
Timbang Besarnya Manfaat dari Salah Sasar Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan

Focus on the Positive not the Negative! Progress in Protecting the Health of Indonesia's Poor and Near Poor

Prastuti Soewondo^{1,2}

¹Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

²Kelompok Kerja Kebijakan Jaminan Kesehatan, Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kesehatan, Sekretariat Wakil Presiden RI

Korespondensi: Prastuti Soewondo
e-mail: prastuti.s@gmail.com

Abstrak

Salah satu kebijakan pemerintah dalam percepatan capaian Jaminan Kesehatan Semesta bagi seluruh penduduk adalah memberikan keringanan keuangan dengan membayarkan iuran Jaminan Kesehatan bagi 92,4 juta masyarakat miskin dan rentan kemiskinan yang mewakili sekitar 35% dari total populasi. Kelompok masyarakat ini disebut sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI). Studi ini mengkaji seberapa banyak masyarakat miskin dan rentan yang telah menerima kebijakan pemerintah dalam pemberian subsidi jaminan kesehatan. Data penelitian menggunakan data Survei Sosial Ekonomi Nasional tahun 2016, khususnya data konsumsi rumah tangga dan status kepemilikan berbagai jenis jaminan kesehatan. Hasil menunjukkan bahwa, pada tingkat nasional, bantuan subsidi iuran jaminan kesehatan telah dinikmati oleh mayoritas (51%) rumah tangga miskin dan rentan kemiskinan, terlebih lagi rumah tangga yang tinggal di wilayah Timur Indonesia (58%). Bersama dengan Jamkesda, 59,5% rumah tangga miskin dan rentan kemiskinan (66,4% di wilayah Timur) telah menerima manfaat proteksi jaminan kesehatan. Capaian kebijakan pemerintah ini patutlah dicatat, walaupun level cakupan harus terus ditingkatkan. Janganlah ini ditutupi oleh isu salah sasaran PBI ke sekitar 3% rumah tangga kaya yang dibesar-besarkan untuk menarik perhatian massa. Kata kunci: PBI, Ketepatan Sasaran, Status Kepemilikan Jaminan Kesehatan, Jamkesda

Abstract

One of the foremost government policies implemented in achieving Universal Health Coverage for the Indonesian population is the provision of financial assistance through contribution of Social Health Insurance for 92.4 million targeted poor and near poor households. This segment of the population is referred to as Penerima Bantuan Iuran (PBI) and represents about 35% of the total population. This study reveals the government's progress in protecting the health of this sub-population. The data is derived from the 2016 National Social Economic Survey. The results indicate that, at the national level, the government's health protection program has reached the majority of poor and near poor household (51%), especially those residing in Eastern part of the country (58%). Together with local government's support, 59.5% of poor and near poor households (66.4% in Eastern region) have been insured. While improvements in coverage should still be top policy agenda, this achievement of the government deserves more appreciation. We show that misallocation of PBI to wealthy households is only small (3%), yet often broadcasted with much hype to create agitation.

Keyword: PBI, Accuracy, Social Health Insurance Status, Jamkesda (District Health Insurance)

Pendahuluan

Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS) Kesehatan, telah beroperasi memasuki tahun ke 5 (lima), sejak awal tahun 2014. Walaupun ada banyak tantangan di dalam penyelenggaraannya, Pemerintah tetap berkomitmen untuk mendukung penyelenggaraan JKN, mengingat program ini dinilai cukup populer dan telah memberikan peningkatan akses ke beragam layanan kesehatan terutama bagi banyak orang yang sebelumnya tidak mampu membayar layanan kesehatan. Salah satu kebijakan Pemerintah Pusat dalam penyelenggaraan program JKN adalah pembayaran iuran JKN bagi 92,4 juta orang yang mewakili sekitar 35% dari total populasi (Baihaqi, 2018).

Kelompok masyarakat yang menerima subsidi iuran JKN ini disebut sebagai kelompok peserta Penerima Bantuan Iuran atau PBI, yang dapat digolongkan sebagai masyarakat miskin dan rentan kemiskinan. Jumlah PBI yang jauh lebih tinggi dari angka kemiskinan nasional yang berkisar 10,8% di tahun 2017 menunjukkan dukungan pemerintah dalam percepatan capaian cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage –UHC*). Besaran total subsidi PBI yang dibiayai Anggaran Pusat Belanja Negara (APBN) di tahun 2017 telah mencapai Rp 25,2 triliun, begitu pula di tahun 2018.

