NETIZEN: JOURNAL OF SOCIETY AND BUSSINESS
Vol. 2 No. 12 November (2026), hal., 916-933
https://languar.net/index.php/NETIZEN
e-ISSN: 3032-4319

PERLINDUNGAN HUKUM BAGI PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DALAM SISTEM PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA: KAJIAN PUSTAKA

Gunawan Widjaja *
Fakultas Hukum Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta
widjaja_gunawan@yahoo.com

Hotmaria Hertawaty Sijabat
Gunawan Widjaja Learning Centre
sijabathotmaria@gmail.com

Abstract

Legal protection for participants in the National Health Insurance (JKN) scheme is a crucial aspect in ensuring that the healthcare financing system not only guarantees the programme's sustainability but also supports the fulfilment of participants' rights. This study aims to analyse the regulations and forms of legal protection for JKN participants, as well as to identify issues regarding their implementation and efforts to strengthen them within Indonesia's healthcare financing system. The method employed was a literature review using a normative legal approach, involving an examination of legislation, academic articles and relevant official documents. The findings indicate that legal protection for participants encompasses certainty of benefits, the allocation of financing responsibilities, the management of social security funds, the provision of information, and mechanisms for complaints and dispute resolution. Preventive protection is realised through transparency of information, clarity of procedures, and oversight, whilst repressive protection is implemented through the handling of complaints, mediation, and dispute resolution channels in accordance with the relevant authorities' powers. Its implementation still faces obstacles such as barriers to accessing services, issues regarding active participation, uncertainty regarding cost coverage, limited availability of services, and sub-optimal follow-up on complaints. This study concludes that strengthening legal protection requires the harmonisation of regulations and implementation, increased transparency in financing, improvements to enrolment data, and accountable oversight and complaint handling. The sustainability of financing must go hand in hand with certainty regarding benefits and equitable access to services for participants.

***Keywords**: legal protection; National Health Insurance; healthcare financing; participants' rights; BPJS Kesehatan.*

Abstrak

Perlindungan hukum bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan aspek penting dalam memastikan bahwa sistem pembiayaan pelayanan kesehatan tidak hanya menjamin keberlanjutan program, tetapi juga mendukung pemenuhan hak peserta. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaturan dan bentuk perlindungan hukum peserta JKN serta mengidentifikasi permasalahan penerapan dan upaya penguatannya dalam sistem pembiayaan pelayanan kesehatan di Indonesia. Metode yang digunakan adalah kajian pustaka dengan pendekatan yuridis normatif melalui penelaahan peraturan

perundang-undangan, artikel ilmiah, dan dokumen resmi yang relevan. Hasil kajian menunjukkan bahwa perlindungan hukum peserta mencakup kepastian manfaat, pembagian tanggung jawab pembiayaan, pengelolaan dana jaminan sosial, pemberian informasi, serta mekanisme pengaduan dan penyelesaian sengketa. Perlindungan preventif diwujudkan melalui transparansi informasi, kejelasan prosedur, dan pengawasan, sedangkan perlindungan represif dilaksanakan melalui penanganan pengaduan, mediasi, dan jalur penyelesaian sengketa sesuai kewenangan. Penerapannya masih menghadapi hambatan akses pelayanan, persoalan keaktifan kepesertaan, ketidakjelasan tanggungan biaya, keterbatasan ketersediaan pelayanan, dan belum optimalnya tindak lanjut pengaduan. Penelitian ini menyimpulkan bahwa penguatan perlindungan hukum memerlukan penyelarasan pengaturan dan pelaksanaan, peningkatan transparansi pembiayaan, perbaikan data kepesertaan, serta pengawasan dan penanganan pengaduan yang akuntabel. Keberlanjutan pembiayaan perlu berjalan seiring dengan kepastian manfaat dan keadilan akses pelayanan bagi peserta.
Kata kunci: perlindungan hukum; Jaminan Kesehatan Nasional; pembiayaan pelayanan kesehatan; hak peserta; BPJS Kesehatan.

Pendahuluan

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dari tanggung jawab negara dalam menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar masyarakat dan mewujudkan keadilan sosial. Dalam konteks Indonesia, tanggung jawab tersebut memperoleh bentuk kelembagaan melalui sistem jaminan sosial yang ditujukan untuk memberikan perlindungan terhadap risiko sosial dan ekonomi, termasuk risiko akibat penyakit (Yunengsih & Elvin, 2025). Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menegaskan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan serta perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Republik Indonesia, 2004, Pasal 19). Ketentuan tersebut menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan dalam sistem jaminan sosial tidak semata-mata ditempatkan sebagai komoditas yang diakses berdasarkan kemampuan membayar, tetapi sebagai manfaat yang pemenuhannya dijamin melalui mekanisme kolektif (Utami dkk., 2023). Oleh karena itu, pembahasan mengenai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) perlu menempatkan perlindungan hukum peserta sebagai unsur utama untuk menilai kesesuaian antara tujuan penyelenggaraan program, pengaturan pembiayaan, dan pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan JKN sejak tahun 2014 merupakan langkah penting dalam pengembangan sistem pembiayaan kesehatan yang mengintegrasikan perlindungan masyarakat melalui skema jaminan kesehatan nasional (Udiana & Pramana, 2025). Program ini diarahkan untuk mengurangi hambatan finansial dalam mengakses pelayanan kesehatan sekaligus memperluas cakupan perlindungan bagi penduduk dengan latar belakang sosial dan ekonomi yang berbeda. Maulana dkk., (2022) menjelaskan bahwa pelaksanaan JKN mengintegrasikan sejumlah skema jaminan kesehatan yang sebelumnya dikelola secara terpisah, sehingga penyelenggaraan manfaat memperoleh kerangka yang

lebih terstandardisasi. Namun, integrasi kelembagaan dan perluasan kepesertaan tidak dapat dipandang sebagai satu-satunya ukuran keberhasilan program. Perlindungan peserta juga berkaitan dengan kemampuan sistem untuk memastikan bahwa manfaat yang dijanjikan dapat digunakan ketika dibutuhkan, termasuk melalui tersedianya fasilitas kesehatan, informasi yang memadai, dan prosedur pelayanan yang dapat dipahami. Dengan demikian, kajian perlindungan hukum perlu bergerak melampaui pengakuan status kepesertaan menuju penilaian atas kepastian pemenuhan manfaat dalam praktik penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Secara kelembagaan, penyelenggaraan JKN berkaitan erat dengan kedudukan BPJS Kesehatan sebagai badan hukum publik yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Undang-undang tersebut memberikan tugas kepada BPJS untuk menerima pendaftaran peserta, mengumpulkan iuran, menerima bantuan iuran pemerintah, mengelola Dana Jaminan Sosial, serta membayarkan manfaat atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program (Republik Indonesia, 2011, Pasal 7 dan Pasal 10). Kerangka ini memperlihatkan bahwa hubungan peserta dengan penyelenggara jaminan kesehatan tidak hanya mencakup kewajiban pembayaran iuran, tetapi juga kewajiban institusional dalam menjamin penggunaan dana bagi kepentingan peserta. Di sisi lain, kewenangan BPJS untuk membuat kesepakatan pembayaran dan kontrak dengan fasilitas kesehatan mempertemukan dimensi penyelenggaraan jaminan dengan dimensi pemberian pelayanan (Suhadi dkk., 2022). Hubungan tersebut menjadi penting dalam kajian hukum karena peserta menerima pelayanan melalui fasilitas kesehatan, sedangkan jaminan pembiayaannya dikelola oleh badan penyelenggara yang memiliki fungsi dan tanggung jawab berbeda.

