelitian Hukum: Pilihan Metode dan Praktik Penulisan Artikel*. Yogyakarta: Mirra Buana Media, 2024.

⁵⁸ Soekanto, Soerjono, Sri Mamudji. *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat*.: Raja Grafindo Persada, 2022

⁵⁹ *Ibid*

⁶⁰ Mahmud Marzuki, Peter. *Penelitian Hukum*, Kencana, Jakarta, 2021

2. UU No.17 Tahun 2023 tentang Kesehatan,
3. UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
4. UU No. 24 Tahun 2011 , Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
5. PP No. 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan
- 6..Perpres No. 82 Tahun 2018 jo. Perpres No. 64 Tahun 2020,
- 7.Perpres No. 72 Tahun 2021 tentang Sistem Kesehatan Nasional
- 8.Permensos No. 5 Tahun 2019,
- 9.Permenkes No. 3 Tahun 2023
- 10 Permendagri No. 84 Tahun 2022

b. Bahan hukum sekunder berupa semua publikasi tentang hukum yang bukan merupakan dokumen-dokumen resmi.⁶¹ Publikasi tentang hukum meliputi buku-buku teks, kamus-kamus hukum, jurnal-jurnal hukum, dan komentar-komentar atas putusan pengadilan.⁶²

⁶¹ *Ibid*

⁶² *Ibid*

- c. Bahan hukum tersier atau bahan hukum penunjang, yaitu kamus hukum, ensiklopedia, dan indeks hukum yang membantu memperjelas istilah atau konsep hukum

2. Penelitian lapangan

Tahap penelitian lapangan merupakan fase yang melibatkan kegiatan mengumpulkan dan mengolah bahan hukum. Setelah dilakukan penelitian kepustakaan maka dilakukan penelitian lapangan untuk melengkapi data normatif dengan kenyataan empiris di lapangan. Tahap ini dilakukan melalui wawancara dengan pihak BPJS pusat dan cabang, pihak dinas kesehatan pusat dan daerah, dan masyarakat untuk memperoleh gambaran nyata tentang pelaksanaan BPJS gratis di lapangan.

Dengan penelitian lapangan, peneliti dapat melihat kesenjangan antara aturan hukum (*das sollen*) dengan realitas yang terjadi (*das sein*), misalnya terkait pola pertanggungjawaban hukum rumah sakit terhadap kelalaian tenaga medis atau tenaga kesehatannya yang mengakibatkan kerugian terhadap pasien. Dengan demikian, kombinasi antara penelitian kepustakaan dan lapangan menurut Ronny Hanitijo Soemitro, ditambah dengan analisis bahan hukum yang sistematis, menjadikan penelitian ini lebih komprehensif karena

mampu menggambarkan baik aspek normatif maupun implementasi empiris dari kasus yang diteliti.

4. Teknik Pengumpulan Data

Peneliti memakai teknik pengumpulan data yang digunakan diantaranya adalah Studi Dokumen (*Documentary Study*) dan wawancara untuk Analisis Kasus (*Case Analysis*)

a. Studi dokumen

Studi dokumen atau bahan pustaka adalah teknik pengumpulan data dengan melakukan penelitian data sekunder berupa bahan hukum primer, bahan hukum sekunder dan bahan hukum tersier.⁶³ Peneliti menginventarisasi dan mengklasifikasikan bahan hukum disesuaikan dengan masalah yang dibahas. Bahan hukum yang berhubungan dengan masalah yang dibahas dipaparkan, sistematisasi, kemudian dianalisis untuk menginterpretasikan hukum yang berlaku. Baik bahan hukum primer maupun bahan hukum sekunder dikumpulkan berdasarkan topik permasalahan yang telah dirumuskan berdasarkan sistem bola salju dan diklasifikasikan menurut sumber dan hierarkinya untuk dikaji secara komprehensif.

b. Wawancara

⁶³ Soerjono Soekanto, Sri Mamudji. *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat*. Depok: Raja Grafindo Persada, 2022.

Wawancara merupakan cara untuk memperoleh informasi dengan bertanya pada yang diwawancarai. Wawancara merupakan suatu proses interaksi dan komunikasi yang bertujuan untuk memperoleh data primer⁶⁴. Wawancara dilakukan di lokasi yang memiliki korelasi dengan topik pembahasan penelitian, guna mendapatkan jawaban dari narasumber yang dapat dipertanggungjawabkan dan dapat menjadi tambahan data-data dalam melengkapi penelitian. Wawancara dilakukan dengan:

- 1) Pejabat Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat,
- 2) Pejabat Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur,
- 3) Pejabat Dinas Kesehatan Kota Bandung
- 4) Pejabat BPJS Provinsi DKI Jakarta

Melalui wawancara ini, peneliti memperoleh data mengenai hambatan implementasi BPJS Gratis, kualitas pelayanan yang diterima peserta, mekanisme pembiayaan daerah, dan persepsi para pihak terhadap pemenuhan hak atas kesehatan.

5. Alat Pengumpulan Data

a. Alat Pengumpulan Data Pada Penelitian Kepustakaan

Pengumpulan data dalam penelitian kepustakaan dilakukan dengan menggunakan catatan hasil penelaahan terhadap bahan

⁶⁴ *ibid*

hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier. Catatan tersebut disusun secara sistematis dalam bentuk *log book* penelitian, yang memuat ringkasan, klasifikasi, serta analisis awal terhadap bahan hukum yang relevan dengan permasalahan penelitian.

b. Alat Pengumpulan Data Pada Penelitian Lapangan

Dalam pelaksanaan penelitian lapangan, peneliti menggunakan instrumen berupa pedoman wawancara dan daftar pertanyaan sebagai alat bantu untuk memperoleh data dari narasumber. Selain itu, peneliti juga menggunakan alat perekam berupa telepon genggam untuk merekam proses wawancara, serta buku catatan dan alat tulis guna mencatat hal-hal penting yang muncul selama wawancara berlangsung.

6. Analisis Data

Peneliti dalam menganalisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis yuridis kualitatif, yaitu metode analisis yang berfokus pada penafsiran norma hukum, asas hukum, teori hukum, serta dokumen-dokumen hukum yang relevan untuk menjelaskan permasalahan yang diteliti. Dalam analisis yuridis kualitatif, data yang diperoleh dari bahan hukum primer, sekunder, dan tersier tidak diolah melalui teknik statistik, melainkan dianalisis secara

mendalam untuk menemukan makna normatif, hubungan antara aturan, serta kesesuaiannya dengan kondisi faktual.⁶⁵

Analisis yuridis kualitatif bisa dilakukan melalui langkah penafsiran (*interpretation*) terhadap peraturan perundang-undangan, asas hukum kesehatan, doktrin hukum, serta teori hukum yang mendasari penyelenggaraan jaminan kesehatan.

Sangat penting dalam mengkaji secara sistematis struktur hukum yang mengatur BPJS Kesehatan dan *Universal Health Coverage* (UHC), kemudian membandingkannya dengan praktik implementasi program kesehatan gratis di beberapa daerah. Proses analisis ini memungkinkan peneliti menilai kesenjangan antara *law in books* dan *law in action*, sesuai dengan karakter penelitian deskriptif analitis.

7. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian meliputi:

A. Perpustakaan:

- 1) Perpustakaan Pascasarjana Universitas Pasundan, Jl. Sumatra Nomor 41 Bandung
- 2) Perpustakaan Fakultas Hukum Universitas Pasundan, Jl. Lengkong Dalam Nomor 17 Bandung

⁶⁵ Soekanto, Soerjono, Sri Mamudji. *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat*, Raja Grafindo Persada, Depok, 2022.

- 3) Dinas arsip dan Perpustakaan Kota Bandung, jln Seram no 2, Citarum , kecamatan Bandung Wetan, Kota bandung
- 4) Dinas Perpustakaan dan Kearsipan Provinsi Jawa Barat, jln Kawalayaan Indah II no 4, Jatisari, Kec.Buah batu, Kota Bandung
- 5) Perpustakaan Kementerian Kesehatan, jln Rasuna Said , Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota
- 6) Perpustakaan Nasional Republik Indonesia, jln Merdeka Selatan, Gambir , Kota Jakarta

Instansi:

- 1) Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, Bidang Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan. Alamat: Jl. Diponegoro No. 22, Kelurahan Citarum, Kota Bandung
- 2) BPJS Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Cabang Jakarta Barat , Jln Raya Palmerah no 100-101, Palmerah, Jakarta Barat.
- 3) Dinas Kesehatan Kota Bandung , Jln Supratman no 73, Cihapit, Kec. Bandung Wetan, Kota Bandung, Jawa Barat

- 4) Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur.
Alamat: Jl. El Tari, Kelurahan Oebobo, Kecamatan
Oebobo, Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur
(Pengumpulan data dilakukan secara daring).

G. Originalitas Penelitian

Penelitian ini memiliki derajat originalitas yang terletak pada fokus kajian, pendekatan analisis, serta ruang lingkup permasalahan yang diteliti. Secara umum, penelitian mengenai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan telah banyak dilakukan sebelumnya, baik dari aspek kebijakan publik, manajemen pelayanan kesehatan, maupun perspektif administrasi negara. Namun demikian, sebagian besar penelitian tersebut lebih menekankan pada evaluasi kebijakan, efektivitas organisasi, atau analisis implementasi dalam konteks manajerial. Penelitian mengenai BPJS Gratis yang ditanggung pemerintah daerah sering kali dibahas dalam konteks penganggaran, sosiologi kesehatan, ataupun akses pelayanan, tetapi belum secara komprehensif dianalisis dari sudut pandang hukum kesehatan dan kewajiban konstitusional negara dalam mencapai cakupan kesehatan semesta *Universal Health Coverage* (UHC).

Tabel 2
Originalitas Penelitian

No	Nama	Perguruan Tinggi	Tahun	Judul	Perbedaan
1	Andri Yadi	Universitas Islam Riau	2022	Tinjauan Yuridis Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan dalam Perspektif Hak atas Kesehatan	Berbeda dengan penelitian terdahulu yang membahas Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Jaminan Kesehatan Nasional secara umum, penelitian ini secara khusus memfokuskan kajian pada BPJS Gratis sebagai instrumen pencapaian <i>Universal Health Coverage</i> (UHC). Penelitian ini menitikberatkan pada asas dan prinsip hukum kesehatan serta tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah dalam kondisi ketidakmampuan pembayaran iuran BPJS Gratis.
2	Junianto	Universitas Islam Sultan Agung Semarang	2022	Rekonstruksi Perlindungan Hukum Peserta Jaminan Kesehatan	Penelitian ini memiliki fokus yang berbeda karena tidak menitikberatkan pada rekonstruksi

				Nasional Penerima Bantuan Iuran (PBI) Berbasis Nilai Keadilan	norma perlindungan hukum peserta PBI, melainkan pada implementasi BPJS Gratis dalam kerangka <i>Universal Health Coverage</i> (UHC). Penelitian ini mengkaji kewajiban negara dan pembagian tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah dalam penyelenggaraan BPJS Gratis ditinjau dari hukum kesehatan, bukan pada perbaikan norma hukum BPJS semata.
3	Hidayat, R., & Sari, M.	Universitas Nusa Putra Sukabumi	2023	Justice In The Implementa tion Of National Health Insurance In Indonesia Justice In The Implementa tion Of National Health Insurance In Indonesia	Penelitian ini berbeda dengan penelitian terdahulu yang menitikberatkan pada keadilan dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara umum. Penelitian ini secara khusus memfokuskan pada implementasi BPJS Gratis

					sebagai instrumen <i>Universal Health Coverage (UHC)</i> yang ditinjau dari asas dan prinsip hukum kesehatan, terutama asas keadilan, kepastian hukum, dan kemanfaatan, serta tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam pembiayaan BPJS Gratis.
--	--	--	--	--	---

Berdasarkan penelitian terdahulu, kajian mengenai Jaminan Kesehatan Nasional dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada umumnya masih menitikberatkan pada keadilan implementasi JKN secara umum, rekonstruksi perlindungan hukum peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), serta landasan normatif Sistem Jaminan Sosial Nasional dan JKN. Namun demikian, penelitian-penelitian tersebut belum secara spesifik mengkaji implementasi BPJS Gratis sebagai instrumen pencapaian *Universal Health Coverage (UHC)* dari perspektif hukum kesehatan, khususnya yang menelaah asas keadilan, kepastian hukum, dan kemanfaatan, serta pembagian tanggung jawab hukum antara pemerintah pusat dan

pemerintah daerah dalam kondisi ketidakmampuan pembayaran iuran. Oleh karena itu, diperlukan penelitian yang secara komprehensif menganalisis BPJS Gratis tidak hanya sebagai kebijakan jaminan sosial, tetapi sebagai instrumen hukum negara dalam menjamin pemenuhan hak atas kesehatan dan mewujudkan *Universal Health Coverage*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) GRATIS *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* (UHC) DIKAJI DALAM ASPEK HUKUM KESEHATAN

A. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

1. Pengertian dan Kedudukan BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) merupakan badan hukum publik yang dibentuk oleh negara untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. BPJS Kesehatan lahir sebagai pelaksana dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan berfungsi sebagai penyelenggara tunggal Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).⁶⁶

Sebagai badan hukum publik, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Kesehatan memiliki kedudukan yang berbeda dengan badan usaha milik negara maupun badan usaha swasta. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Kesehatan tidak berorientasi pada keuntungan (nirlaba), melainkan bertujuan untuk menjamin terpenuhinya hak masyarakat atas perlindungan kesehatan. Kedudukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

⁶⁶ Grace E. C. Korompis, *Jaminan Kesehatan Nasional* (Manado: Universitas Sam Ratulangi Press, 2021), hlm. 1–4.

Kesehatan secara normatif menempatkannya sebagai perpanjangan tangan negara dalam melaksanakan kewajiban konstitusional di bidang kesehatan.⁶⁷

Dalam hubungan hukum dengan peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tidak dapat diposisikan semata-mata sebagai penyedia jasa asuransi kesehatan. Hubungan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dan peserta bersifat publik, karena kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional bersifat wajib dan ditentukan oleh peraturan perundang-undangan. Oleh karena itu, relasi hukum yang terbentuk bukanlah relasi kontraktual murni sebagaimana hubungan perdata biasa, melainkan relasi hukum publik yang mengandung unsur pemaksaan oleh negara demi kepentingan umum.

2. Tugas, Fungsi, dan Wewenang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

a. Tugas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Tugasnya adalah untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. Tugas tersebut mencakup penyelenggaraan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pengumpulan dan pengelolaan

⁶⁷ Diah Arimbi, *Konsep Dasar Hukum Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia* (Yogyakarta: Wawasan Ilmu, 2020), hlm. 35–38.

iuran, serta penjaminan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi peserta sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.⁶⁸

Dalam melaksanakan tugasnya, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan bertanggung jawab memastikan keberlangsungan program jaminan kesehatan secara nasional, termasuk menjamin ketersediaan dana, kesinambungan pelayanan, serta perlindungan terhadap hak peserta. Tugas ini menegaskan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tidak sekadar berfungsi sebagai pengelola administratif, melainkan sebagai pelaksana mandat negara di bidang jaminan kesehatan.

b. Fungsi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
Dalam menjalankan tugasnya

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan menjalankan sejumlah fungsi yang bersifat operasional dan pengelolaan sistem jaminan kesehatan. Fungsi utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan meliputi pengelolaan kepesertaan, pengelolaan dana jaminan sosial kesehatan, serta pengelolaan kerja sama dengan fasilitas pelayanan kesehatan.

⁶⁸ Grace E. C. Korompis, *Jaminan Kesehatan Nasional* (Manado: Universitas Sam Ratulangi Press, 2021), hlm. 15–18.

