

Satu Dekade Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional: Tantangan Dan Rekomendasi Kebijakan Di Masa Mendatang

Siti Kunarti

Fakultas Hukum Universitas Jenderal Soedirman
Jl. Dr. HR Boenyamin 708 Grendeng, Purwokerto Utara
✉ siti.kunarti@unsoed.ac.id

Tedi Sudrajat

Fakultas Hukum Universitas Jenderal Soedirman
Jl. Dr. HR Boenyamin 708 Grendeng, Purwokerto Utara

DOI: <https://doi.org/10.55292/20tcvj28>

Abstrak

Pembangunan kesehatan masyarakat dapat memberikan kontribusi yang optimal pada pembangunan nasional, apabila keduanya dapat berjalan seiring dan seimbang untuk mencapai tujuan kesejahteraan nasional. Namun mandat negara dalam satu dekade UU SJSN & UU BPJS dengan kemudahan akses warga negara menjadi peserta jaminan sosial dan pelayanan jaminan sosial yang tercermin dalam hal Regulasi SJSN yang Sinkron, Support Sistem TI yang canggih dan Platform yang aplikatif, Pelayanan prima dengan standar keseragaman tindakan di seluruh Indonesia dan sera Edukasi kepada warga negara yang memadai belum sepenuhnya berhasil. Diperlukan kebijakan pemerintah untuk mengantisipasi agar mandat dari Undang-undang terwujud. Oleh karena itu perlu dikaji dan diteliti adalah bagaimana perjalanan satu dekade JKN dari perspektif kebijakan negara, tantangan dan rekomendasi yang dapat mengoptimalkan pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional dimasa mendatang. Metode penulisan adalah yuridis normatif



@ 2024 **Proceeding APHTN-HAN**, All rights reserved.

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

dengan pendekatan perundang-undangan dengan menggunakan analisis kualitatif. Hasil kajian menunjukkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menghadapi sejumlah tantangan dalam sepuluh tahun keberadaannya yaitu lambatnya perluasan cakupan jaminan sosial, meningkatnya jumlah peserta nonaktif, ketidakharmonisan pengaturan SJSN, lemahnya koordinasi antarlembaga SJSN, lemahnya respons lembaga pengawas terhadap pelanggaran, kurangnya koordinasi lembaga, serta keberadaan sistem Monitoring dan Evaluasi (Monev) yang masih sangat penting. Rekomendasi kebijakan untuk mengatasi permasalahan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjadi sangat penting antara lain penerapan JOIN IT, integrasi pendaftaran peserta kartu pembayaran, dan kantor pengawasan bersama antara kedua BPJS, serta penerbitan regulasi yang mengatur interoperabilitas data Jaminan Sosial.

Kata Kunci

Kebijakan Jaminan Nasional, Tantangan, Rekomendasi

I. Pendahuluan

Kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia yang harus dipenuhi selain dari hak untuk memperoleh kehidupan yang layak seperti sandang, pangan, papan bagi manusia. Kesehatan menjadi hak dasar manusia sebagaimana dinyatakan dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 bahwa setiap orang berhak atas kesehatan sebagai hak dasar manusia. Menurut Undang-Undang Dasar 1945, salah satu tujuan nasional bangsa Indonesia adalah memajukan kesejahteraan umum. Hal ini membuktikan bahwa, Negara Kesatuan Republik Indonesia telah dengan tegas menetapkan Konsep

Kesejahteraan (*welfare state*). Negara bertanggung jawab dan berkewajiban untuk memberikan kesejahteraan kepada seluruh rakyat yang meliputi pemenuhan dasar hidup warga negara (*basic needs*), intervensi ekonomi pasar dan pelayanan sosial. Dengan kata lain, *welfare state* adalah tanggung jawab negara untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara, yang merupakan hak mereka. Jika pemerintah tidak dapat melakukannya, warga negara dapat menuntut sesuai dengan hukum.¹

Dalam Undang-Undang Dasar 1945, untuk mencapai tujuan nasional Indonesia diperlukan penyelenggaraan pembangunan nasional yang menyeluruh, terpadu, terarah dan berkesinambungan. Untuk mencapai tujuan ini, diperlukan sumber daya manusia yang tanggung, mandirimi dan berkualitas serta adanya peranan pembangunan kesehatan, karena penduduk yang sehat akan mendorong program pendidikan, peningkatan produktivitas dan peningkatan ekonomi. Perkembangan kesadaran jaminan perlindungan sosial telah diamanatkan dalam Perubahan UUD 1945 Pasal 34 ayat (2) yang menyatakan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan menambahkan Sistem Jaminan Sosial di dalam Perubahan UUD 1945, maka terbitlah Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Hal ini menjadi bukti kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan sangat berkomitmen untuk meningkatkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, pada dasarnya bertujuan untuk

¹ Nyoman Dharma Wiasa, S Kp, and M Kes, "JAMINAN KESEHATAN NASIONAL YANG BERKEADILAN MENUJU KESEJAHTERAAN SOSIAL," n.d.

menjamin semua orang memiliki kebutuhan dasar untuk hidup.²

Undang-Undang Nomor 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia juga memberikan perlindungan sosial kepada masyarakat Indonesia, dengan Pasal 41 menyatakan bahwa "setiap warga negara berhak atas Jaminan Sosial yang dibutuhkan untuk hidup layak serta perkembangan pribadinya secara utuh. Hal ini juga sejalan dengan Undang-Undang nomor 11 tahun 2005 tentang Pengesahan Konvensi Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya (Konvensi Internasional tentang Hak Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya), juga dikenal sebagai UU Ekosob. UU ini mengatur hak masyarakat untuk mendapatkan jaminan sosial, serta hak ibu dan anak untuk mendapatkan perawatan dan bantuan khusus.

Pembangunan kesehatan masyarakat dapat memberikan kontribusi yang optimal pada Pembangunan nasional, apabila keduanya dapat berjalan seiring dan seimbang untuk mencapai tujuan kesejahteraan nasional. Kemajuan dalam bidang kesehatan dipengaruhi oleh pedoman penyelenggaraan kesehatan yang tersedia, yang meliputi perencanaan, teknik, dan penyelenggaraan jaminan kesehatan. Jaminan perlindungan sosial kesehatan seharusnya meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan, namun dalam penerapannya, program ini belum sepenuhnya berhasil meningkatkan status kesehatan masyarakat, karena kurangnya fasilitas kesehatan dasar, terutama untuk pasien yang lebih tua. Hal ini dibuktikan dengan Pasal 28A UUD 1945 yang menjelaskan bahwa setiap warga negara berhak untuk hidup serta berhak untuk mempertahankan hidup dan

² "BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA," n.d., www.djpp.kemendikham.go.id.

kehidupannya. Selain itu, dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 juga menyatakan bahwa setiap warga negara berhak untuk hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

Dalam Pengembangan system jaminan sosial dan jaminan kesehatan kepada masyarakat termaktub dalam Pasal 34 ayat (1) UUD 1945 yang menyatakan bahwa fakir miskin dan anak terlantar dipelihara oleh negara, pada ayat (2) menjelaskan bahwa Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Pada Pasal 34 UUD 1945 ayat (3) juga menyatakan bahwa Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Untuk melaksanakan Pasal 34 UUD 1945 tersebut, maka terbitlah Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), dan Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional, semuanya mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2014. Sebagai penyelenggara jaminan kesehatan, pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan diharapkan dapat menangani dan mengatasi berbagai masalah yang terkait dengan pembangunan kesehatan saat ini dan di masa depan.³ Mandat negara dalam UU SJSN & UU BPJS adalah kemudahan akses warga negara menjadi peserta jaminan sosial dan pelayanan jaminan sosial yang akan tercermin dalam 4 hal yaitu : 1. Regulasi SJSN yang Sinkron, Support Sistem TI yang canggih dan Platform yang aplikatif 3. Pelayanan prima dengan

³ "MANDAT NEGARA DALAM UU SJSN & UU BPJS," n.d.

standar keseragamantindakan di seluruh Indonesia dan 4. Edukasi kepada warga negara yang memadai.