Sistem pembiayaan JKN perlu dipahami sebagai mekanisme penghimpunan dan pengelolaan dana yang memiliki konsekuensi langsung terhadap kepastian manfaat peserta. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 mendefinisikan Dana Jaminan Sosial sebagai dana amanat milik seluruh peserta yang berasal dari himpunan iuran beserta hasil pengembangannya dan digunakan untuk pembayaran manfaat serta pembiayaan operasional penyelenggaraan program. Undang-undang tersebut juga menempatkan kegotongroyongan, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, dan penggunaan hasil pengelolaan dana bagi sebesar-besar kepentingan peserta sebagai prinsip penyelenggaraan (Republik Indonesia, 2011, Pasal 1 dan Pasal 4). Berdasarkan kerangka tersebut, keputusan pembiayaan tidak semestinya dinilai hanya dari kemampuan mengendalikan pengeluaran, tetapi juga dari kesesuaiannya dengan tujuan pemenuhan manfaat. Dalam artikel ini, hubungan antara pembiayaan dan perlindungan hukum menjadi titik analisis untuk menilai bagaimana pengelolaan dana, pengaturan pembayaran, dan kepastian tanggung jawab dapat mendukung pemenuhan hak peserta tanpa mengabaikan keberlanjutan program.

Bukti empiris memperlihatkan bahwa kepesertaan JKN berkaitan dengan berkurangnya beban pengeluaran kesehatan yang dibayarkan langsung oleh rumah

tangga. Melalui analisis data Survei Sosial Ekonomi Nasional tahun 2018 dan 2019, Maulana dkk., (2022) menemukan bahwa rumah tangga dengan seluruh anggotanya memiliki JKN sebagai satu-satunya asuransi mengeluarkan pembayaran langsung atau *out-of-pocket* sekitar 39% lebih rendah dibandingkan rumah tangga tanpa asuransi dalam estimasi keseluruhan populasi penelitian. Temuan tersebut memperlihatkan kontribusi penting JKN terhadap perlindungan finansial, tetapi tidak berarti bahwa seluruh kebutuhan pelayanan telah terpenuhi atau seluruh pengeluaran langsung merupakan pelanggaran hak peserta. Penulis penelitian tersebut juga menegaskan bahwa hasilnya perlu ditafsirkan sebagai hubungan atau asosiasi, bukan bukti kausalitas. Dalam perspektif hukum, keberadaan pengeluaran langsung perlu ditelaah berdasarkan jenis pelayanan, cakupan manfaat, ketentuan pembiayaan, dan pilihan peserta. Pembedaan ini diperlukan agar analisis tidak menyamakan seluruh biaya yang dibayar peserta dengan pembebanan biaya yang bertentangan dengan ketentuan jaminan kesehatan.

Perlindungan finansial juga tidak dapat dipisahkan dari ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan. Maulana dkk., (2022) menunjukkan bahwa pengeluaran langsung yang lebih rendah pada sebagian kelompok miskin dan penduduk wilayah timur Indonesia dapat berkaitan dengan keterbatasan sisi penyediaan pelayanan, termasuk terbatasnya pilihan fasilitas kesehatan dan akses terhadap layanan tingkat lanjut. Hal ini memberikan peringatan bahwa rendahnya pengeluaran kesehatan tidak selalu mencerminkan keberhasilan perlindungan apabila masyarakat justru mengalami hambatan untuk memperoleh pelayanan yang diperlukan. Dalam konteks kajian hukum, kondisi tersebut menuntut penilaian yang membedakan antara hak yang telah diakui dalam peraturan dan kesempatan nyata untuk menggunakan hak tersebut. Kepesertaan dapat memberikan dasar formal untuk memperoleh manfaat, tetapi pemanfaatannya tetap berkaitan dengan kesiapan fasilitas, distribusi pelayanan, serta informasi dan prosedur akses. Oleh sebab itu, pembahasan mengenai perlindungan peserta JKN perlu menghubungkan kepastian pembiayaan dengan kemampuan sistem pelayanan untuk memberikan manfaat secara nyata dan sesuai kebutuhan kesehatan.

Kepastian manfaat menjadi aspek lain yang menentukan kualitas perlindungan hukum peserta dalam penyelenggaraan JKN. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 menetapkan bahwa manfaat jaminan kesehatan berupa pelayanan perseorangan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat serta bahan medis habis pakai yang diperlukan (Republik Indonesia, 2004, Pasal 22). Pengaturan pada tingkat pelaksanaan juga mengalami perubahan, antara lain melalui Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 sebagai perubahan ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Republik Indonesia, 2024). Dewan Jaminan Sosial Nasional (2024) menjelaskan bahwa perubahan tersebut mencakup pengaturan manfaat sesuai kebutuhan dasar kesehatan, manfaat rawat inap berdasarkan kelas rawat inap standar, dan pembenahan tata kelola. Perkembangan pengaturan ini menunjukkan pentingnya membaca hak peserta dalam kerangka peraturan yang saling berkaitan. Namun, keberadaan norma baru perlu dibedakan dari keberhasilan penerapannya,

sehingga evaluasi perlindungan hukum tidak berhenti pada perubahan regulasi, melainkan mempertimbangkan bukti pelaksanaan dan implikasinya bagi peserta (Sudrajat & Rahayu, 2025).

Selain kepastian manfaat, perlindungan hukum memerlukan informasi yang memungkinkan peserta memahami hak, kewajiban, dan prosedur memperoleh pelayanan. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 mewajibkan BPJS memberikan informasi mengenai hak dan kewajiban peserta serta prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya (Republik Indonesia, 2011, Pasal 13). Ketentuan ini penting karena manfaat yang dijamin akan sulit digunakan secara efektif apabila peserta tidak memahami persyaratan kepesertaan, tata cara pelayanan, atau alasan suatu keputusan pembiayaan. Untuk menangani persoalan yang muncul, Pasal 48 mengatur pembentukan unit pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan peserta, serta kewajiban menangani pengaduan paling lama lima hari kerja sejak diterima. Selanjutnya, Pasal 49 dan Pasal 50 menyediakan kerangka penyelesaian melalui mediasi dan pengadilan sesuai kondisi yang ditentukan undang-undang. Dengan demikian, perlindungan peserta memiliki dimensi pencegahan melalui keterbukaan informasi sekaligus dimensi penyelesaian ketika pengaduan atau sengketa terjadi. Efektivitasnya perlu dinilai dari aksesibilitas, kejelasan proses, dan kemampuannya memberikan penyelesaian yang sesuai dengan persoalan peserta.

