Progressive Realization of The Implementation of National Health Insurance and *Kartu Indonesia Sehat* Program

Realisasi Progresif Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Kartu Indonesia Sehat

Brian Azeri¹, Wahyu Pratama Tamba², Raja Andreas Silaban³

¹University of Indonesia, Indonesia. E-mail: brian.azeri31@ui.ac.id

²University of Indonesia, Indonesia. E-mail: wahyu.pratama32@ui.ac.id

³University of Western Australia, Australia. E-mail: raja.silaban@research.uwa.edu.au

Abstract: *The right to health is a human right that must be progressively realized through welfare state policies. The 5th Precept of Pancasila affirms the state's commitment to ensure social justice, including inclusive access to health services. This study analyzes the implementation of the National Health Insurance Program (JKN) and the Healthy Indonesia Card (KIS) with a qualitative approach through literature studies and secondary data analysis. The main data sources refer to reference books and various research journals. The results of the analysis show that despite the significant increase in coverage from 52% in 2014 to 94.6% in 2023 and the increase in participant satisfaction, there are still issues of inequality, especially for vulnerable groups. This study identifies the main problems of the JKN-KIS program as gaps in service quality, equity of access, and financial sustainability of the program. The research is expected to provide conceptual contributions regarding good practices and challenges in implementing universal health coverage through the JKN-KIS program based on the values of human rights and Pancasila.*

Keywords: *Right to Health; National Health Insurance; Universal Health Coverage; Inclusive Social Policy.*

Abstrak: Hak atas kesehatan adalah hak asasi manusia yang harus direalisasikan secara progresif melalui kebijakan negara kesejahteraan. Sila ke-5 Pancasila menegaskan komitmen negara untuk menjamin keadilan sosial, termasuk akses layanan kesehatan yang inklusif. Penelitian ini menganalisis implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Kartu Indonesia Sehat (KIS) dengan pendekatan kualitatif melalui studi literatur dan analisis data sekunder. Sumber data utama merujuk dari buku referensi dan berbagai penelitian jurnal. Hasil analisis menunjukkan bahwa meskipun cakupan peserta meningkat signifikan yaitu dari 52% pada tahun 2014 menjadi 94.6% pada tahun 2023 dan peningkatan kepuasan peserta, masih terdapat permasalahan kesenjangan khususnya terhadap kelompok rentan. Penelitian ini mengidentifikasi permasalahan utama dari program JKN-KIS adalah kesenjangan kualitas layanan, pemerataan akses, dan keberlanjutan finansial program. Penelitian diharapkan memberikan kontribusi konseptual mengenai praktik baik dan tantangan pelaksanaan program cakupan kesehatan universal (*universal health coverage*) melalui program JKN-KIS yang berdasarkan pada nilai-nilai hak asasi manusia dan Pancasila.

Kata Kunci: Hak atas Kesehatan; Jaminan Kesehatan Nasional; Cakupan Kesehatan Universal; Kebijakan Sosial Inklusif.

1. Pendahuluan

Hak atas kesehatan merupakan hak asasi manusia (HAM) yang menjadi tanggung jawab negara, sebagaimana diatur dalam Pasal 34 ayat (3) UUD 1945, "*Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak*". Ketentuan ini merupakan manifestasi dari sila kelima Pancasila, "*Keadilan Sosial bagi Seluruh Rakyat Indonesia*". Selain itu, Pasal 9 ayat (3) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (UU HAM) juga menegaskan bahwa "*Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat*". Komitmen ini diperkuat melalui ratifikasi

Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya (KIHESB) dalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005, yang menyatakan bahwa setiap individu berhak memperoleh standar kesehatan fisik dan mental tertinggi yang dapat dicapai.

Dalam implementasinya, negara memiliki kewajiban untuk menghargai, melindungi, dan memenuhi hak atas kesehatan dengan mengacu pada dua prinsip utama dalam KIHESB, yaitu kewajiban inti minimum (*minimum core obligations*) dan realisasi progresif (*progressive realization*). Kewajiban inti minimum mengharuskan negara untuk segera menjamin pemenuhan kebutuhan kesehatan dasar, sementara realisasi progresif mendorong perbaikan kebijakan secara berkelanjutan agar akses dan kualitas layanan kesehatan semakin meningkat. Melalui ratifikasi KIHESB, Indonesia juga berpartisipasi dalam mekanisme pengawasan internasional, termasuk melalui *The Special Rapporteur*, yang bertugas memberikan rekomendasi terkait pelaksanaan hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya, termasuk pemenuhan standar kesehatan tertinggi bagi seluruh warga negara.

Selain melalui perspektif tanggung jawab negara dalam aspek HAM, penelitian ini juga akan menganalisis penerapan dari kebijakan negara terkait hak atas kesehatan dengan menggunakan konsep eksklusi sosial dan kebijakan inklusif. Eksklusi sosial adalah proses dimana individu atau komunitas terhalang atau terbatas dalam mengakses sumber-sumber daya yang dibutuhkan dalam kehidupan sosial agar menjadi individu yang utuh berkontribusi dalam masyarakat, diantaranya adalah sumber daya ekonomi, pekerjaan, pendidikan, kesehatan, dan hunian tempat tinggal (Sen, 2007). Eksklusi sosial berkaitan erat dengan deprivasi absolut dan relatif. Perbedaan utama antara deprivasi sosial absolut dan relatif terletak pada sifat kepemilikan sumber daya. Deprivasi absolut merujuk pada ketiadaan sumber daya esensial dalam suatu masyarakat, sementara deprivasi relatif mengacu pada kesenjangan kepemilikan antara kelompok dengan akses terbatas dan kelompok dengan akses lebih besar (Burns & Runciman, 1966; Seda, 2023). Dalam hal ini, negara harus memastikan tidak ada seorang pun yang tereksklusi dari hak atas kesehatan dan meminimalisir deprivasi absolut maupun relatif dari pelayanan kesehatan.

Dalam konteks kebijakan sosial dan negara kesejahteraan, Indonesia memiliki program Jaminan Kesehatan Nasional dan Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) dan pemerintah untuk menjamin perlindungan, penghormatan dan pemenuhan hak atas kesehatan. JKN-KIS merupakan program aktual pemerintah untuk peningkatan aksesibilitas setiap warga negara dalam layanan kesehatan (Laksono, Nantabah, Wulandari, Khoiri, & Tahangnacca, 2022).

Kebijakan ini merupakan manifestasi dari Pancasila yang berupaya menghadirkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, terlepas dari status sosial, kondisi ekonomi, dan lokasi geografis. Dengan semangat dan nilai-nilai seperti gotong royong dan kekeluargaan, secara sosiologis melalui perspektif negara kesejahteraan, kebijakan ini termasuk ke dalam kerangka kebijakan diskursus redistribusi (*redistribution discourse/RED*), yaitu kebijakan yang memanfaatkan redistribusi sumber daya dari kelompok yang memiliki kepada kelompok masyarakat yang kurang memiliki (Levitas, 2005). Skema yang digunakan adalah asuransi kesehatan dimana masyarakat wajib menjadi anggota peserta BPJS Kesehatan dan membayar iuran untuk kelompok mampu, sedangkan untuk kelompok tidak mampu, mereka tetap mendapatkan jaminan kesehatan melalui program Penerima Bantuan Iuran (PBI) atau gratis dengan menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS).

Berbeda dengan penelitian sebelumnya yang berfokus pada temuan empiris pelaksanaan program kesehatan nasional serta UHC secara global (Ahsan, Kramer, Adani, Muhammad, & Amalia, 2020; Laksono dkk., 2022; Martin dkk., 2018; Wulandari, Laksono, Rohmah, & Ashar, 2023; Zieff, Kerr, Moore, & Stoner, 2020), penelitian ini

mengkaji secara konseptual program JKN-KIS menggunakan prinsip HAM yaitu realisasi progresif (*progressive realization*), kebijakan inklusif, dan nilai-nilai Pancasila. Temuan dari penelitian sebelumnya memperlihatkan bahwa masih terdapat permasalahan khususnya pada aspek kesenjangan kualitas layanan, pemerataan akses, dan keberlanjutan finansial program.

Penelitian ini menawarkan perspektif baru dalam menganalisis program JKN-KIS dengan memadukan pendekatan hak asasi manusia, nilai-nilai Pancasila, dan konsep eksklusif sosial untuk menganalisis efektivitas kebijakan kesehatan di Indonesia. Penelitian ini menjadi krusial mengingat program JKN-KIS, sebagai wujud nyata realisasi progresif hak atas kesehatan di Indonesia, menghadapi berbagai tantangan kompleks yang perlu segera diatasi. Meskipun cakupan kepesertaan telah meningkat signifikan, mencapai 94.6% pada tahun 2023, namun kualitas layanan, pemerataan akses, dan keberlanjutan finansial program masih menjadi isu utama. Diperlukan analisis mendalam untuk mengidentifikasi akar masalah dan merumuskan solusi yang efektif agar JKN-KIS dapat memberikan manfaat yang optimal bagi seluruh masyarakat, khususnya kelompok miskin dan rentan.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis studi literatur. Sumber data utama ditopang oleh berbagai kajian studi literatur terdahulu dan analisis data sekunder. Data tersebut kemudian dikaji untuk menganalisis implementasi program JKN-KIS melalui perspektif hak asasi manusia (realisasi progresif), kebijakan inklusif, nilai-nilai Pancasila, dan konsep eksklusif sosial.

