

Welfare Economics, Perpajakan, dan Pendanaan Kesehatan

Novat Pugo Sambodo, S.E., MDEC., Ph.D.



Accredited by:



Member of:



feb.ugm.ac.id

Daftar Isi

✓ **Bagian I: *Welfare Economics***

- Definisi & Ruang Lingkup
- Efisiensi Pareto dan Keseimbangan Umum
- Fungsi Kesejahteraan Sosial
- Kegagalan Pasar & Peran Pemerintah
- Aplikasi pada Sektor Kesehatan

✓ **Bagian II: Perpajakan**

- Prinsip Dasar Perpajakan
- Jenis-Jenis Pajak
- Pajak untuk Kesehatan
- Studi Perbandingan Global
- Studi Kasus: Pajak Rokok untuk Pembiayaan Kesehatan Daerah

✓ **Bagian III: Pendanaan Kesehatan**

- Prinsip Dasar Pendanaan Kesehatan
- Sumber dan Mekanisme Pendanaan
- Model Pendanaan
- Sistem Indonesia: BPJS Kesehatan
- Efisiensi & equity dalam pembiayaan



Bagian I:

Welfare Economics

FACULTY OF ECONOMICS AND BUSINESS
UNIVERSITAS DAJARAN MADRA

Accredited by:



Member of:



Definisi & Ruang Lingkup

Pendekatan Positif dan Normatif dalam Teori Ekonomi

Positive Economics

Menjawab pertanyaan *faktual*

Normative Economics

Menjawab pertanyaan *etis & kebijakan*



Welfare Economics

Welfare economics merupakan cabang dari **normative economics**, yaitu bidang yang tidak hanya menganalisis hubungan sebab-akibat, tetapi juga penilaian **apakah alokasi sumber daya yang terjadi benar-benar meningkatkan kesejahteraan sosial**.

Dimensi Utama *Welfare Economics*

Vilfredo Pareto (Efisiensi Alokasi Sumber Daya)

Menjadi pijakan penting dalam konsep efisiensi. Kesejahteraan sosial maksimum tercapai **apabila tidak ada individu yang dapat diperbaiki tanpa merugikan individu lain** (*Pareto efficiency*).

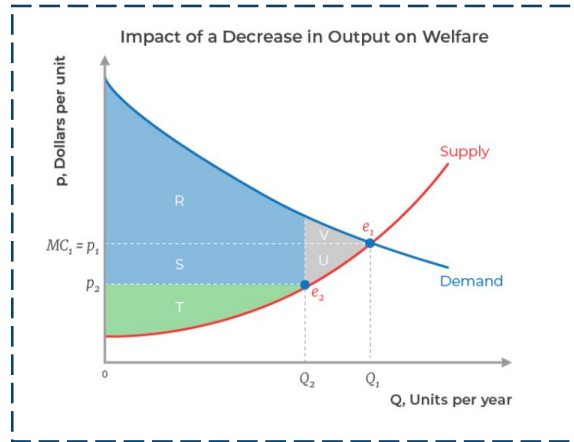
Knut Wicksell (Legitimasi Keputusan Publik)

Memberikan dimensi legitimasi dalam *welfare economics*. Menekankan pentingnya **persetujuan bersama** (*unanimity rule*) dalam keputusan publik.

A.C. Pigou (Keadilan Distribusi)

Menjelaskan bahwa kesejahteraan sosial dapat dianalisis secara ilmiah melalui: **maksimisasi pendapatan nasional dan distribusi pendapatan yang optimal**.

Efisiensi Pareto & Keseimbangan Umum



Sumber: MIT Opencourseware (2018)

Keseimbangan Pasar (e_1 , Q_1 , P_1)

- **Consumer surplus** (R + V).
- **Producer surplus** (S + T + U).
- **Total welfare** (CS + PS = R + V + S + T + U).

Intervensi Harga (Price Ceiling P_2)

- **Consumer surplus** (R + S).
- **Producer surplus** (T).
- **Total welfare** (CS + PS = R + S + T).

Deadweight Loss (DWL)

DWL (V + U) menunjukkan hilangnya potensi kesejahteraan sosial akibat intervensi harga.

Apa itu Efisiensi Pareto?

- Suatu alokasi sumber daya disebut **Pareto Efisien** bila **tidak ada individu yang bisa dibuat lebih baik tanpa membuat individu lain lebih buruk**.
- **Artinya:** kondisi sudah optimal, tidak ada ruang untuk memperbaiki satu pihak tanpa mengorbankan pihak lain.