Literatur mengenai JKN memberikan dasar untuk menghubungkan kajian pembiayaan dengan analisis perlindungan hukum, tetapi temuan empiris dan ketentuan normatif memiliki fungsi pembuktian yang berbeda. Penelitian Maulana dkk., (2022), misalnya, menjelaskan hubungan kepesertaan dengan pengeluaran langsung serta variasinya menurut kondisi sosial ekonomi, wilayah, dan jenis fasilitas kesehatan. Sementara itu, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 menetapkan kedudukan penyelenggara, pengelolaan dana, kewajiban pemberian informasi, serta mekanisme penanganan pengaduan dan sengketa (Republik Indonesia, 2011). Kedua jenis sumber tersebut dapat dibaca secara terpadu untuk menjelaskan apakah persoalan pembiayaan berkaitan dengan batas manfaat yang sah, hambatan akses, ketidakjelasan administrasi, atau dugaan tidak terpenuhinya kewajiban penyelenggara. Oleh karena itu, artikel ini tidak berangkat dari anggapan bahwa seluruh persoalan JKN merupakan pelanggaran hukum atau bahwa perluasan kepesertaan dengan sendirinya menjamin perlindungan yang efektif. Fokus kajian diarahkan pada hubungan antara pengakuan hak, pembagian tanggung jawab, dan mekanisme pemenuhan serta pemulihan hak peserta dalam sistem pembiayaan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan uraian tersebut, kajian pustaka ini bertujuan menganalisis perlindungan hukum bagi peserta JKN dalam sistem pembiayaan pelayanan kesehatan di Indonesia.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kajian pustaka dengan pendekatan yuridis normatif untuk menganalisis perlindungan hukum bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam sistem pembiayaan pelayanan kesehatan di Indonesia (Eliyah & Aslan, 2025). Bahan kajian meliputi bahan hukum primer berupa peraturan perundang-undangan yang mengatur sistem jaminan sosial, penyelenggaraan BPJS Kesehatan, dan pembiayaan pelayanan kesehatan, serta bahan hukum sekunder berupa artikel jurnal nasional dan internasional, buku, dan dokumen lainnya yang terkait. Literatur dipilih berdasarkan kesesuaian dengan fokus penelitian, kejelasan sumber, ketersediaan teks lengkap, dan relevansi substansinya, sedangkan peraturan ditelaah dengan memperhatikan status keberlakuan serta perubahannya. Bahan yang terkumpul dianalisis secara kualitatif melalui pengelompokan tematik, perbandingan ketentuan hukum dengan temuan penelitian terdahulu, dan sintesis argumentasi. Analisis diarahkan pada dua pokok pembahasan, yaitu pengaturan dan bentuk perlindungan hukum peserta JKN dalam sistem pembiayaan pelayanan kesehatan serta permasalahan penerapan dan upaya penguatannya, untuk menghasilkan kesimpulan yang menjawab tujuan penelitian (Patten, 2016).

Hasil dan Pembahasan

Pengaturan dan Bentuk Perlindungan Hukum Peserta JKN dalam Sistem Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Pengaturan perlindungan hukum peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bertumpu pada prinsip bahwa jaminan kesehatan merupakan instrumen pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan melalui penyelenggaraan jaminan sosial. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menetapkan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Tujuannya adalah menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Republik Indonesia, 2004, Pasal 19). Dalam kerangka tersebut, perlindungan hukum tidak hanya berarti tersedianya aturan mengenai kepesertaan, tetapi juga kepastian mengenai manfaat, kewajiban penyelenggara, dan mekanisme yang dapat digunakan ketika hak peserta tidak terpenuhi. Prinsip ekuitas menjadi dasar untuk menilai pemenuhan manfaat berdasarkan kebutuhan kesehatan, bukan semata-mata kemampuan ekonomi peserta (Siallagan dkk., 2025). Oleh karena itu, sistem pembiayaan JKN perlu dipahami sebagai bagian dari pelaksanaan kewajiban hukum untuk memberikan perlindungan, bukan hanya sebagai mekanisme pengumpulan iuran dan pembayaran biaya pelayanan. Pembacaan demikian menempatkan peserta sebagai pemegang hak yang kepentingannya harus menjadi pertimbangan dalam pengaturan dan penyelenggaraan pembiayaan kesehatan.

Kedudukan hukum peserta dalam penyelenggaraan JKN berkaitan dengan status BPJS Kesehatan sebagai badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 menetapkan bahwa BPJS bertanggung jawab kepada Presiden dan memiliki tugas untuk menerima

pendaftaran peserta, memungut serta mengumpulkan iuran, menerima bantuan iuran pemerintah, mengelola Dana Jaminan Sosial, dan membayarkan manfaat atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program (Republik Indonesia, 2011, Pasal 7 dan Pasal 10). Pengaturan tersebut memperlihatkan bahwa hubungan peserta dengan BPJS Kesehatan bukan sekadar hubungan transaksi pembayaran, melainkan hubungan hukum dalam penyelenggaraan jaminan sosial yang dibentuk oleh undang-undang. Peserta berkewajiban memenuhi ketentuan kepesertaan dan pembayaran iuran sesuai kategorinya, sedangkan penyelenggara memiliki kewajiban memberikan manfaat serta informasi mengenai penggunaan hak tersebut. Dalam hubungan dengan fasilitas kesehatan, BPJS juga berwenang membuat kesepakatan pembayaran yang mengacu pada standar tarif pemerintah dan membuat atau menghentikan kontrak kerja (Sari, 2023). Dengan demikian, tanggung jawab penyelenggaraan jaminan perlu dibedakan dari tanggung jawab pemberian pelayanan klinis agar penentuan pihak yang bertanggung jawab atas suatu persoalan tidak dilakukan secara seragam tanpa memperhatikan sumber kewajibannya.

Perlindungan hukum dalam sistem pembiayaan JKN juga diwujudkan melalui pengaturan sifat dan penggunaan Dana Jaminan Sosial. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 mendefinisikan dana tersebut sebagai dana amanat milik seluruh peserta yang berasal dari himpunan iuran beserta hasil pengembangannya, yang dikelola untuk pembayaran manfaat dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program. Undang-undang yang sama mewajibkan pemisahan aset BPJS dari aset Dana Jaminan Sosial dan menegaskan bahwa aset Dana Jaminan Sosial bukan merupakan aset BPJS (Republik Indonesia, 2011, Pasal 1 dan Pasal 40). Pembedaan ini memiliki arti penting karena dana yang dihimpun untuk kepentingan peserta tidak dapat diperlakukan tanpa batas sebagai kekayaan badan penyelenggara. Pengelolaannya harus mengikuti prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, dan penggunaan hasil pengelolaan untuk pengembangan program serta sebesar-besar kepentingan peserta (Sagala & Hajad, 2022). Secara analitis, ketentuan tersebut memberikan perlindungan pada tingkat tata kelola: kepastian manfaat peserta didukung oleh pembatasan penggunaan dana, kewajiban pencatatan, dan pertanggungjawaban pengelolaan. Dengan demikian, perlindungan tidak hanya bekerja ketika peserta mengalami penolakan pembiayaan, tetapi juga melalui pengamanan dana yang menjadi dasar keberlangsungan pembayaran manfaat bagi seluruh peserta (Muchtiar dkk., 2026).

Pengaturan pihak yang menanggung iuran merupakan bentuk perlindungan yang mempertemukan kewajiban kepesertaan dengan kondisi sosial dan ekonomi peserta. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 mengatur kewajiban pemberi kerja untuk memungut iuran yang menjadi beban pekerja dan menyetorkannya kepada BPJS, serta membayar dan menyetorkan iuran yang menjadi tanggung jawab pemberi kerja. Sementara itu, pemerintah membayar dan menyetorkan iuran bagi penerima bantuan iuran (Republik Indonesia, 2011, Pasal 19). Pada tingkat pelaksanaan, Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 membedakan tanggung jawab pembayaran iuran bagi peserta

penerima bantuan iuran, penduduk yang didaftarkan pemerintah daerah, pekerja penerima upah, serta pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja (Republik Indonesia, 2018, Pasal 28). Pembagian tersebut menunjukkan bahwa kewajiban pembiayaan tidak selalu dibebankan langsung kepada individu peserta. Perlindungan bagi pekerja juga tampak dalam ketentuan bahwa pemberi kerja yang belum mendaftarkan dan membayar iuran pekerjanya wajib bertanggung jawab ketika pekerja membutuhkan pelayanan kesehatan sesuai manfaat yang diberikan BPJS Kesehatan (Kusumawardhani dkk., 2022). Dalam kajian hukum, ketentuan ini penting untuk menegaskan bahwa kelalaian pihak yang diwajibkan membiayai atau mendaftarkan peserta memiliki konsekuensi tanggung jawab, sehingga tidak cukup dipahami sebagai persoalan administrasi peserta semata (Kur'aini dkk., 2023).

