

ALOKASI DASAR DAN KETENTUAN SOSIAL PADA PROGRAM BPJS KESEHATAN DI PROVINSI JAWA BARAT

Arie Surya Gutama¹, Muhammad

Fedryansyah², Eva Nuriyah³

Program Studi Kesejahteraan Sosial;
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik,
Universitas Padjadjaran, Jl. Raya
Bandung-Sumedang KM. 21
Jatinangor, 456363

Article history

Received : 2022-02-04

Revised : 2023-06-16

Accepted : 2023-08-06

*Corresponding author

Email : arie@unpad.ac.id¹;
m.fedryansyah@unpad.ac.id²;
eva.nuriyah@unpad.ac.id³

No. doi: 10.24198/focus.v6i1.38181

ABSTRAK

Kesehatan merupakan salah satu aspek utama yang dapat menunjang keberfungsian sosial individu sehingga setiap individu dapat mempertahankan kehidupannya. Sebagai modal dasar untuk menjalankan peran masing-masing, kesehatan juga menjadi salah satu indikator untuk melihat pembangunan di suatu negara. Oleh karena itu, negara memiliki kewajiban untuk menjamin kesehatan rakyatnya, yaitu dengan menyediakan fasilitas kesehatan dan asuransi kesehatan sehingga seluruh kelompok masyarakat bisa mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa terkecuali. Penelitian ini dilakukan dengan metode kajian pustaka dengan menggunakan keyword: penyelenggaraan BPJS di Jawa Barat, dimensi kebijakan sosial, bases allocation, dan social provisions. Hasil penelitian menunjukkan bahwa analisis dimensi kebijakan sosial pada penyelenggaraan BPJS Kesehatan di Indonesia, khususnya di Jawa Barat dapat dilakukan.

Kata kunci: penyelenggaraan BPJS di Jawa Barat, dimensi kebijakan sosial, bases allocation, dan social provisions.

ABSTRACT

Health is one of the primary aspects that could promote individual social functioning so each individual could survive their lives. As a primary aspect of society to perform their own roles, health also becomes one of indicators for measuring development in the state. Therefore, a state has an obligation to ensure their citizen's health by providing medical facilities and health insurance so the entire community could obtain health services without exception. This study was conducted with a literature study method by using keywords: BPJS Kesehatan performance in West Java, social policy dimensions, bases allocation, and social provisions. The result of this study will discuss how social policy dimensions, especially bases allocation and social provisions are applied in social policy that regulate the performance of BPJS Kesehatan.

Keywords: BPJS Kesehatan performance in West Java, social policy dimensions, bases allocation, and social provisions.

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan investasi yang sangat penting bagi manusia (Wisana, 2001) dan salah satu modal dasar dalam menjalankan peranannya dalam bermasyarakat. Di Indonesia yang memiliki Pancasila sebagai dasar dalam kehidupan bernegara (Zabda, 2016) jaminan pembangunan serta pelayanan akan kesehatan direpresentasikan melalui sila kedua dan kelima. Mengingat Indonesia merupakan negara hukum dan keadilan merupakan inti dari hukum (Suheri, 2018) maka sudah sepatutnya jaminan mengenai asuransi kesehatan sudah tercantum dan dijamin dalam peraturan perundang-undangan. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Indonesia melalui BPJS Kesehatan menjadi perhatian penting pada artikel ini karena kepuasan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah melalui BPJS Kesehatan mencapai angka 81% (Comitted(MRC), 2015).

Pemerintah dalam melaksanakan tugasnya memiliki empat fungsi utama sebagai bentuk pertanggungjawabannya kepada rakyat, yaitu: (1) fungsi pelayanan masyarakat (public services function), (2) fungsi pembangunan (development function), (3) fungsi pemberdayaan (protection function), dan (4) fungsi pengaturan (ruler function) (Putri & Murdi, 2019). Salah satu upaya dalam melaksanakan fungsi pelayanan kepada masyarakat untuk mewujudkan keadilan adalah melalui pembentukan badan hukum yang memiliki tujuan untuk menyelenggarakan program jaminan sosial, kepastian perlindungan, serta kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat secara adil dan merata (Kadarisman et al., 2005). Di Indonesia, badan hukum tersebut bernama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Widiastuti, 2017) yang memiliki landasan hukum Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial serta jika berangkat ke Peraturan Daerah salah satunya termaktub pada Perda Provinsi Jawa Barat no. 4 tahun 2013 tentang Pedoman Jaminan

Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, pembahasan mengenai BPJS Kesehatan pada artikel ini akan berfokus pada implementasi program di Provinsi Jawa Barat.[ASG1]

BPJS memiliki dua fokus utama dalam melaksanakan pelayanan dan memberikan asuransi kepada masyarakat, yakni jaminan untuk ketenagakerjaan serta jaminan untuk kesehatan (Mariyam, 2018). Dalam artikel ini, fokus bahasan yang dibawa adalah penyelenggaraan jaminan sosial di bidang kesehatan, karena aspek kesehatan baik fisik maupun psikis merupakan salah satu aspek fundamental yang dapat menopang keberfungsian sosial individu (Santoso, 2016). Skor yang diberikan Asian Development Bank untuk Indonesia mengenai Indeks Kesehatan masih tergolong rendah dibandingkan dengan negara lain di Asia Tenggara dengan skor 57.7 yang notabene masih berada dibawah Singapura 78.96, Malaysia 69.12, Vietnam 65.83, dan Thailand 59.4 (Asian Development Bank, 2020), dari paparan tersebut dapat diterjemahkan bahwa jika dibandingkan dengan negara lain di Asia Tenggara, pelayanan asuransi kesehatan di Indonesia masih memerlukan beberapa peningkatan pada berbagai sektor (Pujowati, 2012).

Pembuatan suatu program yang akan diaplikasikan demi kesejahteraan masyarakat tentu akan dilatar belakangi oleh kebijakan, dalam konteks ini kebijakan sosial karena program yang dibuat menyangkut jaminan sosial untuk masyarakat. Latar belakang pembuatan suatu program sebagai bentuk pelayanan terhadap masyarakat dilatarbelakangi oleh dimensi yang luas. Dimensi bases allocation, social provision, delivery system, hingga model of finance mempengaruhi keberhasilan penerapan suatu program. Kualitas pada indikator dimensi tersebut akan dinilai melalui value based: equality, equity, adequacy maupun single criteria: effectiveness, efficiency, cost effective, and cost benefit.

Dari keempat dimensi tersebut yang akan dibahas lebih detail dalam

artikel ini adalah dimensi pertama yakni bases allocation yang nantinya akan memunculkan turunan value based. Setiap program tentu memiliki target, siapa yang akan menjadi penerima program tersebut, apakah program yang dijalankan bersifat universal atau selective. Peninjauan mengenai efektifitas penyampaian program kepada pengguna layanan dapat dinilai melalui pendekatan based allocation dan social provision, secara lebih mendetail lagi nantinya kita dapat melihat aplikasi program melalui tiga nilai dasar (value based) kebijakan sosial yakni equity, equality dan adequacy (Rein, 1977).

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dalam menafsirkan fenomena implementasi kebijakan sosial dalam program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, adapun dalam penelitian ini melibatkan metode kajian pustaka yang bersumber dari data sekunder seperti berita, dokumen dari lembaga terkait, serta hasil dari penelitian-penelitian sebelumnya (Anggito & Setiawan, 2018).

Berdasarkan pendekatan dan metode yang telah dijabarkan, dalam penelitian ini peneliti mencoba mendeskripsikan atau menggambarkan implementasi dari kebijakan sosial BPJS Kesehatan yang dianalisis berdasarkan dimensi kebijakan kesejahteraan sosial yang dipelopori oleh Gilbert dan Terrell. Namun, penelitian ini memiliki batasan, yaitu hanya memberikan gambaran mengenai analisis dimensi basis dari alokasi sosial dan ketentuan sosialnya.

PEMBAHASAN

BPJS Kesehatan di Jawa Barat

Dikutip dari situs resmi BPJS Kesehatan, jaminan pemeliharaan kesehatan di Indonesia sebenarnya telah ada semenjak zaman colonial belanda dan BPJS Kesehatan ini merupakan perubahan dari PT Askes, yang membedakan BPJS Kesehatan ini dengan penyelenggara-penyelenggara jaminan kesehatan sebelumnya adalah cakupan kepesertaan

BPJS Kesehatan yang menyeluruh, hal ini sejalan dengan visi dari BPJS itu sendiri, yaitu terwujudnya jaminan kesehatan yang berkualitas tanpa diskriminasi (BPJS Kesehatan, 2019)

BPJS Kesehatan memiliki landasan hukum yang berkilat kepada Undang-Undang Dasar 1945; Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Siste Jaminan Sosial Nasional; dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Sedangkan untuk di Provinsi Jawa Barat landasan hukumnya adalah Peraturan Daerah Jawa Barat Nomor 4 Tahun 2013.