Selain itu, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan juga menjalankan fungsi pengendalian biaya dan mutu pelayanan kesehatan. Fungsi ini diwujudkan melalui penetapan mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan, pengaturan sistem rujukan, serta pemantauan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta. Dengan fungsi tersebut, BPJS Kesehatan memiliki peran strategis dalam menjaga keseimbangan antara kualitas pelayanan kesehatan dan keberlanjutan pembiayaan jaminan kesehatan nasional.⁶⁹

c. Wewenang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan memiliki wewenang untuk menetapkan dan melaksanakan kebijakan teknis penyelenggaraan jaminan kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Wewenang tersebut antara lain meliputi penetapan ketentuan kepesertaan, pemungutan iuran, pengelolaan dana jaminan sosial, serta pemberian sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajiban kepesertaan.⁷⁰

Wewenang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan juga mencakup pengaturan hubungan kerja sama

⁶⁹ Joko Supto Pramono dkk., *Jaminan Kesehatan Nasional: Strategi, Implementasi, dan Transformasi Kesehatan* (Yogyakarta: Penerbit Adab, 2023), hlm. 45–52.

⁷⁰ Diah Arimbi, *Konsep Dasar Hukum Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia* (Yogyakarta: Wawasan Ilmu, 2020), hlm. 64–68.

dengan fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk penetapan syarat dan mekanisme pembayaran klaim pelayanan kesehatan. Luasnya wewenang ini menunjukkan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tidak hanya bertindak sebagai pengelola program, tetapi juga sebagai badan publik yang memiliki daya paksa hukum dalam rangka menjamin keberlangsungan sistem jaminan kesehatan nasional.⁷¹

Namun demikian, kewenangan yang dimiliki Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan harus dijalankan secara proporsional dan akuntabel, agar tidak menimbulkan pembatasan yang berlebihan terhadap hak warga negara, khususnya hak untuk memperoleh pelayanan publik. Oleh karena itu, pengaturan dan pelaksanaan wewenang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan menjadi aspek penting dalam kajian hukum terkait penyelenggaraan jaminan kesehatan.

3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Gratis dan Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia didasarkan pada prinsip kepesertaan wajib dan mekanisme gotong royong, sebagaimana diatur dalam

⁷¹ Joko Supto Pramono dkk., *Jaminan Kesehatan Nasional: Strategi, Implementasi, dan Transformasi Kesehatan* (Yogyakarta: Penerbit Adab, 2023), hlm. 61–66.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Dalam sistem tersebut, seluruh penduduk diwajibkan menjadi peserta jaminan kesehatan, dengan kewajiban membayar iuran sesuai kategori kepesertaan. Namun demikian, bagi kelompok masyarakat miskin dan tidak mampu, kewajiban pembayaran iuran tidak dibebankan secara langsung kepada individu, melainkan ditanggung oleh pemerintah melalui skema Penerima Bantuan Iuran (PBI).⁷²

Secara normatif, PBI merupakan kategori peserta JKN yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah pusat dan/atau pemerintah daerah bagi fakir miskin dan orang tidak mampu. Ketentuan mengenai PBI diatur dalam Undang-Undang SJSN dan diperinci lebih lanjut dalam berbagai peraturan pelaksana, termasuk peraturan presiden tentang jaminan kesehatan serta peraturan menteri sosial mengenai Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS). Skema ini merupakan bentuk intervensi negara dalam menjamin akses pelayanan kesehatan bagi kelompok masyarakat yang secara ekonomi tidak mampu membayar iuran jaminan kesehatan secara mandiri. Melalui mekanisme tersebut, negara berupaya memastikan bahwa prinsip keadilan sosial dan pemerataan pelayanan kesehatan

⁷² Grace E. C. Korompis, *Jaminan Kesehatan Nasional* (Manado: Universitas Sam Ratulangi Press, 2021), hlm. 56–60; Joko Spto Pramono dkk., *Jaminan Kesehatan Nasional: Strategi, Implementasi, dan Transformasi Kesehatan* (Yogyakarta: Penerbit Adab, 2023), hlm. 78–82.

dapat diwujudkan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.⁷³

Dalam praktik kebijakan daerah, istilah BPJS Gratis sering digunakan untuk merujuk pada skema pembiayaan iuran JKN yang ditanggung oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Meskipun istilah tersebut tidak secara formal tercantum dalam peraturan perundang-undangan, secara substantif Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Gratis merupakan bentuk implementasi masyarakat penerima bantuan iuran Daerah. Artinya, pemerintah daerah mengambil peran aktif dalam membiayai iuran masyarakat miskin dan/atau kelompok tertentu yang belum tercakup dalam PBI yang dibiayai oleh pemerintah pusat.

Keberadaan BPJS Gratis atau PBI Daerah merupakan manifestasi konkret dari kewenangan pemerintah daerah dalam bidang pelayanan dasar kesehatan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang tentang Pemerintahan Daerah. Dalam sistem desentralisasi, urusan kesehatan termasuk dalam kategori urusan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Oleh karena itu, pemerintah daerah memiliki legitimasi hukum untuk mengalokasikan anggaran guna memperluas kepesertaan JKN

⁷³ Hasbullah Thabrany, *Jaminan Kesehatan Nasional*, Edisi Kedua (Jakarta: Rajawali Pers, 2015), hlm. 87–92

melalui skema pembiayaan iuran bagi masyarakat yang belum terdaftar atau berstatus nonaktif.⁷⁴

Dari perspektif hukum kesehatan, BPJS Gratis memiliki fungsi strategis sebagai instrumen perlindungan sosial dan koreksi ketimpangan akses layanan kesehatan. Skema ini bertujuan mengurangi risiko finansial akibat sakit serta mencegah masyarakat jatuh ke dalam kemiskinan akibat beban biaya pelayanan kesehatan. Dalam konteks *Universal Health Coverage* (UHC), BPJS Gratis berperan memperluas cakupan populasi (*population coverage*) serta meningkatkan perlindungan finansial (*financial protection*), yang merupakan dua dari tiga pilar utama UHC.

Namun demikian, implementasi BPJS Gratis tidak terlepas dari berbagai tantangan hukum dan tata kelola. Ketergantungan pada kapasitas fiskal daerah menyebabkan variasi cakupan dan kualitas implementasi antarwilayah. Selain itu, permasalahan validitas data PBI, status kepesertaan nonaktif akibat tunggakan iuran, serta koordinasi antara pemerintah daerah dan BPJS Kesehatan seringkali menimbulkan persoalan kepastian hukum bagi peserta. Dalam situasi demikian, muncul pertanyaan mengenai sejauh mana skema BPJS Gratis telah menjamin hak atas kesehatan

⁷⁴ Hasbullah Thabrany, *Jaminan Kesehatan Nasional*, Edisi Kedua, Rajawali press, Jakarta 2015, hlm 163-178

secara efektif dan non-diskriminatif sesuai dengan mandat konstitusi.

Dengan demikian, BPJS Gratis dan Penerima Bantuan Iuran (PBI) tidak dapat dipahami semata-mata sebagai kebijakan administratif atau program bantuan sosial, melainkan sebagai bagian integral dari sistem hukum kesehatan nasional. Skema ini merupakan instrumen hukum yang dirancang untuk mewujudkan keadilan sosial dalam pelayanan kesehatan, sekaligus menjadi tolok ukur efektivitas regulasi jaminan kesehatan dalam mencapai *Universal Health Coverage* secara substantif.

B. Sistem Jaminan Sosial dan *Universal Health Coverage* (UHC)

1. Pengertian Jaminan Sosial dan Jaminan Kesehatan

Jaminan sosial merupakan suatu sistem perlindungan sosial yang dibangun untuk menjamin pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi seluruh penduduk⁷⁵. Dalam sistem jaminan sosial yang bersifat universal, negara memiliki kewajiban untuk memastikan bahwa setiap warga negara terlindungi dari berbagai risiko sosial, khususnya risiko kesehatan, tanpa memandang kemampuan ekonomi individu yang bersangkutan.

⁷⁵ Hasbullah Thabrany, *Jaminan Kesehatan Nasional*, Cet. ke-2, Rajawali Pers, Jakarta, 2015, hlm. 117.

Dalam kerangka Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), jaminan sosial disusun berdasarkan tiga pilar utama, yaitu pilar bantuan sosial, pilar asuransi sosial, dan pilar tambahan atau suplemen.

- a. Pilar pertama, yaitu bantuan sosial, ditujukan bagi penduduk miskin dan tidak mampu yang tidak memiliki penghasilan tetap atau memiliki penghasilan yang tidak memadai untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Dalam konteks jaminan kesehatan, bantuan sosial diwujudkan dalam bentuk subsidi iuran yang dibayarkan oleh pemerintah bagi kelompok penerima bantuan iuran (PBI), sehingga kelompok tersebut tetap dapat menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- b. Pilar kedua adalah asuransi sosial, yang merupakan sistem pengumpulan dana melalui mekanisme *risk pooling* dan bersifat wajib bagi seluruh penduduk, khususnya penduduk berpenghasilan. Melalui mekanisme ini, terjadi transfer risiko secara kolektif, di mana peserta membayar iuran secara proporsional sesuai dengan kemampuan ekonominya. Pilar asuransi sosial ini menjadi tulang punggung sistem jaminan sosial nasional dan memiliki karakteristik universal, wajib, serta dijalankan berdasarkan prinsip gotong royong.
- c. Pilar ketiga merupakan pilar tambahan atau pilar suplemen, yang bersifat pilihan dan ditujukan bagi individu yang

menginginkan manfaat jaminan yang lebih tinggi dibandingkan dengan manfaat dasar yang disediakan oleh sistem jaminan sosial nasional. Pilar ini dapat diwujudkan dalam bentuk asuransi komersial, tabungan pribadi, atau skema perlindungan tambahan lainnya.

Dalam konteks jaminan kesehatan, ketiga pilar tersebut pada dasarnya bermuara pada tujuan yang sama, yaitu pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan masyarakat secara layak. Namun demikian, keberhasilan sistem jaminan sosial tidak hanya ditentukan oleh keberadaan mekanisme perlindungan semata, melainkan juga oleh kecukupan dan kelayakan manfaat yang diberikan kepada peserta. Manfaat yang bersifat minimal atau tidak memadai tidak akan mampu mewujudkan kesejahteraan masyarakat secara nyata.⁷⁶

2. *Universal Health Coverage (UHC)*

Universal Health Coverage (UHC) merupakan konsep yang menekankan bahwa seluruh penduduk harus memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, berkualitas, dan berkesinambungan tanpa menghadapi kesulitan finansial. UHC lahir dari kesadaran global bahwa kesehatan merupakan hak dasar manusia, sehingga negara memiliki kewajiban untuk memastikan

⁷⁶ Hasbullah Thabrany, *Jaminan Kesehatan Nasional*, Cet. ke-2, Rajawali Pers, Jakarta, 2015, hlm. 17-19

tersedianya sistem pembiayaan dan pelayanan kesehatan yang adil dan inklusif.⁷⁷

Konsep UHC secara umum mencakup tiga dimensi utama, yaitu cakupan penduduk (*population coverage*), cakupan jenis pelayanan kesehatan (*service coverage*), dan perlindungan finansial (*financial protection*). Cakupan penduduk menekankan bahwa seluruh warga negara harus tercakup dalam sistem jaminan kesehatan. Cakupan pelayanan menuntut agar layanan kesehatan yang disediakan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Sementara itu, perlindungan finansial bertujuan untuk mencegah masyarakat mengalami beban biaya kesehatan yang bersifat katastrofik akibat kebutuhan pelayanan kesehatan.

Dalam konteks negara kesejahteraan, UHC tidak dapat dilepaskan dari sistem jaminan sosial. UHC bukan sekadar target administratif untuk meningkatkan jumlah peserta jaminan kesehatan, melainkan suatu sistem yang menuntut negara hadir secara aktif dalam menjamin akses layanan kesehatan yang layak dan berkeadilan. Oleh karena itu, pencapaian UHC mensyaratkan

⁷⁷ Salsa Izza Shafinaz Sukardi, Anisa Nur Fadilla, dan Muhammad Noer Falaq Al Amin, *Analisis Pelayanan BPJS di Indonesia dalam Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat dengan Pendekatan Problem Tree Analysis*, Jurnal Pahlawan Vol. 7, No. 1 (2024).

adanya sistem jaminan kesehatan nasional yang bersifat wajib, berbasis solidaritas sosial, dan dikelola secara berkelanjutan.⁷⁸

Bagi Indonesia, program *Universal Health Coverage* atau UHC merupakan tujuan strategis yang diupayakan melalui penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dengan demikian, JKN diposisikan sebagai instrumen utama negara dalam mewujudkan program UHC, sekaligus sebagai bentuk konkret pemenuhan hak atas kesehatan bagi seluruh warga negara.

3. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan untuk menjamin agar seluruh penduduk Indonesia memperoleh perlindungan kesehatan. JKN dirancang sebagai sistem jaminan kesehatan yang bersifat nasional, menyeluruh, dan berkelanjutan, dengan tujuan utama menjamin pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan masyarakat secara adil dan merata.⁷⁹

Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial, yaitu mekanisme pengumpulan dana secara

⁷⁸ Cipto Rizqi Agung Saputro dan Fenny Fathiyah, “*Universal Health Coverage: Internalisasi Norma di Indonesia*,” *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional (JJKN)*, Vol. 2, No. 2 (November 2022): 204–216.

⁷⁹ Sukardi, Salsa Izza Shafinaz, Anisa Nur Fadilla, dan Muhammad Noer Falaq Al Amin. “*Analisis Pelayanan BPJS di Indonesia dalam Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat dengan Pendekatan Problem Tree Analysis*.” *Jurnal Pahlawan* 7, no. 1 (2024).

kolektif melalui iuran wajib yang dibayarkan oleh peserta. Prinsip ini menekankan adanya *risk pooling*, di mana risiko kesehatan dibagi secara bersama-sama oleh seluruh peserta, baik yang sehat maupun yang sakit, serta antara peserta yang mampu dan tidak mampu. Dalam sistem ini, negara berperan aktif dengan memberikan subsidi iuran bagi penduduk miskin dan tidak mampu melalui skema Penerima Bantuan Iuran (PBI).

Sebagai instrumen untuk mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC), Jaminan Kesehatan Nasional menempatkan kepesertaan sebagai elemen kunci dalam perluasan cakupan penduduk. Melalui sistem kepesertaan yang bersifat wajib, negara berupaya memastikan bahwa seluruh warga negara terlindungi dalam satu sistem jaminan kesehatan nasional.⁸⁰ Dengan demikian, Jaminan Kesehatan Nasional tidak hanya berfungsi sebagai skema pembiayaan kesehatan, tetapi juga sebagai kebijakan publik yang bertujuan menjamin hak atas kesehatan bagi seluruh rakyat.

Namun demikian, sifat kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional yang wajib menimbulkan implikasi hukum tertentu, khususnya terkait dengan hubungan hukum antara negara dan warga negara. Dalam perspektif hukum, JKN berada pada persimpangan antara konsep jaminan sosial sebagai kewajiban

⁸⁰ Cipto Rizqi Agung Saputro dan Fenny Fathiyah, “*Universal Health Coverage: Internalisasi Norma di Indonesia*,” *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional (JJKN)*, Vol. 2, No. 2 (November 2022): 204–216.

negara dan prinsip-prinsip hukum perdata, seperti kebebasan berkontrak. Kondisi ini membuka ruang untuk dilakukan kajian hukum yang lebih mendalam terhadap kebijakan JKN, terutama ketika kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dijadikan sebagai persyaratan dalam memperoleh pelayanan publik tertentu.

