

Analisis Faktor-Faktor Penentu Penyediaan Asuransi Kesehatan Kumpulan oleh Pemberi Kerja dalam Konteks Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia

Analysis of Determinant Factors in the Provision of Group Health Insurance by Employers in the Context of National Health Insurance Implementation in Indonesia

Ria Ardiningtyas^{1*}, Budi Hidayat²

^{1*} Master Program in Public Health, Indonesia University

^{2,3} Health Policy and Administration Department, Faculty of Public Health,
Email: ria.ardiningtyas@gmail.com

Abstrak

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program asuransi kesehatan sosial wajib yang bertujuan mencapai cakupan kesehatan semesta di Indonesia. Meskipun seluruh pekerja formal wajib menjadi peserta JKN, banyak perusahaan tetap menyediakan asuransi kesehatan kumpulan komersial atau private health insurance (PHI) bagi karyawannya. Fenomena ini menunjukkan adanya koeksistensi antara sistem jaminan kesehatan sosial dan asuransi kesehatan komersial yang perlu dipahami lebih lanjut. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi keputusan pemberi kerja untuk tetap menyediakan PHI di tengah kewajiban kepesertaan JKN, serta memahami hubungan antara kedua sistem tersebut. Penelitian ini menggunakan pendekatan mixed-method dengan dominasi kualitatif. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan informan dari kelompok pemberi kerja, perusahaan asuransi, dan Pialang Asuransi. Data sekunder diperoleh melalui analisis dokumen regulasi JKN serta data polis dan klaim asuransi kesehatan kumpulan. Data primer dianalisis menggunakan analisis tematik, sedangkan data sekunder dianalisis secara deskriptif dan komparatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keputusan pemberi kerja untuk menyediakan PHI dipengaruhi oleh tiga kelompok faktor utama, yaitu faktor institusional, karakteristik produk asuransi, serta strategi dan tujuan perusahaan. Faktor institusional meliputi tekanan regulatif, ekspektasi karyawan, dan praktik industri. Faktor karakteristik produk mencakup perbedaan cakupan manfaat, akses layanan, kualitas dan kenyamanan pelayanan, administrasi, serta fleksibilitas manfaat antara JKN dan PHI. Faktor strategi perusahaan berkaitan dengan upaya meningkatkan produktivitas, menarik dan mempertahankan talenta, serta memperkuat employee value proposition. Temuan penelitian menunjukkan bahwa PHI dipersepsikan sebagai pelengkap JKN yang memberikan nilai tambah melalui peningkatan akses, fleksibilitas, dan pengalaman layanan kesehatan. Mekanisme Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) berpotensi memperkuat hubungan komplementer antara JKN dan PHI melalui koordinasi pembiayaan yang lebih terintegrasi. Penelitian ini menyimpulkan bahwa penyediaan PHI oleh pemberi kerja tidak semata-mata merupakan respons terhadap keterbatasan JKN, tetapi juga menjadi bagian dari strategi organisasi dalam pengelolaan sumber daya manusia dan penciptaan nilai bagi karyawan.

Kata kunci: JKN; asuransi kesehatan kumpulan; private health insurance; pemberi kerja; KAPJ

Abstract

Indonesia's National Health Insurance (Jaminan Kesehatan Nasional or JKN) is a mandatory social health insurance program aimed at achieving universal health coverage in Indonesia. Although all formal workers are required to be enrolled in JKN, many companies continue to provide commercial group health insurance or private health insurance (PHI) for their employees. This phenomenon indicates the coexistence of a social health insurance system and a commercial health insurance system that requires further understanding. This study aims to analyze the factors influencing employers' decisions to continue providing PHI amid mandatory JKN participation, as well as to understand the relationship between the two systems. This study used a mixed-method approach with qualitative dominance. Primary data were obtained through in-depth interviews with informants from employer groups, insurance companies, and insurance brokers. Secondary data were obtained through an analysis of JKN regulatory documents, as well as group health insurance policy and claims data. Primary data were analyzed using thematic

*Corresponding Author: Ria Ardiningtyas Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

E-mail : ria.ardiningtyas@gmail.com

Doi : 10.35451/jkg.v9i1.3757

Received : July 05, 2026. Accepted: September 30, 2025. Published: Oktober 30, 2026