Dalam sepuluh tahun perjalanannya, program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) ini telah mencakup lebih dari 200 juta peserta, yang menjadi suatu capaian yang membanggakan. Namun, di balik kemajuan ini, banyak tantangan besar masih perlu diatasi. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) telah memantau dan menilai program JKN/KIS yang ditawarkan oleh BPJS Kesehatan dan menemukan tujuh masalah utama dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional yang meliputi Melambatnya perluasan cakupan kepesertaan Jaminan Sosial, Peserta tidak aktif meningkat, Disharmonis Regulasi, Tata Kelola Sistem Jaminan Sosial Nasional, (SJSN), Lemahnya Koordinasi Kelembagaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Belum kuatnya respon lembaga pengawasan Terhadap Pelanggaran, Belum terkoordinasi dengan baik lembaga aktuaria untuk memperkirakan sustainabilitas fiskal program jaminan sosial dan Adanya sistem Monev yang masih krusial.

Dalam konteks ini, Penegakan Hukum Administrasi Negara menjadi sangat krusial. Hukum Administrasi Negara (HAN) dalam sektor jaminan sosial bertujuan untuk memastikan pemerintah dan lembaga-lembaga penyelenggara jaminan sosial dan Jaminan Kesehatan Nasional bertanggung jawab dalam memberikan layanan yang berkualitas dan mengutamakan hak peserta. HAN Sektorial bertanggung jawab untuk mengatur dan mengawasi seluruh pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, termasuk BPJS Kesehatan, rumah sakit, klinik, dan tenaga medis, mematuhi peraturan yang berlaku untuk memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai standar.

Berdasarkan latar belakang permasalahan diatas, maka dapat dirumuskan permasalahan bagaimana

perjalanan satu dekade JKN dari perspektif penegakan HAN Sektor, mengkaji upaya penegakan hukum serta merumuskan Tantangan dan rekomendasi yang dapat mengoptimalkan pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

II. Metode Penelitian

Dalam konteks penelitian ini, pendekatan yuridis normatif sangat relevan untuk menganalisis kebijakan jaminan sosial dan hukum administrasi negara. Pendekatan ini berfokus pada peraturan perundang-undangan yang mengatur sistem jaminan sosial di Indonesia, termasuk Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dengan menggunakan analisis kualitatif, penelitian ini dapat mengevaluasi sejauh mana implementasi regulasi tersebut berjalan sesuai dengan mandat hukum, serta tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaannya. Melalui studi kasus konkret, penelitian dapat menggali pengalaman peserta jaminan sosial dan mengidentifikasi kelemahan dalam koordinasi antar lembaga, disharmoni regulasi, dan masalah dalam partisipasi masyarakat. Dengan demikian, pendekatan perundang-undangan ini tidak hanya membantu dalam memahami kerangka hukum yang ada, tetapi juga memberikan dasar yang kuat untuk merumuskan rekomendasi kebijakan yang lebih efektif dalam mengoptimalkan pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di masa mendatang.

III. Pembahasan

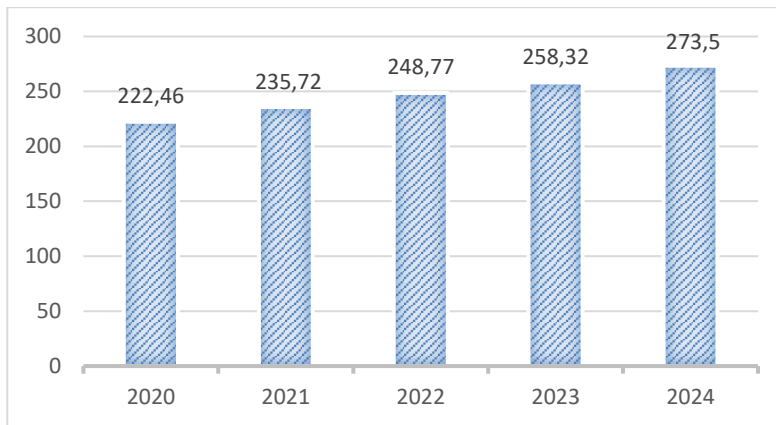
Permasalahan Program Jaminan Kesehatan Nasional Selama Satu Dekade

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah sistem yang mengatur program pemerintah dan negara untuk memberikan perlindungan sosial agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya. Sejak 1 Januari 2014, Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia telah memberikan banyak manfaat bagi masyarakat. Tujuan dari program ini adalah untuk memastikan bahwa semua orang di Indonesia, dari Sabang hingga Merauke, memiliki akses yang sama ke layanan kesehatan. Namun, selama sepuluh tahun beroperasi, program JKN juga menghadapi berbagai masalah, yang berdampak pada keberhasilan dan efisiensi program. Berikut ini adalah beberapa masalah utama yang dihadapi program JKN selama sepuluh tahun terakhir.

1. Melambatnya perluasan cakupan kepesertaan Jaminan Sosial

Program pemerintah yang dikenal sebagai Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Masyarakat menentukan keberhasilan kebijakan. Semakin banyak masyarakat yang berkontribusi pada program ini, semakin rendah defisit BPJS Kesehatan, dan semakin banyak manfaat yang diterima masyarakat. Pemerintah Indonesia menargetkan pada akhir tahun 2019 untuk mencapai partisipasi seluruh masyarakat pada program JKN sebagai salah satu indikator Cakupan Kesehatan Universal (UHC). Namun, hingga tahun 2020, masyarakat

yang menjadi peserta JKN hanya sebanyak 81,3%. ⁴Hal ini berarti bahwa masih ada 18,7% masyarakat yang belum bergabung sebagai peserta JKN. Dibawah ini adalah jumlah peserta JKN dari 5 tahun terakhir :