C. Aspek Hukum Kesehatan

1. Pengertian Hukum Kesehatan

Pengertian Hukum Kesehatan Menurut H.J.J. Lennen, hukum kesehatan merupakan keseluruhan ketentuan-ketentuan hukum yang berkaitan langsung dengan pelayanan kesehatan dan penerapan kaidah-kaidah hukum perdata, hukum administrasi negara, serta hukum pidana dalam kaitannya dengan hal tersebut⁸¹. Di Indonesia, hukum kesehatan mencakup berbagai aspek hukum seperti hukum perdata, hukum pidana, dan hukum administrasi negara yang kesemuanya tertuju pada subsistem kesehatan dalam masyarakat⁸².

Hakikat hukum adalah perlindungan kepentingan manusia sehingga eksistensi hukum kesehatan di Indonesia bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

⁸¹ Budi Sylvana, “Tanggung Jawab Pemerintah Daerah dalam Penyelenggaraan Kedaruratan Pra-Hospital melalui Public Safety Center (PSC) 119 untuk Peningkatan Layanan Kesehatan di Indonesia”, *Aktualita*, Vol. 3 No. 1, 2020, hlm. 547–564.

⁸² Anak Agung Gde Siddhi Satrya Dharma, “Pengaturan Pelayanan Kesehatan yang Dilakukan oleh Dokter Melalui Telemedicine”, *Jurnal Magister Hukum Udayana (Udayana Master Law Journal)*, Vol. 9 No. 3, September 2020. hlm 3

Pengaturan hukum kesehatan tersebut diselenggarakan secara terpadu dengan pengelolaan sumber daya kesehatan, pembiayaan, serta peran serta masyarakat guna menjamin tercapainya tujuan tersebut⁸³. Hal ini sejalan dengan prinsip bahwa hukum merupakan sarana mewujudkan hak-hak manusia, di mana kesehatan merupakan hak asasi yang ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sebagai unsur kesejahteraan umum.⁸⁴ Pembangunan kesehatan tersebut didasarkan pada nilai-nilai kemanusiaan, kesetaraan, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan tanggung jawab, serta non diskriminasi dalam upaya mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh masyarakat.

Dalam konteks negara modern, kesehatan tidak lagi dipandang semata-mata sebagai urusan medis atau teknis pelayanan, melainkan sebagai bidang yang memiliki dimensi hukum, sosial, ekonomi, dan politik. Oleh karena itu, hukum kesehatan berfungsi sebagai instrumen normatif untuk menjamin kepastian hukum, perlindungan hak asasi manusia, serta pengaturan tanggung jawab para pihak yang terlibat dalam sistem kesehatan nasional, termasuk

⁸³ Rd. Hj. Dewi Asri Yustia dan Hj. Utari Dewi Fatimah, “Pembaharuan Hukum Kesehatan terhadap Tindakan Euthanasia dalam Rangka Memberikan Kepastian Hukum dan Perlindungan Hukum bagi Pasien dan Dokter”, *Jurnal Litigasi*, Vol. 19 No. 1, 2018, hlm. 52–88.

⁸⁴ Ibid

negara, penyelenggara jaminan sosial, tenaga kesehatan, dan masyarakat sebagai penerima layanan. Perangkat hukum kesehatan yang dinamis diperlukan dalam rangka memberikan kepastian dan perlindungan hukum bagi pemberi jasa pelayanan kesehatan maupun bagi penerima jasa pelayanan kesehatan.⁸⁵

2. Tujuan dan Fungsi Hukum Kesehatan

Hukum kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap person agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia⁸⁶. Dalam mencapai tujuan tersebut, pembangunan kesehatan diselenggarakan secara menyeluruh dan terpadu sebagai bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan mempertinggi derajat kesehatan masyarakat serta berfungsi sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan nasional⁸⁷. Dalam perspektif doktrin hukum, hukum kesehatan dapat dipahami sebagai bagian dari sistem hukum nasional yang mengatur hubungan hukum dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Soerjono Soekanto memandang hukum sebagai seperangkat kaidah

⁸⁵ Asram A. T. Jadda, “*Perlindungan Hukum terhadap Pasien sebagai Konsumen Jasa Pelayanan Kesehatan*”, *Madani Legal Review*, Vol. 1 No. 1, Juni 2017.

⁸⁶ Muhammad Arya Notonagoro dan Sulistyanta Sulistyanta, “*Analisis Penetapan Unsur Kesalahan pada Rumah Sakit dalam Tindak Pidana pada Bidang Kesehatan*”, Notonagoro, Vol. 12 No. 1, 2023.

⁸⁷ Basyarudin, “*Tinjauan Yuridis Malpraktek Medis dalam Sistem Hukum Indonesia*”, *Jurnal Cakrawala Ilmiah*, Vol. 1 No. 5, Januari 2022.

yang berfungsi mengatur perilaku masyarakat serta melindungi kepentingan sosial melalui struktur dan substansi hukum yang bekerja secara sistemik. Berdasarkan pandangan tersebut, hukum kesehatan berfungsi mengatur peran negara, penyelenggara layanan kesehatan, tenaga kesehatan, serta masyarakat sebagai subjek hukum dalam upaya perlindungan hak atas kesehatan.⁸⁸

3. Hak atas Kesehatan sebagai Hak Konstitusional

Hak atas kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia yang dijamin secara tegas dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pasal 28H ayat (1) UUD NRI Tahun 1945 menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Selain itu, Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945 menegaskan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Ketentuan konstitusional tersebut menempatkan hak atas kesehatan sebagai hak dasar warga negara yang wajib dipenuhi oleh negara secara aktif dan berkelanjutan.

⁸⁸ Soerjono, Soekanto, Sri Mamudji. *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat*, Raja Grafindo Persada, Depok, 2022.

Pengakuan hak atas kesehatan sebagai hak konstitusional membawa implikasi hukum bahwa negara tidak hanya berkewajiban membentuk norma hukum di bidang kesehatan, tetapi juga bertanggung jawab memastikan pelaksanaan dan efektivitasnya dalam praktik. Dalam konteks negara kesejahteraan (*welfare state*), pemenuhan hak atas kesehatan tidak dapat diserahkan sepenuhnya kepada mekanisme pasar, melainkan harus dijamin melalui kebijakan publik dan sistem perlindungan sosial yang terstruktur. Oleh karena itu, penyelenggaraan sistem kesehatan nasional, termasuk jaminan kesehatan, merupakan perwujudan konkret dari kewajiban konstitusional negara.⁸⁹

Pemenuhan hak atas kesehatan tersebut kemudian dikonkritkan melalui pembentukan Sistem Jaminan Sosial Nasional berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 dan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Regulasi tersebut menjadi landasan hukum bagi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional sebagai instrumen negara untuk menjamin akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang layak. Dengan demikian, hak atas kesehatan tidak hanya dipahami sebagai hak normatif yang bersifat deklaratif, tetapi sebagai hak yang menuntut adanya

⁸⁹ Dicky Widiyanto Pamungkas, “BPJS sebagai Persyaratan Pelayanan Publik yang Telah Melanggar Asas Kebebasan Berkontrak”, *Jurnal Hukum dan Pembangunan Ekonomi*, Vol. 10 No. 2, 2022.

kebijakan, pembiayaan, serta mekanisme penyelenggaraan yang dapat diakses oleh seluruh warga negara.

Dalam perspektif hukum kesehatan, jaminan konstitusional atas hak kesehatan juga mengandung prinsip keadilan dan non-diskriminasi. Negara berkewajiban memastikan bahwa setiap warga negara, termasuk masyarakat miskin dan kelompok rentan, memperoleh perlindungan kesehatan yang setara. Hal ini sejalan dengan prinsip keadilan sosial sebagaimana tercermin dalam Pembukaan Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan menjadi dasar legitimasi penyelenggaraan program jaminan kesehatan, termasuk skema kesehatan gratis bagi masyarakat tidak mampu.

Dengan demikian, hak atas kesehatan sebagai hak konstitusional menjadi pondasi utama bagi pengembangan hukum kesehatan di Indonesia. Seluruh kebijakan dan regulasi di bidang kesehatan, termasuk penyelenggaraan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dan implementasi *Universal Health Coverage* (UHC), harus diletakkan dalam kerangka pemenuhan kewajiban konstitusional negara untuk melindungi, menghormati, dan memenuhi hak atas kesehatan bagi seluruh warga negara.

D. Pengaturan Hukum Jaminan Kesehatan di Indonesia

1. Pengaturan Jaminan Kesehatan dalam Peraturan Perundang-undangan

Pengaturan jaminan kesehatan di Indonesia memiliki landasan normatif yang kuat dan berjenjang, dimulai dari konstitusi hingga peraturan pelaksana teknis. Secara konstitusional, hak atas kesehatan dijamin dalam Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Ketentuan tersebut menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Jaminan konstitusional ini menjadi dasar normatif bagi pembentukan sistem jaminan sosial nasional, termasuk jaminan kesehatan.⁹⁰

Implementasi konstitusi tersebut diwujudkan melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-undang ini menetapkan prinsip penyelenggaraan jaminan sosial yang bersifat wajib, nirlaba, transparan, akuntabel, serta berlandaskan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial. Dalam konteks jaminan kesehatan, Undang Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional atau SJSN mengatur bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan secara

⁹⁰ Hasbullah Thabrany, *Jaminan Kesehatan Nasional*, Edisi Kedua, Rajawali Pers, Jakarta, 2015. hlm. 25–30

nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Selanjutnya, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagai badan hukum publik yang bertugas menyelenggarakan program jaminan sosial, termasuk jaminan kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan diberi mandat untuk mengelola kepesertaan, menghimpun dan mengelola dana jaminan sosial, serta membayarkan manfaat pelayanan kesehatan kepada undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menjadi instrumen kelembagaan yang menjamin keberlangsungan operasional Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Selain itu, pengaturan jaminan kesehatan juga diperkuat melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menegaskan bahwa pembiayaan kesehatan merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam rangka menjamin akses pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas. Undang-undang ini mempertegas peran negara dalam memastikan keberlanjutan sistem pembiayaan kesehatan serta penguatan sistem pelayanan kesehatan nasional.

Pengaturan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan Jaminan kesehatan nasional diatur dalam peraturan presiden tentang Jaminan Kesehatan serta berbagai peraturan menteri yang mengatur mekanisme teknis, termasuk kepesertaan, manfaat pelayanan, tarif kapitasi, sistem rujukan, dan pengelolaan data peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI). Keseluruhan peraturan tersebut membentuk suatu rezim hukum jaminan kesehatan yang terintegrasi, yang bertujuan mewujudkan *Universal Health Coverage* secara bertahap dan berkelanjutan.

Dengan demikian, pengaturan hukum jaminan kesehatan di Indonesia menunjukkan adanya sistem normatif yang komprehensif dan berlapis. Namun, keberadaan norma yang lengkap tersebut masih memerlukan evaluasi dalam aspek implementasi, terutama dalam kaitannya dengan efektivitas perlindungan hak atas kesehatan bagi kelompok miskin dan rentan.

2. Pembagian Kewenangan Pemerintah Pusat dan Daerah

Dalam kerangka sistem ketatanegaraan Indonesia yang menganut prinsip desentralisasi, penyelenggaraan pelayanan kesehatan merupakan urusan pemerintahan yang dibagi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah menetapkan bahwa kesehatan termasuk dalam kategori urusan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Hal ini berarti bahwa pemerintah daerah

memiliki tanggung jawab konstitusional dan administratif untuk memastikan terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi masyarakat di wilayahnya.

Pemerintah pusat memiliki kewenangan dalam menetapkan kebijakan nasional, standar pelayanan minimal, regulasi sistem jaminan kesehatan, serta pengelolaan program JKN melalui BPJS Kesehatan. Pemerintah pusat juga bertanggung jawab dalam pembiayaan peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang masuk dalam kategori fakir miskin dan orang tidak mampu berdasarkan data nasional.⁹¹

Sementara itu, pemerintah daerah memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan di wilayahnya, termasuk pengelolaan fasilitas kesehatan daerah, pengawasan mutu layanan, serta pembiayaan tambahan melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Dalam konteks jaminan kesehatan, pemerintah daerah dapat membiayai kepesertaan masyarakat melalui skema PBI Daerah atau yang dikenal secara populer sebagai BPJS Gratis. Skema ini menjadi bentuk konkret pelaksanaan kewenangan daerah dalam mendukung pencapaian *Universal Health Coverage*.

⁹¹ H. Zaeni Asyhadie, Lalu Hadi Adha, dan Rahmawati Kusuma, *Perlindungan Kerja dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja Pasca-BPJS*. Rajawali Pers, Jakarta .2017., hlm. 60–64.

Pembagian kewenangan tersebut pada dasarnya dimaksudkan untuk menciptakan sinergi antara pusat dan daerah dalam mewujudkan akses pelayanan kesehatan yang merata. Namun, dalam praktiknya, variasi kapasitas fiskal dan administrasi antar daerah dapat menimbulkan ketimpangan implementasi. Daerah dengan kemampuan fiskal tinggi cenderung mampu memperluas cakupan BPJS Gratis, sementara daerah dengan keterbatasan anggaran menghadapi kesulitan dalam menjamin keberlanjutan pembiayaan.⁹²

Dari perspektif hukum kesehatan, pembagian kewenangan ini harus dilihat sebagai mekanisme koordinatif yang tetap berada dalam satu kerangka tanggung jawab negara. Meskipun terdapat pembagian urusan, tanggung jawab akhir atas pemenuhan hak atas kesehatan tetap berada pada negara sebagai satu kesatuan. Oleh karena itu, harmonisasi regulasi, koordinasi antar level pemerintahan, serta kepastian pembiayaan menjadi faktor penting dalam menilai efektivitas implementasi BPJS Gratis dalam kerangka *Universal Health Coverage*.

E. Implementasi dan Penegakan Hak atas Jaminan Kesehatan

1. Implementasi BPJS Gratis dalam Kerangka UHC

⁹² Ade Heryana dkk., *Analisis Pembiayaan Jaminan Kesehatan di Daerah*, The Asia Foundation, Jakarta, 2014. hlm. 50–56.

Universal Health Coverage (UHC) secara konseptual dipahami sebagai kondisi di mana seluruh penduduk memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial. Konsep ini mencakup tiga dimensi utama, yaitu cakupan kepesertaan (*population coverage*), cakupan manfaat layanan (*service coverage*), dan perlindungan finansial (*financial protection*). Dalam konteks Indonesia, UHC diwujudkan melalui penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Badan Penyelenggara Kesehatan Nasional Kesehatan sebagai instrumen hukum dan kebijakan publik.⁹³

Badan Penyelenggara Kesehatan Nasional Gratis, yang secara substantif merupakan skema Penerima Bantuan Iuran (PBI) Daerah, berperan sebagai mekanisme afirmatif untuk memperluas dimensi cakupan kepesertaan dan perlindungan finansial dalam UHC. Melalui pembiayaan iuran yang ditanggung pemerintah daerah, masyarakat miskin dan rentan yang belum terjangkau oleh PBI pusat dapat memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan.⁹⁴ Dalam perspektif negara kesejahteraan, kebijakan ini merupakan bentuk intervensi negara untuk mengoreksi ketimpangan struktural dalam akses pelayanan kesehatan.

⁹³ Hasbullah Thabrany, *Jaminan Kesehatan Nasional*, Edisi Kedua Rajawali Pers, Jakarta, 2015,, hlm. 3–9

⁹⁴ Ade Heryana dkk., *Analisis Pembiayaan Jaminan Kesehatan di Daerah*, The Asia Foundation, Jakarta 2014. hlm. 41–45.

Namun, implementasi BPJS Gratis tidak hanya dapat diukur dari jumlah peserta yang terdaftar secara administratif. Dalam pendekatan hukum kesehatan, keberhasilan implementasi harus dinilai dari efektivitas pemenuhan hak atas kesehatan secara substantif. Hal ini berarti bahwa peserta BPJS Gratis harus benar-benar memperoleh pelayanan kesehatan yang layak, bermutu, dan tidak diskriminatif. Apabila peserta masih menghadapi penolakan layanan, keterlambatan tindakan medis, atau hambatan administratif, maka terdapat kesenjangan antara norma hukum (*das sollen*) dan praktik implementasi (*das sein*).

