KEMENKES

NATIONAL HEALTH ACCOUNTS INDONESIA

TAHUN 2020

LEMBAGA PENERBIT
BADAN KEBIJAKAN
PEMBANGUNAN KESEHATAN

NATIONAL HEALTH ACCOUNTS INDONESIA
TAHUN 2020

NATIONAL HEALTH ACCOUNTS INDONESIA TAHUN 2020

Tim Penyusun :

- Prastuti Soewondo, S.E., M.P.H., Ph.D.
- Prof. Dr. drg. Mardiati Nadjib, M.S.
- Kurnia Sari, S.K.M., M.S.E.
- Amila Megraini, S.E., M.B.A.
- Dr. Atik Nurwahyuni, S.K.M., M.Kes.
- Yunita, S.K.M., M.K.M.
- Examinar, S.K.M.
- Mira Nurfitriyani, S.K.M.
- Helmi Wahyuningsih, S.K.M.
- Ryza Maulana Putra, S.Gz.
- Rita Yuniatun, S.K.M.
- Dini Hanifa, S.K.Pm.
- dr. Yuli Farianti, M.Epid.
- Herlinawati, S.K.M., M.Sc. (P.H.)
- Nelly Mustika Sari, S.K.M., M.K.M.
- Nana Tristiana, S.E.,Ak., M.M.
- Noventy Chairani Manik, S.K.M., M.K.M.
- Venty Fitria, S.K.M.
- dr. Emmy Ridhawaty, M.A.R.S.
- Elvina Diah, S.K.M., M.K.M.
- Fairuz Rabbaniyah, S.Ked., M.K.M.
- Astriadi Prasetyo, S.E.

Tim Editor:

Kurnia Sari, S.K.M., M.S.E.

Nana Tristiana, S.E.,Ak, M.M.

LEMBAGA PENERBIT BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN

Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI

National Health Accounts Indonesia 2020
@2022 oleh Prastuti Soewondo, dkk.

Hak Cipta yang dilindungi Undang-undang ada pada penulis.
Hak Penerbitan yang dilindungi Undang-undang ada pada Lembaga Penerbit Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (Lembaga Penerbit BKPK)

Dilarang mengutip dan memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit

Penasehat :
Sekretaris Jenderal

Pengarah :
Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan

Penanggung Jawab
Ketua Tim Kerja Kebijakan *Health Accounts*

Diterbitkan oleh Lembaga Penerbit Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan
(Lembaga Penerbit BKPK)
Anggota IKAPI No. 468/DKI/XI/2013
Jalan Percetakan Negara No. 23, Jakarta 10560
Telp. (021) 4261088, ext. 222, 223. Faks. (021) 4243933
Email :lpblitbangkes2@gmail.com; lpb.bkpk@kemkes.go.id;
website : http://www.badankebijakan.kemkes.go.id/

Didistribusikan oleh
Lembaga Penerbit Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (Lembaga Penerbit BKPK)

Katalog Dalam Terbitan

W 100
Pra Prastuti Soewondo
n National Health Accounts Indonesia 2020 / Prastuti Soewondo, dkk.
Kurnia Sari, Nana Tristiana (Ed.).
Jakarta : Lembaga Penerbit BKPK, 2022.

xxv, 104p. : ilus.; 21 cm.

ISBN 978-602-373-193-0

1. JUDUL I. INSURANCE, HEALTH

Daftar Isi

DAFTAR ISI V

DAFTAR GAMBAR VII

DAFTAR TABEL IX

DAFTAR LAMPIRAN X

DAFTAR SINGKATAN XIII

SAMBUTAN XVII

PRAKATA XIX

RINGKASAN EKSEKUTIF XXI

BAGIAN 1. PENDAHULUAN 3

1.1 Pengantar 5

1.2 Pemanfaatan Data NHA 5

BAGIAN 2. GAMBARAN UMUM BELANJA KESEHATAN INDONESIA 9

2.1. Total Belanja Kesehatan Indonesia 9

2.2. Proporsi Total Belanja Kesehatan dan Belanja Kesehatan Sektor Publik terhadap Produk Domestik Bruto (PDB) 11

2.3. Total Belanja Kesehatan per Kapita 15

BAGIAN 3. BELANJA KESEHATAN INDONESIA MENURUT DIMENSI SHA 2011 21

3.1. Belanja Kesehatan menurut Dimensi Skema PEMBIAYAAN (*Health Care Financing Schemes* (HF)) 21

Belanja Kesehatan menurut Dimensi Sumber Dana (*Revenues of Health Care Financing Schemes. Reporting Item* (FS.RI)) 24

Belanja Kesehatan menurut Dimensi Skema pembiayaan (HF) dan Sumber Dana (FS.RI) 26

Pemanfaatan Sumber Pembiayaan DAK pada skema Subnasional 30

3.2. Belanja Kesehatan menurut Dimensi Fungsi (*Health Care Functions* (HC)) 32

Belanja Kesehatan pada Fungsi Layanan Kuratif 34

Belanja Kesehatan pada Fungsi Layanan Preventif di Skema Publik 38

3.3. Belanja Kesehatan menurut Dimensi Penyedia Layanan atau *Health Care Providers* (HP) 43

BAGIAN 4. BELANJA KESEHATAN PROGRAM PRIORITAS PADA SEKTOR PUBLIK 51

4.1. Gambaran Belanja menurut Program Prioritas pada Skema pembiayaan Publik 54

4.2. Gambaran Hasil Identifikasi Lebih Lanjut Belanja Program Prioritas pada Skema pembiayaan Publik 56

4.2.1 Gambaran Belanja Program pada Kelompok Penyakit Infeksi dan Parasitik dalam Skema pembiayaan Publik 57

Informasi Khusus Belanja Kesehatan untuk COVID-19 pada Skema pembiayaan Publik dalam NHA 2020 63

4.2.2 Gambaran Belanja Program pada Kelompok Maternal, Neonatal, dan Kesehatan Reproduksi dalam Skema pembiayaan Publik 69

4.2.3. Gambaran Belanja Program terkait Kekurangan Nutrisi dalam Skema pembiayaan Publik 74

4.2.4 Gambaran Belanja Program pada Kelompok Penyakit Tidak Menular (PTM) dalam Skema pembiayaan Publik 78

PENUTUP 111

REFERENSI 114

LAMPIRAN 122

Daftar Gambar

Gambar 1. Tren Total Belanja Kesehatan (TBK) Indonesia Atas Dasar Harga Berlaku dan Harga Konstan Tahun 2012-2020 10

Gambar 2. Tren *Current Health Expenditure* (CHE) Indonesia Atas Dasar Harga Berlaku dan Harga Konstan Tahun 2012-2020 11

Gambar 3. Tren Belanja Kesehatan Indonesia terhadap Produk Domestik Bruto, 2012 – 2020 12

Gambar 4. Proporsi Total Belanja Kesehatan terhadap PDB Indonesia Dibandingkan Negara ASEAN Lainnya, 2012 & 2019 13

Gambar 5. Proporsi Belanja Kesehatan Publik terhadap PDB Indonesia Dibandingkan Negara ASEAN Lainnya, 2012 & 2019 15

Gambar 6. Belanja Kesehatan per Kapita Indonesia, 2016 – 2020 16

Gambar 7. Total Belanja Kesehatan Per Kapita Indonesia Dibandingkan dengan Negara ASEAN Tahun 2019 17

Gambar 8. Belanja Kesehatan menurut Skema Pembiayaan, 2012-2020 22

Gambar 9. Pertumbuhan Proporsi Belanja Kesehatan pada Beberapa Skema 23

Gambar 10. Belanja Kesehatan menurut Sumber Dana (FS.RI), 2016 - 2020 24

Gambar 11. Sumber Dana Belanja Kesehatan di Sektor Publik, 2018-2020 27

Gambar 12. Sumber Dana Belanja Kesehatan di Sektor Nonpublik, 2018-2020 29

Gambar 13. Alokasi dan Realisasi DAK 2018-2020 30

Gambar 14. Total Belanja Kesehatan menurut Fungsi Layanan, 2012-2020 32

Gambar 15. Belanja Kuratif Per Kapita di Indonesia dalam Rupiah, 2018-2020 35

Gambar 16. Tren Belanja Kuratif menurut Skema Pembiayaan, 2013 – 2020 35

Gambar 17. Belanja Kuratif menurut Skema Pembiayaan dan Sumber Dana, 2020 36

Gambar 18. Belanja Preventif Per Kapita pada Skema Publik di Indonesia dalam Rupiah, 2018-2020 38

Gambar 19. Tren Belanja Preventif menurut Skema Pembiayaan pada Skema Publik, 2013 – 2020 39

Gambar 20. Belanja Preventif Skema Publik menurut Sumber Dana, Skema Pembiayaan, Institusi Pengelola, dan Penyedia Layanan, 2020 40

Gambar 21. Rincian Belanja Layanan Preventif pada Skema Publik, 2018-2020 42

Gambar 22. Total Belanja Kesehatan menurut Provider, 2020 44

Gambar 23. Total Belanja Kesehatan menurut Provider, 2012 – 2020 45

Gambar 24. Total Belanja Kesehatan menurut Skema Pembiayaan dan Provider, 2020 46

Gambar 25. Belanja Program Prioritas pada Skema Pembiayaan Publik, 2019-2020 (Rp triliun) 55

Gambar 26. Rincian Belanja Skema Publik pada Kelompok Penyakit Infeksi dan Oportunistik, 2019-2020 60

Gambar 27. Gambaran Belanja Kelompok Penyakit Infeksi dan Parasitik pada Skema Pembiayaan Publik menurut Dimensi Fungsi, 2020 63

Gambar 28. Belanja COVID-19 menurut Skema Pembiayaan Publik, 2020 65

Gambar 29. Belanja COVID-19 menurut Sumber Dana pada Skema Pembiayaan Publik, 2020 65

Gambar 30. Belanja COVID-19 menurut Skema Pembiayaan Publik dan Dimensi Fungsi, 2020 67

Gambar 31. Gambaran Belanja Kelompok Maternal, Neonatal dan Kesehatan Reproduksi pada Skema Pembiayaan Publik menurut Dimensi Fungsi, 2020 73

Gambar 32. Gambaran Belanja Program terkait Kekurangan Nutrisi pada Skema Pembiayaan Publik menurut Dimensi Fungsi, 2020 78

Gambar 33. Rincian Belanja Skema Publik pada Kelompok Penyakit Tidak Menular, 2019-2020 82

Gambar 34. Gambaran Belanja Program pada Kelompok Penyakit Tidak Menular (PTM) dalam Skema Pembiayaan Publik menurut Dimensi Fungsi, 2020 83

Daftar Tabel

Tabel 1. Rincian Pemanfaatan Dana DAK Bidang Kesehatan Tahun 2020..... 31

Tabel 2. Gambaran Belanja Kelompok Penyakit Infeksi dan Parasitik menurut Skema Pembiayaan Publik dan Sumber Dana, 2019-2020 (dalam Rptriliun) 59

Tabel 3. Gambaran Belanja Kelompok Maternal, Neonatal dan Kesehatan Reproduksi menurut Skema Pembiayaan Publik dan Sumber Dana, 2019-2020 (dalam Rp Triliun)..... 72

Tabel 4. Gambaran Belanja Program terkait Kekurangan Nutrisi dalam Skema Pembiayaan Publik dan Sumber Dana, 2019-2020 (dalam Rp triliun) 76

Tabel 5. Gambaran Belanja Program pada Kelompok Penyakit Tidak Menular (PTM) dalam Skema Pembiayaan Publik dan Sumber Dana, 2019-2020 (dalam Rp triliun) 81

Daftar Lampiran

Lampiran 1. Total Belanja Kesehatan per Kapita Indonesia dalam US$ dan PPP, 2012-2020 96

Lampiran 2. Tren Belanja Kesehatan Sektor Publik dan Nonpublik terhadap Total Belanja Kesehatan Indonesia, 2012-2020 96

Lampiran 3. Tren Belanja Kesehatan menurut Skema Pembiayaan, 2012-2020 96

Lampiran 4. Belanja Kesehatan menurut dimensi SHA 2011 96

Lampiran 4.A. 1. *General Government Health Expenditure by Health Care Functions* (HC) *and Health Care Financing Schemes* (HF) (Rp billion), 2020..... 96

Lampiran 4.A. 2. *General Government Health Expenditure by Health Care Functions* (HC) *and Health Care Financing Schemes* (HF) (% *by Health Care Financing Schemes),* 2020 96

Lampiran 4.A. 3. *General Government Health Expenditure by Health Care Functions* (HC) and *Health Care Financing Schemes* (HF) (% *by Health Care Functions*), 2020 97

Lampiran 4.B. 1. *General Government Health Expenditure by Health Care Functions* (HC) and *Health Care Providers* (HP) (Rp billion), 2020..... 97

Lampiran 4.B. 2. *General Government Health Expenditure by Health Care Functions* (HC) *and Health Care Providers* (HP) (% by Health Care Providers), 2020 97

Lampiran 4.B. 3. *General Government Health Expenditure by Health Care Functions* (HC) *and Health Care Providers* (HP) (% by Health Care Functions), 2020 97

Lampiran 4.C. 1. *Total Health Expenditure by Health Care Providers* (HP) *and Health Care Financing Schemes* (HF), (Rp billion), 2020 98

Lampiran 4.C. 2. *Total Health Expenditure by Health Care Providers* (HP) *and Health Care Financing Schemes* (HF) (% *by Health Financing Schemes*), 2020 98

Lampiran 4.C. 3. *Total Health Expenditure by Health Care Providers* (HP) and *Health Care Financing Schemes* (HF) (% *by Health Care Providers*), 2020 98

Lampiran 4.D. 1. *Total Health Expenditure by Health Care Financing Schemes* (HF) *and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item* (FS.RI), (Rp billion), 2020 98

Lampiran 4.D. 2. *Total Health Expenditure by Health Care Financing Schemes* (HF) *and - Reporting Item (FS.RI) (% by Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item)*, 2020 99

Lampiran 4.D. 3. *Total Health Expenditure by Health Care Financing Schemes* (HF) *and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item (FS.RI) (% by Health Care Financing Schemes)*, 2020.....99

Lampiran 4.E. 1. *Total Health Expenditure by Financing Agents* (FA) *and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item (FS.RI)*, (Rp billion), 2020 99

Lampiran 4.E. 2. *Total Health Expenditure by Financing Agents (FA) and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item (FS.RI) (% by Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item)*, 2020.....100

Lampiran 4.E. 3. *Total Health Expenditure by Financing Agents (FA) and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item (FS.RI) (% by Financing Agents)*, 2020 100

Lampiran 4.F. 1. *Total Health Expenditure by Health Care Providers (HP) and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item (FS.RI), (Rp billion)*, 2020 100

Lampiran 4.F. 2. *Total Health Expenditure by Health Care Providers (HP) and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item (FS.RI) (% by Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item)*, 2020.....100

Lampiran 4.F. 3. *Total Health Expenditure by Health Care Providers (HP) and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item (FS.RI) (% by Health Care Providers)*, 2020 101

Lampiran 4.G. 1. *General Government Health Expenditure by Health Care Functions (HC) and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item (FS.RI), (Rp billion),* 2020.....101

Lampiran 4.G. 2. *General Government Health Expenditure by Health Care Functions (HC) and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item (FS.RI) (% by Revenues of Health Care Financing Schemes- Reporting Item)*, 2020.....101

Lampiran 4.G. 3. *General Government Health Expenditure by Health Care Functions (HC) and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item (FS.RI) (% by Health Care Functions)*, 2020.....101

Lampiran 4.H. 1. *Total Health Expenditure by Financing Agents (FA) and Health Care Financing Schemes (HF), (Rp billion)*, 2020 102

Lampiran 4.H. 2. *Total Health Expenditure by Financing Agents (FA) and Health Care Financing Schemes (HF) (% by Health Care Financing Schemes*), 2020.....102

Lampiran 4.H. 3. *Total Health Expenditure by Financing Agents (FA) and Health Care Financing Schemes (HF) (% by Financing Agents*), 2020 102

Lampiran 4.I. 1. *Total Health Expenditure by Health Care Providers (HP) and Financing Agents (FA), (Rp billion)*, 2020.....103

Lampiran 4.I. 2. *Total Health Expenditure by Health Care Providers (HP) and Financing Agents (FA) (% by Financing Agents)*, 2020.....103

Lampiran 4.I. 3. *Total Health Expenditure by Health Care Providers (HP) and Financing Agents (FA) (% by Health Care Providers)*, 2020.....103

Lampiran 4.J. 1. *General Government Health Expenditure by Health Care Functions (HC) and Financing Agents (FA), (Rp billion)*, 2020.....104

Lampiran 4.J. 2. *Total Health Expenditure by Health Care Functions (HC) and Financing Agents (FA) (% by Financing Agents)*, 2020.....104

Lampiran 4.J. 3. *Total Health Expenditure by Health Care Functions (HC) and Financing Agents (FA) (% by Health Care Functions)*, 2020 104

Daftar Singkatan

AIDS	: *Acquired immunodeficiency syndrome*
AKB	: angka kematian bayi
AKI	: angka kematian ibu
ANC	*: Antenatal Care*
APBD	: anggaran pendapatan dan belanja daerah
APBDes	: anggaran pendapatan dan belanja desa
APBN	: anggaran pendapatan dan belanja negara
APD	: alat pelindung diri
ARV	: *Antiretroviral*
ASEAN	*: Association for Southeast Asian Nations*
Askes	: asuransi kesehatan
Bapelkes	: Balai Pelatihan Kesehatan
Bappenas	: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BNN	: Badan Narkotika Nasional
BNPB	: Badan Nasional Penanggulangan Bencana
BOK	: bantuan operasional kesehatan
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPOM	: Badan Pengawas Obat dan Makanan
BPS	: Badan Pusat Statistik
BUMN	: Badan Usaha Milik Negara
CHE	*: Current Health Expenditure*
CNR	*: Case Notification Rate*
COVID-19	: *Corona Virus Disease* 2019
DAK	: dana alokasi khusus
DAU	: dana alokasi umum
DBH	: dana bagi hasil
DHA	: *District Health Accounts*
DM	: diabetes melitus
DTPK	: daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan terluar

DTU	: dana transfer umum
FGD	*: Focus Group Discussion*
FKRTL	: fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut
FKTP	: fasilitas kesehatan tingkat pertama
FS.RI	: *Financing Schemes. Reporting Item*
GDP	*: Gross Domestic Product*
GHED	*: Global Health Expenditure Database*
HC	*: Health Care Functions*
HF	*: Health Care Financing Scheme*
HIV	*: Human Immunodeficiency Virus*
HP	*: Health Care Provider*
ICD-10	*: International Classification of Diseases-10*
IDL	: imunisasi dasar lengkap
IHME	*: Institute for Health Metrics and Evaluation*
Ina-CBGs	*: Indonesia Case-Based Groups*
ISP	: infeksi saluran pernapasan
IUD	*: Intrauterine device*
JKK	: jaminan kecelakaan kerja
JKN	: jaminan kesehatan nasional
K/L	: kementerian/lembaga
K3	: kesehatan dan keselamatan kerja
KB	: keluarga berencana
KBK	: kapitasi berbasis kinerja
KDK	: kebutuhan dasar kesehatan
KEK	: kurang energi kronik
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Kemenkumham	: Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia
Kemenristekdikti	: Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi
Kemhan	: Kementerian Pertahanan
Kespro	: kesehatan reproduksi
KIA	: kesehatan ibu dan anak
KIE	: komunikasi, informasi, dan edukasi
KKBPK	: kependudukan keluarga berencana dan pembangunan keluarga

LNPRT	: lembaga non-profit yang melayani rumah tangga
LRA	: laporan realisasi anggaran
NHA	*: National Health Accounts*
NSPK	: norma, standar, prosedur, dan kriteria
NTD	*: Neglected Tropical Diseases*
ODHA	: orang dengan hiv/aids
OECD	*: Organisation for Economic Co-operation and Development*
OOP	*: Out-of-Pocket*
PBI	: penerima bantuan iuran
PC&PEN	: Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional
PDB	: produk domestik bruto
Pemda	: pemerintah daerah
Pemkab	: pemerintah kabupaten
Pemkot	: pemerintah kota
Pemprov	: pemerintah provinsi
PERPU	: peraturan pemerintah pengganti undang-undang
PHC	*: Primary Health Care*
PLKB	: penyuluh lapangan keluarga berencana
PMBA	: pemberian makan bayi dan anak
PMS	: penyakit menular seksual
PMT	: pemberian makanan tambahan
POLRI	: kepolisian negara republik indonesia
Posbindu	: pos pembinaan terpadu
Posyandu	: pos pelayanan terpadu
PPP	*: Purchasing Power Parity*
Prolanis	: program pengelolaan penyakit kronis
PSG	: pemantauan status gizi
PTM	: penyakit tidak menular
PTT	: pegawai tidak tetap
PUS	: pasangan usia subur
Renstra	: rencana strategis
Riskesdas	: riset kesehatan dasar
RKAKL	: rencana kerja dan anggaran kementerian dan lembaga

RPJMN	: rencana pembangunan jangka menengah nasional
RPPT	: rasio peserta prolanis terkendali
RS	: rumah sakit
Satker	: satuan kerja
SDGs	: *Sustainable Development Goals*
SDKI	: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SDM	: sumber daya manusia
SHA	*: System of Health Accounts*
SKN	: sistem kesehatan nasional
SPM	: standar pelayanan minimal
SUPAS	: survei penduduk antarsensus
TB	: Tuberkulosis
TBK	: total belanja kesehatan
TFR	*: Total Fertility Rate*
THE	*: Total Health Expenditure*
TKDD	: transfer ke daerah dan dana desa
UHC	*: Universal Health Coverage*
UMKM	: usaha mikro kecil dan menengah
UU	: undang-undang
WFO	*: work from office* (bekerja dari kantor)
WHO	*: World Health Organization*

Sambutan

Merebaknya pandemi Coronavirus Disease (COVID-19) di Indonesia memengaruhi berbagai aspek kehidupan terutama Kesehatan, saat pelayanan kesehatan esensial menjadi terdisrupsi. Hal ini mendorong pemahaman terkait sangat dibutuhkannya penguatan sistem kesehatan Indonesia. Upaya penanggulangan dan penanganan dampak COVID-19 mendorong peningkatan besar yang tidak terduga atas pembiayaan pelayanan kesehatan dan kemanusiaan. Pembiayaan sebagai salah satu pilar sistem kesehatan dituntut semakin inovatif dalam memobilisasi berbagai sumber guna mendukung resiliensi sistem kesehatan. Oleh karena itu, penyusunan kebijakan pembiayaan hendaknya semakin baik dan didasarkan pada bukti empiris.

Indonesia, melalui Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK), Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan, telah secara rutin menghasilkan data *National Health Accounts* (NHA). Data NHA dapat memberikan gambaran sistematik dan komprehensif terhadap belanja kesehatan di Indonesia. Data yang dihasilkan juga semakin berkualitas dengan metode estimasi semakin tajam setiap tahunnya. Data tersebut disajikan dalam bentuk *time series* dan menyajikan fakta-fakta empiris terkait pembiayaan kesehatan di Indonesia. Pemangku kepentingan seyogyanya dapat memanfaatkan hasil NHA secara maksimal dalam penyusunan dan perbaikan kebijakan pembiayaan kesehatan.

Pemanfaatan data NHA dalam proses perencanaan akan lebih optimal apabila dokumen NHA tersedia tepat waktu (*t-1*). Namun demikian, fragmentasi data menjadi tantangan tersendiri sehingga jaminan ketepatan waktu tersedianya dokumen NHA membutuhkan upaya kuat koordinasi yang berkelanjutan.

Dengan berbagai tantangan yang ada, produksi NHA tetap terlaksana setiap tahunnya. Untuk itu, saya mengucapkan apresiasi dan selamat kepada Pusjak PDK dan seluruh tim NHA serta pihak-pihak yang terlibat dalam proses penyusunan NHA ini. Ucapan terima kasih saya sampaikan kepada berbagai Kementerian/Lembaga/Instansi yang berperan aktif mendukung ketersediaan data estimasi NHA, di antaranya kepada Direktorat Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan, Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan Kementerian Keuangan (Kemenkeu), Direktorat Jenderal Bina Keuangan Daerah Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri), Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi (Kemendes), Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Badan Pusat Statistik (BPS), BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Apresiasi dan selamat juga saya sampaikan kepada seluruh tim NHA atas pencapaian produksi NHA tahun ini. Apresiasi besar kepada mitra pembangunan Indonesia USAID, yang terus mendukung upaya institusionalisasi NHA di Indonesia. Diharapkan kerjasama yang telah terjalin dapat terus berlanjut agar NHA Indonesia dapat dimanfaatkan tepat waktu dalam perbaikan perencanaan berbasis kinerja dan perbaikan kebijakan pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Selamat membaca dan semoga bermanfaat!

dr. Yuli Farianti, M.Epid
Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan
dan Desentralisasi Kesehatan

Prakata

Pengaturan dan pengelolaan pembiayaan kesehatan dalam penyelenggaraan sistem kesehatan suatu negara akan memengaruhi ketersediaan layanan kesehatan dan akses saat masyarakat membutuhkan. WHO dalam kerangka *Health System Blocks* menempatkan subsistem pembiayaan kesehatan sebagai elemen penting yang dapat memperkuat sistem kesehatan di sebuah negara dan oleh karena itu negara harus mampu memastikan sistem pembiayaan yang kuat, merata, dan berkesinambungan. Potret pembiayaan kesehatan menjadi penting bagi suatu negara.

Tahun ini, Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bekerjasama dengan tim dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI) kembali dapat memproduksi angka lengkap NHA 2020. Seperti pada tahun sebelumnya, potret belanja kesehatan Indonesia ini dihasilkan dengan dukungan berbagai pihak. Terima kasih kepada seluruh unit yang ada di Kementerian Kesehatan, khususnya Biro Keuangan dan Biro Perencanaan dan Anggaran, yang telah menyediakan data realisasi dan alokasi anggaran Kementerian Kesehatan. Kerjasama yang baik untuk memperbaiki kualitas data juga kami terima dari DJPB dan DJPK Kementerian Keuangan, Ditjen Bina Keuda Kementerian dalam Negeri, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi (Kemendes), Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Badan Pusat Statistik (BPS), BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Apresiasi juga kepada seluruh pihak terkait yang telah mendukung kelancaran produksi NHA 2020 ini.

Idealnya, produksi NHA *t-1* sangatlah dibutuhkan agar pemanfaatan NHA sesuai dengan *timing* perencanaan penganggaran kesehatan di Indonesia. Akan tetapi didalam proses produksi, tim masih menghadapi tantangan berkaitan dengan fragmentasi data sehingga membutuhkan upaya lebih dan waktu yang lama dalam pengumpulannya. Cerminan hal tersebut adalah kebutuhan *automatic data flow* merupakan hal krusial dalam rangka memperluas diseminasi pemanfaatan hasil NHA serta mendorong pemanfaatan hasil NHA. Data NHA disajikan dalam bentuk *time series*

sehingga lebih bermanfaat untuk analisis lebih lanjut dalam upaya menjawab isu-isu pembiayaan kesehatan. Sebagai *living document*, data NHA terus diperbaharui setiap tahunn melalui penajaman metodologi dan pemutakhiran melalui berbagai data pendukung yang tersedia. Terkait hal tersebut, pemanfaatan data NHA haruslah merujuk pada hasil terbaru yang dimuat pada laporan ini dan akan dipublikasikan.

Proses penajaman metodologi dan triangulasi pada konsolidasi produksi NHA menjadikan angka yang dihasilkan tidak hanya kredibel tetapi juga semakin komprehensif. Melalui publikasi hasil NHA ini, kami mendorong para pemangku kepentingan, akademisi, peneliti serta pemerhati pembiayaan kesehatan untuk dapat memanfaatkan data NHA yang tersedia, baik untuk penyusunan kebijakan maupun analisis dan studi lebih lanjut terkait dengan pembiayaan kesehatan.

Produksi NHA 2020 ini tercapai tidak lepas dari kerjasama yang solid dari tim NHA. Ucapan apresiasi kepada Mardiati Nadjib, Prastuti Soewondo, Kurnia Sari, Amila Megraini, Atik Nurwahyuni, Yunita, Examinar, Mira Nurfitriyani, Helmi Wahyuningsih, Ryza Maulana, Rita Yuniatun, Dini Hanifa, dan Citra Rofikasari dari Tim NHA FKM UI yang selalu memberikan dukungan dan masukan kepada Tim Pusjak PDK dalam proses penyusunan NHA ini. Kami juga mengucapkan apresiasi mendalam kepada USAID yang telah memberikan dukungan finansial untuk mendorong pelembagaan produksi NHA yang lebih baik melalui ThinkWell HFA *project*. Harapan kami, produksi NHA ini dapat berkontribusi maksimal dalam upaya menciptakan kebijakan kesehatan yang semakin baik di Indonesia.

Tim Penulis

Ringkasan Eksekutif

National Health Accounts (NHA) atau Akun Kesehatan Nasional merupakan suatu alat strategis untuk memahami pola belanja kesehatan suatu negara. Akun kesehatan ini secara komprehensif dapat memotret aliran belanja kesehatan yang mencakup sumber dana, mekanisme pendanaan, institusi pengelola dana, penyedia layanan, serta penggunaan belanja tersebut. NHA disusun berdasarkan metodologi terstandar WHO, yaitu mengacu pada *System of Health Accounts* (SHA) 2011. Tim NHA di bawah koordinasi Tim Kerja *Health Accounts* Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK), BKPK Kemenkes berkolaborasi dengan Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan Lembaga Pelayanan dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (PKEKK LPPKM FKM UI) menghasilkan gambaran angka lengkap (*full figure*) esttimasi belanja kesehatan di Indonesia tahun 2020 (mengikuti tahun fiskal pemerintah).