Kepastian mengenai cakupan manfaat menjadi unsur substantif perlindungan hukum karena menentukan pelayanan apa yang dapat diperoleh peserta melalui pembiayaan JKN. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 menyatakan bahwa manfaat jaminan kesehatan berupa pelayanan perseorangan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat serta bahan medis habis pakai yang diperlukan (Republik Indonesia, 2004, Pasal 22). Kerangka pelaksanaan dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 juga mengatur manfaat pelayanan kesehatan perseorangan, termasuk pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai kebutuhan medis, dengan pengaturan yang harus dibaca bersama perubahan-perubahannya. Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 sebagai perubahan ketiga memberikan konteks perkembangan pengaturan manfaat dan fasilitas pelayanan rawat inap (Republik Indonesia, 2018, 2024). Dewan Jaminan Sosial Nasional (2024) menjelaskan bahwa perubahan tersebut berkaitan dengan manfaat sesuai kebutuhan dasar kesehatan, kelas rawat inap standar, dan pembenahan tata kelola. Dalam perspektif perlindungan hukum, kepastian manfaat memerlukan pembacaan terpadu atas norma tersebut, termasuk batas dan persyaratannya (Febriani & Taufiq, 2026). Hak peserta tidak dapat ditafsirkan sebagai jaminan atas seluruh jenis pelayanan tanpa pengecualian, tetapi pembatasan manfaat juga harus memiliki dasar pengaturan yang jelas dan tidak semata-mata ditentukan oleh pertimbangan sepihak dalam praktik pelayanan (Deu dkk., 2026).

Hubungan antara pembiayaan dan perlindungan peserta semakin terlihat dalam pengaturan pembayaran kepada fasilitas kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan membedakan pembayaran pada fasilitas kesehatan tingkat pertama melalui tarif kapitasi dan nonkapitasi, serta pembayaran pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan melalui tarif INA-CBG dan non-INA-CBG (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Kapitasi merupakan pembayaran berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar, sedangkan INA-CBG merupakan pembayaran paket yang ditentukan melalui pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur pelayanan. Pengaturan standar tarif menyediakan dasar bagi hubungan pembayaran antara BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan, sekaligus membatasi agar besaran pembayaran tidak sepenuhnya ditentukan

secara individual oleh masing-masing penyedia layanan (Bahri dkk., 2022). Namun, standar pembayaran antarlembaga perlu dibedakan dari hak peserta atas pelayanan yang dijamin. Secara normatif, persoalan kecukupan tarif atau perbedaan perhitungan klaim harus dianalisis dalam hubungan pembiayaan dan kontrak para pihak, bukan serta-merta dijadikan alasan untuk membebankan biaya kepada peserta. Pembedaan tersebut penting agar pengendalian biaya tetap berjalan dalam batas ketentuan manfaat dan kewajiban pelayanan yang berlaku (Adnyani & Dewi, 2026).

Salah satu bentuk perlindungan yang paling langsung terhadap beban finansial peserta adalah larangan penarikan biaya untuk pelayanan yang dijamin sesuai hak peserta. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 mengatur bahwa fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan kepada peserta selama peserta mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya. Dalam pelayanan gawat darurat, larangan penarikan biaya juga ditujukan kepada fasilitas kesehatan yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, dengan pembiayaan oleh BPJS Kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (Republik Indonesia, 2018). Ketentuan ini memberikan dasar normatif untuk membedakan antara pelayanan yang menjadi tanggungan program dan pembayaran yang tidak dapat diminta kepada peserta dalam kondisi tersebut (Yuditia dkk., 2021). Meskipun demikian, penilaian terhadap suatu pembayaran tetap harus memperhatikan cakupan manfaat, status penjaminan, jenis pelayanan, serta ketentuan mengenai peningkatan pelayanan atau biaya lain yang secara khusus diatur. Dengan demikian, perlindungan finansial tidak tepat dirumuskan sebagai larangan mutlak terhadap setiap pengeluaran peserta, melainkan sebagai kepastian bahwa pembebanan biaya harus memiliki dasar yang sah dan tidak mengalihkan kewajiban pembiayaan pelayanan yang telah dijamin (Widiastuti, 2017).

Perlindungan hukum preventif dapat dianalisis melalui kewajiban pemberian informasi, transparansi pengelolaan, dan pengawasan sebelum terjadi kerugian atau sengketa. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 mewajibkan BPJS memberikan informasi kepada peserta mengenai hak dan kewajiban serta prosedur untuk memperoleh hak dan memenuhi kewajibannya. BPJS juga diwajibkan memberikan informasi mengenai kinerja dan kondisi keuangan, menyampaikan laporan pengelolaan program serta laporan keuangan tahunan yang telah diaudit, dan memublikasikan ringkasan laporan sesuai ketentuan (Republik Indonesia, 2011, Pasal 13 dan Pasal 37). Pada tingkat kelembagaan, pengawasan dilakukan secara internal melalui Dewan Pengawas dan satuan pengawas internal, serta secara eksternal melalui DJSN dan lembaga pengawas independen. Dalam kerangka kajian ini, kewajiban-kewajiban tersebut dapat diposisikan sebagai perlindungan preventif karena mendukung kemampuan peserta memahami manfaat dan menyediakan pengendalian terhadap pengelolaan dana. Namun, keberadaan informasi secara formal belum dengan sendirinya membuktikan bahwa informasi tersebut mudah dipahami atau digunakan (Utami dkk., 2023). Oleh sebab itu, bentuk perlindungan preventif perlu dibaca sebagai kewajiban yang pelaksanaannya dapat dievaluasi berdasarkan kejelasan informasi,

keterjangkauan akses, dan konsistensi penerapannya dalam keputusan pelayanan serta pembiayaan.

Perlindungan hukum represif memperoleh dasar melalui mekanisme penanganan pengaduan dan penyelesaian sengketa yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Pasal 48 mewajibkan BPJS membentuk unit pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan peserta serta menangani pengaduan paling lama lima hari kerja sejak diterima. Apabila pengaduan belum dapat diselesaikan oleh unit tersebut, Pasal 49 menyediakan mekanisme mediasi melalui mediator yang disepakati kedua belah pihak secara tertulis, dengan jangka waktu penyelesaian paling lama 30 hari kerja sejak penandatanganan kesepakatan mengenai mediator. Kesepakatan penyelesaian secara tertulis melalui mediasi bersifat final dan mengikat. Selanjutnya, Pasal 50 menyediakan kemungkinan pengajuan penyelesaian ke pengadilan negeri di wilayah tempat tinggal pemohon apabila kondisi yang ditentukan dalam ketentuan tersebut terpenuhi (Republik Indonesia, 2011, Pasal 48–50). Pengaturan ini menunjukkan bahwa peserta tidak hanya diberi hak mengajukan keluhan, tetapi juga jalur penyelesaian yang memiliki dasar hukum. Akan tetapi, batas waktu penanganan pengaduan perlu dibedakan dari jaminan bahwa seluruh persoalan telah selesai secara substantif dalam waktu tersebut (Ulfany & Simarmata, 2025). Selain itu, jalur sengketa harus disesuaikan dengan objek dan pihak yang bertanggung jawab; sengketa dengan penyelenggara jaminan tidak dapat disamakan begitu saja dengan persoalan pelayanan klinis atau dugaan kesalahan profesional tenaga Kesehatan (Sudrajat & Rahayu, 2025).