Tabel 1. Jumlah Peserta JKN

Sumber : Badan Pusat Statistika, 2024

Data di atas menunjukkan peningkatan tahunan dalam jumlah peserta JKN namun target tercapainya partisipasi seluruh masyarakat pada program JKN sebagai salah satu indikator Universal Health Coverage (UHC) masih belum tercapai. Hal ini dibuktikan dengan cakupan kepesertaan Program JKN pada bulan Juni 2024 yang sudah mencapai 273.525.350 atau sejumlah 97,99% dengan peserta aktif 79,47% atau sebanyak 217.367.892, tidak aktif 20,53% atau sebanyak 56.157.458 (51,85% PBI, 28,9% BPU, 15,82% PPBU BU), namun yang belum menjadi peserta sebanyak 5.539,516 atau 2,01% dari total populasi penduduk Indonesia. Kepesertaan JKN yang didominasi

⁴ Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas diterbitkan oleh et al., "PESERTA JKN DI INDONESIA," 2018, <http://jurnal.fkm.unand.ac.id/index.php/jkma/>.

oleh kelompok PBI menjadi salah satu faktor yang membuat pengeluaran yang tidak sebanding dengan pendapatan BPJS Kesehatan.⁵

Menurut Penelitian Agus Dwi Laksono, dkk (2022), terdapat tujuh faktor yang mempengaruhi tingkat jumlah kepesertaan JKN seperti jenis kelamin, usia, status pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan dan status kekayaan ini menunjukkan bahwa tidak ada pola khusus yang menggambarkan tren spasial dalam keterlibatan JKN berdasarkan provinsi Indonesia. Berdasarkan faktor tempat tinggal, masyarakat pedesaan cenderung kurang berpartisipasi dalam JKN. Hal ini disebabkan karena keterbatasan akses dan biaya yang tinggi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik, masyarakat di daerah pedesaan cenderung tidak ikut serta dalam JKN. Menurut analisis faktor usia, usia muda (18-64 tahun) menghadapi tantangan untuk menjadi anggota JKN. Mereka juga cenderung memiliki kualitas kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok usia lanjut. Hal ini disebabkan oleh kurangnya kesadaran mereka tentang pentingnya memiliki asuransi kesehatan. Faktor lain yang menghambat pemuda untuk berinvestasi di bidang kesehatan adalah kebutuhan hidup yang tinggi dan keadaan ekonomi yang tidak stabil.

Studi ini menemukan bahwa perempuan lebih sering menggunakan layanan kesehatan, terutama selama kehamilan dan persalinan. Selain itu, perempuan lebih sadar akan kondisi kesehatannya. Tidak mengherankan jika laki-laki lebih dominan dalam menghindari asuransi

⁵ Agung Dwi Laksono et al., "Barriers to Expanding the National Health Insurance Membership in Indonesia: Who Should the Target?," *Journal of Primary Care and Community Health* 13 (2022), <https://doi.org/10.1177/21501319221111112>.

kesehatan dibandingkan perempuan. Tingkat pendidikan menentukan seberapa penting jaminan kesehatan untuk mengantisipasi masalah kesehatan di masa mendatang. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa keterbatasan untuk berpartisipasi dalam JKN terkait langsung dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah. Selain itu, masyarakat yang menganggur dan berstatus menikah merupakan kendala tambahan yang menghalangi mereka untuk berpartisipasi dalam JKN. Hal ini terkait dengan jumlah pendapatan dan banyaknya kebutuhan rumah tangga. Keputusan masyarakat yang belum menikah untuk tidak memiliki asuransi kesehatan disebabkan oleh kurangnya kesadaran akan perlindungan kesehatan di masa depan. Studi yang menemukan bahwa semua kategori status kekayaan memiliki kecenderungan untuk tidak mengikuti program JKN menunjukkan bahwa faktor ini tidak dipengaruhi oleh status kekayaan.

2. Peserta tidak aktif meningkat

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang ditawarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), memberikan manfaat pemeliharaan kesehatan bagi peserta yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Peserta BPJS Kesehatan dibagi menjadi dua kategori yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan dan Non-PBI Jaminan Kesehatan. Pemerintah akan membantu peserta PBI dengan pembayaran iuran. Iuran merupakan sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur dari peserta untuk bisa mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan dari program ini. Peserta BPJS Non-PBI, di sisi lain, adalah peserta program jaminan kesehatan yang tidak menerima bantuan iuran dari pemerintah dan membayarnya secara mandiri. Peserta BPJS Non-PBI terdiri dari pekerja penerima upah dan

anggota keluarga, serta pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarga.

Pada tahun 2023 Peserta non-aktif Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mengalami peningkatan yang sangat signifikan yaitu pada bulan Juni 2023 sebanyak 35 juta, mengalami kenaikan pada bulan Agustus 2023 menjadi 36,8 juta. Direktur Kepesertaan BPJS Kesehatan menyatakan bahwa penyebab meningkatnya peserta non-aktif disebabkan karena banyak masyarakat yang tidak memenuhi syarat sebagai peserta penerima bantuan. Pengurangan penerima bantuan ini sebagai upaya Kementerian Sosial untuk mengurangi inclusion eror atau orang yang terdaftar sebagai penerima bantuan tetapi tidak berhak mendapatkan bantuan, namun, Peserta non-aktif BPJS Kesehatan terus meningkat hingga mencapai total 58,3 juta peserta yang berstatus nonaktif dimana 19,5 juta adalah peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI JK), 9,7 juta adalah peserta segmen PBI APBD atau masyarakat pekerja bukan penerima upah yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah (PBPU Pemda) dan 9,8 Juta adalah peserta dalam kategori Pekerja Penerima Upah Badan Usaha (PPU BU). Dari total 58,3 juta peserta JKN yang nonaktif, terdapat 41,3 juta peserta nonaktif tanpa tunggakan iuran dan 16,9 juta peserta JKN non-aktif dan memiliki tunggakan. Jumlah 16,9 juta peserta non-aktif JKN memiliki tanggungan merupakan Peserta JKN mandiri yang tidak mampu membayar iuran jaminan kesehatan ⁶ Karena

⁶ Andi Ashar, "Aspek Yuridis Penerapan Sanksi Adminisratif Bagi Pelaku Kecurangan (FRAUD) Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional," *JURNAL HUKUM, POLITIK DAN ILMU SOSIAL* 1, no. 1 (May 31, 2023): 156-61, <https://doi.org/10.55606/jhpis.v1i1.1738>.

keterbatasan ekonomi, banyak peserta, khususnya dari kelompok non-Penerima Bantuan Iuran (PBI), kesulitan membayar iuran bulanan secara rutin. Hal ini terutama dialami oleh pekerja sektor informal dan masyarakat dengan pendapatan rendah namun tidak tetap. Membayar iuran BPJS mungkin menjadi beban bagi mereka, terutama jika mereka memiliki kebutuhan finansial lain yang lebih mendesak. Selain itu, bagi peserta yang terlambat membayar iuran, denda keterlambatan dapat menambah beban biaya dan membuat mereka semakin kesulitan untuk kembali aktif. Selain itu, adanya penyesuaian atau kenaikan iuran dari waktu ke waktu kadang-kadang dianggap terlalu tinggi bagi sebagian masyarakat, terutama mereka yang berada di kelas menengah ke bawah.