Semenjak diselenggarakannya program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat yang memastikan bahwa seluruh penduduk Indonesia terlindungi jaminan kesehatannya, jumlah kepesertaan pun meningkat. Di Jawa Barat, capaian kepesertaan BPJS Kesehatan adalah 39.186.086 jiwa di tahun 2020 (Fachrurrazi, 2020). Jumlah ini belum mencakup keseluruhan penduduk Jawa Barat yang berjumlah 46.092.205 jiwa. Penduduk Jawa Barat yang belum menjadi kepesertaan BPJS Kesehatan ini bisa jadi disebabkan karena badan usaha yang belum mendaftarkan seluruh pekerjanya atau belum mendaftarkan anggota keluarganya (Kasumaningrum, 2019).

Dikutip dari situs resmi BPJS Kesehatan, kepesertaan JKN-KIS ini seluruh penduduk Indonesia termasuk warga negara asing yang telah bekerja di Indonesia paling singkat 6 bulan (BPJS Kesehatan, 2020).

Selain itu, dengan terselenggaranya jaminan kesehatan ini, Provinsi Jawa Barat bisa mencapai Universal Health Coverage (UHC) sebesar 85,02% angka ini lebih tinggi jika dibandingkan pencapaian di tahun sebelumnya, yaitu 2019 dengan capaian 84% (Fachrurrazi, 2020; Kusumaningrum, 2019)

Dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan pada program BPJS Kesehatan, Kedeputan Wilayah Jawa Barat menjalin kerja sama dengan Badan

Pengawas Rumah Sakit (BPRS) Provinsi Jawa Barat dengan tujuan monitoring pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat, khususnya peserta JKN-KIS (Ferdiana, 2019). Hasil temuan ini menunjukkan bahwa BPJS kesehatan benar-benar mengupayakan supaya seluruh penduduk Indonesia bisa mendapatkan jaminan kesehatan tidak hanya dari segi bantuan atau subsidi pembiayaan saja, tetapi juga pelayanan yang akan didapatkan oleh penduduk.

DIMENSI KEBIJAKAN SOSIAL

Kebijakan Sosial didefinisikan sebagai langkah yang diadopsi oleh pemerintah yang berdampak pada kesejahteraan masyarakat. Tidak hanya melalui pemberian pelayanan sosial, tetapi juga melalui regulasi, mandate, subsidi, dan langkah-langkah lainnya (Midgley, 2013). Sedangkan menurut Hill (dalam Soetomo, 1997) kebijakan sosial mengandung aktivitas-aktivitas yang dapat mempengaruhi kesejahteraan dan kebijakan ini menggambarkan peranan negara dalam hubungannya dengan kesejahteraan warga negaranya. Adapun Spicker (dalam Soetomo, 1997) memberikan definisi lain mengenai kebijakan sosial adalah studi tentang pelayanan sosial dan negara kesejahteraan. Ketiga definisi mengenai kebijakan sosial tersebut memberikan pemahaman bahwa kebijakan sosial merupakan strategi-strategi yang sengaja dirancang oleh pemerintah yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan di suatu negara dan karena dirancang oleh pemerintah maka kebijakan sosial ini juga akan menggambarkan bagaimana pemerintah mengambil tindakan untuk menjamin kesejahteraan masyarakatnya dan untuk menjamin hal tersebut kebijakan-kebijakan yang telah dirancang akan diturunkan atau diimplementasikan melalui pelayanan sosial.

Berdasarkan definisi, kebijakan sosial merupakan landasan untuk melaksanakan praktik intervensi pada

masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Intervensi yang dilakukan kepada masyarakat bisa bermacam-macam bentuknya seperti pelayanan sosial, jaminan sosial, program bantuan, dan sebagainya.

Gilbert dan Terrell (2013) menciptakan kerangka kerja alokasi manfaat (benefit-allocation) untuk menganalisis prinsip-prinsip dalam kebijakan kesejahteraan sosial. Gilbert dan Terrell juga menyatakan bahwa mekanisme alokasi manfaat yang berada di luar pasar ekonomi. Oleh karena itu untuk memahami hal tersebut, Gilbert dan Terrell juga menyatakan adanya perbedaan antara pasar sosial dengan pasar ekonomi, yaitu pasar sosial mengalokasikan barang dan pelayanan yang utama untuk menanggapi kebutuhan finansial, ketergantungan, sentiment altruistik, kewajiban sosial, motif amal, dan harapan untuk jaminan sosial komunal (Gilbert & Terrell, 2013).

