

ASPEK HUKUM BERKEADILAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN SECARA BERJENJANG DENGAN PEMBIAYAAN BPJS

Gunawan Widjaja

Senior Lecturer, Faculty of Law Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta

widjaja_gunawan@yahoo.com

Abstract

This study examines the aspect of equitable justice in the tiered health care services provided by BPJS from a normative legal perspective through a comprehensive literature review. The main findings indicate that the strong constitutional foundation (1945 Constitution, Articles 28H and 34; SJSN Law No. 40 of 2004; BPJS Law No. 24 of 2011; Ministry of Health Regulation No. 16/2024) is undermined by discriminatory practices in Class 3 facilities, delays in emergency referrals, a ban on self-referrals, disparities in rural primary health care facilities (FKTP), and weak sanctions against partner hospitals. JKN financing via premiums from the PBI-APBN segment, salary-based PPU, fixed PBPU, and cross-subsidy mutual aid faces a deficit of Rp30 trillion (2026) due to a 111% claim ratio, moral hazard, and fraud, leading to delayed hospital claims and a decline in service quality for the poor. The study recommends strict regulatory oversight, real-time digital referral systems, progressive premiums, anti-fraud capitation, and benchmarking Thailand's UCS for a Rawlsian-style inclusive JKN that provides protection.

Keywords: BPJS Health, tiered healthcare services, distributive justice, National Health Insurance, financial deficit, primary care (FKTP) to tertiary care (FKRTL) referrals, cross-subsidies, Rawlsian justice.

Abstrak

Penelitian ini mengkaji aspek hukum berkeadilan dalam pelayanan kesehatan berjenjang BPJS dari perspektif yuridis normatif melalui analisis pustaka komprehensif. Temuan utama menunjukkan landasan konstitusional kuat (UUD 1945 Pasal 28H,34; UU SJSN 40/2004; UU BPJS 24/2011; Permenkes 16/2024) terganggu praktik diskriminatif kelas 3, keterlambatan rujukan darurat, larangan rujukan mandiri, ketimpangan FKTP pedesaan, dan sanksi lemah RS mitra. Pembiayaan JKN via iuran segmen PBI-APBN, PPU gaji, PBPU fixed, gotong royong subsidi silang defisit Rp30 triliun (2026) akibat rasio klaim 111%, moral hazard, fraud, menyebabkan keterlambatan klaim RS, penurunan kualitas layanan miskin. Kajian merekomendasikan regulasi pengawasan ketat, digitalisasi rujukan real-time, iuran progresif, capitation anti-fraud, benchmarking Thailand UCS untuk JKN inklusif Rawlsian yang melindungi.

Kata Kunci: BPJS Kesehatan, pelayanan berjenjang, keadilan distributif, Jaminan Kesehatan Nasional, defisit finansial, rujukan FKTP-FKRTL, subsidi silang, Rawls justice.

Pendahuluan

Hak atas kesehatan merupakan hak asasi manusia yang dijamin konstitusi Indonesia melalui Pasal 28H ayat (1) UUD 1945, yang menyatakan setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, lingkungan sehat, dan pelayanan kesehatan. Ketentuan ini

mengikat negara untuk menyediakan akses kesehatan tanpa diskriminasi kepada seluruh warga negara. Prinsip konstitusional ini menjadi landasan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang inklusif dan berkeadilan sosial (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 mewajibkan negara menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum layak, termasuk jaminan sosial bagi masyarakat miskin sesuai ayat (2). Implementasi kewajiban ini melalui BPJS Kesehatan bertujuan mewujudkan keadilan sosial Pancasila. Negara bertanggung jawab penuh atas pemenuhan hak kesehatan dasar seluruh rakyat (Yuditia et al., 2021). Pelayanan kesehatan berjenjang dalam JKN mengatur Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebagai pintu masuk wajib sebelum rujukan ke FKRTL, sesuai Permenkes No. 52 Tahun 2016. Sistem ini dirancang mengoptimalkan efisiensi biaya dan distribusi beban layanan. Namun implementasinya sering menimbulkan hambatan akses bagi pasien kritis (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