Copyright (c) 2026 Ria Ardiningtyas Creative Commons License This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

analysis, while secondary data were analyzed descriptively and comparatively. The results show that employers' decisions to provide PHI are influenced by three main groups of factors: institutional factors, insurance product characteristics, and corporate strategies and objectives. Institutional factors include regulatory pressure, employee expectations, and industry practices. Insurance product characteristics include differences in benefit coverage, service access, service quality and convenience, administration, and benefit flexibility between JKN and PHI. Corporate strategic factors relate to efforts to improve productivity, attract and retain talent, and strengthen the employee value proposition. The findings show that PHI is perceived as a complement to JKN because it provides added value through improved access, flexibility, and healthcare service experience. The Coordination of Benefits mechanism (Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan or KAPJ) has the potential to strengthen the complementary relationship between JKN and PHI through more integrated financing coordination. This study concludes that the provision of PHI by employers is not merely a response to the limitations of JKN, but also part of an organizational strategy in human resource management and value creation for employees.

Keywords: *JKN; group health insurance; private health insurance; employer; KAPJ.*

1. PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Semesta atau Universal Health Coverage (UHC) merupakan agenda penting dalam pembangunan sistem kesehatan karena menekankan bahwa setiap penduduk harus memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial [1]. Di Indonesia, upaya mencapai UHC diwujudkan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Program ini bersifat wajib bagi seluruh penduduk, termasuk pekerja formal. Dalam konteks hubungan kerja, pemberi kerja memiliki kewajiban untuk mendaftarkan pekerja sebagai peserta JKN dan membayarkan iuran sesuai ketentuan sistem jaminan sosial nasional [2]. Sebagai program asuransi kesehatan sosial, JKN dirancang untuk memberikan perlindungan kesehatan dasar melalui prinsip gotong royong dan pembiayaan kolektif. JKN mengatur cakupan manfaat, mekanisme rujukan berjenjang, administrasi pelayanan, serta akses peserta terhadap fasilitas kesehatan. Keberadaan JKN diharapkan mampu mengurangi beban biaya kesehatan langsung yang harus dibayar oleh masyarakat dan memperkuat perlindungan finansial bagi peserta [3]. Namun, sistem jaminan kesehatan sosial tidak hanya diukur dari luasnya cakupan kepesertaan, tetapi juga dari kemampuan sistem dalam menyediakan akses layanan yang mudah, cepat, bermutu, dan sesuai dengan kebutuhan peserta [4].

Dalam praktiknya, meskipun pekerja formal telah wajib menjadi peserta JKN, banyak perusahaan tetap menyediakan asuransi kesehatan kumpulan komersial atau private health insurance (PHI) bagi karyawannya. Fenomena ini menunjukkan adanya koeksistensi antara sistem jaminan kesehatan sosial dan asuransi kesehatan komersial. Pada sejumlah negara, PHI dapat berperan sebagai pelengkap sistem kesehatan publik, terutama dalam memberikan pilihan layanan yang lebih fleksibel, akses yang lebih cepat, kenyamanan pelayanan, serta manfaat tambahan yang tidak sepenuhnya tersedia dalam skema publik [5], [6]. Oleh karena itu, keberadaan PHI di tengah implementasi JKN perlu dipahami sebagai fenomena organisasi dan pembiayaan kesehatan yang kompleks.

Keputusan pemberi kerja untuk tetap menyediakan PHI tidak dapat dijelaskan hanya melalui aspek kebutuhan medis. Keputusan tersebut juga berkaitan dengan tekanan institusional, ekspektasi karyawan, praktik industri, kemampuan keuangan perusahaan, serta strategi pengelolaan sumber daya manusia. Dari perspektif teori institusional, organisasi dapat menyesuaikan kebijakannya karena tekanan regulatif, norma lingkungan kerja, dan praktik yang dianggap umum dalam industri [7]. Selain itu, manfaat kesehatan juga dapat dipahami sebagai bagian dari investasi perusahaan dalam modal manusia karena kesehatan karyawan berkaitan dengan produktivitas, retensi, dan daya saing organisasi [8]. Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian mengenai faktor-faktor penentu penyediaan PHI oleh pemberi kerja menjadi penting. Kajian ini dapat menjelaskan mengapa perusahaan tetap menanggung biaya tambahan untuk asuransi kesehatan kumpulan meskipun JKN telah diwajibkan. Penelitian ini juga membantu memahami hubungan antara JKN dan PHI, apakah keduanya bersifat saling menggantikan atau justru saling melengkapi. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi

pengembangan kebijakan pembiayaan kesehatan, pengelolaan manfaat karyawan, serta penguatan koordinasi antara jaminan kesehatan sosial dan asuransi kesehatan komersial di Indonesia.

