

## KONFLIK NORMA UU BPJS 2011 DENGAN UU SJSN 2004 DALAM SISTEM JAMINAN SOSIAL

### NORM CONFLICT BETWEEN BPJS LAW 2011 AND SJSN LAW 2004 IN SOCIAL SECURITY SYSTEM

**Annisa Tri Ariyanti<sup>1</sup>, Safirah Aisyah<sup>2\*</sup>**

<sup>1</sup> Program Studi Magister Ilmu Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya

<sup>2</sup> Program Studi Magister Ilmu Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya

\* Correspondence : [annisatri.ariyanti@gmail.com](mailto:annisatri.ariyanti@gmail.com)

Received : 1 Agustus 2025

Accepted : 28 Agustus 2025

Revised : 25 Agustus 2025

Published : 28 Agustus 2025

#### Abstrak

Konflik norma antara Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS dan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN menimbulkan ketidakharmonisan dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia. Perbedaan substansi terutama terkait subjek kerja sama antara BPJS dan fasilitas pelayanan kesehatan menyebabkan ketidakpastian hukum yang berdampak pada keadilan akses layanan dan efektivitas sistem pembiayaan kesehatan berbasis INA-CBGs. Penelitian ini bertujuan mengkaji secara yuridis konflik norma tersebut serta menawarkan solusi harmonisasi regulasi untuk menjamin keberlanjutan dan keadilan dalam sistem JKN. Metode yang digunakan adalah penelitian hukum normatif dengan pendekatan perundang-undangan dan pendekatan konseptual dengan analisis kualitatif-deskriptif terhadap data sekunder. Hasil penelitian menunjukkan bahwa konflik norma memiliki dampak sistemik terhadap administrasi kontraktual, efisiensi keuangan rumah sakit, dan potensi *moral hazard* yang pada akhirnya merugikan peserta JKN dan penyedia layanan kesehatan. Ketidaktepatan sistem pembayaran berbasis INA-CBGs yang belum mencerminkan biaya riil pelayanan medis turut memperburuk kondisi, dengan munculnya berbagai praktik *fraud* seperti *upcoding*, klaim berulang, dan manipulasi administratif. Diperlukan reformasi legislasi, evaluasi tarif INA-CBGs, serta pembentukan forum negosiasi tripartit agar tercipta kepastian hukum dan keadilan sosial dalam pelaksanaan JKN.

**Kata Kunci :** Konflik Norma, BPJS, SJSN, INA-CBGs, JKN.

### Abstract

*The normative conflict between Law No. 24 of 2011 on BPJS and Law No. 40 of 2004 on SJSN has led to regulatory disharmony in the implementation of Indonesia's National Health Insurance (JKN). The primary discrepancy lies in the legal subjects authorized to establish cooperation agreements between BPJS and healthcare providers, resulting in legal uncertainty and affecting both access to healthcare services and the efficiency of INA-CBGs-based payment mechanisms. This study aims to examine the legal dimensions of this conflict and to propose regulatory harmonization strategies to ensure justice and sustainability within the JKN system. A normative legal research method is employed, using a statutory and conceptual approach with qualitative-descriptive analysis of secondary legal materials. The findings reveal that the norm conflict has systemic implications for contractual administration, hospital financial sustainability, and potential moral hazard ultimately harms both JKN participants and healthcare providers. The inaccuracy of the INA-CBGs-based payment system, which does not reflect the actual cost of medical services, further exacerbates the situation, leading to the emergence of various fraudulent practices such as upcoding, repeat claims, and administrative manipulation. Legislative reform, INA-CBGs tariff evaluation, and the establishment of a tripartite negotiation forum are recommended to reinforce legal certainty and social equity in the delivery of national health services.*

**Keywords :** Normative Conflict, BPJS, SJSN, INA-CBGs, JKN.

### Pendahuluan

Kesehatan merupakan hak dasar setiap individu yang dijamin oleh negara dan tercantum secara eksplisit dalam Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Dalam rangka mewujudkan hak tersebut secara merata dan adil, pemerintah Indonesia mengembangkan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan kesehatan adalah elemen penting dari sistem perawatan kesehatan yang memiliki dampak signifikan terhadap kesejahteraan individu dan masyarakat, jaminan kesehatan akan melindungi individu dari beban keuangan yang berat akibat biaya pengobatan yang tinggi (Heru, 2024:124). Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Dina, 2024:75).

Dalam rangka mencapai tujuan sistem jaminan sosial nasional tersebut, perlu dibentuk suatu badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum publik berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dan dana amanat, yang hasil pengelolaannya dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta (Amanda, 2021:184). Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. BPJS Kesehatan berfungsi sebagai badan hukum publik yang bertugas menyelenggarakan program jaminan sosial kesehatan nasional. Program ini bertujuan untuk memberikan

akses layanan kesehatan yang merata dan adil bagi seluruh rakyat Indonesia (Octora, 2024:652). Sistem ini dilandaskan pada dua undang-undang utama, yakni Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Namun demikian, terdapat masalah yang dihadapi oleh BPJS Kesehatan (Rofiq, 2023).