Banyaknya peserta BPJS Kesehatan yang tidak aktif merupakan hambatan besar bagi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Keterbatasan ekonomi merupakan penyebab utama, terutama bagi PBI dan pekerja dari sektor informal dan kelompok kemiskinan rendah. Membayar iuran secara teratur sering menjadi tantangan bagi mereka, terutama jika pendapatan tidak disebutkan. Selain itu, sebagian orang menganggap manfaat BPJS hanya penting pada saat diperlukan untuk pengobatan, sehingga mereka cenderung mengabaikannya.

3. Disharmonia Regulasi Tata Kelola Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Saat ini, terdapat terlalu banyak undang-undang yang mengatur jaminan sosial ketenagakerjaan dan masih terdapat ketidaksesuaian antara undang-undang tersebut. Selain itu, beberapa regulasi cenderung mengutamakan PPU atau pekerja formal dan membatasi akses PPU atau

pekerja informal dan kategori pekerja lainnya ke program jaminan pensiun. Selain itu, tidak ada peraturan pemerintah yang mengatur partisipasi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dalam jaminan sosial ketenagakerjaan. Salah satu masalah utama adalah bahwa ada ketidakselarasan antara beberapa peraturan ini, yang biasanya fokus pada Pekerja Penerima Upah (PPU) atau pekerja formal. Sementara itu, akses terhadap program jaminan pensiun bagi Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau pekerja informal dan kategori pekerja lainnya berbeda – beda.⁷Dibawah ini adalah Cakupan Program Jaminan Sosial dalam lima kategori pekerja :

⁷ “Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K),” n.d.

Tabel 2. Cakupan Program Jaminan Sosial dalam Lima Kategori kerja

Regulasi	Kategori Pekerja	Tantangan Cakupan Program
PP No. 44/2015 PP No. 45/2025 PP No. 46/2015 Perpres No. 109/2013 Permenaker No. 26/2015 Permenaker No. 29/2015	Peserta Penerima Upah (PPU)	• PPU besar dan menengah memiliki program jaminan sosial ketenagakerjaan (JKK, JKm, JHT, dan JP) yang paling lengkap. • Baik PPU skala kecil maupun mikro masih memiliki akses terbatas ke program JP. Pemberi kerja di kedua skala usaha ini tidak diwajibkan untuk mengikutsertakan karyawan mereka pada program JP. • Di semua skala usaha, PPU dapat mendaftar untuk semua program jaminan sosial ketenagakerjaan, tetapi iuran harus dibayar oleh pekerja dan pemberi kerja.
PP No. 44/2015 PP No. 46/2015	Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU)	• Hanya program JKK, JKm, dan JHT yang dapat diakses oleh PBPU.

Permenaker No. 21/2017 Permenaker No. 1/2016		• Karena PP No. 45/2015 hanya mengatur partisipasi PPU dalam program JP, berbeda dengan Perpres No. 109/2013, yang menyatakan PBPU dapat mengikuti program JP mulai 1 Juli 2015, PBPU tidak dapat mengakses program JP. • Hanya program JKK dan JKM yang diwajibkan untuk PBPU, dan JHT adalah pilihan.
PP No. 44/2015 Perpres No. 109/2013 Permenaker No. 44/2015	Pekerja Harian Lepas di Jasa Konstruksi	• Pekerja konstruksi harian, borongan, atau musiman tidak dapat menggunakan program JHT dan JP. • Hanya pekerja konstruksi yang harus mendaftarkan pekerja harian lepasnya pada program JKK dan JKM.
PP No. 44/2015 PP No. 46/2015	Pekerja Migran	• Pekerja migran tidak dapat menggunakan program JP. • Hanya peserta program JKK dan

Permenaker No. 18/2018		JKm yang diperlukan untuk pekerja migran. • Keikutsertaan dalam program JHT dilakukan secara sukarela.
Permen-KP No. 18/ Permen- KP/2016	Nelayan, Pembudidaya Ikan, Petambak Garam	• Perlindungan nelayan, pembudi daya ikan, dan petambak garam yang tidak termasuk dalam program BPJS Ketenagakerjaan • Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menunjuk BUMN dan BUMD untuk melakukan asuransi perikanan dan perusahaan. • Kecelakaan kerja atau kehilangan jiwa serta kehilangan atau kerusakan sarana kerja adalah contoh jenis perlindungan atas risiko.

Memperhatikan dari data tersebut diatas bahwa pekerja informal mempunyai kontribusi ekonomi yang signifikan, namun pekerja formal lebih diutamakan. Saat ini, hanya pekerja formal yang terdaftar melalui perusahaan mereka yang dapat mengakses program pensiun dan jaminan hari tua. Pekerja informal tidak

memiliki jaminan serupa. Mereka juga menghadapi risiko kehilangan penghasilan di masa tua, namun dengan perlindungan yang lebih sedikit daripada pekerja resmi. Selain itu, salah satu kendala utama adalah persyaratan peraturan pemerintah yang secara khusus mengatur partisipasi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dalam program jaminan sosial ketenagakerjaan. PBI, kelompok masyarakat yang memiliki keterbatasan ekonomi, seharusnya mendapatkan akses yang lebih luas ke jaminan sosial ketenagakerjaan agar mereka dapat menghadapi risiko ketenagakerjaan, seperti kecelakaan kerja atau kehilangan pekerjaan. Jika tidak terdapat regulasi yang memadai, akan sulit bagi kelompok ini untuk mendapatkan perlindungan yang mereka perlukan untuk menghadapi risiko pekerjaan.

Untuk memastikan perlindungan sosial yang lebih merata, harmonisasi regulasi diperlukan dalam mengatasi masalah ini. Pemerintah harus membuat kebijakan yang lebih inklusif bagi pekerja formal dan informal. Selain itu, ada kebutuhan akan aturan yang jelas dan tepat yang mengatur keterlibatan PBI dalam jaminan sosial ketenagakerjaan. Upaya ini diharapkan dapat meningkatkan inklusi program jaminan sosial ketenagakerjaan sehingga setiap pekerja, terlepas dari status pekerjaan atau tingkat ekonomi mereka, memiliki akses yang sama untuk mendapatkan jaminan hari tua dan perlindungan terhadap risiko ketenagakerjaan.

4. Lemahnya Koordinasi Kelembagaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN),

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah salah satu upaya pemerintah Indonesia untuk memberikan jaminan sosial bagi seluruh rakyat, termasuk perlindungan kesehatan dan ketenagakerjaan. Sistem ini

bertujuan untuk memastikan bahwa setiap warga negara dapat merasa aman dari bahaya kesehatan dan ketenagakerjaan, seperti penyakit, kecelakaan kerja, dan hari tua. Namun SJSN menghadapi banyak masalah dalam menjalankannya, terutama dalam hal koordinasi antar lembaga terkait. Pada akhirnya, pelayanan dan perlindungan terganggu karena koordinasi kelembagaan yang lemah.⁸yaitu:

Pertama Fragmentasi Lembaga dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Salah satu aspek penting dari pembagian ini adalah bahwa BPJS Kesehatan dan pemerintah daerah memiliki pengaturan dan kewenangan yang berbeda-beda. Menurut SJSN sejak tahun 2004, sektor kesehatan didesentralisasikan, dan BPJS Kesehatan beroperasi secara sentralistik. Hal ini membuat kebijakan pusat dan daerah berbeda, sehingga pemerintah daerah tidak terlibat sepenuhnya dalam perencanaan dan implementasi program jaminan kesehatan. Ketidakmampuan mendapatkan data ini menghambat upaya pemerintah daerah untuk membuat kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat. Hal ini menjadi lebih sulit karena Dinas Kesehatan di daerah bertanggung jawab atas pengawasan umum sektor kesehatan, sementara BPJS Kesehatan bertanggung jawab atas penyelenggaraan JKN. Ketidakjelasan ini sering menyebabkan kebijakan di tingkat daerah tidak sesuai dengan kebijakan JKN yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Fragmentasi dari perspektif operasional juga menyebabkan pelayanan kesehatan tidak efisien. Proses

⁸ Pemangku Kepentingan Dan Tatanan Kebijakan Belanja Kesehatan Strategis Dalam Jkn Bab, Pemangku Kepentingan dan Tatanan Kebijakan Belanja Kesehatan, and Nuzulul Kusuma Putri, "Strategis Dalam JKN," n.d.

administrasi yang kompleks dan kurangnya komunikasi antar lembaga menyulitkan penerima jaminan sosial untuk mendapatkan perawatan medis. Setiap daerah memiliki sistem dan kemampuan pengelolaan yang berbeda-beda, yang berdampak pada cara program jaminan kesehatan dijalankan di sana.

Kedua, Keterbatasan Peran Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN). DJSN tidak memiliki hak pengambilan keputusan, yang merupakan salah satu kendala utamanya. Terlepas dari tanggung jawabnya untuk merumuskan kebijakan umum, DJSN seringkali hanya bertindak sebagai badan penasihat tanpa kekuatan untuk memaksakan kebijakannya dilaksanakan. Oleh karena itu, banyak kebijakan yang dibuat oleh DJSN tidak dapat diterapkan. Hal ini mengurangi kemampuan DJSN untuk melakukan perbaikan sistem yang tepat sasaran dan memberikan rekomendasi berdasarkan bukti. Selain itu, DJSN tidak dapat melakukan analisis menyeluruh tentang dampak kebijakan jaminan sosial terhadap kesejahteraan masyarakat karena keterbatasan akses data. DJSN juga menangani masalah dengan sistem pengawasan yang buruk dan koordinasi antar lembaga yang lemah. DJSN seharusnya memiliki kemampuan karena dia adalah lembaga yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan sistem operasi jaminan sosial nasional. memfasilitasi koordinasi yang baik antara berbagai pemangku kepentingan, termasuk kementerian terkait, pemerintah daerah, dan BPJS. Namun dalam praktiknya, DJSN sering mengalami kesulitan dalam menyelaraskan kepentingan dan kebijakan berbagai pihak, yang mengakibatkan jaminan program sosial yang tidak seragam dan berpotensi menimbulkan kesenjangan dalam perlindungan sosial bagi masyarakat.

5. Belum kuatnya respon lembaga pengawasan Terhadap Pelanggaran,

Salah satu masalah besar yang dihadapi dalam pelaksanaan sistem Jaminan Sosial di Indonesia adalah kurangnya respon lembaga pengawasan terhadap pelanggaran Program Jaminan Sosial Nasional selama sepuluh tahun terakhir. Meskipun telah dibentuk beberapa lembaga pengawasan, seperti Dewan Jaminan Sosial Nasional dan Otoritas Jasa Keuangan, mereka masih kurang efektif dalam mendeteksi, mencegah, dan menindak pelanggaran. Keterbatasan kewenangan lembaga pengawasan adalah faktor utama yang menyebabkan respons buruk. Lembaga pengawas kesulitan melakukan evaluasi menyeluruh terhadap kinerja sistem jaminan sosial nasional karena tidak memiliki akses yang memadai ke data operasional dan keuangan BPJS. Hal ini berarti bahwa lembaga pengawas tidak dapat melakukan perbaikan sistem yang tepat sasaran dan membuat rekomendasi berdasarkan bukti. Kolaborasi yang buruk antara lembaga pengawas juga memberikan masukan pada penurunan efisiensi pengawasan.⁹ Seringkali DJSN, OJK, dan lembaga pengawas lainnya memiliki kewenangan yang berbeda-beda, yang menyebabkan kebingungan dan inefisiensi dalam proses pengawasan. Ini menyebabkan banyak pelanggaran SJSN tidak terdeteksi atau tidak terselesaikan. Selain itu, lembaga pengawas menangani masalah lain dengan tata kelola BPJS. Kurangnya transparansi menyulitkan mereka untuk memahami secara menyeluruh bagaimana pengambilan keputusan

⁹ Sebuah Analisis Kebijakan Jkn Dalam Perspektif et al., "Apa Opsi-Opsi Kebijakan JKN Saat Ini?," 2019.

dan pengelolaan dana jaminan sosial dilakukan oleh BPJS. Akibatnya, banyak pelanggaran atau penyimpangan yang mungkin terjadi tidak dapat diselesaikan dan diselesaikan dengan cepat. Selain itu, masalah yang perlu diperhatikan adalah kelemahan sistem yang digunakan untuk menerapkan sanksi terhadap pelanggaran yang terdeteksi

6. Belum terkoordinasi dengan baik lembaga aktuaria untuk memperkirakan sustainabilitas fiskal program jaminan sosial.

Di Indonesia, terdapat berbagai lembaga yang menangani analisis fiskal dan aktuaria, seperti Kementerian Keuangan, Badan Pusat Statistik (BPS), serta lembaga pendidikan dan akademis. Seringkali, organisasi ini bekerja sendiri tanpa mekanisme formal untuk berbagi data dan informasi. Akibatnya analisis yang dilakukan oleh masing-masing lembaga dapat saling melengkapi dan tidak selalu konsisten. Misalnya, analisis aktuaria BPJS mungkin tidak mempertimbangkan proyeksi demografi BPS secara penuh. Akibatnya, ini dapat menghasilkan perkiraan kebutuhan dana yang tidak akurat. Selain itu, kurangnya standarisasi dalam metodologi analisis juga menjadi hambatan. Dalam melakukan perhitungan aktuaria, setiap lembaga dapat menggunakan metode dan asumsi yang berbeda. Hasil analisis berbeda karena ketidakselarasan ini tetapi juga membuat pemangku kepentingan bingung tentang kondisi keuangan program jaminan sosial.

Selain itu, perlu adanya peningkatan pendidikan dan pelatihan tentang metodologi aktuaria yang relevan dengan konteks Indonesia agar lebih banyak ahli yang dapat membantu menganalisis program fiskal jaminan sosial. Lembaga pengawas menangani masalah ketidakjelasan terkait data pengelolaan. Seringkali, data

yang berkaitan dengan klaim, peserta jaminan sosial, dan pembiayaan tidak tersedia secara publik atau sulit diakses oleh lembaga lain yang memerlukan informasi tersebut untuk dianalisis. Hal ini menyebabkan kesalahan pengetahuan yang dapat menghambat pemeriksaan menyeluruh atas kondisi keuangan program jaminan sosial. Tanpa data yang akurat dan terkini, lembaga tersebut sulit membuat proyeksi fiskal yang realistis dan menemukan cara terbaik untuk mengurangi risiko.