Adapun prinsip-prinsip kebijakan kesejahteraan sosial yang diciptakan oleh Gilbert dan Terrell, yaitu

1) Dasar alokasi sosial (bases of social allocations),

Dalam implementasinya, kebijakan sosial ini juga mencakup siapa yang menerima alokasi kesejahteraan sosial. Basis alokasi ini akan menunjukkan siapa yang layak menerima manfaat. Prinsip kelayakan tersebut secara tradisional dibedakan menjadi universalisme dan selektif. Universalisme menunjukkan bahwa seluruh warga negara berhak menerima manfaat dari implementasi kebijakan sosial. Golongan universalis juga mendukung bahwa pengaturan public yang mengatur kebutuhan ini atas dasar hak umum, sebagai hak sosial yang sebanding dengan hak politik yang kita terima begitu saja. Program yang diimplementasikan juga bertujuan untuk menciptakan kesetaraan, menjaga martabat, dan kohesi individu.

Sementara itu, selektif menunjukkan bahwa penerima manfaat terbatas pada aspek-aspek tertentu. Golongan selektivis berpendapat bahwa penerima manfaat harus ditargetkan dengan cermat. Kebijakan sosial terbatas kepada orang yang tidak mampu mengurus diri mereka sendiri sehingga berhak menerima manfaat (Gilbert & Terrel, 2013)

2) Jenis ketentuan sosial (social provisions),

Ketentuan sosial ini merujuk pada apa yang diberikan kepada penerima manfaat dari implementasi kebijakan. Namun, dalam prinsip ini menimbulkan perdebatan mengenai bentuk manfaat seperti apa yang diberikan apakah berupa uang tunai atau berupa barang. Tunjangan berupa barang dinilai lebih efektif karena bentuk manfaat yang diberikan sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran. Sementara itu terdapat argumentasi lain yang dikemukakan berdasarkan teori klasik ekonomi, bahwa tunjangan berupa uang tunai cenderung lebih mencapai kepuasan penerima manfaat karena penerima manfaat yang paling tahu apa yang dibutuhkan, tetapi kelemahannya adalah tidak semua penerima manfaat bisa mengalokasikan tunjangan uang tunai sesuai kebutuhan mereka (Gilbert & Terrel, 2013).

3) Strategi untuk penyampaian ketentuan (strategic of delivery provisions), penyerahan alokasi kebijakan sosial terbagi menjadi dua level keuntungan, yaitu: (1) masalah yang luas dari privatisasi yang mana membahas alternatif layanan yang diberikan secara langsung oleh badan publik atau secara tidak langsung melalui kontrak dengan swasta penyedia (sukarela dan badan profit); (2) masalah komersialisasi yang lebih sempit yang mana membahas pilihan antara badan penyedia profit dan non profit. Dari referensi yang sama, diketahui bahwa semanjak adanya pertumbuhan yang cukup besar dalam ekonomi campuran dalam pengaturan pembelian

layanan, anggaran public digunakan untuk membiayai layanan yang diberikan oleh badan swasta. Badan swasta memiliki kinerja yang baik karena badan swasta menawarkan pendekatan yang efisien dalam memproduksi dan memberikan pelayanan yang sosial. Sedangkan badan publik memiliki birokrasi yang buruk karena mereka menikmati monopoli yang ada di dalamnya. Adapun dalam komersialisasi yang terbagi menjadi badan profit dan non profit. Badan profit dinilai kurang efektif dan efisien apabila dibandingkan dengan badan non profit karena adanya keberatan moral atau ketidak sesuaian antara motif untung dengan ketentuan sosial itu sendiri.

4) Pembiayaan ketentuan (Ways to finance these provisions)

Dana untuk membayar tunjangan kesejahteraan sosial diperoleh dalam tiga cara mendasar, yaitu: melalui pajak, pembiayaan sukarela, dan melalui pembayaran. Pajak merupakan iuran wajib yang harus dibayarkan oleh warga negara atau ketentuan dari pemerintah. Pajak ini juga menjadi sumber utama negara dan pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesejahteraan sosial. Pemberian sukarela ini digambarkan dengan sukarela dan filantropi yang tidak dipaksakan untuk menyumbang. Sedangkan biaya ini merupakan pembayaran yang dibebankan kepada konsumen dari barang dan jasa yang dijual oleh suatu lembaga pelayanan untuk menutupi pengeluaran lembaga tersebut.