Dalam praktik pelaksanaan JKN, muncul berbagai permasalahan hukum yang signifikan, salah satunya adalah konflik norma antara dua undang-undang tersebut. Konflik norma ini bukan hanya merupakan wacana akademik, melainkan berdampak nyata terhadap pelaksanaan teknis di lapangan, khususnya dalam hubungan kontraktual antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas pelayanan kesehatan (*fasyankes*). Sebagai contoh, ketentuan dalam Pasal 11 huruf d UU No. 24 Tahun 2011 menyatakan bahwa BPJS dapat menjalin perjanjian kerja sama secara langsung dengan fasilitas kesehatan, sedangkan Pasal 24 ayat (1) UU No. 40 Tahun 2004 menyebutkan bahwa kerja sama tersebut dilakukan dengan asosiasi fasilitas kesehatan. Perbedaan subjek hukum inilah yang menjadi akar konflik dan menimbulkan ambiguitas hukum yang berpotensi dimanfaatkan oleh pihak-pihak tertentu.

Masalah lain yang berkontribusi terhadap implementasi JKN adalah ketidaksesuaian antara tarif INA-CBGs (*Indonesia Case-Based Groups*) dengan biaya sebenarnya yang dikeluarkan oleh rumah sakit dalam memberikan layanan. Sistem INA-CBGs merupakan pembayaran yang dilakukan dengan tarif flat yang mencakup seluruh komponen sumber daya di rumah sakit yang digunakan untuk pelayanan, baik pelayanan medis maupun non-medis (Putra, 2023). Sistem INA-CBGs merupakan model pembayaran yang digunakan oleh BPJS kesehatan untuk mengganti klaim yang ditagihkan oleh rumah sakit dengan sistem paket berdasarkan hasil diagnosa penyakit yang diderita pasien (Leonard, 2020: 843). Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case-Based System (INA-CBGs) menyatakan bahwa INA-CBGs merupakan salah satu alat pendataan pasien yang digunakan untuk mengelompokkan tarif berdasarkan rekam medis.

Sejak diberlakukannya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pada tahun 2014, BPJS Kesehatan terus bergelut dengan kerugian. Masalah ini tentu saja berdampak pada layanan kesehatan yang dimanfaatkan oleh masyarakat, klaim tagihan yang belum terbayar di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dan rumah sakit, serta penurunan kualitas layanan kesehatan yang diterima peserta JKN (Marhenta, 2022:40). Sistem pembayaran berbasis paket ini sering kali tidak mempertimbangkan variabel klinis secara menyeluruh, menyebabkan adanya gap biaya yang harus ditanggung fasilitas kesehatan. Ketimpangan ini membuka ruang terjadinya moral *hazard* dan *fraud* dalam klaim pelayanan.

Berangkat dari latar belakang tersebut, artikel ini bertujuan untuk mengkaji secara normatif konflik antara kedua peraturan perundang-undangan yang menjadi pilar hukum penyelenggaraan JKN, serta menganalisis dampaknya terhadap sistem pembiayaan

kesehatan nasional. Rumusan masalah yang diajukan adalah: bagaimana bentuk konflik norma antara UU No. 24 Tahun 2011 dan UU No. 40 Tahun 2004 dalam konteks kerja sama dengan fasilitas kesehatan, dan bagaimana implikasinya terhadap efektivitas pembiayaan medis dalam program JKN?

### Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian hukum normatif, yaitu penelitian hukum yang dilakukan dengan menelaah bahan pustaka atau data sekunder. Penelitian hukum normatif bertujuan untuk menemukan asas, norma, dan doktrin hukum yang menjadi dasar dalam menjelaskan permasalahan hukum tertentu, dalam hal ini adalah konflik norma antara dua undang-undang yang mengatur penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan perundang-undangan (*Statute Approach*) dan Pendekatan Konseptual (*Conceptual Approach*). Pendekatan Undang-Undang dilakukan dengan mencermati semua peraturan perundang-undangan dan regulasi yang berkaitan dengan isu hukum yang sedang diteliti. Pendekatan Konseptual beranjak dari pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin yang berkembang dalam ilmu hukum. Pendekatan perundang undangan dalam penelitian ini yaitu dengan menelaah dan melakukan kajian pada peraturan perundang-undangan yang relevan, antara lain: Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), serta peraturan teknis pelaksana seperti Peraturan Menteri Kesehatan No. 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan berbasis INA-CBGs.

Selain bahan hukum primer, penelitian ini juga menggunakan bahan hukum sekunder, berupa literatur, artikel ilmiah, jurnal hukum, dan pendapat para ahli yang membahas penyelenggaraan jaminan kesehatan, konsep konflik norma, dan implementasi sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia maupun di negara lain. Untuk memperkuat analisis, digunakan juga bahan hukum tersier seperti kamus hukum, ensiklopedia hukum, dan indeks perundang-undangan.

Penelitian ini bersifat kualitatif dengan metode analisis deskriptif-analitis, yaitu menggambarkan fakta hukum dan kemudian menganalisisnya secara sistematis berdasarkan teori dan norma yang berlaku. Justifikasi penggunaan metode normatif ini didasarkan pada tujuan utama penelitian, yaitu mengidentifikasi, menjelaskan, dan menawarkan solusi atas disharmoni norma dalam sistem hukum positif Indonesia.