Secara keseluruhan, pengaturan perlindungan hukum peserta JKN dalam sistem pembiayaan pelayanan kesehatan membentuk hubungan antara jaminan manfaat, pembagian kewajiban pembiayaan, tata kelola dana, larangan pembebanan biaya yang tidak sesuai ketentuan, serta akses terhadap pengaduan dan penyelesaian sengketa. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 menyediakan dasar tujuan dan manfaat jaminan kesehatan, sedangkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 membentuk kewajiban kelembagaan yang mendukung pelaksanaan dan perlindungan hak peserta. Pada tingkat pelaksanaan, pengaturan jaminan kesehatan dan standar tarif memperinci hubungan antara manfaat dan pembayaran pelayanan.

Permasalahan Penerapan dan Upaya Penguatan Perlindungan Hukum Peserta JKN dalam Sistem Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Permasalahan penerapan perlindungan hukum peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terutama terletak pada kesenjangan antara jaminan normatif dan pemenuhan manfaat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 menetapkan tujuan jaminan kesehatan untuk menjamin peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, sedangkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 mengatur kewajiban penyelenggara dalam pengelolaan program, pemberian informasi, dan penanganan pengaduan (Republik Indonesia, 2004, 2011). Namun, keberadaan aturan

tersebut tidak dengan sendirinya memastikan bahwa setiap peserta dapat mengakses pelayanan tanpa hambatan administratif, finansial, atau kelembagaan. Ombudsman Republik Indonesia (2023b) melaporkan adanya potensi maladministrasi dalam penyelenggaraan pelayanan BPJS Kesehatan, termasuk persoalan pembatasan pelayanan dan pengelolaan pengaduan. Temuan pengawasan tersebut memperlihatkan pentingnya menilai perlindungan hukum melalui pelaksanaan kewajiban, bukan hanya keberadaan peraturan. Oleh karena itu, penguatan perlindungan peserta memerlukan hubungan yang konsisten antara kejelasan norma, kepatuhan penyelenggara, pengawasan fasilitas kesehatan, dan tersedianya mekanisme koreksi ketika terdapat dugaan penyimpangan.

Salah satu persoalan yang memerlukan perhatian adalah pembatasan akses pelayanan berdasarkan kuota atau pengaturan operasional fasilitas kesehatan yang berpotensi menghambat penggunaan manfaat peserta. Ombudsman Republik Indonesia (2023a), melalui publikasi berjudul *Pembatasan Layanan Pasien BPJS Kesehatan Diskriminatif*, menyampaikan adanya pengaduan masyarakat mengenai penolakan pelayanan karena keterbatasan kuota bagi peserta BPJS Kesehatan. Publikasi tersebut menunjukkan bahwa hambatan akses tidak selalu berasal dari ketidakaktifan kepesertaan atau ketidakcakupan manfaat, tetapi dapat berkaitan dengan kebijakan operasional fasilitas Kesehatan (Saridin, 2025). Meskipun demikian, pengaduan harus dibedakan dari pelanggaran yang telah dibuktikan, dan keterbatasan kapasitas yang nyata tidak dapat disamakan begitu saja dengan pembatasan diskriminatif. Penguatan perlindungan hukum karena itu perlu diarahkan pada keterbukaan informasi mengenai kapasitas pelayanan, dasar penjadwalan, mekanisme rujukan, dan alasan penundaan atau penolakan. Keputusan fasilitas kesehatan yang berdampak pada akses peserta sebaiknya terdokumentasi dan dapat ditelusuri, sehingga pengawasan dapat membedakan kendala kapasitas yang objektif dari tindakan pembatasan yang tidak memiliki dasar yang dapat dipertanggungjawabkan (Razak & Situmorang, 2020).

Permasalahan berikutnya berkaitan dengan kepastian pembiayaan dan kemungkinan timbulnya pengeluaran langsung ketika peserta menggunakan pelayanan kesehatan. Maulana dkk., (2022) menemukan bahwa kepesertaan JKN berhubungan dengan pengeluaran langsung yang lebih rendah dibandingkan kondisi tanpa asuransi, tetapi peserta JKN tetap dapat mengeluarkan biaya dalam pemanfaatan pelayanan. Temuan tersebut tidak dapat langsung ditafsirkan sebagai bukti pelanggaran karena pengeluaran dapat berkaitan dengan pelayanan di luar cakupan manfaat, pemilihan fasilitas, atau kondisi lain yang perlu ditelaah secara khusus. Di sisi normatif, Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 melarang fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan menarik biaya pelayanan ketika peserta memperoleh manfaat sesuai haknya (Republik Indonesia, 2018). Dengan demikian, persoalan hukumnya terletak pada apakah biaya tersebut memiliki dasar yang sah atau justru merupakan pengalihan kewajiban pembiayaan yang telah dijamin. Upaya penguatan perlu mencakup penjelasan tertulis mengenai alasan pembebanan biaya, rincian jenis pelayanan, serta saluran keberatan. Transparansi ini memungkinkan peserta memahami tanggungannya sekaligus

menyediakan bukti untuk menilai kesesuaian pembayaran dengan ketentuan JKN (Putra dkk., 2024).

Perluasan kepesertaan juga menghadapi persoalan ketika jumlah peserta terdaftar tidak identik dengan jumlah peserta yang berstatus aktif. Laporan pemantauan JKN Desember 2024 mencatat cakupan peserta terdaftar sebesar 98,45% dari penduduk, sedangkan peserta aktif mencakup 78,83% penduduk atau sekitar 80,1% dari keseluruhan peserta terdaftar (Dewan Jaminan Sosial Nasional [DJSN], 2024). Angka tersebut merupakan gambaran pada periode pelaporan, bukan kondisi terkini, tetapi memperlihatkan pentingnya membedakan cakupan administratif dengan kepesertaan yang dapat digunakan untuk memperoleh manfaat. Data agregat tersebut juga tidak cukup untuk menyimpulkan penyebab ketidakaktifan setiap peserta, sehingga analisis perlu mempertimbangkan kondisi pembayaran iuran, perubahan kategori kepesertaan, dan persoalan administrasi yang relevan. Penguatan perlindungan hukum dapat diarahkan pada pemberitahuan status kepesertaan yang jelas, prosedur koreksi data yang mudah diakses, dan penjelasan mengenai persyaratan pengaktifan kembali. Selain itu, sinkronisasi data antarlembaga perlu ditempatkan sebagai bagian dari perlindungan karena kesalahan atau keterlambatan administrasi berpotensi menimbulkan ketidakpastian saat peserta membutuhkan pelayanan (Nur Waldy & Inayah S. H., 2019).