Salah satu hal yang mendapat sorotan kuat dari masyarakat dan para birokrat, baik disampaikan dalam forum seminar, kampanye, maupun melalui

sosial media, adalah tentang ketidak tepatan sasaran PBI, yang sering di isu kan sebagai “salah sasaran” atau “*mistargeting*”. Pada awalnya di pertengahan tahun 2000an, dengan menggunakan nasional sensus (PSE05), Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia menyusun 14 indikator kesejahteraan rumah tangga untuk mengidentifikasi rumah tangga miskin dan rentan kemiskinan (Harimurti, 2013) Lalu, peta kemiskinan disusun, berupa kuota rumah tangga miskin dan rentan kemiskinan per kabupaten. Apabila jumlah rumah tangga miskin dan rentan kemiskinan yang ada melebihi kuota, mereka akan dirujuk ke program lokal Jamkesda, jika ada.

Di tahun 2011, proses ini di *update* menggunakan beberapa data yaitu sensus penduduk di tahun 2010, Susenas 2010, dan Potensi Desa (Podes). Daftar rumah tangga awal disempurnakan dengan mempertimbangkan data individu program lain, konsultasi dengan rumah tangga miskin, dan observasi umum pimpinan/tokoh lokal tentang kondisi ekonomi rumah tangga di komunitasnya. Dari data tersebut, Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) menyediakan urutan status kesejahteraan rumah tangga menggunakan model *Proxy Mean Testing* (PMT) mulai dari rumah tangga dengan kesejahteraan paling rendah sampai yang paling tinggi (TNP2K, Juli 2015), yang dikenal sebagai Pendataan Perlindungan Sosial (PPLS) 2011.

Basis Data Terpadu (BDT) yang tersedia pada bulan Maret 2012 telah digunakan sebagai acuan untuk menetapkan rumah tangga mana yang seharusnya berhak menerima berbagai program perlindungan sosial pemerintah termasuk Raskin (Beras Miskin), PKH (Program Rumah tangga Harapan), BSM (Bantuan Siswa Miskin), Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat), dan berbagai program perlindungan sosial lainnya. Penggunaan BDT telah menurunkan kesalahan inklusi (*inclusion error*) dan eklusi (*exclusion error*). Pemutakhiran dilakukan selambat-lambatnya 2 tahun sekali, sesuai dengan pasal dalam Undang Undang nomor 13 tahun 2011. Pemutakhiran terakhir secara masif yang dilakukan oleh BPS di semester 2 tahun 2015 dan selanjutnya dilakukan pemutakhiran secara parsial melalui kegiatan verifikasi validasi oleh Kementerian Sosial (Kemensos).

PBI diberikan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan Kementerian Sosial (Kemensos No.5/HUK/2018 tentang Penetapan PBI 2018) berbasis kondisi ekonomi rumah tangga. Proses pemutakhi-

ran data PBI dapat dilakukan setiap 6 bulan sekali atas observasi dan masukkan di lapangan tentang dinamika kondisi ekonomi rumah tangga. Dalam kenyataan, pemantauan atas proses verifikasi dan validasi kelompok PBI tidaklah mudah, karena kecepatan pemutakhiran data dan diskresi dari tokoh politik/agama/birokrat, termasuk ketua RT/RW.

Adanya beberapa kasus rumah tangga PBI berekonomi kecukupan menjadi bukti *mistargeting* yang diedarkan di media – terkadang dengan foto-foto atau pesan-pesan yang bersifat hiperbola and provokatif untuk menarik perhatian. Sebaliknya ada rumah tangga dengan ekonomi terbatas yang belum menikmati keringanan biaya kesehatan. Sementara masyarakat umum sebagai pembayar pajak sangatlah mudah dibuat kecewa menemukan fakta bahwa pajak yang mereka bayar ternyata tidak digunakan untuk memberikan proteksi jaminan kesehatan bagi rumah tangga yang membutuhkan. Sebenarnya, seberapa besar persoalan salah sasaran ini?