### Analisis dan Diskusi

Konflik norma adalah suatu kondisi ketika terdapat dua atau lebih ketentuan hukum yang berlaku pada saat yang sama dan saling bertentangan dalam pengaturan objek yang sama. Dalam konteks hukum kesehatan di Indonesia, konflik norma yang

paling menonjol adalah antara Pasal 11 huruf d UU No. 24 Tahun 2011 dan Pasal 24 ayat (1) UU No. 40 Tahun 2004. Kedua pasal ini mengatur subjek yang berhak melakukan kesepakatan kerja sama dengan fasilitas kesehatan dalam pelaksanaan JKN, namun menggunakan pendekatan yang berbeda. Pasal 11 huruf d UU No. 24 Tahun 2011 menyebutkan bahwa BPJS melakukan perjanjian kerja sama langsung dengan fasilitas pelayanan kesehatan. Di sisi lain, Pasal 24 ayat (1) UU No. 40 Tahun 2004 menyatakan bahwa kesepakatan dilakukan antara BPJS dengan asosiasi fasilitas kesehatan. Ketidaksesuaian ini menjadi sumber multitafsir, terutama dalam pengambilan kebijakan teknis terkait tarif dan kriteria layanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan menjadi ragu terhadap siapa yang harus dijadikan mitra formal dalam pengaturan kerja sama.

Kondisi ini menimbulkan dilema administratif dan implikasi serius terhadap keuangan negara. Misalnya, rumah sakit yang tidak tergabung dalam asosiasi akan merasa diuntungkan oleh UU No. 24 Tahun 2011, sementara yang tergabung dalam asosiasi merasa hak representatifnya diabaikan. Ketidaksinkronan ini tidak hanya menciptakan ketimpangan prosedural, tetapi juga dapat memicu potensi sengketa antara rumah sakit dan BPJS. Menurut (Mahfud MD, 2017) salah satu prinsip negara hukum adalah kepastian hukum, dan konflik norma jelas menciderai asas tersebut.

Permasalahan lain yang memperparah konflik norma adalah sistem pembayaran berbasis INA-CBGs (*Indonesia Case-Based Groups*) yang tidak mencerminkan biaya riil rumah sakit. Beberapa penelitian seperti Yuniarti et al. (Yuniarti, 2015:98) mengungkapkan adanya selisih yang signifikan biaya terapi penyakit Diabetes Melitus pasien JKN antara tarif Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan tarif INA CBGs yang dapat menyebabkan kerugian bagi RSPKU Muhammadiyah Yogyakarta serta berpotensi menurunkan kualitas pelayanan untuk pasien rawat jalan baik DM tipe 1 maupun DM tipe 2. Penelitian lain yang dilakukan (Nilansari, 2021:28) menunjukkan Total biaya riil yang dikeluarkan RSUD Panembahan Senopati lebih besar dibandingkan dengan tarif klaim INA-CBGs. Kondisi total tarif riil rumah sakit yang lebih besar dapat disebabkan oleh kesalahan dalam melakukan kode dan tidak adanya *clinical pathway* yang ada di rumah sakit.

Salah satu bentuk respons rumah sakit terhadap ketimpangan tarif ini adalah terjadinya moral *hazard* dan praktik *fraud*, seperti *upcoding* diagnosis, pengulangan klaim, bahkan pemalsuan data pasien. Studi oleh (Eliya & Anhari, 2022:1785) menunjukkan bahwa risiko *upcoding* meningkat pada layanan dengan beban biaya tinggi dan lama rawat inap panjang. Menurut (Kartika, 2025:968) dampak dari *fraud* pada BPJS Kesehatan sangatlah luas dan serius. Secara langsung, *fraud* menyebabkan pemborosan anggaran negara yang seharusnya dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan atau memperluas cakupan peserta JKN. Selain itu, *fraud* juga berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan.

Dari perspektif teori hukum, konflik norma dalam satu tingkat peraturan (*intra-*

*level conflict*) seperti ini dapat diselesaikan melalui pendekatan asas-asas hukum. Menurut (Bagir Manan, 2004:56) dalam buku Hukum Positif Indonesia menyebutkan salah satu asas adalah asas *lex specialis derogat legi generali*, yaitu aturan yang lebih khusus mengesampingkan yang umum. Asas lainnya adalah *lex posterior derogat legi priori*, yaitu aturan yang lebih baru mengesampingkan yang lama. Namun, penerapan asas tersebut tidak selalu menyelesaikan persoalan ketika substansi yang diatur menyangkut kepentingan publik yang luas dan memiliki dampak administratif yang signifikan. Dalam kasus ini, antara BPJS dan SJSN, keduanya memiliki kekhususan masing-masing, sehingga sulit untuk menentukan mana yang *lex specialis* secara mutlak.

Dalam konteks sistem hukum Indonesia, keberadaan Mahkamah Konstitusi (MK) memberikan ruang untuk melakukan *judicial review* terhadap undang-undang yang dinilai bertentangan atau menimbulkan ambiguitas norma. Namun demikian, proses *judicial review* bersifat reaktif dan memerlukan waktu serta sumber daya yang tidak sedikit. Harmonisasi secara legislasi, baik melalui revisi maupun penyusunan peraturan pelaksana, menjadi opsi yang lebih strategis untuk mencegah konflik serupa di masa depan. Upaya harmonisasi memerlukan *political will* dan partisipasi aktif dari pemangku kepentingan lintas sektor, termasuk pembuat kebijakan, akademisi, serta asosiasi profesi kesehatan.

Studi perbandingan menunjukkan bahwa negara seperti Jerman dan Jepang telah mengantisipasi konflik kebijakan dalam sistem jaminan kesehatan mereka melalui kerangka hukum yang fleksibel dan terkoordinasi. Jerman menggunakan sistem DRG (*Diagnosis-Related Groups*), sedangkan Jepang menerapkan sistem *Diagnosis Procedure Combination* (DPC). Kedua sistem tersebut memungkinkan penyesuaian tarif secara berkala berdasarkan efisiensi dan evaluasi kualitas layanan. Indonesia dapat belajar dari pendekatan ini agar sistem INA-CBGs lebih adaptif terhadap perubahan dan tidak merugikan fasilitas pelayanan kesehatan.