Ketimpangan ketersediaan fasilitas dan pelayanan merupakan persoalan lain yang membatasi efektivitas perlindungan dalam sistem pembiayaan JKN. Maulana dkk., (2022) menunjukkan bahwa rendahnya pengeluaran langsung pada sebagian rumah tangga miskin di wilayah timur Indonesia dapat berkaitan dengan keterbatasan sisi penyediaan pelayanan. Dengan demikian, pengeluaran kesehatan yang rendah tidak selalu menunjukkan keberhasilan perlindungan finansial apabila peserta tidak memperoleh pelayanan yang dibutuhkan. Hubungan tersebut memperlihatkan bahwa jaminan pembiayaan harus didukung oleh fasilitas, tenaga kesehatan, dan jejaring rujukan yang memungkinkan manfaat digunakan secara nyata. Upaya penguatan tidak cukup dilakukan melalui penjelasan hak atau pembenahan prosedur klaim, tetapi juga perlu mempertimbangkan kesiapan pelayanan di daerah yang aksesnya terbatas. Rekomendasi pengembangan jejaring fasilitas dan penguatan infrastruktur pelayanan memiliki dasar pada temuan penelitian tersebut, meskipun bentuk intervensinya harus disesuaikan dengan kebutuhan daerah (Malik, 2019). Dalam perspektif hukum, persoalan ini menuntut penilaian atas hubungan antara kewajiban menyediakan manfaat dan kondisi yang memungkinkan peserta memanfaatkan manfaat tersebut, sehingga pemerataan akses menjadi bagian penting dari evaluasi perlindungan (Faradila, 2021).

Hubungan pembayaran antara BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan juga perlu diperhatikan karena keputusan pembiayaan dapat berinteraksi dengan keputusan pemberian pelayanan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 mengatur standar tarif pelayanan dalam program jaminan kesehatan, termasuk mekanisme pembayaran melalui kapitasi dan INA-CBG (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Namun, keberadaan standar tarif tidak dapat digunakan sendirian untuk

menyimpulkan bahwa setiap pembatasan pelayanan disebabkan oleh persoalan pembayaran. Ombudsman Republik Indonesia (2025), dalam pembahasan mengenai pembatasan hari rawat pasien JKN, menekankan bahwa pemulangan pasien merupakan pertimbangan dokter penanggung jawab berdasarkan indikasi medis, sekaligus mengingatkan komitmen pelayanan untuk tidak membatasi hari rawat pasien secara tidak semestinya. Oleh sebab itu, penguatan perlindungan memerlukan pembedaan antara keputusan klinis yang dapat dipertanggungjawabkan dan keputusan administratif atau finansial yang menghambat pelayanan (Dilla dkk., 2025). Dokumentasi alasan medis, komunikasi kepada pasien, dan jalur keberatan menjadi penting agar sengketa pembiayaan tidak bercampur dengan penilaian klinis. Evaluasi klaim antarlembaga juga perlu diarahkan pada penyelesaian hubungan pembayaran tanpa mengalihkan persoalannya secara tidak sah kepada peserta (Deu dkk., 2026).

Ketidakjelasan informasi mengenai manfaat, persyaratan pelayanan, dan tanggungan biaya dapat memperlemah kemampuan peserta menggunakan serta mempertahankan haknya. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 mewajibkan BPJS memberikan informasi tentang hak dan kewajiban peserta serta prosedur untuk memperoleh hak dan memenuhi kewajibannya (Republik Indonesia, 2011, Pasal 13). Kewajiban ini memberikan dasar untuk menilai kualitas informasi, bukan sekadar keberadaan media penyampaiannya. Dalam konteks pembiayaan, peserta membutuhkan penjelasan yang membedakan pelayanan yang dijamin, pelayanan yang tidak dijamin, dan pembayaran yang timbul dari pilihan peningkatan pelayanan sesuai ketentuan (BPJS, t.t.). Penguatan perlindungan dapat dilakukan melalui penyederhanaan bahasa, konsistensi informasi antara BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan, serta pemberian penjelasan sebelum peserta mengambil keputusan yang memiliki konsekuensi biaya. Informasi juga perlu tersedia dalam bentuk yang dapat digunakan oleh peserta dengan kemampuan dan akses teknologi yang berbeda. Rekomendasi tersebut merupakan konsekuensi analitis dari kewajiban pemberian informasi: hak yang diakui secara normatif akan sulit digunakan secara efektif apabila prosedur dan konsekuensi pembiayaannya tidak dipahami oleh pemegang hak (Yusuf & Thohari, 2024).

Efektivitas pengaduan menjadi persoalan penting karena mekanisme perlindungan tidak hanya dinilai dari kesempatan menyampaikan keluhan, tetapi juga dari kemampuan menghasilkan tindak lanjut yang jelas. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 mengatur kewajiban membentuk unit pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan serta menangani pengaduan paling lama lima hari kerja sejak diterima (Republik Indonesia, 2011, Pasal 48). Ombudsman Republik Indonesia (2023b) juga menyarankan penyusunan standar operasional prosedur dan evaluasi pengelolaan pengaduan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun tingkat lanjutan, termasuk optimalisasi petugas pengaduan. Berdasarkan kedua sumber tersebut, penguatan dapat diarahkan pada pencatatan nomor pengaduan, klasifikasi masalah, kejelasan pihak penanggung jawab, dan pemberitahuan perkembangan penanganan kepada peserta. Batas waktu penanganan perlu dipahami secara tepat dan tidak disamakan dengan jaminan bahwa

semua sengketa telah selesai secara substantif dalam periode tersebut (Yuditia dkk., 2021). Selain itu, pengaduan tentang status kepesertaan, biaya pelayanan, penolakan manfaat, dan persoalan klinis membutuhkan pemeriksaan yang berbeda. Sistem pengaduan yang terintegrasi perlu tetap mempertahankan pembedaan kewenangan agar keluhan tidak hanya dipindahkan antarlembaga tanpa penyelesaian yang dapat dipertanggungjawabkan (Wulandari dkk., 2025).

Penguatan perlindungan juga memerlukan penggunaan mekanisme penyelesaian sengketa dan pengawasan eksternal secara proporsional. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 menyediakan mediasi untuk pengaduan yang belum terselesaikan melalui unit penanganan pengaduan, serta kemungkinan penyelesaian melalui pengadilan negeri berdasarkan kondisi yang diatur dalam undang-undang tersebut (Republik Indonesia, 2011, Pasal 49–50). Sementara itu, pengalaman penanganan keluhan yang dipublikasikan Ombudsman Republik Indonesia (2025) memperlihatkan pentingnya koordinasi dengan rumah sakit, petugas BPJS Kesehatan, dan penanggung jawab pengaduan untuk memperjelas persoalan pelayanan. Jalur-jalur tersebut tidak seharusnya diperlakukan sebagai mekanisme yang selalu dapat saling menggantikan, sebab sengketa dengan BPJS, dugaan maladministrasi, dan persoalan tanggung jawab klinis memiliki objek serta dasar pemeriksaan yang berbeda. Upaya penguatan perlu memberikan panduan kepada peserta mengenai jalur yang sesuai, dokumen yang diperlukan, dan pihak yang bertanggung jawab. Dengan demikian, perlindungan represif tidak berhenti pada penyediaan pilihan lembaga, tetapi membantu peserta menempuh prosedur yang relevan tanpa mengaburkan kewenangan atau menjanjikan hasil penyelesaian yang belum dapat dipastikan.