Laporan NHA 2020 ini tidak hanya menyajikan informasi yang menggambarkan estimasi belanja di tahun 2020 tersebut, namun juga menyajikan beberapa informasi secara *time series* sehingga dapat dilihat tren belanja dari tahun ke tahun. Hasil NHA ini mencakup gambaran belanja secara agregat maupun disagregat (menurut berbagai dimensi, seperti sumber, skema, provider, fungsi, jenis penyakit, dsb). Gambaran secara agregat itu disajikan baik dalam bentuk Total Belanja Kesehatan (TBK) yang mencakup belanja kesehatan operasional (*Current Health Expenditure* – CHE) dan belanja investasi (belanja barang modal, belanja riset dan belanja pendidikan tenaga kesehatan pada skema publik), maupun dalam bentuk CHE (diluar belanja investasi) yang umumnya digunakan secara internasional untuk perbandingan antarnegara.

Besaran TBK Indonesia tahun 2020 diestimasi sebesar Rp561,8 triliun (CHE = Rp527,2 triliun), belanja ini meningkat Rp73,5 triliun dibandingkan tahun 2019 atau tumbuh sekitar 15,1 persen. TBK tersebut mewakili 3,6 persen dari Produk Domestik Bruto (PDB), sementara CHE mewakili sebesar 3,4 persen dari PDB tahun 2020. Apabila dilihat secara per kapita, belanja kesehatan di

Indonesia terus mengalami pertumbuhan selama lima tahun terakhir, yaitu menjadi sebesar Rp2,1 juta/kapita/tahun atau sebesar US$142,1/kapita/tahun dibandingkan tahun 2016 sebesar Rp1,55 juta/kapita/tahun atau US$116,7/kapita/tahun.

Gambaran belanja kesehatan tahun 2020 yang meningkat cukup besar dibandingkan tahun-tahun sebelumnya mencerminkan kondisi pandemi *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) dimana berbagai sumber daya diprioritaskan untuk penanganan dan pengendalian pandemi, khususnya bidang kesehatan. Sesuai amanah undang-undang, penanganan pandemi menjadi tanggung jawab pemerintah. Hal ini tercermin dari peningkatan belanja kesehatan skema pemerintah, baik pemerintah pusat (Kementerian kesehatan dan Kementerian Lembaga lain), maupun pemerintah daerah (pemerintah provinsi dan kabupaten/kota). Belanja kesehatan pada skema pemerintah pusat tahun 2020 sebesar Rp 90,2 triliun atau sebesar 16,1 persen dari total belanja kesehatan, meningkat hingga lebih dari dua kali lipat dibandingkan dengan tahun 2019. Belanja kesehatan skema pemerintah daerah tahun 2020 sebesar Rp 139,8 triliun atau 24,9 persen dari total belanja kesehatan, meningkat sebesar 27,5 persen dari tahun 2019. Peningkatan belanja skema pemerintah tersebut juga berakibat pada peningkatan kontribusi pendanaan skema publik yang mencapai Rp323,4 triliun (57,6 persen dari TBK).

Sebagian besar skema nonpublik mengalami penurunan belanja pada tahun 2020, tetapi skema rumah tangga (*Out-of-Pocket/*OOP) secara nominal tetap tumbuh dari Rp157,5 triliun (2019) menjadi Rp164,8 triliun (2020). Belanja tersebut masih mewakili sebesar 29,3 persen dari TBK 2020. Secara global, *World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa batas ideal proporsi OOP adalah ≤20% dari TBK.

NHA dapat dimanfaatkan dalam pemberian input terkait efisiensi, efektivitas, serta keselarasan (sinergisme) baik dengan arahan program prioritas maupun regulasi yang ada. Berdasarkan pola penggunaannya, hasil NHA 2020 menunjukkan bahwa lebih dari separuh TBK digunakan untuk layanan kuratif, baik rawat inap (34,4 persen dari TBK atau setara dengan Rp193,5 triliun), maupun rawat jalan (25,7 persen dari TBK atau setara dengan Rp144,1 triliun). Hal ini sejalan dengan pola belanja menurut

provider, dimana provider yang mayoritas kegiatannya menyediakan pelayanan kuratif mendominasi belanja kesehatan tahun 2020, yaitu rumah sakit (51,7 persen dari TBK atau setara dengan Rp290,6 triliun) dan FKTP (24,5 persen dari TBK atau setara dengan Rp137,4 triliun). Hal yang menarik pada NHA 2020 adalah dominasi belanja kuratif oleh sektor publik, dimana sebelumnya pada tahun 2018-2019 mayoritas berada pada sektor nonpublik. Kondisi demikian dapat dipicu karena adanya kebijakan biaya pengobatan pasien

di rumah sakit menjadi tanggung jawab pemerintah yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.01.07/Menkes/238/2020. Sementara itu, belanja preventif yang merupakan bagian dari barang publik (*public goods*) dimana pendanaannya menjadi tanggung jawab pemerintah, secara konsisten pada skema publik juga menunjukkan peningkatan dari Rp39,9 triliun (2018) menjadi Rp48,3 triliun (2019) dan Rp70,6 triliun pada tahun 2020 (21,8 persen dari total belanja kesehatan skema publik). Belanja layanan preventif pada skema publik ini didominasi oleh kegiatan surveilans epidemiologi dan pengendalian penyakit sebanyak Rp36,3 triliun (meningkat hingga tiga kali lipat dibandingkan tahun 2019), serta deteksi dini sebanyak Rp3,7 triliun (meningkat dua kali lipat dari tahun 2019) . Hal tersebut sejalan dengan adanya arahan kebijakan untuk meningkatkan pelaksanaan pelacakan kontak (*contact tracing)* dan pemeriksaan COVID-19 (*testing*).

Data NHA 2020 juga menyajikan analisis belanja kesehatan menurut program/jenis penyakit. Saat ini, belanja kesehatan yang memungkinkan untuk dapat diidentifikasi menurut program tertentu adalah dari skema publik (skema kemenkes, K/L lain, subnasional, dan asuransi kesehatan sosial). Gambaran tersebut mencakup informasi program prioritas pada empat kelompok besar penyakit yang meliputi penyakit infeksi dan parasitik; maternal, neonatal, dan kesehatan reproduksi; kekurangan gizi; serta Peyakit Tidak Menular (PTM). Hal tersebut mengacu pada prioritas nasional yang tercantum dalam dokumen Rencana Panjang Jangka Menengah Nasional (RPJMN).

Total belanja skema publik pada empat kelompok besar program prioritas di tahun 2020 mengalami peningkatan sebesar Rp77,1 triliun atau

meningkat sebesar 68,1 persen dibanding tahun 2019. Terjadi pergeseran pola belanja menurut penyakit dimana pada tahun 2019 didominasi oleh PTM, sedangkan tahun 2020 didominasi oleh penyakit infeksi dan parasitik (termasuk di dalamnya belanja COVID-19). Serapan belanja pada masing-masing program di tahun 2020, yaitu Rp113,5 triliun untuk penyakit infeksi dan parasitik, Rp56,5 triliun untuk PTM, Rp17,8 triliun untuk maternal, neonatal, dan kesehatan reproduksi, serta Rp2,6 triliun untuk gizi. Belanja PTM itu sendiri mengalami penurunan sebesar Rp14,9 triliun atau 20,9 persen dibandingkan dengan tahun 2019 yang mencapai Rp14,9 triliun atau 20,9 persen dibandingkan dengan tahun 2019, sedangkan belanja penyakit infeksi dan parasitik mengalami peningkatan hingga hampir enam kali lipat dibandingkan dengan tahun 2019 (Rp19,2 triliun). Hal ini disebabkan adanya peningkatan anggaran publik dalam rangka penanganan dan penanggulangan COVID-19 secara cepat melalui *refocusing* kegiatan, realokasi anggaran, serta pengadaan, barang dan jasa dalam rangka percepatan penanganan COVID-19 atas dasar Instruksi Presiden Nomor 4 Tahun 2020 yang ditetapkan tanggal 20 Maret 2020.

Sebanyak 88 persen (Rp99,9 triliun) dari belanja penyakit infeksi dan parasitik pada skema publik merupakan belanja penanganan COVID-19 , sementara proporsi belanja pada program penyakit lainnya hanya sekitar 1-3 persen pada tahun 2020. Selain itu, belanja pada program lainnya seperti HIV/AIDS, TB, Malaria, dan Infeksi Saluran Pernapasan (ISP) juga menunjukkan penurunan dibandingkan dengan tahun 2019 yang juga diikuti dengan penurunan beberapa capaian indikator pada program-program tersebut. Walaupun demikian, penurunan capaian indikator juga dapat dipengaruhi oleh pembatasan aktivitas sosial akibat pandemik, maupun faktor lainnya yang belum dapat terpotret dalam hasil NHA 2020.

Belanja program PTM pada skema publik tahun 2020 didominasi untuk pengobatan penyakit genital dan sistem saluran kemih (Rp 9,7 triliun), kemudian diikuti oleh kardiovaskuler (Rp 9,0 triliun), dan neoplasma (Rp 7,7 triliun). Sebagian besar belanja PTM tersebut atau sekitar 98 persen dari belanja PTM pada skema publik (Rp55,4 triliun) berasal dari skema asuransi kesehatan sosial dan 97,9 persen di antaranya digunakan untuk layanan kuratif. Hanya 2,1 persen belanja program PTM yang digunakan untuk layanan preventif, dan 0,2 persen di antaranya merupakan deteksi dini.

Oleh karena itu, kedepannya perlu dilakukan evaluasi untuk optimalisasi program deteksi dini mengingat besarnya belanja pelayanan kuratif pada kelompok PTM.

Total belanja pada skema publik yang dibelanjakan untuk kelompok maternal, neonatal dan kesehatan reproduksi mengalami penurunan sebesar Rp2 triliun, dari Rp19,8 triliun di tahun 2019 menjadi Rp17,8 triliun tahun 2020. Adanya pandemi COVID-19 yang terjadi di Indonesia mengakibatkan terjadinya realokasi anggaran untuk penanganan COVID-19 sehingga berdampak pada gambaran pembiayaan program lainnya.

Gambaran belanja kesehatan yang terangkum dalam dokumen NHA pada dasarnya dibuat untuk memenuhi kepentingan nasional maupun internasional. Pada tingkat internasional, data NHA digunakan oleh WHO untuk pembaharuan profil Indonesia pada *Global Health Expenditure Database* (GHED) setiap tahunnya. Pada tingkat nasional, data NHA digunakan untuk mendukung perumusan kebijakan. Beberapa contoh pemanfaatan data NHA di tingkat nasional antara lain mendukung analisis belanja perawatan pasien PTM berbiaya tinggi di rumah sakit, serta analisis peran donor luar negeri dalam pembiayaan program HIV/AIDS, TB, dan Malaria. Menteri Kesehatan terus mendorong upaya percepatan produksi NHA agar terpenuhi dalam T-1 guna mendukung proses perencanaan anggaran. Oleh karena itu, tim terus berupaya mengatasi berbagai tantangan ketersediaan data yang saat ini masih terfragmentasi di berbagai instansi agar dapat tersedia secara cepat. Upaya tersebut antara lain melalui koordinasi secara intensif dengan berbagai instansi penyediaan data, serta upaya membangun otomatisasi data. Dalam upaya otomatisasi data tersebut, tim NHA telah melakukan serangkaian diskusi dengan tim *Digital Transformation Office* (DTO) Pusdatin Kemenkes untuk mendapatkan dukungan interoperabilitas data yang diperlukan pada produksi NHA.

1

BAGIAN 1.

PENDAHULUAN

BAGIAN 1. PENDAHULUAN

1.1. Pengantar

Keberhasilan pembangunan kesehatan harus dilakukan oleh semua pihak untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang berperilaku hidup bersih dan sehat serta mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu. Dengan demikian, dapat dicapai derajat kesehatan setinggi-tingginya. Bentuk serta upaya penyelenggaraannya dituangkan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang kesehatan.

Arah kebijakan dan strategi dalam pencapaian RPJMN bidang kesehatan 2020-2024 ditujukan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*). Hal tersebut dilakukan dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif yang didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi.[1] Dalam mencapai tujuan tersebut, penyelenggaraan pembangunan kesehatan membutuhkan pengelolaan berbagai sumber pembiayaan, baik dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, maupun masyarakat.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan memerlukan berbagai sumber pembiayaan, sehingga subsistem pembiayaan kesehatan menjadi bagian penting dalam memperkuat SKN. Pembiayaan kesehatan ini harus mampu memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat tanpa harus membebani mereka ketika sakit. Selain itu, pembiayaan kesehatan haruslah berkualitas, efektif dan efisien, serta memenuhi prinsip keadilan (ekuitas). Dalam mendukung berjalannya subsistem pembiayaan kesehatan, diperlukan unsur-unsur yang saling terkait dan menunjang, yaitu sumber dana dan pengelolaan dana kesehatan.

Terjadinya pandemi *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) sangat berdampak pada segala aspek kehidupan, baik ekonomi, sosial, dan yang utama adalah kesehatan, termasuk pada pola belanja kesehatan.

Sebagaimana diketahui bersama, belanja kesehatan meningkat tajam di tahun 2020-2021 yang difokuskan pada penanganan dan pengendalian COVID-19 . Namun bagaimana dengan pelaksanaan kegiatan kesehatan lainnya seperti *stunting*, KIA, TB, dan lainnya. Kondisi ini memberi tantangan besar bagi kita dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia akibat terjadinya penurunan aktivitas beberapa program prioritas kesehatan selama masa pandemi. Hal inilah yang dikuatirkan berpengaruh negatif terhadap pembangunan kesehatan Indonesia. Untuk itu, diperlukan alat monitoring dan evaluasi pada implementasi pembiayaan kesehatan yang tepat dan terarah.

Salah satu *tools* mekanisme pemantauan aliran pembiayaan kesehatan adalah *National Health Accounts* (NHA). NHA merupakan sebuah instrumen yang dapat memberikan informasi komprehensif dan sistematik belanja kesehatan suatu negara, baik belanja sektor publik maupun sektor swasta. Akun ini dapat memberikan gambaran mengenai darimana sumber pendanaan kesehatan, siapa yang mengelola, *provider* apa yang menyediakan layanan kesehatan, serta layanan apa saja yang digunakan.[2]

NHA disusun dengan tujuan untuk memberi informasi terkait besaran total konsumsi serta jumlah dana yang diinvestasikan untuk kesehatan, termasuk pengadaan barang medis dan belanja investasi lainnya. Gambaran ini dibutuhkan untuk mendapatkan perspektif pola belanja kesehatan di Indonesia, sekaligus memberikan masukan kepada pemangku kebijakan tentang kecukupan dan keberlangsungan pembiayaan kesehatan di masa depan.

Produksi NHA dari tahun ke tahun menunjukkan hasil yang semakin baik dan kredibel. Hal ini terlihat dari semakin berkembangnya pembaharuan dalam metodologi dan penajaman analisis terutama dalam menganalisis belanja COVID-19 , distribusi penyakit, dan pemanfaatan belanja dana desa. Diharapkan informasi dari data NHA yang dihasilkan dapat dimanfaatkan secara maksimal dan dapat memberikan umpan balik untuk perbaikan kebijakan pembiayaan kesehatan selanjutnya.

1.2 Pemanfaatan Data NHA

Data NHA memberikan informasi gambaran belanja kesehatan yang dapat dilihat dari berbagai dimensi, termasuk sumber dana, penyedia layanan kesehatan, fungsi belanjanya, dan dimensi lainnya.[2] Informasi tersebut dapat digunakan oleh pemangku kepentingan untuk menjadi dasar dalam pengembangan kebijakan, monitoring dan evaluasi kebijakan penganggaran kesehatan, serta dalam jangka panjang dapat melihat tren perubahan pola pembiayaan kesehatan akibat dari suatu perubahan kebijakan. Data NHA secara global tersedia secara publik melalui *Global Health Expenditurer Database* (GHED) yang rutin diterbitkan oleh *World Health Organization* (WHO).

Berbagai negara telah menganalisis berbagai rumusan kebijakan pembiayaan kesehatan menggunakan data NHA. Di Kenya, data NHA mampu membuktikan bahwa pembiayaan kesehatan rumah tangga telah mendominasi sumber pembiayaan kesehatan nasional pada tahun 2001/2002 yang dapat berdampak buruk bagi masyarakat miskin. Data ini menjadi dasar bagi Kenya untuk meningkatkan belanja kesehatan bersumber pemerintah hingga peningkatan 30 persen di tahun 2006. Selain itu, data NHA juga digunakan oleh lembaga sosial masyarakat di Kenya untuk menunjukkan bahwa belanja pemerintah untuk HIV tidak mencakup pembiayaan pengobatan ARV dan dibebankan kepada rumah tangga. Pemerintah Namibia menggunakan data NHA untuk menganalisis pemanfaatan pembiayaan kesehatan untuk kesehatan reproduksi. Meskipun kesehatan reproduksi merupakan program prioritas nasional, dari data NHA ditemukan bahwa porsi belanja kesehatan untuk kesehatan reproduksi hanya 10 persen dari total belanja kesehatan.[3] Berbagai negara telah membuktikan manfaat NHA dalam mendukung analisis kebijakan pembiayaan kesehatan.

NHA di Indonesia telah diproduksi secara rutin lebih dari 10 tahun oleh Kementerian Kesehatan yang bekerja sama dengan akademisi. Produksi NHA telah menjadi salah satu indikator dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2020 – 2024 pada kegiatan Pengembangan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan target dihasilkannya bahan kebijakan teknis pengembangan pembiayaan kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Hasil NHA sendiri telah dipublikasikan pada

website Kementerian Kesehatan dan juga dilaporkan secara rutin pada profil kesehatan Indonesia. Adanya data NHA yang dapat diakses oleh publik membuka peluang bagi para pemangku kebijakan untuk dapat melihat gambaran pembiayaan kesehatan di Indonesia dan menjadikannya sebagai dasar dalam pengambilan keputusan. Selain itu, publikasi NHA juga dapat menjadi bahan analisis bagi para peneliti untuk berbagai penelitian terkait perkembangan pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Pemanfaatan NHA di Indonesia telah digunakan oleh berbagai institusi di lingkungan Kementerian Kesehatan untuk mendukung berbagai analisis kebijakan. Menteri Kesehatan juga menggunakan data NHA dalam paparannya pada rapat kerja bersama Komisi IX DPR RI yang menganalisis komposisi pemanfaatan belanja kesehatan di Indonesia yang mayoritas digunakan untuk kuratif serta perlunya meningkatkan belanja untuk layanan promotif dan preventif.[4] Selain itu, sub-akun jenis penyakit dari data NHA juga telah dimanfaatkan dalam mendukung analisis peninjauan manfaat skema JKN berbasis Kebutuhan Dasar Kesehatan (KDK) dan analisis pembiayaan skrining penyakit tidak menular, serta pembiayaan program prioritas (HIV/AIDS, TB, dan Malaria) bersumber donor pada skema publik. Di masa pandemi COVID-19 , NHA juga mampu memberikan gambaran pembiayaan kesehatan di masa pandemi COVID-19 pada skema publik maupun nonpublik.

2

BAGIAN 2.

GAMBARAN UMUM BELANJA KESEHATAN INDONESIA

BAGIAN 2. GAMBARAN UMUM BELANJA KESEHATAN INDONESIA

2.1. Total Belanja Kesehatan Indonesia

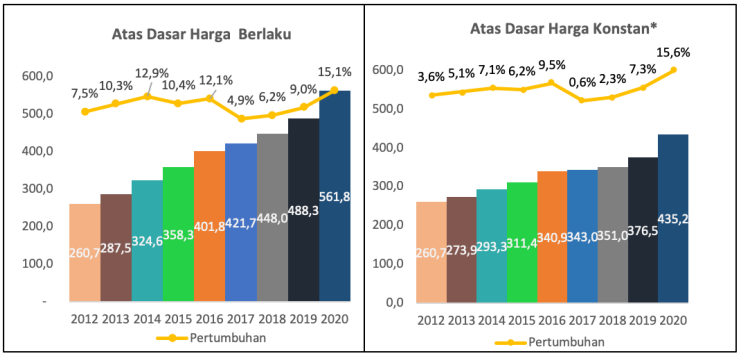
Hasil estimasi *National Health Account* (NHA) memberikan gambaran belanja kesehatan Indonesia, baik secara agregat maupun disagregat menurut berbagai dimensi sesuai dengan panduan *System of Health Accounts* (SHA 2011). Dalam NHA, belanja kesehatan yang dihitung adalah belanja yang merupakan konsumsi akhir (*final consumption),* baik berupa barang maupun jasa pelayanan yang dikonsumsi oleh penduduk setempat (dihasilkan sendiri maupun impor) dalam periode satu tahun. Definisi belanja kesehatan itu sendiri yaitu belanja untuk seluruh aktivitas yang tujuan utamanya untuk meningkatkan dan mempertahankan status kesehatan, mencegah penurunan status kesehatan, serta mengurangi dampak akibat jatuh sakit. Aktivitas tersebut dapat berupa kegiatan promotif dan preventif (KIE, imunisasi, deteksi dini, surveilans, dsb.), diagnosis, pengobatan, rehabilitasi penyakit, pelayanan paliatif, dan sebagainya termasuk kegiatan tata kelola dan administrasi sistem kesehatan.[2]

Bagian ini akan menyajikan gambaran agregat belanja kesehatan Indonesia dari hasil estimasi NHA tahun 2020, baik dalam bentuk Total Belanja Kesehatan (TBK) atau secara internasional dikenal dengan istilah *Total Health Expenditure* (THE), maupun dalam bentuk *Current Health Expenditure* (CHE). Total Belanja Kesehatan (TBK) merupakan nilai agregat belanja yang mencakup CHE dan belanja investasi (*capital health expenditure* – HK). Indikator ini biasa digunakan dalam konteks lokal untuk analisis pembiayaan kesehatan yang mendukung para pemangku kepentingan dalam mengambil keputusan. Pada konteks internasional, umumnya digunakan indikator CHE. *Curent health expenditure* itu sendiri merupakan seluruh belanja yang digunakan untuk pelayanan kesehatan perorangan maupun masyarakat/ komunitas yang juga mencakup biaya tata kelola administrasi sistem kesehatan. Belanja investasi merupakan belanja komoditas barang dan jasa yang memiliki masa guna lebih dari satu tahun berupa infrastruktur

kesehatan (seperti: bangunan, mesin, dan sebagainya), belanja pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, serta biaya penelitian pengembangan kesehatan.[2]

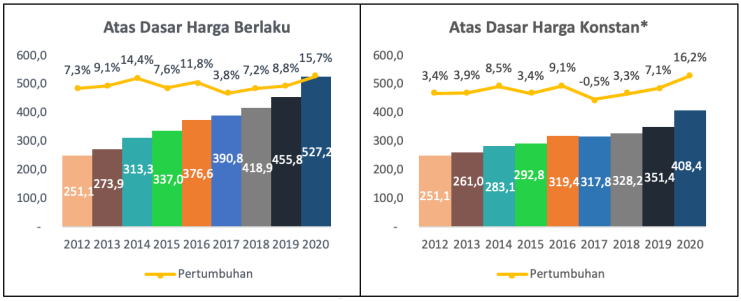
Total belanja kesehatan di Indonesia berdasarkan harga berlaku terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Hasil estimasi NHA tahun 2020 menunjukkan total belanja kesehatan sebesar Rp561,8 T. Angka ini meningkat sekitar Rp73,5T atau sebesar 15,1 persen dibandingkan tahun 2019. Berdasarkan harga konstan, total belanja kesehatan tahun 2020 tumbuh sebesar 15,6 persen dibandingkan tahun 2019 **(Gambar 1)**.

Selanjutnya, besaran CHE menurut harga berlaku di Indonesia tahun 2020 adalah sebesar Rp527,2 T atau meningkat sebesar Rp71,4 T dibandingkan tahun 2019, dengan pertumbuhan sebesar 16,2 persen (atau meningkat sebesar 9,1 persen dibandingkan tahun 2019). Angka ini jauh melampaui rerata pertumbuhan total CHE di Indonesia sejak tahun 2012 sampai dengan 2020, yang sebesar 6,0 persen **(Gambar 2)**.



Sumber: GDP deflator dipublikasikan oleh WB[5]. *Atas dasar harga konstan tahun 2012

Gambar 1. Tren Total Belanja Kesehatan (TBK) Indonesia Atas Dasar Harga Berlaku dan Harga Konstan Tahun 2012-2020



Sumber: GDP deflator dipublikasikan oleh WB[5]. *Atas dasar harga konstan tahun 2012

Gambar 2. Tren Current Health Expenditure (CHE) Indonesia Atas Dasar Harga Berlaku dan Harga Konstan Tahun 2012-2020

Selajutnya, besaran belanja investasi di Indonesia cenderung fluktuatif. Pada tahun 2020, pertumbuhannya turun dari 10,3 persen di tahun 2019 menjadi 7,0 persen. Adanya keterbatasan data yang dipotret bisa jadi memengaruhi besaran belanja investasi yang didapatkan, khususnya untuk belanja investasi yang tidak dapat dipotret dalam skema nonpublik.

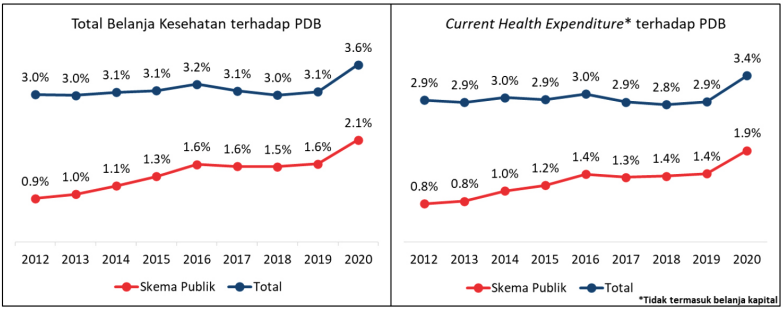
2.2. Proporsi Total Belanja Kesehatan dan Belanja Kesehatan Sektor Publik Terhadap Produk Domestik Bruto (PDB)

Besaran proporsi TBK terhadap Produk Domestik Bruto (PDB) menunjukkan tingkat pengeluaran sistem kesehatan di suatu negara terhadap tingkat pembangunan ekonomi di negara tersebut. Umumnya, negara berpenghasilan tinggi memiliki porsi belanja kesehatan terhadap PDB yang lebih besar dibandingkan negara berpenghasilan rendah. Sementara belanja kesehatan publik terhadap PDB merupakan indikator yang mencerminkan kombinasi dari kapasitas fiskal dan komitmen pemerintah terhadap kesehatan dibandingkan belanja publik lainnya.[6]

Tren besaran TBK Indonesia terhadap PDB cenderung stagnan sejak tahun 2012 hingga 2019, yaitu berada pada kisaran 3 persen terhadap PDB, kemudian meningkat secara substansial pada tahun 2020 menjadi 3,6 persen (Gambar 3). Pada skema publik, proporsi terhadap PDB meningkat secara substansial pada tahun 2016 di tahun ketiga implementasi skema JKN. Ini juga ditandai dengan pertama kalinya komitmen 5 Persen APBN

untuk kesehatan direalisasikan dalam memenuhi amanat UU 36 tahun 2009 tentang kesehatan. Sebagai catatan, skema publik terdiri atas skema Kementerian Kesehatan, Kementerian/Lembaga lain, Subnasional, dan Asuransi Kesehatan Sosial (mencakup belanja JKN dan Jaminan Kecelakaan Kerja – JKK). Sejalan dengan kenaikan TBK, porsi belanja kesehatan skema publik terhadap PDB juga meningkat secara substansial pada tahun 2020. Hal ini mengingat adanya pandemi COVID-19 sejak Maret 2020 dimana dalam undang-undang disebutkan bahwa pemerintah memiliki tanggung jawab dalam upaya penanggulangan kondisi tersebut.[7]

Peningkatan proporsi belanja kesehatan terhadap PDB pada tahun 2020 selain terjadi akibat besarnya pengeluaran kesehatan yang diperlukan untuk penanganan pandemi, juga dapat mencerminkan adanya penurunan PDB negara akibat adanya pembatasan kegiatan ekonomi.[8] Indonesia sendiri pada tahun 2020 dilaporkan mengalami penurunan ekonomi sebesar 2,07 persen dibandingkan tahun 2019.[9]

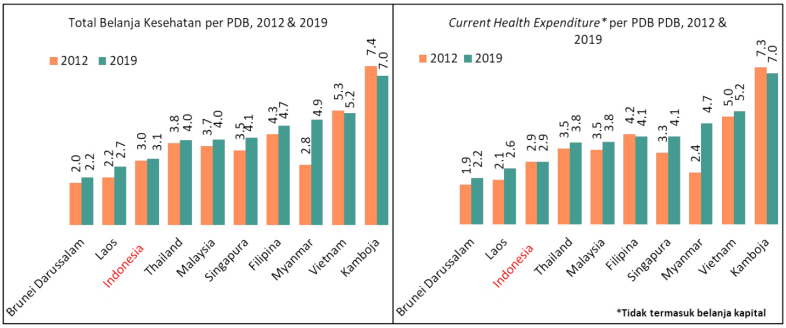


Keterangan: PDB Indonesia dipublikasikan oleh BPS[10]

Gambar 3. Tren Belanja Kesehatan Indonesia terhadap Produk Domestik Bruto, 2012 – 2020

Tren CHE sejak tahun 2012 hingga 2019 juga cenderung stagnan pada angka 2,9 – 3 persen dan meningkat menjadi 3,4 persen pada tahun 2020. Sama halnya dengan TBK skema publik, proporsi CHE skema publik terhadap PDB juga menunjukkan tren meningkat sejak tahun 2014 hingga 2016 (1,0 – 1,4 persen). Proporsi tersebut cenderung stagnan hingga tahun 2019, kemudian kembali meningkat di tahun 2020 menjadi 1,9 persen terhadap PDB (**Gambar 3**).