Fenomena tersebut relevan untuk dikaji karena keputusan perusahaan menyediakan PHI tidak hanya terkait kebutuhan klinis. Keputusan tersebut juga dipengaruhi kepatuhan regulasi, norma industri, ekspektasi karyawan, desain manfaat, kemampuan perusahaan, dan strategi pengelolaan sumber daya manusia. Dalam konteks organisasi, teori institusional menjelaskan bagaimana tekanan regulatif, normatif, dan mimetik dapat memengaruhi keputusan perusahaan [9], [10]. Sementara itu, teori modal manusia memandang investasi kesehatan pekerja sebagai bagian dari upaya mempertahankan produktivitas dan nilai ekonomi tenaga kerja Berdasarkan masalah tersebut, penelitian ini bertujuan menganalisis faktor-faktor penentu penyediaan PHI oleh pemberi kerja dalam konteks implementasi JKN di Indonesia. Penelitian ini juga menjelaskan hubungan antara JKN dan PHI, termasuk potensi Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) sebagai mekanisme integrasi pembiayaan kesehatan. [11], [12].

2. METODE

Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian menggunakan pendekatan mixed-method dengan dominasi kualitatif. Pendekatan kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam, sedangkan data kuantitatif digunakan secara terbatas melalui analisis statistik deskriptif atas data sekunder. Desain ini dipilih untuk menangkap alasan, persepsi, dan pola keputusan pemberi kerja secara lebih utuh.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Pengambilan data primer dilakukan pada Mei 2026, terutama di Jakarta dan sekitarnya. Total waktu penelitian berlangsung selama Maret sampai Juni 2026, mencakup penyusunan proposal, pengumpulan data, analisis, dan penulisan hasil.

Populasi dan Sampel

Informan dipilih secara purposive karena memiliki pengetahuan dan keterlibatan langsung dalam penyediaan manfaat kesehatan karyawan. Wawancara dilakukan terhadap delapan informan yang mewakili pemberi kerja, broker atau konsultan, TPA, serta perusahaan asuransi. Data sekunder mencakup dokumen kebijakan JKN, data pemegang polis, ikhtisar pertanggungan, dan data klaim yang telah diolah secara agregat.

Tabel 1. Sumber data dan pertimbangan etik penggunaan data sekunder

Data primer	Wawancara mendalam dengan delapan informan dari pemberi kerja, broker atau konsultan, TPA, dan perusahaan asuransi.
Data sekunder	Data agregat dari PT Marsh Insurance Brokers Indonesia berupa karakteristik pemegang polis, ikhtisar pertanggungan, dan data klaim 2024.
Persetujuan data	Persetujuan penggunaan data sekunder diberikan oleh Astrid Suryapranata selaku Mercer Marsh Benefits Leader, Indonesia, pada 12 Juni 2026.
Perlindungan data	Data digunakan untuk kepentingan akademik, disajikan secara agregat, dianonimkan, tidak memuat personally identifiable information, dan akses dibatasi kepada peneliti serta pembimbing.

Metode Analisis Data

Data primer dianalisis melalui analisis tematik. Transkrip wawancara dikodekan, lalu kode dikelompokkan menjadi kategori dan tema sesuai kerangka konsep penelitian. Pendekatan ini digunakan untuk menemukan pola makna dari data kualitatif secara sistematis [13]. Data sekunder dianalisis melalui analisis dokumen, statistik deskriptif, dan analisis komparatif. Triangulasi dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara, dokumen regulasi, data polis, dan data klaim, sehingga hasil penelitian tidak hanya bertumpu pada satu sumber data [14].

3. HASIL

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keputusan pemberi kerja untuk tetap menyediakan PHI tidak dapat dijelaskan oleh satu faktor tunggal. Keputusan tersebut muncul dari interaksi antara kewajiban regulatif JKN, ekspektasi karyawan, praktik industri, karakteristik produk PHI, tujuan strategis perusahaan, dan konteks pembiayaan layanan kesehatan. Temuan utama dikelompokkan menjadi empat tema, yaitu faktor institusional, karakteristik produk asuransi, strategi perusahaan, dan potensi KAPJ.