Secara keseluruhan, penguatan perlindungan hukum peserta JKN memerlukan pendekatan yang menghubungkan kepastian manfaat, kesiapan pelayanan, transparansi pembiayaan, dan efektivitas koreksi terhadap persoalan yang terjadi. Temuan Maulana dkk., (2022) mengenai perlindungan finansial dan keterbatasan sisi penyediaan menunjukkan bahwa evaluasi tidak cukup menggunakan kepesertaan atau pengeluaran langsung sebagai indikator tunggal. Temuan pengawasan Ombudsman Republik Indonesia (2023b) memperlihatkan kebutuhan pembenahan pelayanan dan pengaduan, sedangkan laporan DJSN (2024) menegaskan pentingnya membedakan peserta terdaftar dari peserta aktif. Berdasarkan sintesis tersebut, rekomendasi penguatan dapat diarahkan pada harmonisasi informasi manfaat dan biaya, peningkatan akurasi data kepesertaan, pengawasan keputusan yang membatasi akses, serta pengelolaan pengaduan yang terdokumentasi. Evaluasi pembiayaan juga perlu mempertimbangkan kepatuhan terhadap kewajiban pelayanan, bukan hanya besaran pembayaran atau pengendalian pengeluaran.

Dengan demikian, perlindungan peserta dapat ditempatkan sebagai dasar penilaian terhadap keberlanjutan program: sistem pembiayaan yang dikelola secara bertanggung jawab harus sekaligus mendukung penggunaan manfaat dan menyediakan jalan pemulihan ketika hak peserta diduga tidak terpenuhi.

Kesimpulan

Perlindungan hukum bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam sistem pembiayaan pelayanan kesehatan di Indonesia memiliki landasan normatif yang mencakup kepastian manfaat, pembagian tanggung jawab pembiayaan, pengelolaan dana jaminan sosial, serta mekanisme pengaduan dan penyelesaian sengketa. Perlindungan tersebut tidak hanya berkaitan dengan pengakuan status kepesertaan, tetapi juga dengan kepastian bahwa peserta dapat memperoleh pelayanan sesuai kebutuhan medis dan ketentuan manfaat yang berlaku. Bentuk perlindungan preventif diwujudkan melalui pemberian informasi, transparansi pembiayaan, pengawasan, dan kejelasan prosedur pelayanan, sedangkan perlindungan represif dilakukan melalui penanganan pengaduan, mediasi, serta penyelesaian sengketa sesuai objek dan kewenangan lembaga terkait. Dengan demikian, pembiayaan JKN merupakan bagian dari pelaksanaan kewajiban hukum untuk memenuhi hak peserta, bukan semata-mata mekanisme penghimpunan iuran dan pembayaran kepada fasilitas kesehatan.

Penerapan perlindungan hukum masih menghadapi persoalan berupa hambatan akses pelayanan, perbedaan antara kepesertaan terdaftar dan aktif, ketidakjelasan informasi manfaat serta tanggungan biaya, keterbatasan ketersediaan pelayanan, dan belum optimalnya tindak lanjut pengaduan. Persoalan tersebut menunjukkan bahwa keberadaan peraturan dan perluasan cakupan kepesertaan belum cukup untuk memastikan pemenuhan hak secara nyata. Namun, setiap hambatan perlu dinilai berdasarkan fakta dan dasar hukumnya, sebab tidak seluruh pengeluaran peserta, pembatasan pelayanan, atau keputusan pembiayaan dapat langsung dikategorikan sebagai pelanggaran. Penilaian harus membedakan batas manfaat yang sah, keputusan klinis, kendala kapasitas pelayanan, persoalan administrasi, dan tindakan yang tidak sesuai ketentuan. Oleh karena itu, efektivitas perlindungan hukum perlu dievaluasi melalui keterkaitan antara kepastian hak, akses terhadap pelayanan, kepatuhan para pihak, dan tersedianya penyelesaian yang dapat dipertanggungjawabkan.

Penguatan perlindungan hukum peserta JKN memerlukan pembenahan yang terintegrasi melalui penyelarasan pengaturan dan pelaksanaan, peningkatan transparansi manfaat serta pembebanan biaya, perbaikan akurasi data kepesertaan, dan penguatan pengawasan terhadap keputusan yang memengaruhi akses pelayanan. BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, dan pemerintah perlu memperjelas pembagian tanggung jawab serta memastikan bahwa persoalan pembayaran antarlembaga tidak dialihkan secara tidak sah kepada peserta. Mekanisme pengaduan juga perlu mudah diakses, terdokumentasi, memiliki tindak lanjut yang jelas, dan terhubung dengan jalur penyelesaian yang sesuai. Berdasarkan sintesis kajian ini, keberlanjutan pembiayaan dan perlindungan hak peserta perlu ditempatkan sebagai tujuan yang saling mendukung, sehingga efisiensi pengelolaan dana tetap berjalan bersama kepastian manfaat, keadilan akses, dan akuntabilitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Daftar Rujukan

Adnyani, P. P., & Dewi, P. P. (2026). Strategi Bisnis Rumah Sakit Non-JKN dalam Menghadapi Dinamika Pasar Era JKN. *Jurnal Riset Akuntansi*, *4*(1), 460–480. https://doi.org/10.54066/jura-itb.v4i1.4509

Bahri, S., Amri, A., & Siregar, A. A. (2022). ANALISIS KUALITAS PELAYANAN APLIKASI MOBILE JKN BPJS KESEHATAN MENGGUNAKAN METODE SERVICE QUALITY (SERVQUAL). *Industrial Engineering Journal*, *11*(2), 12–18. https://doi.org/10.29103/iej.v11i2.17597

BPJS, B. P. J. S. (t.t.). *ANALISIS PENGARUH KUALITAS PELAYANAN TERHADAP KEPUASAN PASIEN PESERTA BPJS KESEHATAN DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA*. Diambil 3 Oktober 2026, dari https://albama.amayogyakarta.ac.id/uploads/journal/1630907658journal.pdf

Deu, F. A., Kusumastuti, I., & Apriani, W. (2026). Evaluasi Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Undata. *Jurnal Masyarakat Sehat Indonesia*, *5*(02), 188–198. https://doi.org/10.70304/jmsi.v5i02.28

Dilla, N. I. R., Sihotang, O. S. H., & Gurning, F. P. (2025). Efektivitas Implementasi Kelas Rawat Inap Standar dalam Jaminan Kesehatan Nasional. *PubHealth Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *4*(1), 1–10. https://doi.org/10.56211/pubhealth.v4i1.943

Eliyah, E., & Aslan, A. (2025). STAKE'S EVALUATION MODEL: METODE PENELITIAN. *Prosiding Seminar Nasional Indonesia*, *3*(2), Article 2.