BPJS Kesehatan didirikan berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011, mengintegrasikan Jamkesmas, Jamkesda, dan asuransi swasta menjadi satu sistem nasional. Prinsip gotong royong dan subsidi silang menjadi pilar utama pembiayaan. Hingga 2026, cakupan kepesertaan mencapai 98% populasi nasional (Undang-Undang RI No. 24 Tahun 2011). Meskipun capaian Universal Health Coverage (UHC) tinggi, ketimpangan akses kesehatan masih signifikan di daerah terpencil seperti Papua dan NTT. Masyarakat miskin menghadapi biaya transportasi, minimnya FKTP, dan kurangnya obat esensial. Ketimpangan ini melanggar prinsip kesetaraan akses (Sari, 2023).

Defisit finansial BPJS Kesehatan mencapai Rp7,14 triliun pada 2024, dengan rasio klaim 111% melebihi kemampuan iuran. Penyebab utama meliputi peserta tidak aktif dan beban pasca-pandemi COVID-19. Defisit ini mengakibatkan keterlambatan klaim rumah sakit dan penurunan kualitas pelayanan (Santoso & Wardhana, 2025). Teori keadilan John Rawls melalui "veil of ignorance" relevan menganalisis JKN, menekankan perlindungan kelompok rentan dengan prinsip perbedaan. Prinsip kebebasan sama dan kesempatan fair harus diterapkan dalam alokasi sumber daya kesehatan. Pendekatan Rawls mengkritik ketimpangan struktural JKN saat ini (Ventura & Coeli, 2018).

Rujukan berjenjang sering bermasalah karena keterlambatan persetujuan FKTP dan kurangnya koordinasi antar-fasilitas. Permenkes No. 1 Tahun 2013 melarang pasien rujuk mandiri, bertentangan hak akses darurat. Prosedur administratif ini berpotensi membahayakan nyawa pasien (Putra et al., 2024). Kasus penolakan pasien BPJS oleh rumah sakit menunjukkan pelanggaran prinsip non-diskriminasi. Perlindungan hukum peserta mencakup transparansi prosedur dan sanksi administratif. Negara wajib menjamin kepastian hukum melalui pengawasan ketat (Budisulistyo, 2024).

UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN menjamin perlindungan kesehatan seluruh penduduk dengan prinsip solidaritas sosial. SJSN menjadi payung konstitusional JKN

sebelum UU BPJS. Gap antara norma hukum dan realitas implementasi masih lebar (Undang-Undang RI No. 40 Tahun 2004).

Penelitian terdahulu mengidentifikasi problematika diskriminasi kelas layanan, defisit struktural, dan ketidakpatuhan rujukan. Kajian ini unik menganalisis dua aspek utama: hukum keadilan berjenjang dan pembiayaan BPJS. Novelty terletak pada sintesis kajian pustaka komprehensif (Malik, 2019).

Dengan demikian, artikel ini membahas tentang sejauh mana aspek hukum keadilan terimplementasi dalam pelayanan berjenjang BPJS dan implikasi pembiayaan BPJS terhadap keadilan distributif. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan rekomendasi reformasi hukum dan kebijakan.

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan kajian pustaka dengan pendekatan yuridis normatif yang menganalisis aspek hukum keadilan dalam pelayanan kesehatan berjenjang BPJS melalui studi literatur komprehensif, menggunakan bahan hukum primer berupa UUD 1945, UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN, UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, dan Permenkes No. 52 Tahun 2016, serta bahan hukum sekunder seperti jurnal nasional dan internasional, buku dan dokumen lainnya yang terkait dengan penelitian (Psomas, 2021); (Eliyah & Aslan, 2025).