Dalam teori sistem hukum Lawrence M. Friedman, implementasi kebijakan tidak hanya ditentukan oleh substansi hukum, tetapi juga oleh struktur dan budaya hukum. Substansi hukum dalam konteks BPJS Gratis telah tersedia melalui undang-undang dan peraturan pelaksana. Namun, struktur hukum yang mencakup lembaga BPJS atau Badan Penyelenggara Kesehatan Nasional, pemerintah daerah, serta fasilitas kesehatan harus mampu menjalankan norma tersebut secara efektif. Selain itu, budaya hukum masyarakat dan penyelenggara layanan juga mempengaruhi kualitas implementasi, termasuk dalam hal kepatuhan terhadap standar pelayanan dan mekanisme rujukan.

Dengan demikian, implementasi Badan Penyelenggara Kesehatan Nasional Gratis dalam kerangka UHC tidak dapat

dipahami semata sebagai kebijakan pembiayaan, melainkan sebagai bagian dari sistem hukum kesehatan yang kompleks. Evaluasi terhadap implementasi harus mempertimbangkan dimensi normatif, kelembagaan, serta praktik pelayanan yang mempengaruhi pemenuhan hak atas kesehatan.

2. Perlindungan Hukum Peserta BPJS

Sebagai peserta jaminan kesehatan nasional, individu memiliki kedudukan sebagai subjek hukum yang dilindungi oleh peraturan perundang-undangan. Perlindungan hukum terhadap peserta BPJS mencakup hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar, hak atas informasi yang jelas dan transparan, serta hak untuk mengajukan pengaduan apabila terjadi pelanggaran atau ketidaksesuaian pelayanan.⁹⁵

Dalam perspektif teori hak asasi manusia, hak atas kesehatan mengandung kewajiban negara untuk menghormati (*to respect*), melindungi (*to protect*), dan memenuhi (*to fulfill*). Kewajiban menghormati berarti negara tidak boleh melakukan tindakan yang menghambat akses pelayanan kesehatan. Kewajiban melindungi mengharuskan negara mencegah pihak ketiga, termasuk fasilitas kesehatan, melakukan pelanggaran terhadap hak peserta. Sedangkan kewajiban memenuhi mengandung makna bahwa negara harus

⁹⁵ H. Zaeni Asyhadie, Lalu Hadi Adha, dan Rahmawati Kusuma, *Perlindungan Kerja dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja Pasca-BPJS*, Rajawali Pers, Jakarta, 2017. hlm. 72–76

menyediakan sistem dan mekanisme yang memungkinkan akses pelayanan kesehatan secara nyata.⁹⁶

Perlindungan hukum peserta BPJS juga dapat dianalisis melalui teori keadilan John Rawls, khususnya prinsip difference principle yang menyatakan bahwa ketidaksamaan sosial dan ekonomi hanya dapat dibenarkan apabila memberikan manfaat terbesar bagi kelompok yang paling kurang beruntung.⁹⁷ Dalam konteks BPJS Gratis, prinsip ini menuntut agar kebijakan pembiayaan dan pelayanan kesehatan benar-benar memberikan perlindungan maksimal bagi masyarakat miskin dan rentan, bukan sekadar memenuhi target administratif kepesertaan.

Secara normatif, perlindungan hukum peserta diwujudkan melalui mekanisme pengaduan, pengawasan, serta kemungkinan penyelesaian sengketa baik secara administratif maupun melalui jalur hukum. Namun dalam praktiknya, berbagai laporan menunjukkan masih adanya hambatan dalam mekanisme pengaduan, kurangnya transparansi informasi, serta lemahnya penegakan sanksi terhadap pelanggaran pelayanan. Kondisi ini menunjukkan adanya *rights enforcement gap*, yaitu kesenjangan antara pengakuan hak dalam norma hukum dan efektivitas perlindungannya dalam praktik.

⁹⁶ Rhona K. M. Smith, *Textbook on International Human Rights* (Oxford: Oxford University Press, 2014), hlm. 281–285.

⁹⁷ John Rawls, *A Theory of Justice* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1999), hlm. 75–83.

Dengan demikian, perlindungan hukum peserta Badan Penyelenggara Kesehatan Nasional BPJS tidak hanya bergantung pada keberadaan aturan tertulis, tetapi juga pada efektivitas sistem pengawasan, koordinasi antar lembaga, serta komitmen negara dalam menjamin hak konstitusional atas kesehatan.

3. Efektivitas Regulasi dan Penegakan Hukum

Efektivitas regulasi dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan dapat dianalisis melalui teori efektivitas hukum yang dikemukakan oleh Soerjono Soekanto. Menurut Soekanto, efektivitas hukum dipengaruhi oleh lima faktor utama, yaitu substansi hukum, aparat penegak hukum, sarana atau fasilitas pendukung, masyarakat, dan budaya hukum. Kelima faktor tersebut saling berkaitan dalam menentukan sejauh mana suatu norma hukum dapat berfungsi sebagaimana mestinya.⁹⁸

Dalam konteks BPJS Gratis, substansi hukum telah tersedia melalui kerangka peraturan yang relatif komprehensif. Namun, efektivitasnya sangat bergantung pada kapasitas lembaga pelaksana, kecukupan anggaran, sistem pengawasan, serta kepatuhan fasilitas kesehatan terhadap standar pelayanan. Ketidakseimbangan antara pendapatan iuran dan beban klaim pelayanan, permasalahan validitas data PBI, serta koordinasi yang kurang optimal antara

⁹⁸ Soerjono Soekanto, *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penegakan Hukum* Rajawali Pers, Jakarta. 2014. hlm. 8–10.

pemerintah pusat dan daerah merupakan contoh faktor struktural yang dapat mempengaruhi efektivitas regulasi.⁹⁹

Penegakan hukum dalam sistem jaminan kesehatan tidak selalu berbentuk penegakan represif melalui sanksi pidana atau perdata, melainkan lebih sering berbentuk penegakan administratif dan pengawasan regulatif. Mekanisme audit, evaluasi kepatuhan, serta pengaturan kontraktual antara Badan Penyelenggara Kesehatan Nasional dan fasilitas kesehatan merupakan bagian dari sistem penegakan hukum administratif. Namun, apabila pelanggaran pelayanan berdampak pada kerugian peserta, maka jalur hukum perdata maupun mekanisme pengawasan oleh lembaga independen dapat menjadi instrumen korektif.¹⁰⁰

Dalam perspektif negara kesejahteraan, efektivitas regulasi jaminan kesehatan tidak hanya dinilai dari kepatuhan formal terhadap peraturan, tetapi dari sejauh mana sistem tersebut mampu menjamin akses pelayanan kesehatan secara merata dan berkeadilan. Apabila regulasi tidak mampu menjawab tantangan implementasi di lapangan, maka diperlukan evaluasi normatif dan kemungkinan reformulasi kebijakan guna memastikan tercapainya tujuan *Universal Health Coverage secara substantif*.¹⁰¹

⁹⁹ Hasbullah Thabrany, *Jaminan Kesehatan Nasional*, Edisi Kedua, Rajawali Pers, Jakarta, 2015, hlm. 142–148

¹⁰⁰ H. Zaeni Asyhadie, Lalu Hadi Adha, dan Rahmawati Kusuma, *Perlindungan Kerja dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja Pasca-BPJS*, Rajawali Pers, Jakarta, 2017, hlm. 88–93

¹⁰¹ Satjipto Rahardjo, *Sosiologi Hukum: Perkembangan Metode dan Pilihan Masalah*. Y Genta Publishing. Yogyakarta. 2010, hlm. 145–148

BAB III

PELAKSANAAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) GRATIS *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* (UHC) DIKAJI DALAM ASPEK HUKUM KESEHATAN

A. Gambaran Umum Tentang Pelaksanaan BPJS dan Gratis *Universal Health Coverage* (UHC)

1. Gambaran Umum Program BPJS Gratis dan *Universal Health Coverage* (UHC)

Program BPJS Gratis merupakan bentuk kebijakan jaminan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat miskin, tidak mampu, dan kelompok tertentu yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Dalam praktiknya, istilah BPJS Gratis lebih dikenal masyarakat sebagai program pembiayaan iuran BPJS Kesehatan bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) maupun peserta Pekerja Bukan Penerima Upah Pemerintah Daerah (PBPU Pemda).¹⁰²

Universal Health Coverage (UHC) sendiri merupakan kondisi ketika seluruh penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial.

¹⁰² Dicky Widiyanto Pamungkas, “BPJS Sebagai Persyaratan Pelayanan Publik yang Telah Melanggar Asas Kebebasan Berkontrak,” *Jurnal Hukum dan Pembangunan Ekonomi*, Vol. 10, No. 2, 2022, hlm. 191.

Dalam konteks Indonesia, pencapaian UHC diwujudkan melalui penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan yang didukung oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

Pelaksanaan BPJS Gratis di daerah menjadi bagian penting dalam mendukung pencapaian UHC, khususnya bagi masyarakat yang belum mampu membayar iuran secara mandiri. Pemerintah daerah berperan dalam mendaftarkan dan membayarkan iuran masyarakat miskin dan tidak mampu melalui skema PBPUPemda atau PBI Daerah, sesuai dengan kemampuan fiskal daerah masing-masing.

2. Mekanisme Pelaksanaan Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Gratis oleh Pemerintah Daerah

Dalam pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Gratis, pemerintah daerah melakukan beberapa tahapan, yaitu:

a. Pendataan dan Penetapan Peserta

Pendataan peserta dilakukan oleh pemerintah daerah melalui koordinasi antara Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil, serta oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Peserta yang memenuhi kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu

dapat ditetapkan sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK), sedangkan masyarakat lain yang didaftarkan oleh pemerintah daerah dapat dimasukkan dalam skema Pekerja Bukan Penerima Upah atau PBPU Pemerintah Daerah. Ketentuan ini didasarkan pada Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020, yang mengatur bahwa peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) ditetapkan berdasarkan data fakir miskin dan orang tidak mampu yang dikelola oleh pemerintah.

b. Verifikasi dan Validasi Data

Pemerintah daerah wajib melakukan verifikasi dan validasi data peserta secara berkala untuk memastikan bahwa peserta yang terdaftar benar-benar memenuhi syarat. Verifikasi dilakukan terhadap data kependudukan, status sosial ekonomi, serta kemungkinan adanya data ganda, peserta meninggal dunia, atau peserta yang telah pindah domisili. Ketentuan mengenai verifikasi dan validasi data tersebut diatur dalam Peraturan Menteri Sosial Nomor 21 Tahun 2019 tentang Persyaratan dan Tata Cara Perubahan Data Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

c. Perencanaan dan Penganggaran

Setelah data peserta ditetapkan, pemerintah daerah menyusun perencanaan anggaran berdasarkan jumlah peserta yang akan dibiayai dalam satu tahun anggaran. Perhitungan dilakukan berdasarkan jumlah peserta aktif, proyeksi penambahan peserta baru, dan besaran iuran yang ditetapkan pemerintah. Penganggaran tersebut dimasukkan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) sesuai dengan kemampuan fiskal daerah. Ketentuan mengenai kewajiban penganggaran oleh pemerintah daerah diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 15 Tahun 2024 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun Anggaran 2025.

d. Pembayaran Iuran

Pembayaran iuran dilakukan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah sesuai dengan pembagian kewenangan masing-masing. Pemerintah pusat membayarkan iuran peserta yang berasal dari kelompok fakir miskin dan orang tidak mampu, sedangkan pemerintah daerah membayarkan iuran peserta yang didaftarkan melalui skema Pekerja Bukan Penerima Upah atau PBPU Pemerintah Daerah. Ketentuan mengenai pembayaran iuran tersebut diatur dalam Peraturan

Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, khususnya Pasal 28 dan Pasal 29.

3. Tanggung Jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Gratis

Pemerintah pusat bertanggung jawab terhadap pembiayaan peserta yang termasuk kategori fakir miskin dan orang tidak mampu berdasarkan data kemiskinan. Sementara itu, pemerintah daerah bertanggung jawab terhadap pembiayaan peserta Pekerja bukan penerima upah pemerintah daerah dan peserta penerima bantuan iuran daerah yang belum tercakup dalam pembiayaan pemerintah pusat.

Pembagian tanggung jawab tersebut dilakukan berdasarkan kemampuan keuangan masing-masing daerah. Pemerintah Provinsi Jawa Barat, misalnya, memberikan kontribusi sebesar Rp2.100 per orang per bulan sesuai kapasitas fiskal daerah kategori sedang. Selain itu, pemerintah provinsi juga memberikan bantuan keuangan khusus kepada kabupaten/kota untuk mendukung pembiayaan daerah.

B. Uraian Tentang Hasil Wawancara yang Telah Dilakukan Dengan Narasumber

1. Kutipan Wawancara Dengan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat

Pemerintah Provinsi Jawa Barat menerima wawancara peneliti dan menjawab dengan jelas beberapa pertanyaan Peneliti. Pertanyaan pertama yang ditanyakan peneliti kepada Kepala Dinas Kesehatan provinsi Jawa Barat adalah Bagaimana kebijakan pemerintah daerah Provinsi Jawa Barat dalam penyelenggaraan program BPJS gratis (PBI APBD). Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat menjawab, “ Seperti yang diketahui bersama bahwa nomenklatur BPJS Gratis di daerah tidak secara khusus disebut sebagai BPJS Gratis, melainkan menggunakan istilah PBI JK dan PBPU Pemda. PBI JK singkatan dari Penerima bantuan Iuran Jaminan Kesehatan merupakan peserta fakir miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayarkan pemerintah pusat atau daerah, sedangkan Pekerja Bukan Penerima Upah Pemerintah daerah atau biasa disebut sebagai PBPU Pemda merupakan peserta yang didaftarkan oleh pemerintah daerah kabupaten dan kota ”.

Menurut penjelasan kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, Pemerintah Provinsi Jawa Barat telah melaksanakan kewajiban pembayaran kontribusi iuran PBI JK sejak tahun 2021 sesuai ketentuan Peraturan Menteri Keuangan Nomor

78/PMK.02/2020. Selain itu, Pemerintah Provinsi Jawa Barat juga memberikan bantuan keuangan khusus kepada kabupaten/kota melalui Peraturan Gubernur Jawa Barat Nomor 2 Tahun 2025 tentang Bantuan Pembiayaan Kesehatan. Iuran Peserta PBPU (Pekerja Bukan Penerima Upah) dan BP (Bukan Pekerja) dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Kelas III dan bantuan iuran bagi Peserta PBPU dan BP dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Kelas III oleh Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Daerah

Dalam peraturan gubenur disebutkan bahwa untuk menjamin keberlangsungan dan kesehatan keuangan Jaminan Kesehatan, Pemerintah daerah berkontribusi dalam membayar Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sesuai kapasitas fiskal daerah dan kontribusi iuran bagi Peserta penerima bantuan iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dibayar oleh Pemerintah Daerah mulai tahun 2021.