Faradila, D. (2021). *TINJAUAN YURIDIS HAK PASIEN PESERTA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN YANG BERSISTEM RUJUKAN BERJENJANG* [Masters, UNIVERSITAS HASANUDDIN]. https://repository.unhas.ac.id/id/eprint/5575/

Febriani, W. R., & Taufiq, M. (2026). Regional Medical Spending And JKN Coverage Predict Urban Societal Progress: Pengeluaran Medis Daerah Dan Cakupan JKN Memprediksi Kemajuan Masyarakat Perkotaan. *Academia Open*, *11*(1), 10.21070/acopen.11.2026.14685-10.21070/acopen.11.2026.14685. https://doi.org/10.21070/acopen.11.2026.14685

Kur'aini, S. N., Anggraini, A. N., Nurcahyaningsih, I., Setyoningsih, P. H., & Widyastuti, F. (2023). Sosialisasi Pemanfaatan Layanan Mobile JKN BPJS Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan Sebagai Upaya Peningkatan Kepesertaan BPJS di RSO Prof. Dr. Soeharso Surakarta. *Genitri: Jurnal Pengabdian Masyarakat Bidang Kesehatan*, *2*(1), 1–6. https://doi.org/10.36049/genitri.v2i1.90

Kusumawardhani, O. B., Octaviana, A., & Supitra, Y. M. (2022). EFEKTIVITAS MOBILE JKN BAGI MASYARAKAT: LITERATURE REVIEW. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional*, 64–69. https://doi.org/10.47701/sikenas.vi.1665

Malik, A. A. (2019). Implementasi kebijakan diskresi pada pelayanan kesehatan badan penyelenggara jaminan kesehatan (bpjs). *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, *8*(1), 1–8.

Maulana, N., Soewondo, P., Adani, N., Limasalle, P., & Pattnaik, A. (2022). How Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) coverage influences out-of-pocket (OOP) payments by vulnerable populations in Indonesia. *PLOS Global Public Health*, *2*(7), e0000203. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000203

Muchtiar, M., Narimawati, U., & Kurniawan, B. (2026). THE ROLE OF HOSPITAL MANAGEMENT IN PRODUCTIVITY, REVENUE, EFFICIENCY, AND EFFECTIVENESS OF JKN PATIENT SERVICES: A CASE STUDY OF A PRIVATE HOSPITAL (XYZ) IN INDONESIA, 2023–2024. *Multidisciplinary Research Studies in Social Sciences*, *2*(1), 38–49. https://doi.org/10.71312/mrscholar.v2i1.811

Nur Waldy, G., & Inayah S. H., M. H. (2019). *Implementasi Hubungan Kerja Antara Rumah Sakit Dengan Bpjs Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional* [S1, Universitas Muhammadiyah Surakarta]. https://eprints.ums.ac.id/70880/

Patten, M. L. (2016). *Understanding Research Methods: An Overview of the Essentials* (9 ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315266312

Putra, E. A. M., Bahri, P. R., Ananda, S. R., & Safitri, B. R. A. (2024). Pelayanan Publik dalam Pelaksanaan Perlindungan Warga Negara melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. *Indonesia Berdaya*, *5*(2), 749–764. https://doi.org/10.47679/ib.2024805

Razak, A., & Situmorang, C. H. (2020). *Sketsa Politik Jaminan Kesehatan Nasional*. Deepublish.

Sagala, R. B., & Hajad, V. (2022). Inovasi Pelayanan Kesehatan Mobile JKN Di Kantor BPJS Kota Subulussalam. *Journal of Social Politics and Governance (JSPG)*, *4*(1). https://doi.org/10.24076/JSPG.2022v4i1.775

Sari, M. (2023). Mengungkap Dilema JKN: Ketimpangan Akses dan Defisit Finansial. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, *19*(3), 145–157.

Saridin, I. I. (2025). *Penerapan Prinsip Bioetika dalam Praktik Kedokteran dan Pengambilan Keputusan Klinis Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Yogyakarta* [Universitas Gadjah Mada]. https://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/252431

Siallagan, A. D., Diana, H. S., Fitriya, N. I., Nurhuda, P. M., Oktaviany, V., Luginasari, Y., & Sukaesih, N. S. (2025). REVOLUSI KESEHATAN DIGITAL MELALUI TEKNOLOGI BIG DATA DALAM APLIKASI MOBILE JKN: RAPID REVIEW. *Bhamada: Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan (E-Journal)*, *16*(1), 1–12. https://doi.org/10.36308/jik.v16i1.768

Sudrajat, A. S., & Rahayu, R. H. (2025). Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional (KRIS-JKN) di RSUD Kota Bandung. *Journal of Governance Innovation*, *7*(1), 372–391. https://doi.org/10.36636/jogiv.v7i1.5256

Suhadi, S., Jumakil, J., & Irma, I. (2022). Aplikasi Mobile JKN untuk Memudahkan Akses Pelayanan BPJS. *Jurnal Penelitian Kesehatan "SUARA FORIKES" (Journal of Health Research "Forikes Voice")*, *13*(0), 262–267. https://doi.org/10.33846/sf.v13i0.1847

Udiana, G. K., & Pramana, I. B. N. T. (2025). Legal protection of patients in Indonesia's National Health Insurance (JKN) era: A comprehensive review of regulatory framework and hospital practice. *Dharmaputra Medical Law Journal*, *1*(2), 21–26. https://doi.org/10.51559/rmpp6519

Ulfany, R., & Simarmata, M. (2025). Tinjauan Yuridis Terhadap Sistem Pembiayaan Kesehatan Nasional Dalam Perspektif Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Jurnal Hukum Ekualitas*, *1*(2), 118–126. https://doi.org/10.56607/v9nw0b58

Utami, P., Asnawi, M., & Firah, A. (2023). Analisis Pemanfaatan Aplikasi Mobile Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Untuk Meningkatkan Pelayanan BPJS Kesehatan di Klinik Pratama Bertha Kota Medan. *Jurnal Bisnis Corporate*, 30–37. https://doi.org/10.46576/jbc.v8i2.4219

Widiastuti, I. (2017). PELAYANAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN DI JAWA BARAT. *Public Inspiration : Jurnal Administrasi Publik*, *2*(2), 91–101. https://doi.org/10.22225/pi.2.2.2017.91-101

Wulandari, M. F., Nurmawaty, D., Nabila, A., & Shorayasari, S. (2025). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Membayar Iuran BPJS Kesehatan Oleh Peserta Mandiri di Unit Rawat Jalan RS Sumber Waras Tahun 2024. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *4*(1), 56–65. https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v4i1.4111

Yuditia, A., Hidayat, Y., & Achmad, S. (2021). Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Oleh Bpjs Berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Jurnal Magister Ilmu Hukum*, *6*(1), 43–61.

Yunengsih, Y., & Elvin, F. G. (2025). Pengaruh Efektivitas Pelayanan Pendaftaran Online Aplikasi Mobile JKN Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Karya Bhakti Pratiwi Bogor. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, *10*(2), 157–169. https://doi.org/10.52943/jipiki.v10i2.1935

Yusuf, F. M., & Thohari, A. A. (2024). Konsekuensi Hukum terhadap Perusahaan dan Tenaga Kerja Akibat Ketidakpatuhan dalam Pembayaran Iuran BPJS Ketenagakerjaan. *JURNAL USM LAW REVIEW*, *7*(3), 1674–1689. https://doi.org/10.26623/julr.v7i3.10653

Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2024a). *Monthly report monitoring JKN: 31 Desember 2024*.

Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2024b, 31 Mei). *Press release DJSN terkait Perpres Nomor 59 Tahun 2024 tentang perubahan ketiga atas Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang jaminan kesehatan* (Siaran Pers Nomor 01/DJSN/V/2024).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan*.

Ombudsman Republik Indonesia. (2023a, 28 Februari). *Ombudsman RI temukan potensi maladministrasi dalam penyelenggaraan pelayanan BPJS Kesehatan*.

Ombudsman Republik Indonesia. (2023b, 1 Maret). *Pembatasan layanan pasien BPJS Kesehatan diskriminatif*.

Republik Indonesia. (2004). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional*.

Republik Indonesia. (2011). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*

Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang jaminan Kesehatan*

Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang perubahan ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang jaminan kesehatan*