BASIS ALOKASI PADA BPJS KESEHATAN

Prinsip basis alokasi yang dikemukakan oleh Gilbert dan Terrell dalam bukunya, mengacu pada siapa yang menjadi penerima manfaat dari transfer kesejahteraan sosial yang dialokasikan oleh pemerintah (Gilbert & Terrel, 2013). Dengan mengacu kepada kebijakan Perda Provinsi Jawa Barat no. 4 tahun 2013 tentang pedoman jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat. Penerima manfaat

Program BPJS bersifat menyeluruh karena dalam kebijakan mewajibkan semua warga negara Indonesia diwajibkan untuk mendaftar keanggotaan BPJS walaupun sudah memiliki jaminan asuransi kesehatan lainnya hal ini sesuai dengan prinsip bases allocation universalism. adapun keanggotaan BPJS kesehatan dibagi menjadi dua, yakni:

- a. PBI (Penerima Bantuan Iuran)
Meliputi fakir miskin, orang tidak mampu, serta orang yang memiliki cacat total tetap yang tidak mampu. Untuk pihak yang disebutkan diatas, iuran pembayaran BPJS ditanggung oleh pemerintah.
- b. Bukan PBI (Bukan Penerima Bantuan Iuran)
Meliputi seluruh warga negara yang membayar iurannya secara mandiri dan tidak termasuk pada golongan pertama.

BPJS Kesehatan merupakan sebuah program yang memiliki bases allocation universalism karena kesehatan merupakan perwujudan dari fungsi negara yang memberikan fungsi pelayanan masyarakat untuk kebutuhan dasar, dan kesehatan merupakan salah satu aspek fundamental manusia.

SOCIAL PROVISION

Berdasarkan Perda Jawa Barat no. 4 tahun 2013, pemberi pelayanan kesehatan untuk peserta JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) dalam hal ini melalui program BPJS Kesehatan.

Dalam Perda tersebut setiap peserta berhak mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan dengan dua poin utama, yaitu:

- a. mendapatkan pelayan kesehatan yang komprehensif sesuai manfaat yang ditetapkan.
 - b. mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- Meskipun BPJS Kesehatan termasuk kedalam program yang bersifat

universalism, tetapi dalam penerapan pelayanan kepada penerima manfaatnya yang termasuk dalam keanggotaan PBI, dibagi menjadi tiga kelas dengan jumlah iuran yang variatif:

- Untuk mendapat fasilitas kelas I dikenai iuran Rp 59.500 per orang per bulan
- Untuk mendapat fasilitas kelas II dikenai iuran Rp 42.500 per orang per bulan
- Untuk mendapat fasilitas kelas III dikenai iuran Rp 25.500 per orang per bulan

Pelayanan kesehatan yang disediakan BPJS, baik untuk keanggotaan PBI dan bukan PBI merupakan bagian dari pelayanan pencegahan seperti penyuluhan kesehatan, pengobatan, obat-obatan, hingga imunisasi, dan rangkaian pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan Keluarga Berencana (KB).

Jenis Social Provision yang diterapkan BPJS Kesehatan merupakan pelayanan secara *intangible and limited*.

Bersifat *intangible* karena pelayanan akan diberikan setelah penerima manfaat yang termasuk kedalam golongan bukan PBI melakukan pembayaran iuran bulanan.

Kemudian termasuk *limited* karena penerima manfaat yang dapat menikmati fasilitas yang disediakan hanya diberikan kepada masyarakat yang sudah melakukan pembayaran iuran (keanggotaan bukan PBI) dan termasuk dalam keanggotaan BPJS Kesehatan.

Merujuk kepada hasil analisis mengenai *Bases Allocation* dan Social Provision mengenai BPJS Kesehatan diatas maka akan merujuk dan mengetahui tiga dimensi nilai dalam Kebijakan Sosial, yakni *equity, equality dan adequacy*.

