

Pengurangan subsidi Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBD Provinsi Sulawesi Selatan terhadap capaian Universal Health Coverage (UHC) di Kabupaten/Kota (Studi Kasus PBI APBD 2024 Kabupaten Takalar dan Kota Makassar)

Nursalam^{*}, Amir Imbaruddin, Deasy Mauliana

Politeknik STIA LAN Makassar, Makassar, Indonesia

ABSTRAK

Penelitian ini menganalisis dampak pengurangan subsidi Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBD terhadap keberlanjutan *Universal Health Coverage* (UHC) di Kabupaten Takalar dan Kota Makassar menggunakan kerangka *Health Financing* Kutzin. Menggunakan metode kualitatif studi kasus, data diperoleh melalui wawancara mendalam dengan pemangku kepentingan dan masyarakat, serta telaah dokumen BPJS Kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan kebijakan ini memengaruhi *revenue collection*, *risk pooling*, dan *strategic purchasing*. Pengurangan dana *sharing* provinsi mengubah struktur pembiayaan. Di Makassar, peserta PBPU Pemda menurun 0,65% menjadi 259.978 jiwa. Di Takalar, terjadi penurunan 18,59% menjadi 74.351 jiwa. Namun, berkurangnya 16.980 jiwa peserta daerah di Takalar diimbangi lonjakan 21.181 jiwa peserta PBI-JK pusat, menunjukkan pergeseran beban dari APBD ke APBN. Data BPJS per Desember 2024 mencatat peserta nonaktif di Takalar mencapai 13,02% dan Makassar 4,62%. Kesimpulannya, meski capaian UHC administratif sangat tinggi (Takalar 99,76% dan Makassar 99,63%), tantangan utama saat ini adalah menjaga status keaktifan peserta serta memastikan akses layanan yang efektif.

Kata Kunci: Universal Health Coverage (UHC), PBI APBD, Health Financing, Revenue Collection, Risk Pooling, Strategic Purchasing, Active Membership

ABSTRACT

This study analyzes the impact of the reduction in the Regional Budget (APBD) Contribution Assistance Recipient (PBI) subsidy on the sustainability of Universal Health Coverage (UHC) in Takalar Regency and Makassar City using Kutzin's Health Financing framework. Using a qualitative case study method, data was obtained through in-depth interviews with stakeholders and the community, as well as a review of BPJS Kesehatan documents. The results show that this policy affects revenue collection, risk pooling, and strategic purchasing. The reduction in provincial sharing funds changed the financing structure. In Makassar, the number of PBPU Pemda participants decreased by 0.65% to 259,978. In Takalar, there was an 18.59% decrease to 74,351. However, the decrease of 16,980 regional participants in Takalar was offset by a 21,181 increase in central PBI-JK participants, indicating a shift in the burden from the APBD to the APBN. BPJS data as of December 2024 recorded that inactive participants in Takalar reached 13.02% and Makassar 4.62%. In conclusion, although the administrative UHC achievement is very high (Takalar 99.76% and Makassar 99.63%), the main challenge currently is maintaining the active status of participants and ensuring effective access to services.

Keywords: Universal Health Coverage (UHC), PBI APBD, Health Financing, Revenue Collection, Risk Pooling, Strategic Purchasing, Active Membership

Histori Artikel:

Diterima: 7 Juli 2026, direvisi: 18 Agustus 2026, disetujui: 21 Agustus 2026, dipublikasikan 28 Agustus 2026

***Penulis Korespondensi:**

nursalammidid@outlook.co.id

DOI:

<https://doi.org/10.60036/5bfzpz48>

PENDAHULUAN

Universal Health Coverage (UHC) merupakan agenda kesehatan global yang menekankan terpenuhinya akses layanan kesehatan yang bermutu tanpa hambatan finansial bagi seluruh penduduk. UHC didefinisikan sebagai kondisi di mana semua orang memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang mereka butuhkan, dengan kualitas yang memadai, tanpa mengalami kesulitan finansial yang berat saat membayar layanan tersebut (WHO & World Bank, 2023).