Hasil dan Pembahasan

Aspek Hukum dan Prinsip Keadilan dalam Pelayanan Kesehatan Berjenjang

Landasan hukum utama pelayanan kesehatan berjenjang bersumber dari Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 yang menjamin hak atas pelayanan kesehatan bagi setiap orang, serta Pasal 34 ayat (3) yang mewajibkan negara menyediakan fasilitas kesehatan layak. Ketentuan konstitusional ini diimplementasikan melalui UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Sistem berjenjang bertujuan memastikan akses terstruktur dan efisien (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengatur pelayanan perorangan berjenjang menjadi tiga tingkat: primer (FKTP), sekunder, dan tersier (FKRTL), dengan FKTP sebagai gatekeeper rujukan. Permenkes No. 16 Tahun 2024 memperkuat standar ini untuk JKN. Prinsip ini mencegah overload rumah sakit besar dan mengoptimalkan distribusi beban (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Prinsip keadilan dalam pelayanan berjenjang mencerminkan keadilan distributif Rawls, di mana akses layanan proporsional dengan kebutuhan medis tanpa membebani yang lemah. Kesetaraan akses menjadi kunci, menghindari diskriminasi berdasarkan kelas iuran BPJS. Namun, praktik sering menyimpang dari ideal normatif (Ventura & Coeli, 2018).

Analisis kesetaraan akses FKTP-FKRTL menunjukkan FKTP wajib menangani 80% kasus primer, merujuk hanya kasus kompleks. Data menunjukkan overload rujukan

karena keterbatasan FKTP di pedesaan. Hal ini melanggar prinsip kesetaraan akses antar-wilayah (Putra et al., 2024). Kendala utama implementasi berjenjang adalah keterlambatan rujukan elektronik via aplikasi BPJS, sering melebihi 24 jam untuk kasus darurat. Pasien kelas 3 BPJS mengalami diskriminasi fasilitas dibanding kelas swasta (Putra et al., 2024).

Diskriminasi layanan terhadap peserta kelas 3 BPJS meliputi kamar kurang nyaman dan prioritas rendah, bertentangan Pasal 28I UUD 1945 tentang hak kesetaraan. Kasus di RS swasta mitra BPJS menimbulkan tuntutan hukum. Perlindungan konsumen kesehatan diperlukan (Budisulistyo, 2024). Prosedur administratif rujukan mandiri dilarang Permenkes No. 1 Tahun 2013, meski bertentangan hak hidup Pasal 28H UUD 1945. Pasien gagal rujuk mandiri ditanggung biaya sendiri. Ini menciptakan ketidakadilan bagi pasien miskin (Budisulistyo, 2024). Keterbatasan infrastruktur FKTP seperti minim dokter spesialis primer menyebabkan rujukan massal ke FKRTL. Di daerah terpencil, jarak FKTP-FKRTL hingga 200 km tanpa transportasi. Pemerintah pusat gagal memenuhi target distribusi tenaga kesehatan (Trisnawati & Afrita, 2024).

Konflik kepentingan rumah sakit mitra BPJS sering memicu penolakan pasien kronis karena biaya tinggi. Sanksi administratif lemah terhadap pelanggaran. Konstruksi hukum perlindungan pasien BPJS memerlukan penguatan (Santoso & Wardhana, 2025). Prinsip keadilan normatif menuntut transparansi kriteria rujukan dan sanksi tegas bagi FKTP yang menahan pasien berat. Etika medis mengharuskan prioritas berdasarkan kondisi klinis, bukan status ekonomi. Gap normatif-praktik melemahkan legitimasi JKN (Yuditia et al., 2021). Kasus nyata penolakan operasi jantung pasien BPJS di RS vertikal menunjukkan pelanggaran UU Kesehatan. Mahkamah Konstitusi menegaskan hak darurat tanpa syarat. Reformasi pengawasan dibutuhkan (Astuti, 2024).

Evaluasi keadilan berjenjang mengungkap rendahnya kepuasan peserta pedesaan akibat biaya non-kesehatan. Subsidi transportasi rujukan minim. Kebijakan inklusif regional diperlukan. Perbandingan dengan negara ASEAN seperti Thailand menunjukkan sistem berjenjang sukses dengan digitalisasi penuh dan subsidi akses. Indonesia tertinggal dalam integrasi data rujukan. Benchmarking hukum internasional relevan (Darmastuti et al., 2024).