Selain kontribusi iuran bagi masyarakat miskin, Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Barat juga memberikan dukungan pembiayaan jaminan kesehatan untuk peserta pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan bantuan bagi bukan pekerja (BP) yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten atau Kota sesuai Peraturan Gubernur Jawa Barat Nomor 2 Tahun 2025, melalui bantuan keuangan khusus Provinsi yang diberikan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dengan memperhatikan kemandirian fiskal daerah Kabupaten dan

Kota, indikator capaian Kesehatan dan kemampuan keuangan Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Barat

Peneliti kemudian bertanya kepada narasumber tentang bagaimana proses verifikasi data peserta. Narasumber dalam hal ini Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat menjelaskan, “verifikasi data peserta dilakukan secara berkala setiap bulan melalui aplikasi DIVA Jabar dan koordinasi dengan Dinas Sosial, Disdukcapil, serta Badan Pusat Statistik. Tujuan verifikasi ini adalah untuk memastikan bahwa bantuan iuran benar-benar tepat sasaran dan tidak terjadi pembayaran ganda”

2. Kutipan Wawancara Dengan Dinas Kesehatan Kota Bandung

Hasil wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung menunjukkan bahwa Pemerintah Kota Bandung tidak membatasi status ekonomi dalam pemberian jaminan kesehatan daerah, sepanjang masyarakat tersebut merupakan warga Kota Bandung dan bersedia dirawat di kelas III. Hal ini menunjukkan bahwa Kota Bandung menerapkan kebijakan jaminan kesehatan yang lebih luas dibandingkan hanya berbasis kemiskinan. Beliau menjelaskan “Pemerintah menyediakan pembiayaan jaminan kesehatan untuk warga Kota Bandung dibuktikan dengan Kartu Tanda Penduduk atau kartu Keluarga masih sebagai warga Kota Bandung dalam catatan Disdukcapil, melalui anggaran daerah yang

pelaksanaannya diatur oleh Peraturan Wali Kota. Pemerintah tidak membatasi status ekonomi untuk mendapatkan jaminan kesehatan, selama penduduk kota Bandung bersedia dirawat di kelas 3 dan tidak bisa naik kelas. Pembiayaan jaminan kesehatan tersebut melalui skema kepesertaan BPJS Kesehatan”

Peneliti bertanya tentang bagaimana proses perencanaan dan penganggaran yang dilakukan oleh Pemerintah Kota Bandung, Narasumber menjelaskan “ Proses perencanaan dan penganggaran yang dilakukan Kota Bandung dengan cara melakukan rekonsiliasi data kepesertaan setiap bulan yang melibatkan Dinas Kesehatan, Disdukcapil, Dinas Sosial, dan BPJS Kesehatan. Rekonsiliasi dilakukan untuk memastikan data peserta aktif, peserta meninggal, dan peserta yang pindah domisili selalu diperbarui sehingga penggunaan APBD tepat sasaran”

Narasumber menjelaskan lebih lanjut bahwa, Pemerintah Kota Bandung menyatakan bahwa sampai saat ini tidak terdapat kendala signifikan dalam pembayaran iuran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Gratis. Apabila terjadi keterbatasan anggaran, penyelesaiannya dilakukan melalui pembicaraan bersama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial BPJS Kesehatan berdasarkan perjanjian kerja sama yang berlaku.

Peneliti kemudian bertanya tentang apakah program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial BPJS gratis pengaruhnya signifikan terhadap derajat kesehatan masyarakat, kepala dinas kesehatan kota Bandung menjelaskan “Program BPJS gratis pengaruhnya cukup signifikan terhadap akses dan derajat kesehatan masyarakat di kota Bandung. Bentuk pemanfaatan pemberian jaminan kesehatan mayoritas dilakukan melalui aspek pelayanan kesehatan. Sementara dalam teori *HL Blum* aspek pelayanan kesehatan hanya memberikan kontribusi peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebesar 20%. Dilihat dari proporsinya derajat kesehatan masyarakat kota Bandung dengan pendanaan jaminan kesehatan ini tidak lebih dari 20%.”

Peneliti kemudian menanyakan tentang bagaimana jika pemerintah Kota Bandung tidak bisa membayar kewajiban kepada BPJS Kesehatan, Narasumber menjelaskan “Dalam program ini pemerintah kota Bandung selalu berkoordinasi dengan pemerintah daerah provinsi dan pemerintah pusat dalam menjamin keberlanjutan pembiayaan program BPJS gratis, koordinasi pembiayaan terjalin baik dengan Pemerintah Provinsi Jawa Barat. Bahkan Pemprov Jabar memberikan bantuan pembiayaan sampai 120M. Namun tahun ini hanya memberikan 9 M.

3. Kutipan Wawancara Dengan Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur

Pertanyaan pertama yang peneliti tanyakan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur adalah apakah Kota Kabupaten yang ada di Provinsi NTT sudah mempunyai program kesehatan gratis *Universal Health Coverage* UHC? Beliau menjawab “Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Timur mempunyai dua puluh satu kabupaten dan satu kota, di mana semua kabupaten dan kota sudah memiliki program UHC dan sudah memiliki perjanjian kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial BPJS Kesehatan untuk mendaftarkan Penduduk miskin dan atau tidak mampu yang belum memiliki jaminan Kesehatan menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) segmentasi Penerima Bantuan Iuran daerah atau PBI APBD”

Peneliti menanyakan kepada narasumber tentang bagaimana pelaksanaan dalam melakukan perencanaan dan penganggaran pembiayaan kesehatan gratis. Narasumber menjelaskan bahwa “Pemerintah daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur memilah penduduk berdasarkan data penduduk miskin dari dinas Sosial yang tidak memiliki jaminan Kesehatan dari segmentasi PBI JK atau Penerima bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, maka Pemerintah Daerah mengalokasikan anggaran untuk Penduduk miskin dan atau

tidak mampu menjadi Peserta JKN atau Jaminan Kesehatan nasional Segmentasi Penerima bantuan Iuran daerah atau PBI APBD dan Pembiayaan bersumber dari Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT), yaitu transfer dana bagi hasil dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah”

Narasumber menjelaskan lebih jauh “Peserta ditentukan berdasarkan data masyarakat miskin dan atau tidak mampu dari Dinas Sosial kabupaten dan /kota yang terdapat dalam Data terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) yang sekarang dikenal dengan Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional (DTSEN), yang masuk dalam desil 1-5, data tersebut kemudian ditetapkan dengan Surat Keputusan Gubernur dan Surat Keputusan Bupati sebagai Penerima Bantuan Iuran atau PBI APBD”

Pertanyaan berikutnya yang ditanyakan oleh peneliti adalah apakah ada kendala dalam pengalokasian anggaran atau pembiayaan iuran kesehatan gratis. Narasumber menjawab “ada beberapa kendala dalam penganggaran diantaranya ada kendala efisiensi anggaran dari pemerintah pusat yang berpengaruh terhadap kemampuan keuangan daerah untuk mendaftarkan penduduk miskin yang belum menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN, melihat hal ini pemerintah daerah membuat beberapa terobosan jika terjadi keterbatasan dan defisit anggaran dalam pembiayaan

diantaranya Pemerintah Daerah melalui Dinas Sosial melakukan verifikasi ulang peserta penerima bantuan sesuai DTSEN, dan menonaktifkan peserta yang sudah tidak memenuhi syarat untuk menerima bantuan iuran yaitu masyarakat yang sudah masuk DESIL 6-10, kecuali masyarakat yang memiliki penyakit kronis”

Peneliti kemudian menanyakan tentang pembagian tanggung jawab antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Narasumber menjawab “ hal itu sudah diatur dalam Instruksi Presiden no. 1 Tahun 2022 dimana Pemerintah pusat bertanggung jawab atas kebijakan strategis nasional, regulasi, dan keberlanjutan finansial program. Namun, pelaksanaan teknis dan pelayanan langsung di lapangan sangat bergantung pada peran aktif pemerintah daerah. Pemerintah daerah bertanggung jawab untuk mengintegrasikan program lokal ke dalam JKN dan memastikan kepesertaan penduduknya. Tantangan utama saat ini adalah penguatan peran Pemda dalam mengatasi tunggakan iuran, meningkatkan cakupan peserta aktif, dan memastikan pembayaran iuran PBI APBD tepat waktu. Selama ini peran pusat dan daerah sudah berjalan baik, namun masih terkendala karena efisiensi anggaran dari pemerintah pusat sehingga ada peserta yang harus di non aktifkan. Solusi dari pemerintah daerah Provinsi NTT salah satunya adalah mendorong masyarakat yang masuk dalam desil 1-5

untuk diakomodir menjadi peserta Jaminan Kesehatan nasional segmentasi Penerima Bantuan Iuran jaminan Kesehatan atau yang sering disebut PBI JK”

4. Kutipan wawancara dengan Kepala cabang BPJS Kesehatan Provinsi DKI Cabang Jakarta Barat

Dari hasil wawancara dengan Kepala Cabang BPJS Kesehatan DKI Cabang jakarta barat , peneliti menanyakan tentang bagaimana proses penetapan peserta BPJS kesehatan di wilayah Provinsi DKI Jakarta. Narasumber menjawab, “Mekanisme penetapan peserta BPJS gratis Penerima Bantuan Iuran dari APBD) di wilayah provinsi DKI berdasarkan usulan dari dinas kesehatan Provinsi DKI melalui setiap puskesmas yang ada di Jakarta. Warga Jakarta dapat mengajukan melalui puskesmas, dan puskesmas akan melakukan validasi apakah warga tersebut dapat memenuhi kriteria untuk diusulkan sebagai penerima bantuan iuran atau tidak. Apabila memenuhi kriteria maka data warga tersebut akan didaftarkan ke kantor cabang BPJS kesehatan setempat”

Menurut beliau penetapan peserta BPJS gratis (PBI) pada prinsipnya dilakukan berdasarkan data tunggal sosial ekonomi nasional (DTSEN) yang ditetapkan pemerintah pusat dan diverifikasi secara berkala oleh pemerintah daerah. Mekanisme ini

bertujuan memastikan bahwa masyarakat miskin dan tidak mampu memperoleh perlindungan jaminan kesehatan secara adil.

Pertanyaan kedua peneliti kepada Kepala cabang BPJS DKI Jakarta adalah tentang adanya ketidaksesuaian dilapangan tentang masyarakat yang memerlukan bantuan tapi tidak mendapatkan dan masyarakat yang mampu secara ekonomi tapi terdaftar dalam data DTSEN Data Terpadu Sosial Ekonomi Nasional dan mendapat bantuan jaminan kesehatan gratis. Kemudian narasumber menjelaskan “ Terkait hal ini masih terdapat tantangan yang besar bagi program BPJS Kesehatan gratis ini yaitu adanya ketimpangan *exclusion error* (masyarakat miskin belum terdaftar) dan *inclusion error* (masyarakat mampu justru terdaftar sebagai Penerima Bantuan Iuran atau PBI). Hal ini juga dapat disebabkan oleh perspektif pimpinan daerah yang tidak ingin ada keluhan di masyarakat terkait masalah akses pelayanan kesehatan sehingga menurunkan sensitifitas verifikasi dan validasi oleh puskesmas. Untuk mengatasi hal tersebut, dilakukan mekanisme pemutakhiran data, verifikasi lapangan, serta koordinasi antara dinas sosial dan pemerintah daerah”

Narasumber menjelaskan lebih lanjut “Secara konseptual, distribusi kepesertaan penerima bantuan iuran telah mencerminkan asas keadilan sosial karena pembiayaan ditanggung negara bagi

kelompok rentan. Namun, optimalisasi akurasi data dan pengawasan tetap diperlukan agar prinsip equity benar-benar tercapai. Menurut beliau dalam menangani kasus exclusion error (masyarakat miskin yang belum terdaftar sebagai PBI) dan inclusion error (masyarakat mampu yang justru terdaftar sebagai PBI), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Kesehatan pada prinsipnya bekerja melalui mekanisme koordinatif dan administratif, karena kewenangan penetapan data PBI berada pada pemerintah melalui kementerian/lembaga terkait dan pemerintah daerah”

Beliau menjelaskan lebih lanjut, “Untuk kasus exclusion error, BPJS Kesehatan biasanya mengarahkan masyarakat agar mengajukan usulan melalui pemerintah desa/kelurahan dan dinas sosial setempat untuk dilakukan verifikasi dan validasi data. Jika memenuhi kriteria, data akan diusulkan masuk dalam pembaruan basis data kesejahteraan sosial dan selanjutnya ditetapkan sebagai peserta PBI. Dalam kondisi tertentu, pemerintah daerah juga dapat mengakomodasi melalui skema PBI APBD melalui puskesmas sebagai solusi sementara. BPJS juga mendukung integrasi dan sinkronisasi data lintas instansi guna meminimalkan ketidaktepatan sasaran. Dengan demikian, penanganan kedua jenis kesalahan tersebut dilakukan melalui perbaikan sistem data, koordinasi antar

instansi, serta mekanisme pengaduan dan verifikasi ulang untuk menjaga asas keadilan dan ketepatan sasaran program”

Pertanyaan peneliti berikutnya adalah bagaimana jika ada tunggakan pembayaran dari pemerintah daerah, Narasumber menjelaskan “Pembayaran iuran yang bersumber dari Anggaran daerah, dan BPJS Kesehatan pada prinsipnya menempuh mekanisme administratif dan koordinatif terlebih dahulu, karena hubungan pembiayaan antara BPJS dan pemerintah daerah bersifat kerja sama kelembagaan dalam kerangka pelaksanaan program nasional. Langkah awal biasanya berupa pemberitahuan resmi dan klarifikasi kepada pemerintah daerah terkait jumlah dan periode tunggakan. Selanjutnya dilakukan koordinasi melalui pertemuan teknis untuk mencari solusi penyelesaian, termasuk penjadwalan ulang pembayaran atau penyesuaian alokasi anggaran dalam perubahan APBD atau Anggaran Pendapatan dan Belanja daerah.

Narasumber menjelaskan lebih lanjut “Secara normatif, kewajiban pemerintah daerah untuk membiayai peserta penerima bantuan iuran PBI APBD memiliki dasar hukum dalam regulasi JKN atau Jaminan Kesehatan nasional dan peraturan perundang-undangan terkait keuangan daerah. Oleh karena itu, apabila tunggakan berlanjut dan tidak terdapat itikad penyelesaian, mekanisme pengawasan dapat melibatkan kementerian terkait, seperti kementerian dalam negeri, dalam rangka pembinaan dan

pengawasan keuangan daerah. Namun demikian, prinsip utama yang dijaga adalah bahwa peserta tidak boleh dirugikan akibat kendala administratif atau fiskal pemerintah daerah. Dengan demikian, pendekatan hukum yang ditempuh lebih mengedepankan penyelesaian administratif dan koordinatif dibandingkan langkah litigasi, demi menjaga keberlangsungan pelayanan dan stabilitas sistem Jaminan Kesehatan Nasional”

Peneliti kemudian melakukan pertanyaan terakhir kepada Kepala BPJS Kesehatan cabang Jakarta barat, peneliti bertanya tentang. bagaimana konstruksi pertanggungjawaban yang ideal agar program kesehatan gratis tetap berkelanjutan. Narasumber menjawab “ Konstruksi pertanggungjawaban yang ideal mencakup kejelasan pembagian kewenangan, kepastian hukum pembiayaan, serta mekanisme pengawasan yang efektif. Pemerintah pusat dan daerah perlu memiliki komitmen fiskal yang terencana dan berkelanjutan, didukung oleh sistem data yang akurat untuk memastikan ketepatan sasaran. Selain itu, diperlukan integrasi sistem keuangan dan monitoring pembayaran secara real time, transparansi anggaran, serta penguatan mekanisme evaluasi berkala. Dalam kerangka tata kelola yang baik (*good governance*), akuntabilitas, transparansi, dan koordinasi lintas sektor menjadi fondasi utama agar program kesehatan gratis tetap berjalan secara

adil, efektif, dan berkelanjutan dalam mendukung *Universal Health Coverage*.”

BAB IV

ANALISIS IMPLEMENTASI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) GRATIS *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* (UHC) DIKAJI DALAM ASPEK HUKUM KESEHATAN

A. Implementasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Gratis Ditinjau dari Asas dan Prinsip Hukum Kesehatan, Khususnya Asas Keadilan, Kepastian Hukum, dan Kemanfaatan

Hak atas kesehatan merupakan hak konstitusional yang dijamin dalam Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Ketentuan tersebut menegaskan bahwa negara bertanggung jawab untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan menjamin kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat.