Sebagai upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat yang dapat diakses secara adil dan merata oleh seluruh warga, Universal Health Coverage (UHC) ditetapkan sebagai salah satu cita-cita Pemerintah Indonesia. Indonesia menargetkan UHC melalui perluasan kepesertaan JKN hingga seluruh penduduk, integrasi dan pemutakhiran data PBI agar subsidi tepat sasaran, penguatan layanan kesehatan primer dan rujukan, serta peningkatan perlindungan finansial bagi penduduk.

Komitmen negara terhadap jaminan sosial berakar pada Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, khususnya Pasal 28H ayat (3) yang menyatakan setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia. Sebagai implementasi UU SJSN, pemerintah membentuk Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan memberikan perlindungan kesehatan menyeluruh bagi seluruh penduduk Indonesia.

Dalam konteks Provinsi Sulawesi Selatan, kebijakan pengurangan subsidi Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang bersumber dari APBD Provinsi tahun 2024 merupakan bagian dari upaya penyesuaian fiskal daerah, tindak lanjut rekomendasi audit BPK, serta perbaikan validitas data kepesertaan. Kebijakan ini berdampak pada struktur pembiayaan kesehatan di tingkat kabupaten/kota, terutama bagi daerah yang selama ini sangat bergantung pada dana sharing provinsi.

Berdasarkan pemaparan latar belakang tersebut, rumusan permasalahan dalam penelitian ini adalah bagaimana dampak implementasi kebijakan pengurangan subsidi PBI APBD terhadap capaian Universal Health Coverage (UHC) di Kabupaten Takalar dan Kota Makassar ditinjau dari perspektif fungsi pembiayaan kesehatan Kutzin.

METODE

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus. Pendekatan kualitatif dipilih karena penelitian ini bertujuan untuk memahami secara mendalam dampak implementasi kebijakan pengurangan subsidi PBI APBD terhadap capaian UHC di dua wilayah dengan karakteristik berbeda.

Penelitian difokuskan di Kabupaten Takalar dan Kota Makassar. Dua wilayah ini dipilih sebagai lokasi penelitian karena merepresentasikan dua karakteristik berbeda dalam implementasi kebijakan pengurangan subsidi: Kota Makassar dengan kapasitas fiskal yang relatif kuat dan Kabupaten Takalar dengan keterbatasan fiskal yang lebih menonjol.

Sumber data dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh langsung dari sumber pertama melalui wawancara mendalam dengan informan, yaitu pejabat Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Dinas Kesehatan Kota Makassar, Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar, BPJS Kesehatan, Dinas Sosial, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil (Dukcapil), serta masyarakat pengguna JKN yang terdampak kebijakan. Data sekunder diperoleh dari dokumen resmi, laporan BPJS Kesehatan, data statistik kepesertaan JKN, dan literatur terkait.

Instrumen pengumpulan data yang digunakan meliputi pedoman wawancara mendalam, catatan observasi, dan telaah dokumen. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan informan yang dipilih secara purposive berdasarkan keterlibatan dan pengetahuan mengenai implementasi kebijakan PBI APBD.

Analisis data dilakukan menggunakan model interaktif Miles, Huberman, dan Saldaña yang meliputi tiga tahapan utama: reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan serta verifikasi. Analisis juga dilakukan melalui lensa kerangka teori Health Financing Kutzin (2013) yang mencakup tiga fungsi utama pembiayaan kesehatan: revenue collection, risk pooling, dan strategic purchasing.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dampak kebijakan pengurangan subsidi PBI APBD dianalisis melalui kerangka teori Health Financing (Kutzin, 2013) yang mencakup tiga fungsi utama pembiayaan kesehatan: revenue collection, risk pooling, dan strategic purchasing. Berikut uraian hasil penelitian berdasarkan data wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen.