- a. Equality

Secara harfiah dapat diterjemahkan dengan keadilan, dalam konteks ini Program BPJS Kesehatan merupakan program yang setara, dalam artian seluruh golongan masyarakat tanpa memandang strata ekonomi atau latar belakang apapun berhak mendapatkan dan

berhak mendaftarkan dirinya untuk menjadi anggota BPJS kesehatan. Merujuk pada sila kelima Pancasila yang menjadi pedoman bangsa ini, Program BPJS Kesehatan merupakan wujud nyata yang diberikan negara untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh Rakyat Indonesia.

b. Equity

Merupakan bentuk penyesuaian dari nilai equality, artinya apa yang dibayarkan oleh anggota akan sesuai dengan apa yang diterima. BPJS menyediakan tiga kelas pelayanan kesehatan dengan jumlah iuran berbeda yang dapat masyarakat sesuaikan dengan pendapatan dan kemampuan finansial mereka, namun semakin tinggi iuran maka akan semakin baik pula pelayanan yang diterima.

c. Adequacy

Layanan yang diterapkan dalam Program BPJS akan mendapatkan penyesuaian tergantung pada kelas atau jumlah iuran yang dibayarkan oleh masyarakat yang tentunya sesuai dengan pendapatan setiap anggotanya.

Semakin mahal iuran yang dibayarkan, penerima manfaat akan mendapatkan pelayanan yang lebih baik untuk keanggotaan Bukan PBI.

Sementara itu, bagi masyarakat yang termasuk dalam keanggotaan PBI, seluruh iuran ditanggung oleh pemerintah dan akan mendapatkan pelayanan setara dengan kelas III.

KESIMPULAN

Dalam artikel ini, penulis membahas mengenai dua dimensi kebijakan sosial, antara lain: *bases allocation* (alokasi dasar) dan *social provision* (ketentuan sosial) dari program BPJS Kesehatan. Peneliti membahas kedua dimensi karena kedua dimensi kebijakan sosial tersebut akan merujuk kepada aspek

fundamental dari implementasi program kebijakan sosial, yaitu siapa kelompok masyarakat yang menjadi penerima manfaat, seperti apakah pelayanan yang diberikan, dan adakah perbedaan pelayanan yang diberikan kepada kelompok penerima manfaat. Aspek fundamental kebijakan sosial tersebut merupakan dimensi nilai kebijakan sosial yang terdiri dari *equality*, *equity*, dan *adequacy*.

Program BPJS kesehatan sebagaimana salah satu jaminan sosial bagi rakyat Indonesia pada aspek kesehatan. Penyelenggara BPJS di Jawa Barat diatur oleh Perda Provinsi Jawa Barat No. 4 Tahun 2003. Program BPJS Kesehatan di Jawa Barat dalam implementasinya berdasarkan prinsip bases allocation adalah bersifat universalism karena seluruh rakyat Indonesia diwajibkan untuk mendaftar keanggotaan dan pelayanan yang diberikan bersifat *intangible and limited* yaitu berupa pelayanan kesehatan dan bantuan iuran bagi masyarakat yang terdaftar keanggotaan BPJS saja.

SARAN

Implementasi program BPJS di Jawa Barat sudah sesuai dengan Perda Nomor 4 Tahun 2014 berdasarkan penelitian pada artikel ini yang menggunakan pendekatan dengan kacamata dimensi sosial mengenai *alokasi dasar* dan *ketentuan sosial*, terdapat beberapa rekomendasi berdasarkan dua dimensi sosial yang digunakan diatas:

1. Alokasi dasar yang bersifat universalisme harus lebih ditekankan lagi kepada masyarakat yang belum terdaftar sebagai anggota, meski saat ini jumlah keanggotaan BPJS Jabar mencapai 84%, akan lebih baik jika jumlah anggota dapat berangsur mengalami peningkatan, sehingga dimensi

universalisme dapat terpenuhi ketika seluruh masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai.

2. Ketentuan sosial yang mencakup jenis pelayanan *intangible and limited* dapat ditingkatkan kualitasnya agar masyarakat yang belum terdaftar sebagai anggota memiliki ketertarikan setelah mendengar feedback baik mengenai pelayanan yang diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

Asian Development Bank. (2020). *Outlook 2020. September*, 152. https://globalfert.com.br/pdf/outlook_globalfert2020.pdf

BPJS Kesehatan. (2019, Januari 3). *Visi dan Misi*. Retrieved from BPJS-Kesehatan.go.id: <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/pages/detail/2010/2>

BPJS Kesehatan. (2020, Desember 2). *Peserta*. Retrieved from BPJS Kesehatan: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/11>

Comitted(MRC), myriad research. (2015). IndeksKepuasan Peserta dan Faskes terhadap BPJS Kesehatan Sukses Lampau Target. *BPJS Kesehatan*. <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/unduh/index/217>

Dinas Kesehatan Jawa Barat. (2019). *Profil Kesehatan Jawa Barat 2019*. Bandung: Dinas Kesehatan Jawa Barat.