Di literatur ada beberapa studi yang melaporkan besarnya *mistargeting*. Berkenaan dengan program Kartu Sehat di tahun 1990an, estimasi data Susenas di tahun 1999, sekitar 20% dari penerima kartu adalah 40% rumah tangga yang berpendapatan tertinggi (Pradhan et al, 2007). Estimasi data Susenas di tahun 2010 menunjukkan *mistargeting* sebesar 52.4%, karena hanya 47.6% dari peserta Jamkesmas bisa digolongkan sebagai keluarga miskin dan rentan kemiskinan (Harimurti et al, 2013). Akan tetapi inferensi-inferensi harus di intepretasikan hati-hati, karena pada umumnya adanya tujuan utama data Susenas adalah mengukur besaran pendapatan rumah tangga yang dalam hal ini diukur dari besarnya konsumsi rumah tangga (akan di diskusikan di bawah). Hasil studi dari Alatas dan Wai Po (2011); Sim dan Suryahadi (2015) mendokumentasikan insiden *mistargeting* pada program sosial lainnya seperti beras (Raskin), bantuan langsung tunai (BLT) dan beasiswa pendidikan.

Sepertinya kita terlalu sibuk memperlmasalahkan ketepatan sasaran kelompok PBI, sehingga sering kali kita berasumsi bahwa salah sasaran ini jumlahnya sangatlah besar. Belum lagi, kita (dari sifat dasar manusia) dipicu rasa cemburu atau iri bahwa rumah tangga lain, bukan rumah tangga kita, yang menerima PBI. Pernahkah kita mengingat seberapa banyak rumah tangga miskin dan rentan kemiskinan telah bisa mendapatkan akses ke layanan kesehatan termasuk mendapat tindakan operasi dan obat karena

dibiayai PBI? Telah luputkah dari ingatan kita untuk menghargai kebijakan Pemerintah yang satu ini.

Metode Penelitian

Sampel untuk kajian ini diambil dari set data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) di tahun 2016. Untuk mengukur status ekonomi sebuah rumah tangga, studi ini menggunakan besaran nilai konsumsi (Rupiah) yang diambil dari 'Buku Pengeluaran'; meskipun disebut pengeluaran, tetapi data yang diisi dalam buku ini menggambarkan besaran konsumsi atas barang atau jasa yang dinikmati rumah tangga. Mungkin saja tidak seluruhnya besaran konsumsi yang tertulis dibeli menggunakan pendapatan pribadi rumah tangga, tetapi diperoleh dari pihak eksternal seperti subsidi pemerintah.

Pengelompokan rumah tangga diukur berdasarkan besaran total konsumsi dari konsumsi makanan dan bukan makanan per bulan. Rumah tangga miskin dan rentan miskin adalah rumah tangga yang besaran total konsumsi per bulannya berada pada kelompok 35% terbawah dari seluruh populasi rumah tangga di provinsi dimana mereka tinggal. Artinya, jika kita urutkan 100 rumah tangga yang tinggal di sebuah provinsi, dari yang mempunyai total konsumsi terendah ke yang tertinggi, rumah tangga miskin dan rentan kemiskinan adalah 35 rumah tangga pertama di urutan tersebut.

Sedangkan rumah tangga terkaya didefinisikan sebagai rumah tangga yang besaran total konsumsinya berada pada kelompok 10% teratas dari seluruh populasi rumah tangga di provinsi tersebut. Perlu dicatat bahwa urutan status ekonomi berdasarkan provinsi sangatlah penting mengingat adanya variasi yang besar secara geografis dari kondisi ekonomi di negara kita. Pembagian menurut provinsi juga selaras dengan acuan tingkat kemiskinan (*poverty line*) yang selama ini telah dipublikasikan oleh Badan Pusat Statistik (BPS).

Status kepemilikan jaminan kesehatan diambil dari jawaban responden untuk pertanyaan "Apakah mempunyai asuransi kesehatan dari [...]?" (variabel nomor R711A-G). Jenis penyelenggara asuransi kesehatan yang ditanyakan di dalam survei mencakup: BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, Askes/Asabri/Jamsostek, Jamkesmas/PBI, Jamkesda, asuransi swasta dan perusahaan/kantor. Pada kelompok jenis asuransi kesehatan Jamkesmas/PBI, dikarenakan banyak rumah tangga yang lebih mengenal asuransi kesehatan dari pemerintah sebagai "BPJS", maka ru-

mah tangga miskin yang menjawab memiliki BPJS Kesehatan akan dikelompokkan berstatus memiliki Jamkesmas/PBI.