Social Welfare

- Kesejahteraan sosial diukur dengan menjumlahkan **consumer surplus** dan **producer surplus**.
- Di titik keseimbangan pasar ($supply = demand$), CS + PS berada pada posisi maksimum.
- **Inti:** Welfare sosial maksimum terjadi di titik keseimbangan → kondisi **Pareto efisien**.

Keterbatasan

- Efisiensi tidak identik dengan **keadilan distribusi**.
- Suatu kondisi dapat Pareto efisien, tetapi tetap menghasilkan alokasi yang **timpang**.
- Oleh karena itu, perlu dilengkapi dengan pertimbangan **distribusi kesejahteraan** (Pigou) dan **legitimasi keputusan publik** (Wicksell).

Fungsi Kesejahteraan Sosial

Dalam *new welfare economics*, **Social Welfare Function (SWF)** dipandang sebagai formalisasi dari pendekatan Pigou, dengan memasukkan **unsur paternalistic value judgments** (Forte, 2018)

Definisi Social Welfare Function (SWF)

Formulasi analitis yang menggabungkan **utilitas individu** menjadi ukuran kesejahteraan kolektif, sehingga memungkinkan **penilaian alokasi sumber daya berdasarkan efisiensi dan distribusi**.

$$W = f(U_1, U_2, \dots, U_n)$$

Unsur Paternalistic Value Judgments

Penilaian normatif yang mencerminkan **pilihan nilai masyarakat atau pembuat kebijakan** dalam menggabungkan utilitas individu ke dalam kesejahteraan sosial.

“

Jika Pareto hanya menitikberatkan pada aspek efisiensi, maka SWF menambahkan **dimensi keadilan distribusi** melalui pertimbangan nilai **(value judgments)**, sehingga penilaian kebijakan tidak hanya berfokus pada **optimalisasi penggunaan sumber daya, tetapi juga pada keadilan hasil yang dicapai**.

Kegagalan Pasar & Peran Pemerintah dalam Mengatasi

1

Informasi Asimetris

Ketidakseimbangan informasi antar pelaku ekonomi yang menimbulkan keputusan tidak efisien.

2

Eksternalitas

Dampak aktivitas ekonomi yang memengaruhi pihak ketiga, baik positif maupun negatif.

3

Barang Publik

Bersifat *non-rival* & *non-excludable* sehingga tidak dapat disediakan secara memadai oleh mekanisme pasar.

4

Monopoli & Pasar Tidak Sempurna

Konsentrasi kekuatan pasar yang menimbulkan inefisiensi harga dan keterbatasan akses.

1

Regulasi

Menetapkan aturan untuk mengoreksi kegagalan pasar dan melindungi kepentingan publik.

2

Subsidi & Pajak

Instrumen fiskal untuk menginternalisasi eksternalitas dan mendorong efisiensi.

3

Penyediaan Langsung

Kebijakan untuk meningkatkan pemerataan dan keadilan distribusi sumber daya agar manfaat pembangunan dapat dirasakan lebih merata.

4

Redistribusi

Kebijakan untuk meningkatkan pemerataan dan keadilan distribusi sumber daya.

Aplikasi *Welfare Economics* Pada Sektor Kesehatan

Positive & Normative Questions

Positive Economics

"Berapa biaya pemeriksaan gratis bagi seluruh populasi?"

Normative Economics

"Apakah setiap orang berhak atas layanan kesehatan meskipun tidak mampu membayar?"

Analisis positif menyediakan dasar empiris untuk mendukung **keputusan normatif** dalam kebijakan publik.

Uncertainty & Premi Asuransi

» Kesehatan bersifat penuh **ketidakpastian**; individu tidak dapat memprediksi **kebutuhan medis mendadak**. Ketidakpastian ini mendorong permintaan asuransi kesehatan, tetapi juga melahirkan kegagalan pasar berupa **adverse selection** dan **moral hazard** (Bhattacharya et al., 2014)

Eksternalitas dalam Kesehatan

Eksternalitas Positif

Vaksinasi tidak hanya melindungi individu, tetapi juga menciptakan *herd immunity* yang melindungi masyarakat luas.

Eksternalitas Negatif

Penyakit menular menyebar dari individu ke komunitas, meningkatkan beban sosial dan ekonomi.