Fachrurrazi. (2020, November 13). *Paparan BPJS Kesehatan*. Retrieved from djsn.go.id: chrome-extension://oemmnndcblhttps://djsn.go.id/storage/app/media/BPJS%20Kesehatan%20-%20Edlik%20Bandung%2013%20Nov.pdf

Ferdiana, S. (2019, Oktober 29). *BPJS Kesehatan Jabar dan BPRS Optimalkan Pelayanan JKN-KIS*. Retrieved from Republika Nasional: <https://nasional.republika.co.id/berita/q04pz3371/bpjs-kesehatan-jabar-dan-bprs-optimalkan-layanan-jknkis>

Fedryansyah, M. (2016). Kebijakan Sosial Dalam Pembangunan. *Share : Social Work Journal*, 6(1). <https://doi.org/10.24198/share.v6i1.13159>

Gilbert, N., & Terrel, P. (2013). *Dimensions of Social Welfare Policy*. Pearson Education Inc.

Kadarisman, M., Kh, J., Dahlan, A., & Selatan, J. (2005). *Analisis tentang Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Kesehatan Pasca Putusan Mahkamah Konstitusi*. 07, 467-488.

Kasumaningrum, Y. (2019). *16 Persen Penduduk Jabar Belum Jadi Peserta BPJS Kesehatan*. Bandung Raya: Pikiran Rakyat.

Mariyam, S. (2018). Sistem Jaminan Sosial Nasional Melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Perspektif Hukum Asuransi). *Jurnal Ilmiah UNTAG Semarang*, 7(2), 36-42

Midgley, J. (2013). *Pembangunan Sosial Teori & Praktik*. (S. Eddyono, & M.L. Pinem, Eds.) London.

Putri, P. M., & Murdi, P. B. (2019). Pelayanan Kesehatan Di Era Jaminan Kesehatan Nasional Sebagai Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. *Jurnal Wacana Hukum*, 25(1), 80. <https://doi.org/10.33061/1.jwh.2019.25.1.3046>

Pujowati, Y. (2012). Implementasi Kebijakan Peningkatan Pelayanan Kesehatan (Tentang Pelaksanaan Program Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Ngronggot Kabupaten Nganjuk).

- GOVERNANCE *Jurnal Kebijakan Dan Manajemen Publik*, 31(1), 47-64.
- Ranis, G., Stewart, F., & Samman, E. (2005). *Human Development: Beyond the HDI*.
- Rein, M. (1977). Equity and Social Policy. *Social Service Review*, 51(4), 565-587.
- Rys, V. (2011). *Merumuskan Ulang Jaminan Sosial: Kembali ke Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta Timur: PT Pustaka Alvabet.
- Santoso, M. B. (2016). Kesehatan Mental Dalam Perspektif Pekerjaan Sosial. *Share : Social Work Journal*, 6(1). <https://doi.org/10.24198/share.v6i1.13160>
- Soetomo. (1997). Efektivitas Kebijakan Sosial dalam Pemecahan Masalah Sosial. *Jurnal Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik*, 15(1), 15-28. <https://jurnal.ugm.ac.id/jsp/article/view/10922/8163>
- Suheri, A. (2018). Wujud Keadilan Dalam Masyarakat Ditinjau Dari Perspektif Hukum Nasional. *Morality : Jurnal Ilmu Hukum*, 4(1).
- Widiastuti, I. (2017). *Pelayanan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Jawa Barat*. 91-101.
- Wisana, I. D. G. K. (2001). Kesehatan sebagai Suatu Investasi. In *Jurnal Ekonomi dan Pembangunan Indonesia* (Vol. 1, Issue 2, pp. 42-51). <https://doi.org/10.21002/jepi.v1i2.613>
- Zabda, S. S. (2016). Aktualisasi Nilai-Nilai Pancasila Sebagai Dasar Falsafah Negara dan Implementasinya Dalam Pembangunan Karakter Bangsa. *Pendidikan Ilmu Sosial*, 2(2), 106-114.