7. Adanya sistem Monev yang masih krusial.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), JKN didirikan pada tahun 2014 dengan tujuan memberikan perlindungan kesehatan yang menyeluruh kepada seluruh masyarakat Indonesia. Sistem Monitoring dan Evaluasi (Monev) masih sangat penting dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia. Keberhasilan dan berakhirnya program ini sangat penting. Monev tidak hanya membantu memperhatikan dan menyalakan pelaksanaan program tetapi juga memberikan umpan balik kepada pengambil keputusan tentang seberapa efektif kebijakan yang diterapkan. Meskipun DJSN telah melakukan berbagai upaya untuk menjalankan Monev secara teratur, masih ada beberapa masalah yang harus diselesaikan. Salah satunya adalah data dan informasi yang tidak terintegrasi antara BPJS Kesehatan dan lembaga terkait lainnya.

Dalam proses Monev, data yang akurat dan tepat waktu sangat penting agar analisis yang dilakukan dapat mencerminkan keadaan sebenarnya di lapangan. Namun, data yang diperoleh seringkali tidak konsisten atau tidak

lengkap, sehingga sulit dalam proses pengambilan keputusan yang bergantung pada bukti. Selain itu, keterbatasan sumber daya manusia yang berpengalaman dalam evaluasi dan analisis data sering menjadi kendala bagi Monev. Banyak profesional kesehatan masyarakat dan program evaluasi perlu ditingkatkan untuk melakukan analisis yang mendalam dan menyeluruh. Banyak profesional kesehatan masyarakat dan evaluasi program perlu ditingkatkan untuk melakukan analisis secara menyeluruh.

Rekomendasi Kebijakan Untuk Mengatasi Permasalahan Program Jaminan Kesehatan Nasional

Untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas layanan yang diberikan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, rekomendasi kebijakan untuk mengatasi masalah program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sangatlah penting. Salah satu langkah penting yang harus diambil adalah penerapan JOIN IT sesuai dengan Peraturan Presiden No. 25 Tahun 2020 tentang Tata Kelola BPJS.¹⁰

Pertama adalah "Join Registrasi", di mana kedua BPJS harus mengintegrasikan sistem pendaftaran peserta untuk membuat proses pendaftaran lebih mudah dan cepat. Dengan sistem registrasi yang terintegrasi, peserta dapat mendaftar secara online, mengurangi waktu tunggu dan antrean, dan

¹⁰ "Proses Implementasi Program Jaminan Kesehatan Di Puskesmas Sungai Raya Dalam Kubu Raya, Jurnal S1 Ilmu Administrasi Negara Volume 5 Nomor 3 Edisi September 2016://Jurnafis.Untan.Ac.Id," n.d.

data peserta akan lebih akurat. Peserta tidak hanya dapat mendaftar secara online melalui sistem registrasi yang terintegrasi, tetapi mereka juga dapat mengakses berbagai informasi terkait program jaminan sosial yang mereka ikuti. Ini akan mengurangi waktu tunggu dan antrean, yang sering menjadi masalah dalam proses pendaftaran konvensional. Selain itu, data peserta akan lebih akurat dengan sistem yang terintegrasi karena data yang dimasukkan akan terhubung langsung ke database pusat, menghilangkan proses manual yang rentan terhadap kesalahan. Untuk memastikan bahwa setiap peserta menerima hak dan layanan yang sesuai dengan status mereka, sangat penting bahwa data ini tepat. Oleh karena itu, sistem integrasi pendaftaran ini akan meningkatkan efektivitas operasional kedua BPJS, tetapi juga tetapi juga meningkatkan pengalaman peserta dan meningkatkan kepuasan peserta dengan layanan. Penggunaan teknologi dalam proses registrasi memungkinkan pengumpulan data yang lebih menyeluruh dan analisis. Hal ini memungkinkan kedua BPJS untuk melakukan evaluasi dan perbaikan program berkelanjutan mereka. Secara keseluruhan, upaya untuk menggabungkan sistem pendaftaran peserta merupakan dasar penting dalam upaya meningkatkan kualitas jaminan layanan sosial di Indonesia. Hal ini akan membuat layanan lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat dan mendukung tujuan pemerintah untuk meningkatkan akses kesehatan bagi semua orang.¹¹

¹¹ Muhayyina Wahidah and Irawan Yusuf, "Efektivitas Peran Dan Fungsi Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (TKMKB) Provinsi Sulawesi Selatan Dalam Memberikan Rekomendasi Penyelesaian Dispute Klaim Tahun 2021," *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional (JJKN)* 2, no. 2 (December 5, 2022): 109–22, <https://doi.org/10.53756/jjkn.v2i2.78>.

Kedua yang sangat penting adalah "Join Kartu".Penggabungan kartu peserta antara BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan akan memudahkan akses layanan kesehatan bagi peserta, sehingga mereka tidak perlu membawa banyak kartu untuk mendapatkan layanan yang mereka butuhkan. Hal ini juga akan mengurangi kebingungan peserta tentang jenis layanan yang dapat mereka akses dengan kartu yang mereka miliki. Peserta yang memiliki kartu dari kedua badan penyelenggara jaminan sosial ini seringkali tidak tahu apa yang dapat mereka lakukan dengan kartu mereka. Misalkan seseorang memiliki kartu BPJS Ketenagakerjaan untuk mendapatkan jaminan hari tua dan kecelakaan kerja, dan kartu BPJS Kesehatan untuk membayar biaya rawat inap di rumah sakit. Peserta tidak perlu khawatir tentang jenis kartu mana yang harus digunakan untuk mengakses layanan tertentu dengan koneksi kartu. Sistem akan menyimpan semua informasi layanan, sehingga peserta dapat dengan mudah mengetahuinya. Penggabungan kartu tidak hanya menggabungkan dua kartu fisik, tetapi juga menciptakan sistem terintegrasi yang memungkinkan penyimpanan dan pengolahan semua data klaim dan penyimpanan dalam satu basis data. Hal ini memungkinkan kedua badan penyelenggara jaminan sosial untuk mengelola data dengan lebih baik, menghindari duplikasi data, dan meningkatkan keamanan proses klaim. Oleh karena itu, peserta dapat yakin bahwa data mereka aman dan dapat diakses kapan saja.¹²

Ketiga adalah "Join Payment", di mana kedua BPJS harus membuat sistem pembayaran yang terintegrasi. Dengan sistem pembayaran yang terintegrasi, peserta dapat

¹² Liestiarini Wulandari et al., *Laporan Akhir Analisis Dan Evaluasi Hukum Terkait Sistem Jaminan Sosial Nasional Disusun Oleh Pokja Analisis Dan Evaluasi Hukum Terkait Sistem Jaminan Sosial Nasional*, n.d., www.bphn.go.id.