Tabel 2. Ringkasan tema hasil penelitian

Tema	Subtema	Makna utama
Institusional	Tekanan regulatif, ekspektasi karyawan, dan praktik industri	JKN menjadi kewajiban dasar. PHI tetap disediakan karena karyawan dan industri menilai manfaat tambahan sebagai praktik wajar.
Karakteristik produk	Cakupan manfaat, akses, kenyamanan, administrasi, dan fleksibilitas	JKN kuat sebagai perlindungan universal. PHI memberi nilai tambah pada akses cepat, provider, administrasi, dan manfaat yang lebih fleksibel.
Strategi perusahaan	Produktivitas, talent attraction, retensi, dan employee value proposition	PHI dipakai sebagai investasi sumber daya manusia, bukan hanya biaya kesehatan.
KAPJ	Koordinasi pembiayaan JKN dan PHI	KAPJ berpotensi memperkuat relasi komplementer sekaligus menekan biaya melalui pembagian peran pembiayaan.

Faktor Institusional

JKN dipahami oleh seluruh kelompok informan sebagai kewajiban legal. Pemberi kerja tidak lagi memperdebatkan apakah JKN perlu diberikan, tetapi menempatkan JKN sebagai standar perlindungan dasar. Tekanan regulatif ini sejalan dengan kerangka teori institusional yang menempatkan regulasi sebagai sumber tekanan organisasi [9], [10]. Di sisi lain, PHI tetap dipertahankan karena karyawan menilai manfaat tambahan sebagai bagian penting dari paket kompensasi. Praktik industri juga mendorong perusahaan melakukan penyesuaian agar tetap kompetitif.

Karakteristik Produk Asuransi

JKN dan PHI memiliki karakteristik yang berbeda. JKN unggul sebagai perlindungan universal karena tidak menerapkan batas manfaat tahunan dan menjamin banyak kondisi medis berdasarkan indikasi. PHI memberi nilai tambah pada fleksibilitas desain manfaat, pilihan provider, kemudahan administrasi, kenyamanan, dan akses layanan yang lebih cepat. Dimensi akses menjadi penting karena akses layanan tidak hanya berkaitan dengan ada atau tidaknya jaminan, tetapi juga kemampuan peserta menggunakan layanan secara tepat waktu dan sesuai kebutuhan [15].

Tabel 3. Perbandingan manfaat JKN dan prevalensi manfaat dalam PHI

Manfaat	Ketentuan JKN	Prevalensi PHI
Rawat inap	Dijamin	100%
Rawat jalan	Dijamin	66,5%
Kehamilan	Dijamin	39,8%
Rawat gigi	Dijamin sebagian	53,8%
Optikal atauacamata	Terbatas	34,5%
Medical check-up	Tidak dijamin	10,8%

Sumber: diolah dari data sekunder penelitian Ria Ardiningtyas, 2026.

Analisis terhadap 400 polis PHI menunjukkan bahwa beberapa manfaat yang sering dianggap sebagai pembatasan dalam asuransi komersial sudah cukup banyak dijamin. Sebanyak 77,0% polis menjamin pre-existing conditions, 58,0% menjamin autoimun, 61,5% menjamin kondisi congenital, dan 44,0% menjamin kondisi hereditary. Namun, JKN tetap lebih universal karena tidak mengenal pengecualian pre-existing conditions dan tidak menerapkan masa tunggu setelah peserta terdaftar. Temuan ini menunjukkan bahwa hubungan JKN dan PHI lebih tepat dibaca sebagai hubungan pelengkap, bukan pengganti.

Strategi dan Tujuan Perusahaan

PHI diposisikan sebagai bagian dari strategi pengelolaan sumber daya manusia. Informan mengaitkan PHI dengan produktivitas, penurunan waktu kerja yang hilang, retensi karyawan, daya tarik perusahaan di pasar tenaga kerja, dan employee value proposition. Dengan demikian, manfaat kesehatan tidak hanya dilihat sebagai biaya, tetapi juga sebagai investasi organisasi. Temuan ini sejalan dengan pandangan modal manusia yang menempatkan kesehatan sebagai aset produktif bagi individu dan organisasi [11], [12].

Potensi KAPJ

Penelitian juga menunjukkan bahwa Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) berpotensi memperkuat hubungan komplementer antara JKN dan PHI. Dalam simulasi sepuluh diagnosis rawat inap dengan frekuensi tertinggi, skenario KAPJ dengan batas manfaat 250% tarif INA-CBG menunjukkan potensi penghematan rata-rata sekitar 15% dibanding biaya median dan sekitar 44% dibanding biaya persentil ke-75. Jika ditambahkan manfaat hospital cash plan, potensi penghematan masih sekitar 4% dibanding biaya median dan sekitar 32% dibanding biaya persentil ke-75. Potensi ini berkaitan dengan prinsip pembiayaan kesehatan yang menuntut efisiensi, perlindungan finansial, dan kinerja sistem kesehatan [16].