2. Sejarah Program Jaminan Kesehatan di Indonesia

Kebijakan jaminan kesehatan di Indonesia memiliki sejarah panjang. Pada bagian ini penulis membagi kebijakan jaminan kesehatan di Indonesia dalam empat (4) babak (Halabi, 2009; Neelakantan, 2013): (1) Kebijakan pasca kemerdekaan (1945-1967), (2) Kebijakan sentralisasi (1965-1998), (3) Kebijakan desentralisasi (1998-2014), dan (4) Kebijakan universalisme (2014-2025).

Pada babak pertama pada masa pasca kemerdekaan yaitu tahun 1945-1967, kebijakan kesehatan nasional mengalami banyak kendala. Hal ini karena negara Indonesia baru berdiri dan masih mengalami ketidakstabilan politik dan keamanan nasional seperti agresi militer dari Belanda. Masalah utama yang dialami dalam kebijakan kesehatan nasional pada masa ini adalah masalah keuangan negara, kekurangan tenaga medis, dan minimnya infrastruktur kesehatan. Di sisi lain, Presiden Sukarno memiliki visi besar untuk menanamkan nasionalisme dalam kebijakan kesehatan nasional, hal ini menyebabkan tidak semua bantuan internasional diterima oleh Indonesia sehingga kebijakan kesehatan nasional mengalami banyak kendala. Namun salah satu pondasi dasar infrastruktur kesehatan masyarakat diinisiasi pada masa ini, yaitu dengan pembangunan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai wujud kehadiran negara dalam memastikan hak atas kesehatan masyarakat (Neelakantan, 2013).

Pada kebijakan babak kedua di era Orde Baru, kebijakan kesehatan bersifat sentralistik karena negara Indonesia masih berupaya membangun infrastruktur dan layanan kesehatan dasar di seluruh Indonesia. Pada masa tersebut, kebijakan kesehatan memiliki kelebihan pelaksanaan kebijakan yang terpusat sehingga dapat terkontrol. Bukti konkret dari pelaksanaan kebijakan ini adalah program pembangunan Puskesmas di seluruh Indonesia yang dilakukan secara masif hingga akhir tahun 1980-an. Selain itu, pemerintah juga mendorong adanya komunitas kesehatan di daerah untuk layanan kesehatan dengan sosialisasi dan program gotong royong. Sejak awal dibuatnya program pembangunan Puskesmas pada tahun 1968, tercatat hingga tahun 1993 jumlah Puskesmas mencapai 6.749

unit di seluruh Indonesia (Setiyanto, 2023). Hal ini sesuai dengan paradigma pembangunan (*developmentalism*) yang dikedepankan pada masa Orde Baru (Neelakantan, 2023). Pembangunan infrastruktur layanan kesehatan dasar berupa Puskesmas di seluruh wilayah Indonesia pada masa Orde Baru tersebut menjadi dasar pelaksanaan jaminan kesehatan yang inklusif.

Di era Reformasi pada babak ketiga, khususnya pada tahun 1998 sampai dengan tahun 2014, terjadi perubahan karakteristik kebijakan kesehatan di Indonesia, dari yang awalnya bersifat sentralisasi menjadi desentralisasi. Pada masa ini, pelaksanaan program kesehatan nasional tidak hanya dilakukan oleh pemerintah pusat, namun juga pemerintah daerah sesuai amanat otonomi daerah. Selain itu, pada masa ini juga merupakan cetak biru (*blueprint*) kebijakan UHC melalui pembentukan Undang-Undang Nomor Tahun 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN). Selain itu, pemerintah juga meratifikasi Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, Budaya (KIHESB) menjadi Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005 (UU KIHESB). Karakteristik dari kebijakan kesehatan pada babak ini adalah meningkatnya hak atas partisipasi di tingkat daerah dalam menentukan kebijakan kesehatan di daerahnya. Namun kebijakan ini memiliki tantangan yaitu perbedaan paradigma tiap daerah dalam melaksanakan kebijakan kesehatan menyebabkan memburuknya kualitas layanan kesehatan dan eksklusif akses kesehatan kepada masyarakat miskin. Hal ini karena kesehatan dilihat sebagai komoditas sehingga ditandai dengan banyaknya rumah sakit swasta, meningkatnya biaya kesehatan, komersialisasi pendidikan tenaga medis dan lainnya (Halabi, 2009).

Pada babak keempat, yaitu dari tahun 2014 hingga saat ini, telah terjadi perbaikan yang sangat masif dalam konteks pelaksanaan UHC di Indonesia. Melalui program JKN-KIS yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dan pemerintah dengan skema asuransi. Program ini merupakan hasil dari *blueprint* kebijakan UHC dari amanat UU SJSN pada tahun 2004 dan UU KIHESB pada tahun 2005. Tujuan utama dari program JKN-KIS ini adalah memastikan setiap orang dapat mendapatkan hak atas kesehatan dengan standar tertinggi sesuai Pasal 12 KIHESB. Kebijakan universalisme program jaminan kesehatan pada masa ini ditandai semangat gotong royong dan subsidi silang, dimana dengan skema asuransi, setiap orang yang mampu diharapkan membayar iuran untuk program JKN-KIS ini. Namun negara tetap hadir memastikan pemenuhan hak-hak kepada kelompok miskin dan rentan dengan adanya program Penerima Bantuan Iuran (PBI). Sehingga program JKN-KIS adalah representasi dari UHC yang bersifat inklusif, dengan semangat gotong royong, dan sesuai dengan nilai-nilai Pancasila.

Tolok ukur keberhasilan dari tanggung jawab negara terhadap hak atas kesehatan adalah dari segi kuantitas dan kualitas, yaitu dari jumlah peserta yang dijamin oleh JKN-KIS dan juga kualitas berdasarkan hasil kepuasan masyarakat atas layanan kesehatan yang didapat. Program JKN-KIS ini juga melibatkan kolaborasi antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan BPJS Kesehatan, yaitu melalui pembiayaan Anggaran Pendapatan Belanja Negara/Daerah (APBN/APBD) untuk mensubsidi peserta JKN-KIS yang tidak mampu membayar iuran. Untuk menjamin bahwa setiap orang dapat berkontribusi sesuai dengan kemampuan ekonominya, program JKN-KIS menerapkan sistem kelas, yaitu kelas 1, 2, dan 3 yang memiliki biaya iuran yang berbeda-beda. Tujuan awal dari sistem kelas ini adalah untuk memastikan setiap orang berkontribusi sesuai dengan kemampuannya, namun sistem ini akan diubah menjadi sistem Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) pada 1 Juli 2025. Hal ini merespons adanya potensi perbedaan layanan kesehatan yang didapatkan oleh peserta BPJS Kesehatan di kelas-kelas tertentu.

3. JKN-KIS: Tanggung Jawab Negara dalam Realisasi Progresif Hak atas Kesehatan

Peneliti berargumen bahwa sistem UHC di Indonesia melalui JKN-KIS merupakan salah praktik terbaik (*best practice*) di dunia. Bahkan di negara-negara maju, mereka mengalami permasalahan sektor kesehatan yang sangat krusial, seperti di Amerika Serikat, Inggris, dan Kanada. Di Amerika Serikat contohnya, sistem kesehatan mereka yang berbasis pada privatisasi dan berorientasi pasar (*market oriented*) membuat biaya untuk mendapatkan layanan kesehatan menjadi sangat mahal. Di antara negara-negara yang bergabung di The Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), Amerika Serikat memiliki biaya kesehatan yang paling mahal (Branning & Vater, 2016; Gale, 2019). Pelindungan sosial berupa UHC, dengan biaya gratis, khususnya kepada kelompok masyarakat miskin dan rentan miskin terbukti melindungi mereka dari bahaya ekonomi apabila mengalami sakit atau masalah kesehatan serius. Sehingga prioritas cakupan UHC perlu menjamin inklusivitas khususnya kepada kelompok miskin dan rentan (Thomson dkk., 2024).

Selain aspek biaya, aspek lain yang perlu menjadi perhatian negara dalam memberikan layanan UHC adalah berkaitan dengan waktu tunggu dan kualitas pelayanan. Dua negara maju memiliki permasalahan berkaitan dengan waktu tunggu pelayanan kesehatan warganya, yaitu Kanada dan Inggris. Di Kanada misalnya, terdapat tiga permasalahan utama, yaitu waktu tunggu yang terlalu lama; layanan kesehatan yang tidak inklusif; serta kesenjangan akses kepada masyarakat adat (*indigenous people*) (Martin dkk., 2018). Sedangkan permasalahan utama di Inggris adalah waktu tunggu pelayanan kesehatan yang terlampaui lama, bahkan untuk konsultasi dengan dokter spesialis bisa memakan waktu hingga tahunan (The Health Foundation, 2024). Dari kasus-kasus di atas, dapat terlihat bahwa pelaksanaan UHC tidak hanya terbatas pada aspek biaya, namun juga aspek kualitas seperti waktu tunggu dan inklusivitas layanan kesehatan.