Peran Pemerintah

- Pemerintah di banyak negara maju membiayai sebagian besar belanja kesehatan publik sebagai respon atas kegagalan pasar (Bhattacharya et al., 2014).
- Dalam kerangka *welfare economics*, intervensi negara bertujuan:
 - a. **Mengoreksi kegagalan pasar** (eksternalitas, informasi asimetris).
 - b. **Menyediakan barang publik** (sanitasi, puskesmas, imunisasi).
 - c. **Menjamin keadilan distribusi** melalui kebijakan fiskal dan program sosial.

Bagian II: Perpajakan

FACULTY OF ECONOMICS AND BUSINESS
UNIVERSITAS ADJARAN MADA

Accredited by:



Member of:



Prinsip Dasar Perpajakan

Tujuan Perpajakan

- **Revenue:** pajak berfungsi sebagai penerimaan negara untuk membiayai *public goods*
- **Redistribution:** pajak mengurangi ketimpangan dengan mendistribusikan kekayaan
- **Regulation:** pajak mengubah perilaku masyarakat

Kriteria Sistem Pajak

- **Equity:** harus adil baik secara vertikal maupun horizontal
- **Efficiency:** menimbulkan deadweight loss yang seminimal mungkin
- **Administrative ease:** relatif mudah dikelola secara konsisten tanpa biaya berlebihan untuk mengumpulkan, menegakkan, dan mematuhi pajak dan undang-undang perpajakan.

Bagaimana cara yang paling adil dan efisien untuk memungut pajak?

Benefit Principle

Mereka yang mendapat **manfaat terbesar** dari program tertentu **harus membayar paling banyak** untuk program tersebut
(*Lindahl Tax Principle*).

Ability-to-Pay

Mereka yang **memiliki kemampuan membayar** paling besar **diharuskan membayar paling banyak**.

Prinsip Dasar Perpajakan

Siapa yang menanggung pajak?

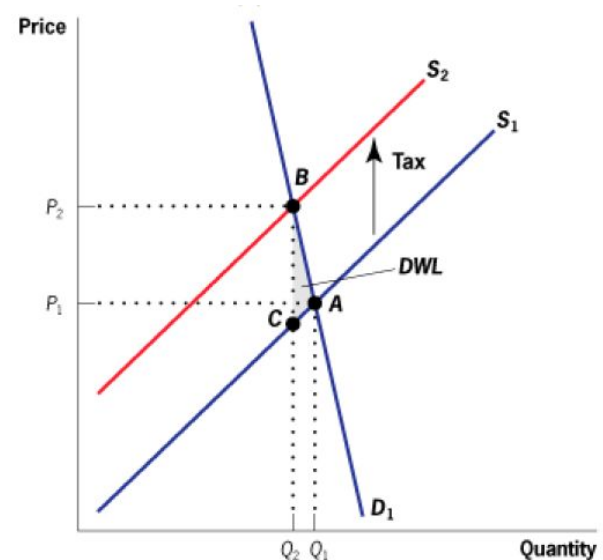
- **Statutory incidence**: pihak yang **secara hukum** diwajibkan membayar pajak ke pemerintah.
- **Economic incidence**: pihak yang **secara ekonomi benar-benar menanggung beban pajak**.
Contoh: Cukai rokok dibayar oleh perusahaan (*statutory incidence*), tetapi sebagian besar beban berpindah ke konsumen (*economic incidence*).

Excess Burden

Hilangnya *welfare* di atas dan di luar pajak yang terkumpul.
Disebut juga *welfare cost* atau *deadweight loss*.

Excess Burden pada cukai rokok

Rokok merupakan barang dengan permintaan inelastis. Ketika harga rokok naik dikarenakan adanya cukai, maka penurunan permintaan hanya sedikit. Oleh karena itu, beban pajak banyak dibebankan pada konsumen (B lebih tinggi dari C selisihnya dengan *equilibrium* awal-A). Dalam konteks ini, **excess burden yang ditimbulkan dari cukai rokok relatif kecil** (area segitiga).



Sumber: Rosen & Gayer (2014)

Jenis-Jenis Pajak

Direct Tax (pajak langsung)

Pajak Penghasilan

Pajak atas pendapatan individu yang umumnya bersifat **progresif** dan dapat menimbulkan **trade-off antara equity dan efficiency**.

Pajak Perusahaan

Pajak atas laba perusahaan yang bebannya secara ekonomi (*economic incidence*) dapat beralih ke **konsumen** (harga naik), **pekerja** (penurunan upah), atau **pemilik modal** (dividen berkurang).