Jaminan Kesehatan nasional diselenggarakan berdasarkan prinsip gotong royong, di mana peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, serta prinsip nirlaba, keterbukaan, dan akuntabilitas. Selain itu, JKN juga menerapkan prinsip kepesertaan wajib dan portabilitas, yang memungkinkan peserta tetap mendapatkan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah

Indonesia. Prinsip-prinsip ini menjadi dasar penting dalam mewujudkan sistem jaminan kesehatan yang adil dan berkelanjutan.

Peserta Jaminan kesehatan nasional terdiri atas dua kelompok utama, yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan non-PBI. Kelompok PBI adalah masyarakat miskin dan rentan yang iurannya ditanggung oleh pemerintah, sedangkan non-PBI terdiri atas pekerja formal, pekerja informal, dan bukan pekerja yang membayar iuran secara mandiri atau melalui pemberi kerja. Dengan sistem ini, jaminan kesehatan nasional berupaya menjangkau seluruh lapisan masyarakat tanpa terkecuali.

Manfaat yang diberikan oleh jaminan kesehatan nasional mencakup pelayanan kesehatan secara menyeluruh, mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif. Pelayanan kesehatan tersebut diberikan melalui sistem rujukan berjenjang, yang dimulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas atau klinik, hingga fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan seperti rumah sakit. Sistem ini dirancang untuk meningkatkan efisiensi pelayanan sekaligus memastikan pemerataan akses kesehatan.

Dalam konteks program kesehatan gratis, tanggung jawab negara tersebut diwujudkan melalui penyelenggaraan Sistem

Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 dan pembentukan BPJS berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Kedua undang-undang tersebut menjadi landasan normatif bagi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), termasuk bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah.

Sistem kesehatan disusun untuk mencapai keseimbangan fungsi sebuah sistem kesehatan agar seluruh anggota masyarakat menikmati hidup sehat produktif. Sebuah sistem kesehatan yang baik harus bisa berfungsi terus-menerus dalam jangka panjang menyangkut anggota kumpulan (seluruh penduduk di suatu wilayah atau suatu negeri). Karena manusia diberikan kesehatan yang berlaku di suatu negeri disebut Sistem Kesehatan Nasional atau SKN.

Secara normatif, program BPJS Gratis telah memiliki dasar hukum yang cukup kuat. Pasal 14 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 menegaskan bahwa iuran bagi peserta PBI dibayar oleh pemerintah. Selanjutnya, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan juga mempertegas bahwa pemerintah pusat dan pemerintah daerah memiliki tanggung jawab dalam penyediaan pembiayaan kesehatan.

Perlindungan kesehatan adalah kebutuhan dasar sehingga eksistensi hukum kesehatan di Indonesia hadir bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pengaturan hukum kesehatan tersebut diselenggarakan secara terpadu dengan pengelolaan sumber daya kesehatan, pembiayaan, serta peran serta masyarakat guna menjamin tercapainya tujuan tersebut¹⁰³.

Dalam perspektif hukum kesehatan, penyelenggaraan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tidak hanya dinilai dari keberadaan norma hukum dan kebijakan, tetapi juga dari sejauh mana implementasinya mencerminkan asas keadilan dan prinsip non-diskriminasi. Keadilan dalam kebijakan jaminan kesehatan menuntut agar kelompok masyarakat yang paling rentan dan tidak mampu memperoleh perlindungan yang memadai. Sejalan dengan teori keadilan yang dikemukakan oleh John Rawls, suatu kebijakan publik dikatakan adil apabila memberikan manfaat terbesar bagi kelompok yang paling tidak beruntung.¹⁰⁴ Oleh karena itu, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Gratis sebagai skema pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu seharusnya

¹⁰³ Rd. Hj. Dewi Asri Yustia dan Hj. Utari Dewi Fatimah, “Pembaharuan Hukum Kesehatan terhadap Tindakan Euthanasia dalam Rangka Memberikan Kepastian Hukum dan Perlindungan Hukum bagi Pasien dan Dokter”, *Jurnal Litigasi*, Vol. 19 No. 1, 2018, hlm. 52–88.

¹⁰⁴ John Rawls, *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge, 1999, hlm. 266–267.

menjadi instrumen korektif untuk mengurangi ketimpangan akses layanan kesehatan.¹⁰⁵

Dengan demikian, BPJS Gratis bukan semata-mata kebijakan bantuan sosial yang bersifat sukarela, tetapi merupakan kewajiban hukum negara dalam memenuhi hak atas kesehatan masyarakat, khususnya masyarakat miskin dan tidak mampu.

Dalam perspektif teori *welfare state*, negara memiliki kewajiban untuk melindungi masyarakat dari risiko sosial, termasuk risiko kesehatan. Negara tidak cukup hanya membuat regulasi, tetapi juga harus memastikan bahwa masyarakat memperoleh akses pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Selain itu, dalam perspektif teori keadilan John Rawls, program kesehatan gratis dapat dipahami sebagai bentuk kebijakan afirmatif yang ditujukan untuk memberikan manfaat terbesar kepada kelompok masyarakat yang paling tidak beruntung. Masyarakat miskin dan tidak mampu merupakan kelompok yang paling rentan terhadap hambatan akses pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, pembiayaan iuran BPJS oleh negara merupakan bentuk implementasi prinsip *difference principle* yang dikemukakan Rawls.¹⁰⁶

¹⁰⁵ Adenantera, Dwicaksono dkk, *Analisis Pembiayaan Jaminan Kesehatan di Daerah* seri advokasi universalisasi pelayanan kesehatan, The Asia Foundation, Bandung, 2010. Halm 23-26

¹⁰⁶ John Rawls, *A Theory of Justice*, Cambridge: Harvard University Press, 19, hlm. 75-83.

Namun demikian, meskipun pengaturan hukumnya sudah cukup komprehensif, masih terdapat beberapa kelemahan normatif. Salah satunya adalah belum adanya pengaturan yang lebih rinci mengenai sanksi terhadap pemerintah daerah yang menunggak pembayaran iuran peserta penerima bantuan iuran PBI APBD. Selama ini sanksi yang diterapkan lebih bersifat administratif, seperti teguran, pembinaan, dan pengawasan dari pemerintah pusat.

Secara empiris, implementasi program kesehatan gratis menunjukkan bahwa pemerintah pusat dan pemerintah daerah telah berupaya memperluas cakupan kepesertaan menuju *Universal Health Coverage* (UHC). Berbagai daerah telah mencapai status UHC melalui pembiayaan peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBD maupun Pekerja Bukan Penerima Upah atau PBPU Pemerintah daerah. Hal ini menunjukkan bahwa program kesehatan gratis telah menjadi instrumen penting dalam mendukung pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat.

Pemerintah pusat memiliki peran utama dalam menetapkan kebijakan nasional, menyusun regulasi, menetapkan segmentasi kepesertaan, serta membiayai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang berasal dari kelompok fakir miskin dan orang tidak mampu. Di sisi lain, pemerintah daerah memiliki peran untuk memastikan bahwa masyarakat di wilayahnya memperoleh akses terhadap

Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN melalui skema Penerima Bantuan Iuran atau PBI APBD maupun Pekerja Bukan Penerima Upah atau PBPU Pemda.

Implementasi program Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis di tingkat daerah pada umumnya dimulai dari proses pendataan dan penetapan peserta. Pemerintah daerah melakukan pendataan masyarakat yang belum memiliki jaminan kesehatan melalui koordinasi antara Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil, pemerintah desa atau kelurahan, dan Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis Kesehatan. Setelah data dikumpulkan, dilakukan proses verifikasi dan validasi untuk memastikan bahwa peserta yang menerima bantuan memang benar-benar memenuhi syarat.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa Pemerintah Provinsi Jawa Barat dan Pemerintah Kota Bandung telah memiliki mekanisme verifikasi dan rekonsiliasi data yang relatif baik. Pemerintah Provinsi Jawa Barat melakukan sinkronisasi data kepesertaan secara berkala bersama pemerintah pusat dan Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis Kesehatan. Sementara itu, Pemerintah Kota Bandung melakukan rekonsiliasi data setiap bulan dengan melibatkan Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Disdukcapil, dan Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis Kesehatan untuk

memastikan bahwa peserta yang telah meninggal dunia, pindah domisili, atau tidak lagi memenuhi syarat dapat segera dinonaktifkan.

Dalam aspek pembiayaan, pemerintah daerah mengalokasikan anggaran berdasarkan jumlah peserta tahun sebelumnya ditambah estimasi penambahan peserta pada tahun berjalan. Rekonsiliasi data yang dilakukan secara berkala sangat penting karena berpengaruh langsung terhadap besaran anggaran yang harus disediakan oleh pemerintah daerah.

Di Kota Bandung, implementasi program Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis atau BPJS Gratis memiliki karakteristik yang cukup berbeda dibandingkan daerah lain. Pemerintah Kota Bandung tidak membatasi status ekonomi penerima bantuan, selama masyarakat tersebut merupakan warga Kota Bandung dan bersedia mendapatkan pelayanan di kelas III. Kebijakan ini menunjukkan bahwa pemerintah daerah tidak hanya menjadikan kemiskinan sebagai satu-satunya dasar pemberian bantuan, tetapi juga menempatkan jaminan kesehatan sebagai hak dasar warga kota.

Walaupun demikian, implementasi Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis Gratis di lapangan masih menghadapi sejumlah kendala, diantaranya,

1. Masih terdapat masalah ketidaktepatan data peserta. Dalam praktiknya, masih ditemukan peserta yang meninggal dunia, pindah domisili, berubah status pekerjaan, atau tidak lagi memenuhi syarat tetapi masih tercatat sebagai peserta aktif. Permasalahan data ini menyebabkan penggunaan anggaran daerah menjadi tidak optimal dan dapat mengurangi kesempatan bagi masyarakat lain yang lebih membutuhkan.
2. Terdapat ketimpangan kemampuan fiskal antar daerah. Daerah dengan kemampuan fiskal yang tinggi cenderung lebih mampu memperluas cakupan peserta Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis dan menjaga kesinambungan pembayaran iuran. Sebaliknya, daerah dengan kemampuan fiskal rendah lebih rentan mengalami keterbatasan anggaran, sehingga tidak semua masyarakat yang membutuhkan dapat didaftarkan menjadi peserta.
3. Terdapat risiko keterlambatan pembayaran iuran oleh pemerintah daerah. Beberapa daerah masih mengalami tunggakan pembayaran karena keterbatasan anggaran atau karena dana yang dialokasikan telah habis sebelum akhir tahun anggaran. Kondisi ini menunjukkan bahwa keberlanjutan program Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis masih sangat bergantung pada kondisi keuangan daerah.

4. Implementasi Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis juga dipengaruhi oleh kualitas koordinasi antarinstansi. Program ini tidak dapat dijalankan hanya oleh satu institusi, melainkan membutuhkan koordinasi yang kuat antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, BPJS Kesehatan, Dinas Sosial, Disdukcapil, fasilitas kesehatan, dan lembaga pengawas. Apabila koordinasi tidak berjalan dengan baik, maka akan timbul berbagai persoalan seperti data yang tidak sinkron, keterlambatan pembayaran, serta pelayanan yang tidak optimal.
5. Peningkatan jumlah peserta menyebabkan beban pelayanan di fasilitas kesehatan semakin tinggi. Semakin banyak peserta yang mengakses layanan kesehatan berimplikasi pada meningkatnya antrian pasien, keterbatasan tenaga kesehatan, keterbatasan ruang rawat inap, dan meningkatnya beban kerja fasilitas kesehatan. Oleh karena itu, perluasan kepesertaan harus diikuti dengan peningkatan kapasitas fasilitas kesehatan agar kualitas pelayanan tetap terjaga.

Dari uraian tersebut dapat dilihat bahwa implementasi program Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan atau BPJS Gratis pada dasarnya telah berjalan cukup baik dan memberikan dampak positif terhadap perluasan akses layanan kesehatan. Namun, keberhasilan jangka panjang program ini masih sangat

bergantung pada akurasi data, kemampuan fiskal daerah, kepastian pembiayaan, dan kualitas koordinasi antar instansi.

Dalam perspektif hukum kesehatan, implementasi program Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan atau BPJS Gratis harus dinilai berdasarkan beberapa asas, yaitu asas keadilan, asas kemanfaatan, asas kepastian hukum, dan asas perlindungan hukum.¹⁰⁷

1. Asas Keadilan

Asas keadilan menghendaki agar setiap warga negara memperoleh akses pelayanan kesehatan tanpa diskriminasi. Dalam konteks BPJS Gratis, asas keadilan tercermin dari adanya pembiayaan iuran oleh pemerintah bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini memberikan kesempatan kepada kelompok rentan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang sebelumnya sulit diakses karena keterbatasan ekonomi.

Penetapan peserta BPJS gratis (PBI) pada prinsipnya dilakukan berdasarkan data tunggal sosial ekonomi nasional (DTSEN) yang ditetapkan pemerintah pusat dan diverifikasi secara berkala oleh pemerintah daerah. Mekanisme ini bertujuan

¹⁰⁷ Margono, *Asas Keadilan, Kemanfaatan, dan Kepastian Hukum*, Sinar Grafika, Jakarta. 2019, hlm. 105–110.

memastikan bahwa masyarakat miskin dan tidak mampu memperoleh perlindungan jaminan kesehatan secara adil.

Namun dalam praktiknya, masih terdapat tantangan berupa exclusion error (masyarakat miskin belum terdaftar) dan inclusion error (masyarakat mampu justru terdaftar sebagai PBI). Hal ini juga dapat disebabkan oleh perspektif pimpinan daerah yang tidak ingin ada keluhan di masyarakat terkait masalah akses layanan kesehatan sehingga menurunkan sensitifitas verifikasi dan validasi oleh puskesmas. Untuk mengatasi hal tersebut, dilakukan mekanisme pemutakhiran data, verifikasi lapangan, serta koordinasi antara dinas sosial dan pemerintah daerah.

Secara konseptual, distribusi kepesertaan PBI telah mencerminkan asas keadilan sosial karena pembiayaan ditanggung negara bagi kelompok rentan. Namun, optimalisasi akurasi data dan pengawasan tetap diperlukan agar prinsip equity benar-benar tercapai.

Di Kota Bandung, pemerintah daerah bahkan memperluas cakupan program Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis tidak hanya untuk masyarakat miskin, tetapi juga bagi seluruh warga Kota Bandung yang bersedia dirawat di kelas III. Kebijakan tersebut menunjukkan adanya upaya

pemerintah daerah untuk memperluas keadilan sosial dalam pelayanan kesehatan.

Akan tetapi, asas keadilan belum sepenuhnya terpenuhi karena masih terdapat ketimpangan antar daerah. Daerah dengan kemampuan fiskal tinggi dapat membiayai lebih banyak peserta dibandingkan daerah dengan kemampuan fiskal rendah. Akibatnya, masyarakat di daerah yang kurang mampu secara fiskal memiliki akses yang lebih terbatas terhadap program kesehatan gratis ini. Kondisi ini menunjukkan bahwa keadilan dalam penyelenggaraan program ini masih dipengaruhi oleh kemampuan keuangan daerah.

2. Asas Kemanfaatan

Asas kemanfaatan menghendaki agar hukum memberikan manfaat yang nyata bagi masyarakat. Dalam implementasi BPJS Gratis, asas kemanfaatan terlihat dari meningkatnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, berkurangnya beban biaya pengobatan, dan meningkatnya jumlah masyarakat yang memperoleh jaminan kesehatan.