Di sisi lain, praktik baik di negara lain yang serupa dengan skema kebijakan kesehatan nasional di Indonesia adalah kebijakan UHC di Jerman. Kebijakan UHC di Jerman menerapkan sistem asuransi universal *multi-payer health care*, yaitu asuransi wajib yang dikelola pemerintah dan asuransi pilihan oleh perusahaan privat. Tercatat pada tahun 2019, hanya 0.1% penduduk Jerman yang tidak dilindungi asuransi kesehatan, artinya 99.9% penduduk Jerman dapat mengakses layanan kesehatan universal. Keberhasilan Jerman ini juga berkaitan dengan pelaksanaan konsep negara kesejahteraan (*welfare state*) yang memastikan penduduknya diupayakan memiliki pekerjaan formal sehingga mendapatkan perlindungan asuransi kesehatan dari patungan iuran antara pemberi kerja dengan pekerja (Bump, 2015).

Salah satu praktik baik dari sistem UHC di Indonesia melalui JKN adalah berdasarkan pada nilai-nilai Pancasila yaitu keadilan sosial dan gotong royong. Berbeda dengan beberapa negara-negara di Eropa yang sistem UHCnya mengandalkan pembiayaan dari pajak (Thomson dkk., 2024), Indonesia menggunakan sistem asuransi kesehatan yang dikelola oleh lembaga yaitu BPJS Kesehatan. Dengan skema asuransi kesehatan dan pembayaran iuran, hal ini merupakan manifestasi dari nilai gotong royong dari kelompok yang mampu kepada kelompok yang tidak mampu.

Untuk mencapai UHC yang bersifat inklusif, pemerintah juga memberikan keringanan kepada kelompok miskin dan rentan melalui skema Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS). Jadi selain memanfaatkan subsidi silang dari iuran kepada BPJS Kesehatan, negara juga turut hadir dengan mengalokasikan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara/Daerah (APBN/D) untuk menyubsidi masyarakat tidak mampu. Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan pada 31 Januari 2025, tercatat bahwa cakupan JKN-KIS peserta PBI mencapai 41,64% yang dibiayai oleh APBN dan 20,75% yang dibiayai oleh APBD atau total sebesar 62,39% (BPJS Kesehatan, 2025). Hal ini

merupakan bentuk tanggung jawab negara dalam konsep kewajiban ini minimum sebagai implementasi dari kebijakan sosial yang bersifat inklusif. Di sisi lain, hal ini menggambarkan kondisi masyarakat Indonesia yang mayoritas bekerja di sektor informal dan belum mampu membayar iuran BPJS Kesehatan melalui skema Pekerja Penerima Upah (PPU) maupun mandiri.

Sebagai amanat dari KIHESB, Indonesia memiliki tanggung jawab untuk merealisasikan secara progresif pelaksanaan standar tertinggi hak atas kesehatan kepada setiap orang. Tolok ukur dari pelaksanaan realisasi progresif ini adalah peningkatan cakupan peserta JKN-KIS yang secara konsisten mengalami kenaikan dan juga peningkatan kepuasan peserta dalam menggunakan layanan kesehatan. Sejak tahun 2014, jumlah peserta JKN-KIS konsisten mengalami kenaikan, dari mulai sebanyak 133,42 juta orang pada tahun 2014, hingga menjadi 267,31 juta orang pada tahun 2023. Selain itu, pada tahun 2023, persentase jumlah peserta JKN telah mencapai 95.77%, sayangnya hanya 207,56 juta orang atau 79% yang merupakan peserta aktif JKN-KIS (Aryani dkk., 2023; BPJS Kesehatan, 2024). Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan, sejak tahun 2014 persentase peserta JKN-KIS adalah 52% dan kemudian terus mengalami kenaikan secara konsisten hingga tahun 2018 yang mencapai 94.6% (DJSN & BPJS Kesehatan, 2020). Idealnya, peserta BPJS Kesehatan apabila memiliki kemampuan ekonomi yang memadai dapat menjadi peserta non penerima bantuan iuran (non-PBI), sehingga pembiayaan layanan kesehatan dilakukan secara gotong royong dan seluruh masyarakat memiliki rasa kepemilikan atas kebijakan kesehatan ini. Namun karena mayoritas masyarakat Indonesia memiliki penghasilan rendah dan bekerja di sektor informal, sehingga faktanya mayoritas peserta BPJS Kesehatan adalah peserta penerima bantuan iuran (PBI) yaitu sebesar 60.38% dibandingkan non-PBI yaitu 39.62% (BPJS Kesehatan, 2023). Namun tingginya angka PBI yang dibiayai dari APBN/D ini merupakan bukti tanggung jawab negara dalam memastikan akses layanan kesehatan dapat dinikmati oleh seluruh lapisan masyarakat, khususnya untuk kelompok miskin dan rentan.

Peserta JKN-KIS dapat menjadi non aktif sementara apabila peserta tidak membayar iuran lebih dari satu bulan. Idealnya, diharapkan peserta JKN-KIS aktif di Indonesia untuk mencapai pemenuhan inklusi hak atas kesehatan adalah 100% atau setiap orang tanpa terkecuali. Namun, apabila dengan menggunakan doktrin realisasi progresif dari KIHESB, pelaksanaan JKN-KIS sudah sangat baik karena tingkat kepesertaan mengalami kenaikan secara konsisten sejak tahun 2014. Khususnya melalui program PBI JKN-KIS, masyarakat tidak mampu, miskin, dan rentan tetap diupayakan oleh negara agar secara inklusi mendapatkan hak atas kesehatan. Realisasi progresif hak atas kesehatan ini juga diapresiasi oleh dalam laporan *Special Rapporteur* Daniel Pūras yang menyampaikan bahwa Indonesia memiliki komitmen yang kuat terhadap kesehatan publik, melakukan perkembangan yang signifikan, termasuk di dalamnya meningkatkan ekspektasi harapan hidup, dan pengurangan penyakit menular (Human Rights Council & Pūras, 2018).

Selain secara kuantitas atau jumlah kepesertaan, aspek lain yang menjadi penting adalah aspek kualitas. Frasa dalam Pasal 9 KIHESB adalah "*hak untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental tertinggi yang dapat dicapai.*" Berdasarkan hasil survei yang dilakukan oleh penilaian pihak ketiga, terdapat peningkatan tingkat kepuasan peserta dari 81% pada tahun 2014 menjadi 90.7% pada tahun 2023 (BPJS Kesehatan, 2024). Hal ini dilakukan dengan melakukan inovasi peningkatan mutu layanan peserta melalui: peningkatan kanal administrasi, informasi, dan pengaduan; kemudahan akses layanan kesehatan; dan kemudahan membayar iuran.

Namun pelaksanaan program UHC melalui JKN-KIS bukan tanpa tantangan. Masalah dalam pelaksanaan kesehatan di Indonesia diantaranya adalah ketimpangan layanan kesehatan di Kota dan Desa, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, waktu tunggu yang kurang cepat. Untuk meningkatkan kualitas kesehatan ini perlu adanya perhatian dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, secara kuantitas (jumlah peserta aktif) maupun secara kualitas layanan kesehatan.

Keterbatasan sumber daya kerap menjadi tantangan tersendiri bagi pelaksanaan UHC. Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah dengan menggunakan penggunaan proses musyawarah berdasarkan bukti (*evidence-informed deliberative process*) untuk melakukan praktik terbaik tentang keputusan layanan kesehatan apa yang akan diberikan untuk mencapai realisasi progresif dengan sumber daya yang terbatas. Salah satu contoh konkretnya adalah pelaksanaan prioritas penanganan HIV/AIDS di Jawa Barat selama lima (5) tahun dari tahun 2014-2018, pelaksanaan proses musyawarah berdasarkan bukti ini terbukti menurunkan angka HIV/AIDS di Jawa Barat (Baltussen dkk., 2017).

Tantangan lain adalah mengenai pembiayaan dari program JKN-KIS. Agar dapat berjalan dengan efektif, BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara perlu memiliki kondisi keuangan yang sehat dalam mengelola uang iuran agar memastikan pelayanan kesehatan mengalami realisasi progresif. Sejak dibentuk pada tahun 2014, BPJS Kesehatan secara konsisten mengalami defisit hingga tahun 2019, baru pada tahun 2020 hingga 2023 mengalami surplus dan kembali defisit pada tahun 2025 (Ahsan dkk., 2020). Pada tahun 2017, regulasi baru mewajibkan 37,5% pendapatan dari cukai tembakau untuk diberikan kepada BPJS Kesehatan. Kebijakan ini terbukti tidak efektif dan sebaiknya dialokasikan untuk pengendalian konsumsi tembakau, namun kebijakan yang membuat BPJS Kesehatan dapat keuangan yang sehat dan surplus adalah peraturan presiden yang mendorong peningkatan peserta aktif dan pembayaran iuran sebagai sumber dana utama dari pembiayaan program UHC (Ahsan dkk., 2020).