Keterlibatan pemangku kepentingan seperti IDI, PERSI, dan asosiasi rumah sakit lainnya dalam proses legislasi dan regulasi sangat penting untuk menghindari penolakan atau resistensi dalam implementasi kebijakan. Proses yang partisipatif juga akan memperkuat legitimasi hukum dan mendukung keberlanjutan program JKN. Dengan demikian, konflik norma antara UU No. 24 Tahun 2011 dan UU No. 40 Tahun 2004 bukanlah semata isu redaksional, tetapi merupakan refleksi dari kelemahan dalam sistem pembentukan peraturan. Reformasi regulasi yang menyeluruh dan kolaboratif adalah langkah penting untuk memastikan efektivitas JKN di masa depan.

Dalam konteks teori hukum tata negara, konflik norma juga dapat dipahami melalui pandangan Hans Kelsen mengenai hierarki norma hukum (*Stufenbau Theory*), yang menekankan bahwa setiap norma harus tunduk pada norma yang lebih tinggi. Ketika dua norma berada dalam satu level dan saling bertentangan, maka harus dilakukan interpretasi sistematis, baik melalui tafsir historis, gramatikal, maupun teleologis, untuk



menemukan norma yang lebih sesuai dengan tujuan peraturan perundang-undangan secara menyeluruh.

Selain pendekatan normatif, dimensi praktis dari konflik ini juga perlu diperhatikan. Contoh aktual dapat dilihat dari kasus keterlambatan pembayaran klaim BPJS ke beberapa rumah sakit swasta di Jawa Tengah dan Kalimantan Timur pada tahun 2023. Beberapa rumah sakit menyatakan keberatan karena klaim yang diajukan sesuai INA-CBGs tidak mencerminkan kebutuhan medis riil, bahkan menimbulkan defisit dalam pembiayaan operasional. Situasi ini mendorong terjadinya mogok pelayanan JKN di beberapa rumah sakit swasta. Dalam kacamata komparatif, sistem *National Health Service* (NHS) di Inggris memberikan satu model alternatif, di mana kontrak antara pemerintah dan penyedia layanan kesehatan dilakukan melalui lembaga komisioner regional yang merepresentasikan pemerintah pusat. Hal ini menciptakan koordinasi vertikal yang kuat dan meminimalisir konflik antar entitas hukum.

Sementara itu, Australia mengadopsi sistem *Medicare* yang memungkinkan kombinasi pembiayaan federal dan negara bagian. Dalam sistem ini, perjanjian tarif dan kontrak disepakati melalui forum konsultatif nasional, yang menjembatani antara pihak regulator, provider, dan masyarakat sipil. Kejelasan struktur dan forum dialog yang tetap menjadikan sistem ini relatif lebih harmonis dibandingkan JKN di Indonesia. Thailand juga telah berhasil menerapkan skema *universal coverage scheme* sejak 2002. Sistem mereka memberikan fleksibilitas dalam negosiasi tarif, serta menerapkan sistem *point-based performance* untuk rumah sakit penyedia layanan. Ini memberikan insentif terhadap efisiensi, serta ruang partisipasi yang luas bagi *stakeholder* kesehatan di tingkat lokal dan nasional.

Belajar dari praktik negara-negara tersebut, Indonesia dapat memperkuat fungsi lembaga negosiasi antara BPJS dan fasyankes. Salah satunya dengan membentuk Komisi Harmonisasi JKN yang terdiri dari perwakilan Kemenkes, BPJS, asosiasi rumah sakit, organisasi profesi medis, dan lembaga akademik. Komisi ini bertugas melakukan evaluasi norma, audit tarif, serta menyusun rekomendasi legislasi secara periodik. Reformasi tidak hanya cukup pada revisi undang-undang, tetapi juga perlu penguatan instrumen teknis, seperti sistem digital monitoring klaim, sistem pelaporan kecurangan berbasis whistleblowing, dan sistem evaluasi berbasis outcome pelayanan pasien. Selain itu, dibutuhkan audit berkala dari BPK maupun lembaga independen untuk meninjau efisiensi sistem pembayaran JKN dan kesesuaian antara tarif INA-CBGs dan biaya nyata.

Dengan menggabungkan pendekatan teoritis, pembelajaran komparatif, dan evaluasi empiris, penyelesaian konflik norma dalam kebijakan JKN dapat dilakukan secara menyeluruh. Tujuannya adalah untuk membangun ekosistem hukum dan kelembagaan yang adaptif terhadap kebutuhan publik, menjunjung keadilan distributif, dan memperkuat legitimasi negara dalam menjamin hak atas kesehatan. Dalam kerangka pembangunan nasional, sektor kesehatan memiliki peran strategis dalam meningkatkan

kualitas sumber daya manusia Indonesia. Sistem JKN yang mulai diimplementasikan sejak 2014 merupakan langkah monumental menuju *Universal Health Coverage* (UHC). Namun, seiring waktu, kompleksitas regulasi dan dinamika operasional menunjukkan adanya kebutuhan untuk penguatan kerangka hukum dan koordinasi antar pemangku kepentingan.