Dengan demikian, secara normatif, aspek hukum pelayanan kesehatan berjenjang BPJS memiliki landasan konstitusional yang kuat melalui UUD 1945 Pasal 28H dan 34, UU SJSN No. 40/2004, UU BPJS No. 24/2011, serta Permenkes No. 16/2024 yang mengatur sistem tiga tingkat dengan FKTP sebagai gatekeeper, namun prinsip keadilan distributif terganggu oleh praktik diskriminatif terhadap peserta kelas 3, keterlambatan rujukan elektronik melebihi 24 jam untuk kasus darurat, ketimpangan infrastruktur FKTP di daerah terpencil dengan jarak hingga 200 km ke FKRTL, penolakan pasien kronis akibat konflik kepentingan rumah sakit mitra, larangan rujukan mandiri yang bertentangan hak hidup, overload rujukan massal karena minim dokter spesialis primer, serta sanksi administratif lemah terhadap pelanggaran non-diskriminasi, sehingga

kesenjangan antara norma hukum ideal dan realitas implementasi melemahkan legitimasi JKN dan memerlukan reformasi regulasi pengawasan, digitalisasi terintegrasi, subsidi transportasi regional, serta benchmarking sistem berjenjang sukses ASEAN untuk mewujudkan kesetaraan akses kesehatan sejati bagi seluruh rakyat Indonesia.

Implementasi Pembiayaan BPJS dalam Perspektif Keadilan Sosial

Mekanisme pembiayaan BPJS Kesehatan berbasis iuran bulanan segmen peserta: PBI (Rp42.000 penuh subsidi APBN/APBD), PPU (5% gaji, 4% perusahaan 1% pekerja), PBPU (Rp150.000 kelas 3), dengan batas gaji maksimal Rp12 juta. Dana iuran dikelola portofolio investasi dan subsidi pemerintah >60%. Sistem ini menjamin cakupan universal (Budisulistyo, 2024).

Prinsip gotong royong SJSN berarti peserta sehat subsidi sakit, mampu subsidi tidak mampu, mencerminkan keadilan sosial Pancasila. Subsidi silang antar-segmen menjaga keberlanjutan dana. Prinsip ini selaras teori Rawls perbedaan untuk melindungi rentan (Jurnal UNS, t.t.). Analisis keadilan iuran-manfaat menunjukkan PBI mendapat manfaat penuh tanpa kontribusi, PBPU iuran rendah tapi manfaat komprehensif. Namun kelas 1 iuran tinggi (Rp150.000+) mendapat kenyamanan lebih. Ketidakseimbangan ini memicu debat keadilan vertikal (Wijaya, 2022).

Defisit BPJS mencapai Rp30 triliun potensial 2026 akibat rasio klaim 111%, dipicu peserta tidak aktif klaim tinggi pasca-pandemi. Penyebab lain: obat mahal, rawat inap panjang, dan fraud klaim. Defisit mengancam keberlanjutan JKN (CNBC Indonesia, 2026). Dampak defisit terhadap kualitas layanan termasuk keterlambatan bayar klaim RS hingga 3 bulan, menyebabkan RS kurangi obat/peralatan, rujuk pasien, dan PHK tenaga kesehatan. Pasien BPJS alami penurunan pelayanan, melanggar hak konstitusional (Malik, 2019).

Kontribusi pemerintah via APBN subsidi PBI Rp48 triliun RAPBN 2021, naik tahunan. Subsidi APBD daerah bantu PBI lokal. Namun, ketergantungan APBN rentan fluktuasi fiskal, melemahkan independensi BPJS (Santoso & Wardhana, 2025). Evaluasi keadilan sosial pembiayaan JKN menyoro ketimpangan: segmen mandiri subsidi PBI tapi manfaat layanan inferior. Rasio claims >100% tunjukkan moral hazard peserta overutilization. Reformasi iuran progresif diperlukan (Wijaya, 2022).

Iuran PBPU Rp150.000 dinilai undervalued vis-à-vis manfaat, usulan naik jadi Rp200.000 untuk tutup defisit. PBI gratis ciptakan ketergantungan, kurangi insentif sehat. Penyesuaian iuran segmen mampu tingkatkan keadilan (Santoso & Wardhana, 2025).