Pembiayaan program JKN-KIS berasal dari beberapa sumber, yaitu iuran peserta (bagi kelompok mampu) dan subsidi dari APBN/D (bagi kelompok PBI). Namun, BPJS Kesehatan seringkali mengalami defisit sejak dibentuk pada tahun 2014 hingga 2019. Defisit ini disebabkan oleh beberapa faktor, seperti tingginya biaya pelayanan kesehatan, rendahnya tingkat kepatuhan peserta dalam membayar iuran, dan kurangnya efisiensi dalam pengelolaan keuangan. Untuk mengatasi masalah defisit, beberapa solusi yang diusulkan adalah meningkatkan jumlah peserta aktif dan pembayaran iuran, meningkatkan efisiensi pengelolaan keuangan, serta mencari sumber-sumber pembiayaan alternatif. Regulasi yang mewajibkan sebagian pendapatan dari cukai tembakau untuk BPJS Kesehatan dinilai tidak efektif dan sebaiknya dialokasikan untuk pengendalian konsumsi tembakau. Pemerintah juga berupaya untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam membayar iuran dengan menghapus sistem kelas dan menggantinya dengan KRIS.

Jaminan kesehatan terus mengalami perbaikan dari waktu ke waktu, tercatat sejak tahun 1960 hingga 2001 telah ada 20.900 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FTKP). Selain itu, angka harapan hidup meningkat dari usia 48 tahun menjadi 69 tahun, angka kematian bayi menurun dari 76 per 1.000 kelahiran menjadi 23 per 1.000 kelahiran, dan tingkat angka kelahiran total menurun dari 5.61 menjadi 2.11 (Agustina dkk., 2019). Namun masih terdapat berbagai masalah kesehatan, seperti kesenjangan fasilitas dan layanan kesehatan dan angka kematian Ibu sebanyak 300 kematian per-100.000 kelahiran serta angka kematian neonatal yang stagnan (Agustina dkk., 2019). Sepanjang tahun 1990 sampai dengan 2016, telah terjadi peningkatan berbagai indikator kesehatan di Indonesia. Namun

hal yang perlu ditingkatkan adalah angka kematian dan meningkatnya beban penyakit tidak menular (Mboi dkk., 2018).

Sejak era Reformasi, Indonesia telah mengalami banyak perbaikan dalam kebijakan kesejahteraan sosial, salah satunya adalah kebijakan kesehatan. Di tingkat nasional, Indonesia telah melaksanakan program kesehatan gratis untuk masyarakat miskin dan menerapkan kebijakan asuransi kesehatan nasional. Sedangkan di tingkat daerah, pemerintah daerah membuat skema kebijakan kesehatan untuk warganya (Aspinall, 2014).

Bentuk tanggung jawab negara dalam memastikan standar hak atas kesehatan tertinggi juga dapat terlihat dari kebijakan penanganan COVID-19 di Indonesia. Negara melalui pemerintah pusat maupun daerah mengalokasikan anggarannya untuk penanganan COVID-19 melalui berbagai program, seperti pelayanan kesehatan dan pemberian vaksin secara gratis. Selain pemerintah pusat, pemerintah daerah juga melakukan perannya dalam menjamin hak atas kesehatan, salah satu contohnya adalah pemerintah provinsi DKI Jakarta yang dengan cepat membuat satuan tugas (satgas) COVID-19 dan mengalokasikan anggaran untuk penanganan COVID-19 (Tamba, Felani Budi Hartanto, & Yunia Putri, 2024). Negara melalui berbagai perangkatnya, dalam hal ini pemerintah pusat, daerah, dan BPJS Kesehatan, telah melakukan kewajiban inti minimum dan realisasi progresif atas standar hak atas kesehatan tertinggi kepada masyarakat Indonesia.

Konsep realisasi progresif UHC berarti bahwa setiap negara harus memantau pencapaian hak atas kesehatan secara berkala, untuk menilai program atau kebijakan yang dilaksanakan membuat kemajuan yang memadai dengan sumber daya yang tersedia (Montel, Ssenyonga, Coleman, & Allemani, 2022). Dalam konteks JKN-KIS, negara wajib melakukan pemantauan berkala atas kemajuan program kesehatan, seperti evaluasi berkelanjutan, pemerataan akses, peningkatan kualitas layanan, dan pencegahan langkah mundur (*retrogressive measures*).

Salah satu tantangan dari pelaksanaan UHC di Indonesia adalah kondisi geografis yang luas dan akses infrastruktur yang belum merata. Selain itu terdapat juga potensi permasalahan pembiayaan karena masih besarnya porsi peserta PBI yang tidak membayar iuran. Di sisi lain, walaupun sudah mengalami banyak kemajuan dalam aspek kesehatan, pemerintah Indonesia perlu membuat kebijakan kesehatan yang bersifat pencegahan/preventif serta melakukan inovasi teknologi untuk UHC yang lebih inklusif (Rahman, 2024).

UHC merupakan bagian dari norma internasional dan juga telah diimplementasikan oleh negara Indonesia melalui keberadaan program JKN-KIS yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan (Saputro & Fathiyah, 2022). Program UHC memiliki dampak konkret yang sangat baik terhadap peningkatan kualitas hidup masyarakat, yang dampaknya bukan hanya aspek kesehatan saja namun juga aspek ekonomi masyarakat. Hal ini karena dengan masyarakat yang sehat tentu akan menciptakan masyarakat yang produktif (Sen, 2015).

Salah satu permasalahan dari pelayanan kesehatan di Indonesia adalah kesenjangan infrastruktur dan layanan kesehatan di Kota dengan daerah-daerah terpencil. Salah satu contohnya adalah pelayanan kesehatan di dua (2) Puskesmas di Kabupaten Samosir yang pelayanannya belum memenuhi ekspektasi masyarakat (Sarumpaet, Tobing, & Siagian, 2012). Selain itu masalah lain yang dialami oleh pelaksanaan program JKN-KIS adalah adanya stigma bahwa peserta BPJS Kesehatan mendapatkan pelayanan yang lebih lambat dan kurang baik dibandingkan dengan orang yang melakukan pembayaran secara mandiri atau menggunakan asuransi. Salah satu bukti konkretnya adalah studi di ruang bersalin Rumah Sakit Umum Daerah Lamongan Jawa Timur dimana kepuasan pasien BPJS Kesehatan hanya sebanyak 77,4%, sedangkan pasien non-BPJS Kesehatan memiliki tingkat kepuasan 94,9% (Darwati, 2018). Bahkan di Pulau Jawa sekali pun, terdapat perbedaan

pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FTKP) seperti klinik dan Puskesmas sebagai di wilayah seperti Jakarta dan Yogyakarta dibandingkan dengan wilayah lain seperti Banten, Jawa Barat, dan Jawa Tengah (Wulandari dkk., 2023).

Aspek inklusi sosial kesehatan tidak hanya terbatas pada pelaksanaan program JKN-KIS sebagai bentuk dari pelaksanaan UHC dan tanggung jawab negara. Dalam konteks inklusi sosial, partisipasi aktif dari masyarakat menjadi aspek penting untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Salah satunya adalah melalui *community case management* (CCM), yaitu program kesehatan berbasis komunitas yang sifatnya *bottom-up*. Program CCM ini terbukti efektif meningkatkan kualitas kesehatan anak di Kutai Timur, Kalimantan Timur (Setiawan, Dignam, Waters, & Dawson, 2016). Pelaksanaan kebijakan berbasis partisipasi ini juga sesuai dengan konsep inklusi sosial yang menekankan pada hak atas partisipasi aktif, yaitu melihat masyarakat bukan hanya sebagai penerima manfaat namun sebagai aktor penting dalam pelaksanaan hak atas kesehatan itu sendiri (Babajanian & Hagen-Zanker, 2012).

Implementasi UHC memiliki tantangan dan karakteristik di berbagai negara. Di Meksiko contohnya, salah satu isu yang muncul adalah potensi tumpang tindih antara lembaga peradilan dengan lembaga penyelenggara jaminan kesehatan. Peran lembaga peradilan dapat menjadi ancaman pelaksanaan UHC apabila menetapkan layanan tanpa mempertimbangkan aspek teknis seperti keterbatasan sumber daya, di sisi lain, pengadilan dapat menjadi alat korektif atau pengawas dalam memastikan pemenuhan hak atas kesehatan (Daniels, Charvel, Gelpi, & Porteny, 2015). Hal ini relevan juga untuk Indonesia dimana lembaga peradilan khususnya Mahkamah Konstitusi sebagai penjaga konstitusi untuk melakukan pengawasan kepada pemerintah dalam memastikan pelaksanaan program UHC dapat dilakukan secara inklusif, tidak diskriminatif, dan berkeadilan.

Sistem UHC di Indonesia melalui JKN-KIS dapat dianggap sebagai salah satu praktik terbaik (*best practice*) di dunia karena beberapa alasan. Pertama, JKN-KIS berlandaskan nilai-nilai Pancasila, khususnya gotong royong dan keadilan sosial, yang membedakannya dari sistem UHC di negara lain yang seringkali mengandalkan pembiayaan dari pajak. Dengan skema asuransi kesehatan yang dikelola oleh BPJS Kesehatan, terjadi subsidi silang antara kelompok masyarakat mampu dan tidak mampu. Kedua, cakupan kepesertaan JKN-KIS terus meningkat secara signifikan sejak tahun 2014, mencapai 94,6% pada tahun 2023, menunjukkan komitmen negara dalam merealisasikan hak atas kesehatan secara progresif. Ketiga, program Penerima Bantuan Iuran (PBI) memastikan kelompok miskin dan rentan tetap mendapatkan jaminan kesehatan, yang dibiayai melalui APBN/D. Meskipun negara-negara maju seperti Amerika Serikat, Inggris, dan Kanada memiliki masalah sektor kesehatan yang krusial, Indonesia mampu memberikan perlindungan sosial berupa UHC secara gratis kepada kelompok masyarakat miskin dan rentan, melindungi mereka dari bahaya ekonomi akibat masalah kesehatan serius.