Program Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis juga membantu masyarakat miskin dan tidak mampu untuk memperoleh pelayanan kesehatan tanpa harus khawatir terhadap biaya rumah sakit atau biaya pengobatan yang tinggi.

Dengan adanya Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis, masyarakat dapat memperoleh layanan kesehatan dasar, rawat inap, pelayanan rujukan, dan obat-obatan yang sebelumnya sulit dijangkau karena keterbatasan ekonomi.

Program BPJS gratis (PBI) secara signifikan meningkatkan akses layanan kesehatan, khususnya bagi masyarakat miskin dan rentan. Sebelum implementasi JKN, kelompok ini cenderung mengalami hambatan finansial dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Dengan pembiayaan iuran oleh negara, hambatan biaya langsung (*out-of-pocket payment*) dapat ditekan sehingga masyarakat lebih terdorong untuk memanfaatkan layanan kesehatan, baik di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rujukan.

Secara empiris, peningkatan angka utilisasi layanan primer dan rujukan menjadi indikator bahwa akses telah semakin terbuka. Selain itu, kepesertaan PBI berkontribusi dalam mengurangi risiko *catastrophic health expenditure*, sehingga memberikan perlindungan finansial yang lebih baik bagi rumah tangga miskin.

Selain itu, program Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis juga bermanfaat bagi pemerintah karena dapat membantu menekan angka kemiskinan akibat beban biaya kesehatan atau *catastrophic health expenditure*. Dengan demikian, program ini tidak hanya memberikan manfaat secara individual bagi peserta, tetapi juga memberikan manfaat sosial dan ekonomi yang lebih luas.

Namun demikian, manfaat BPJS Gratis dapat berkurang apabila tidak diimbangi dengan kualitas pelayanan kesehatan yang memadai. Peningkatan jumlah peserta BPJS Gratis seringkali menyebabkan antrian panjang, keterbatasan ruang rawat inap, keterbatasan tenaga kesehatan, dan keterlambatan pelayanan. Oleh karena itu, perluasan kepesertaan harus diikuti dengan peningkatan kapasitas fasilitas kesehatan agar manfaat program tetap dapat dirasakan secara optimal.

3. Asas Kepastian Hukum

Asas kepastian hukum menuntut adanya dasar hukum yang jelas, pembagian kewenangan yang tegas, dan prosedur yang pasti dalam pelaksanaan BPJS Gratis. Secara normatif, program BPJS Gratis telah memiliki dasar hukum yang kuat, yaitu 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 Kesehatan , Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, serta Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Regulasi tersebut telah mengatur pembagian tanggung jawab antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan atau BPJS Kesehatan. Pemerintah pusat bertanggung jawab membiayai peserta Penerima bantuan Iuran Jaminan Kesehatan atau PBI JK , sedangkan pemerintah daerah bertanggung jawab membiayai peserta Pekerja Bukan penerima Upah atau PBPU Pemda atau peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) daerah.

Dalam pelayanan kepada peserta, prinsip jaminan kesehatan tetap mengutamakan keberlangsungan akses layanan. Secara normatif, regulasi telah memberikan kepastian hukum atas kewajiban pemerintah dalam membiayai peserta PBI, namun efektivitas implementasinya sangat dipengaruhi oleh konsistensi perencanaan anggaran dan koordinasi antara BPJS Kesehatan dengan pemerintah pusat maupun daerah.

Meskipun demikian, dalam praktiknya masih terdapat ketidakpastian hukum. Salah satu contohnya adalah belum adanya pengaturan yang tegas mengenai sanksi terhadap pemerintah daerah yang menunggak pembayaran iuran. Selain itu, kebijakan Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis juga belum seragam di setiap daerah, karena terdapat daerah yang mampu menanggung seluruh warga, sementara daerah lain hanya mampu menanggung kelompok tertentu. Kondisi tersebut menyebabkan kepastian hukum dalam implementasi Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis belum sepenuhnya tercapai.

4. Asas Perlindungan Hukum

Asas perlindungan hukum menghendaki agar setiap peserta memperoleh perlindungan atas hak-haknya sebagai penerima layanan kesehatan. Perlindungan tersebut meliputi hak untuk memperoleh pelayanan yang layak, hak untuk tidak ditolak oleh fasilitas kesehatan, serta hak untuk memperoleh informasi dan mekanisme pengaduan apabila mengalami permasalahan.

Dalam praktiknya, perlindungan hukum terhadap peserta program Badan Penyelenggara jaminan Kesehatan Gratis belum sepenuhnya optimal. Masih terdapat peserta yang mengalami

kesulitan administratif, keterlambatan pelayanan, bahkan penolakan pelayanan oleh fasilitas kesehatan. Selain itu, masih banyak masyarakat yang belum memahami hak dan kewajiban mereka sebagai peserta BPJS.

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat kesenjangan antara hak normatif peserta BPJS dan realitas pelayanan di lapangan. Oleh karena itu, diperlukan penguatan pengawasan, mekanisme pengaduan, dan edukasi kepada masyarakat agar perlindungan hukum terhadap peserta BPJS Gratis dapat terlaksana dengan lebih baik.

Pemerintah Provinsi Jawa Barat tetap berkomitmen dalam mengalokasikan anggaran untuk kontribusi iuran PBI JK Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan sehingga sampai dengan akhir tahun 2025 tidak memiliki hutang untuk pembayaran kontribusi iuran.

Untuk dukungan pembiayaan jaminan kesehatan peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota karena bentuknya bantuan keuangan khusus Provinsi, maka alokasi anggaran menyesuaikan dengan kemampuan keuangan Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Barat sesuai Peraturan Gubernur Jawa Barat Nomor 2 Tahun 2025, sehingga untuk pemenuhan kebutuhan anggaran pembayaran iuran PBPU

Pemda diserahkan kepada komitmen Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.

Terdapat regulasi yang mengatur tanggung jawab pembayaran iuran mengenai besaran premi dan tata cara pembayaran sehingga daerah mengikuti regulasi di atasnya yaitu Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.02/2020 tentang Pelaksanaan Pembayaran Kontribusi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan PBI JK, dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Kelas III oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah.

Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Barat memiliki Peraturan Gubernur Nomor 2 Tahun 2025 tentang Bantuan Pembiayaan Kesehatan Provinsi Jawa Barat, meliputi bantuan jaminan kesehatan di luar cakupan pelayanan program Jaminan Kesehatan nasional atau JKN bagi masyarakat Jawa Barat dan bantuan pembiayaan jaminan kesehatan bagi peserta.

B. Tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam aspek kemampuan fiskal daerah untuk membayar iuran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam penyelenggaraan program kesehatan gratis

Pemerintah pusat memiliki tanggung jawab utama dalam menjamin terselenggaranya program Jaminan Kesehatan Nasional, termasuk pembiayaan iuran peserta PBI JK yang berasal dari kelompok fakir miskin dan orang tidak mampu. Tanggung jawab tersebut didasarkan pada Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara jaminan Sosial, serta Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Sementara itu, pemerintah daerah bertanggung jawab membiayai peserta yang belum tercakup dalam pembiayaan pemerintah pusat. Pembiayaan tersebut dilakukan melalui APBD dan disesuaikan dengan kemampuan fiskal masing-masing daerah.

Dalam praktiknya, tidak semua pemerintah daerah memiliki kemampuan fiskal yang sama. Daerah dengan kemampuan fiskal tinggi cenderung mampu membiayai lebih banyak peserta dibandingkan daerah dengan kemampuan fiskal rendah. Akibatnya, terdapat daerah yang mengalami kesulitan dalam memenuhi kewajiban pembayaran iuran kepada Badan Penyelenggara jaminan Sosial Kesehatan Gratis.

Disinilah negara hadir untuk memberikan perlindungan atau jaminan kesehatan untuk warganya, terutama bagi warga miskin dan tidak mampu membayar iuran dan biaya kesehatannya.

Hasil wawancara dengan kepala cabang BPJS DKI Jakarta Barat, beliau menjelaskan bahwa pemerintah DKI Jakarta sangat memperhatikan kebutuhan jaminan kesehatan bagi warganya. Dengan dukungan anggaran yang cukup tinggi, pemerintah DKI Jakarta bisa memberikan pelayanan yang luas bagi masyarakatnya. Namun dalam praktiknya terdapat sejumlah kendala dalam memastikan bahwa masyarakat yang benar-benar tidak mampu memperoleh akses BPJS gratis (PBI). Kendala utama umumnya berkaitan dengan akurasi dan dinamika data kesejahteraan sosial. Data calon peserta PBI bersumber dari DTSEN, yang diperbarui secara berkala, namun perubahan kondisi ekonomi masyarakat seringkali terjadi lebih cepat dibandingkan proses pemutakhiran data. Akibatnya, terdapat kemungkinan exclusion error, yaitu masyarakat miskin yang belum terdaftar sebagai peserta PBI.

Selain itu, kendala administratif seperti keterbatasan dokumen kependudukan, perbedaan data antara pusat dan daerah, serta rendahnya literasi masyarakat mengenai prosedur pengusulan PBI turut memengaruhi akses. Faktor koordinasi antar instansi, khususnya antara dinas sosial dan pemerintah daerah, juga menjadi tantangan dalam memastikan ketepatan sasaran. Apabila terjadi tunggakan pembayaran

iuran PBI yang bersumber dari APBD, BPJS Kesehatan pada prinsipnya menempuh mekanisme administratif dan koordinatif terlebih dahulu, karena hubungan pembiayaan antara BPJS dan pemerintah daerah bersifat kerja sama kelembagaan dalam kerangka pelaksanaan program nasional.

Langkah awal biasanya berupa pemberitahuan resmi dan klarifikasi kepada pemerintah daerah terkait jumlah dan periode tunggakan. Selanjutnya dilakukan koordinasi melalui pertemuan teknis untuk mencari solusi penyelesaian, termasuk penjadwalan ulang pembayaran atau penyesuaian alokasi anggaran dalam perubahan APBD.

Beliau menjelaskan di pemerintahan DKI Jakarta, kewajiban pemerintah daerah untuk membiayai peserta PBI APBD memiliki dasar hukum dalam regulasi JKN dan peraturan perundang-undangan terkait keuangan daerah. Oleh karena itu, apabila tunggakan berlanjut dan tidak terdapat itikad penyelesaian, mekanisme pengawasan dapat melibatkan kementerian terkait, seperti Kementerian Dalam Negeri, dalam rangka pembinaan dan pengawasan keuangan daerah. Namun demikian, prinsip utama yang dijaga adalah bahwa peserta tidak boleh dirugikan akibat kendala administratif atau fiskal pemerintah daerah. Dengan demikian, pendekatan hukum yang ditempuh lebih mengedepankan penyelesaian administratif dan koordinatif

dibandingkan langkah litigasi, demi menjaga keberlangsungan pelayanan dan stabilitas sistem JKN.

Hasil wawancara dengan kepala dinas kesehatan Jawa Barat, beliau menjelaskan bahwa Pemerintah Provinsi Jawa Barat telah melaksanakan kewajiban pembayaran kontribusi iuran Penerima bantuan Iuran atau PBI JK sejak tahun 2021 sesuai ketentuan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.02/2020 dan Peraturan Gubernur Jawa Barat Nomor 2 Tahun 2025, melalui bantuan keuangan khusus Provinsi yang diberikan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dengan memperhatikan kemandirian fiskal daerah Kabupaten dan Kota, indikator capaian Kesehatan dan kemampuan keuangan Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Barat. Jika terjadi ketidak mampuan membayar, Pemerintah daerah Provinsi akan mengkomunikasikan dengan pemerintah pusat dengan jalan memvalidasi ulang peserta yang betul betul membutuhkan bantuan jaminan kesehatan atau BPJS gratis.

Dari hasil wawancara dengan provinsi Nusa Tenggara Timur, jika adanya ketidak mampuan pemerintah daerah provinsi dalam membayar jaminan kesehatan gratis, maka langkah yang diambil adalah konsolidasi ulang dengan dinas terkait terutama dinas sosial dan dinas kependudukan untuk memvalidasi ulang jumlah kepesertaan yang disesuaikan dengan kemampuan daerah. Tentu kebijakan ini merugikan masyarakat karena dengan melakukan validasi ulang peserta, maka

akan ada pengurangan jumlah peserta yang dijamin oleh anggaran pemerintahan Provinsi.

Proses Pemerintah daerah NTT dalam melakukan Perencanaan dan Penganggaran pembiayaan BPJS berdasarkan pada data penduduk miskin dari Dinas Sosial yang tidak memiliki jaminan Kesehatan (dari segmentasi PBI JK), maka Pemerintah Daerah Mengalokasikan anggaran untuk Penduduk miskin/ tidak mampu menjadi Peserta JKN Segmentasi PBI APBD.

Kendala dari penganggaran biaya kesehatan adalah dengan adanya efisiensi anggaran daerah yang berpengaruh terhadap kemampuan keuangan daerah untuk mendaftarkan penduduk miskin yang belum menjadi peserta JKN. Langkah pemerintah daerah Provinsi NTT jika terjadi keterbatasan dan deficit anggaran dalam pembiayaan BPJS gratis adalah melakukan koordinasi dengan Dinas Sosial. Dinas sosial melakukan verifikasi ulang Peserta Penerima bantuan sesuai data yang ada, dan menonaktifkan peserta yang sudah tidak memenuhi syarat untuk menerima bantuan iuran , kecuali yang memiliki penyakit kronis. Pemerintah juga mendorong masyarakat yang masuk dalam kategori miskin ekstim masuk kedalam peserta jaminan kesehatan yang dicover oleh pemerintah pusat.

Disinilah terjadinya ketimpangan antara *das sollen* aturan bahwa pemerintah berkewajiban memenuhi hak warganya untuk mendapatkan kesehatan gratis dengan keadaan realita sebenarnya *das sein* bahwa tidak semua pemerintah daerah mampu membayarkan BPJS untuk semua warganya, tapi disesuaikan dengan kemampuan anggaran daerahnya.

Dalam melaksanakan tugasnya, BPJS Kesehatan bertanggung jawab memastikan keberlangsungan program jaminan kesehatan secara nasional, termasuk menjamin ketersediaan dana, kesinambungan pelayanan, serta perlindungan terhadap hak peserta.

Untuk meningkatkan efektivitas implementasi BPJS Gratis, diperlukan berbagai langkah perbaikan baik pada aspek regulasi, pembiayaan, tata kelola, maupun kualitas pelayanan kesehatan, sebagai berikut

1. Pemerintah perlu memperkuat sistem validasi dan integrasi data peserta. Permasalahan data masih menjadi salah satu hambatan utama dalam pelaksanaan BPJS Gratis, terutama karena masih ditemukan peserta yang meninggal dunia, pindah domisili, atau tidak lagi memenuhi syarat tetapi tetap tercatat sebagai peserta aktif. Oleh karena itu, perlu dilakukan sinkronisasi data secara berkala antara BPJS Kesehatan, Dukcapil, Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, dan pemerintah daerah.