Pajak Kekayaan/Warisan

Pajak atas kepemilikan aset, harta tetap, atau transfer kekayaan melalui warisan/hadiah untuk mengurangi konsentrasi kekayaan di kelompok tertentu.

Indirect Tax (pajak tak langsung)

Pajak Pertambahan Nilai

Pajak atas konsumsi barang dan jasa yang dipungut di **setiap tahap pertambahan nilai** (produksi-distribusi) dan pada akhirnya dibebankan pada **konsumen**.

Excise Tax – Cukai

Pajak atas konsumsi barang tertentu (*Pigouvian Tax*).

Pajak Penjualan

Pajak atas konsumsi umum yang dikenakan langsung saat penjualan barang/jasa (di titik akhir/*final sale*). Namun, rentan terjadi tax cascading/pajak berlapis di sepanjang rantai produksi.

Pajak Lainnya

Lump-Sum Tax

Pajak dengan **jumlah tetap** untuk setiap individu dan tidak mempertimbangkan pendapatan/konsumsinya.

Property Taxes

Pajak atas **nilai tanah dan bangunan** (*real estate*).

Payroll Taxes

Pajak/iuran yang dipotong dari gaji pekerja dan kontribusi pemberi kerja. Umumnya digunakan untuk **social insurance**.

Pajak Untuk Kesehatan

Apa itu *Sin Tax*?

Sin tax adalah pajak yang dikenakan pada barang dengan **dampak negatif pada kesehatan dan sosial**. Contohnya: rokok, alkohol, minuman berpemanis, atau *junk food*.

Mengapa *Sin Tax*?

Eksternalitas Negatif

Mengonsumsi barang berbahaya dapat meningkatkan pengeluaran/biaya kesehatan publik, menurunkan produktivitas, dan meningkatkan risiko kematian dini. Adanya pajak membantu **menginternalisasi biaya** bagi individu yang mengabaikan dampak jangka panjang.

Penerimaan Negara

Permintaan barang yang inelastis **mendorong penerimaan negara**.

Earmarking Pajak

→ Praktik mengalokasikan seluruh atau sebagian penerimaan pajak untuk tujuan pengeluaran atau program tertentu.

Earmark dapat berbentuk *hard earmark* (mengikat) atau *soft earmark* (mengikuti proses anggaran) → untuk membantu sektor kesehatan, sebaiknya diimplementasikan dalam bentuk **soft earmark** agar **fleksibel** (Ozer dkk., 2020).

Empirical Evidence:

Pajak pada minuman berpemanis menurunkan prevalensi obesitas dari 38.2% pada 2020 menjadi 34.4% pada 2030 di Saudi Arabia dan dari 37% menjadi 34.6% di Uni Emirat Arab. Pajak ini juga **menurunkan tingkat obesitas sebesar 12.7% di Saudi Arabia dan 9.5% di Uni Emirat Arab** (Al-Jawaldeh dkk., 2024).

Studi Perbandingan Global

Negara	Jenis Pajak	Mekanisme/Ketentuan	Pro	Kontra
Meksiko	<i>Excise tax: Soda Tax & Junk Food Tax</i> (2014)	• <i>Excise tax</i> 1 peso/liter untuk <i>sugar-sweetened beverages</i> (SSB). • 8% <i>sales tax</i> untuk makanan tinggi energi (≥ 275 kalori/100g).	• Efektif menurunkan konsumsi • Peningkatan penerimaan signifikan • Dampak kesehatan jangka panjang	• Dampak awal kecil
Thailand	<i>Excise tax</i> pada alkohol dan rokok (2001)	• Cukai rokok dan alkohol sebesar 2%. • Penerimaan cukai digunakan untuk mendanai <i>The Thailand Health Promotion Foundation</i> (ThaiHealth)	• Stabilitas pendanaan untuk promosi kesehatan • Lembaga independen dengan <i>governance</i> transparan • Efektif turunkan konsumsi alkohol & ubah perilaku sosial. • Dianggap <i>best practice</i> global oleh WHO sebagai model <i>earmarked sin tax</i> (<i>hard earmark</i>).	• Rigiditas fiskal: dana terkunci untuk ThaiHealth
Filipina	<i>Excise tax</i> pada rokok dan produk tembakau [Bagian dari Sin Tax Reform Law (RA 10351/2012)].	• Cukai rokok naik antara 108%–341% tergantung klasifikasi rokok. • Sebagian besar penerimaan cukai dialokasikan untuk <i>Universal Health Care program</i> (<i>soft earmark</i>).	• Penerimaan naik signifikan • Efektif menurunkan intensitas merokok • Sistem pajak lebih sederhana dan transparan	• Regresif • Penerimaan berpotensi menurun di masa depan
Malaysia	<i>Excise tax</i> pada <i>sugar-sweetened beverages</i> (SSB) (2019).	• Pajak dikenakan berdasarkan volume dan kandungan gula dalam minuman serta menggunakan <i>tiered system</i>.	• Reformulasi industri dan pergeseran konsumsi minuman.	• Butuh sistem monitoring kuat karena berbasis volume dan kandungan • Belum <i>earmarking</i> • Tidak ada penyesuaian inflasi otomatis