Penelitian ini berargumen bahwa kebijakan UHC JKN-KIS melalui skema asuransi kesehatan yang ditunjang oleh pembiayaan dari pemerintah melalui APBN/APBD kepada peserta PBI memiliki dampak positif kepada kelompok rentan, khususnya kepada masyarakat miskin. Secara konseptual, idealnya program JKN-KIS merupakan program UHC yang berdasarkan pada asuransi kesehatan dengan konsep subsidi silang, yaitu kepesertaan wajib bagi seluruh warga negara dengan iuran terjangkau serta manfaat layanan kesehatan yang maksimal. Sayangnya, karena mayoritas masyarakat Indonesia masih bekerja di sektor informal dan memiliki penghasilan rendah, menyebabkan mayoritas peserta JKN adalah PBI atau pemilik KIS. Di sisi lain, jaminan negara untuk membiayai warga negara tidak mampu melalui program KIS merupakan bentuk tanggung jawab negara untuk mewujudkan kebijakan kesehatan nasional yang inklusif. Hal ini perlu menjadi

perhatian pemerintah dan BPJS Kesehatan untuk secara bertahap mengurangi jumlah peserta PBI dan meningkatkan jumlah peserta non-PBI agar program UHC melalui JKN dapat memberikan inklusi kesehatan secara jumlah peserta dan kualitas layanan yang maksimal.

4. Tantangan Kebijakan JKN yang Semakin Inklusif

Kebijakan JKN-KIS merupakan salah satu bentuk implementasi dari konsep negara kesejahteraan (*welfare state*). Negara kesejahteraan adalah konsep dimana negara secara aktif melakukan distribusi dan redistribusi sumber daya hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya termasuk di dalamnya hak atas kesehatan. Konsep ini memberikan jaminan kepada kelompok rentan dan miskin untuk tetap mendapatkan hak-haknya, sehingga tidak tercipta deprivasi absolut dan menciptakan masyarakat yang inklusif (Aidukaite, 2009).

Praktik dari konsep negara kesejahteraan bersifat sangat beragam, umumnya negara membuat kebijakan-kebijakan sosial (*social policies*) dengan tujuan tidak adanya atau seminimal mungkin deprivasi sosial absolut dan relatif atas hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya. Secara makro, setidaknya terdapat tiga (3) karakteristik dari negara kesejahteraan, yaitu tipe liberal, tipe korporatis/konservatif, dan tipe sosial demokrasi. Yang membedakan dari ketiga tipologi tersebut adalah tingkat tenaga kerja yang didekomodifikasi, pemberian hak, serta peran lembaga publik dengan privat (Van Voorhis, 2002).

Dalam praktiknya di berbagai negara, kebijakan-kebijakan sosial yang dilakukan untuk mencapai tujuan negara kesejahteraan sangat erat kaitannya dengan kemampuan atau sumber daya dari negara tersebut. Hal ini menyebabkan doktrin realisasi progresif menjadi sangat relevan, hal ini karena dengan sumber daya yang terbatas, negara harus secara bertahap dan terus-menerus memastikan peningkatan kuantitas dan kualitas untuk menjamin hak atas kesehatan masyarakatnya.

Penelitian ini berargumen bahwa keberadaan program JKN-KIS pada tahun 2014 yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan sebagai manifestasi dari amanat SJSN yang sudah ada dari tahun 2004 adalah sebagai bentuk dari kewajiban inti minimum pelaksanaan hak atas kesehatan. Selain sebagai kewajiban inti minimum, program JKN-KIS juga terus melakukan upaya perbaikan pelayanan secara kuantitas bagi penerima manfaat dan kualitas layanan kesehatan melalui berbagai aspek. Dengan keterbatasan sumber daya di Indonesia, orientasi kebijakan yang berdasarkan perspektif negara kesejahteraan berfokus di dua (2) sektor, yaitu sektor kesehatan melalui program JKN dan sektor ekonomi-sosial melalui program Jaminan Sosial Ketenagakerjaan (JSK) (Yuda & Kühner, 2022).

Studi ini berargumen bahwa kebijakan JKN-KIS merupakan bentuk nyata dan konkret dari tanggung jawab negara dalam merealisasikan secara progresif hak atas kesehatan di Indonesia walau dengan keterbatasan sumber daya. Dengan mengedepankan nilai-nilai dari Pancasila, seperti pada sila kedua, ketiga, dan kelima, yang diejawantahkan dalam nilai gotong royong dan kekeluargaan, program JKN-KIS telah memberikan manfaat nyata untuk memastikan bahwa seluruh warga negara Indonesia mendapatkan pelayanan kesehatan yang maksimal.

Nilai gotong royong dan kekeluargaan dari program JKN-KIS terlihat dari pelaksanaan subsidi silang antara masyarakat yang mampu dengan masyarakat yang tidak mampu. Dalam hal ini, negara Indonesia menggunakan perspektif negara kesejahteraan yaitu redistribusi sumber daya dari kelompok yang memiliki kepada kelompok yang tidak memiliki. Dari segi pembiayaan pun, JKN-KIS memberikan keleluasaan melalui pembagian kelas, yaitu kelas 1, 2, dan 3 dengan jumlah iuran yang berbeda-beda membuat kebijakan ini lebih inklusif karena menyesuaikan dengan pendapatan dari masing-masing

peserta. Di sisi lain, sistem kelas ini dianggap membuat stigma kesenjangan antara kelas-kelas yang berbeda, sehingga terkesan apabila peserta kelas 3 akan mendapatkan pelayanan yang relatif lebih kurang baik dibandingkan kelas peserta kelas 2 maupun kelas 1.

Berdasarkan ketentuan Pasal 103 huruf b ayat (1) Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pada 8 Mei 2024, pemerintah akan menghapus sistem kelas 1-3 oleh BPJS Kesehatan menjadi sistem Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang wajib dilaksanakan paling lambat 30 Juni 2025. Tujuan dari penghapusan kelas ini adalah agar layanan kesehatan yang diberikan semakin inklusif dan menghapus stigma perbedaan diantara kelas-kelas yang berbeda. Kebijakan ini semakin menggambarkan paradigma tanggung jawab negara dalam memastikan jaminan kesehatan universal kepada seluruh masyarakat, tanpa memandang ekonomi dan kelas sosial. Kebijakan ini juga merupakan bentuk realisasi progresif dari pemenuhan hak atas kesehatan kepada seluruh warga negara.

Eksklusi sosial adalah proses dinamis yang menghalangi partisipasi penuh dalam aktivitas biasanya masyarakat dan menghalangi akses terhadap informasi, sumber daya, kemampuan bersosialisasi, identitas, harga diri, dan mengurangi atau kurangnya kemampuan untuk meraih tujuan atau asa pribadi (Babajanian & Hagen-Zanker, 2012).

Untuk mengatasi eksklusi sosial tersebut, negara dapat melakukan kebijakan proteksi sosial yang bertujuan untuk melindungi kelompok rentan dan memberikan akses layanan hak-hak dasar kepada seluruh masyarakat agar tercipta masyarakat yang inklusif. Kebijakan proteksi sosial dapat memiliki dua fungsi, yaitu fungsi developmentalisme dan fungsi transformatif. Fungsi developmentalisme erat kaitannya dengan pemberantasan kemiskinan, pemenuhan kebutuhan dasar dan meningkatkan taraf hidup. Sedangkan fungsi transformatif, berfokus pada mendorong kesetaraan akses, keadilan sosial, dan pemberdayaan. Dalam konteks eksklusi sosial, fungsi proteksi sosial developmentalisme memiliki relevansi dengan konsep deprivasi sosial absolut, yaitu bertujuan menghapuskan kemiskinan, sedangkan fungsi proteksi sosial transformatif relevan dengan konsep deprivasi sosial relatif yang berkaitan dengan konsep kesenjangan dan pemberdayaan sosial.

Dalam konteks kebijakan proteksi sosial di ranah kesehatan, dengan kebijakan yang dilakukan pemerintah melalui pembentukan norma-norma hukum dan institusi dapat meningkatkan akses partisipasi masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan. Kasus yang digunakan untuk menganalisis eksklusi sosial dalam ranah kesehatan yaitu melalui kebijakan proteksi sosial adalah dengan melihat pelaksanaan kebijakan SJSN salah satunya dalam ranah kesehatan melalui Program JKN berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Program ini secara institusional diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang dibentuk oleh negara dan berbentuk badan hukum nirlaba (*non profit*). Program JKN-KIS ini adalah kebijakan proteksi sosial dengan fungsi developmentalisme yang tujuannya adalah untuk menciptakan akses layanan kesehatan yang inklusif dari segi biaya dengan asas gotong royong dan pembiayaan dari pemerintah pusat/daerah untuk masyarakat tidak mampu. Program ini setidaknya mengurangi eksklusi sosial masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan yang terjadi dari segi biaya.