Revenue Collection (Pengumpulan Dana)

Berdasarkan hasil penelitian, pengurangan subsidi PBI APBD mengubah struktur pembiayaan kesehatan daerah. Di Kota Makassar, jumlah peserta PBPU Pemda hanya mengalami penurunan sebesar 0,65%, yaitu dari 261.686 jiwa pada tahun 2023 menjadi 259.978 jiwa pada tahun 2024. Penurunan yang relatif kecil ini menunjukkan bahwa Pemerintah Kota Makassar mampu menutupi sebagian besar pengurangan dana sharing provinsi melalui alokasi APBD kota.

Hal ini dikonfirmasi oleh Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan yang menjelaskan bahwa kebijakan pengurangan subsidi PBI APBD merupakan bagian dari upaya perbaikan tata kelola pembiayaan:

"Hasil pemeriksaan menunjukkan terjadi tumpang tindih pembiayaan, di mana masyarakat sudah dibayarkan oleh pemerintah pusat, tetapi masih juga dibayarkan melalui dana sharing daerah. Dari 1,8 juta kuota yang ditetapkan, ternyata hanya sekitar 450 ribu yang benar-benar berhak berdasarkan data DTKS."

(INF-01, Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinkes Provinsi, Wawancara, April 2026)

"Kita berharap masyarakat yang sudah mampu secara finansial bisa mengalihkan kepesertaannya dari yang ditanggung pemerintah menjadi mandiri."

(INF-01, Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinkes Provinsi, Wawancara, April 2026)

Sebaliknya, di Kabupaten Takalar, PBPU Pemda berkurang dari 91.331 jiwa menjadi 74.351 jiwa, atau penurunan sebanyak 16.980 peserta (18,59%). Namun, analisis lebih mendalam menunjukkan bahwa penurunan tersebut diimbangi oleh peningkatan peserta PBI-JK APBN. Secara perhitungan neto: PBPU Pemda berkurang 16.980 jiwa, sementara PBI-JK APBN bertambah 21.181 jiwa, sehingga total peserta yang dibiayai pemerintah justru BERTAMBAH sekitar 4.201 jiwa. Artinya yang terjadi adalah pergeseran beban pembiayaan dari APBD ke APBN — dan ini justru meringankan, bukan menambah, tekanan fiskal daerah.

Pengelola Program JKN Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar mengakui dampak kebijakan yang cukup terasa di daerahnya:

"Kalau di Kabupaten Takalar, dampaknya memang cukup terasa karena kemampuan fiskal daerah terbatas, sementara masyarakat yang bergantung pada bantuan iuran pemerintah masih sangat banyak. Jadi ketika ada pengurangan sharing dari provinsi, pemerintah kabupaten harus berupaya keras menjaga kepesertaan masyarakat tetap aktif."

(INF-03, Pengelola Program JKN Dinkes Kabupaten Takalar, Wawancara, April 2026)

"Walaupun ada pengurangan PBI APBD, capaian UHC Takalar tetap bisa dijaga karena masih ada dukungan dari PBI APBN. Ini sangat membantu masyarakat miskin yang memang belum mampu membayar iuran secara mandiri."

(INF-03, Pengelola Program JKN Dinkes Kabupaten Takalar, Wawancara, April 2026)

Sementara itu, Dinas Kesehatan Kota Makassar menegaskan komitmennya dalam mempertahankan kepesertaan JKN:

"Walaupun kuota sharing dari pemerintah provinsi dihentikan sementara pada tahun 2024, Pemerintah Kota Makassar tetap berkomitmen menganggarkan bantuan iuran PBPU Pemda berdasarkan hasil verifikasi data masyarakat yang diusulkan oleh Dinas Sosial."

(INF-02, Dinas Kesehatan Kota Makassar, Wawancara, April 2026)

Risk Pooling (Pengelompokan Risiko)

Fungsi pooling bertujuan untuk menyebarkan risiko finansial antar peserta agar biaya kesehatan tidak ditanggung secara individual. Hasil penelitian menemukan bahwa pengurangan subsidi PBI APBD menyebabkan rekomposisi struktur kepesertaan antarsegmen pembiayaan. Proses verifikasi data yang ketat mengakibatkan sebagian peserta dinonaktifkan karena data ganda, peserta yang sudah meninggal, atau tumpang tindih dengan PBI APBN.