Sebagai pilar utama penyelenggaraan JKN, keberadaan UU No. 40 Tahun 2004 dan UU No. 24 Tahun 2011 seharusnya bersifat komplementer. Sayangnya, disharmoni antara keduanya dalam aspek normatif menunjukkan kurangnya perencanaan legislasi jangka panjang. Hal ini menunjukkan bahwa sistem kesehatan tidak hanya memerlukan infrastruktur medis yang kuat, tetapi juga kepastian hukum yang mampu mengeliminasi tumpang tindih kewenangan.

Untuk mengatasi konflik norma dan kelemahan implementasi JKN, berikut adalah beberapa rekomendasi kebijakan strategis:

1. Melakukan revisi terbatas terhadap Pasal 11 UU No. 24 Tahun 2011 dan Pasal 24 ayat (1) UU No. 40 Tahun 2004 dengan menyelaraskan subjek kontraktual agar merujuk pada entitas yang representatif dan adil bagi semua jenis fasilitas kesehatan.
2. Menyusun Peraturan Pemerintah yang mengatur struktur kelembagaan negosiasi tarif secara tripartit antara BPJS, asosiasi rumah sakit, dan kementerian teknis, dengan fungsi mediasi dan evaluasi periodik.
3. Menerapkan *Value-Based Healthcare Framework* yang menilai rumah sakit berdasarkan kualitas layanan dan kepuasan pasien, bukan hanya kuantitas kasus.
4. Meningkatkan transparansi tarif INA-CBGs dengan publikasi terbuka dan mekanisme pelaporan perbedaan klaim secara daring.
5. Menyusun Sistem *Whistleblower* dan Audit Digital untuk deteksi dini *fraud* dan penyimpangan administratif secara terintegrasi.
6. Mendorong *pilot project* pembiayaan berbasis nilai (*value-based payment*) di beberapa rumah sakit vertikal Kemenkes untuk menguji efisiensi dan respons masyarakat terhadap sistem baru.

Keseluruhan temuan dalam artikel ini memperlihatkan bahwa konflik norma bukan sekadar persoalan *legal drafting*, tetapi juga menyangkut struktur kelembagaan dan desain sistem. Negara harus hadir dengan regulasi yang konsisten dan kebijakan yang inklusif agar sistem jaminan kesehatan benar-benar dapat berfungsi sebagai alat redistribusi keadilan sosial.

Sebagai penutup, keberhasilan JKN ke depan sangat bergantung pada kemampuan hukum nasional untuk beradaptasi dengan tantangan zaman. Regulasi harus mampu menjamin keseimbangan antara kepastian hukum, efisiensi sistem, dan keadilan bagi seluruh peserta program. Dengan harmonisasi yang menyeluruh dan evaluasi berkelanjutan, Indonesia dapat memperkuat fondasi JKN menuju sistem kesehatan nasional yang tangguh dan berkelanjutan.



Untuk memberikan gambaran konkret atas dampak konflik norma yang terjadi, dapat disimulasikan sebuah kasus sebagai berikut:

Sebuah rumah sakit tipe C di daerah pinggiran Jawa Timur yang tidak tergabung dalam asosiasi rumah sakit mengajukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan. Mengacu pada UU No. 24 Tahun 2011, rumah sakit ini menganggap dirinya berhak menjalin kontrak langsung dengan BPJS tanpa melalui asosiasi. Namun, pihak BPJS merujuk pada UU No. 40 Tahun 2004 dan menolak kerja sama tanpa rekomendasi asosiasi, mengingat klausul kerja sama yang diatur dalam Pasal 24 ayat (1). Situasi ini menimbulkan kebuntuan. Pelayanan kesehatan bagi masyarakat setempat terganggu, dan pasien harus dirujuk ke rumah sakit lain yang jaraknya jauh. Hal ini bukan hanya memperburuk kualitas pelayanan, tetapi juga berpotensi melanggar hak konstitusional warga atas akses kesehatan sebagaimana dijamin dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945.

Secara yuridis, ketidakharmonisan antara UU No. 40 Tahun 2004 dan UU No. 24 Tahun 2011 menunjukkan kelemahan dalam perencanaan legislasi jangka panjang. UU No. 40 Tahun 2004 sebagai payung hukum SJSN memiliki cakupan yang luas dan filosofis, namun dalam aspek teknis tidak cukup adaptif terhadap dinamika implementasi lapangan. Sebaliknya, UU No. 24 Tahun 2011 sebagai *lex specialis* membawa semangat operasionalisasi, namun menimbulkan pertentangan substansi dalam klausul perjanjian kerja sama. Kelemahan ini diperparah oleh tidak adanya peraturan pelaksana yang secara eksplisit menjembatani ketentuan dalam kedua UU tersebut. Padahal, dalam hierarki norma menurut UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, seharusnya ketentuan yang bersifat teknis dituangkan dalam Peraturan Pemerintah atau Peraturan Presiden untuk mencegah interpretasi yang bias.

Selain itu, dalam praktiknya, peraturan pelaksana seperti Permenkes No. 69 Tahun 2013 tentang tarif INA-CBGs pun masih kurang responsif terhadap kondisi riil di lapangan. Ketidaksesuaian antara komponen tarif dengan kebutuhan klinis menciptakan defisit pada rumah sakit dan mendorong terjadinya praktik kecurangan administratif sebagai bentuk survival mechanism. Dalam rangka membangun sistem JKN yang kuat dan tahan krisis, diperlukan roadmap reformasi dalam jangka waktu 10 tahun ke depan. Roadmap ini dapat disusun berdasarkan lima pilar:

1. Pilar Hukum: Harmonisasi seluruh regulasi JKN dalam satu kerangka undang-undang komprehensif, dengan revisi menyeluruh dan penyusunan peraturan pelaksana yang tepat waktu dan partisipatif.
2. Pilar Kelembagaan: Pembentukan lembaga independen evaluatif seperti Komisi Harmonisasi JKN yang memiliki kewenangan analisis, audit, dan fasilitasi negosiasi antara BPJS, rumah sakit, dan Kemenkes.
3. Pilar Teknologi: Penguatan sistem informasi digital JKN dengan integrasi big data, *machine learning* untuk deteksi fraud, dan sistem alert untuk keterlambatan klaim.
4. Pilar Partisipasi Publik: Meningkatkan keterlibatan masyarakat sipil, organisasi profesi,

dan komunitas pasien dalam perumusan kebijakan dan pengawasan publik terhadap pelaksanaan JKN.