Dalam ranah kesehatan, eksklusi sosial absolut terjadi apabila suatu kelompok masyarakat tidak dapat mengakses layanan kesehatan karena berbagai sebab, mulai dari tidak adanya infrastruktur fisik (rumah sakit/puskesmas) dan tidak ada biaya (biaya kesehatan mahal). Kondisi seseorang atau komunitas yang tereksklusi dari suatu sektor dapat menimbulkan eksklusi multidimensional karena memiliki keterkaitan dengan hal-hal lain, sebagai contoh seseorang yang tereksklusi secara kesehatan, kemungkinan besar juga tereksklusi secara ekonomi karena tidak memiliki kesehatan yang memadai untuk mendapatkan pekerjaan sebagai sumber penghasilan.

Namun permasalahan eksklusi sosial di ranah kesehatan di Indonesia tidak sebatas pada aspek pembiayaan, namun juga keterbatasan infrastruktur fisik dan sumber daya tenaga kesehatan yang ada di seluruh Indonesia yang mengalami kesenjangan secara kuantitas dan kualitas. Kesenjangan ini dapat terlihat dari kesenjangan yang terjadi di perkotaan dengan perdesaan; wilayah Indonesia Timur dengan Indonesia Barat; serta lokasi misalkan wilayah Terdepan, Terluar, dan Tertinggal (3T). Studi dari Wulandari, dkk. memperlihatkan bahwa kelompok masyarakat miskin yang mayoritas berada di perdesaan dan di wilayah Indonesia Timur memiliki pemanfaatan akses layanan kesehatan lebih rendah dibandingkan dengan kelompok orang kaya dan di wilayah Indonesia Barat. Selain itu, keterbatasan akses ke rumah sakit atau puskesmas terdekat menimbulkan kerugian lebih besar bagi masyarakat miskin karena memerlukan biaya transportasi yang lebih besar untuk mencapai tujuan ke puskesmas atau rumah sakit yang dituju tersebut (Wulandari dkk., 2023). Kemudian juga terdapat *opportunity cost* yang relatif lebih mahal yang dialami kelompok masyarakat miskin dalam mengakses layanan kesehatan, hal ini karena mayoritas masyarakat miskin bekerja di sektor informal dan mendapatkan penghasilan harian, sehingga apabila mereka memerlukan kebutuhan untuk berobat ke puskesmas atau rumah sakit, berarti mereka kehilangan penghasilan harian mereka. Hal ini juga yang menyebabkan pemanfaatan layanan kesehatan relatif lebih rendah oleh kelompok miskin dan rentan dibandingkan dengan kelompok masyarakat mampu walaupun biaya pengobatan gratis sekalipun.

Walaupun kebijakan JKN-KIS berdampak pada kebijakan yang inklusif dengan memastikan faktor biaya tidak menjadi penghambat akses kelompok masyarakat miskin, namun dalam pelaksanaannya kebijakan JKN-KIS kerap dikritik karena dianggap tidak memberikan kualitas pelayanan yang adil dan setara dengan layanan kesehatan privat/berbayar. Studi dari Darwati yang menganalisis kepuasan pasien terhadap layanan kebidanan peserta BPJS Kesehatan dan non-BPJS Kesehatan memperlihatkan bahwa pasien non BPJS Kesehatan memiliki tingkat kepuasan lebih tinggi yaitu 94.9% dibandingkan dengan pasien BPJS Kesehatan yaitu 77.4% (Darwati, 2018). Masalah-masalah yang kerap dikritisi oleh peserta BPJS Kesehatan dalam mengakses layanan kesehatan adalah proses pengobatan yang berjenjang sehingga memakan waktu; minimnya waktu komunikasi tenaga medis-pasien; dan layanan kesehatan secara umum.

Partisipasi hak warga (*rights based participation*) merupakan hak dari hak dasar (*the rights of rights*) karena berkaitan dengan hak masyarakat untuk terlibat secara aktif dalam merumuskan tujuan, manfaat, dan paradigma kebijakan yang akan dibuat oleh negara. Halabi melihat bahwa partisipasi hak warga dalam ranah kesehatan dapat dilihat dari dua konteks, yaitu apakah sebatas hanya partisipasi politik (pembuatan kebijakan oleh pemerintah pusat/daerah oleh negara yang demokratis) atau lebih dari itu melibatkan secara aktif individu dan masyarakat untuk membentuk kebijakan kesehatan untuk masyarakat dan diri mereka sebagai pasien (Halabi, 2009). Secara lebih spesifik, Halabi menganalisis transisi kebijakan kesehatan di Indonesia dari pada masa Orde Baru yang bersifat sentralistik dengan masa Era Reformasi yang bersifat desentralistik. Halabi melihat adanya dua hal yang bertolak belakang dari masa transisi ini, dimana pada masa kebijakan sentralistik kualitas kesehatan relatif lebih baik karena kebijakan dilakukan dan sumber daya dilakukan secara terpusat. Sedangkan, pada masa Reformasi pada tahun 1999-2008, kebijakan desentralisasi meningkatkan partisipasi politik di tingkat pemerintah daerah namun dampak kebijakan kesehatan menjadi tidak terpusat sehingga menimbulkan penurunan kualitas kesehatan.

Berkaitan dengan hal di atas tersebut, makalah ini mencoba kondisi terkini di Indonesia yang sejak tahun 2014 telah membuat dan melaksanakan kebijakan kesehatan melalui

program JKN-KIS untuk memperbaiki kualitas kesehatan dan mengurangi eksklusi akses layanan kesehatan. Walaupun secara umum berhasil menciptakan kebijakan yang inklusif dalam konteks akses layanan kesehatan, setidaknya dari aspek biaya, namun kebijakan JKN-KIS tidak mendorong adanya partisipasi aktif dari komunitas-komunitas lokal untuk membentuk kebijakan kesehatan yang relevan dengan kebutuhan komunitas tersebut. Partisipasi yang didorong hanya sebatas partisipasi dalam mengakses layanan kesehatan yang bebas biaya, belum sampai pada partisipasi aktif yang mendorong warga negara terlibat secara aktif untuk merumuskan kebijakan kesehatan yang relevan dan sesuai kebutuhan masyarakat/komunitas.

Dalam konteks konsep partisipasi hak warga (*rights based participation*) dalam konteks eksklusi sosial di ranah kesehatan, salah satu contoh konkretnya adalah kebijakan *community case management* (CCM). Kebijakan ini salah satu tujuannya untuk mengurangi angka kematian bayi dengan memfasilitasi partisipasi secara aktif komunitas ibu-ibu di tingkat komunitas, khususnya di perdesaan dan daerah terpencil. Program CCM secara efektif mengurangi angka kematian bayi di salah satu desa di Kutai Timur karena memotivasi ibu-ibu untuk memperhatikan kesehatan bayi di komunitas mereka dan terlibat aktif dalam mencapai hal tersebut (Setiawan dkk., 2016). Namun catatan dari studi tersebut, terdapat hambatan akses berupa tenaga kesehatan yang tidak berada di desa tersebut, sehingga membatasi layanan kesehatan yang efisien dapat dilakukan apabila terdapat kejadian gawat darurat (*emergency*) (Setiawan dkk., 2016). Praktik dari kebijakan CCM ini secara konseptual adalah bentuk inklusi sosial paling dasar yang berkaitan dengan hak untuk berpartisipasi, dimana kelompok yang mengakses layanan kesehatan terlibat aktif dalam kebijakan dan pelayanan kesehatan yang mereka terima.

Namun keterbatasan dari kebijakan CCM adalah secara praktik kemungkinan besar hanya bisa dilakukan di komunitas-komunitas kecil yang masih bersifat guyub, dengan solidaritas mekanik. Dalam konteks masyarakat perdesaan yang memiliki solidaritas sosial mekanik dan memiliki integrasi sosial yang kuat, jaringan-jaringan sosial dari aktor-aktor dalam komunitas masih dapat difasilitasi untuk secara aktif membahas kebijakan layanan kesehatan ini melalui proses-proses musyawarah. Berbeda dengan konteks masyarakat perkotaan yang umumnya lebih bersifat solidaritas sosial organik dan bersifat individualistik. Partisipasi yang terjadi kemungkinan hanya terbatas pada partisipasi dalam konteks mengakses layanan kesehatan itu sendiri, yang hal ini juga didorong dengan pembangunan infrastruktur dan sumber daya yang lebih baik. Partisipasi aktif dapat di masyarakat perkotaan dapat dimulai dengan memberikan insentif kepada pengguna layanan program JKN-KIS untuk memberikan kritik, saran, dan masukan terhadap layanan kesehatan yang mereka dapatkan sehingga perumusan kebijakan dapat bersifat *bottom-up*.