Tim Kerja BPJS Kesehatan menjelaskan permasalahan data yang menjadi penyebab utama rekomposisi tersebut:

"Permasalahan data masih menjadi tantangan utama, terutama data ganda, peserta yang sudah meninggal, atau peserta yang sebenarnya sudah masuk PBI APBN tetapi masih tercatat di PBPU Pemda. Daerah seperti Makassar relatif lebih stabil karena dukungan fiskalnya lebih kuat dan jumlah pekerja formal lebih banyak. Sementara di daerah seperti Takalar, ketergantungan masyarakat terhadap bantuan pemerintah masih tinggi sehingga dampak pengurangan PBI lebih terasa."

(INF-04, Tim Kerja BPJS Kesehatan, Wawancara, April 2026)

Informan dari Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil (Dukcapil) menjelaskan mekanisme verifikasi yang dilakukan:

"Dalam verifikasi dan validasi dilakukan tiga tahapan penyaringan, yaitu memastikan tidak ada duplikasi antara PBI APBD dan PBI APBN, memastikan peserta masuk DTKS, dan mencocokkan dengan data administrasi kependudukan. Dari proses ini ditemukan banyak data yang tidak memenuhi kriteria sehingga berdampak pada pengurangan kepesertaan."

(INF-05, Dukcapil Sulawesi Selatan, Wawancara, April 2026)

"Ditemukan juga peserta yang sebenarnya sudah pindah domisili ke luar daerah, bahkan ada yang sudah meninggal dunia tetapi masih tercatat sebagai peserta. Setelah dicek di SIAK, ternyata data kematiannya sudah ada dan akta kematiannya sudah diterbitkan."

(INF-05, Dukcapil Sulawesi Selatan, Wawancara, April 2026)

Sementara itu, Dinas Sosial menyoroti aspek ketepatan sasaran:

"Penetapan PBI APBD mengacu pada DTKS, tetapi karena kondisi sosial ekonomi masyarakat yang dinamis, data seringkali belum update. Pengurangan ini memang menimbulkan keluhan dari masyarakat yang dinonaktifkan, sehingga dilakukan pengalihan ke PBI APBN dan pembaruan data secara berkala."

(INF-06, Dinas Sosial Provinsi, Wawancara, April 2026)

Strategic Purchasing (Pembelian Layanan Secara Strategis)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemerintah daerah menerapkan strategi pembelian layanan kesehatan secara lebih selektif dengan memprioritaskan kelompok masyarakat yang benar-benar membutuhkan berdasarkan hasil verifikasi data. Di Kabupaten Takalar, strategi utama lebih diarahkan pada menjaga keberlangsungan perlindungan kesehatan masyarakat miskin dan akses terhadap pelayanan dasar.

Berdasarkan data BPJS Kesehatan per Desember 2024 (bukan berasal dari hasil wawancara), persentase peserta nonaktif di Kabupaten Takalar mencapai 13,02% (11.890 dari 91.331 peserta PBI APBD), sedangkan di Kota Makassar sebesar 4,62% (12.093 dari 261.686 peserta PBI APBD). Angka ini menunjukkan bahwa dampak kebijakan terhadap keaktifan peserta jauh lebih signifikan di Kabupaten Takalar dibandingkan Kota Makassar.

BPJS Kesehatan menegaskan bahwa tantangan utama bukan sekadar capaian administratif UHC, melainkan menjaga peserta tetap aktif:

"Secara angka, UHC memang masih tinggi, tetapi yang menjadi tantangan adalah menjaga peserta tetap aktif. Karena kalau kepesertaannya nonaktif, maka akses pelayanan kesehatan juga akan terganggu."