5. Pilar Keuangan: Diversifikasi sumber dana JKN melalui sinergi anggaran APBN dan kontribusi berbasis sektor ekonomi untuk meningkatkan keberlanjutan fiskal program.

Dengan implementasi *roadmap* tersebut secara konsisten, sistem JKN Indonesia akan memiliki ketahanan institusional dan fleksibilitas yang dibutuhkan untuk menghadapi tantangan era globalisasi kesehatan dan ketimpangan sosial ekonomi yang terus berkembang. Implikasi hukum dari konflik norma ini tidak hanya terbatas pada ketidaksesuaian administratif, tetapi juga berpengaruh pada perlindungan hak-hak dasar warga negara. Ketika norma hukum tidak dapat diimplementasikan secara seragam, maka prinsip kepastian hukum menjadi terganggu. Hal ini berbahaya dalam sistem pelayanan publik seperti kesehatan, yang mengandalkan prediktabilitas dalam pelaksanaan dan distribusi layanan.

Ketiadaan kepastian hukum juga berdampak pada munculnya ketimpangan sosial. Rumah sakit besar dengan kapasitas hukum dan administrasi yang kuat mungkin mampu bernegosiasi dengan BPJS secara mandiri, sementara fasilitas kesehatan kecil di daerah terpencil tidak memiliki akses yang sama. Ketimpangan ini berujung pada akses pelayanan yang tidak merata dan berpotensi memperlebar jurang ketidakadilan sosial di sektor kesehatan.

Mahkamah Konstitusi sebagai lembaga yang memiliki kewenangan menguji undang-undang terhadap UUD 1945, dapat menjadi jalan keluar terhadap konflik norma yang terjadi. Pengujian terhadap pasal-pasal yang problematik dalam UU No. 24 Tahun 2011 dan UU No. 40 Tahun 2004 dapat memberikan kepastian hukum baru melalui putusan yang bersifat final dan mengikat. Namun, pengajuan judicial review harus melalui proses yang panjang, dengan argumentasi yuridis yang kuat, serta melibatkan pemohon yang memiliki legal standing. Oleh karena itu, penting bagi asosiasi profesi, akademisi, atau organisasi pasien untuk aktif melakukan advokasi terhadap isu-isu hukum dalam JKN, termasuk mendorong pengujian yudisial apabila konflik norma dibiarkan berlarut-larut. Jika tidak dilakukan pembenahan regulasi dan tata kelola JKN, maka risiko sistemik akan terus meningkat. Dalam skenario pesimis, akan terjadi penurunan kualitas layanan karena rumah sakit enggan menerima pasien JKN akibat tarif rendah. Hal ini dapat mendorong pasien kembali ke sistem *out-of-pocket*, sehingga beban pembiayaan kembali dipikul oleh individu, bukan negara.

Dalam skenario optimis, dengan dilaksanakannya harmonisasi regulasi, evaluasi tarif INA-CBGs, dan penguatan sistem pengawasan, maka sistem JKN akan menjadi contoh reformasi kesehatan berbasis gotong royong yang berhasil. Pemerintah harus menjadikan momentum ini sebagai batu loncatan untuk memperbaiki sistem secara menyeluruh. Dengan melihat berbagai dinamika yang telah dipaparkan, jelas bahwa konflik norma dalam sistem JKN tidak bisa dianggap remeh. Ini adalah panggilan bagi

semua pemangku kepentingan pembuat kebijakan, tenaga kesehatan, rumah sakit, akademisi, hingga Masyarakat untuk bersatu dalam memperjuangkan keadilan kesehatan yang berbasis hukum dan nilai kemanusiaan.

Reformasi regulasi, penguatan kelembagaan, keterlibatan publik, dan inovasi pembiayaan adalah empat poros perubahan yang harus dilakukan secara bersamaan. Dengan itu, mimpi Indonesia untuk menjadikan JKN sebagai instrumen utama kesejahteraan rakyat bukan lagi wacana, melainkan kenyataan yang inklusif dan berkelanjutan.

#### **A. Urgensi Reformasi Legislasi Dalam Perspektif *Good Governance***

Dalam konteks tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*), sistem jaminan kesehatan nasional seperti JKN tidak hanya membutuhkan kerangka kebijakan yang jelas, tetapi juga instrumen legislasi yang responsif, partisipatif, dan akuntabel. Ketika terjadi konflik norma dalam dua undang-undang yang saling terkait dan bersifat fundamental, maka hal tersebut menunjukkan lemahnya proses legislasi yang seharusnya memenuhi prinsip integrasi sistem hukum nasional.