Setelah menguraikan kasus kebijakan proteksi sosial Program JKN-KIS yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan, dapat dilihat kebijakan tersebut secara konseptual bertujuan untuk menciptakan akses layanan kesehatan yang inklusif dari segi biaya (terjangkau melalui iuran dan ketika berobat gratis). Dalam konteks tersebut, sejak didirikan tahun 2014, pelaksanaan inklusivitas layanan kesehatan dapat dikatakan berhasil karena adanya peningkatan yang konsisten jumlah peserta hingga saat ini. Namun permasalahan biaya hanyalah salah satu aspek dari proses eksklusi sosial, hal ini karena proses eksklusi sosial juga berkaitan dengan ketersediaan infrastruktur, sumber daya tenaga kesehatan, dan kualitas layanan kesehatan itu sendiri. Berdasarkan uraian di atas, ketiga hal inilah yang masih menjadi proses eksklusi sosial di ranah kesehatan yang merugikan khususnya bagi kelompok masyarakat miskin dan rentan. Selain dalam konteks aspek pembiayaan, mayoritas pendapatan dari BPJS Kesehatan masih didominasi dari peserta non-PBI yang umumnya dibiayai oleh APBN/D. Idealnya, apabila mayoritas peserta BPJS

Kesehatan ini memiliki ekonomi yang cukup dan menjadi peserta PBI, tentu akan menyebabkan lebih tingginya partisipasi politik masyarakat dalam menyusun kebijakan kesehatan karena akan lebih aktif dalam memberikan saran, kritik, dan masukan kepada pemerintah.

Rekomendasi dari masalah eksklusi sosial di ranah kesehatan dalam mewujudkan keadilan sosial, penting agar negara mendorong adanya pembangunan yang berkeadilan untuk wilayah-wilayah yang lebih rentan mengalami eksklusi sosial, seperti perdesaan, wilayah Indonesia Timur, hingga wilayah 3T. Kemudian, selain memastikan infrastruktur fisik dan sumber daya tenaga kesehatan merata, penting bagi negara untuk mendorong partisipasi aktif dari masyarakat dalam merumuskan kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan relevansi komunitas di tingkat lokal. Partisipasi aktif masyarakat secara jangka pendek dapat dimulai dengan memfasilitasi sarana pemberian saran, kritik, dan masukan yang ditanggapi secara dialogis oleh pembuat kebijakan untuk memastikan adanya perbaikan kualitas layanan kesehatan secara terus-menerus. BPJS Kesehatan sebagai institusi resmi dari negara yang memiliki sumber daya, dapat dimaksimalkan fungsinya dengan mendorong adanya evaluasi dan mendorong partisipasi masyarakat yang telah menggunakan layanan dari program JKN-KIS agar kebijakan tersebut dapat sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Dalam jangka panjang, peran partisipasi ini dapat dimanfaatkan dengan memastikan relasi triangulasi negara-pasar-masyarakat dengan melibatkan praktik-praktik baik dari *corporate social responsibility* (CSR), Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dan partisipasi masyarakat lokal.

Secara konseptual, eksklusi sosial selalu terkait dengan perlindungan sosial. Perlindungan sosial ini, maksudnya ialah yang mengacu pada kebijakan yang dikeluarkan atau dilahirkan oleh pemerintah dalam rangka mengatasi pihak-pihak yang rentan terhadap kemiskinan atau keluarga kurang mampu yang berpotensi besar terjerumus ke dalam kemiskinan. Dengan demikian, eksklusi sosial juga terkait dengan upaya untuk mengonseptualisasikan deprivasi manusia. Ada banyak pihak yang berargumen mengenai maksud dari eksklusi sosial. eksklusi sosial merupakan proses dinamis yang menghalangi partisipasi penuh dalam aktivitas biasanya masyarakat dan menghalangi akses terhadap informasi, sumber daya, kemampuan bersosialisasi, identitas, harga diri, dan mengurangi atau kurangnya kemampuan untuk meraih tujuan atau asa pribadi (Babajanian & Hagen-Zanker, 2012; Halabi, 2009).

Maksud atau kerangka makna dari eksklusi sosial dapat membantu menempatkan perlindungan sosial baik dalam konteks ekonomi, sosial, maupun kelembagaan tertentu yang mempengaruhi kesejahteraan masyarakat, menganalisis penyebab dan dampaknya serta bagaimana upaya atau Solusi yang bisa dihadirkan. Namun, ada pergeseran konsep perlindungan sosial dalam wacana pembangunan dalam satu dekade terakhir. Ada peningkatan perlindungan sosial yang memusatkan perhatian pada pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat yang kontribusi tujuannya lebih bersifat “pembangunan”. Dalam perspektif ini, diharapkan perlindungan sosial tidak hanya membantu masyarakat memenuhi kebutuhan dasarnya, namun juga membangun kemampuan masyarakat untuk berdaya agar bisa keluar dari jurang kemiskinan. Dalam pandangan yang lebih luas, mestinya perlindungan sosial bukan hanya menyelesaikan masalah ekonomi, tetapi juga problem sosial seperti kesetaraan, keadilan sosial, dan pemberdayaan (Babajanian & Hagen-Zanker, 2012).

Meskipun JKN-KIS telah mencapai banyak kemajuan, terdapat beberapa tantangan spesifik yang perlu diatasi. Pertama, ketimpangan infrastruktur dan layanan kesehatan, khususnya antara kota dan masih menjadi masalah utama. Akses ke fasilitas kesehatan yang memadai masih terbatas di daerah terpencil seperti wilayah Indonesia Timur, dan daerah

3T (Terdepan, Terluar, Tertinggal). Kedua, kesenjangan kualitas layanan kesehatan yang belum optimal. Beberapa studi menunjukkan pasien BPJS Kesehatan merasa kurang puas dibandingkan dengan pelayanan pasien non-BPJS Kesehatan. Ketiga, aspek keberlanjutan pembiayaan program perlu mendapatkan perhatian. Hal ini karena mayoritas peserta BPJS Kesehatan adalah PBI sehingga masih mengandalkan APBN/D. Pemerintah dan BPJS Kesehatan perlu memiliki rencana kebijakan yang bertujuan untuk meningkatkan jumlah peserta non-PBI dan mengurangi peserta PBI agar tidak tergantung kepada pembiayaan dari APBN/APBD. Berbagai tantangan ini berpotensi menyebabkan eksklusi sosial dari pelaksanaan hak atas kesehatan khususnya kelompok masyarakat miskin.

5. Kesimpulan

Program JKN-KIS mencerminkan peran negara dalam mengimplementasikan hak atas kesehatan yang berdasarkan nilai-nilai Pancasila, khususnya sila kelima mengenai keadilan sosial. Skema gotong royong dengan sistem asuransi kesehatan nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, serta pembiayaan dari negara melalui KIS kepada peserta non-PBI yaitu untuk masyarakat miskin dan rentan menunjukkan sifat inklusivitas dari kebijakan ini. Peningkatan cakupan peserta dan kepuasan layanan dari waktu-waktu menjadi indikator keberhasilan negara terhadap prinsip realisasi progresif (*progressive realization*) hak atas kesehatan.

Secara konseptual, artikel ini berkontribusi pada penguatan pemahaman mengenai kaitan antara nilai-nilai Pancasila, HAM, dan kebijakan sosial inklusif dalam penerapan UHC di Indonesia. Kebijakan JKN-KIS bukan hanya sebuah kebijakan teknokratis, namun merupakan manifestasi ideologis dari nilai-nilai Pancasila, HAM, dan kebijakan inklusif. Dengan menggunakan pendekatan eksklusi sosial, artikel ini menjelaskan tantangan pelaksanaan kebijakan UHC yang bukan hanya dari segi pembiayaan, namun juga kesenjangan infrastruktur, layanan, dan partisipasi warga dalam pembuatan kebijakan.

Untuk menjawab tantangan tersebut, artikel ini merekomendasikan beberapa hal antara lain: pertama, mengupayakan pembangunan berkeadilan dengan fokus wilayah yang rentan terhadap eksklusi sosial, termasuk perdesaan dan daerah 3T, dengan memastikan infrastruktur dan tenaga kesehatan yang merata. Kedua, mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam merumuskan kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan relevansi komunitas di tingkat lokal. Ketiga, aparaturnegara perlu melakukan evaluasi rutin mengenai kemajuan program kesehatan untuk memastikan akses dan kualitas layanan yang merata. Keempat, melakukan inovasi dalam pengelolaan keuangan, termasuk mencari sumber-sumber pembiayaan alternatif untuk mengatasi masalah defisit. Peningkatan jumlah peserta aktif dan pembayaran iuran tetap menjadi kunci utama keberlanjutan program. Dengan inklusivitas kebijakan dan inovasi pengelolaan keuangan, diharapkan hak atas kesehatan dapat terus ditingkatkan, menuju sistem kesehatan nasional yang adil dan berkelanjutan.

Refleksi kebijakan UHC ke depan, realisasi hak atas kesehatan yang inklusif dan berkelanjutan memerlukan peran aktif negara bukan hanya untuk memperluas cakupan peserta secara kuantitatif, namun juga meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian, program JKN-KIS dapat menjadi manifestasi dari bentuk tanggung jawab negara dalam memastikan keadilan sosial yang berdasarkan nilai-nilai Pancasila, HAM, dan kebijakan sosial inklusif.