(INF-04, Tim Kerja BPJS Kesehatan, Wawancara, April 2026)

Dampak sosial dari peserta nonaktif dirasakan langsung oleh masyarakat pengguna layanan. Salah satu warga Kabupaten Takalar yang mengalami penonaktifan menyampaikan pengalamannya:

"Sebelumnya saya terdaftar sebagai peserta PBI yang iurannya dibayarkan pemerintah, jadi kalau berobat tidak terlalu khawatir soal biaya. Tapi sejak beberapa waktu lalu status kepesertaan saya sempat tidak aktif. Waktu itu saya jadi ragu untuk ke puskesmas karena takut harus bayar sendiri. Setelah kami cek, ternyata datanya harus diperbaiki dulu. Prosesnya tidak cepat dan kami yang penghasilannya tidak tetap jadi bingung kalau harus bayar iuran sendiri."

(INF-07, Masyarakat Pengguna JKN Kabupaten Takalar, Wawancara, April 2026)

"Dulu BPJS saya ditanggung pemerintah, jadi kalau mau berobat tidak masalah. Tapi waktu ada perubahan ini, saya cek, ternyata status saya sudah tidak aktif. Saya baru tahu waktu mau berobat. Katanya data harus diperbaiki dan diusulkan kembali. Kalau status BPJS sudah tidak aktif, kita jadi bingung harus urus ke mana, prosesnya juga tidak langsung selesai. Apalagi kalau ada keluarga yang sakit dan butuh pelayanan cepat."

(INF-08, Masyarakat Pengguna JKN Kabupaten Takalar, Wawancara, April 2026)

Sementara itu, pengalaman warga Kota Makassar menunjukkan respons yang relatif lebih cepat:

"Memang sempat ada perubahan data, tapi di Makassar biasanya cepat ditangani. Waktu status BPJS saya nonaktif, saya langsung diarahkan ke kantor layanan untuk verifikasi. Tidak lama kemudian bisa aktif lagi. Tapi tetap saja, kalau sempat nonaktif itu membuat kami khawatir, apalagi kalau tiba-tiba butuh pelayanan kesehatan."

(INF-09, Masyarakat Pengguna JKN Kota Makassar, Wawancara, April 2026)

Pengelola Program JKN Kabupaten Takalar juga mengakui adanya kendala administratif di lapangan:

"Fasilitas kesehatan pada prinsipnya tetap melayani masyarakat, tetapi memang di lapangan sering muncul kendala administratif, misalnya peserta yang nonaktif atau data kepesertaan yang belum sinkron. Ini kadang memperlambat proses pelayanan. Kami terus berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan, Dinas Sosial, dan Dukcapil supaya masyarakat yang benar-benar membutuhkan tetap bisa terlindungi."

(INF-03, Pengelola Program JKN Dinkes Kabupaten Takalar, Wawancara, April 2026)

Temuan penelitian menegaskan bahwa keberhasilan pembelian layanan kesehatan tidak cukup diukur dari jumlah penduduk yang terdaftar secara administratif. Dana yang telah dikumpulkan dan dipool harus mampu menghasilkan akses layanan yang efektif bagi peserta. Meskipun capaian UHC secara administratif tetap tinggi (99,76% di Takalar dan 99,63% di Makassar), kesenjangan antara population coverage dan effective coverage menjadi tantangan utama yang harus diatasi.

Secara keseluruhan, pengurangan subsidi PBI APBD tidak secara signifikan menurunkan capaian UHC di Kota Makassar dan Kabupaten Takalar, tetapi mengubah tata kelola pembiayaan kesehatan. Di Kabupaten Takalar, yang terjadi adalah pergeseran beban pembiayaan dari APBD ke APBN — secara neto jumlah peserta yang dibiayai pemerintah justru bertambah sekitar 4.201 jiwa. Tekanan fiskal yang dirasakan lebih berkaitan dengan ketidakpastian alokasi anggaran dan beban administratif verifikasi data, bukan peningkatan jumlah peserta yang harus dibiayai

daerah. Perbedaan kapasitas fiskal antara Kota Makassar dan Kabupaten Takalar menghasilkan dampak yang berbeda: daerah dengan kapasitas fiskal kuat mampu menyerap guncangan kebijakan dengan lebih baik, sementara daerah dengan keterbatasan fiskal menghadapi tantangan lebih besar dalam menjaga keaktifan peserta.