Hasil Penelitian

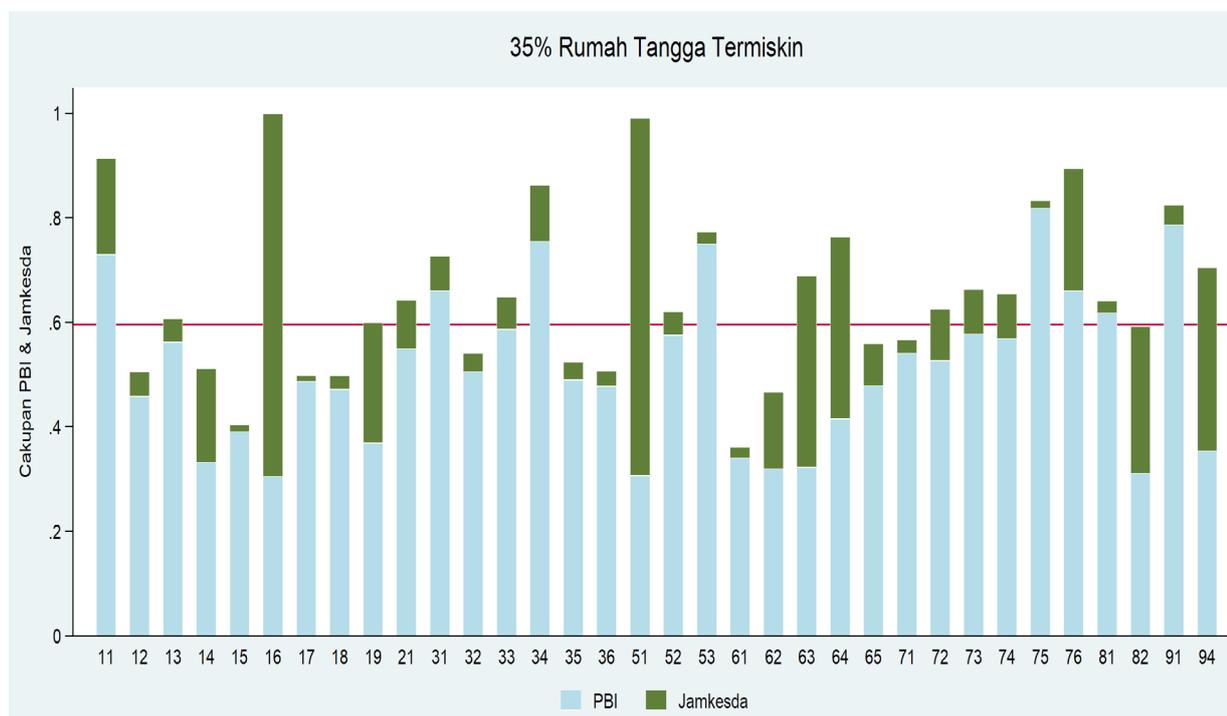
Stacked Bar Chart digunakan untuk menggambarkan cakupan PBI dan Jamkesda di setiap provinsi. Fitur "kolom tumpuk" digunakan untuk memisahkan cakupan PBI dan Jamkesda. Tingginya kolom pertama mengindikasikan presentase rumah tangga yang menjadi PBI, sedangkan tingginya kolom kedua mengindikasikan presentase rumah tangga yang memiliki Jamkesda. Jadi tingginya kolom tumpuk mengilustrasikan total presentase rumah tangga yang mempunyai jaminan kesehatan dari negara.

Pada tingkat nasional, bantuan iuran JKN telah dirasakan oleh mayoritas (51%) rumah tangga miskin dan rentan kemiskinan (SUSENAS, 2016). Pada tingkat provinsi, wilayah Indonesia bagian Timur cenderung mempunyai proporsi cakupan PBI yang lebih besar dari provinsi-provinsi lain di Indonesia; rata-rata cakupan untuk wilayah Timur 58%. Variasi ini sejalan dengan relatif tingginya tingkat kemiskinan dan kebutuhan kesehatan di wilayah Timur. Di Papua dan Gorontalo, mayoritas rumah tangga miskin dan rentan kemiskinan telah tertolong oleh jaminan kesehatan (Gambar 1).