membayar iuran dengan lebih mudah menggunakan aplikasi dan platform digital lainnya. Ini akan mempermudah peserta melakukan pembayaran dan mengurangi kesalahan pengelolaan iuran. Dengan sistem ini, peserta tidak perlu bergantung pada metode pembayaran konvensional, yang seringkali memakan waktu dan tenaga, seperti datang langsung ke kantor atau menggunakan metode pembayaran manual lainnya. Sebaliknya, mereka dapat membayar iuran mereka dengan lebih cepat dan efisien dengan menggunakan aplikasi dan platform digital yang sudah ada. Misalnya, peserta dapat menggunakan aplikasi mobile BPJS atau platform pembayaran digital lainnya yang telah terintegrasi dengan sistem BPJS untuk membayar iuran mereka dengan beberapa klik. Ini tidak hanya menghemat waktu, tetapi juga membuat peserta merasa lebih nyaman karena mereka mungkin memiliki banyak tugas sehari-hari. Selain itu, sistem pembayaran yang terintegrasi ini akan meminimalkan kesalahan yang terjadi dalam manajemen iuran. Sering terjadi kesalahan dalam pencatatan atau duplikasi pembayaran dalam sistem pembayaran konvensional, yang dapat merugikan baik peserta maupun pihak BPJS itu sendiri. Semua transaksi akan dicatat secara otomatis dalam database sentral melalui sistem terintegrasi, yang mengurangi kesalahan manusia dalam manajemen data keuangan. Selain itu, proses pembayaran akan menjadi lebih jelas bagi peserta karena mereka dapat dengan mudah melihat status pembayaran mereka melalui aplikasi atau portal online. Untuk memberikan rasa aman dan keyakinan bahwa iuran mereka telah berkomunikasi dengan benar, mereka akan menerima notifikasi atau bukti transaksi secara elektronik setelah melakukan pembayaran. Dalam penerapan "Join Payment"

akan memungkinkan BPJS untuk bekerja sama dengan berbagai penyedia layanan keuangan dan teknologi.¹³

Keempat yang sangat penting adalah "Join Office". Kantor BPJS di berbagai wilayah dapat bekerja sama untuk lebih berkolaborasi dalam mengoordinasikan informasi dan layanan kepada masyarakat. Dengan menggunakan sistem informasi yang terintegrasi antar kantor, setiap kantor dapat berbagi data dan informasi tentang peserta, yang akan membuat pelayanan lebih responsif dan tepat sasaran. Dalam praktiknya, penggabungan sistem ini memungkinkan staf di setiap kantor untuk mengakses data peserta dengan cepat dan akurat, yang memungkinkan mereka untuk memberikan layanan yang lebih baik dan lebih cepat. Kolaborasi antar kantor BPJS juga akan meningkatkan kerja sama dalam memberikan jaminan program sosial kepada masyarakat. BPJS dapat menemukan masalah yang sering dihadapi peserta di berbagai tempat dengan berbagi data dan pengalaman antar cabang. Dengan cara ini, mereka dapat membuat solusi yang lebih baik. Selain itu, sistem informasi terintegrasi ini akan membuat pengelolaan data peserta menjadi lebih jelas. Mengetahui bahwa data mereka dikelola dengan baik dan dapat diakses oleh petugas yang berwenang di mana pun mereka berada akan membuat peserta merasa lebih aman. Selain itu, ini akan meningkatkan kemungkinan kesalahan administrasi yang sering terjadi yang disebabkan oleh pengelolaan data yang berbeda di setiap kantor. Oleh karena itu, "Join Office" meningkatkan efisiensi operasional BPJS dan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap program jaminan sosial yang mereka ikuti.

¹³ Pierpaolo Marano and Kyriaki Noussia, "AIDA Europe Research Series on Insurance Law and Regulation 3 Insurance Distribution Directive," n.d., <http://www.springer.com/series/16331>.

Kelima "Join wasrik" merupakan tahap kelima yang sangat penting. Untuk memastikan bahwa semua proses berjalan sesuai dengan ketentuan dan standar yang telah ditetapkan, pengawasan bersama antara kedua BPJS harus ditingkatkan. Pengawasan yang ketat dapat mencegah kondisi dalam program manajemen jaminan kesehatan. Ini akan memastikan dana yang ada digunakan secara efektif untuk kepentingan peserta. Pengawasan yang ketat ini memastikan bahwa program manajemen jaminan kesehatan dilaksanakan dengan baik dan transparan serta mencegah kondisi dan perlindungan dana. Dengan sistem pengawasan yang baik, setiap orang yang terlibat dalam program, mulai dari peserta hingga penyedia layanan kesehatan, akan merasa aman dan terlindungi. Selain itu, pemeriksaan akan memastikan bahwa dana yang digunakan sesuai dengan kebutuhan peserta. Hal ini akan memungkinkan masyarakat menikmati program jaminan kesehatan sepenuhnya. Dalam hal ini, BPJS harus membuat sistem informasi teknologi yang dapat mendeteksi kondisi secara dini dan melakukan audit secara berkala terhadap fasilitas kesehatan bersama mereka. Langkah-langkah ini diharapkan dapat meningkatkan transparansi dan akuntabilitas program jaminan kesehatan, memberikan manfaat maksimal bagi seluruh peserta, dan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap sistem jaminan sosial di Indonesia.¹⁴

Keenam, diperlukan penerbitan peraturan yang mengatur interoperabilitas data Jamsos sangat penting untuk membangun arsitektur data tunggal dalam jaminan sosial. Peraturan ini akan memungkinkan penggunaan data besar

¹⁴ "Buku-Hukum-Administrasi-Negara-i-Nyoman-Gede-Remaha-2017," n.d.

dalam layanan yang inklusif dan adaptif.¹⁵ Dengan adanya peraturan ini, semua data peserta dari berbagai program jaminan sosial akan dikelola dalam satu sistem yang terintegrasi, yang akan memudahkan analisis dan pengambilan keputusan berdasarkan data yang dikumpulkan. Selain itu, integrasi big data akan meningkatkan layanan Jamsos karena memungkinkan pemangku kepentingan untuk menemukan kebutuhan peserta secara lebih tepat dan cepat. Regulasi ini juga akan meningkatkan transparansi dalam manajemen dana jaminan sosial, meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap program kesehatan pemerintah.

Dengan diterapkannya rekomendasi-rekomendasi tersebut, Program Jaminan Kesehatan Nasional dapat berfungsi dengan lebih baik dan memberikan manfaat terbaik bagi seluruh masyarakat Indonesia. Ini juga akan memastikan bahwa semua orang di Indonesia memiliki akses ke layanan kesehatan yang manusiawi dan berkualitas tinggi.