Implikasi defisit terhadap keadilan: RS mitra kurangi kuota BPJS, prioritas pasien swasta. Pasien miskin paling dirugikan, bertentangan gotong royong. Kebijakan triage klinis disalahgunakan batasi klaim (Malik, 2019). Skema subsidi silang internal efektif saat rasio partisipasi tinggi, tapi fraud seperti fiktif peserta erosi dana. Audit independen

dan digital verifikasi klaim krusial. Transparansi laporan keuangan tingkatkan akuntabilitas (Anggriani, 2016).

Perbandingan internasional: Thailand UCS sukses subsidi silang progresif tanpa defisit kronis berkat iuran adaptif. Indonesia perlu capitation FKTP lebih ketat dan investasi dana jangka panjang. Benchmarking perbaiki model. Kontribusi APBN subsidi PBI capai 6,2% belanja kesehatan RAPBN, tapi defisit struktural tunjukkan ketidakcukupan. Pemerintah pusat-daerah koordinasi fiskal lemah. Reformasi alokasi anggaran prioritaskan JKN (Widiastuti, 2017).

Evaluasi perspektif Rawls: pembiayaan BPJS semi-libertarian, lindungi worst-off tapi batasi beban mampu. Prinsip perbedaan terganggu defisit, kurangi manfaat semua. Kebijakan inklusif tingkatkan fair distribution (Budisulistyo, 2024).

Dengan demikian, Implementasi pembiayaan BPJS Kesehatan melalui skema iuran segmen PBI (subsidi penuh APBN), PPU (5% gaji), PBPU (Rp150.000), dan prinsip gotong royong subsidi silang mencerminkan keadilan sosial Pancasila secara normatif, namun defisit Rp30 triliun potensial 2026 akibat rasio klaim 111%, moral hazard overutilization, fraud fiktif peserta, serta ketergantungan APBN Rp48 triliun gagal menjaga keberlangsungan, mengakibatkan keterlambatan klaim RS 3 bulan, pengurangan obat/peralatan, prioritas pasien swasta, penurunan kualitas layanan kelas 3, dan PHK tenaga kesehatan yang paling merugikan peserta miskin, melanggar prinsip Rawls perbedaan dan gotong royong SJSN, sehingga diperlukan reformasi iuran progresif segmen mampu, capitation FKTP ketat anti-fraud, digital verifikasi DTKS PBI akurat, diversifikasi investasi jangka panjang, serta benchmarking Thailand UCS untuk wujudkan keadilan distributif JKN berkelanjutan yang lindungi worst-off tanpa beban berlebih segmen mampu.

Kesimpulan

Aspek hukum pelayanan kesehatan berjenjang BPJS memiliki landasan konstitusional yang kuat melalui UUD 1945 Pasal 28H dan 34, UU SJSN No. 40/2004, UU BPJS No. 24/2011, serta Permenkes No. 16/2024, namun implementasinya mengalami kesenjangan serius berupa diskriminasi kelas 3, keterlambatan rujukan darurat >24 jam, larangan rujukan mandiri bertentangan hak hidup, ketimpangan infrastruktur FKTP pedesaan dengan jarak 200 km ke FKRTL, penolakan pasien kronis akibat konflik kepentingan RS mitra, overload rujukan massal karena minim spesialis primer, dan sanksi lemah terhadap pelanggaran non-diskriminasi, sehingga melemahkan prinsip keadilan distributif Rawls dan legitimasi JKN.

Pembiayaan BPJS melalui iuran segmen PBI subsidi APBN, PPU kontribusi gaji, PBPU fixed rate, dan gotong royong subsidi silang normatif selaras keadilan sosial Pancasila, tetapi defisit Rp30 triliun potensial 2026 (rasio klaim 111%) akibat moral hazard, fraud fiktif peserta, overutilization pasca-pandemi, serta ketergantungan APBN Rp48 triliun mengakibatkan keterlambatan klaim RS 3 bulan, pengurangan obat/peralatan,

prioritas pasien swasta, PHK tenaga kesehatan, dan penurunan kualitas layanan kelas 3 yang paling merugikan rakyat miskin.