Beberapa Pemerintah Daerah (Pemda) juga menyelenggarakan program kebijakan kesehatan semesta (UHC) dimana Pemda menjamin kesehatan seluruh warganya, dengan memberikan subsidi biaya pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Kebijakan Pemda ini mendorong cakupan jaminan kesehatan ke sebagian besar rumah tangga miskin dan rentan kemiskinan di Sumatera Selatan, Bali, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tenggara and Papua Barat. Pada tingkat nasional, bersama dengan Jamkesda, 59,5% rumah tangga miskin dan rentan kemiskinan (66,4% di wilayah Timur) memiliki jaminan kesehatan. Inilah pencapaian kebijakan yang belum sempat kita catat (BPJS Kesehatan, 2016).

Kembali ke persoalan dugaan salah sasaran: PBI adalah rumah tangga berekonomi baik. Dari data konsumsi di SUSENAS, PBI di 10% rumah tangga yang mempunyai konsumsi terbesar tidaklah banyak, hanya 3,3% pada tingkat nasional. Angka ini pun dinilai terlalu besar karena data konsumsi di SUSENAS menggabungkan pengeluaran riil rumah tangga dengan berbagai bantuan ekonomi yang diterima

Gambar 1 Cakupan PBI dan Jamkesda pada Tingkat Nasional & Provinsi di Indonesia, 2016



Label untuk provinsi: 11: Aceh; 12: Sumut; 13: Sumbar; 14: Riau; 15: Jambi; 16: Sumsel; 17: Bengkulu; 18: Lampung; 19: Bangka Belitung; 21: Kepri; 31: Jakarta; 32: Jabar; 33: Jateng; 34: DIY; 35: Jatim; 36: Banten; 51: Bali; 52: NTB; 53: NTT; 61: Kalbar; 62: Kalteng; 63: Kalsel; 64: Kaltim; 65: Kalut; 71: Sulut; 72: Sulteng; 73: Sulsel; 74: Sulteng; 75: Gorontalo; 76: Sulbar; 81: Maluku; 82: Malut; 91: Papbar; 94: Papua.

dalam membeli barang dan jasa. Implikasinya adalah sulit membedakan rumah tangga berpenghasilan besar itu karena murni hasil dari pekerjaan mereka atau karena rumah tangga tersebut menerima berbagai bantuan/subsidi atas kebijakan yang ada. Keduanya mempunyai konsumsi rumah tangga yang besar. Jika dua tipe rumah tangga ini bisa dipisahkan, maka salah sasaran di 10% rumah tangga terkaya diduga akan lebih kecil lagi.

Analisis menurut provinsi menunjukkan bahwa salah sasaran relatif kecil terjadi di beberapa provinsi seperti DKI Jakarta, Jambi, Jawa Timur (Jatim), Kalimantan Barat (Kalbar), Kalimantan Utara (Kaltara) dan Sulawesi Utara (Sulut) (Gambar 2). Sumbu Y pada Gambar 2 menjelaskan proporsi cakupan jaminan. Adapun salah sasaran dengan prosentasi relatif besar terjadi di provinsi tertentu dimana ada kebijakan Jamkesda di provinsi tersebut.

Pembahasan

Pemerintah telah hadir dalam memberikan proteksi jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan

rentan kemiskinan. Pencapaian jaminan kesehatan untuk rumah tangga yang berkekurangan jauh lebih besar dibanding salah sasaran ke 10% rumah tangga dengan konsumsi tertingi. Perlu dicatat bahwa, tidak hanya karena unsur identifikasi rumah tangga miskin di data SUSENAS sebagaimana dibahas diatas, dalam kenyataannya insiden salah sasaran ini diduga jauh lebih kecil karena masih ada satu faktor lagi yang sangat sulit dihindari pada pengumpulan data tingkat mikro.