4. PEMBAHASAN

Temuan penelitian memperlihatkan bahwa PHI tetap relevan dalam sistem pembiayaan kesehatan yang sudah memiliki JKN. Posisi PHI tidak terutama sebagai pengganti JKN, tetapi sebagai pelengkap yang menjawab kebutuhan akses, kenyamanan, fleksibilitas, dan strategi organisasi. Hal ini sejalan dengan pemahaman bahwa asuransi sosial dan asuransi komersial dapat berperan berbeda dalam satu ekosistem pembiayaan kesehatan [7], [8]. Dari sudut teori institusional, perusahaan berada dalam tekanan regulatif untuk mengikuti JKN, tekanan normatif dari ekspektasi karyawan, serta tekanan mimetik dari praktik industri. Ketiganya membantu menjelaskan mengapa perusahaan tetap mempertahankan PHI meskipun JKN bersifat wajib [9], [10]. Pada saat yang sama, teori modal manusia menjelaskan mengapa perusahaan melihat manfaat kesehatan sebagai investasi untuk produktivitas, retensi, dan daya saing organisasi [11], [12].

Perbandingan manfaat menunjukkan bahwa penilaian terhadap JKN dan PHI tidak dapat dibuat secara sederhana. JKN memberi perlindungan luas dan kuat pada penyakit berbiaya tinggi. PHI memberi manfaat tambahan pada aspek layanan yang lebih fleksibel dan pengalaman peserta. Perbedaan ini juga terkait desain sistem layanan, termasuk rujukan, formularium, jejaring fasilitas kesehatan, dan pengendalian biaya [17]. KAPJ menjadi isu penting karena dapat mengurangi duplikasi pembiayaan dan memperjelas pembagian peran antara JKN dan PHI. Regulasi terbaru mengenai selisih biaya dan koordinasi asuransi kesehatan tambahan memberi ruang bagi integrasi yang lebih operasional [18], [19]. Namun, integrasi tersebut tetap perlu mempertimbangkan pengalaman peserta, kesiapan fasilitas kesehatan, proses klaim, dan keberlanjutan biaya. Pengalaman negara lain juga menunjukkan bahwa peran asuransi privat perlu diatur agar melengkapi tujuan sistem kesehatan, bukan memperbesar ketimpangan akses [20].

5. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa penyediaan asuransi kesehatan kumpulan komersial atau private health insurance (PHI) oleh pemberi kerja di Indonesia tidak hanya dipengaruhi oleh kewajiban kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), tetapi juga oleh berbagai pertimbangan institusional, karakteristik produk asuransi, tujuan strategis perusahaan, serta kebutuhan organisasi dalam mengelola sumber daya manusia. Temuan penelitian menunjukkan bahwa JKN dan PHI tidak berada dalam hubungan yang saling menggantikan, melainkan memiliki hubungan yang saling melengkapi. JKN berperan sebagai fondasi perlindungan kesehatan dasar yang bersifat wajib, universal, dan berbasis solidaritas sosial. Sementara itu, PHI berperan sebagai manfaat tambahan yang memberikan nilai lebih bagi karyawan dan perusahaan melalui akses layanan yang lebih fleksibel, proses administrasi yang lebih sederhana, pilihan fasilitas kesehatan yang lebih luas, serta pengalaman pelayanan yang lebih nyaman.