Apabila dibandingkan dengan negara lain di kawasan ASEAN, dimana data terbaru yang tersedia pada *Global Health Expenditure Database* (GHED) yaitu data 2019, menunjukkan bahwa Total belanja kesehatan Indonesia per PDB tahun 2020 dibandingkan negara ASEAN lainnya berada pada posisi 3 terbawah yaitu sebesar 3,1 persen. Dibandingkan dengan tahun 2012, kenaikannya hanya sekitar 0,1 persen. Besaran ini memang masih jauh dari angka global, dimana pada situasi global besaran belanja kesehatan bisa mencapai sekitar 9,8 persen dari PDB (dengan catatan 80 persen di antaranya merupakan angka dari negara berpenghasilan tinggi)[11]. Proporsi CHE Indonesia terhadap PDB tahun 2019 dibandingkan negara ASEAN lainnya masih berada pada posisi 3 terbawah yaitu sebesar 2,9 persen. Tidak ada perubahan nilai jika dibandingkan dengan tahun 2012. Nilai CHE Indonesia per PDB hanya lebih tinggi dari Brunei Darussalam (2,2 persen) dan Laos (2,6 persen).



Sumber: *Global health expenditure database* dipublikasikan oleh WHO[12], PDB Indonesia dipublikasikan oleh BPS[10]

Gambar 4. Proporsi Total Belanja Kesehatan terhadap PDB Indonesia Dibandingkan Negara ASEAN Lainnya, 2012 & 2019

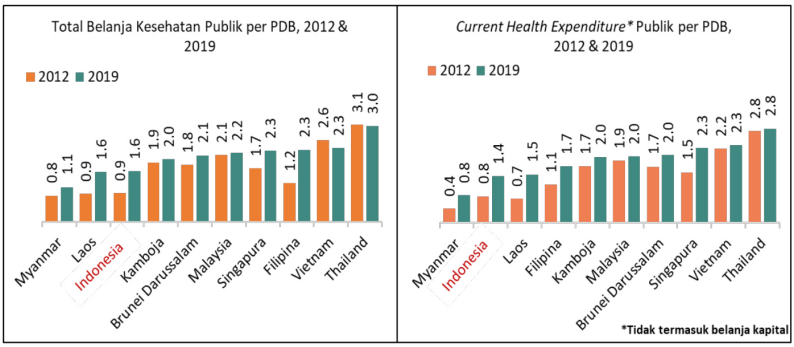
Terdapat dua target yang umumnya digunakan dalam menentukan berapa besaran belanja kesehatan yang harus dikeluarkan oleh negara berpenghasilan rendah menengah, yaitu target relatif dan absolut. Target relatif ditentukan dalam bentuk persentase belanja kesehatan yang dialokasikan pemerintah, sedangkan target absolut berupa besaran belanja kesehatan per kapita.[13]

Deklarasi Abuja 2001 merekomendasikan bahwa pemerintah perlu mengalokasikan 15 persen dari anggaran negara untuk kesehatan. Walaupun demikian, target tersebut dinilai kurang relevan dan tidak ada hubungan secara eksplisit dengan pencapaian kinerja dalam suatu sistem kesehatan. Untuk itu, saat ini lebih banyak digunakan proporsi belanja kesehatan pemerintah (termasuk asuransi kesehatan sosial) terhadap PDB sebagai indikator dalam target relatif tersebut.[13]

Meskipun terlihat adanya peningkatan proporsi total belanja kesehatan skema publik terhadap PDB dari 0,9 persen tahun 2012 menjadi 1,6 persen pada 2019, namun Indonesia masih berada pada posisi tiga terkecil dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya. Pada nilai CHE, Indonesia masih berada pada posisi dua terkecil dan hanya lebih tinggi dari Myanmar, dengan proporsi CHE terhadap PDB sebesar 0,8 persen pada tahun 2012 dan 1,4 persen pada tahun 2019 (**Gambar 5**).

Studi oleh Mcintyre, dkk.[14] merekomendasikan bahwa untuk mencapai cakupan kesehatan semesta, dibutuhkan minimal 5 persen belanja kesehatan pemerintah terhadap PDB. Pada studi lainnya, Røttingen, dkk.[15] menyebutkan bahwa proporsi 5 persen terhadap PDB dibutuhkan untuk membatasi pengeluaran *Out-of-Pocket* (OOP) tidak melebihi 20 persen terhadap TBK sehingga dapat mengurangi belanja kesehatan katastropik. Target 5 persen tersebut tentunya masih jauh dari kondisi di Indonesia saat ini, begitu pula dengan negara ASEAN lainnya. Thailand merupakan salah satu contoh pengecualian dimana dengan pengeluran pemerintah kurang dari 5 persen PDB telah menunjukkan kemajuan yang besar dalam capaian cakupan kesehatan semesta. Namun demikian, untuk mencapai kondisi seperti di Thailand tersebut, diperlukan tingkat efisiensi belanja kesehatan yang sangat tinggi dan sulit untuk dicapai.[14]

Sebuah literatur juga menyebutkan bahwa adanya variasi kemampuan ekonomi pada berbagai negara membuat target relatif 5 persen terhadap PDB diterjemahkan dalam jumlah yang berbeda pada masing-masing negara. Selain itu, sebagian besar negara berpenghasilan menengah kebawah juga akan terus membutuhkan bantuan eksternal, sehingga target absolut (belanja per kapita) dapat dijadikan sebagai pelengkap dari target relatif (belanja per PDB) tersebut.



Sumber: *Global health expenditure database* dipublikasikan oleh WHO[12]. PDB Indonesia dipublikasikan oleh BPS[10]

Gambar 5. Proporsi Belanja Kesehatan Publik terhadap PDB Indonesia Dibandingkan Negara ASEAN Lainnya, 2012 & 2019

2.3. Total Belanja Kesehatan per Kapita

Total belanja kesehatan per kapita didefinisikan sebagai besaran konsumsi akhir barang dan jasa kesehatan per penduduk di suatu negara dalam kurun waktu satu tahun. Indikator ini dapat membantu untuk memahami total pengeluaran kesehatan terhadap populasi penerima manfaat.[16]

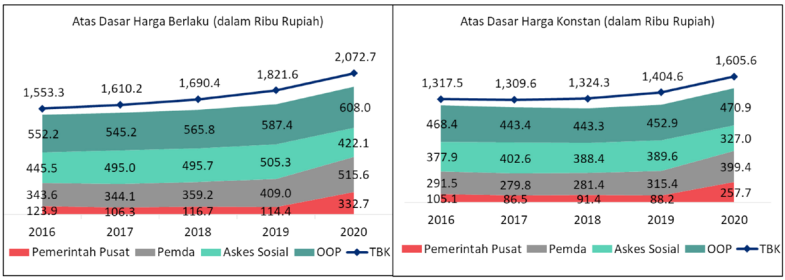
Berdasarkan harga berlaku, terlihat bahwa total belanja kesehatan per kapita Indonesia terus meningkat selama lima tahun terakhir dari Rp1,55 juta (US$116,7) pada tahun 2016 menjadi Rp2,1 juta (US$142,1) pada tahun 2020. Sementara berdasarkan harga konstan, belanja kesehatan per kapita Indonesia sempat mengalami penurunan sebesar 0,6 persen pada tahun 2017 dibandingkan tahun 2016 dan kembali tumbuh pada tahun-tahun selanjutnya hingga nilainya mencapai Rp1,61 juta (US$110,1) per kapita pada tahun 2020 (**Gambar 6**). Rerata pertumbuhan belanja per kapita Indonesia selama lima tahun terakhir adalah sebesar 5,8 persen.

Dibandingkan dengan belanja per kapita dari pembiayaan rumah tangga (OOP), total belanja per kapita skema publik (pemerintah pusat {Kementerian Kesehatan & K/L Lain}, pemerintah daerah, dan asuransi kesehatan sosial) terlihat lebih mendominasi. Total belanja kesehatan per kapita skema publik pada tahun 2020 mencapai Rp1,2 juta (US$81,8) atau tumbuh sebesar 26,1 persen dari tahun 2019 menurut harga berlaku,

sedangkan secara riil belanja tersebut hanya sebesar Rp924 ribu (US$63,5) per kapita. Sementara itu, belanja per kapita OOP pada tahun 2020 sebesar Rp608 ribu (US$41,7) menurut harga berlaku atau sebesar Rp470,9 ribu menurut harga konstan (**Gambar 6**). Belanja per kapita OOP pada tahun 2020 masih tumbuh sebesar 3,5 persen dari tahun 2019.

Mcintyre, dkk.[14] menghitung bahwa untuk mencapai cakupan kesehatan semesta, diperlukan minimal belanja kesehatan sebanyak US$86 per kapita dari skema publik. Negara berpenghasilan menengah kebawah direkomendasikan untuk dapat mencapai target tersebut tanpa adanya bantuan pendanaan eksternal (donor).

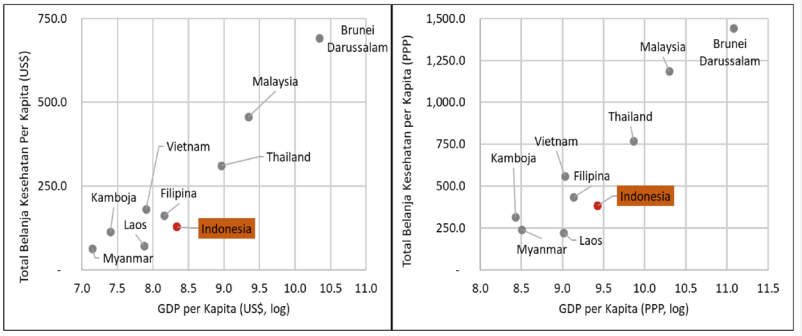
Belanja kesehatan per kapita skema publik juga dinilai berhubungan dengan *output* kesehatan suatu negara, seperti angka kematian ibu dan anak. Beberapa studi melaporkan bahwa penurunan belanja kesehatan per kapita publik dapat menyebabkan peningkatan kematian anak, dewasa, dan ibu.[17,18]



Keterangan: Pemerintah pusat= Kementerian Kesehatan & Kementerian/Lembaga lainnnya; Pemda= pemerintah daerah (provinsi & kabupaten/kota); Askes sosial= asuransi kesehatan sosial yang terdiri atas belanja skema JKN oleh BPJS Kesehatan & JKK oleh BPJS Ketenagakerjaan; OOP= *out of packet* (belanja dari pembiayaan kantong rumah tangga); TBK= total belanja kesehatan Indonesia. Per kapita skema pemerintah pusat, daerah, dan OOP dihitung berdasarkan total belanja pada masing-masing skema per total jumlah penduduk Indonesia pada masing-masing tahun. Per kapita skema askes sosial dihitung berdasarkan total belanja skema askes sosial per jumlah cakupan peserta JKN pada masing-masing tahun. Per kapita TBK dihitung berdasarkan total belanja kesehatan Indonesia dari seluruh skema per total penduduk Indonesia pada masing-masing tahun. Jumlah penduduk Indonesia dipublikasikan oleh Bappenas, BPS, dan UNFPA;[19] jumlah cakupan kepesertaan skema JKN dipublikasikan oleh BPJS Kesehatan;[20–23] *GDP deflator* dipublikasikan oleh WB[5]

Gambar 6. Belanja Kesehatan per Kapita Indonesia, 2016 – 2020

Total belanja kesehatan per kapita Indonesia relatif rendah dibandingkan negara lainnya di ASEAN, yaitu hanya lebih tinggi dari Myanmar, Laos, dan Kamboja (Gambar 7). Perbandingan tersebut merupakan gambaran belanja pada tahun 2019 sesuai dengan data ter-*update* yang tersedia pada GHED. Total belanja kesehatan per kapita Indonesia pada tahun 2019 sebesar US$128,8 atau 383,3 dalam PPP (*Purchasing Power Parity*). Dengan nilai GDP per kapita yang lebih rendah dibandingkan Indonesia, Filipina dan Vietnam justru memiliki total belanja kesehatan per kapita lebih tinggi yaitu masing-masing sebesar US$162,4 (433,5 PPP) dan US$180,7 (558,9 PPP). Sebagai catatan, belanja kesehatan per kapita Singapura tidak ditampilan dalam grafik karena memiliki nilai *outlier* dimana besaran belanjanya jauh lebih tinggi dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya. Total belanja kesehatan per kapita Singapura pada tahun 2019 adalah sebesar US$2.632,7 atau sekitar 20 kali lipat dari belanja kesehatan per kapita Indonesia.[12]



Sumber: *Global health expenditure database* dipublikasikan oleh WHO[12]**;** Jumlah penduduk Indonesia; Nilai tukar mata uang Indonesia dalam dolar dan PPP dipublikasikan oleh WB;[24,25] PDB Indonesia dipublikasikan oleh BPS;[10] GDP per kapita dipublikasikan oleh WB.[26,27]

Gambar 7. Total Belanja Kesehatan Per Kapita Indonesia Dibandingkan dengan Negara ASEAN Tahun 2019

3

BAGIAN 3.

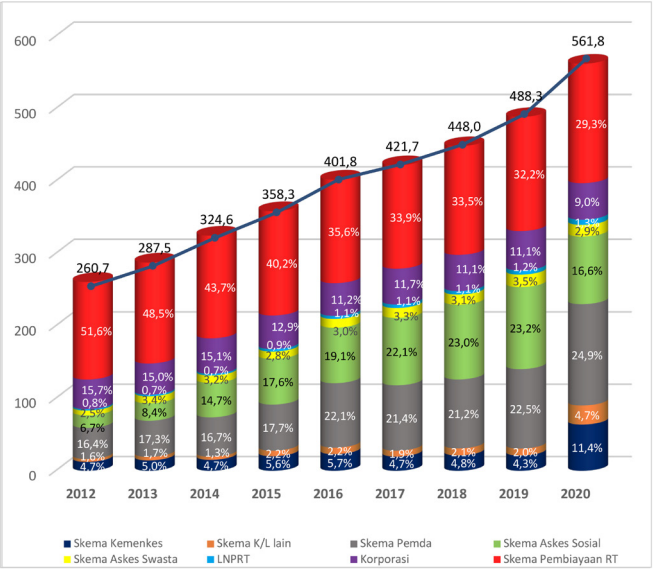
BELANJA KESEHATAN INDONESIA MENURUT DIMENSI SHA 2011

BAGIAN 3. BELANJA KESEHATAN INDONESIA MENURUT DIMENSI SHA 2011

3.1. Belanja Kesehatan Menurut Dimensi Skema Pembiayaan (*Health Care Financing Schemes* (Hf))

Analisis pembiayaan kesehatan menurut perspektif belanja menggunakan pedoman yang dikembangkan oleh OECD, Eurastat, dan WHO, yaitu *System of Health Accounts* (SHA 11), yang dipakai sebagai acuan yang sama untuk seluruh negara.[2] Pedoman tersebut menjelaskan dimensi skema pembiayaan yaitu suatu dimensi yang dapat menjelaskan mekanisme-mekanisme yang digunakan oleh suatu negara dalam melaksanakan fungsi pembiayaan kesehatan yang mencakup pengumpulan dana kesehatan (*revenue collection*), pengalokasian dana (*pooling*), serta pembelian atau pembayaran barang dan jasa kesehatan kepada provider/penyedia layanan (*purchasing*). Dimensi skema pembiayaan terdiri atas skema pemerintah (pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota), skema asuransi kesehatan sosial, skema asuransi kesehatan swasta, skema lembaga nirlaba, skema korporasi (perusahaan), skema pengeluaran rumah tangga dan skema lainnya.[2]

Hasil penelusuran belanja kesehatan di Indonesia dalam periode tahun 2012- 2020 menunjukkan peningkatan secara nominal setiap tahunnya. Belanja kesehatan Indonesia pada tahun 2020 sebesar Rp561,8 triliun, meningkat sebesar Rp73,5 triliun (15,1 persen) dibandingkan pada tahun 2019 (Rp488,3 triliun). Skema pembiayaan kesehatan meliputi sektor publik (skema Kemenkes, Kementerian/Lembaga lainnya, Pemerintah Daerah (provinsi dan kabupaten/kota), Asuransi Kesehatan Sosial) dan sektor nonpublik (skema Asuransi Kesehatan/Askes Swasta, Lembaga Non-Profit yang melayani Rumah Tangga (LNPRT), Korporasi, dan Pembiayaan Rumah Tangga). Skema pembiayaan kesehatan pada sektor publik (skema publik) di tahun 2020 sebesar Rp323,4 triliun (57,6 persen) lebih besar dibandingkan dengan skema pembiayaan pada sektor nonpublik (skema nonpublik) yaitu sebesar Rp238,4 triliun (42,4 persen) (**Gambar 8**).



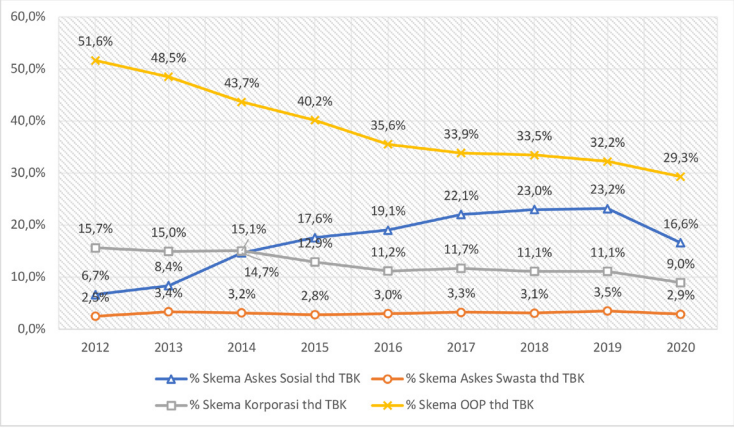
Gambar 8. Belanja Kesehatan menurut Skema Pembiayaan, 2012-2020

Belanja kesehatan pada skema pemerintah (Kementerian kesehatan dan Kementerian Lembaga lain) tahun 2020 sebesar Rp90,2 triliun atau sebesar 16,1 persen dari total belanja kesehatan. Belanja kesehatan pemerintah tahun 2020 meningkat lebih dari 2 kali lipat dibandingkan dengan tahun 2019 yang hanya sebesar Rp30,7 triliun atau sebesar 6,3 persen dari total belanja kesehatan. Peningkatan belanja kesehatan pada skema pemerintah ini merupakan salah satu upaya dari pemerintah dalam penanggulangan pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19). Hal ini sesuai dengan amanah Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia nomor 43 tahun 2020 yang manyatakan bahwa dalam penanganan pandemi COVID-19 pemerintah berwenang untuk melakukan tindakan yang berakibat pengeluaran atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), yang anggaran untuk membiayai pengeluaran tersebut belum tersedia atau tidak cukup tersedia.[28]

Belanja kesehatan skema pemerintah daerah (pemerintah provinsi dan kabupaten/kota) tahun 2020 sebesar Rp139,8 triliun atau 24,9 persen dari total belanja kesehatan. Belanja kesehatan pemerintah daerah mengalami peningkatan sebesar 27,5 persen (Rp30,1 triliun) dibandingkan tahun 2019

yang sebesar Rp109,6 triliun. Peningkatan belanja kesehatan pada skema pemerintah daerah salah satunya disebabkan oleh adanya peningkatan anggaran dari pemerintah pusat melalui transfer ke daerah sebesar Rp1,5 triliun menjadi Rp34,9 triliun pada tahun 2020.[29] Selain itu peningkatan belanja kesehatan di pemerintah dearah juga merupakan salah satu upaya dalam pemenuhan kebutuhan anggaran penanganan COVID-19 sesuai amanah Permendagri Nomor 39 Tahun 2020 yang mengatur pemerintah daerah untuk *refocusing* dan realokasi APBD untuk penanganan COVID-19.[30]

Skema asuransi kesehatan sosial mengalami penurunan dari 6,6 persen pada tahun 2019 menjadi 16,6 persen pada tahun 2020, yang salah satu sebab penurunan utilisasi JKN adalah imbas dari COVID-19 .[31] Implementasi skema JKN dengan prinsip gotong royong dan kepesertaan wajib membantu keberhasilan JKN dalam mendapat dukungan dari seluruh penduduk, baik dari pihak pemerintah, swasta, maupun masyarakat untuk tergabung dalam skema JKN. Dalam kurun waktu 5 tahun 2014 hingga 2019, skema JKN telah berkontribusi dalam meningkatkan belanja kesehatan skema asuransi kesehatan sosial, sedangkan pada tahun 2020 kontribusi skema JKN dalam skema belanja kesehatan asuransi kesehatan sosial menurun hampir Rp20 triliun menjadi Rp93,5 triliun. Kontribusi tersebut mencakup 222,4 juta penduduk atau 82,3 persen dari total penduduk Indonesia sebagai peserta skema JKN.[31]

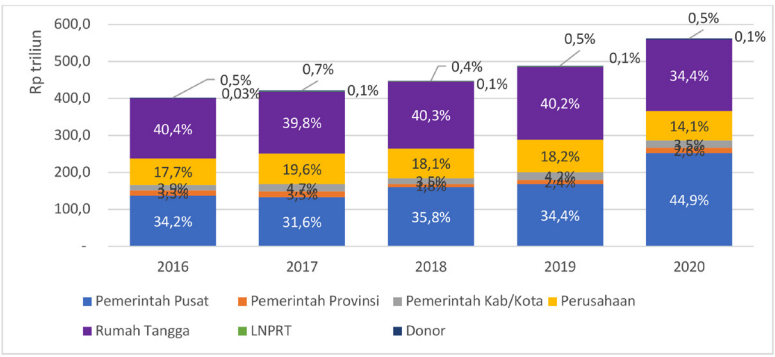


Gambar 9. Pertumbuhan Proporsi Belanja Kesehatan pada Beberapa Skema

Belanja kesehatan pada skema swasta yang mencakup skema asuransi kesehatan swasta, skema LNPRT, dan skema korporasi. Pada tahun 2020 ketiga skema tersebut mengalami penurunan sebesar 2,7 persen menjadi 13,1 persen (Rp73,6 triliun) dibandingkan tahun 2019. Dari ketiga belanja kesehatan skema swasta, hanya skema LNPRT yang mengalami peningkatan yaitu sekitar Rp1,3 triliun (23,3 persen) menjadi Rp7,1 triliun, sedangkan skema askes swasta dan skema korporasi mengalami penurunan. Belanja kesehatan skema asuransi kesehatan swasta menurun Rp1,1 triliun dari tahun 2019 menjadi Rp16,1 triliun, sedangkan belanja skema korporasi menurun Rp3,9 triliun menjadi Rp50,4 triliun. Meskipun tidak berkontribusi besar terhadap total belanja kesehatan, skema swasta tetap memiliki peran dalam sektor kesehatan di Indonesia.

Belanja Kesehatan Menurut Dimensi Sumber Dana (*Revenues Of Health Care Financing Schemes. Reporting Item* (FS.RI))

Dimensi sumber dana merupakan salah satu dimensi dalam SHA 2011 selain dimensi skema. Dimensi sumber dana dapat digunakan dalam dapat menjawab beberapa pertanyaan kebijakan, seperti berapa banyak dana yang dikumpulkan, metode dan sumber dana apa saja yang digunakan serta skema pembiayaan mana yang menyalurkan dana tersebut. Dimensi sumber dana juga dapat digunakan sebagai dasar dalam menentukan kebijakan penganggaran kesehatan, yaitu dapat memberikan gambaran kemampuan pemerintah dalam memenuhi kebutuhan pembiayaan kesehatan.



Gambar 10. Belanja Kesehatan menurut Sumber Dana (FS.RI), 2016 - 2020

cenderung konstan selama periode 2016 – 2020. Pada tahun 2020 Belanja kesehatan bersumber pemerintah memiliki proporsi paling besar dibandingkan sumber dana lain, diikuti oleh sumber dana rumah tangga dan korporasi. Pada tahun 2020, belanja kesehatan bersumber rumah tangga menurun sebanyak 4,4 persen dari tahun 2019 menjadi 35 persen, tetapi secara nominal mengalami peningkatan menjadi Rp193 triliun.

Dalam mendukung pelaksanaan kesehatan, APBN tahun 2020 diarahkan untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan, serta penguatan penanganan stunting. Kebijakan-kebijakan yang diarahkan untuk hal tersebut adalah dengan melakukan penguatan program promotif dan preventif, meningkatkan nutrisi ibu hamil/menyusui dan balita, harmonisasi dan sinkronisasi K/L dan pemda dalam pembangunan fasilitas kesehatan, serta peningkatan efektifitas skema JKN.29 Belanja kesehatan bersumber pemerintah tahun 2020 mencapai Rp239 triliun, meningkat Rp72 triliun dari tahun sebelumnya dan secara proporsi meningkat hampir 10 persen menjadi 43,4 persen dari seluruh total belanja kesehatan. Belanja kesehatan bersumber pemerintah pusat (APBN) merupakan hasil dari perhitungan belanja kesehatan (diluar belaja hibah/donor) di Kementerian Kesehatan, BPOM, BKKBN serta Kementerian/Lembaga lain yang memiliki belanja kesehatan, seperti belanja fasilitas kesehatan di Kementerian Pertahanan dan Kepolisian Republik Indonesia yang memiliki rumah sakit; belanja kesehatan untuk penanganan COVID-19 di BNPB, Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat serta di kementerian lainnya; rehabilitasi kesehatan di BNN; rumah sakit pendidikan, dan sebagainya. Selain itu, belanja bersumber pemerintah juga termasuk belanja yang digunakan dalam membiayai bantuan iuran perserta PBI dalam skema JKN serta belanja transfer ke daerah.

Belanja kesehatan bersumber pemerintah provinsi dan kabupaten/kota mencapai Rp34 triliun pada tahun 2020, secara proporsi mengalami fluktuasi sejak tahun 2016. Belanja pemerintah daerah, baik pada tingkat provinsi ataupun kabupaten/kota mencakup sumber-sumber murni dari daerah diluar belanja transfer dari pemerintah. Belanja bersumber pemerintah provinsi berupa pendapatan asli daerah provinsi dan dana transfer ke pemerintah kabupaten/kota, sedangkan belanja bersumber pemerintah kabupaten/kota berupa pendapatan asli daerah kabupaten/kota.

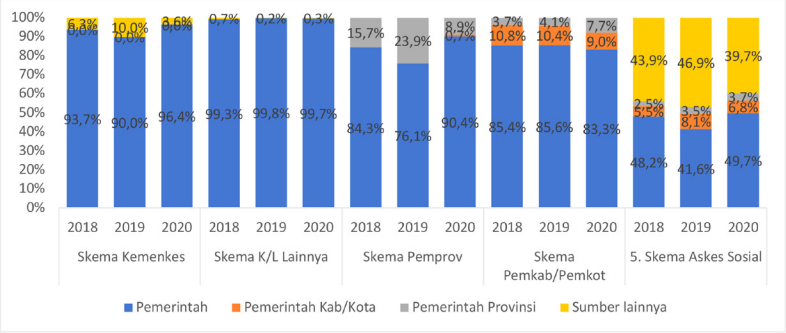
Belanja kesehatan bersumber perusahaan tahun 2020 menurun sekitar 4 persen menjadi 14,9 persen (Rp82 triliun) atau menurun sekitar Rp10 triliun dibandingkan tahun sebelumnya. Belanja kesehatan bersumber dana perusahaan (korporasi) merupakan dana yang dibelanjakan perusahaan dalam membayar premi asuransi kesehatan swasta dan iuran skema JKN bagi pegawai. Belanja bersumber korporasi juga dapat berupa penyelenggaraan layanan kesehatan di fasilitas kesehatan milik perusahaan sendiri ataupun yang sudah bekerja sama dengan fasilitas kesehatan tertentu, serta pembayaran dalam bentuk reimbursement bagi pegawai untuk mengonsumsi barang atau jasa kesehatan.

Belanja kesehatan bersumber donor dan LNPRT masing-masing sebesar 0,5 persen (Rp2,9 triliun) dan 0,06 persen (Rp312 miliar). Sumber dana donor merupakan dana yang disalurkan kepada pemerintah maupun LNPRT domestik seperti Spiritia, Aisyiyah, Perdhaki, dll. Kontribusi belanja kesehatan bersumber donor cenderung kecil dibandingkan dengan total belanja nasional baik dalam nominal maupun proporsi, tetapi memiliki peran yang besar dalam mendukung pendanaan pada program kesehatan prioritas seperti HIV-AIDS, TB, Malaria, dan program lainnya.

Belanja Kesehatan Menurut Dimensi Skema Pembiayaan (HF) Dan Sumber Dana (FS.RI)

Dimensi skema pembiayaan dan dimensi sumber dana bermanfaat sebagai informasi mengenai sumber dana pada setiap skema pembiayaan, sehingga dapat memeberikan interpretasi yang kuat mengenai struktur keuangan publik dan nonpublik untuk keperluan modifikasi pendanaan lebih baik, dan mengidentifikasi skema apa yang menanggung beban terbesar dalam pembiayaan kesehatan.2 Gambaran belanja kesehatan menurut kedua dimensi skema pembiayaan dan dimensi sumber dana selama tahun 2018-2020 disajikan pada gambar berikut.

Belanja kesehatan pada sektor publik terlihat didominasi oleh pemerintah. Selama 3 tahun terakhir, sumber dana pemerintah selalu berkisar diatas 50 persen dari seluruh skema pembiayaan kesehatan sektor publik. Pada skema Kemenkes dan K/L lain, lebih dari 90 persen belanja disalurkan menggunakan dana bersumber pemerintah. Pada tahun 2020 sumber



Gambar 11. Sumber Dana Belanja Kesehatan di Sektor Publik, 2018-2020

pemerintah pada skema kemenkes meningkat hampir Rp30 triliun (5 persen) menjadi Rp49 triliun, sedangkan sisanya bersumber donor. Sumber donor pada skema Kemenkes ditahun 2020 sebesar 0,5 persen menjadi Rp2,12 triliun yang mayoritas digunakan untuk layanan pengendalian penyakit TB, layanan pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS, dan layanan imunisasi. Sumber donor pada skema K/L lain pada tahun 2020 mengalami peningkatan sebesar Rp67 miliar menjadi Rp81 miliar. Belanja kesehatan pada skema K/L lain didominasi oleh belanja dari Kementerian Pertahanan, Kepolisian Republik Indonesia, Badan Nasional Penanggulangan Bencana, Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumaham Rakyat, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, dan Badan Pengawas Obat dan Makanan.