Studi Kasus: Pajak Rokok untuk Pembiayaan Kesehatan Daerah

Konteks

Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT)

Pendapatan negara dari cukai rokok yang dialokasikan **kepada pemerintah daerah** penghasil cukai maupun tembakau.

Peraturan Menteri Keuangan (PMK No. 222/PMK.07/2017): **minimal 50 % dari DBH CHT harus dikucurkan untuk program kesehatan** yang mendukung JKN (BPJS), fasilitas kesehatan, dan promosi/prevensi.

Jawa Timur

Menjadi provinsi dengan penerimaan DBH CHT **terbesar** dari tahun ke tahun. Berdasarkan Peraturan Menteri Nomor 16 tahun 2025: Rp3,57 triliun atau 55,9% dari keseluruhan DBH CHT 2025.

Alokasi

BPJS subsidi, penguatan RS/Puskesmas, alat & obat kesehatan, pelatihan tenaga medis, dan pembangunan infrastruktur pedesaan.

Kondisi Sektor Kesehatan di Jawa Timur

Pada 2021 – 2023

- Peserta JKN di Jawa Timur naik hampir **8 juta jiwa**.
- Terjadi peningkatan penerima bantuan iuran dari APBD sebesar **2,3 juta jiwa**.
- **91% puskesmas** di Jawa Timur berstatus kelulusan **terakreditasi paripurna** (meningkat dari tahun sebelumnya yang hanya 4,6%).

DBH CHT di Jawa Timur memberikan kontribusi pada pembiayaan kesehatan dan peningkatan kualitas layanan kesehatan.

Bagian III:

Pendanaan Kesehatan

FACULTY OF ECONOMICS AND BUSINESS
UNIVERSITAS DAJARAN MADRA

Accredited by:



Member of:



Prinsip Dasar Pendanaan Kesehatan

- **Tujuan utama:** negara berkewajiban menjamin setiap warganya dapat mengakses layanan kesehatan tanpa terkecuali.
- ***Universal Health Coverage (UHC)*:** Sistem pendanaan harus mendukung cakupan layanan kesehatan universal, dengan perlindungan risiko keuangan (Evans & Etienne, 2010; Ifeagwu, dkk., 2021)

Sumber & Mekanisme Pendanaan

- **Sumber utama:** pajak, asuransi sosial, pembayaran langsung (*out-of-pocket/OOP*), dan donor internasional
- **Pooling dana:** Pengumpulan dana secara kolektif (*pooling*) penting untuk menyebarkan risiko penyakit dan mencegah beban biaya pada individu
- **Pembayaran langsung (OOP):** Masyarakat membayar langsung dari kantongnya (*pocket*) untuk mengakses layanan kesehatan. Sehingga akan ada persoalan ketidakadilan dan risiko kemiskinan bagi mereka yang kemampuan ekonominya rendah, sehingga perlu diminimalkan

Model Pendanaan

- **Model pajak dan asuransi sosial:** Model pendanaan yang bersumber dari pajak dan asuransi sosial bersifat lebih progresif dan cenderung meningkatkan keadilan, dibandingkan model OOP atau asuransi swasta
- **Pendanaan berbasis kinerja (*Performance-Based Financing/PBF*):** model ini meningkatkan motivasi dan akuntabilitas, namun dampaknya pada kualitas layanan masih terbatas dan perlu disesuaikan dengan konteks lokal