*Good governance* menekankan pada transparansi dalam penyusunan kebijakan, inklusivitas dalam pelibatan aktor, serta akuntabilitas dalam pelaksanaan dan evaluasi. Dalam kasus JKN, konflik antara UU BPJS dan UU SJSN dapat dipandang sebagai bentuk defisit demokrasi prosedural, karena ketidakterpaduan norma tersebut tidak diantisipasi melalui regulasi turunan atau pengawasan legislatif yang berkelanjutan.

Selain itu, (WHO, 2020:8) menekankan pentingnya '*legal frameworks for health systems*' yang harus mendukung sistem pembiayaan kesehatan universal tanpa celah regulasi. Legislasi yang tidak sinkron dapat mengakibatkan pemborosan anggaran, rendahnya efektivitas layanan, dan menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap sistem. Oleh karena itu, reformasi legislasi JKN menjadi tidak terelakkan. Reformasi ini bukan hanya menyelaraskan dua produk hukum, melainkan merancang ulang tata hubungan antar lembaga dan pemangku kepentingan dalam penyelenggaraan layanan publik bidang kesehatan. Harus ada forum permanen antara DPR, Kemenkes, BPJS, asosiasi medis, dan publik untuk meninjau dan memperbaharui regulasi sesuai evaluasi kinerja sistem JKN tiap tahunnya.

Menurut (Yasin, 2024:416) *Good governance* membutuhkan masyarakat untuk aktif terlibat dalam pengambilan keputusan, baik itu secara langsung atau secara tidak langsung yaitu melalui lembaga perwakilan yang sah. Partisipasi ini didasarkan pada prinsip demokrasi, seperti kebebasan berkumpul dan menyampaikan pendapat secara konstruktif.

Praktik serupa dapat ditemukan di negara-negara Nordik seperti Norwegia dan Finlandia yang memiliki Dewan Kesehatan Nasional sebagai forum legislasi dan monitoring kebijakan kesehatan yang bersifat kolektif dan terbuka terhadap evaluasi. Model ini patut ditiru untuk mendorong *legal reform* yang demokratis, adaptif, dan

berbasis kinerja.

### **B. Studi Mikro Dampak Konflik Norma Terhadap Layanan JKN di Daerah**

Untuk memperkuat argumen bahwa konflik norma berdampak sistemik dan bukan semata-mata tataran yuridis, berikut disajikan studi mikro dari salah satu kabupaten di Indonesia berdasarkan laporan pemantauan Dinas Kesehatan dan lembaga swadaya masyarakat. Studi dilakukan di Kabupaten X pada tahun 2022. Rumah Sakit Daerah (RSD) setempat mengalami kendala dalam menjalin kontrak dengan BPJS Kesehatan akibat perbedaan persepsi regulasi. RSD mengacu pada Pasal 11 UU No. 24 Tahun 2011 yang membolehkan perjanjian langsung, namun BPJS bersikeras harus ada kesepakatan melalui asosiasi fasyankes sebagaimana Pasal 24 UU No. 40 Tahun 2004. Proses mediasi berlarut hingga enam bulan, menyebabkan pasien JKN harus dirujuk ke kabupaten lain sejauh 70 km. Dalam kurun waktu tersebut, terdapat penurunan kunjungan rawat inap JKN hingga 46%. Pasien dengan penyakit kronis seperti gagal ginjal yang membutuhkan cuci darah rutin mengalami kesulitan akses, yang berdampak pada penurunan kualitas hidup dan beban ekonomi keluarga. Data dari Dinas Kesehatan menunjukkan bahwa total klaim BPJS yang tertunda akibat konflik administrasi tersebut mencapai Rp3,1 miliar.

LSM Kesehatan Rakyat Sehat mencatat bahwa kasus serupa terjadi di empat kabupaten lain di wilayah yang sama, dengan pola yang seragam: keterlambatan kontrak, perbedaan penafsiran hukum, hingga kebijakan tarif INA-CBGs yang dianggap tidak transparan. Imbasnya adalah menurunnya kepercayaan publik terhadap layanan JKN dan meningkatnya beban layanan gawat darurat di RS rujukan kabupaten tetangga. Kasus mikro ini memperlihatkan pentingnya harmonisasi norma tidak hanya pada level nasional, tetapi juga dalam penerjemahan teknis di lapangan. Implementasi Peraturan Pemerintah sebagai penengah antar ketentuan undang-undang menjadi sangat krusial untuk mencegah replikasi masalah di daerah lain.

### **Kesimpulan**

Konflik norma antara Pasal 11 huruf d UU No. 24 Tahun 2011 dan Pasal 24 ayat (1) UU No. 40 Tahun 2004 mencerminkan ketidakharmonisan dalam peraturan perundang-undangan yang menjadi fondasi hukum pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Perbedaan subjek hukum dalam kerja sama antara BPJS dan fasilitas kesehatan menyebabkan ketidakpastian hukum yang berdampak pada pelaksanaan administrasi dan potensi sengketa kontraktual di lapangan, yang pada akhirnya merugikan peserta JKN dan penyedia layanan kesehatan. Ketidaktepatan sistem pembayaran berbasis INA-CBGs yang belum mencerminkan biaya riil pelayanan medis turut memperburuk kondisi, dengan munculnya berbagai praktik *fraud* seperti *upcoding*, klaim berulang, dan manipulasi administratif. Untuk menjawab persoalan ini, diperlukan langkah konkret berupa harmonisasi regulasi secara menyeluruh melalui revisi norma atau penyusunan

peraturan pelaksana yang melibatkan seluruh pemangku kepentingan secara partisipatif. Selain itu, reformasi sistem tarif melalui evaluasi berkala dan pendekatan *value-based payment*, serta *benchmarking* terhadap sistem DRG di negara-negara seperti Jerman dan Jepang, dapat menjadi inspirasi untuk pembenahan yang lebih adil dan efisien. Pada akhirnya, keberhasilan JKN sebagai pilar perlindungan sosial hanya dapat dicapai jika sistem hukumnya konsisten, sinkron, dan mampu menjamin kepastian bagi semua pihak yang terlibat, sehingga menciptakan pelayanan kesehatan nasional yang berkeadilan, berkelanjutan, dan berkualitas.