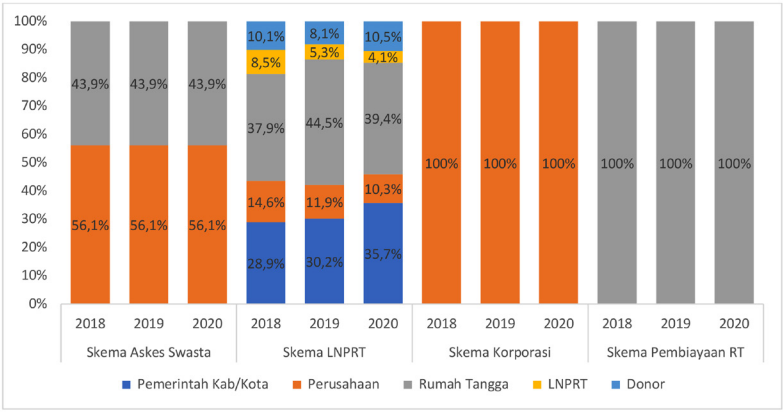
Pada tahun 2020 skema pemerintah provinsi bersumber pemerintah (APBN) sebesar 90,4 persen mengalami peningkatan sebesar Rp7 triliun (14,3 persen) dibandingkan tahun 2019 (76,1 persen). Pada skema pemerintah kabupaten/kota proporsi bersumber pemerintah cenderung stabil dari tahun 2018 hingga tahun 2020 disekitar 80%. Pada skema pemerintah kabupaten/kota bersumber pemerintah provinsi (APBD provinsi) sebesar 7,7 persen di tahun 2020 atau meningkat sebesar 3,6 persen dibandingkan tahun 2019 (4,1 persen).

Belanja kesehatan pada sektor publik terlihat didominasi oleh pemerintah. Selama 3 tahun terakhir, sumber dana pemerintah selalu berkisar diatas 50 persen dari seluruh skema pembiayaan kesehatan sektor publik. Pada skema Kemenkes dan K/L lain, lebih dari 90 persen belanja disalurkan

menggunakan dana bersumber pemerintah. Pada tahun 2020, sumber pemerintah pada skema Kemenkes meningkat hampir Rp30 triliun (5 persen) menjadi Rp49 triliun, sedangkan sisanya bersumber donor. Sumber donor pada skema Kemenkes ditahun 2020 sebesar 0,5 persen menjadi Rp2,12 triliun yang mayoritas digunakan untuk layanan pengendalian penyakit TB, layanan pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS, dan layanan imunisasi. Sumber donor pada skema K/L lain pada tahun 2020 mengalami peningkatan sebesar Rp67 miliar menjadi Rp81 miliar. Belanja kesehatan pada skema K/L lain didominasi oleh belanja dari Kementerian Pertahanan, Kepolisian Republik Indonesia, Badan Nasional Penanggulangan Bencana, Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumaham Rakyat, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, dan Badan Pengawas Obat dan Makanan.

Pada tahun 2020 skema pemerintah provinsi bersumber pemerintah (APBN) sebesar 90,4 persen mengalami peningkatan sebesar Rp7 triliun (14,3 persen) dibandingkan tahun 2019 (76,1 persen). Pada skema pemerintah kabupaten/kota proporsi bersumber pemerintah cenderung stabil dari tahun 2018 hingga tahun 2020 disekitar 80%. Pada skema pemerintah kabupaten/kota bersumber pemerintah provinsi (APBD provinsi) sebesar 7,7 persen di tahun 2020 atau meningkat sebesar 3,6 persen dibandingkan tahun 2019 (4,1 persen).

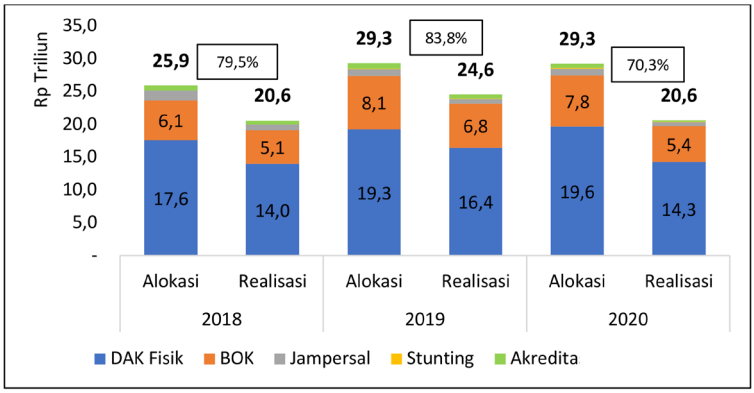
Belanja pada skema asuransi kesehatan sosial menunjukkan variasi sumber dana yang lebar. Sumber dana paling tinggi berasal dari pemerintah yang digunakan untuk membiayai iuran premi peserta PBI pada skema JKN sebesar Rp48,6 triliun (49,7 persen) pada tahun 2020 dan cenderung fluktuatif dari tahun 2018. Pada tahun 2018 sebesar Rp50 triliun, kemudian menurun menjadi Rp47 triliun dan meningkat kembali pada tahun 2020. Sumber dana lain pada skema asuransi kesehatan sosial pada tahun 2020 mengalami penurunan. Sumber dana lain meliputi pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten/kota, perusahaan dan rumah tangga. Sumber pemerintah provinsi menurun sebesar Rp500 miliar menjadi Rp3,4 triliun, sumber pemerintah kabupaten/kota menurun Rp2,8 triliun menjadi Rp6,3 triliun; sumber perusahaan menurun Rp5,6 triliun menjadi Rp18,7 triliun dan sumber rumah tangga menurun Rp10,4 triliun menjadi Rp18,3 triliun.



Gambar 12. Sumber Dana Belanja Kesehatan di Sektor Nonpublik, 2018-2020

Belanja kesehatan sektor nonpublik terdiri dari skema asuransi kesehatan swasta, skema LNPRT, skema korporasi dan skema pembiayaan rumah tangga. Berdasarkan klasifikasi SHA 2011, sumber dana yang terdapat pada skema nonpublik terdiri dari pemerintah kabupaten/kota, perusahaan, rumah tangga, LNPRT dan donor. Pada tahun 2020 belanja kesehatan sektor nonpublik mengalami kenaikan pada skema LNPRT dan skema pembiayaan rumah tangga. Pada skema LNPRT mengalami peningkatan sebesar Rp1,4 triliun menjadi Rp7,1 triliun, sedangkan skema pembiayaan rumah tangga mengalami peningkatan sebesar Rp7,4 triliun menjadi Rp164,8 triliun. Skema LNPRT didominasi oleh sumber dana rumah tangga yaitu sebesar 39,4 persen (Rp2,8 triliun) lalu diikuti oleh sumber dana pemerintah kabupaten/kota sebesar 35,7 persen (Rp2,5 triliun). Pada skema LNPRT terdapat sumber dana LNPRT dimana dana tersebut cenderung berupa donasi uang atau barang untuk mendukung penyelenggaraan kegiatan/ program sosial di lingkungan masyarakat, misalnya penyelenggaraan pengobatan gratis di suatu wilayah. Selain itu, terdapat juga belanja yang memang diarahkan untuk mendukung program kesehatan prioritas seperti pengendalian penyakit HIV/AIDS, TB, Malaria, dll. Seluruh belanja kesehatan pada skema korporasi bersumber dari dana korporasi itu sendiri, sama halnya dengan belanja pada skema pembiayaan rumah tangga bersumber dari dana rumah tangga itu sendiri.

Dalam penjelasan sebelumnya disampaikan bahwa sebagian besar belanja kesehatan pada skema subnasional bersumber pemerintah dalam bentuk transfer ke daerah. Salah satu dana transfer dibidang kesehatan yang cukup besar adalah DAK Kesehatan. Dana DAK kesehatan pada tahun 2020 mengalami penurunan sebesar Rp4 triliun menjadi Rp20,6 triliun atau sebesar 14,7 persen dari total belanja skema subnasional. Dana DAK kesehatan terdiri dari DAK fisik dan DAK non-fisik. DAK fisik merupakan dana transfer yang ditujukan untuk membantu pendanaan kegiatan khusus fisik yang merupakan urusan kesehatan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional, sedangkan DAK non fisik merupakan dana transfer untuk mendukung operasional kegiatan program prioritas nasional di daerah yang bermanfaat untuk peningkatan mutu dan akses pelayanan kesehatan.32,33



Hasil olahan Data Monitoring dan Evaluasi DAK Fisik dan Non Fisik Biro Perencanaan Kemenkes

Gambar 13. Alokasi dan Realisasi DAK 2018-2020

Penyerapan dana DAK kesehatan selama tahun 2018 sampai 2020 rata-rata hanya 77,9 persen dengan total dana yang tidak terserap pada periode waktu tersebut sebesar Rp18,8 triliun, dengan rincian Rp7 triliun dari DAK non fisik dan Rp11,8 triliun dari DAK fisik. Pemanfaatan dana DAK fisik tahun 2020 sebesar Rp14,2 triliun mayoritas digunakan untuk kategori kesehatan rujukan (Rp5,6 triliun), pelayanan dasar (Rp3,4 triliun), dan penguatan puskesmas DTPK (Rp1,5 triliun). Terdapat dua kategori memiliki penyerapan

dibawah persen, yaitu penguatan prasarana dasar puskesmas 51,7 persen (Rp10,1 miliar) dan penguatan puskesmas DTPK 51,3 persen (Rp1,5 triliun).

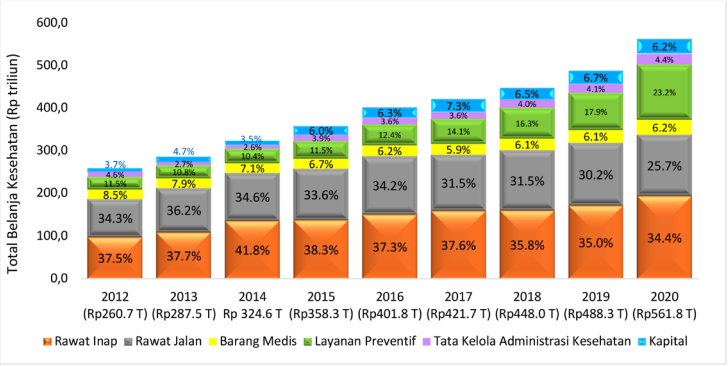
Pada pemanfaatan dana DAK non fisik tahun 2020, dari total Rp6,3 triliun, sebesar Rp4,6 triliun digunakan untuk BOK Puskesmas. Kategori DAK non fisik yang memiliki penyerapan lebih dari 70 persen hanya BOK Puskesmas, sedangkan sisanya kurang dari 70 persen dan terdapat dua kategori dengan penyerapan dibawah 50 persen, yaitu akreditasi puskesmas 30,8 persen (Rp186,4 miliar) dan BOK Provinsi 48,5 persen (Rp149,8 miliar).

Tabel 1. Rincian Pemanfaatan Dana DAK Bidang Kesehatan Tahun 2020

Bidang/Kategori	Alokasi (Rp Miliar)	Realisasi (Rp Miliar)	Penyerapan (%)
DAK Fisik			
Bapelkes	29,1	24,9	85,5%
Pelayanan Dasar	4.721,4	3.421,3	72,5%
Pelayanan Kefarmasian	1.364,6	1.028,4	75,4%
Pelayanan Rujukan	6.826,0	5.599,2	82,0%
Pembangunan RS Pratama	540,7	326,6	60,4%
Penguatan Intervensi Stunting	534,9	399,7	74,7%
Penguatan Prasarana Dasar Puskesmas	19,5	10,1	51,7%
Penguatan Puskesmas DTPK	2.928,6	1.502,0	51,3%
Penguatan RS Rujukan Nasional/ Provinsi/Regional Pariwisata	1.327,0	984,1	74,2%
Peningkatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	1.068,8	765,3	71,6%
Penurunan AKI-AKB	128,2	105,4	82,2%
Puskesmas Pariwisata	134,8	99,8	74,1%
Total	19.623,6	14.266,8	72,7%
DAK Non Fisik			
Akreditasi Puskesmas	605,1	186,4	30,8%
BOK Kabupaten/Kota	890,6	541,8	60,8%
BOK Kefarmasian	107,9	73,6	68,2%
BOK Provinsi	309,0	149,8	48,5%
BOK Puskesmas	6.478,9	4.639,6	71,6%
Dukungan Manajemen BOK Kab/Kota dan Jampersal	47,5	28,8	60,6%
Jampersal	999,8	633,5	63,4%
Stunting	195,0	105,3	54,0%
Total	9.633,9	6.358,8	66,0%

3.2. Belanja Kesehatan Menurut Dimensi Fungsi (*Health Care Functions* (HC))

Fungsi secara definisi adalah berbagai jenis barang dan layanan yang disediakan atau kegiatan yang dilakukan dalam batas-batas akun biaya kesehatan, yang dikelompokkan berdasarkan tujuan. Dimensi Fungsi (HC) dalam bagian ini mengadopsi dimensi fungsi dalam SHA 2011, yaitu semua aktivitas yang bertujuan untuk meningkatkan, memperbaiki, dan mempertahankan status kesehatan.[2] Secara umum fungsi kesehatan dapat dibagi menurut klasifikasi sebagai berikut: pelayanan kuratif, pelayanan rehabilitatif, pelayanan rawat jangka panjang, pelayanan penunjang, alat-alat/bahan medis, pelayanan preventif, dan tata kelola administrasi. Hasil klasifikasi menurut dimensi fungsi ini, secara makro dapat dimanfaatkan para pemangku kepentingan dalam membuat kebijakan kesehatan dengan melihat berbagai aspek pembiayaan dari sisi pemanfaatan dana yang tersedia, sekaligus sebagai bahan evaluasi dalam melihat komitmen pemerintah, misalnya terhadap program kesehatan prioritas.



Gambar 14. Total Belanja Kesehatan menurut Fungsi Layanan, 2012-2020

Belanja kesehatan terbesar selama tahun 2012-2020 digunakan untuk fungsi layanan kuratif, meliputi layanan rawat inap dan layanan rawat jalan (**Gambar 14**). Pada tahun 2020 belanja layanan rawat inap mencapai Rp193,5 triliun dan belanja layanan rawat jalan sebesar Rp144,1 triliun. Gambaran secara tren menunjukkan adanya penurunan pada proporsi belanja layanan kuratif terhadap total belanja kesehatan selama tiga tahun

terakhir, yaitu dari sekitar 67,3 persen (2018) menjadi 65,2 persen (2019) dan 60,1 persen (2020). Penurunan porsi belanja kuratif khususnya tahun 2020 dapat terjadi seiring dengan penurunan jumlah kunjungan pasien terutama di rumah sakit saat pandemi COVID-19 .[34] Kondisi demikian disebabkan karena rasa khawatir pasien terhadap penularan COVID-19 di fasilitas kesehatan. Pernyataan terkait penurunan kunjungan ke rumah sakit ini juga diperkuat dengan penelitian "*Indonesian hospital telemedicine Acceptance Model*" yang menjelaskan bahwa saat ini, banyak negara sedang berjuang untuk mengatasi pandemi COVID-19 dan akibatnya banyak orang takut untuk pergi ke fasilitas kesehatan.[35] Salah satu solusi alternatif untuk membantu pasien dalam melakukan perawatan non-darurat menggunakan *telemedicine*. Oleh karena itu *telemedicine* menjadi alternatif utama bagi konsumen untuk mengakses layanan kesehatan di masa pandemi.[36]

Belanja terbesar kedua menurut fungsi layanan digunakan untuk layanan preventif. Berbanding terbalik dengan fungsi layanan kuratif, proporsi belanja preventif terhadap total belanja kesehatan selama tiga tahun terakhir mengalami peningkatan, yaitu dari 16,3 persen di tahun 2018 menjadi 17,9 persen di tahun 2019 dan pada tahun 2020 naik menjadi 23,2 persen (Rp130,4 triliun). Belanja preventif tersebut mencakup layanan imunisasi, deteksi dini, program keluarga berencana, *medical check-up*, periksa kehamilan, pemantauan status kesehatan, dan surveilans epidemiologi penyakit. Peningkatan belanja preventif ini menjadi sangat strategis pada era JKN, yaitu melalui penguatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) dalam menyediakan layanan yang berkaitan dengan pencegahan penyakit sehingga diharapkan dapat berdampak pada penurunan beban biaya layanan kuratif pada skema Jaminan Kesehatan Nasional kedepan.[37]

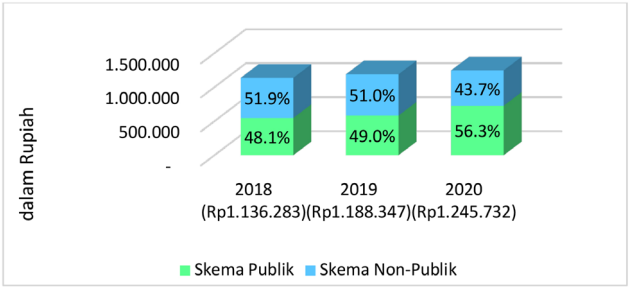
Belanja selanjutnya digunakan untuk barang medis sebesar 6,2 persen (Rp34.6 triliun) terhadap total belanja kesehatan tahun 2020 dengan peningkatan belanja sebesar 15,2 persen dibandingkan tahun 2019 (Rp30,0 triliun). Belanja ini mencakup biaya pembelian kacamata, kaki/tangan palsu dan kursi roda, obat modern yang dibeli tanpa resep dari tenaga kesehatan, obat tradisional/jamu untuk pengobatan, obat yang dibeli dengan resep dari tenaga kesehatan, dan bahan medis habis pakai lainnya, dan sebagainya. Aksi *panic buying* masyarakat berkaitan dengan situasi pandemi menyebabkan peningkatan *demand* terhadap barang

medis seperti masker, *hand sanitizer,* alat pelindung diri lainnya. Seiring dengan *demand* yang meningkat dan *supply* yang terbatas, harga barang medis tersebut mengalami lonjakan yang cukup tinggi.[38] Hal demikian dapat menjadi salah satu pemicu terjadinya peningkatan belanja kesehatan pada barang medis tersebut.

Porsi belanja untuk fungsi kapital sama besarnya dengan belanja barang medis yaitu mencapai 6,2 persen (Rp34,6 triliun) terhadap total belanja kesehatan tahun 2020. Belanja tersebut berkaitan dengan belanja modal alat kesehatan dan penunjang lainnya, pendidikan & pelatihan bagi SDM kesehatan, serta penelitian kesehatan. Selanjutnya, terdapat porsi belanja yang digunakan untuk fungsi tata kelola administrasi yaitu hanya sebesar 4,4 persen (Rp24,6 triliun) terhadap total belanja kesehatan tahun 2020 yang meliputi belanja gaji pegawai, serta belanja operasional kantor maupun kegiatan untuk mendukung pelaksanaan aktivitas kesehatan.

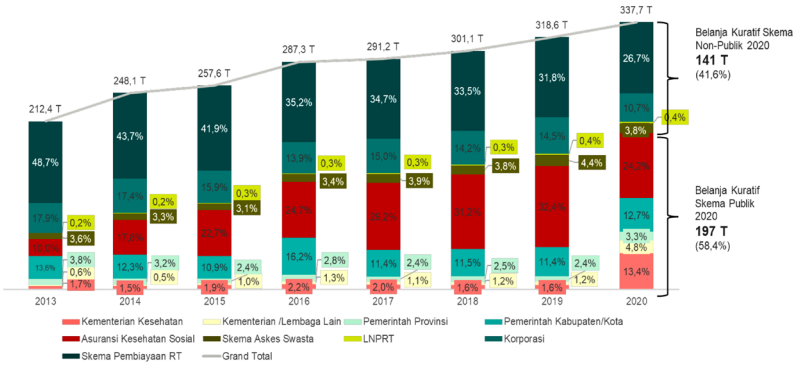
Belanja Kesehatan pada Fungsi Layanan Kuratif

Fungsi layanan kuratif mencakup penyelenggaraan layanan kesehatan dengan tujuan utama untuk meringankan gejala penyakit atau cedera, mengurangi keparahan penyakit atau cedera, atau melindungi dari komplikasi penyakit dan/atau cedera yang dapat mengancam kehidupan atau produktivitas seseorang.[2] Menurut metode pelayanan, pada umumnya fungsi kuratif ini terdiri atas layanan rawat inap dan layanan rawat jalan. Dari sudut pandang belanja kesehatan, layanan kuratif memiliki proporsi belanja yang cukup besar terhadap total belanja kesehatan suatu negara. Hasil tinjauan terhadap laporan publikasi belanja kesehatan negara-negara Eropa dan Asia Pasifik menunjukkan bahwa kontribusi layanan kuratif dan rehabilitatif rata-rata mencapai 60 persen terhadap total belanja kesehatan.[39,40] Beberapa negara seperti Srilanka, Australia, dan Kamboja memiliki proporsi belanja kuratif >60 persen terhadap total belanja kesehatan. Hal demikian berbanding terbalik dengan Filipina dan Nepal yang memiliki proporsi layanan kuratif sekitar <50 persen terhadap total belanja kesehatan.



Gambar 15. Belanja Kuratif Per Kapita di Indonesia dalam Rupiah, 2018-2020

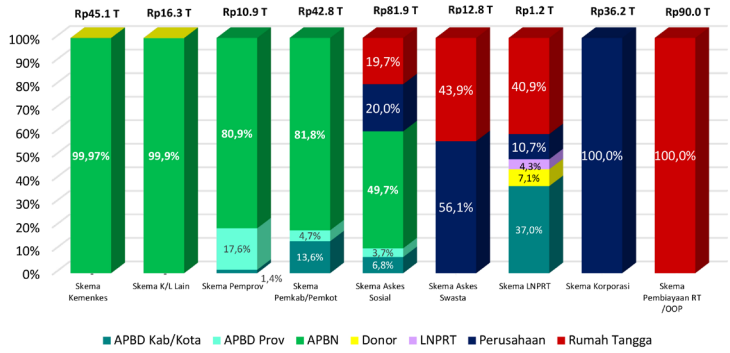
Pada tahun 2020 belanja kuratif di Indonesia sebesar 60,1 persen (Rp337,7 triliun) terhadap total belanja kesehatan. Secara nominal belanja kuratif tersebut meningkat jika dibandingkan dengan besaran belanja di tahun 2019 (Rp318,6 triliun) dan tahun 2018 (Rp301,1 triliun). Besaran belanja perkapita layanan kuratif tahun 2018 mencapai Rp1,14 juta dan mengalami kenaikan pada tahun 2019 (Rp1,19 juta), serta tahun 2020 (Rp1,25 juta). Pada tahun 2019, belanja perkapita dalam USD (PPP) Indonesia (250,1) cenderung lebih rendah dari Malaysia (853, 9), Thailand (516,4), Vietnam (445,8), dan baru melampaui Kamboja (240,6), Filipina (200,0), Myanmar (165,8), serta Laos (128,3).[12]



Gambar 16. Tren Belanja Kuratif menurut Skema Pembiayaan, 2013 – 2020

Hal yang menarik dapat terlihat pada **Gambar 16** dimana sebagian besar belanja kuratif pada tahun 2013-2019 berada pada sektor nonpublik,

sedangkan untuk tahun 2020 didominasi oleh belanja sektor publik dimana skema Kemenkes meningkat tajam dibandingkan tahun-tahun sebelumya. Kondisi demikian dapat dipicu karena adanya kebijakan bahwa biaya pengobatan pasien COVID-19 di Rumah Sakit menjadi tanggung jawab pemerintah melalui regulasi Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/ Menkes/238/2020.[41] Selain itu, terdapat juga mobilisasi sumber daya finansial bersumber APBN untuk penyediaan sarana-prasarana melalui *upgrade* RS rujukan COVID-19 , pengadaan *medical supplies* dan *equipment*, serta insentif bagi tenaga medis pada tingkat pusat dan daerah yang diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan No. 38/PMK.02/ 2020.[42]



Gambar 17. Belanja Kuratif menurut Skema Pembiayaan dan Sumber Dana, 2020

Belanja kuratif tertinggi berada pada skema pembiayaan rumah tangga/OOP dengan besaran belanja Rp90,0 triliun atau mewakili sekitar 26,7 persen dari total belanja kuratif tahun 2020. Nilai belanja tersebut turun sekitar 11,1 persen dibandingkan dengan belanja tahun 2019 (Rp101,3 triliun) yang disebabkan karena penurunan belanja pada layanan rawat inap. Belanja pada skema pembiayaan OOP seluruhnya bersumber dari rumah tangga. Sumber dana rumah tangga juga berkontribusi pada belanja kuratif di skema Askes Sosial (19,7 persen), Skema Askes Swasta (43,9 persen), dan skema LNPRT (40,9 persen).

Besaran belanja kuratif tertinggi kedua yaitu pada skema pembiayaan Askes Sosial dengan kontribusi belanja sekitar 24,2 persen (Rp81,9 triliun) dari total belanja kuratif tahun 2020. Seperti skema pembiayaan OOP, nilai belanja

kuratif pada skema pembiayaan Askes Sosial juga mengalami penurunan sekitar 20,7 persen dibanding tahun sebelumnya (Rp103,2 triliun), yang dipicu oleh penurunan belanja rawat inap maupun belanja rawat jalan. Terdapat berbagai sumber dana untuk belanja layanan kuratif pada skema Askes Sosial, yaitu sumber dana APBN (49,7 persen), perusahaan (20,0 persen), rumah tangga (19,7 persen), APBD Kabupaten/Kota (6,8 persen), dan APBD provinsi (3,7 persen).

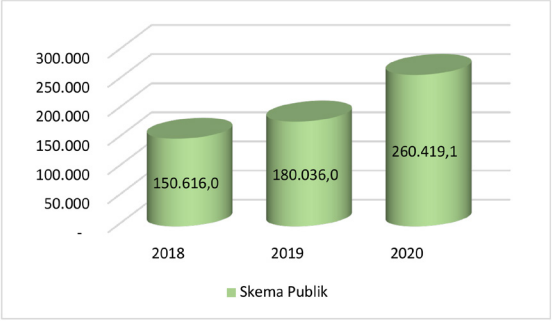
Skema pembiayaan korporasi dan skema pembiayaan Askes Swasta juga mengalami penurunan belanja kuratif pada tahun 2020. Belanja kuratif pada skema korporasi seluruhnya bersumber dari perusahaan dengan besaran sekitar Rp36,2 triliun dan mengalami penurunan belanja 21,2 persen dari tahun 2019 (Rp46,0 triliun) karena turunnya layanan rawat inap dan rawat jalan. Pada skema Askes Swasta, belanja layanan kuratif menurun 8,6 persen dari sebesar Rp14,0 triliun tahun 2019 menjadi Rp12,8 triliun tahun 2020, yang juga dikarenakan turunnya belanja layanan rawat inap dan rawat jalan.

Laporan studi Bappenas menyebutkan bahwa jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap mengalami penurunan yang tinggi hingga mencapai 30 persen pada kondisi pandemi berkaitan dengan himbauan pemerintah untuk menunda pelayanan elektif dan *non-emergency*, kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), serta faktor ketakutan masyarakat terhadap penularan COVID-19 .[43] Situasi tersebut bisa jadi berimplikasi pada turunnya nilai belanja layanan kuratif tahun 2020 pada beberapa skema pembiayaan kesehatan, kecuali skema pembiayaan LNPRT yang meningkat 13,4 persen dari tahun 2019 (Rp1,1 triliun) menjadi Rp1,2 triliun, dengan komponen sumber dana belanja yang bervariasi, meliputi sumber dana rumah tangga (40,9 persen), APBD Kabupaten/Kota (37,0 persen), perusahaan (10,7 persen), LNPRT (4,3 persen), serta hibah luar negeri/ donor (7,1 persen). Sumber dana donor pada belanja layanan kuratif di skema LNPRT tersebut mayoritas merupakan dana Global Fund untuk mendukung kegiatan pengobatan bagi pasien HIV/AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria, misalnya dukungan biaya transportasi untuk mengakses fasilitas kesehatan. Selain skema pembiayaan LNPRT, belanja layanan kuratif juga tetap meningkat pada skema pembiayaan pemerintah yang mayoritas belanjanya bersumber dari dana APBN, meliputi skema pembiayaan Kemenkes, skema pembiayaan K/L

Lainnya, skema pembiayaan pemerintah provinsi, serta skema pembiayaan kabupaten/kota.