Secara keseluruhan, sistem JKN-BPJS berjenjang gagal optimalisasi keadilan sosial akibat gap normatif-praktik yang sistemik, sehingga diperlukan reformasi terintegrasi berupa regulasi pengawasan rujukan ketat, digitalisasi antar-fasilitas real-time, subsidi transportasi pedesaan, iuran progresif segmen mampu, capitation anti-fraud, verifikasi DTKS akurat, dan benchmarking Thailand UCS untuk wujudkan JKN inklusif yang lindungi worst-off tanpa beban berlebih yang mampu.

References

- Anggriani, S. W. (2016). KUALITAS PELAYANAN BAGI PESERTA BPJS KESEHATAN DAN NON BPJS KESEHATAN. *Jurnal Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik (JISIP)*, 5(2). <https://doi.org/10.33366/jisip.v5i2.249>
- Astuti, E. K. (2024). PERAN BPJS KESEHATAN DALAM MEWUJUDKAN HAK ATAS PELAYANAN KESEHATAN BAGI WARGA NEGARA INDONESIA. *JPeHI (Jurnal Penelitian Hukum Indonesia)*, 1(02). <https://doi.org/10.61689/jpehi.v1i02.149>
- Budisulistyo, T. (2024). Mekanisme Rujukan Fasilitas Layanan Kesehatan BPJS di Indonesia Ditinjau Dari Aspek UUD 1945 Dan UU Perlindungan Konsumen. *Proceeding Masyarakat Hukum Kesehatan Indonesia*, 1(01), 404–412.
- Darmastuti, S., Nidatya, N., Saraswati, D. P., & Nashir, A. K. (2024). Kerja Sama ASEAN di Bidang Ekonomi Digital: Tinjauan terhadap ASEAN Digital Economy Framework Agreement. *Jurnal MADANI: Ilmu Pengetahuan, Teknologi, Dan Humaniora*, 7(2), 85–103. <https://doi.org/10.33753/madani.v7i2.375>
- Eliyah, E., & Aslan, A. (2025). STAKE'S EVALUATION MODEL: METODE PENELITIAN. *Prosiding Seminar Nasional Indonesia*, 3(2), Article 2.
- Malik, A. A. (2019). Implementasi kebijakan diskresi pada pelayanan kesehatan badan penyelenggara jaminan kesehatan (bpjs). *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 8(1), 1–8.
- Psomas, E. (2021). Future research methodologies of lean manufacturing: A systematic literature review. *International Journal of Lean Six Sigma*, 12(6), 1146–1183. <https://doi.org/10.1108/IJLSS-06-2020-0082>
- 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>
- Santoso, R. Y., & Wardhana, E. S. P. W. (2025). OPTIMALISASI SUBSIDI PEMERINTAH DALAM MENINGKATKAN KEADILAN AKSES LAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT KURANG MAMPU: TINJAUAN ATAS PROGRAM BPJS KESEHATAN 2025. *NETIZEN: JOURNAL OF SOCIETY AND BUSSINESS*, 1(9), 433–444.
- Sari, M. (2023). Mengungkap Dilema JKN: Ketimpangan Akses dan Defisit Finansial. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 19(3), 145–157.
- Trisnawati, M., & Afrita, I. (2024). Dampak Sistem Rujukan Berjenjang dan Solusi Pemecahannya Bagi Pasien Peserta BPJS Kesehatan Di Kota Pekanbaru.

- Innovative: Journal Of Social Science Research*, 4(1), 7854–7864.
<https://doi.org/10.31004/innovative.v4i1.8774>
- Ventura, M., & Coeli, C. M. (2018). Beyond privacy: The right to health information, personal data protection, and governance. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00106818. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00106818>
- 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>
- Wijaya, A. (2022). *Hukum Jaminan Sosial Indonesia*. Sinar Grafika.
- 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.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013, Desember 26). *Dasar hukum jaminan kesehatan*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016, Oktober 25). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 52 Tahun 2016*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2024). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2024*.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. (2011).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. (2004).