References

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Achadi, E. L., Taher, A., ... Thabrany, H. (2019). "Universal health coverage in Indonesia: Concept, progress, and challenges". *The Lancet*, *393*, 75–102.
- Ahsan, A., Kramer, E., Adani, N., Muhammad, A., & Amalia, N. (2020). "The politics of funding universal healthcare: Diverting local tobacco taxes to subsidise the national health scheme in Indonesia". *Asia & the Pacific Policy Studies*, *8*, 351–366. <https://doi.org/DOI: 10.1002/app5.334>
- Aidukaite, J. (2009). "Old welfare state theories and new welfare regimes in Eastern Europe: Challenges and implications". *Communist and Post-Communist Studies*, *42*(1), 23–39. <https://doi.org/10.1016/j.postcomstud.2009.02.004>
- Aspinall, E. (2014). "Health care and democratization in Indonesia". *Democratization*, *21*(5), 803–823. <https://doi.org/DOI: 10.1080/13510347.2013.873791>
- Babajanian, B., & Hagen-Zanker, J. (2012). *Social protection and social exclusion: An analytical framework to assess the links*. The Overseas Development Institute.
- Baltussen, R., Jansen, M. P., Bijlmakers, L., Tromp, N., Yamin, A. E., & Norheim, O. F. (2017). "Progressive realisation of universal health coverage: What are the required processes and evidence?". *BMJ Global Health*, *2*(3), e000342. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000342>
- BPJS Kesehatan (Direktur). (2023). *Outlook 2023/Diskusi Publik 10 Tahun Program JKN*. <https://www.youtube.com/watch?v=ueG4iMY9T44> accessed March, 21 2025
- BPJS Kesehatan. (2024). *Laporan Pengelolaan Program Tahun 2023 dan Laporan Keuangan Tahun 2023 (Auditan): Capaian Satu Dekade Program JKN*.
- BPJS Kesehatan. (2025). *Cakupan Kepesertaan Program JKN* [Data set]. <https://data.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs-portal/action/dash-publik-detail.cbi?id=22f081ce-419d-11eb-a5e7-b5beb99935c0#> (Accessed 12th March 2025)
- Branning, G., & Vater, M. (2016). "Healthcare Spending: Plenty of Blame to Go Around". *Am Health Drug Benefits*, *9*(8), 445–447.
- Bump, J. B. (2015). "The Long Road to Universal Health Coverage: Historical Analysis of Early Decisions in Germany, the United Kingdom, and the United States". *Health Systems & Reform*, *1*(1), 28–38. <https://doi.org/10.4161/23288604.2014.991211>
- Burns, T., & Runciman, W. G. (1966). "Relative Deprivation and Social Justice. A Study of Attitudes to Social Inequality in Twentieth-Century England". *The British Journal of Sociology*, *17*(4), 430. <https://doi.org/10.2307/589189>
- Daniels, N., Charvel, S., Gelpi, A. H., & Porteny, T. (2015). "Role of the Courts in the Progressive Realization of the Right to Health: Between the Threat". *Health Systems & Reform*, *1*(3), 229–234. <https://doi.org/DOI: 10.1080/23288604.2014.1002705>
- Darwati, L. (2018). "Analisis Perbandingan Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kebidanan pada Peserta BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) dan non BPJS di Ruang Bersalin RSUD Soegiri Lamongan Jawa Timur". *Journal for Quality in Women's Health*, *1*(2), 28–34. <https://doi.org/DOI: 10.30994/jqwh.v1i2.14>

- DJSN, & BPJS Kesehatan. (2020). *Statistik JKN 2014-2018: Mengungkap Fakta dengan Data*.
- Gale, A. (2019). "It's the Prices, Stupid: Why the United States is So Different from Other Countries". *Mo Med*, 116(1), 6-7.
- Halabi, S. F. (2009). "Participation and the Right to Health: Lessons from Indonesia". *Health and Human Rights*, 11(1), 49. <https://doi.org/10.2307/40285217>
- Human Rights Council, & Pūras, D. (2018). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health on his mission to Indonesia*.
- Laksono, A. D., Nantabah, Z. K., Wulandari, R. D., Khoiri, A., & Tahangnacca, M. (2022). "Barriers to Expanding the National Health Insurance Membership in Indonesia: Who Should the Target?". *Journal of Primary Care & Community Health*, 13, 2150131922111112. <https://doi.org/10.1177/2150131922111112>
- Levitas, R. (2005). *The Inclusive Society? Social Exclusion and New Labour* (Second Edition). Palgrave Macmillan.
- Martin, D., Miller, A. P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N. R., Vissandjée, B., & Marchildon, G. P. (2018). "Canada's universal health-care system: Achieving its potential". *The Lancet*, 391(10131), 1718-1735. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8)
- Mboi, N., Surbakti, I. M., Trihandini, I., Elyazar, I., Smith, K. H., Ali, P. B., Hay, S. I. (2018). "On the road to universal health care in Indonesia, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016". *The Lancet*, 392 (10147), 581 - 591.
- Montel, L., Ssenyonga, N., Coleman, M. P., & Allemani, C. (2022). "How should implementation of the human right to health be assessed? A scoping review of the public health literature from 2000 to 2021". *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01742-0>
- Neelakantan, V. (2013). *Health and Medicine in Soekarno Era Indonesia: Social Medicine, Public Health and Medical Education, 1949 to 1967* (PhD Thesis). The University of Sydney.
- Neelakantan, V. (2023). "Indonesian Health Policy Between the Old and the New Orders, 1949-1998". *Public Health and Cold War Politics in Asia* (1st Edition). Routledge.
- Rahman, F. F. (2024). "Indonesia's healthcare landscape: Embracing innovation in the new health regime". *Current Medical Research and Opinion*, 40(6), 929-933. <https://doi.org/DOI: 10.1080/03007995.2024.2349732>
- Saputro, C. R. A., & Fathiyah, F. (2022). "Universal Health Coverage: Internalisasi Norma di Indonesia". *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional (JJKN)*, 2(2), 2014-2216. <https://doi.org/DOI:10.53756/jjkn.v2i2.108>
- Sarumpaet, S. M., Tobing, B. L., & Siagian, A. (2012). "Perbedaan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Perkotaan dan Daerah Terpencil". *Kesmas: National Public Health Journal*, 6(4), 147. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v6i4.91>
- Seda, F. S. S. E. (2023). *Kemiskinan, Eksklusi Sosial, dan Social Well-Being: Perspektif Studi Pembangunan (Pidato pada Upacara Pengukuhan sebagai Guru Besar dalam*

- Bidang Studi Pembangunan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia*). Universitas Indonesia.
- Sen, A. (2007). *Social exclusion: Concept, application and scrutiny* (2. impr). New Delhi: Critical Quest.
- Sen, A. (2015). *Universal healthcare: The affordable dream*. http://www.theguardian.com/society/2015/jan/06/-sp-universal-healthcare-the-affordable-dream-amartya-sen?CMP=share_btn_link (Accessed 13th March 2025)
- Setiawan, A., Dignam, D., Waters, C., & Dawson, A. (2016). "Improving Access to Child Health Care in Indonesia Through Community Case Management". *Matern Child Health J*, 20, 2254–2260. <https://doi.org/DOI.10.1007/s10995-016-2149-z>
- Setiyanto, A. (2023). *Sejarah Puskesmas di Indonesia: Pilar Pelayanan Kesehatan Dasar untuk Masyarakat*. <https://fkm.unair.ac.id/sejarah-puskesmas-di-indonesia-pilar-pelayanan-kesehatan-dasar-untuk-masyarakat/> (Accessed 13th February 2025)
- Tamba, W. P., Felani Budi Hartanto, M., & Yunia Putri, P. (2024). "Pancasila sebagai Dasar Kebijakan Kesejahteraan Sosial di Indonesia". *Pancasila: Jurnal Keindonesiaan*, 4(2), 146–162. <https://doi.org/10.52738/pjk.v4i2.573>
- The Health Foundation. (2024). *UK among worst performing high income countries on waits for hospital care*. <https://www.health.org.uk/press-office/press-releases/uk-among-worst-performing-high-income-countries-on-waits-for-hospital> (Accessed 2nd March 2025)
- Thomson, S., Cylus, J., Al Tayara, L., Martínez, M. G., García-Ramírez, J. A., Gregori, M. S., ... Evetovits, T. (2024). "Monitoring progress towards universal health coverage in Europe: A descriptive analysis of financial protection in 40 countries". *The Lancet Regional Health - Europe*, 37, 100826. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100826>
- Van Voorhis, R. A. (2002). "Different Types of Welfare States? A Methodological Deconstruction of Comparative Research". *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 29(4). <https://doi.org/10.15453/0191-5096.2845>
- Wulandari, R. D., Laksono, A. D., Rohmah, N., & Ashar, H. (2023). "Regional differences in primary healthcare utilization in Java Region—Indonesia". *PLoS ONE*, 18(3), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283709>
- Yuda, T. K., & Kühner, S. (2022). "Bringing Indonesia into the global welfare regime debate: A literature review and future research agenda". *Asian Social Work and Policy Review*. <https://doi.org/10.1111/aswp.12275>
- Zieff, G., Kerr, Z. Y., Moore, J. B., & Stoner, L. (2020). "Universal Healthcare in the United States of America: A Healthy Debate". *Medicina*, 56 (580), 1-7. <https://doi.org/10.3390/medicina56110580>