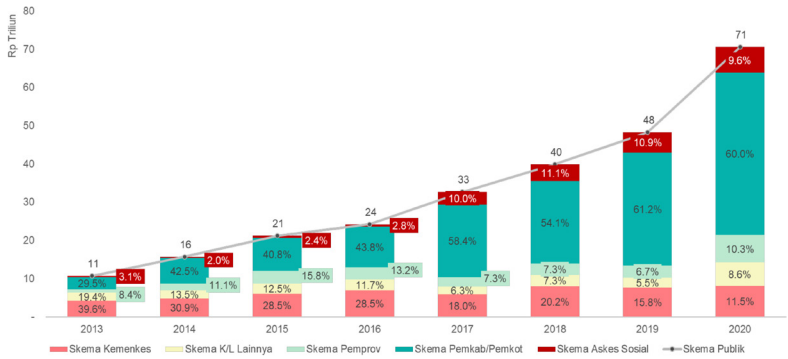
Belanja Kesehatan pada Fungsi Layanan Preventif di Skema Publik

Penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) melalui peningkatan upaya promotif preventif menjadi salah satu fokus sektor kesehatan sejalan dengan arah kebijakan pembangunan tahun 2020-2024.[44] Tinjauan dari perspektif akun kesehatan nasional menunjukkan bahwa belanja layanan preventif pada skema publik secara konsisten meningkat, yaitu dari Rp39,9 triliun tahun 2018 menjadi Rp48,3 triliun tahun 2019, dan selanjutnya mengalami kenaikan cukup tinggi di tahun 2020 mencapai Rp70,6 triliun. Proporsi belanja layanan preventif tersebut mewakili sekitar 21,8 persen dari total belanja kesehatan skema publik tahun 2020. Berdasarkan data belanja kesehatan WHO dan laporan statistik kesehatan OECD, belanja preventif berkontribusi sekitar 8 persen dari total belanja kesehatan diantara negara-negara Asia Pasifik.[40]



Gambar 18. Belanja Preventif Per Kapita pada Skema Publik di Indonesia dalam Rupiah, 2018-2020

Rerata belanja layanan preventif perkapita skema publik juga mengalami kenaikan dengan nilai belanja sekitar Rp150.616 (tahun 2018); Rp180.036 (tahun 2019), dan Rp260.419 (tahun 2020) (**Gambar 18**). Jika dibandingkan dengan negara di kawasan Asia Tenggara, belanja preventif perkapita skema publik di Indonesia dalam USD (PPP) tahun 2019 (37,9) lebih tinggi dari Vietnam (17,4); Laos (5,8); Myanmar (5,3); Kamboja (2,7), tetapi lebih rendah dari Malaysia (62,7) dan Thailand (53,1).[12]



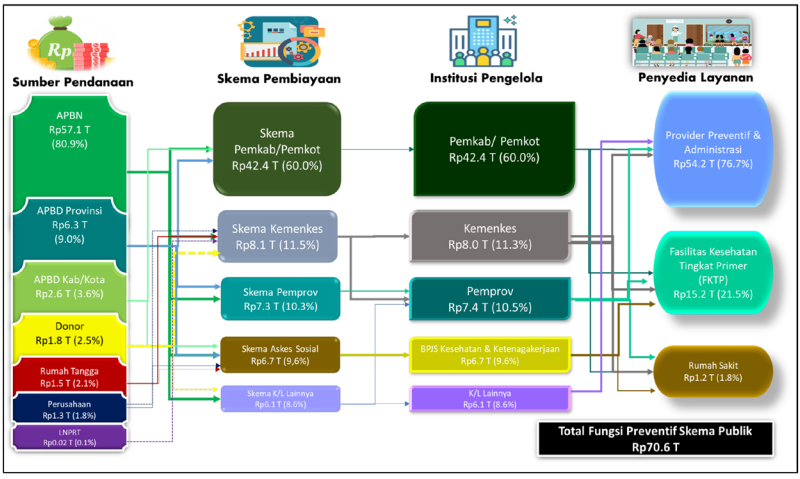
Gambar 19. Tren Belanja Preventif menurut Skema Pembiayaan pada Skema Publik, 2013 – 2020

Hasil penelusuran belanja kesehatan dalam akun kesehatan nasional dapat memperlihatkan gambaran lebih detail mengenai total belanja preventif dari berbagai dimensi. Hal ini bertujuan untuk menyediakan informasi kunci dalam monitoring subsistem pembiayaan kesehatan, mencakup darimana sumber aliran dana? Skema apa yang digunakan untuk memperoleh barang dan jasa kesehatan? Institusi apa yang mengelola dana dan berkontribusi menyediakan barang dan jasa kesehatan?

Gambar 19 menunjukkan tren belanja preventif pada skema publik yang melonjak cukup pesat di tahun 2020. Belanja tersebut didominasi oleh skema subnasional (Pemprov dan Pemkab/Pemkot). Belanja preventif pada skema Pemkab/Pemkot tumbuh sebesar 122% selama 2017-2020.

Berdasarkan data belanja menurut sumber pendanaan (**Gambar 20**), mayoritas belanja preventif skema publik bersumber dari APBN dengan proporsi sebesar Rp57,1 triliun atau 80,9 persen dari total belanja preventif skema publik tahun 2020. Sebagai informasi tambahan bahwa belanja bersumber APBN tersebut mengalami peningkatan 50,7 persen dibanding tahun 2019 (Rp37,9 triliun). Dana bersumber APBN tahun 2020 paling besar ditransfer melalui skema pembiayaan pemerintah kabupaten/kota (60,0 persen), diikuti dengan skema pembiayaan Kemenkes (11,5 persen), transfer ke skema pembiayaan pemerintah provinsi (10,3 persen), skema Asuransi Kesehatan Sosial (9,6%), serta skema Kementerian/Lembaga Lainnya (8,6 persen).

Mayoritas dana APBN pada skema pembiayaan kabupaten/kota merupakan dana transfer pusat yang sebagian besar diperuntukkan khusus untuk kegiatan promotif preventif dalam penanggulangan COVID-19 di tahun 2020. Penggunaan dana ini sejalan dengan regulasi tentang Penyaluran dan Penggunaan Dana Bagi Hasil, Dana Alokasi Umum, dan Dana Insentif Daerah Tahun Anggaran 2020 Dalam Rangka Penanggulangan *Corona Virus Disease* 2019.[45] Terdapat juga arahan dari Kementerian Keuangan melalui Keputusan Menteri Keuangan nomor 6/KM.7/2020 dan arahan Kementerian Kesehatan melalui Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/215/2020 agar pemerintah daerah memanfaatkan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) pada Dana Alokasi Khusus (DAK) Nonfisik provinsi untuk pelaksanaan surveilans COVID-19 dan dana BOK kabupaten/kota untuk pengambilan dan/atau pengiriman rujukan pengujian spesimen COVID-19 ke laboratorium rujukan yang ditunjuk pemerintah.[46,47] Selain itu, terdapat kontribusi dana desa yang juga dimanfaatkan untuk penanganan COVID-19 , seperti pelaksanaan edukasi melalui sosialisasi ke masyarakat dengan menjelaskan gejala, cara penularan, dan cara pencegahan COVID-19 , serta melakukan deteksi dini penyebaran COVID-19 dengan memantau pergerakan masyarakat.[48,49]

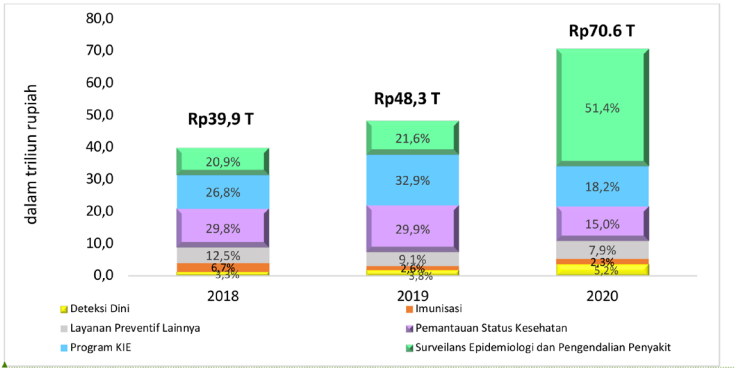


Gambar 20. Belanja Preventif Skema Publik menurut Sumber Dana, Skema Pembiayaan, Institusi Pengelola, dan Penyedia Layanan, 2020

Layanan kesehatan masyarakat (termasuk di dalamnya layanan preventif) merupakan bagian dari barang publik (*public goods*) yang pendanaannya menjadi tanggung jawab pemerintah.[50] Selain sumber APBN, pemerintah juga telah mengalokasikan sumber dana APBD provinsi dan APBD kabupaten/kota untuk belanja layanan preventif tahun 2020 dengan nilai belanja secara berurutan sebesar Rp6,3 triliun dan Rp2,6 triliun atau mewakili sekitar 9,0 persen dan 3,6 persen dari total belanja layanan preventif.

Merujuk pada (**Gambar 20**) dapat diketahui bahwa belanja preventif paling tinggi terselenggara pada provider layanan preventif dan administrasi dengan nilai belanja sekitar Rp54,2 triliun atau 76,7 persen dari total belanja preventif tahun 2020. Sebagai contoh adalah pelaksanaan promosi program penyakit tidak menular, deteksi dini penyakit HIV/AIDS, dll yang terselenggara pada Kementerian/Lembaga di tingkat pusat maupun institusi pemerintah daerah seperti dinas kesehatan provinsi dan/atau kabupaten/kota. Selanjutnya Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) yang didalamnya termasuk Puskesmas, Posyandu menjadi provider terbesar kedua yang menyelenggarakan layanan preventif dengan nilai belanja sekitar Rp15,2 triliun. Rumah Sakit juga berkontribusi untuk menyelenggarakan layanan preventif seperti layanan imunisasi, *medical check-up*, pemeriksaan kehamilan, dan pemasangan alat kontrasepsi pada program keluarga berencana, dengan belanja sebesar Rp1,2 triliun.

Secara lebih rinci terlihat bahwa terdapat pergeseran tren belanja layanan preventif selama tahun 2018-2020, dimana belanja program KIE dan pemantauan status kesehatan yang pada umumnya mendominasi belanja layanan preventif justru mengalami penurunan pada tahun 2020 (**Gambar 21**). Belanja KIE yang antara lain berupa promosi kesehatan dan konseling kesehatan mengalami penurunan dari Rp10,7 triliun (2018) dan Rp15,9 triliun (2019), menjadi Rp12,8 triliun pada tahun 2020. Sementara pada belanja pemantauan kesehatan, belanjanya menurun dari Rp11,9 triliun (2018) dan Rp14,4 triliun (2019), menjadi Rp10,6 triliun pada tahun 2020. Kegiatan pemantauan kesehatan itu sendiri mencakup monitoring dan evaluasi program kesehatan, intervensi pencegahan gizi buruk melalui Pemberian Makanan Tambahan (PMT), pelaksanaan kegiatan Keluarga Berencana (KB) termasuk di dalamnya pemasangan alat kontrasepsi, serta *Antenatal Care* (ANC).



Gambar 21. Rincian Belanja Layanan Preventif pada Skema Publik, 2018-2020

Penurunan pada belanja program KIE dan pemantauan status kesehatan di skema publik terjadi berkaitan dengan adanya mobilisasi berbagai anggaran pemerintah untuk pencegahan dan penanggulangan COVID-19 . Hal tersebut juga diperkuat dengan adanya arahan kebijakan untuk meningkatkan pelaksanaan pelacakan kontak (*contact tracing)* dan pemeriksaan COVID-19 (*testing*).[51] Implikasinya dapat terlihat dengan adanya peningkatan proporsi belanja mencapai 3 kali lipat dibandingkan tahun 2019 pada kegiatan surveilans epidemiologi dan pengendalian penyakit, serta 2 kali lipat pada deteksi dini penyakit. Besaran belanja pada kegiatan surveilans epidemiologi dan pengendalian penyakit skema publik mencapai Rp36,3 triliun tahun 2020 dan nilai belanja deteksi dini penyakit Rp3,7 triliun tahun 2020.

Respons kebijakan dan mobilisasi sumber daya dalam rangka percepatan dan penanggulangan COVID-19 di Indonesia seyogyanya juga perlu mempertimbangkan adanya kebutuhan anggaran untuk pelaksanaan dan pemenuhan capaian indikator program kesehatan masyarakat yang telah ditetapkan. Hal ini bertujuan agar tidak terjadi beban kesehatan tambahan yang ditimbulkan karena terhambatnya pelaksanaan program kesehatan masyarakat esensial. Seiring dengan pelaksanaan kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar[52] dan adanya realokasi anggaran untuk fokus penanganan COVID-19 , terdapat berbagai penyesuaian layanan kesehatan masyarakat esensial ditengah pandemi COVID-19 pada beberapa kabupaten/kota.[53] Sebagai contoh untuk layanan kesehatan ibu, yaitu memprioritaskan layanan pasien dengan kasus emergensi serta mengubah metode konsultasi secara tatap muka menjadi konsultasi melalui

telepon, dan berbagai aplikasi untuk mengirim dan menerima pesan teks. Terkait program imunisasi yaitu adanya pembatasan jumlah kunjungan di Puskesmas dan/atau bidan praktik (harus melalui mekanisme janji-temu), dan pelaksanaan layanan kunjungan rumah sasaran imunisasi. Selanjutnya pada layanan program gizi, yaitu melalui pemberdayaan kader untuk membantu Puskesmas mendistribusikan PMT pada balita gizi buruk. Selain kader, bidan swasta dan Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) juga diberdayakan untuk mendistribusikan pil KB kepada akseptor KB, sedangkan untuk layanan kontrasepsi melalui metode suntik, IUD (*Intrauterine device*), dan implan tetap dapat terlaksana menggunakan sistem penjadwalan untuk mencegah pasien berkerumun di fasilitas kesehatan.

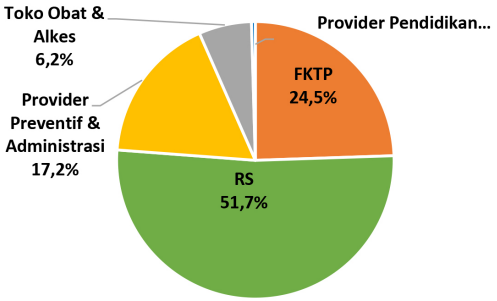
Tidak dapat dipungkiri bahwa peningkatan jumlah kasus COVID-19 memicu turunnya kapasitas fasilitas kesehatan untuk menyediakan layanan kesehatan masyarakat esensial. Dengan demikian rekomendasi diusulkan untuk mempertahankan kontinuitas layanan kesehatan tersebut melalui penerapan protokol kesehatan dengan pemisahan *patient flow* mulai dari pintu masuk, ruang perawatan hingga pintu keluar untuk pasien COVID-19 serta penempatan khusus penanganan COVID-19 .[43] Selain itu, perlu juga penguatan sistem monitoring dan evaluasi *online* layanan kesehatan esensial melalui pemanfaatan teknologi informasi. Hal tersebut perlu menjadi perhatian mengingat suatu *evidence* membuktikan bahwa intervensi kesehatan masyarakat pada tingkat lokal dan nasional merupakan investasi yang sangat menghemat biaya.[54] Pemotongan anggaran kesehatan masyarakat diperkirakan akan memicu tingginya beban biaya kesehatan dan ekonomi yang lebih luas pada masa mendatang.

3.3. Belanja Kesehatan Menurut Dimensi Penyedia Layanan atau *Health Care Providers* (HP)

Dimensi penyedia (provider) layanan kesehatan adalah organisasi dan aktor yang menyediakan barang dan jasa layanan kesehatan sebagai kegiatan utama (disebut sebagai provider primer) maupun kegiatan penyediaan barang dan jasa kesehatan hanya sebagai bagian dari kegiatan lain yang dilakukan oleh organisasi dan aktor tersebut (disebut sebagai provider sekunder).[2] Dimensi penyedia layanan mencakup rumah sakit, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP misalnya puskesmas, praktik dokter

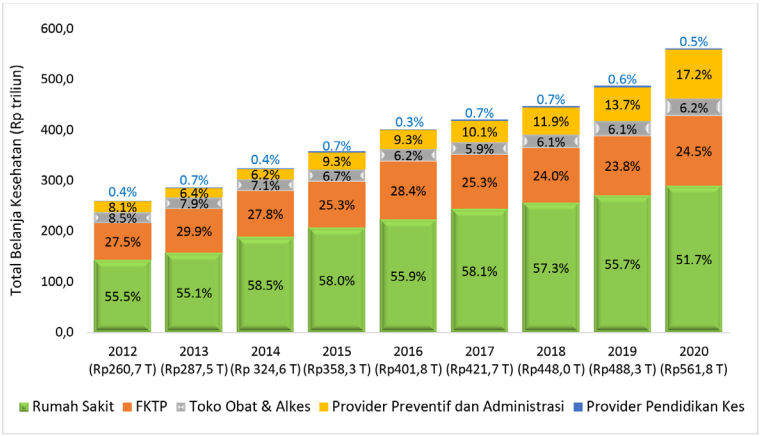
perorangan, praktik bidan, klinik, dll), toko obat dan alat kesehatan, penyedia layanan preventif dan administrasi (misalnya Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, dll), dan penyedia pendidikan kesehatan (misalnya politeknik kesehatan).

Belanja kesehatan menurut dimensi penyedia layanan kesehatan memberikan informasi organisasi dan aktor yang berkontribusi dalam penyediaan layanan kesehatan di suatu negara, baik secara agregat atau untuk setiap skema belanja atau dimensi lainnya. Misalnya, provider mana yang paling berkontribusi untuk program Kesehatan prioritas dalam mencapai cakupan kesehatan semesta. Berikut adalah gambaran belanja kesehatan di Indonesia menurut penyedia layanan kesehatan tahun 2020.



Gambar 22. Total Belanja Kesehatan menurut Provider, 2020

Dari **Gambar 22** terlihat bahwa rumah sakit merupakan provider yang paling banyak menyediakan layanan kesehatan di Indonesia pada tahun 2020 dibandingkan dengan provider lainnya, yaitu menyerap belanja sebesar 51,7 persen atau Rp290,6 triliun, kemudian disusul oleh FKTP sebesar 24,5 persen atau Rp137,4 triliun. Kedua provider tersebut merupakan provider yang mayoritas kegiatannya adalah menyediakan pelayanan kuratif baik rawat jalan maupun rawat inap. Sementara belanja di provider preventif dan administrasi menyerap belanja sebesar 17,2 persen atau Rp96,6 triliun. Provider tersebut merupakan provider yang menyediakan layanan kesehatan berupa program pelayanan promotif dan preventif serta administrasi kesehatan. Provider yang termasuk dalam provider preventif dan administrasi di Indonesia yaitu satuan kerja (satker) pusat di lingkup Kementerian Kesehatan dan K/L lain, satker di Dinas Kesehatan Provinsi, maupun Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.



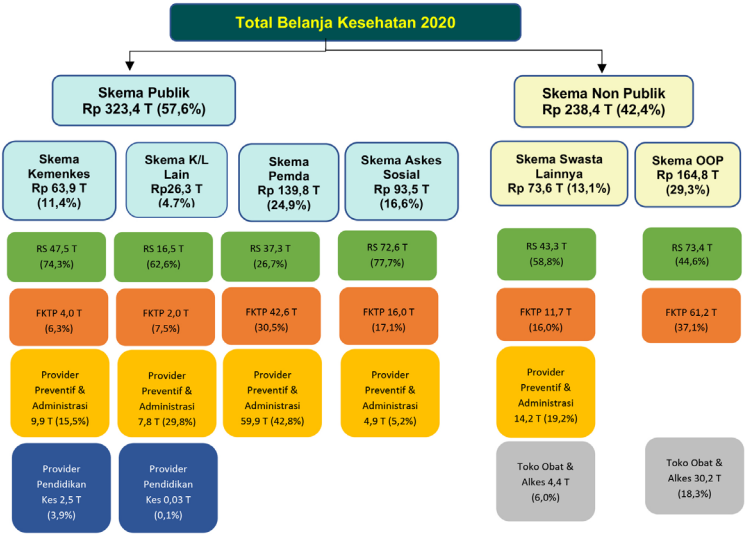
Gambar 23. Total Belanja Kesehatan menurut Provider, 2012 – 2020

Selama 2012-2020 terlihat bahwa sebagian besar belanja kesehatan di Indonesia setiap tahunnya disediakan oleh rumah sakit (**Gambar 23**). Layanan kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit pada tahun 2020 terlihat mengalami penurunan dibandingkan tahun 2019, dari 55,7 persen (2019) menjadi 51,7 persen (2020). Sementara belanja kesehatan yang terserap di FKTP pada tahun 2020 terlihat menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2019, dari 23,8 persen (2019) menjadi 24,5 persen (2020). Hal ini sejalan dengan penurunan jumlah kunjungan pasien di rumah sakit dan peningkatan kunjungan di FKTP pada saat pandemi COVID-19 terutama disebabkan oleh kekhawatiran pasien untuk tertular COVID-19 di rumah sakit yang digunakan untuk perawatan pasien COVID-19 , sehingga pasien lebih memilih untuk menunda pergi ke rumah sakit dan pergi ke FKTP atau menggunakan *telemedicine* sebagai alternatif untuk mengakses layanan kesehatan.[34,35] Negara lain juga mengalami kondisi yang serupa dimana banyak penduduk yang takut untuk pergi ke fasilitas kesehatan selama pandemi, sehingga *telemedicine* lebih dipilih masyarakat sebagai solusi untuk memperoleh layanan kesehatan.[36]

Sejalan dengan FKTP, belanja kesehatan yang diserap oleh provider preventif dan administrasi pada tahun 2020 juga mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2019, dari 13,7 persen (2019) menjadi 17,2 persen (2020). Hal ini dipicu oleh kebijakan pemerintah yang melakukan *refocusing*

anggaran pada masa pandemic COVID-19 dimana salah satunya ditujukan untuk pencegahan dan penanggulangan COVID-19 melalui pelaksanaan pelacakan kontak (*contact tracing)* dan pemeriksaan COVID-19 (*testing*) baik yang dilaksanakan oleh rumah sakit maupun puskesmas di bawah Dinas Kesehatan, serta pencegahan penularan COVID-19 oleh aparat Desa dengan pendanaan bersumber Dana Desa.[51]

Provider toko obat dan alat kesehatan pada tahun 2020 juga menunjukkan peningkatan dibandingkan 2019, dari 6,1 persen menjadi 6,2 persen. Pada masa pandemi COVID-19 , berdasarkan hasil data susenas Maret 2021 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pembelian vitamin oleh masyarakat sebagai upaya pencegahan COVID-19 dan pembelian obat secara mandiri untuk pengobatan COVID-19 selama isolasi mandiri. Kondisi tersebut yang memicu peningkatan belanja di provider toko obat dan alat kesehatan pada tahun 2020.



Gambar 24. Total Belanja Kesehatan menurut Skema Pembiayaan dan Provider, 2020

Belanja kesehatan berdasarkan skema pembiayaan dan provider yang disajikan pada **Gambar 24** memberikan informasi mengenai gambaran provider yang berkontribusi dalam penyediaan layanan kesehatan pada masing-masing skema tersebut.

Pada skema Kemenkes, mayoritas belanja diserap oleh provider RS milik Kemenkes, yaitu sebesar 74,3 persen dari total belanja skema Kemenkes atau Rp47,5 triliun dimana sebagian besar digunakan untuk pembayaran klaim COVID-19 dan insentif bagi petugas kesehatan pada fasilitas kesehatan penanganan COVID-19 . Selanjutnya oleh provider preventif dan administrasi (meliputi belanja di satker pusat di Kemenkes dan dana dekonsentrasi yang disalurkan ke Dinas Kesehatan Provinsi), yaitu sebesar 15,5 persen dari total belanja skema Kemenkes atau Rp9,9 triliun dimana mayoritas digunakan untuk menyediakan layanan preventif untuk pengadaan alat pelindung diri pencegahan COVID-19 serta untuk penyediaan fungsi tata kelola administrasi yang digunakan untuk operasional dan pemeliharaan kantor, penyusunan rencana anggaran, pengelolaan keuangan, pengelolaan kepegawaian, dll.

Sama halnya dengan belanja pada skema Kemenkes, mayoritas belanja pada skema K/L lain belanja diserap oleh provider RS, yaitu sebesar 62,6 persen dari total belanja skema K/L lain atau Rp16,5 triliun dimana sebagian besar digunakan untuk penanganan COVID-19 , termasuk didalamnya pengobatan dan perawatan pasien COVID-19 di Wisma Atlet yang dikelola BNPB, belanja RS di bawah Kemhan dan POLRI, RS Pendidikan di bawah Kemenristekdikti, dan RS Pengayoman di bawah Kemenkumham. Selanjutnya oleh provider preventif dan administrasi, yaitu sebesar 29,8 persen dari total belanja skema K/L lain atau Rp7,8 triliun dimana mayoritas digunakan untuk menyediakan layanan preventif berupa pengadaan alat kontrasepsi, program KKBPK, promosi dan konseling kesehatan reproduksi, kegiatan terkait pengawasan keamanan pangan, kegiatan pembinaan dan pengawasan K3 di tempat kerja, pengawasan kebersihan dan sanitasi di pondok pesantren dan rumah ibadah, dll serta untuk penyediaan fungsi tata kelola administrasi berupa operasional dan pemeliharaan kantor, dll.

Pola belanja pada skema pemerintah daerah berbeda dengan skema Kemenkes dan K/L lain; belanja pada skema pemerintah daerah mayoritas diserap oleh provider preventif dan administrasi sebesar 42,8 persen dari total belanja skema pemerintah daerah atau Rp59,9 triliun, yang meliputi belanja di Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dinas lain dan desa yang memberi layanan preventif dan administrasi kesehatan. Layanan yang diberikan oleh provider tersebut pada tahun 2020 mayoritas berupa pencegahan COVID-19 , baik yang dananya bersumber

dari dana desa, pemerintah daerah maupun pemerintah pusat. Selanjutnya adalah provider FKTP (meliputi belanja di Puskesmas), yaitu sebesar 30,5 persen dari total belanja skema pemerintah daerah atau Rp42,6 triliun, yang digunakan untuk belanja gaji dan tunjangan bagi tenaga di Puskesmas yang melaksanakan kegiatan layanan kuratif maupun preventif, operasional puskesmas, pengambilan dan/atau pengiriman rujukan pengujian spesimen COVID-19 ke laboratorium rujukan yang ditunjuk pemerintah, dll.

Pada skema Askes Sosial, mayoritas belanja diserap oleh provider RS yang sudah bekerja sama dalam penyelenggaran skema JKN dan JKK, yaitu sebesar 77,7 persen dari total belanja skema askes sosial atau Rp72,6 triliun. Pada tahun 2020 terdapat sebanyak 2.507 FKRTL yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk memberikan layanan bagi peserta JKN. Selanjutnya belanja askes sosial diserap oleh FKTP, yaitu sebesar 17,1 persen dari total belanja skema askes sosial atau sebesar Rp16,0 triliun. FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan antara lain puskesmas dan jejaringnya, praktik dokter perorangan, praktik dokter gigi, dan klinik. FKTP dalam skema JKN memberikan pelayanan baik bagi peserta JKN untuk kunjungan sakit maupun kunjungan sehat.

Belanja skema swasta lainnya pada skema nonpublik, mencakup belanja pada skema askes swasta, korporasi dan LNPRT. Pada skema swasta lainnya, mayoritas belanja diserap oleh provider RS, yaitu sebesar 58,8 persen dari total belanja skema swasta lainnya atau Rp43,3 triliun dimana sebagian besar digunakan untuk layanan kuratif baik milik korporasi dan LNPRT maupun yang bekerja sama dengan korporasi dan askes swasta. Belanja terbesar selanjutnya diserap oleh provider preventif dan administrasi, yaitu sebesar 19,2 persen dari total belanja skema swasta lainnya atau Rp14,2 triliun dimana mayoritas digunakan untuk menyediakan layanan preventif untuk layanan vaksinasi, *Antenatal Care* (ANC), layanan pemasangan alat kontrasepsi, serta paket manfaat terkait *general check-up*.

Selanjutnya untuk skema nonpublik, belanja skema *Out of Pocket* (OOP) mayoritas diserap oleh provider RS baik milik pemerintah maupun swasta, yaitu sebesar 44,6 persen dari total belanja skema OOP atau Rp73,4 triliun. Belanja terbesar selanjutnya diserap oleh FKTP, yaitu sebesar 37,1 persen dari total belanja skema OOP atau Rp61,2 triliun baik melalui puskesmas, praktik dokter perorangan, praktik dokter gigi, klinik, praktik bidan, dll.

4

BAGIAN 4.

BELANJA KESEHATAN PROGRAM PRIORITAS PADA SEKTOR PUBLIK

BAGIAN 4. BELANJA KESEHATAN PROGRAM PRIORITAS PADA SEKTOR PUBLIK

World Health Organization (WHO) telah mengembangkan dimensi perluasan dari dimensi akun kesehatan, yaitu klasifikasi menurut karakteristik penerima manfaat seperti kelompok umur, gender, serta jenis penyakit yang dijelaskan dalam kerangka *System of Health Accounts* (SHA) 2011. Analisis belanja menurut jenis penyakit bermanfaat dalam menyediakan informasi dan menjawab berbagai pertanyaan kebijakan, seperti kelompok penyakit apa saja yang memiliki pengeluaran yang tinggi, skema pembiayaan apa saja yang disediakan dalam menangani kasus penyakit tertentu, serta bagaimana pola sebaran belanja pada kelompok penyakit tertentu di suatu wilayah.[2]

Dalam gambaran NHA Indonesia, tim berupaya secara rutin untuk dapat menyajikan gambaran belanja kesehatan menurut program/jenis penyakit tertentu melalui penyempurnaan metodologi pada setiap skema pembiayaan. Hal penting yang perlu diperhatikan dalam menggambarkan potret belanja kesehatan menurut program spesifik, dibutuhkan informasi yang rinci untuk dapat melakukan klasifikasi secara tepat. Saat ini, belanja kesehatan yang memungkinkan untuk dapat diidentifikasi menurut program tertentu adalah informasi rinci dari skema pembiayaan publik. Pada skema pembiayaan nonpublik masih belum dapat diidentifikasi secara rinci pemanfaatannya menurut program spesifik ataupun jenis penyakit tertentu. Dengan demikian, gambaran belanja kesehatan terkait program spesifik/jenis penyakit tertentu yang disajikan dalam laporan ini hanya memberikan gambaran dari skema Kemenkes, K/L lainnya, Subnasional, dan Asuransi Kesehatan Sosial.