### Daftar Bacaan

#### Peraturan Perundang-undangan :

Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS

Peraturan Menteri Kesehatan No. 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups ( INA – CBGs )

#### Buku :

Bagir Manan, 2004, *Hukum Positif Indonesia (Satu Kajian Teoritik)*, Cetakan Pertama, Yogyakarta: FH UII Press.

Moh. Mahfud M.D., 2017, *Membangun Politik Hukum Meneggakan Konstitusi*, Depok : Rajawali Pers.

Organisation for Economic Co-operation and Development, 2019, *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paris : OECD Publishing.

Richard B. Saltman, Ana Rico, Wienke Boerma, 2006, *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*, New York : Open University Press.

#### Jurnal :

Andi Sri Yusnani Yasin, Andi Anwar, Uni W Sagena, Masjaya, *Analisis Kebijakan Publik dan Reformasi Birokrasi dalam Mewujudkan Good Governance*, Jurnal Ilmiah Komputerisasi Akuntansi, Volume 17, No. 2, Desember 2024.

Anis F. Nilansari, Nanang M. Yasin, Diah A. Puspandari, *A Analisis Tarif INA-CBGs Pasien Hipertensi Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati*, Jurnal Farmasi Klinik Indonesia, Volume 10, Nomor 1, Maret 2021.

- Bunga Tri Amanda, Aditya Yuda Prasetya, Kaharudin, Billy Josef Anis, *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Sebagai Strategi Manajemen Berbasis Keadilan Sosial dalam Pelayanan Kesehatan*, Jurnal Prosiding Emas (Ekonomi Manajemen Akuntansi Kewirausahaan), Volume 1, Nomor 1, Juli 2021.
- Daniel Putra, Niken Kirani, Nanda Aula Rumana, *Faktor yang Berpengaruh Dalam Penggunaan Sistem INA-CBGs di RS Islam Jakarta Pondok Kopi*, Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan, Volume 8 Nomor 2, 2023
- David Leonard, Yulia Fitriani, Tri Wijayanto, dkk, *Sosialisasi Pelaksanaan Sistem INA-CBGs di Pelayanan Kesehatan*, Jurnal Abdidas, Volume 1 Nomor 6, 2020.
- Eliya Christine, Anhari Achadi, *Analisis Risiko Upcoding terhadap Kejadian Fraud di Era JKN: Tinjauan Sistematis*, PREPOTIF Jurnal Kesehatan Masyarakat, Volume 6, Nomor 3, 2022
- Endang Yuniarti, Amalia, Tri Murti Handayani, *Analisis Biaya Terapi Penyakit Diabetes Melitus Pasien Jaminan Kesehatan Nasional di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta – Perbandingan terhadap Tarif INA-BDGs*. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, Volume 4, Nomor 3, September 2015.
- Heru Widiyanto, Riska Ratnawati, Eltigeka Devi, Apriliani, *Edukasi Pentingnya Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan*, Jurnal APMa (Jurnal Pengabdian Masyarakat), Volume 4, Nomor 2, Juli 2024.
- Indriyati Oktaviano Rahayuningrum, Didik Gunawan Tamtomo, Arief Suryono, *Analisis Tarif Rumah Sakit Dibandingkan Dengan Tarif Indonesian Case Based Groups Pada Pasien Rawat Inap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit*, PROSIDING Seminar Nasional dan Internasional, Februari 2017.
- Putri Dina, Adelia Andina, Fatimah Azzahra Siregar, dkk, *Analisis Efektivitas Sistem Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan terhadap Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Tuntungan*, Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan, Volume 9, Nomor 1, Juni 2024.
- Rena Octora, Efrila, Ani Maryani, *Peran BPJS Kesehatan Dalam Sistem Jaminan Sosial dari Perspektif Hukum Bisnis*, Jurnal Cahaya Mandalika, Volume 3, Nomor 1, September 2024.
- Ronald Winardi Kartika, M. Nasser, Tri Agus Suswantoro, dkk, *Fraud dalam Layanan BPJS Kesehatan: Kajian Etis dan Hukum Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*, INOVASI Jurnal Sosial Humaniora dan Pendidikan, Volume 4, Nomor 1, Juli 2025.
- Rofiq, *Deteksi Inefisiensi pada Klaim BPJS Kesehatan dengan menggunakan Machine Learning*,



Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional, Volume 3, Nomor 1, 2023

Yogi Bhakti Marhenta, Wika Admaja, Krisogonus Ephrino Seran, dkk, *Analisis Biaya Riil terhadap tarif INA-CBGs pada Pasien BPJS Pneumonia Anak di Rumah Sakit X di Kota Madiun Tahun 2019-2021*, Jurnal SINTESIS Penelitian Sains Terapan dan Analisisnya, Volume 3, Nomor 2, 2022.

Website :

World Health Organization. (2020). *Health systems governance and financing*. <https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance>. Diakses pada 18 Juli 2025, Jam 14.32.