Pada umumnya, partisipasi rumah tangga betul-betul kaya (karena pendapatan usaha, hasil dari investasi atau warisan) dalam survei rumah tangga sangatlah sulit didapat. Sepuluh persen (10%) rumah tangga terkaya di sampel SUSENAS mungkin direpresentasikan oleh rumah tangga-rumah tangga di posisi ke 70-80 dari 100 rumah tangga dalam distribusi ekonomi yang sesungguhnya, terurut dari yang termiskin ke yang terkaya. Oleh karena itu, sangat mungkin untuk sebagian dari salah sasaran yang kita lihat pada gambar diatas sebenarnya tergolong rumah tangga rentan kemiskinan (tanpa bantuan

**Gambar 2. Pencapaian Jaminan Kesehatan ke Rumah tangga Miskin dan Rentan Kemiskinan
& Salah Sasar Menurut Provinsi di Indonesia, 2016**



social lainnya). Selain itu, belum ada bukti konkrit yang menunjukkan *mistargeting* ke rumah tangga kaya menghambat suksesnya program-program social (Yamauchi, 2010) (Alatas et al, 2013).

Upaya pemerintah memberi perlindungan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan telah banyak memberi manfaat sehingga harapannya mereka dapat akses pengobatan ke dokter dan fasilitas kesehatan termasuk rumah sakit. Kesakitan

adalah kejadian yang sulit diprediksi. Oleh sebab itu, ketersediaan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan kemiskinan, sebagai bagian dari upaya perlindungan sosial, sekiranya menjadi salah satu kunci penting dari kesejahteraan yang mencegah mereka jatuh terpuruk ke kondisi ekonomi yang lebih rendah, karena kesakitan yang mengganggu aktivitas pendapatan.

Beberapa faktor dapat menjelaskan mengapa lev-

el cakupan PBI diatas tidaklah 100%. Yang pertama adalah keterbatasan data SUSENAS dalam memberikan informasi status ekonomi sebuah rumah tangga. Data yang tercatat di SUSENAS adalah besaran konsumsi, yang bisa didapat rumah tangga dari bantuan eksternal, seperti subsidi pemerintah, tidak hanya dari hasil pembelian pribadi. Sebagain implikasinya, sebagian rumah tangga miskin dan rentan kemiskinan akan berada pada posisi menengah dalam urutan rumah tangga menurut besaran konsumsi dan tidak tergolong sebagai rumah tangga target. Yang kedua adalah isu di lapangan dalam pembagian PBI. Contohnya, kepesertaan belum bisa diproses apabila rumah tangga miskin dan rentan belum memiliki dokumen-dokumen yang diperlukan dengan baik dan benar. Bisa saja ada ketidaksesuaian antara nomor Kartu Keluarga dan nomor induk kependudukan (NIK) yang harus dirujuk ke kantor dinas kependudukan dan catatan sipil terlebih dahulu.

Ada juga rumah tangga miskin yang belum memiliki NIK, anak-anak yang belum memiliki akte kelahiran, atau mungkin juga ada kendala dalam mendapat surat keterangan tidak mampu dari ketua RT sampai kelurahan dan surat rekomendasi dari puskesmas. Faktor keterbatasan waktu dan transport ke Kantor BPJS untuk mengurus kepesertaan juga bisa menunda rumah tangga untuk mendaftar; misalnya, proses pendaftaran di kantor BPJS memakan waktu sedikitnya 2 jam, tergantung antrian (Pasien Bpjs, 2016).

Di awal tahun 2000an, program Asuransi Kesehatan untuk Keluarga Miskin (Askeskin) juga mengalami pengalaman yang sama, di mana ada rumah tangga miskin yang menolak Askeskin karena biaya transport dan biaya foto yang diperlukan untuk kartu Askeskin, serta ekspektasi layanan yang berbeda jika berobat menggunakan kartu Askeskin (Sparrow et al, 2013). Yang ketiga adalah keterbatasan sosialisasi tentang PBI itu sendiri. Contohnya, pada sebuah studi di salah satu kabupaten di Nusa Tenggara Timur, sebanyak 40% rumah tangga belum pernah dengar BPJS (Media JKN, 2016).

Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan

Analisis ini telah menunjukkan bahwa pemberian subsidi jaminan kesehatan oleh Pemerintah Pusat telah dinikmati oleh mayoritas masyarakat miskin dan rentan kemiskinan. Pada tingkat nasional, bantuan subsidi iuran jaminan kesehatan telah dinikmati oleh

mayoritas (51%) rumah tangga miskin dan rentan kemiskinan, terlebih lagi rumah tangga yang tinggal di wilayah Timur Indonesia (58%). Bersama dengan Jamkesda, 59,5% rumah tangga miskin dan rentan kemiskinan (66,4% di wilayah Timur) telah menerima manfaat proteksi jaminan kesehatan. Mereka dapat akses ke pengobatan sesuai dengan kebutuhan medis yang diderita, dapat memonitor kesehatan dan gizi anak-anak mereka dan dapat perlindungan dari biaya-biaya kesehatan yang sangat besar, seperti keadaan darurat, kebutuhan kelahiran anak, ataupun untuk penanganan penyakit kronis yang berkelanjutan.

Saran

Kedepannya, pembenahan dalam pemutakhiran data penerima PBI harus terus dilakukan agar terjadi peningkatan ketepatan rumah tangga sasaran. Penyempurnaan ini termasuk evaluasi sistem pendataan dan monitoring kepesertaan yang lebih akurat, reguler dan berkesinambungan untuk menjamin kesehatan seluruh masyarakat sebagaimana mestinya, tanpa persyaratan status ekonomi.

Daftar Pustaka

- Alatas, V., Banerjee, A., Hanna, R., Olken, B.A., Purnamasari, R. and Wai-Poi, M., 2013. *Does elite capture matter? Local elites and targeted welfare programs in Indonesia* (No. w18798). National Bureau of Economic Research.
- Alatas, V., Purnamasari, R. and Wai—Po, M., 2011. 15 targeting of the poor and vulnerable. *Employment, Living Standards and Poverty in Contemporary Indonesia*, p.313. diakses pada 22 Maret 2018
- Baihaqi, M.B. 2018 *Pemerintah Targetkan 95% Penduduk Terlindungi JKN di 2019*. Neraca [1 Februari 2018]. Diakses pada 21 Februari 2018 <<http://www.neraca.co.id/article/96562/pemerintah-targetkan-95-penduduk-terlindungi-jkn-di-2019>>
- BPJS Kesehatan. 2016. *Pentingnya Dukungan Pemda untuk mencapai Universal Health Coverage*. InfoBPJS Kesehatan Edisi 44 Tahun 2016. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Diakses pada 21 Februari 2018 <<https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/4d-c1390e3f9ad849198c0321a7c4bdc0.pdf>>
- Harimurti, P., Pambudi, E., Pigazzini, A. and Tandon, A., 2013. The Nuts & Bolts of Jamkesmas, Indonesia's Government-Financed Health Coverage Program for the Poor and Near-Poor. Media JKN, 2016. *Astaga! Kurang Sosialisasi, Mas-*

-
- yarakat tidak tahu Program BPJS. Media Sosialisasi JKN: Edisi Khusus Nov 2016. Diakses pada 22 Maret 2018 <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/indonesien/13486.pdf>>
- Pasien BPJS, 2016. *Cara Daftar Menjadi Peserta BPJS PBI (Syarat dan Prosedur)*. Diakses pada 22 Maret 2018 <<http://www.pasienbpjs.com/2016/04/cara-menjadi-peserta-bpjs-pbi.html>>
- Pradhan, M., Saadah, F. and Sparrow, R., 2007. Did the health card program ensure access to medical care for the poor during Indonesia's economic crisis?. *The World Bank Economic Review*, 21(1), pp.125-150.
- Sim, A.A., Negara, R. and Suryahadi, A., 2015. *Inequality, elite capture, and targeting of social protection programs: Evidence from Indonesia*. SMERU Research Institute.
- Sparrow, R., Suryahadi, A. and Widyanti, W., 2013. Social health insurance for the poor: Targeting and impact of Indonesia's Askeskin programme. *Social science & medicine*, 96, pp.264-271.
- TNP2K Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia. 2015. *Menuju Sistem Registrasi Tunggal untuk Perlindungan Sosial*.
- Yamauchi, C., 2010. Community-based targeting and initial local conditions: Evidence from Indonesia's IDT Program. *Economic Development and Cultural Change*, 59(1), pp.95-147.