2. Integrasi data juga perlu dilakukan secara digital dan real time agar perubahan data kependudukan dapat langsung tercermin dalam sistem kepesertaan BPJS. Dengan demikian, pemerintah dapat memastikan bahwa bantuan iuran hanya diberikan kepada masyarakat yang benar-benar memenuhi syarat.
3. Pemerintah pusat perlu memperkuat dukungan pembiayaan bagi daerah yang memiliki kemampuan fiskal rendah. Selama ini terdapat ketimpangan antar daerah karena kemampuan fiskal setiap daerah berbeda-beda. Daerah dengan anggaran pendapatannya besar cenderung lebih mampu memperluas cakupan peserta dan menjaga kesinambungan pembayaran iuran dibandingkan daerah dengan anggaran pendapatannya terbatas. Untuk mengatasi hal tersebut, pemerintah pusat dapat memberikan bantuan keuangan khusus, dana insentif, atau skema subsidi tambahan bagi daerah yang kemampuan fiskalnya rendah. Selain itu, pemerintah pusat juga perlu memastikan agar alokasi anggaran kesehatan, termasuk dana yang bersumber dari cukai rokok, tidak mengalami pengurangan yang dapat mengganggu pembiayaan program jaminan kesehatan di daerah.
4. Perlu adanya penguatan regulasi terkait kewajiban pembayaran iuran oleh pemerintah daerah. Saat ini, ketentuan mengenai sanksi terhadap pemerintah daerah yang menunggak pembayaran masih bersifat administratif dan belum memberikan efek jera yang cukup

kuat. Oleh karena itu, diperlukan regulasi yang lebih tegas mengenai mekanisme penyelesaian tunggakan, sanksi administratif, dan pengawasan terhadap daerah yang tidak memenuhi kewajibannya. Pemerintah pusat juga dapat mempertimbangkan mekanisme pengawasan berbasis kinerja, di mana daerah yang konsisten memenuhi kewajiban pembayaran iuran memperoleh insentif, sedangkan daerah yang menunggak dapat dikenai pembinaan khusus, pengawasan ketat, atau pembatasan tertentu dalam pengelolaan anggaran kesehatan.

5. Pemerintah perlu meningkatkan kapasitas fasilitas kesehatan. Perluasan kepesertaan harus diikuti dengan peningkatan jumlah tenaga kesehatan, ketersediaan ruang rawat inap, peralatan medis, dan mutu pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rumah sakit. Apabila kapasitas fasilitas kesehatan tidak ditingkatkan, maka peningkatan jumlah peserta justru dapat menyebabkan antrian panjang, keterlambatan pelayanan, penolakan pasien, dan menurunnya kualitas layanan kesehatan. Oleh karena itu, pembangunan infrastruktur kesehatan dan pemerataan tenaga kesehatan harus menjadi bagian dari kebijakan pendukung BPJS Gratis.
6. Perlu diperkuat mekanisme pengawasan dan pengaduan peserta. Masyarakat harus memiliki akses yang mudah untuk menyampaikan keluhan apabila mengalami penolakan pelayanan,

keterlambatan tindakan medis, atau kesulitan administratif dalam program kesehatan gratis. Penguatan pengawasan dapat dilakukan melalui Ombudsman, Dinas Kesehatan, Badan Penyelenggara jaminan Sosial Kesehatan, dan lembaga pengawas lainnya. Selain itu, perlu ada sistem pengaduan digital yang mudah diakses dan mampu memberikan tindak lanjut yang cepat terhadap setiap keluhan peserta.

7. Diperlukan peningkatan edukasi kepada masyarakat mengenai hak dan kewajiban peserta . Masih banyak masyarakat yang belum memahami prosedur kepesertaan, hak pelayanan, sistem rujukan, serta mekanisme pengaduan apabila haknya tidak terpenuhi. Oleh karena itu, pemerintah dan Badan Penyelenggara jaminan Sosial Kesehatan perlu melakukan sosialisasi secara berkelanjutan agar masyarakat dapat memanfaatkan program kesehatan gratis secara optimal.
8. Perlu dilakukan evaluasi berkala terhadap efektivitas program. Evaluasi ini dapat dilakukan melalui pengukuran tingkat kepesertaan aktif, tingkat utilisasi layanan, kualitas pelayanan, kepuasan peserta, dan keberlanjutan pembiayaan. Hasil evaluasi tersebut penting untuk menjadi dasar dalam melakukan perbaikan kebijakan di masa mendatang.

Dengan demikian, implementasi program Badan penyelenggara jaminan sosial atau BPJS Gratis tidak hanya mampu

memperluas cakupan kepesertaan JKN atau jaminan Kesehatan nasional, tetapi juga mampu mewujudkan perlindungan hukum, keadilan sosial, dan pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas bagi seluruh masyarakat.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis yang telah dilakukan, maka dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Implementasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Gratis telah memberikan dampak positif terhadap peningkatan akses pelayanan kesehatan dan percepatan pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC). Pemerintah daerah telah melakukan berbagai upaya seperti pendataan peserta, verifikasi dan validasi data, rekonsiliasi kepesertaan, serta penganggaran pembiayaan iuran melalui anggaran pemerintah pusat dan daerah. Ditinjau dari aspek hukum kesehatan, implementasi program Badan Penyelenggara Jaminan sosial atau BPJS Gratis pada dasarnya telah mencerminkan asas keadilan, asas kemanfaatan, asas kepastian hukum, dan asas perlindungan hukum. Program ini memberikan perlindungan kepada masyarakat miskin dan rentan, memperluas akses pelayanan kesehatan, serta mengurangi beban biaya kesehatan masyarakat. Namun demikian, perlindungan hukum terhadap peserta belum sepenuhnya optimal karena masih terdapat penolakan pelayanan, keterlambatan tindakan medis, keterbatasan fasilitas kesehatan,.

2. Pemerintah pusat perlu memperkuat dukungan pembiayaan bagi daerah yang memiliki kemampuan fiskal rendah. Selama ini terdapat ketimpangan antar daerah karena kemampuan fiskal setiap daerah berbeda-beda. Daerah dengan anggaran pendapatannya besar cenderung lebih mampu memperluas cakupan peserta dan menjaga kesinambungan pembayaran iuran dibandingkan daerah dengan anggaran pendapatannya terbatas. Untuk mengatasi hal tersebut, pemerintah pusat dapat memberikan bantuan keuangan khusus, dana insentif, atau skema subsidi tambahan bagi daerah yang kemampuan fiskalnya rendah. Selain itu, pemerintah pusat juga perlu memastikan tersedianya alokasi anggaran kesehatan yang memadai, sehingga pemerintah pusat tidak melakukan pengurangan atau pemotongan bantuan biaya yang dapat mengganggu pembiayaan program ini.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Pemerintah perlu memperkuat mekanisme pengawasan dan penegakan hukum terhadap fasilitas kesehatan agar tidak terjadi penolakan pasien, keterlambatan tindakan medis, maupun diskriminasi terhadap peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS kesehatan Gratis. Selain itu, perlu dilakukan peningkatan kapasitas dan pemerataan fasilitas kesehatan serta tenaga medis, sehingga implementasi asas keadilan, kemanfaatan, kepastian hukum, dan perlindungan hukum dapat berjalan secara optimal.
2. Pemerintah pusat disarankan untuk meningkatkan dukungan pembiayaan kepada daerah dengan kemampuan fiskal rendah melalui skema bantuan khusus, dana insentif, atau subsidi tambahan. Di samping itu, perlu adanya kebijakan yang menjamin stabilitas dan kecukupan anggaran kesehatan, sehingga tidak terjadi pengurangan pembiayaan yang dapat menghambat keberlangsungan program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS kesehatan Gratis dalam pencapaian Universal Health Coverage (UHC).

DAFTAR PUSAKA

A. BUKU

Achmad, Ali. Buku Ajar: *Metode Penelitian dan Penulisan Hukum*, Sonpedia Publishing, Jambi, 2024.

John Rawls, *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge, 1999, hlm. 266–267.

Achmad, Ali. *Menguak Teori Hukum dan Teori Peradilan*, Kencana, Jakarta, 2023

Achmad, Ali, *Menguak Tabir Hukum*, Kencana, Jakarta, 2017.

Adenantera, Dwicaksono dkk, *Analisis Pembiayaan Jaminan Kesehatan di Daerah* seri advokasi universalisasi pelayanan kesehatan, The Asia Foundation, Bandung, 2010

Ampera, Mattipana. *Hukum Kesehatan*, Amerta Media, Banyumas, 2022.

Friedman, Lawrence M. *Sistem Hukum: Perspektif Ilmu Sosial*. Diterjemahkan oleh M. Khozim. Bandung: Nusa Media, 2009.

Hasbullah, Thabrany. *Jaminan kesehatan nasional*, Rajawali press, Depok 2015.

Purbacaraka. *Perihal Kaedah Hukum*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2015

Jhony, Ibrahim. *Teori dan Metodologi Penelitian Hukum Normatif*, Bayumedia Publishing, Malang, 2013.

Irwansyah. *Penelitian Hukum: Pilihan Metode dan Praktik Penulisan Artikel*, Mirra Buana Media, Yogyakarta, 2024.

- Noviriska dan Dwi Atmoko, *Hukum Kesehatan* . CV Literasi Nusantara Abadi Malang, 2022.
- Peter, Mahmud Marzuki. *Penelitian Hukum*, Kencana, Jakarta, 2021.
- Satjipto, Rahardjo. *Ilmu Hukum*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2021.
- Shidarta. Mochtar Kusuma-Atmadja, *Teori Hukum Pembangunan*. Jakarta: Epistema Institue, 2012.
- Soerjono, Soekanto. *Pokok-Pokok Sosiologi Hukum*, Rajagrafindo Persada, Depok, 2020.
- Soerjono, Soekanto, Sri Mamudji. *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat*, Raja Grafindo Persada, Depok, 2022.
- Soerjono, Soekanto. *Pengantar Penelitian Hukum*, UI-Press, Jakarta, 2021.
- Zaeni, asyhadie dkk, *Perlindungan Kerja dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja Pasca BPJS*, Kencana, Jakarta, 2024

B. PERATURAN 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*
- Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang *Kesehatan*

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang *Jaminan Kesehatan*.

Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang *Jaminan Kesehatan*.

Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang *Sistem Kesehatan Nasional*.

Instruksi Presiden Nomor 4 Tahun 2025 tentang *Data Terpadu Sistem Elektronik Nasional*.

Peraturan Menteri Sosial Nomor 5 Tahun 2019 tentang *Pengelolaan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial*.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang *Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan*.

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 84 Tahun 2022 tentang *Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dalam Mendukung Program Jaminan Kesehatan Nasional*.

C. SUMBER LAIN

BPJS Kesehatan RI, *Dashboard Kepesertaan Oktober 2025*, <https://data.bpjs-kesehatan.go.id>

Benjamin Mason Meier, Marlous De Milliano, Averi Chakrabarti, dan Yuna Kim, “*Accountability for the Human Right to Health through Treaty Monitoring: Human Rights Treaty Bodies and the Influence of Concluding Observations*,” *Health and Human Rights Journal* 19, no. 2 (2017): 1–15, <https://www.hhrjournal.org/2017/12/accountability-for-the-human-right-to-health-through-treaty-monitoring/>

- Bernice Yanful et al., *Quality of Care in the Context of Universal Health Coverage*, Health Research Policy and Systems, 2023.
- Cipto Rizqi Agung Saputro & Fenny Fathiyah, Universal Health Coverage: *Internalisasi Norma di Indonesia*, Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional, Vol. 2, No. 2, 2022, hlm. 204–216.
- E. Rahmat & G. Lie, “*Perlindungan Hukum Jaminan Kesehatan di Indonesia*,” *Al-Syakhsyiah: Journal of Law & Family Studies*, Vol. 6, No. 3 (2024). DOI: 10.47467/as.v6i3.6904. <https://scispace.com/papers/perlindungan-hukum-jaminan-kesehatan-di-indonesia-3w2u3uv4p1>
- Gunawan, Wijaya, *Impact of the Enactment of the Health Law on the JKN System*,” *INJOSER Journal*, <https://injoqast.net/index.php/INJOSER/article/view/238>
- Gunawan, Wijaya *Analysis of the Impact of the Enactment of the Health Law on the National Health Insurance System (JKN)*” , Indonesian Journal of Social and Environmental Research. <https://injoqast.net/index.php/INJOSER/article/view/238>
- Hari Kusnanto, “*Governing Social Health Insurance Systems for UHC: The Case of Indonesia*,” Taylor & Francis, <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315230320-25>
- Hari Kusnanto, “*Governing Social Health Insurance Systems for Universal Coverage: The Case of Indonesia*,” dalam *Comparative Health Systems: Global Perspectives*, Routledge, 2017. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315230320-25/governing-social-health-insurance-systems-universal-coverage-case-indonesia-hari-kusnanto>
- Hasanuddin, “*Keadilan Sosial: Telaah atas Filsafat Politik John Rawls*,” *Refleksi* (2018), <https://journal.uinjkt.ac.id/refleksi/article/view/10205>

- Husnia Hilmi Wahyuni, Febryan Alam Susatyo, & Faisal Afda'u. "Kajian Yuridis Implementasi Program Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional dalam Perspektif Keadilan Distributif." *NOMOS: Jurnal Hukum*, Vol. 5 No. 1, 2025
- Hidayat, R., & Sari, M. (2023). *Justice in the implementation of national health insurance in Indonesia*. *Journal of Legal, Ethical and Regulatory Issues*, 26(1), 1–12.
- Junianto, J. (2022). *Rekonstruksi perlindungan hukum peserta jaminan kesehatan nasional penerima bantuan iuran (PBI) berbasis nilai keadilan* (Tesis Magister Hukum). Universitas Islam Sultan Agung, Semarang.
- Kementerian Kesehatan RI, *Evaluasi Program JKN – Raker Komisi IX DPR RI*, <https://www.kemendes.go.id>
- Kementerian Kesehatan RI, https://ppid.kemkes.go.id/wp-content/uploads/2024/10/FINAL_LAKIP-KEMENKES-2023_compressed.pdf
- Kementerian Keuangan RI, *Outlook APBN 2023 – Pembiayaan Kesehatan*, <https://www.kemendek.go.id/publikasi/outlook-apbn>
- Khudzaifah Dimiyati et al., *Indonesia as a Legal Welfare State: A Prophetic-Transcendental Basis*, *Journal of Legal, Ethical and Regulatory Issues*, Vol. 7, No. 8, 2021, hlm. 1–12.
- Kurniawati & Rachmayanti. "Identifikasi Penyebab Rendahnya Kepesertaan JKN pada Pekerja Sektor Informal di Kawasan Pedesaan." *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 2018
- Maya Sofiana, Rita Wahyuni, & Endang Supriyadi. "Studi Komparasi Kepuasan Pasien BPJS dan Non BPJS pada Mutu Pelayanan Pendaftaran Puskesmas Johar Baru Jakarta Pusat." *Jurnal Abiwara*, Vol. 1, No. 2, Maret 2020, hlm. 93–110

- Nirmayasri Datuan, Darmawansyah, & Anwar Daud. “*Pengaruh Kualitas Pelayanan Kesehatan terhadap Kepuasan Pasien Peserta BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar.*” *JKMM*, Vol. 3 No. 1, Agustus 2018, hlm. 291–300
- Ombudsman Republik Indonesia, *Laporan Tahunan Ombudsman RI* 2023, <https://ombudsman.go.id/artikel/halaman/laporan-tahunan>
- S. O. Manullang, “*Understanding of the Health Insurance Program in the Perspective of Human Rights in Indonesia,*” *International Journal of Health Sciences (IJHS)*, Vol. 6, Special Issue 1 (2022). DOI: 10.53730/ijhs.v6ns1.4921. <https://scispace.com/papers/understanding-of-the-health-insurance-program-in-the-31svpv8e>
- Tundjung HS, Ida Kurnia, dan Ade Adhari, “*Peningkatan Kesadaran Hukum Masyarakat terhadap Peran Masyarakat dalam Pencegahan dan Penanggulangan Kekerasan dalam Rumah Tangga,*” *Jurnal Bakti Masyarakat Indonesia*, Vol. 2, No. 2 (November 2019): 309–314
- Taqiuddin dan Risdiana, “*Penerapan Keadilan Restoratif (Restorative Justice) dalam Praktik Ketatanegaraan,*” *JISIP: Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan* 6, no. 4 (2022), <https://ejournal.mandalanursa.org/index.php/JISIP/article/view/2976>
- Wahyudi, W. (2021). *Sistem jaminan sosial nasional dan jaminan kesehatan nasional* (Tesis Magister Hukum). Universitas Islam Riau, Pekanbaru.