Proses klasifikasi data belanja kesehatan pada skema pemerintah (Kemenkes, K/L lainnya, dan Subnasional) membutuhkan informasi yang komprehensif seperti rincian program, kegiatan, output, sub-output, komponen, sub-komponen, serta uraian kegiatan, sehingga dokumen yang diperlukan tidak hanya terkait Laporan Realisasi Anggaran (LRA), melainkan juga dokumen Rencana Kegiatan Anggaran K/L (RKA-KL). Dalam memenuhi

kebutuhan tersebut, tim NHA Indonesia berupaya untuk menggabungkan (*merging*) struktur data pada kedua dokumen tersebut dan sudah dilakukan pada skema Kemenkes. Sementara skema K/L lainnya masih menggunakan informasi dari LRA dalam melakukan pengklasifikasian menurut program spesifik. Walaupun demikian, pengklasifikasian data belanja menurut program atau spesifik penyakit tertentu hanya dapat dilakukan pada data belanja yang terdefinisi secara jelas untuk program/penyakit tersebut. Sedangkan komponen belanja pendukung lainnya seperti gaji pegawai dan belanja untuk kegiatan administrasi belum dapat diklasifikasikan menurut program/penyakit tertentu.

Dalam proses identifikasi belanja program pada skema subnasional dibutuhkan tambahan data dukung lain. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan informasi dalam memperoleh gambaran secara rinci, khususnya mengenai program spesifik. *District Health Accounts* (DHA) yang dilakukan di tingkat kabupaten/kota menjadi salah satu alternatif dalam proses disagregasi skema subnasional karena DHA memuat informasi secara rinci mengenai provider kesehatan, pemanfaatan menurut fungsi, serta program spesifik. Akan tetapi, produksi DHA belum dilakukan secara rutin tiap tahunnya dan belum semua daerah dapat memproduksi DHA. Untuk mengatasi keterbatasan ini, tim NHA berupaya untuk memperoleh data tambahan dari hasil kajian pada Penilaian Efektivitas Anggaran dan Cakupan Pelaksanan Program Standar Pelayanan Minimal (SPM) termasuk upaya Promotif dan Preventif di Tingkat Puskesmas.[55] Dari hasil kajian tersebut diperoleh informasi mengenai proporsi belanja pada program SPM bidang kesehatan yang digunakan untuk layanan preventif di puskesmas. Proporsi belanja program SPM tersebut digunakan sebagai dasar disagregasi dalam mengetahui belanja skema subnasional menurut program spesifik. Sementara untuk belanja di luar layanan preventif dan di luar program SPM, belum dapat diklasifikasikan secara spesifik menurut program tertentu. Selain itu, data yang digunakan untuk mengidentifikasi belanja kesehatan dari dana desa adalah laporan keuangan alokasi dan realisasi APBDes sub bidang kesehatan yang diperoleh dari Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi.

Potret belanja menurut jenis penyakit pada skema asuransi kesehatan sosial merupakan skema pembiayaan publik yang sangat memungkinkan untuk

dapat diidentifikasi pemanfaatannya menurut jenis penyakit karena pada data klaim tersedia informasi mengenai kode penyakit (ICD-10 dan Ina-CBGs). Dalam upaya pengelompokan penyakit, WHO juga telah mengembangkan pengelompokkan menurut jenis penyakit (*disease accounts*) dengan menggunakan informasi rincian pada diagnosis primer yang tertulis dengan menggunakan ICD-10. Selanjutnya, tim NHA melakukan identifikasi berdasarkan pemetaan antara ICD-10 dan DIS yang telah disediakan oleh WHO dan melakukan penyesuaian terhadap kondisi di Indonesia untuk dapat mengakomodasi kondisi pembayaran klaim yang diterapkan di Indonesia, baik di FKTP maupun RS. Pada data di FKTP, tim NHA tidak hanya menggunakan informasi diagnosis primer (ICD-10) dalam pengelompokkan menurut jenis penyakit, melainkan juga mempertimbangkan variabel lainnya seperti kelompok umur untuk dapat menangkap informasi misalnya mengenai neonatal. Selain itu, pada data klaim non kapitasi di FKTP, menggunakan identifikasi variabel jenis tindakan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, pembiayaan klaim non kapitasi dibayar sesuai jenis pelayanan di FKTP yang diberikan kepada peserta JKN.[56] Dengan demikian, pengklasifikasian menurut jenis penyakit yang ditulis dalam laporan saat ini sudah mempertimbangkan dan melihat kesesuaian antara diagnosis primer (ICD-10), INA-CBGs pada data klaim RS, dan jenis tindakan pada data klaim non-kapitasi di FKTP, serta kelompok umur.

Gambaran NHA 2020 juga berupaya untuk menyajikan informasi mengenai penanganan dan penanggulangan COVID-19 bidang kesehatan di Indonesia. Potret belanja COVID-19 yang dapat disajikan dalam laporan ini adalah dari skema pembiayaan publik. Pada skema kemenkes, belanja COVID-19 bidang kesehatan diperoleh dari dokumen RKA-KL dan LRA melalui identifikasi pada variabel nama akun belanja, output hingga rincian komponen. Identifikasi belanja COVID-19 bidang kesehatan pada skema K/L lainnya juga diperoleh melalui dokumen LRA dan hasil triangulasi kepada kementerian terkait, misalnya Kementerian Keuangan, Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) yang juga memiliki tanggung jawab dalam penanganan COVID-19, Kementerian Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat, serta Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM). Pada skema subnasional, perhitungan belanja COVID-19 untuk kesehatan diperoleh melalui laporan

progress terkait penanganan dan penanggulangan COVID-19 yang disediakan oleh Kementerian Keuangan dan Kementerian Dalam Negeri. Perhitungan belanja COVID-19 bidang kesehatan pada skema subnasional membutuhkan beberapa tahapan, termasuk penyesuaian kembali data updated dengan laporan progress per Desember dari Kementerian Keuangan. Sebagai catatan bahwa belanja COVID-19 bidang kesehatan yang ditangkap dalam NHA adalah di luar santunan kematian akibat COVID-19.

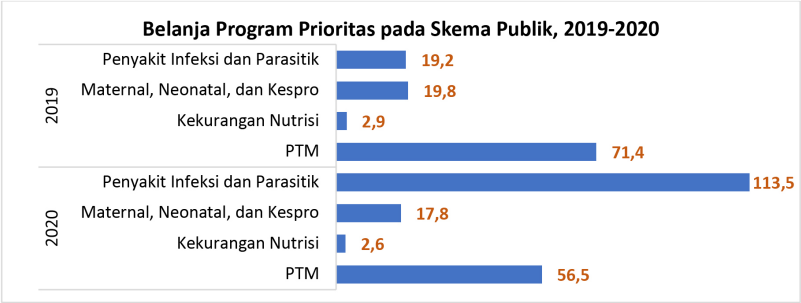
4.1. Gambaran Belanja Menurut Program Prioritas pada Skema Pembiayaan Publik

Prioritas nasional pembangunan kesehatan dalam dokumen Rencana Panjang Jangka Menengah Nasional (RPJMN) memiliki fokus pada peningkatan akses dan mutu layanan kesehatan. Agenda prioritas nasional tersebut meliputi pelaksanaan program prioritas terkait pencegahan dan pengendalian pada Penyakit Infeksi, Kesehatan Ibu, Neonatal, Kesehatan Reproduksi, kekurangan Gizi, serta pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM).[1] Dengan demikian, laporan NHA ini berupaya untuk menyajikan informasi mengenai pembiayaan program prioritas pada 4 kelompok besar, yang meliputi penyakit infeksi dan parasitik; maternal, neonatal, dan kesehatan reproduksi; kekurangan gizi; serta PTM.

Informasi mengenai belanja pada program prioritas dapat dilakukan melalui perluasan pada dimensi akun kesehatan, yaitu menurut akun jenis penyakit (*disease accounts*). Berdasarkan klasifikasi pada dimensi akun jenis penyakit yang dikembangkan oleh WHO, kelompok penyakit infeksi dan parasitik terdiri dari HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual, Tuberculosis (TB), Malaria, Infeksi Saluran Pernapasan (ISP), Diare, *Neglected Tropical Diseases (NTD)*, penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin atau yang terkait imunisasi, serta hepatitis.[57] Berbeda dengan tahun sebelumnya, di tahun 2020 terjadi pandemi global akibat COVID-19 , sehingga tim NHA berupaya untuk menangkap informasi tersebut dan diklasifikasikan ke dalam kelompok besar penyakit infeksi dan parasitik.

Selain itu, merujuk pada pedoman WHO mengenai rincian klasifikasi akun jenis penyakit, kelompok selanjutnya yang disajikan dalam laporan ini adalah terkait maternal, neonatal, kesehatan reproduksi termasuk terkait

Keluarga Berencana (KB). Sementara pada kelompok terkait kekurangan nutrisi menggambarkan informasi mengenai kekurangan asupan nutrisi dan protein. Selanjutnya, pada kelompok PTM meliputi neoplasma, gangguan endokrin dan metabolisme, kardiovaskular, gangguan mental dan saraf, penyakit terkait pernapasan, penyakit saluran pencernaan, penyakit pada sistem genito-urinary, mata dan telinga, gigi dan mulut, serta PTM lainnya.[57] Gambaran belanja program prioritas pada skema pembiayaan publik tahun 2019 dan 2020 disajikan dalam gambar di bawah ini (**Gambar 25**).



Gambar 25. Belanja Program Prioritas pada Skema Pembiayaan Publik, 2019-2020 (Rp triliun)

Total belanja skema pembiayaan publik pada 4 kelompok besar program prioritas mengalami peningkatan sebesar Rp77,1 triliun atau 68,1 persen pada tahun 2020 dibanding tahun 2019. Pada tahun 2019, kelompok PTM merupakan belanja tertinggi dibanding kelompok program spesifik lainnya, yaitu sebesar Rp71,4 triliun atau 63,1 persen terhadap total belanja program prioritas tahun 2019. Tahun 2020 menunjukkan pola yang berbeda, dimana PTM mengalami penurunan sebesar Rp14,9 triliun atau 20,9 persen dibcalanding tahun 2019. Selanjutnya, perbedaan signifikan terjadi pada kelompok penyakit infeksi dan parasitik yang memiliki angka pengeluaran tahun 2020 sebesar Rp113,5 triliun dan naik hampir 6 kali lipat dibanding tahun 2019 (Rp19,2 triliun). Pada **Gambar 25** menunjukkan terjadinya perubahan pola pada belanja skema publik menurut program spesifik dimana pada tahun 2019 kelompok PTM mendominasi, sementara tahun 2020 penyakit infeksi dan parasitik menjadi posisi pertama dalam belanja skema publik. Hal ini disebabkan adanya peningkatan anggaran publik dalam

rangka penanganan dan penanggulangan COVID-19 secara cepat melalui *refocusing* kegiatan, realokasi anggaran, serta pengadaan, barang dan jasa dalam rangka percepatan penanganan COVID-19 atas dasar Instruksi Presiden Nomor 4 Tahun 2020 yang ditetapkan tanggal 20 Maret 2020.[58] Selanjutnya terdapat regulasi turunan yang mengatur kebijakan keuangan negara dalam hal penanganan pandemi COVID-19 dalam penerbitan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang (PERPPU) Nomor 1 Tahun 2020 yang terbit pada tanggal 31 Maret 2020.[59] Kemudian PERPU tersebut ditetapkan menjadi Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2020 pada tanggal 16 Mei 2020 yang secara umum mengatur tentang pelaksanaan APBN dalam rangka penanganan pandemi COVID-19 .[60]

Hal serupa juga terjadi di negara lain, bahkan di negara maju seperti negara-negara OECD, yang berupaya meningkatkan anggaran kesehatan pemerintahan terkait biaya COVID-19 sebagai bagian dari komitmen dalam menanggapi dampak COVID-19 , sehingga berdampak pada penurunan belanja kesehatan skema pembiayaan nonpublik.[8] Peningkatan anggaran publik pada negara OECD dilakukan melalui tahapan perencanaan yang meliputi estimasi kebutuhan sumber daya dalam sistem kesehatan, reprioritasi pembiayaan publik, identifikasi dana tambahan, serta revisi anggaran. Selain itu, beberapa negara OECD (15 dari 37 anggota OECD), pemerintah pusatnya telah melakukan mitigasi dampak COVID-19 pada anggaran subnasional, termasuk meningkatkan anggaran transfer.[61]

Informasi khusus mengenai belanja COVID-19 bidang kesehatan disampaikan dalam bahasan sub bab mengenai Gambaran Belanja Program pada Kelompok Penyakit Infeksi dan Parasitik dalam Skema pembiayaan Publik.

4.2. Gambaran Hasil Identifikasi Lebih Lanjut Belanja Program Prioritas pada Skema Pembiayaan Publik

Sub bagian ini menjelaskan mengenai pola belanja skema pembiayaan publik tahun 2019 dan 2020 pada 4 kelompok besar program tertentu terkait penyakit infeksi dan parasitik; maternal, neonatal, dan kesehatan reproduksi; kekurangan nutrisi; serta kelompok PTM. Gambaran pada tiap

kelompok penyakit tersebut disajikan menurut skema pembiayaan, sumber dana, rincian jenis penyakit, serta pemanfaatannya menurut dimensi fungsi. Sebagai analisis dan informasi tambahan, laporan NHA juga menyajikan informasi secara khusus mengenai gambaran pembiayaan COVID-19 pada skema publik, termasuk rincian sumber dana, serta pemanfaatannya dalam bahasan gambaran belanja program pada kelompok penyakit infeksi dan parasitik.

4.2.1 Gambaran Belanja Program pada Kelompok Penyakit Infeksi dan Parasitik dalam Skema Pembiayaan Publik

Potret belanja pada kelompok penyakit infeksi dan parasitik menyajikan informasi secara rinci mengenai sumber pendanaan pada tiap skema pembiayaan publik (**Tabel 2**). Total belanja pada skema pembiayaan publik yang dikeluarkan untuk kelompok penyakit infeksi dan parasitik tahun 2019 sebesar Rp19,2 triliun atau 7,6 persen terhadap total belanja kesehatan skema publik, dengan skema asuransi kesehatan sosial mendominasi sebesar Rp13,0 triliun (5,1 persen terhadap total TBK skema publik). Selanjutnya diikuti oleh pembiayaan dari skema kemenkes dengan total Rp4,6 triliun yang digunakan untuk pengeluaran terkait kelompok penyakit infeksi dan parasitik dengan sumber pendanaan terbesar berasal dari dana pemerintah pusat (APBN) sebesar Rp3,2 triliun. Pada skema kemenkes, terdapat peran donor dalam pendanaan kelompok penyakit ini sebesar Rp1,4 triliun, misalnya dana dari *Global Fund* yang digunakan untuk pencegahan dan pengendalian pada penyakit HIV/AIDS & PMS, TB, serta malaria. Donor lainnya yang juga berperan dalam kelompok penyakit infeksi dan parasitik adalah USAID, CHAI, WHO, dan beberapa donor lain. Pada skema subnasional, belanja program pada kelompok ini adalah hanya sebesar Rp1,5 triliun dengan sumber pendanaan yang berkontribusi besar adalah dana transfer dari pemerintah pusat (APBN) ke daerah, yaitu sebesar Rp1,3 triliun pada tahun 2019.

Pandemi COVID-19 di Indonesia mengakibatkan peningkatan anggaran pemerintah pusat dan daerah dalam rangka penanganan COVID-19 secara cepat. Hal tersebut terlihat dalam **Tabel 2** bahwa pendanaan bersumber APBN (termasuk Transfer ke Daerah dan Dana Desa/TKDD) serta APBD

meningkat pada tahun 2020. Total belanja pada skema pembiayaan publik yang dikeluarkan untuk kelompok penyakit infeksi dan parasitik tahun 2020 adalah sebesar Rp113,7 triliun atau 35,1 persen terhadap TBK skema publik dengan Rp101,6 triliun (89,9 persen) bersumber dana dari APBN (termasuk TKDD).

Hal ini sejalan dengan peningkatan alokasi belanja negara dalam rangka mendorong penanganan COVID-19 . Dalam Laporan Keuangan Pemerintah Pusat (LKPP) tahun 2020 dijelaskan bahwa alokasi belanja negara untuk tahun anggaran 2020 mengalami peningkatan sebesar 7,82 persen yaitu dari Rp2.540,42 triliun menjadi Rp2.739,17 triliun dalam upaya mendukung pemerintah mengenai penanganan COVID-19 , termasuk bidang kesehatan dan pemulihan ekonomi.[62] Kebijakan *refocusing* dan realokasi anggaran pada kegiatan yang bersifat nonprioritas dari seluruh sektor, baik pusat maupun daerah, juga memiliki pengaruh terhadap kenaikan anggaran di skema publik.

Berdasarkan kebijakan dan strategi penanganan pandemi COVID-19 dan rencana strategis awal mengenai pendanaan penanganan pandemi yang diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 185/PMK.02/2020, program penanganan tersebut terdiri atas 6 klaster, yaitu 1) kesehatan; 2) perlindungan sosial; 3) dukungan sektoral kementerian/lembaga dan pemerintah daerah; 4) insentif usaha; serta 5) dukungan kepada usaha mikro kecil dan menengah (UMKM).[63] Pemerintah berupaya untuk melakukan percepatan realisasi anggaran penanganan pandemi melalui reklasterisasi agar alokasi untuk program yang kemungkinan tidak terserap dapat dimanfaatkan untuk program lainnya, termasuk klaster kesehatan.[62] Upaya reklasterisasi tersebut berpengaruh terhadap peningkatan anggaran publik untuk penanganan pandemi dimana alokasi awal untuk sektor kesehatan sebesar Rp87,55 triliun kemudian naik menjadi Rp99,5 triliun. Adapun penggunaan dana tersebut adalah untuk penyediaan belanja penanganan pandemi COVID-19 , insentif tenaga medis, santunan kematian tenaga medis, bantuan iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi segmen Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja, pengadaan alat kesehatan, sarana dan prasarana, serta dukungan bagi Gugus Tugas COVID-19 /Satuan Tugas COVID-19 , dan insentif perpajakan di bidang kesehatan.[64]

Tabel 2. Gambaran Belanja Kelompok Penyakit Infeksi dan Parasitik menurut Skema Pembiayaan Publik dan Sumber Dana, 2019-2020 (dalam Rptriliun)

Skema pembiayaan Publik	2019					2020				
	APBD Murni	APBN (termasuk TKDD)	Dana Jamsos	Donor	Total	APBD Murni	APBN (termasuk TKDD)	Dana Jamsos	Donor	Total
Kemenkes	-	3,2	-	1,4	4,6	-	51,6	-	1,8	53,4
K/L Lainnya	-	0,02	-	-	0,02	-	18,7	-	0,04	18,7
Subnasional	0,2	1,3	-	-	1,5	5,9	27,3	-	-	33,2
Askes Sosial	-	-	13,0	-	13,0	-	-	8,2	-	8,2
Total Skema Publik	**0,2**	**4,5**	**13,0**	**1,4**	**19,2**	**5,9**	**97,6**	**8,2**	**1,8**	**113,5**
% thd TBK Skema Publik	**0,1%**	**1,8%**	**5,1%**	**0,5%**	**7,6%**	**1,8%**	**30,2%**	**2,5%**	**0,6%**	**35,1%**

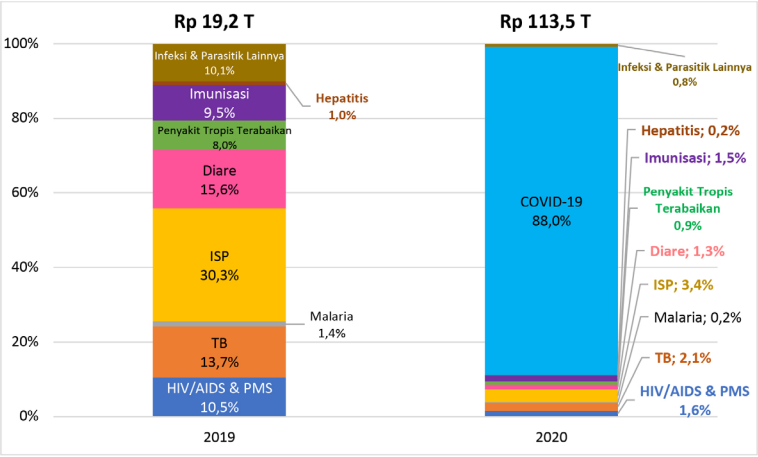
Perubahan pola pembiayaan tahun 2020 terjadi pada kelompok program terkait penyakit infeksi dan parasitik (**Tabel 2**) seiring dengan adanya pandemi COVID-19 , yang merupakan bagian dari penyakit infeksi dan parasitik. Pada tahun 2019 skema askes sosial mendominasi belanja untuk kelompok penyakit infeksi dan parasitik, sementara tahun 2020 skema kemenkes mendominasi. Belanja skema askes sosial mengalami penurunan secara nominal (dari Rp13,0 triliun tahun 2019 menjadi Rp8,2 triliun tahun 2020). Pada skema pemerintahan (Kemenkes, K/L Lainnya, serta subnasional) mengalami peningkatan belanja yang sebagian besar bersumber dana APBN dan dana transfer pusat. Skema kemenkes mengalami kenaikan belanja pada program terkait kelompok penyakit infeksi sekitar 11 kali lipat, dari Rp4,6 triliun tahun 2019 meningkat menjadi Rp53,4 triliun dengan komponen sumber dananya terdiri dari APBN (Rp51,6 triliun) dan donor (Rp1,8 triliun).

Selanjutnya, belanja terbesar untuk kelompok penyakit infeksi dan parasitik terbesar adalah pada skema subnasional yang juga mengalami kenaikan signifikan dibanding tahun 2019 (dari Rp1,5 triliun tahun menjadi Rp33,2 triliun tahun 2020). Sumber dana terbesar di skema subnasional tahun 2020 adalah berasal dari dana APBN yang merupakan dana transfer pusat ke daerah sebesar Rp27,3 triliun dan terdapat sumber APBD murni sebesar

Rp5,9 triliun. Hal serupa juga terjadi pada skema K/L lainnya yang juga mengalami kenaikan signifikan dibanding tahun 2019, yaitu dari Rp0,02 triliun tahun 2019 menjadi Rp18,7 triliun tahun 2020 dengan sumber pendanaan berasal dari APBN.

Kebijakan *refocusing* dan realokasi anggaran berdampak pada anggaran program lainnya. Walaupun terjadi kenaikan belanja skema publik pada program terkait kelompok penyakit infeksi dan parasitik pada tahun 2020, **Gambar 26** menunjukkan terjadi penurunan proporsi tahun 2020 dibanding tahun 2019 pada program lainnya seperti HIV/AIDS, TB, Malaria, Infeksi Saluran Pernapasan (ISP), dan sebagainya. Pada tahun 2019, penyakit ISP memiliki porsi belanja tertinggi (30,3 persen) terhadap total belanja skema publik pada kelompok penyakit infeksi dan parasitik, yang selanjutnya diikuti oleh diare (15,6 persen), TB (13,7 persen), dan HIV/AIDS & PMS (10,5 persen).

Pola yang berbeda terjadi pada tahun 2020 seiring dengan terjadinya pandemi COVID-19 secara global yang berdampak pada penurunan anggaran program lainnya. Porsi belanja program COVID-19 untuk kesehatan adalah sebesar 88,0 persen terhadap total belanja skema publik pada kelompok penyakit infeksi dan parasitik tahun 2020. Sementara proporsi belanja pada program penyakit lainnya hanya sekitar 1-3 persen tahun 2020.



Gambar 26. Rincian Belanja Skema Publik pada Kelompok Penyakit Infeksi dan Oportunistik, 2019-2020

Dalam proses pelaksanaan anggaran tahun 2020, kebijakan *refocusing* dan realokasi anggaran dilakukan terhadap belanja yang tidak terkait langsung dengan penanganan COVID-19 , baik pada belanja pemerintah pusat maupun pada transfer ke daerah dan dana desa. Hasil *refocusing* dan realokasi anggaran tersebut dimanfaatkan untuk mendukung penanganan pandemi COVID-19 dan pemulihan ekonomi, antara lain di bidang kesehatan, perlindungan sosial, sektoral K/L dan Pemerintah Daerah serta dukungan UMKM.[62] Dalam UU nomor 2 tahun 2020 tentang PERPU nomor 1 tahun 2020 terkait Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi COVID-19 dijelaskan bahwa kebijakan *refocusing* dan realokasi anggaran juga dilakukan oleh Pemerintah Daerah. Pemerintah Daerah diberikan kewenangan untuk melakukan *refocusing* pada kegiatan tertentu dan perubahan alokasi antar program.[60]

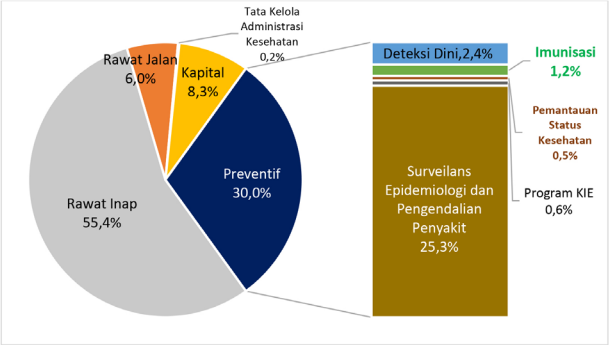
Penurunan belanja pada program tertentu berdampak pada penurunan capaian program. Sebagai contoh pada program HIV/AIDS yang memiliki target indikator persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (*ODHA on ART*) sebesar 40 persen tahun 2020. Akan tetapi, capaian indikator tersebut sebesar 26,3 persen dan lebih rendah dibandingkan dengan capaian pada tahun 2018 (55,6 persen) dan tahun 2019 (49,5 persen). Pandemi COVID-19 tahun 2020 menjadi salah satu penyebab penurunan capaian indikator tersebut, sehingga upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS & PMS belum maksimal. Selain itu, penerapan kebijakan pembatasan pergerakan antar daerah juga berpengaruh terhadap distribusi obat ARV dan kepatuhan ODHA yang menurun karena kekhawatiran masyarakat untuk mengambil obat rutin di fasyankes.[65] WHO dalam laporan per Juli 2020 juga menyatakan bahwa COVID-19 menjadi tantangan dalam kepatuhan obat ARV pada ODHA. Pada laporan yang diterima oleh WHO antara bulan April dan Juni 2020 menyampaikan bahwa 36 negara melaporkan gangguan layanan dalam pemberian ARV, lalu 24 negara memiliki stok ARV yang rendah karena penerapan kebijakan *lockdown*.[66]

Contoh program lainnya yang berdampak pada penurunan capaian indikator adalah Imunisasi Dasar Lengkap (IDL). Target indikator dalam program ini adalah persentase kab/kota yang mencapai 80 persen IDL anak usia 0-11 bulan pada tahun 2020 adalah 79,3 persen, sementara capaian tahun 2020

hanya 32,7 persen. Capaian tahun 2020 lebih rendah dibandingkan tahun 2018 sebesar 72,8 persen dan tahun 2019 sebesar 73,5 persen. Salah satu penyebab tidak tercapainya target indikator tersebut antara lain adalah penerapan kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) untuk menekan penyebaran COVID-19 , dan ada kehawatiran dari orang tua untuk membawa anaknya ke pelayanan imunisasi.[65]

Dalam profil kesehatan Indonesia tahun 2020, program TB mengalami penurunan sebesar 130 per 100.000 penduduk dalam angka notifikasi semua kasus TB dibanding tahun 2019 sebesar 210 per 100.000 penduduk. Angka notifikasi semua kasus TB atau *Case Notification Rate* (CNR) adalah jumlah semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan di antara 100.000 penduduk yang ada di suatu wilayah tertentu. Cakupan penemuan dan pengobatan kasus tuberculosis (*treatment coverage*) menunjukkan penurunan pada tahun 2020 sebesar 41,7 persen dibanding tahun sebelumnya (67,6 persen tahun 2018 dan 67,5 persen tahun 2019).[67] Treatment coverage merupakan jumlah kasus TB yang diobati dan dilaporkan pada tahun tertentu dibagi dengan perkiraan jumlah insiden kasus TB pada tahun yang sama dan dinyatakan dalam persentase.[67]

Gambaran selanjutnya adalah pola pemanfaatan belanja skema publik terkait penyakit infeksi dan parasitik tahun 2020 menurut dimensi fungsi (**Gambar 27**). Sebagian besar belanja skema publik pada program terkait penyakit infeksi dan oportunistik tahun 2020 adalah digunakan untuk layanan kuratif rawat inap 55,4 persen yang memang dimanfaatkan untuk pengobatan COVID-19 yang dibiayai oleh pemerintah. Selanjutnya sebesar 30,0 persen digunakan untuk layanan preventif dengan proporsi surveilans epidemiologi dan pengendalian penyakit adalah sebesar 25,3 persen. Skema subnasional memiliki porsi terbesar dalam fungsi surveilans epidemiologi dan pengendalian penyakit sebesar 21,0 persen dimana sebagian besar digunakan untuk penanganan dan pengendalian COVID-19 di daerah. Akan tetapi, belum dapat diidentifikasi lebih lanjut mengenai rinciannya untuk *testing*/*tracing* ataupun preventif lainnya, sehingga saat ini dikelompokkan ke dalam fungsi surveilans epidemiologi dan pengendalian penyakit.