Sumber: Luyten & Tubeuf, 2024; Ndayishimiye, 2015

Tabel 1. Mekanisme Pendanaan Kesehatan & Dampaknya

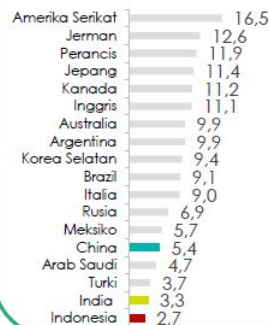
Mekanisme Pendanaan	Kelebihan	Kekurangan	Sumber Dana Utama
Pajak/Asuransi Sosial	Progresif, Adil, Risiko Tersebar	Butuh Administrasi Kuat	Pemerintah
Out of Pocket (OOP)	Mudah Diterapkan	Tidak Adil, Risiko Kemiskinan Tinggi	Individu
Donor/Internasional	Tambahan Dana Signifikan	Tidak Keberlanjutan, Distorsi	Donor Eksternal
Pendanaan Berbasis Kinerja	Meningkatkan Motivasi	Dampak Kualitas Terbatas	Pemerintah/Donor

Sumber: Evans & Etienne (2010)

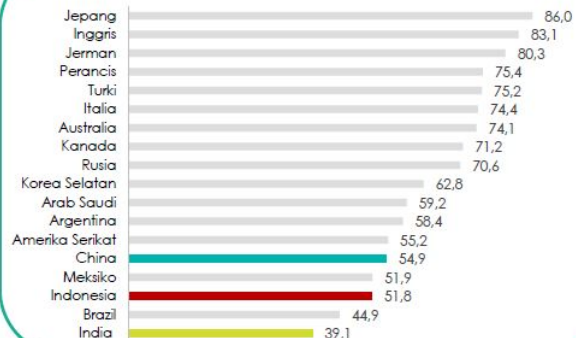
Belanja Kesehatan Indonesia diantara Negara Anggota G20

Skema publik masih mendominasi proporsi belanja kesehatan di berbagai negara

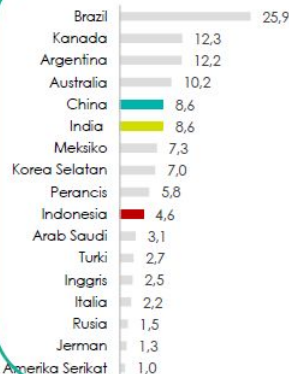
CHE per PDB (%)



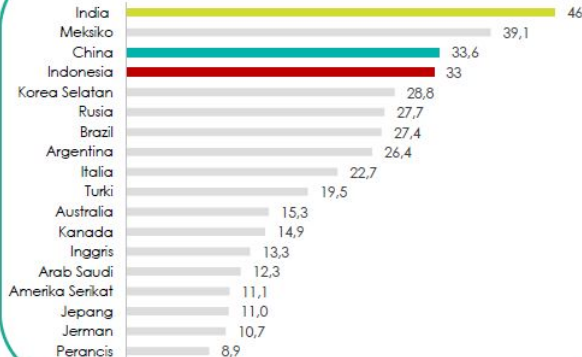
Belanja Publik per CHE (%)



Asuransi Swasta per CHE (%)



OOP per CHE (%)



- CHE per PDB Indonesia sebesar 2,7%, perlu mendorong **peningkatan investasi Kesehatan**.
- Semakin besar belanja publik/CHE, semakin kuat **komitmen pemerintah** dalam kesehatan
- Askes Swasta menjadi alternatif potensi untuk **meningkatkan akses ke layanan kesehatan** bagi Masyarakat.
- Diperlukan upaya peningkatan pembiayaan sumber publik dalam rangka menurunkan pengeluaran OOP, sehingga **meringankan beban finansial** masyarakat.