SIMPULAN

Kebijakan pengurangan subsidi PBI APBD di Provinsi Sulawesi Selatan dilatarbelakangi oleh kebutuhan efisiensi fiskal daerah, tindak lanjut rekomendasi audit BPK, serta perbaikan validitas data kepesertaan melalui penghapusan data ganda dan peserta yang tidak memenuhi kriteria.

Dalam perspektif teori health financing Joseph Kutzin, kebijakan pengurangan PBI APBD memengaruhi tiga fungsi utama pembiayaan kesehatan. Pada aspek revenue collection, penghentian sementara dana sharing provinsi mengubah struktur sumber pembiayaan: di Kota Makassar penurunan peserta PBPU Pemda hanya 0,65% (dari 261.686 menjadi 259.978 jiwa) karena kemampuan fiskal kota yang kuat, sedangkan di Kabupaten Takalar penurunan mencapai 18,59% (dari 91.331 menjadi 74.351 jiwa).

Secara perhitungan neto di Kabupaten Takalar, meskipun PBPU Pemda berkurang 16.980 jiwa, PBI-JK APBN bertambah 21.181 jiwa sehingga total peserta yang dibiayai pemerintah justru bertambah sekitar 4.201 jiwa. Hal ini mengindikasikan bahwa yang terjadi adalah pergeseran beban pembiayaan dari APBD ke APBN, bukan peningkatan tekanan fiskal daerah. Tekanan yang dirasakan lebih berkaitan dengan ketidakpastian alokasi anggaran dan beban administratif verifikasi data.

Pada aspek risk pooling, kebijakan menyebabkan rekomposisi struktur kepesertaan akibat verifikasi data yang ketat (penghapusan duplikasi, peserta meninggal, tumpang tindih PBI APBN-APBD). Pada aspek strategic purchasing, meskipun capaian UHC administratif tetap tinggi (99,76% di Takalar dan 99,63% di Makassar), data BPJS Kesehatan per Desember 2024 menunjukkan persentase peserta nonaktif yang berbeda secara signifikan: 13,02% di Kabupaten Takalar dan 4,62% di Kota Makassar. Hal ini menegaskan bahwa tantangan utama terletak pada menjaga keaktifan peserta dan akses layanan yang efektif, bukan sekadar cakupan administratif.

Penelitian ini memiliki keterbatasan pada cakupan lokasi yang hanya berfokus pada dua wilayah di Provinsi Sulawesi Selatan, yaitu Kabupaten Takalar dan Kota Makassar, sehingga generalisasi hasil ke konteks provinsi lain perlu dilakukan dengan hati-hati. Selain itu, data kepesertaan yang dianalisis terbatas pada periode hingga Desember 2024. Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan pendekatan mixed methods untuk mengukur dampak kebijakan secara kuantitatif dan kualitatif secara lebih komprehensif.

Secara praktis, hasil penelitian memberikan rekomendasi strategis: Pertama, penguatan kebijakan pembiayaan daerah melalui skema pendanaan yang lebih berkelanjutan dan proporsional terhadap kapasitas fiskal daerah, terutama bagi daerah dengan keterbatasan anggaran. Kedua, perbaikan validitas data kepesertaan melalui integrasi sistem lintas instansi (BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Dukcapil) secara real-time untuk mengurangi data ganda dan ketidaktepatan sasaran.

Ketiga, penguatan mekanisme reaktivasi peserta nonaktif melalui layanan pengaduan yang responsif dan sosialisasi yang masif kepada masyarakat. Keempat, penguatan skema pembiayaan bagi peserta mandiri dan pekerja informal agar tidak terjatuh ke dalam kelompok nonaktif ketika subsidi pemerintah berkurang. Temuan ini juga memberikan kontribusi teoritis bagi kajian health financing di Indonesia, khususnya mengenai dampak desentralisasi fiskal terhadap keberlanjutan Universal Health Coverage.