IV. Kesimpulan

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di Indonesia, termasuk program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), menghadapi sejumlah tantangan dalam sepuluh tahun keberadaannya. Tantangan tersebut antara lain adalah lambatnya perluasan cakupan jaminan sosial, meningkatnya jumlah peserta nonaktif, ketidakharmonisan pengaturan SJSN, lemahnya koordinasi antarlembaga SJSN, lemahnya respons lembaga pengawas terhadap pelanggaran, kurangnya koordinasi lembaga aktuarial untuk memperkirakan

¹⁵ "HAK ASASI MANUSIA DAN AKSES HUKUM YANG BERKEADILAN BAGI ORANG DENGAN HIV/AIDS DAN POPULASI KUNCI LAINNYA," n.d.

kesinambungan fiskal program jaminan sosial, serta keberadaan sistem Monitoring dan Evaluasi (Monev) yang masih sangat penting. Salah satu permasalahan utama program JKN adalah lambatnya perluasan cakupan jaminan sosial. Pemerintah telah menetapkan target tercapainya kepesertaan penuh masyarakat dalam program JKN pada akhir tahun 2019, namun hingga tahun 2020, baru 81,3% penduduk yang telah menjadi peserta. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain terbatasnya akses dan tingginya biaya untuk memperoleh layanan kesehatan yang baik di daerah pedesaan, rendahnya kesadaran akan pentingnya memiliki jaminan kesehatan di kalangan muda, serta terbatasnya kepesertaan dari perempuan, pengangguran, dan pasangan suami istri.

Persoalan lainnya adalah meningkatnya jumlah peserta tidak aktif dalam program JKN. Pada tahun 2023, jumlah peserta tidak aktif mencapai 58,3 juta orang, dengan 41,3 juta di antaranya tidak memiliki tunggakan iuran. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan ekonomi, terutama bagi mereka yang berada di sektor informal dan kelompok miskin, yang merasa kesulitan untuk membayar iuran secara teratur. Disharmoni dalam pengaturan SJSN juga menjadi permasalahan. Terlalu banyak undang-undang yang mengatur jaminan sosial bagi pekerja, dan beberapa peraturan lebih mengutamakan pekerja formal daripada pekerja informal dan kategori pekerja lainnya. Tidak adanya peraturan pemerintah yang mengatur kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dalam jaminan sosial bagi pekerja, yang menjadi kendala signifikan bagi kelompok ini untuk mengakses jaminan sosial ketenagakerjaan.

Lemahnya koordinasi kelembagaan SJSN menjadi tantangan lainnya. Fragmentasi kelembagaan dan terbatasnya peran Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) menyebabkan

terganggunya layanan dan perlindungan. DJSN tidak memiliki hak pengambilan keputusan dan sering kali hanya bertindak sebagai badan penasihat, sehingga mengurangi kemampuannya untuk melakukan perbaikan sistem yang terarah dan memberikan rekomendasi berbasis bukti. Untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas layanan yang diberikan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, rekomendasi kebijakan untuk mengatasi permasalahan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjadi sangat penting. Rekomendasi tersebut antara lain penerapan JOIN IT, integrasi pendaftaran peserta, kartu, pembayaran, dan kantor, pengawasan bersama antara kedua BPJS, serta penerbitan regulasi yang mengatur interoperabilitas data Jamsos.

Sebagai penutup, Sistem Jaminan Sosial Nasional di Indonesia, khususnya program Jaminan Kesehatan Nasional, telah menghadapi beberapa tantangan dalam sepuluh tahun keberadaannya. Namun, dengan penerapan rekomendasi kebijakan, tantangan tersebut dapat diatasi, sehingga setiap orang di Indonesia dapat memperoleh akses terhadap layanan kesehatan yang manusiawi dan bermutu.

V. Daftar Pustaka

- Analisis Kebijakan Jkn Dalam Perspektif, Sebuah, Pemerataan Pelayanan, Kesehatan Berkeadilan, and Bermutu Dan Berkelanjutan. "Apa Opsi-Opsi Kebijakan JKN Saat Ini?," 2019.
- Andi Ashar. "Aspek Yuridis Penerapan Sanksi Adminisratif Bagi Pelaku Kecurangan (FRAUD) Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional." *JURNAL HUKUM, POLITIK DAN ILMU SOSIAL* 1, no. 1 (May 31, 2023): 156-61. <https://doi.org/10.55606/jhpis.v1i1.1738>.

-
- "Berita Negara Republik Indonesia," n.d.
www.djpp.kemendikham.go.id.
- "Buku-Hukum-Administrasi-Negara-i-Nyoman-Gede-Remaha-2017," n.d.
- Dharma Wiasa, Nyoman, S Kp, and M Kes. "Jaminan Kesehatan Nasional Yang Berkeadilan Menuju Kesejahteraan Sosial," n.d.
- "Hak Asasi Manusia Dan Akses Hukum Yang Berkeadilan Bagi Orang Dengan Hiv/ Aids Dan Populasi Kunci Lainnya," n.d.
- Kepentingan Dan Tatahan Kebijakan Belanja Kesehatan Strategis Dalam Jkn Bab, Pemangku, Pemangku Kepentingan dan Tatahan Kebijakan Belanja Kesehatan, and Nuzulul Kusuma Putri. "Strategis Dalam JKN," n.d.
- Kesehatan Masyarakat Andalas diterbitkan oleh, Jurnal, Program Studi S-, Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas, and Krisna Puji Rahmayanti. "PESERTA JKN DI INDONESIA," 2018.
<http://jurnal.fkm.unand.ac.id/index.php/jkma/>.
- Laksono, Agung Dwi, Zainul Khaqiqi Nantabah, Ratna Dwi Wulandari, Abu Khoiri, and Minsarnawati Tahangnacca. "Barriers to Expanding the National Health Insurance Membership in Indonesia: Who Should the Target?" *Journal of Primary Care and Community Health* 13 (2022).
<https://doi.org/10.1177/21501319221111112>.
- Mandat Negara Dalam Uu Sjsn & Uu Bpjs, n.d.
- Marano, Pierpaolo, and Kyriaki Noussia. "AIDA Europe Research Series on Insurance Law and Regulation 3 Insurance Distribution Directive," n.d.
<http://www.springer.com/series/16331>.
- "Proses Implementasi Program Jaminan Kesehatan Di Puskesmas Sungai Raya Dalam Kubu Raya, Jurnal S1 Ilmu Administrasi Negara Volume 5 Nomor 3 Edisi September 2016://Jurmafis.Untan.Ac.Id," n.d.

“Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K),” n.d.

Wahidah, Muhayyina, and Irawan Yusuf. “Efektivitas Peran Dan Fungsi Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (TKMKB) Provinsi Sulawesi Selatan Dalam Memberikan Rekomendasi Penyelesaian Dispute Klaim Tahun 2021.” *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional (JJKN)* 2, no. 2 (December 5, 2022): 109–22. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v2i2.78>.

Wulandari, Liestiarini, RR TH Sri Endah, Timboel Siregar, Apri Listiyanto, Heru Wahyono, Alice Angelica, Deasy Kamila, et al. *Laporan Akhir Analisis Dan Evaluasi Hukum Terkait Sistem Jaminan Sosial Nasional Disusun Oleh Pokja Analisis Dan Evaluasi Hukum Terkait Sistem Jaminan Sosial Nasional*, n.d. www.bphn.go.id.

DECLARATION OF CONFLICTING INTERESTS

The authors state that there is no conflict of nterest in the publication of this article.

FUNDING INFORMATION

Write if there is a source of funding

ACKNOWLEDGMENT

The authors thank to the anonymous reviewer of this article for their valuable comment and highlights

Ignorantia excusatur non juris
sed facti