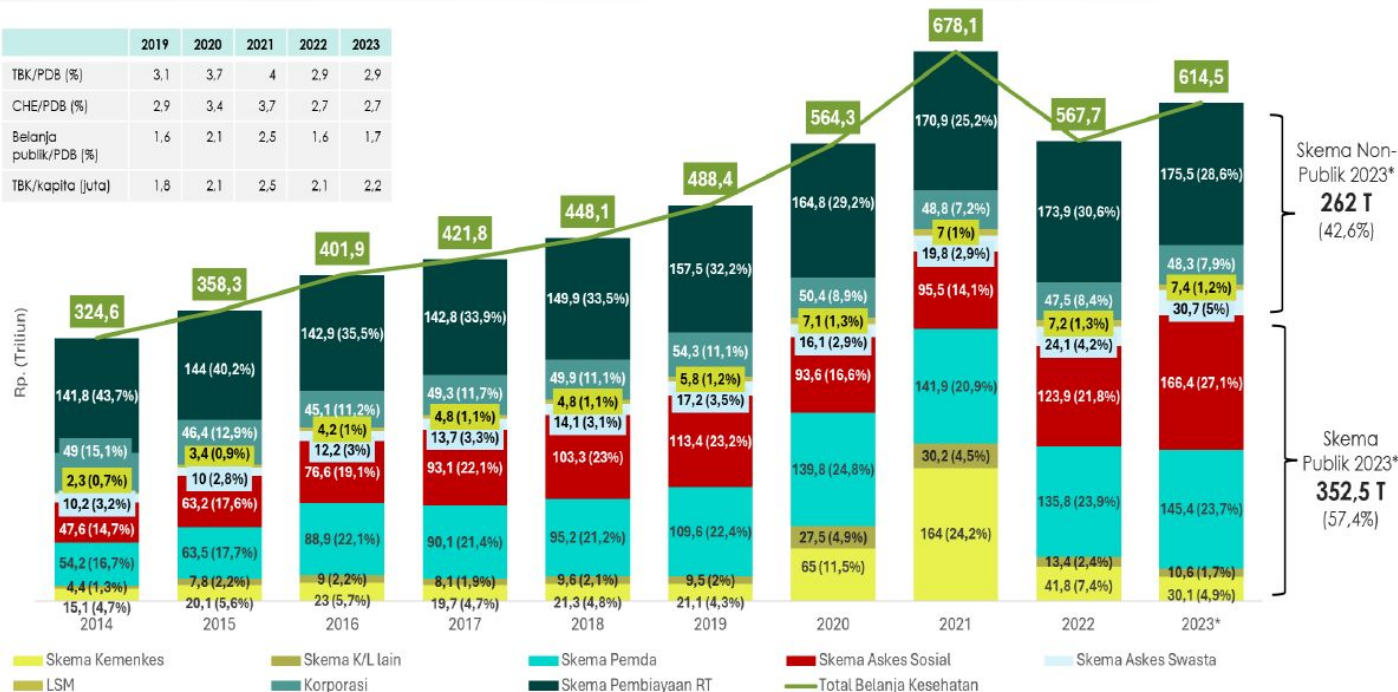
Total Belanja Kesehatan (TBK) Indonesia terus meningkat

National Health Accounts

Kemajuan dalam pembiayaan kesehatan

- 1 Didorong oleh peningkatan belanja publik.
- 2 Kenaikan belanja ini mendukung Pencapaian UHC, melalui JKN.
- 3 Askes Swasta juga mengalami peningkatan → masih ada potensi untuk meningkatkan peran Askes swasta.
- 4 Peningkatan belanja publik, JKN dan askes swasta berkontribusi dalam **menurunkan Out of Pocket**.

	2019	2020	2021	2022	2023
TBK/PDB (%)	3.1	3.7	4	2.9	2.9
CHE/PDB (%)	2.9	3.4	3.7	2.7	2.7
Belanja publik/PDB (%)	1.6	2.1	2.5	1.6	1.7
TBK/kapita (juta)	1.8	2.1	2.5	2.1	2.2



Sumber: National Health Account 2023

Sistem Indonesia: BPJS Kesehatan

- **Jaminan Kesehatan Nasional (JKN):** bertujuan untuk memastikan seluruh warga negara memperoleh akses layanan kesehatan yang adil dan terjangkau dengan kepesertaan seluruh warga Indonesia (Tahun 2021 sudah mencapai 83% target masyarakat)
- Manfaat komprehensif yang diperoleh peserta atas layanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan lanjutan
- **Pengurangan risiko finansial:** BPJS Kesehatan menurunkan beban biaya kesehatan masyarakat dan meningkatkan akses layanan

Sistem Indonesia: BPJS Kesehatan

- **Tantangan:** Administrasi dan pelayanan dengan masih ditemukan antrean panjang, proses rujukan yang rumit, dan perbedaan kualitas layanan antar kelas.
- **Kepatuhan Pembayaran:** Rendahnya kepatuhan pembayaran iuran peserta mandiri menjadi masalah utama.
- **Keadilan dan Inklusivitas:** Masih ada kelompok masyarakat yang belum terjangkau optimal, seperti pekerja informal dan masyarakat di daerah terpencil.