DAFTAR PUSTAKA

- Abou Zahr, C., & Boerma, T. (2005). Health information systems: The foundations of public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(8), 578–583.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
- Anderson, J. E. (2015). *Public policy making*. Cengage Learning.
- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., Thabrany, H., & Khusun, H. (2019). Universal health coverage in Indonesia: Progress and challenges. *The Lancet Global Health*, 7(11), e1559–e1569.
- Barasa, E., Nguhiu, P., & McIntyre, D. (2018). Measuring progress towards UHC: Health service coverage and financial risk protection in Kenya. *BMJ Global Health*, 3(4), e000904.
- Bossert, T. J. (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: Decision space, innovation, and performance. *Social Science & Medicine*, 47(10), 1513–1527.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage.
- Dye, T. R. (2017). *Understanding Public Policy* (15th ed.). Pearson.
- Dewi, A., Nurhayati, S., & Lestari, T. (2020). Analisis pemahaman masyarakat terhadap program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(2), 89–97.
- Dunn, W. N. (2018). *Public policy analysis: An integrated approach*. Routledge.
- Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *WHO Bulletin*, 91, 546–546A.
- Frenk, J. (2010). The global health system: Strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Medicine*, 7(1), e1000089.
- Grindle, M. S. (1980). *Politics and policy implementation in the Third World*. Princeton University Press.
- Heywood, P., & Harahap, N. P. (2009). Public health services in Indonesia: Challenges and opportunities. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 21(3), 274–283.
- Herawati, H., Franzone, R., & Chrisnahutama, A. (2020). *Universal Health Coverage: Mengukur Capaian Indonesia*. Jakarta: Perkumpulan Prakarsa.
- Hidayat, B., Thabrany, H., & Harimurti, N. (2020). The impact of national health insurance (JKN) on healthcare utilization in Indonesia. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–13.
- Johar, M., et al. (2020). Targeting errors in social health insurance and implications for equity. *Health Economics Review*, 10(1), 1–12.
- Kusuma, D., Azhar, A., & Pramantik, I. (2021). Challenges in Indonesia's health insurance for the poor: Policy implementation and coverage gaps. *Journal of Asian Public Policy*, 14(3), 345–362.
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602–611.
- Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J. (2017). *The Republic of Indonesia health system review*. World Health Organization.
- Mazmanian, D. A., & Sabatier, P. A. (1983). *Implementation and public policy*. Scott, Foresman.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). Sage.
- Nurhayati, L., & Asyary, A. (2020). Determinants of universal health coverage in decentralized Indonesia. *International Journal of Health Planning and Management*, 35(6), 1419–1431.
- Oates, W. E. (2019). *Fiscal Federalism and Public Service Provision*. Edward Elgar.

- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). Sage.
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1973). *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. University of California Press.
- Safitri, N., & Ardiyanti, M. (2023). Regional budget cuts for health insurance subsidies and UHC achievement. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1–12.
- Sparrow, R., Suryahadi, A., & Widyanti, W. (2017). Social health insurance for the poor: Targeting and impact of Indonesia's Askeskin program. *Social Science & Medicine*, 96, 264–271.
- Savedoff, W., & Smith, A. (2011). *Achieving universal health coverage: Learning from Chile, Japan, Malaysia, and Sweden*. Results for Development Institute.
- Sugiyono. (2019). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suharmiati, S., & Paramita, A. (2022). Evaluasi program Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan di era JKN. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 11(2), 67–80.
- Thabrany, H. (2014). *Jaminan Kesehatan Nasional: Konsep, tujuan, dan implementasi*. Jakarta: Rajawali Press.
- UHC2030. (2023). *How health systems strengthening related initiatives contribute to progress towards UHC*.
- Wagstaff, A., et al. (2018). Progress towards universal health coverage. *Lancet Global Health*, 6(12), e1345–e1355.
- World Health Organization. (2025). *Universal health coverage (UHC) – Fact sheet*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2025). *Service coverage index and components (SDG 3.8.1)*. Geneva: WHO.
- WHO & World Bank. (2023). *Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report*. Geneva: World Health Organization and The World Bank.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Sage.