Keputusan pemberi kerja untuk tetap menyediakan PHI dipengaruhi oleh faktor institusional yang terdiri atas tekanan regulatif, ekspektasi karyawan, dan praktik industri. Kewajiban kepesertaan JKN diterima sebagai bentuk kepatuhan terhadap regulasi. Namun, kewajiban tersebut tidak menghilangkan kebutuhan perusahaan terhadap PHI. Dalam praktiknya, banyak perusahaan tetap mempertahankan PHI karena manfaat tersebut telah menjadi bagian dari ekspektasi karyawan dan standar kompetitif di beberapa sektor industri. Hal ini menunjukkan bahwa keputusan organisasi tidak hanya ditentukan oleh regulasi, tetapi juga oleh norma, kebiasaan industri, dan kebutuhan mempertahankan daya tarik sebagai pemberi kerja. Selain itu, karakteristik produk menjadi faktor penting dalam menjelaskan keberlanjutan penyediaan PHI. JKN memiliki keunggulan dalam cakupan perlindungan dasar, terutama karena tidak menerapkan batas manfaat tahunan dan memberikan perlindungan terhadap berbagai kondisi medis berdasarkan indikasi. Namun, PHI memberikan nilai tambah pada aspek akses, fleksibilitas manfaat, kenyamanan layanan, dan pilihan provider. Perbedaan tersebut menciptakan ruang bagi PHI untuk tetap digunakan sebagai pelengkap JKN, terutama dalam memenuhi kebutuhan karyawan yang memerlukan pelayanan lebih cepat, lebih praktis, dan lebih sesuai dengan preferensi perusahaan. Dari sisi strategi perusahaan, PHI dipandang sebagai bagian dari investasi dalam sumber daya manusia. Manfaat kesehatan tidak hanya dipahami sebagai biaya, tetapi juga sebagai instrumen untuk mendukung produktivitas, menarik dan mempertahankan talenta, memperkuat employee value proposition, serta meningkatkan citra perusahaan sebagai organisasi yang peduli terhadap kesejahteraan karyawan. Dengan demikian, PHI memiliki fungsi strategis dalam mendukung keberlanjutan bisnis dan pengelolaan tenaga kerja.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) berpotensi memperkuat hubungan komplementer antara JKN dan PHI. Melalui koordinasi pembiayaan yang lebih terintegrasi, KAPJ dapat membantu mengurangi duplikasi pembayaran, meningkatkan efisiensi biaya, dan tetap mempertahankan nilai tambah PHI bagi peserta. Namun, penerapan KAPJ memerlukan pengaturan operasional yang jelas, pembagian peran yang tegas antara JKN dan PHI, serta pengujian empiris lebih lanjut agar manfaatnya dapat berjalan optimal. Secara keseluruhan, penelitian ini menegaskan bahwa PHI tetap relevan dalam ekosistem pembiayaan kesehatan Indonesia, bukan sebagai pengganti JKN, tetapi sebagai pelengkap yang mendukung perlindungan kesehatan, strategi organisasi, dan penciptaan nilai bagi karyawan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, dosen pembimbing, seluruh informan penelitian, serta pihak pemberi izin penggunaan data sekunder atas dukungan dan kontribusi yang diberikan dalam pelaksanaan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] World Health Organization, *The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva, Switzerland: WHO, 2010.
- [2] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021*. Jakarta, Indonesia: Kemenkes RI, 2022.
- [3] World Bank, *Indonesia Public Expenditure Review: Spending for Better Results*. Washington, DC, USA: World Bank, 2020.
- [4] J. F. Levesque, M. F. Harris, and G. Russell, "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations," *International Journal for Equity in Health*, vol. 12, no. 18, 2013.
- [5] Organisation for Economic Co-operation and Development, *Private Health Insurance in OECD Countries*. Paris, France: OECD Publishing, 2004.
- [6] N. Sekhri and W. Savedoff, *Private Health Insurance: Implications for Developing Countries*. Geneva, Switzerland: WHO, 2005.
- [7] W. R. Scott, *Institutions and Organizations*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications, 2001.
- [8] G. S. Becker, *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. New York, NY, USA: Columbia University Press, 1964.
- [9] P. J. DiMaggio and W. W. Powell, "The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields," *American Sociological Review*, vol. 48, no. 2, pp. 147-160, 1983.
- [10] M. Grossman, "On the concept of health capital and the demand for health," *Journal of Political Economy*, vol. 80, no. 2, pp. 223-255, 1972.
- [11] M. B. Miles, A. M. Huberman, and J. Saldana, *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*, 4th ed. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications, 2020.
- [12] R. K. Yin, *Case Study Research and Applications: Design and Methods*, 6th ed. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications, 2018.
- [13] J. Kutzin, "Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy," *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, no. 8, pp. 602-611, 2013.
- [14] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2024 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perseorangan*. Jakarta, Indonesia: Kemenkes RI, 2024.
- [15] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1366/2024 tentang Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan*. Jakarta, Indonesia: Kemenkes RI, 2024.
- [16] Otoritas Jasa Keuangan, *Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Nomor 7/SEOJK.05/2025 tentang Penyelenggaraan Produk Asuransi Kesehatan*. Jakarta, Indonesia: OJK, 2025.
- [17] Organisation for Economic Co-operation and Development, *Health at a Glance 2023*. Paris, France: OECD Publishing, 2023.
- [18] R. Agustina et al., "Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges," *The Lancet*, vol. 393, no. 10166, pp. 75-102, 2019.
- [19] Republik Indonesia, *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta, Indonesia, 2004.
- [20] Republik Indonesia, *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta, Indonesia, 2018.