Efisiensi & Keadilan dalam Pembiayaan

- **Keadilan:** Sistem pendanaan pembiayaan/iuran kesehatan yang dibayarkan oleh masyarakat disesuaikan dengan level dan jenjang pendapatan artinya harus progresif, di mana yang mampu membayar lebih besar menanggung beban lebih banyak
- **Efisiensi:** Alokasi dana harus memperhatikan prioritas layanan, efisiensi penggunaan, dan transparansi kepada masyarakat.

Referensi

1. Al-Jawaldeh, A., Perucic, A.-M., Hammerich, A., Abdel Moneim, A. R. I., Ibrahim, E. T., ALMatrooshi, F. E., Alkhalaf, M. M., Letaief, M., Alali, N. K., Alghaith, T. M., & Abbass, M. M. S. (2024). A review of sugar-sweetened beverages taxation in Saudi Arabia and United Arab Emirates. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 30(11), 746–756. <https://doi.org/10.26719/2024.30.11.746>
2. Anantya, A., Saragih, N., Raja, O., & Berlianti, B. (2024). Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai Salah Satu Bentuk Pelayanan Publik. *SOSIAL : Jurnal Ilmiah Pendidikan IPS*. <https://doi.org/10.62383/sosial.v2i4.490>.
3. Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2014). *Health economics*. London: Palgrave Macmillan.
4. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. (2023). Profil Kesehatan Jatim 2022. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. <https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/PROFIL%20KESEHATAN%20JATIM%202022.pdf>
5. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. (2024). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2023. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. <https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/PROFIL%20KESEHATAN%20PROVINSI%20JAWA%20TIMUR%20TAHUN%202023.pdf>
6. Evans, D., & Etienne, C. (2010). Health systems financing and the path to universal coverage.. *Bulletin of the World Health Organization*, 88 6, 402 . <https://doi.org/10.2471/BLT.10.078741>.
7. Forte, F. (2018). Introduction to welfare economics. *Public Choice*, 177(3–4), 301–317. <https://doi.org/10.1007/s11127-018-0594-5>
8. Gruber, J. (2011). *Lecture 10: Welfare economics*. 14.03 Microeconomic theory and public policy [Video]. Massachusetts Institute of Technology OpenCourseWare. <https://www.youtube.com/watch?v=PC3qpoaF5Xs>
9. Ifeagwu, S., Yang, J., Parkes-Ratanshi, R., & Brayne, C. (2021). Health financing for universal health coverage in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *Global Health Research and Policy*, 6. <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00190-7>.
10. Karamagi, H., Njuguna, D., Kidane, S., Djossou, H., Kipruto, H., Seydi, A., Nabyonga-Orem, J., Muhongerwa, D., Frimpong, K., & Nganda, B. (2023). Financing health system elements in Africa: A scoping review. *PLOS ONE*, 18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291371>.
11. Kurniawan, D., Febriani, S., Hrp, N., & Berlianti, B. (2024). Pengalaman dan Persepsi Pengguna terhadap Layanan BPJS Kesehatan di Kelurahan Sei Agul, Kota Medan. *Jurnal Kajian dan Penelitian Umum*. <https://doi.org/10.47861/jkpu-nalanda.v2i6.1396>.
12. Miracolo, A., Sophiea, M., Mills, M., & Kanavos, P. (2021). Sin taxes and their effect on consumption, revenue generation and health improvement: A systematic literature review in Latin America. *Health Policy and Planning*, 36(5), 790–810. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa168>
13. Luyten, E., & Tubeuf, S. (2024). Equity in healthcare financing: A review of evidence.. *Health policy*, 152, 105218 . <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105218>.

Referensi

14. Ndayishimiye, C., Nduwayezu, R., Sowada, C., & Dubas-Jakóbczyk, K. (2025). Performance-based financing in Rwanda: a qualitative analysis of healthcare provider perspectives. *BMC Health Services Research*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12605-z>.
15. Ozer, C., Bloom, D., Valle, A. M., Banzon, E., Mandeville, K., Paul, J., Blecher, E., Sparkes, S., & Chhabra, S. (2020). HEALTH EARMARKS AND HEALTH TAXES: WHAT DO WE KNOW? Health, Nutrition and Population Knowledge Brief.
16. Pongutta, S., Suphanchaimat, R., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2019). Lessons from the Thai Health Promotion Foundation. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(3), 213–220. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.220277>
17. Rosen, H. S., & Gayer, T. (2014). *Public finance* (10th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
18. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). (2020). Tobacco Tax Earmarking. https://extranet.who.int/fctcapps/sites/default/files/kh-media/KH_B2B10_Tobacco-Tax-Earmarking.pdf