Gambar 27. Gambaran Belanja Kelompok Penyakit Infeksi dan Parasitik pada Skema Pembiayaan Publik menurut Dimensi Fungsi, 2020

Informasi Khusus Belanja Kesehatan untuk COVID-19 pada Skema Pembiayaan Publik dalam NHA 2020

WHO menyatakan COVID-19 sebagai pandemi pada bulan Maret 2020 dengan total kasus kumulatif per 22 Desember 2020 secara global adalah sebesar 78,34 juta kasus dan total kematian kumulatif sebesar 1,72 juta kematian. Jumlah kasus di Indonesia juga semakin meningkat dengan total kasus kumulatif per 23 Desember 2020 adalah lebih dari 685 ribu kasus dan 20.408 orang meninggal dunia.[64] Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai kebijakan penanganan Pandemi COVID-19 , salah satunya di bidang kesehatan. Berbagai regulasi mengenai arahan dan percepatan untuk dilakukan *refocusing* kegiatan, realokasi anggaran, serta pengadaan, barang dan jasa dalam rangka percepatan penanganan COVID-19 yang tertulis dalam Instruksi Presiden Nomor 4 Tahun 2020 yang ditetapkan tanggal 20 Maret 2020.[58] Selanjutnya terdapat regulasi lainnya yang mengatur kebijakan keuangan negara dalam hal penanganan pandemi COVID-19 dalam penerbitan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang (PERPPU) Nomor 1 Tahun 2020 yang terbit pada tanggal 31 Maret 2020.[59] Kemudian PERPU tersebut ditetapkan menjadi Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2020 pada tanggal 16 Mei 2020 yang secara umum mengatur tentang pelaksanaan APBN dalam rangka penanganan pandemi

COVID-19 .[60] Pemerintah Pusat dan Daerah merevisi APBN/APBD TA. 2020 melalui *refocusing* dan realokasi belanja non-prioritas yang selanjutnya digunakan upaya percepatan penanganan dampak Pandemi COVID-19 .[62]

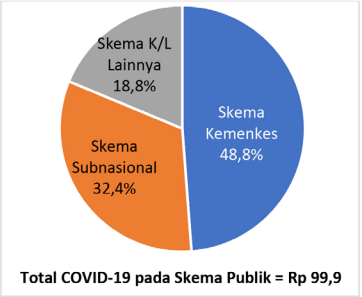
Hasil identifikasi tim NHA mengenai belanja COVID-19 tahun 2020 adalah sebesar Rp99,9 triliun (tidak termasuk santunan kematian) yang mencakup skema kemenkes, skema K/L lainnya, serta skema subnasional. Proporsi belanja COVID-19 pada skema kemenkes mendominasi sebesar 48,8 persen terhadap total COVID-19 skema publik tahun 2020, kemudian diikuti oleh skema subnasional sebesar 32,4 persen (**Gambar 28**).

Arahan dan dorongan kepada Pemerintah Daerah untuk dapat memprioritaskan anggaran untuk penggunaan penanganan COVID-19 seperti yang tercantum dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 tahun 2020.[68] Regulasi lainnya dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 19/PMK.07/2020 juga mendorong Pemerintah Daerah untuk menganggarkan belanja bidang kesehatan untuk kegiatan pencegahan dan atau penanganan COVID-19 .[45]

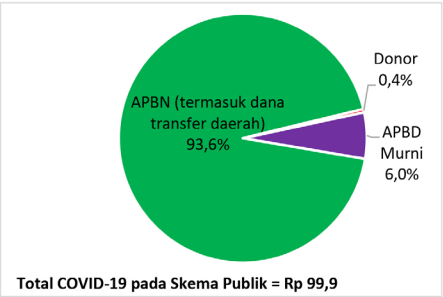
Selain itu, telah terbit Surat Keputusan Bersama antara Menteri Dalam Negeri dan Menteri Keuangan No. 199/2813/SJ dan No. 177/KMK.07/2020 tentang Percepatan Penyesuaian APBD Tahun 2020 Dalam Rangka Penanganan COVID-19 . Arahan dalam surat keputusan bersama ini mendorong Pemerintah Daerah untuk melakukan percepatan penyesuaian APBD Tahun 2020 untuk penanganan COVID-19 di daerah, melalui rasionalisasi belanja khususnya pada belanja barang/jasa, belanja terkait honorarium, dan belanja modal. Rasionalisasi ini kemudian digunakan untuk mendanai Belanja di bidang kesehatan terkait pencegahan dan penanganan pandemi COVID-19 seperti pengadaan alat perlindungan diri, sarana dan prasarana pencegahan maupun penanganan kegiatan COVID-19 lainnya.[62]

Selanjutnya, skema K/L Lainnya memiliki kontribusi sebesar 18,8 persen pada belanja COVID-19 bidang kesehatan dalam skema pembiayaan publik (**Gambar 28**). Dari porsi pada belanja skema K/L lain tersebut, pemanfaatan belanja untuk COVID-19 bidang kesehatan adalah 9,5 persennya merupakan belanja dari Kementerian Pertahanan, 3,1 persennya dari Kepolisian Negara RI, dan 3,0 persen dari BNPB. Walaupun skema askes sosial (dalam hal ini JKN) tidak menjamin layanan kesehatan terkait penyakit akibat wabah, BPJS

Kesehatan berperan untuk menjalankan fungsi dalam hal tata pengelolaan administrasi dan verifikasi klaim COVID-19 .[69,70]



Gambar 28. Belanja COVID-19 menurut Skema Pembiayaan Publik, 2020



Gambar 29. Belanja COVID-19 menurut Sumber Dana pada Skema Pembiayaan Publik, 2020

Sebagian besar sumber dana pada belanja COVID-19 skema publik tahun 2020 berasal dari anggaran pusat (93,6 persen), yaitu APBN yang didalamnya termasuk dana transfer ke daerah, misalnya Dana Transfer Umum (DTU) yang mencakup Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Bagi Hasil (DBH). Selain pendanaan pusat untuk Pelaksanaan Program Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional (PC&PEN) bidang kesehatan, terdapat kebijakan pendanaan lainnya yang mengatur dana transfer daerah dari pusat dalam upaya penanganan COVID-19 .

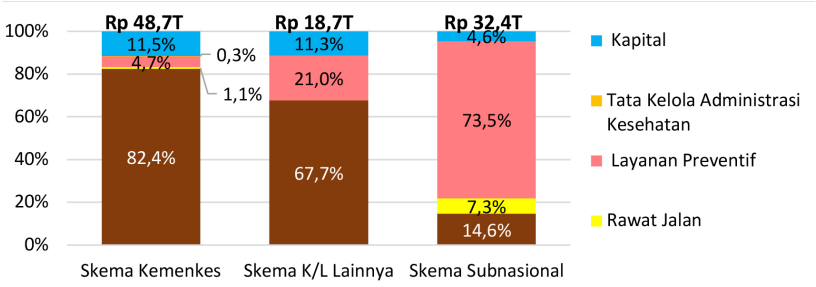
Ditetapkannya Peraturan Menteri Keuangan telah mendorong penggunaan berbagai sumber dana transfer pusat ke daerah untuk menganggarkan penanganan COVID-19 , misalnya relaksasi penggunaan anggaran sebagian atau seluruh belanja infrastruktur minimal 25% dari dana transfer umum (DAU dan DBH) yang dapat digunakan untuk pencegahan dan/atau penanganan pandemi COVID-19 , termasuk sektor kesehatan. Selain itu, DBH CHT dan DBH SDA Migas yang dialokasikan untuk bidang kesehatan juga dapat digunakan untuk kegiatan pencegahan dan/atau penanganan COVID-19 . Dana lainnya berupa dana insentif daerah, dana otonomi khusus, dan dana keistimewaan juga didorong untuk dapat memprioritaskan penggunaannya untuk upaya penanganan COVID-19 . Begitu juga dengan

DAK Fisik Bidang Kesehatan dan Keluarga Berencana dapat digunakan dalam menu kegiatan terkait COVID-19 pada subbidang pelayanan rujukan pada jenis DAK Fisik Reguler, RS rujukan pada jenis DAK Fisik Penugasan, serta pencegahan & pengendalian penyakit pada jenis DAK Fisik Penugasan. Terdapat BOK tambahan dalam DAK Nonfisik yang dapat digunakan untuk insentif tenaga kesehatan daerah.[45,71]

Pemerintah juga telah berupaya untuk mendorong penggunaan dana desa 2020 dengan prioritas pada penanganan COVID-19 seperti yang tertulis dalam Surat Edaran Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 8 tahun 2020 tentang Desa Tanggap COVID-19 dan Penegasan Padat Karya Tunai Desa.[72] Prioritas penggunaan dana desa juga diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 40/PMK.07/2020, yang menyebutkan bahwa kegiatan penanganan pandemi COVID-19 merupakan salah satu prioritas penggunaan dana desa antara lain berupa kegiatan pengadaan bahan kebutuhan pokok bagi penduduk desa terdampak, pengadaan bahan-bahan dan alat-alat kesehatan, serta kegiatan lainnya sesuai ketentuan yang berlaku.[73,74]

Selanjutnya, gambaran pemanfaatan belanja COVID-19 sektor kesehatan dapat dilihat pada **Gambar 30**. Pada skema kemenkes, sebagian besar (82,4 persen) digunakan untuk kuratif rawat inap. Hal ini sejalan dengan kebijakan penyelenggaraan klaim COVID-19 dimana Kemenkes melalui Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan memiliki peran untuk pembayaran biaya klaim pelayanan pasien COVID-19 di RS.[69] Selain kuratif, belanja COVID-19 juga digunakan untuk fungsi kapital (11,5 persen) dalam hal belanja modal peralatan dan mesin penanganan pandemi COVID-19 , misalnya pengadaan alat kesehatan dan alat uji spesimen. Pada skema kemenkes juga memiliki fungsi preventif (4,7 persen) pada belanja COVID-19 yang sebagian besar digunakan untuk belanja barang untuk bantuan lainnya untuk diserahkan kepada masyarakat/pemda dalam bentuk barang - penanganan pandemi COVID-19 seperti pengadaan *screening test* COVID-19 dan penyediaan *buffer* perbekalan kesehatan. Selain itu, terdapat pengadaan APD penanggulangan COVID-19 , masker, serta pengadaan logistik pemeriksaan spesimen pada belanja barang non operasional penanganan pandemi COVID-19 .

Belanja COVID-19 bidang kesehatan pada skema K/L lain, sebagian besar dimanfaatkan untuk fungsi kuratif rawat inap. Tiga K/L lain yang memiliki porsi belanja besar untuk COVID-19 adalah Kementerian Pertahanan, Kepolisian Negara RI dan BNPB. Kementerian Pertahanan memiliki porsi belanja COVID-19 untuk kesehatan sebesar Rp9,5 triliun (50,7 persen terhadap belanja COVID-19 di skema K/L lain) yang diasumsikan pemanfaatannya untuk dukungan penanganan COVID-19 di RS milik Kementerian Pertahanan. Begitu juga dengan Kepolisian Negara RI yang memiliki belanja COVID-19 untuk kesehatan sebesar Rp3,1 triliun (16,8 persen terhadap belanja COVID-19 di skema K/L lain). Selanjutnya, belanja COVID-19 untuk kesehatan di BNPB adalah sebesar Rp3,0 triliun (15,8 persen terhadap belanja COVID-19 di skema K/L lain), yang digunakan untuk pemeriksaan COVID-19 , pengadaan APD, serta pengadaan alat kesehatan.[1] Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat juga mempunyai belanja COVID-19 sebesar Rp1,8 triliun (9,7 persen terhadap belanja COVID-19 di skema K/L lain). Sebagian besar belanja tersebut digunakan untuk belanja modal gedung dan bangunan penanganan pandemi COVID-19 , misalnya untuk pembangunan fasilitas darurat di Wisma Atlet.[2]



Gambar 30. Belanja COVID-19 menurut Skema Pembiayaan Publik dan Dimensi Fungsi, 2020

Pada skema subnasional, sebagian besar belanja COVID-19 bidang kesehatan digunakan untuk fungsi preventif (73,5 persen terhadap total belanja COVID-19 di skema subnasional). Belanja preventif tersebut digunakan untuk pengadaan APD, pengadaan alat skrining, *rapid test*, layanan informasi mengenai COVID-19 serta pencegahannya. Selanjutnya terdapat belanja kuratif (rawat inap dan rawat jalan) sebesar 21,9 persen yang digunakan untuk dukungan operasional di RS dalam pelayanan COVID-19 seperti pengadaan obat dan BMHP penanganan COVID-19 di RS, pengadaan APD bagi tenaga medis di RS, serta sarana prasarana RS lainnya terkait upaya penanganan COVID-19. Dana desa juga memiliki peran dalam kontribusi pembiayaan terkait COVID-19 di tingkat desa. Dana desa tersebut diprioritaskan untuk pemanfaatan dalam fungsi layanan preventif seperti yang dijelaskan dalam Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2020 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2020. Dana desa dapat digunakan untuk penanganan pandemi COVID-19 yang meliputi operasional relawan desa untuk mengkoordinasikan situasi di desa kepada fasilitas kesehatan, pendataan, penyediaan ruang isolasi bagi warga desa serta obat-obatan selama isolasi.[75]

Selain skema pembiayaan publik, belanja COVID-19 juga berasal dari skema pembiayaan nonpublik. Akan tetapi, identifikasi belanja COVID-19 pada skema nonpublik masih memiliki keterbatasan informasi, terutama pada skema pembiayaan LNPRT dan pembiayaan dari rumah tangga. Saat ini, identifikasi belanja COVID-19 di skema nonpublik baru dapat dilakukan secara parsial, yaitu pada skema asuransi kesehatan swasta dan skema korporasi. Berdasarkan hasil triangulasi dan *Focus Group Discussion* (FGD) dengan beberapa *stakeholder* terkait, diperoleh informasi bahwa belanja COVID-19 pada skema asuransi kesehatan swasta adalah sebesar Rp0,6 triliun atau sebesar 3,6 persen terhadap total belanja kesehatan pada skema asuransi kesehatan swasta tahun 2020. Berdasarkan hasil diskusi tersebut, beberapa perusahaan asuransi kesehatan swasta berupaya untuk mendukung pencegahan dan penanganan COVID-19 melalui penambahan paket manfaat seperti biaya skrining COVID-19 , layanan telekonsultasi dan obat vitamin, tambahan biaya kelas rawat inap, serta biaya akomodasi.

Pada skema pembiayaan korporasi, identifikasi belanja COVID-19 terkait kesehatan dapat dilihat dari hasil kajian Penelusuran dan Evaluasi Belanja

Kesehatan pada Perusahaan BUMN dan Swasta di Indonesia tahun 2021 yang dilakukan oleh LPPKM UI bersama Pusjak PDK Kemenkes atas dasar pembiayaan dari WHO tahun 2021. Dari hasil kajian tersebut diperoleh informasi bahwa belanja COVID-19 pada perusahaan BUMN tahun 2020 adalah sebesar Rp0,2 triliun atau sekitar 6,1 persen terhadap total belanja Perusahaan BUMN tahun 2020 pada sampel BUMN yang berpartisipasi dalam kajian ini (20 perusahaan yang mewakili 19 data kantor pusat, 1 kantor tunggal, 23 kantor divisi regional, 2.854 kantor cabang, 5.915 kantor pelayanan). Layanan tersebut meliputi biaya pengobatan dan perawatan karyawan yang positif COVID-19 sebesar 1,9 persen, skrining COVID-19 di fasilitas kesehatan ataupun yang diselenggarakan oleh perusahaan sebesar 3,4 persen, serta pengadaan vitamin, suplemen, APD, dan upaya pencegahan lainnya dengan porsi belanja sekitar 0,8 persen.[75]

Selain itu, hasil kajian tersebut juga memberikan informasi mengenai belanja COVID-19 untuk kesehatan di perusahaan swasta dengan sampel perusahaan swasta adalah 15 perusahaan yang mewakili 6 kantor pusat, 9 kantor tunggal, dan 30 kantor cabang. Total belanja kesehatan Perusahaan Swasta pada tahun 2020 adalah sebesar Rp0,02 triliun dan 8,6 persen merupakan belanja untuk COVID-19 . Dari 8,6 persen belanja COVID-19 , 5,7 persen digunakan untuk penyediaan masker, termometer, vitamin, *handsanitizer*, serta pembangunan fasilitas cuci tangan. Selanjutnya terdapat proporsi belanja sekitar 2.7 persen yang digunakan untuk skrining COVID-19 bagi karyawan saat melaksanakan *Work from Office* (WFO), serta 0,2 persen digunakan untuk tambahan biaya pengobatan dan perawatan karyawan yang positif COVID-19 .[75]

4.2.2 Gambaran Belanja Program pada Kelompok Maternal, Neonatal, dan Kesehatan Reproduksi dalam Skema Pembiayaan Publik

Peningkatan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage*-UHC) terutama penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*-PHC) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi merupakan salah satu arah kebijakan dalam fokus utama pembangunan RPJMN 2020-2024 dalam rangka meningkatkan sumber daya manusia berkualitas dan berdaya saing. Salah satu program prioritas dalam

mendukung pelaksanaan arah kebijakan tersebut adalah peningkatan kesehatan ibu, anak, keluarga berencana, dan kesehatan reproduksi.[1]

Kasus maternal dan neonatal masih menjadi isu pembahasan dalam RPJMN 2020-2024 dimana indikator Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) masuk ke dalam proyek prioritas strategis.[1] Indikator AKI menghitung rasio kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas (tidak termasuk kecelakaan atau insidental). Menurut data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2020, AKI mengalami penurunan dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1990 (SDKI 1992) menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (SUPAS 2015), dengan target 183 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2024.[1,67] Pada tahun 2030, Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) 2030, rasio AKI ditargetkan menurun hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup.[76]

Jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan pada tahun 2020 menunjukkan 4.627 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2019 sebesar 4.221 kematian.[67] Kunjungan *antenatal care (ANC)* pada setiap trimester menjadi salah satu upaya kesehatan untuk mendorong penurunan AKI dalam pelayanan kesehatan bagi ibu hamil.[77] Hal serupa juga disebutkan oleh WHO bahwa pelaksanaan layanan ANC secara rutin penting dilakukan dalam upaya pencegahan kejadian AKI dan dapat digunakan untuk identifikasi komplikasi kehamilan secara dini serta masalah lainnya.[78] Berdasarkan Permenkes nomor 97 tahun 2014 disebutkan bahwa kunjungan antenatal selama kehamilan dilakukan minimal 4 kali, yaitu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga.[67,79] Selama tahun 2007 hingga 2020 kunjungan ANC-K4 cenderung meningkat, tahun 2020 sebesar 84,6 persen dibanding tahun 2007 sebesar 80,3 persen. Angka tersebut sudah mencapai target Renstra tahun 2020 sebesar 80 persen dan diharapkan pelayanan antenatal terus mengalami peningkatan setiap tahunnya hingga dapat mencapai target Renstra tahun 2024 sebesar 95 persen.[1,67]

Selain kunjungan ANC, indikator lainnya dalam RPJMN 2020-2024 yang termasuk dalam upaya peningkatan kesehatan ibu, anak, KB, dan kesehatan reproduksi adalah AKB dan persentase kebutuhan ber-KB yang tidak

terpenuhi (*unmet need*). Berdasarkan hasil SDKI tahun 2012 dan 2017 yang disajikan dalam Profil Kesehatan Indonesia tahun 2020, AKB cenderung menurun dari tahun ketahun, 32 pada tahun 2012 menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2017 dan ditargetkan adanya penurunan hingga 16 per 1000 kelahiran hidup tahun 2024.[1,67] Selanjutnya indikator terkait program KB, yaitu *unmet need* juga mengalami penurunan dari 11,4 persen tahun 2012 menjadi 10,6 persen tahun 2017 menurut hasil SDKI 2017.[80,81] Target pemenuhan dalam indikator *unmet need* tahun 2024 adalah sebesar 7,4 persen. Menurut BKKBN, peserta KB aktif di antara Pasangan Usia Subur (PUS) tahun 2020 sebesar 67,6 persen. Angka ini meningkat dibandingkan tahun 2019 sebesar 63,31 persen berdasarkan data Profil kesehatan Indonesia tahun 2019. Tentu saja ini perlu menjadi perhatian karena peserta KB aktif dapat mendukung dalam mengendalikan laju pertumbuhan penduduk dimana *Total Fertility Rate* (TFR) menjadi salah satu indikator dimana target tahun 2024 sebesar 2,1. [30,67,82]

Potret belanja pada kelompok maternal, neonatal dan kesehatan reproduksi menyajikan informasi secara rinci mengenai sumber pendanaan pada tiap skema pembiayaan publik (**Tabel 3**). Total belanja pada skema pembiayaan publik yang dikeluarkan untuk kelompok maternal, neonatal dan kesehatan reproduksi tahun 2019 sebesar Rp19,8 triliun atau 7,8 persen terhadap total belanja kesehatan skema publik dengan dana jaminan sosial mendominasi sebesar Rp13,8 triliun (5,5 persen terhadap total TBK skema publik seluruh program). Selanjutnya diikuti oleh pembiayaan dari skema subnasional dengan total Rp3,5 triliun dengan sumber pendanaan terbesar berasal dari dana APBN (transfer dana pusat ke daerah) sebesar Rp2,9 triliun. Skema K/L lainnya memiliki pengeluaran pada program terkait KB sebesar Rp1,8 trilliun. Pada skema Kemenkes hanya sebesar 0,7 trilliun dengan sumber dana merupakan dana APBN sebesar Rp0,2 trilliun dan juga terdapat peran donor dalam pendanaan kelompok penyakit ini sebesar Rp0,5 triliun.

Kondisi tersebut berbeda dengan gambaran tahun 2020 saat pandemi COVID-19 terjadi di Indonesia yang mengakibatkan adanya realokasi anggaran untuk penanganan COVID-19 , sehingga berdampak pada gambaran pembiayaan program lainnya. Hal tersebut terlihat dalam **Tabel 3** bahwa pendanaan bersumber APBN (termasuk TKDD) serta APBD murni menurun pada tahun 2020 dibanding tahun 2019. Total belanja pada skema

pembiayaan publik yang dikeluarkan untuk kelompok maternal, neonatal dan Kesehatan reproduksi tahun 2020 adalah sebesar Rp17,8 triliun atau 5,5 persen terhadap TBK skema publik dengan Rp4,3 triliun (1,3 persen) bersumber dana dari APBN (termasuk TKDD).

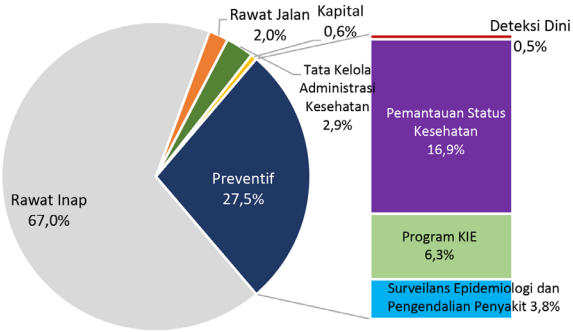
Tabel 3. Gambaran Belanja Kelompok Maternal, Neonatal dan Kesehatan Reproduksi menurut Skema Pembiayaan Publik dan Sumber Dana, 2019-2020 (dalam Rp Triliun)

Skema pembiayaan Publik	2019					2020				
	APBD Murni	APBN (termasuk TKDD)	Dana Jamsos	Donor	Total	APBD Murni	APBN (termasuk TKDD)	Dana Jamsos	Donor	Total
Kemenkes	-	0.2	-	0.5	0.7	-	0.1	-	0.1	0.2
K/L Lainnya	-	1.8	-	0.004	1.8	-	1.5	-	0.02	1.5
Subnasional	0.6	2.9	-	-	3.5	0.3	2.8	-	-	3.0
Askes Sosial	-	-	13.8	-	13.8	-	-	13.1	-	13.1
Total Skema Publik pada Kelompok Maternal, Neonatal, dan Kespro	**0.6**	**4.8**	**13.8**	**0.5**	**19.8**	**0.3**	**4.3**	**13.1**	**0.1**	**17.8**
% thd TBK Skema Publik (seluruh program)	**0.2%**	**1.9%**	**5.5%**	**0.2%**	**7.8%**	**0.1%**	**1.3%**	**4.0%**	**0.04%**	**5.5%**

Pada **Tabel 3** menunjukkan perubahan pola pembiayaan tahun 2020 pada kelompok program kelompok maternal, neonatal dan Kesehatan reproduksi seiring dengan adanya pandemi global yang juga berdampak di Indonesia. Pada tahun 2019 skema askes sosial mendominasi belanja untuk kelompok maternal, neonatal dan kesehatan reproduksi, sementara tahun 2020 skema askes sosial mengalami penurunan secara nominal (dari Rp13,8 triliun tahun 2019 menjadi Rp13,1 triliun tahun 2020). Hal serupa juga terjadi pada skema pemerintahan (Kemenkes, K/L Lainnya, serta subnasional) yang mengalami penurunan belanja dimana sebagian besar pendanaan bersumber APBN (termasuk TKDD).

Belanja terbesar kedua untuk kelompok maternal, neonatal dan kesehatan reproduksi adalah pada skema subnasional yang juga mengalami penurunan

dibanding tahun 2019 (dari Rp3,5 triliun tahun menjadi Rp3,0 triliun tahun 2020). Sumber dana terbesar pada skema subnasional tahun 2020 berasal dari dana APBN yang merupakan dana transfer pusat ke daerah sebesar Rp2,8 triliun dan terdapat sumber APBD murni sebesar Rp0,3 triliun. Hal serupa juga terjadi pada skema K/L lainnya yang juga mengalami penurunan dibanding tahun 2019, yaitu dari Rp1,8 triliun tahun 2019 menjadi Rp1,5 triliun tahun 2020 dengan sumber pendanaan berasal dari APBN.



Gambar 31. Gambaran Belanja Kelompok Maternal, Neonatal dan Kesehatan Reproduksi pada Skema Pembiayaan Publik menurut Dimensi Fungsi, 2020

Gambaran selanjutnya yang disajikan adalah pola pemanfaatan belanja skema publik terkait kelompok maternal, neonatal dan kesehatan reproduksi tahun 2020 menurut dimensi fungsi (**Gambar 31**). Sebagian besar belanja skema publik pada program terkait kelompok maternal, neonatal dan kesehatan reproduksi tahun 2020 digunakan untuk layanan kuratif rawat inap 67,0 persen (terhadap total skema publik pada kelompok maternal, neonatal, dan kespro), yang didominasi oleh skema pembiayaan askes sosial. Selanjutnya, sebesar 27,5 persen digunakan untuk layanan preventif dengan proporsi terbesar adalah pemantauan status kesehatan sebesar 16,9 persen, program KIE 6,3 persen, dan surveilans epidemiologi dan pengendalian penyakit sebesar 3,8 persen. Pada fungsi preventif yang sebesar 27,5 persen, skema pembiayaan subnasional memiliki kontribusi besar dalam fungsi ini, yaitu dengan proporsi 13,4 persen (Rp2,4 triliun) bentuk kegiatan berupa pengelolaan pelayanan kesehatan bayi baru

lahir, pengelolaan kesehatan ibu hamil, bantuan pemeriksaan ibu hamil, pendampingan ibu hamil dan peningkatan kesehatan untuk ibu hamil.

4.2.3. Gambaran Belanja Program Terkait Kekurangan Nutrisi dalam Skema Pembiayaan Publik

Masalah *stunting* masih menjadi pembahasan pada agenda pembangunan tahun 2020-2024 dalam rangka mencapai sasaran pemenuhan layanan dasar, dimana kemampuan menyediakan gizi yang cukup juga masih rendah sehingga prevalensi *stunting* masih tinggi. Indikator prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) pada balita ditargetkan menurun sebesar 14 persen pada tahun 2024.[1] Tren persentase *stunting* pada balita usia 0-59 bulan di Indonesia sejak tahun 2013 sampai tahun 2019 cenderung mengalami penurunan, dimana pada tahun 2013 persentasenya sebesar 37,2 persen, sedangkan pada tahun 2019 persentasenya sebesar 27,7 persen. Artinya dalam kurun waktu 6 tahun, Indonesia dapat menurunkan lebih dari 1,5 persen poin setiap tahunnya.[67,83]

Angka prevalensi STUNTING di Indonesia tahun 2020 diperkirakan turun menjadi 26,92 persen.[41] Penurunan angka STUNTING diprediksisebesar 0,75 persen dibandingkan dengan tahun 2019 (27,67 persen).[84] Masih diperlukan strategi dan kerja keras untuk mencapai target penurunan prevalensi STUNTING yang telah ditetapkan dalam RPJMN 2020-2024 dan Perpres No 72 Tahun 2021 yaitu 14 persen di tahun 2024.[1] Untuk mencapainya, harus diupayakan angka prevalensi STUNTING turun 2,7 persen per tahun. Prediksi penurunan STUNTING di Indonesia penting untuk melacak kemajuan dalam mencapai target yang ditetapkan dalam Strategi Nasional (Stranas) Percepatan Penurunan STUNTING. Namun demikian, pandemi COVID-19 menyebabkan tidak dapat dilakukannya pengukuran antropometri.[84]

Persentase ibu hamil yang mengalami Kurang Energi Kronik (KEK) dan penurunan prevalensi wasting pada balita menjadi indikator lainnya yang terkait kegiatan prioritas dalam percepatan perbaikan gizi masyarakat. Hasil riskesdas 2018 menunjukkan bahwa ibu hamil KEK sebesar 17,4 persen[85] dan ditargetkan pada tahun 2024 menurun hingga 10 persen. Target pada

tahun 2024 terkait indikator *wasting* (kurus dan sangat kurus) menurun hingga 7 persen[1] dimana hasil riskesdas 2018 menyajikan bahwa prevalensi wasting sebesar 10,2 persen.[85] Untuk mencapai penurunan *stunting* diperlukan implementasi intervensi lintas sektor (spesifik dan sensitif) secara terintegrasi di tingkat pusat dan daerah.[77]

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat dalam Rakernas 2018 menyampaikan arah kebijakan dan rencana aksi program Kesehatan masyarakat tahun 2020-2024 dengan menjelaskan secara rinci terkait penguatan intervensi spesifik gizi dalam upaya penurunan *stunting*. Adapun intervensi spesifik gizi tersebut meliputi promosi dan konseling menyusui & Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA); suplementasi gizi mikro (tablet tambah darah, kapsul vitamin A); suplementasi gizi makro (makanan tambahan ibu hamil & balita); pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita; serta tatalaksana gizi buruk yang selanjutnya diperlukan pelaksanaan surveilans gizi.[67,77]

Dari penjelasan sebelumnya diketahui bahwa pemerintah sudah memiliki capaian dan target yang harus dipenuhi pada tahun 2024 dan terdapat berbagai upaya strategi dalam mendukung pencapaian sasaran indikator RPJMN 2020-2024. Apabila melihat kondisi belanja program gizi (**Tabel 4**), total belanja program gizi yang dapat diidentifikasi pada skema publik tahun 2020 adalah hanya sebesar Rp2,6 triliun atau 0,5 persen terhadap belanja skema publik (keseluruhan program). Terdapat tantangan dalam mengidentifikasi belanja program prioritas, yaitu sulitnya memperoleh rincian informasi yang spesifik pada program tertentu, terutama pada data subnasional. Isu terkait optimalisasi sistem informasi perlu menjadi perhatian bagi para stakeholder. Dengan adanya penguatan sistem informasi yang terintegrasi antara pemerintah pusat dan daerah, maka diharapkan dapat memotret secara utuh belanja pada program prioritas, khususnya belanja terkait program gizi.

Tabel 4. Gambaran Belanja Program terkait Kekurangan Nutrisi dalam Skema Pembiayaan Publik dan Sumber Dana, 2019-2020 (dalam Rp triliun)

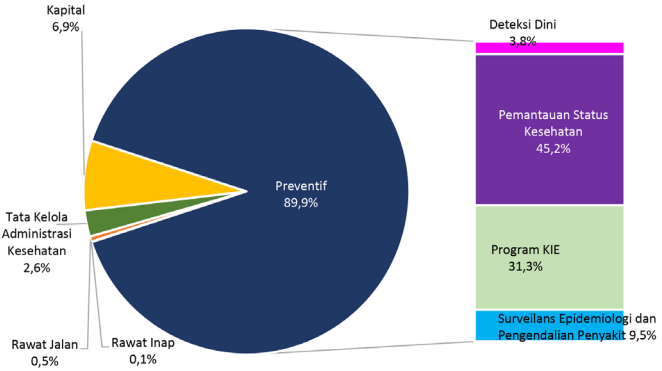
Skema pembiayaan Publik	2019					2020				
	APBD Murni	APBN (termasuk TKDD)	Dana Jamsos	Donor	Total	APBD Murni	APBN (termasuk TKDD)	Dana Jamsos	Donor	Total
Kemenkes	-	0.9	-	0.1	1.0	-	0.6	-	0.04	0.7
K/L Lainnya	-	0.04	-	0.01	0.1	-	0.03	-	0.01	0.04
Subnasional	0.2	1.6	-	-	1.9	0.04	1.8	-	-	1.8
Askes Sosial	-	-	0.02	-	0.02	-	-	0.01	-	0.01
Total Skema Publik pada Kelompok Kekurangan Nutrisi	**0.2**	**2.6**	**0.02**	**0.1**	**2.9**	**0.04**	**2.5**	**0.01**	**0.05**	**2.6**
% thd TBK Skema Publik (*all* program)	**0.1%**	**1.0%**	**0.01%**	**0.04%**	**1.2%**	**0.01%**	**0.8%**	**0.003%**	**0.01%**	**0.8%**

Pada **Tabel 4** menunjukkan terjadinya perubahan pola pembiayaan tahun 2020 pada kelompok program terkait kekurangan gizi seiring dengan adanya pandemi global yang juga berdampak di Indonesia. Pada tahun 2019 skema subnasional mendominasi belanja untuk kelompok terkait kekurangan gizi, namun pada tahun 2020 mengalami penurunan secara nominal (dari Rp1,9 triliun tahun 2019 menjadi Rp1,8 triliun tahun 2020) dimana sumber pendanaan skema subnasional didominasi oleh APBN yang merupakan dana transfer pusat ke daerah. Pada skema pemerintahan lainnya (Kemenkes dan K/L Lainnya) juga mengalami penurunan belanja yang sebagian besar bersumber dana APBN. Skema Kemenkes mengalami penurunan belanja pada program terkait kekurangan gizi, dari Rp1,0 triliun tahun 2019 menjadi Rp0,7 triliun di tahun 2020 dengan komponen sumber dananya terdiri dari APBN (Rp0,6 triliun) dan donor (Rp0,04 triliun).

Selanjutnya, belanja untuk kelompok terkait kekurangan gizi pada skema K/L lainnya yang juga mengalami penurunan dibanding tahun 2019 (dari Rp0,1 triliun tahun menjadi Rp0,04 triliun tahun 2020) dengan sumber pendanaan APBN sebesar Rp0,03 trilliun dan donor sebesar Rp0,01 trilliun. Berbeda dengan kelompok penyakit lainnya, skema askes sosial memiliki komposisi belanja terkecil untuk kelompok terkait kekurangan gizi. Skema

askes sosial mengalami penurunan belanja dari tahun 2019 sebesar Rp0,02 trilliun menjadi Rp0,01 trilliun di tahun 2020.

Gambaran selanjutnya yang disajikan adalah pola pemanfaatan belanja skema publik terkait kekurangan gizi tahun 2020 menurut dimensi fungsi (**Gambar 32**). Berbeda dengan dimensi fungsi pada kelompok penyakit prioritas sebelumnya, layanan kuratif rawat inap dan rawat jalan pada kelompok kekurangan gizi hanya menempati sekitar 0,6 persen dari total belanja pada kelompok kekurangan nutrisi skema pembiayaan publik tahun 2020. Sebagian besar belanja skema publik pada program terkait kekurangan gizi tersebut digunakan untuk layanan preventif sebesar 89,9 persen yang dimanfaatkan untuk percepatan perbaikan gizi masyarakat. Berdasarkan rincian fungsi preventif, pemantauan status kesehatan memiliki proporsi terbesar 45,2 persen, diikuti dengan program KIE 31,3 persen, surveilans epidemiologi dan pengendalian penyakit 9,5 persen, dan deteksi dini sebesar 3,8 persen. Pada fungsi preventif sebesar 89,9 persen, 64,8 persennya merupakam skema pembiayaan subnasional yang memiliki peranan terbesar dalam layanan preventif program gizi tahun 2020. Adapun bentuk kegiatannya berupa pengelolaan pelayanan kesehatan balita, pengelolaan pelayanan kesehatan gizi masyarakat, pelacakan dan konfirmasi balita yang bermasalah gizi, pemantauan dan evaluasi pemberian makanan pendampingan ASI untuk balita kurus dan ibu hamil KEK di 10 puskesmas, pengumpulan dan pelaporan data gizi terintegrasi, serta pendampingan pelaksanaan pemantauan status gizi (PSG).



Gambar 32. Gambaran Belanja Program terkait Kekurangan Nutrisi pada Skema Pembiayaan Publik menurut Dimensi Fungsi, 2020

4.2.4 Gambaran Belanja Program pada Kelompok Penyakit Tidak Menular (PTM) dalam Skema Pembiayaan Publik

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit yang tidak disebabkan oleh infeksi mikroorganisme seperti protozoa, bakteri, jamur, maupun virus. Penyakit jenis ini bertanggung jawab terhadap sedikitnya 70 persen kematian di dunia. Meskipun tidak dapat ditularkan dari orang ke orang maupun dari binatang ke orang, lemahnya pengendalian faktor risiko dapat berpengaruh terhadap peningkatan kasus setiap tahun.[67]

Hal ini sejalan dengan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, 2013, dan 2018 yang menunjukkan kecenderungan peningkatan prevalensi PTM seperti diabetes, hipertensi, *stroke*, dan penyakit sendi/rematik/ encok.[67,85] Permasalahan yang masih dihadapi Indonesia hingga saat ini, yaitu kondisi *triple burden disease* dimana terjadi pergeseran pola penyakit ke arah penyakit tidak menular, munculnya ancaman penyakit infeksi baru seperti COVID-19 , flu burung dan resistensi obat tuberkulosis, dan prevalensi penyakit menular yang masih persisten.[86] Pada data yang disajikan melalui *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) menunjukkan bahwa penyakit kardiovaskular, neoplasma, diabetes dan digestif merupakan empat penyebab kematian utama di Indonesia tahun 2019.[87]

Penurunan utilisasi kunjungan di fasilitas kesehatan pada masa pandemi COVID-19 perlu menjadi perhatian khusus saat kondisi pasca pandemi. Masyarakat cenderung untuk tidak berkunjung ke fasilitas kesehatan apabila tidak dalam keadaan darurat karena kekhawatiran terhadap penyebaran virus COVID-19 . WHO juga menyampaikan bahwa banyak negara yang memiliki kondisi sama dimana terjadi penurunan kunjungan PTM di fasilitas kesehatan. Adanya penundaan prosedur operasi pada kelompok PTM tertentu juga dapat menyebabkan beban PTM menjadi tinggi kembali pada saat pasca pandemi. Negara maju seperti Inggris memprediksi banyaknya kebutuhan pengobatan akibat penundaan layanan kesehatan karena pada sebelum COVID-19 pun waktu tunggu elektif operasi masih cukup tinggi.[88,89]

Upaya penceggahan dan pengendalian PTM menjadi salah satu strategi kebijakan dalam RPJMN 2020-2024.[1] Hipertensi secara spesifik tertulis dalam dokumen RPJMN 2020-2024 mengingat adanya kenaikan prevalensi pada penduduk umur >18 tahun, yaitu 25,8 persen tahun 2013 menjadi 34,1 persen tahun 2018 menurut hasil Riskesdas.[35] Dalam meningkatkan pengendalian penyakit, upaya deteksi dini faktor risiko PTM juga menjadi indikator RPJMN dengan target bahwa seluruh kabupaten kota dapat melakukan deteksi dini faktor risiko tahun 2024**.**[1] Pembentukan Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM dengan pemberdayaan masyarakat secara aktif menjadi salah satu upaya pendukung dalam melaksanakan deteksi dini faktor risiko PTM di lingkungan masyarakat. Adapun jumlah kabupaten/kota yang melakukan pelayanan terpadu PTM ≥80 persen puskesmas sebanyak 70 kabupaten/kota dari 103 yang ditargetkan pada tahun 2020.[67]

Pada tahun 2019, cakupan secara nasional pada perempuan usia 30-50 tahun yang telah menjalani deteksi dini kanker leher rahim melalui metode IVA adalah sebesar 12,2 persen.[82] Kemudian pada tahun 2020, secara nasional, sebanyak 8,3 persen perempuan usia 30-50 tahun telah menjalani deteksi dini kanker leher rahim melalui metode IVA dan kanker leher rahim melalui sadanis.[67] Pandemi COVID-19 menjadi penyebab penurunan angka capaian ini karena adanya kekhawatiran masyarakat untuk mengunjungi fasilitas kesehatan jika dianggap tidak *urgent*. Pada tahun 2024, diharapkan seluruh kabupaten/kota dapat melakukan deteksi dini penyakit kanker di ≥ 80 persen populasi usia 30-59 tahun dimana hal tersebut juga menjadi

indikator lainnya yang terkait dengan deteksi dini pada RPJMN 2020-2024.[1]

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) juga memiliki kontribusi dalam pelaksanaan upaya promotif dan preventif di fasilitas kesehatan bagi peserta JKN. Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) merupakan salah satu program dalam skema JKN yang terkait dengan upaya preventif yang dilakukan dengan pendekatan proaktif dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta JKN yang menderita penyakit kronis. Penyakit kronis yang dimaksud yaitu hipertensi, diabetes melitus tipe 2, dan/atau penyakit kronis lainnya yang ditetapkan oleh Direksi BPJS Kesehatan.[90]

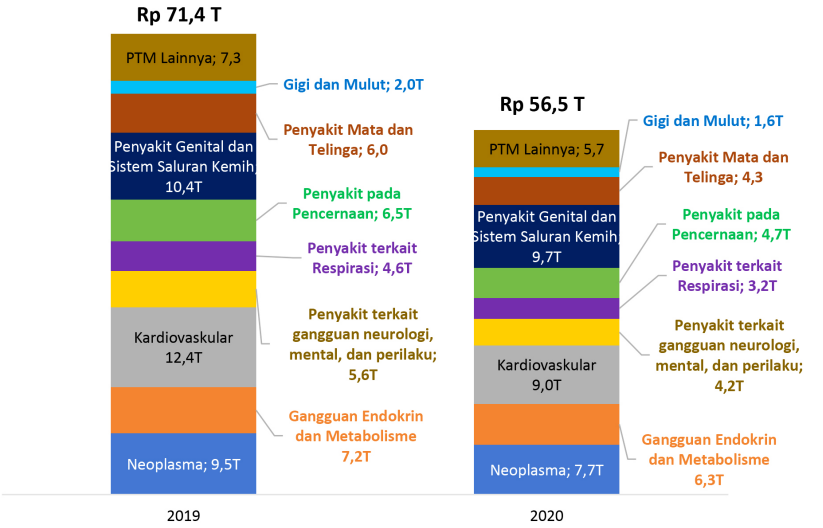
Dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 tahun 2019 dijelaskan bahwa terdapat layanan skrining riwayat Kesehatan untuk mendeteksi risiko penyakit peserta yang dilakukan secara selektif di FKTP dan pembiayaannya masuk dalam komponen kapitasi. Dari hasil skrining tersebut, peserta yang memiliki risiko penyakit hipertensi, diabetes melitus tipe 2, kanker payudara, kanker leher rahim dsb akan memperoleh pemeriksaan lebih lanjut agar dampak dari komplikasi penyakit tersebut dapat dicegah. Skrining lanjutan yang dimaksud meliputi pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan gula darah puasa dan *post prandial* untuk penyakit diabetes melitus tipe 2, pemeriksaan payudara secara klinis dan pemeriksaan IVA/*papsmear.* Biaya pelayanan skrining lanjutan masuk dalam komponen pembiayaan non kapitasi, kecuali biaya pelayanan pemeriksaan payudara secara klinis masuk dalam pembiayaan kapitasi.[91]

Salah satu indikator yang perlu dicapai oleh FKTP dalam pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) yang merupakan bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan dalam rangka meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan, yaitu Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT).[92] Rasio tersebut merupakan indikator untuk mengetahui optimalisasi penatalaksanaan Prolanis oleh FKTP dalam menjaga tekanan darah bagi pasien Hipertensi dan kadar gula darah puasa bagi pasien Diabetes Mellitus tipe 2 (DM).[90,92] Mengingat pentingnya peran FKTP maka diperlukan penguatan FKTP sebagai ujung tombak dalam memberikan layanan kesehatan primer secara langsung ke masyarakat agar mampu memberikan layanan yang bermutu dan komprehensif baik layanan kuratif maupun promotif dan preventif.

Tabel 5. Gambaran Belanja Program pada Kelompok Penyakit Tidak Menular (PTM) dalam Skema Pembiayaan Publik dan Sumber Dana, 2019-2020 (dalam Rp triliun)

Skema pembiayaan Publik	2019					2020				
	APBD Murni	APBN (termasuk TKDD)	Dana Jamsos	Donor	Total	APBD Murni	APBN (termasuk TKDD)	Dana Jamsos	Donor	Total
Kemenkes	-	0.3	-	0.02	0.3	-	0.1	-	0.02	0.1
K/L Lainnya	-	0.3	-	-	0.3	-	0.1	-	0.00	0.1
Subnasional	0.2	1.2	-	-	1.4	0.05	0.9	-	-	0.9
Askes Sosial	-	-	69.5	-	69.5	-	-	55.4	-	55.4
Total Skema Publik pada Kelompok PTM	**0.2**	**1.7**	**69.5**	**0.02**	**71.4**	**0.05**	**1.1**	**55.4**	**0.02**	**56.5**
% thd TBK Skema Publik (all program)	**0.1%**	**0.7%**	**27.4%**	**0.01%**	**28.2%**	**0.02%**	**0.3%**	**17.1%**	**0.01%**	**17.5%**

Hasil identifikasi belanja pada program PTM di skema publik tahun 2020 (**Tabel 5**) menunjukkan bahwa total belanja program tersebut adalah sebesar Rp56,5 triliun (17,5 persen terhadap belanja skema publik untuk keseluruhan program) dimana nilai ini mengalami penurunan dari tahun 2019 yang sebesar Rp71,4 trilliun. Belanja kesehatan pada kelompok PTM tahun 2020 didominasi oleh belanja pada skema askes sosial (Rp55,4 triliun; 17,1 persen terhadap TBK skema publik keseluruhan program). Selanjutnya belanja kesehatan terbesar kedua pada kelompok PTM adalah dari skema pembiayaan subnasional yang terdiri dari APBD murni RpRp0,05 trilliun dan APBN dana transfer pusat sebesar Rp0,9 trilliun. Pada tabel tersebut juga diketahui bahwa porsi belanja PTM pada Skema Kemenkes yang dapat diidentifikasi melalui rincian dalam dokumen anggaran dan realisasi (mencakup nama output, komponen, sub komponen sampai dengan rincian), yaitu hanya sebesar Rp0,3 trilliun pada tahun 2019 dan menurun menjadi Rp0,1 trilliun pada tahun 2020.



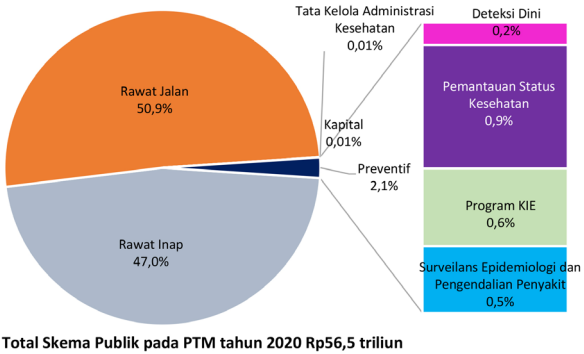
Gambar 33. Rincian Belanja Skema Publik pada Kelompok Penyakit Tidak Menular, 2019-2020

Dari **Gambar 33** menunjukkan bahwa belanja PTM pada skema publik tahun 2020 didominasi untuk pengobatan penyakit genital dan sistem saluran kemih (Rp9,7 triliun), kemudian diikuti oleh kardiovaskuler (Rp9,0 triliun), dan neoplasma (Rp7,7 triliun). Posisi ini berbeda jika dibandingkan dengan tahun 2019 dimana penyakit kardiovaskuler (Rp12,4 triliun) menempati posisi pertama kemudian disusul oleh penyakit genital dan sistem saluran kemih (Rp10,4 triliun) dan neoplasma (Rp9,5 triliun). Belanja pada ketiga kelompok PTM tersebut mencapai separuh dari total belanja JKN pada kelompok PTM. Hal tersebut perlu menjadi perhatian bagi seluruh lapisan, mulai dari stakeholder lintas sektor hingga peran masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian PTM mengingat terjadi peningkatan jumlah kasus per 1.000 penduduk pada umur >15 tahun untuk hipertensi, stroke, penyakit ginjal, neoplasma, dan diabetes melitus.[61,62]

Belanja PTM dalam skema pembiayaan publik menurut dimensi fungsi yang berjumlah sebesar Rp56,5 trilliun terdiri dari belanja untuk layanan rawat jalan (50,9 persen), rawat inap (47,0 persen), preventif (2,1 persen), kapital dan tata Kelola administrasi kesehatan masing-masing sebesar 0,01

persen (**Gambar 34**). Porsi belanja preventif pada penyakit PTM masih sangat sedikit dibandingkan dengan porsi belanja kuratif, sehingga hal ini tentu harus menjadi perhatian para stakeholder agar pencegahan lebih ditingkatkan lagi demi mencegah tingginya beban belanja kuratif pada PTM.

Jika dilihat secara rinci pada fungsi preventif, belanja preventif pada kelompok penyakit PTM di skema publik yang berjumlah sebesar Rp1,2 trilliun mencakup pada fungsi pemantauan status kesehatan (0,9 persen), program KIE (0,6 persen), surveilans dan pengendalian penyakit (0,5 persen), dan deteksi dini (0,2 persen). Belanja preventif ini sebagian besar berasal dari skema pembiayaan Kemenkes yang digunakan untuk mengidentifikasi faktor risiko PTM. Sedangkan belanja kuratif yang besar merupakan belanja dari skema pembiayaan askes sosial.



Gambar 34. Gambaran Belanja Program pada Kelompok Penyakit Tidak Menular (PTM) dalam Skema Pembiayaan Publik menurut Dimensi Fungsi, 2020

PENUTUP

Gambaran terkini belanja kesehatan dalam bentuk *time series* selama tahun 2012 – 2020 telah dihasilkan dari produksi NHA yang disusun berdasarkan kerangka SHA 2011. Tren belanja yang disajikan dalam bentuk *time series* dinilai lebih bermanfaat untuk menjawab isu-isu pembiayaan kesehatan, antara lain isu kecukupan, pemerataan, efisiensi, efektivitas, serta keberlanjutan. Gambaran lengkap belanja kesehatan menurut skema pembiayaan, sumber dana, provider, fungsi, dan distribusi jenis penyakit juga semakin memperkaya informasi yang dihasilkan dan bermanfaat untuk upaya monitoring maupun perencanaan pembiayaan kesehatan ke depan.

Dalam produksi NHA, tim selalu berupaya untuk melakukan perbaikan metodologi serta membangun mekanisme koordinasi dan kerjasama dalam pengumpulan berbagai data pendukung yang diperlukan. Perkembangan metodologi perhitungan NHA yang semakin komprehensif mencakup penambahan perhitungan belanja kesehatan bersumber APBDes yang datanya diperoleh dari Kementerian Keuangan dan Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi. Selain itu, diperoleh juga komitmen berbagai instansi dalam mendukung kebutuhan data untuk produksi NHA, antara lain meningkatnya koordinasi dan kerjasama dengan Badan Nasional Penanggulangan Bencana dan Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat melalui dukungan penyediaan data untuk produksi NHA 2020, khususnya terkait belanja kesehatan untuk penanganan COVID-19 .

Hasil perhitungan NHA 2020 menunjukkan total belanja kesehatan Indonesia tahun 2020 sebesar Rp561,8 T, tumbuh 15,6 persen dibandingkan tahun 2019 dengan harga konstan. Pertumbuhan ini sejalan dengan meningkatnya kebutuhan layanan kesehatan sebagai dampak dari pandemi COVID-19 . Proporsi total belanja kesehatan terhadap PDB juga meningkat hingga 3,6 persen, setelah sebelumnya stagnan di sekitar 3,0 persen sejak tahun 2012. Pertumbuhan juga terjadi pada belanja kesehatan per kapita menjadi Rp2,1 juta dengan pertumbuhan 14,3 persen dengan harga konstan.

Gambaran belanja kesehatan tahun 2020 menunjukkan dominasi skema pembiayaan publik (skema pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan asuransi kesehatan sosial) yang semakin meningkat menjadi sebesar Rp323,4, triliiun (57,6 persen TBK). Kenaikan tersebut disebabkan oleh belanja skema pemerintah pusat (Kementerian Kesehatan dan K/L lain) yang meningkat sebanyak lebih dari dua kali lipat dibandingkan tahun 2019. Berdasarkan sumber dana, secara umum masing-masing sumber dana cenderung konstan selama tahun 2016 – 2020. Pada tahun 2020, belanja kesehatan bersumber pemerintah memiliki proporsi paling besar (44,9 persen), diikuti oleh sumber dana rumah tangga (34,4 persen), dan korporasi (14,1 persen). Berdasarkan fungsi layanan, belanja kesehatan terbesar selama tahun 2012-2020 digunakan untuk fungsi layanan kuratif, meliputi layanan rawat inap dan layanan rawat jalan. Pada tahun 2020 belanja layanan rawat inap mencapai Rp193.5 triliun (34,4 persen) dan belanja layanan rawat jalan sebesar Rp144.1 triliun (25,7 persen). Walaupun demikian, proporsi belanja preventif terhadap TBK selama tiga tahun terakhir mengalami peningkatan, yaitu dari 16,3 persen di tahun 2018 menjadi 17,9 persen di tahun 2019, dan naik menjadi 23.2 persen (Rp130.4 triliun) tahun 2020. Sementara berdasarkan provider pemberi layanan kesehatan, menunjukkan bahwa rumah sakit merupakan provider yang paling banyak menyediakan layanan kesehatan di Indonesia pada tahun 2020. Provider rumah sakit menyerap belanja sebesar 51,7 persen atau Rp290,6 triliun, kemudian disusul oleh FKTP sebesar 24,5 persen atau Rp137,4 triliun. Kedua provider tersebut merupakan provider yang mayoritas kegiatannya adalah menyediakan pelayanan kuratif, baik rawat jalan maupun rawat inap. Sementara belanja di provider preventif dan administrasi menyerap belanja sebesar 17,2 persen atau Rp96,6 triliun pada tahun 2020.

Perluasan dimensi akun jenis penyakit dilakukan agar NHA mampu menyajikan informasi yang lebih tajam dan berkualitas, khususnya belanja skema publik program prioritas pada 4 kelompok besar dengan total belanja meningkat signifikan sebesar 61,8 persen pada tahun 2020. Peningkatan ini dibarengi dengan perubahan pola belanja, dimana belanja penyakit infeksi dan parasitik meningkat drastis menjadi belanja tertinggi sebesar Rp119,5 T, mengalahkan belanja PTM yang mengalami penurunan menjadi Rp63,1 T. Hal ini didorong oleh kebijakan pemerintah meningkatkan anggaran

untuk penanganan COVID-19 , termasuk di bidang kesehatan dengan hasil perhitungan belanja kesehatan penanganan COVID-19 pada skema publik sebesar Rp99,9 T.

Pemanfaatan data NHA untuk mendukung perumusan kebijakan semakin meningkat. Sebagai contoh, tim NHA membantu tim Kebutuhan Dasar Kesehatan (KDK) dalam menganalisis belanja untuk perawatan pasien PTM berbiaya tinggi di rumah sakit menggunakan data NHA. Selain itu, data NHA 2018 – 2020 telah digunakan pada analisis peran donor luar negeri dalam pembiayaan program HIV/AIDS, TB, dan Malaria.

Menteri Kesehatan terus mendorong upaya percepatan produksi NHA agar terpenuhi dalam T-1. Hal tersebut dilakukan agar NHA dapat digunakan untuk mendukung proses perencanaan anggaran. Untuk itu, tim terus berupaya mengatasi berbagai tantangan ketersediaan data secara cepat, antara lain melalui koordinasi secara intensif dengan berbagai instansi penyediaan data, serta upaya membangun otomatisasi data. Dalam upaya otomatisasi data tersebut, tim NHA telah melakukan serangkaian diskusi dengan tim *Digital Transformation Office* (DTO) Pusdatin Kemenkes untuk mendapatkan dukungan interoperabilitas data yang diperlukan pada produksi NHA.

Produksi NHA memang bukanlah hal yang mudah dan diperlukan upaya maksimal serta dukungan dari berbagai instansi. Untuk itu, hasil NHA yang telah ada saat ini hendaknya dapat dimanfaatkan secara lebih luas dalam analisis pembiayaan kesehatan, baik oleh pemangku kepentingan, akademisi, maupun peneliti di bidang tersebut. Analisis lebih lanjut dengan berbagai data pendukung lainnya serta melalui pendekatan kualitatif diharapkan dapat memperkaya informasi untuk perbaikan pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Referensi

1. Peraturan Presiden Republik Indonesia No 18 tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2020-2024.
2. OECD, Eurostat, World Health Organization. *A System of Health Accounts 2011*. OECD Publishing; 2017. doi:10.1787/9789264270985-en
3. Cogswell H, Dereje T. Understanding Health Accounts: A Primer for Policymakers. Published 2015. Accessed March 2, 2022. http://ucatlas.ucsc.edu/spend.php
4. Chaterine R. Menkes Ungkap Belanja di Sektor Kesehatan Sangat Besar, Capai Rp 490 Triliun Per Tahun. September 16. Published 2021. Accessed March 2, 2022. https://nasional.kompas.com/read/2021/09/16/17561801/menkes-ungkap-belanja-di-sektor-kesehatan-sangat-besar-capai-rp-490-triliun
5. World Bank. GDP deflator (base year varies by country) - Indonesia. Accessed February 16, 2022. https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.DEFL.ZS?locations=ID
6. Mcintyre D, Kutzin J. *Health Financing Country Diagnostic: A Foundation for National Strategy Development*. WHO; 2016.
7. *Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 Tentang Wabah Penyakit Menular*.; 1984.
8. OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing; 2021.
9. BPS. Ekonomi Indonesia 2020 Turun sebesar 2,07 Persen (c-to-c). Published 2021. Accessed February 27, 2022. https://www.bps.go.id/pressrelease/2021/02/05/1811/ekonomi-indonesia-2020-turun-sebesar-2-07-persen--c-to-c-.html
10. BPS. [Seri 2010] PDB Triwulanan Atas Dasar Harga Berlaku Menurut Lapangan Usaha (Miliar Rupiah). Published 2021. Accessed February 17, 2022. https://www.bps.go.id/site/resultTab
11. WHO. *Global Expenditure on Health: Public Spending on The Rise*. WHO; 2021.
12. WHO. Global Health Expenditure Database. Accessed February 17, 2022. https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en
13. Jowett M, Cylus J, Brunal MP, Flores G. *Spending Targets for Health: No Magic Number*. WHO; 2016.
14. Mcintyre D, Meheus F, Røttingen JA. What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? *Heal Econ Policy Law*. 2017;12:125-137.

15. Røttingen JA, Ottersen T, Ablo A, Arhin-Tenkorang D, Benn C, Elovainio R. *Shared Responsibilities for Health: A Coherent Global Framework for Health Financing*. Chatham House; 2014.

16. WHO. Health Expenditure. Accessed February 27, 2022. https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/health-expenditure

17. Moreno-serra R, Smith PC. Broader health coverage is good for the nation ' s health : evidence from country level panel data. *J R Stat Soc A*. 2015;178:101-124.

18. Budhdeo S, Watkins J, Atun R, Williams C, Zeltner T. Changes in government spending on healthcare and population mortality in the European union, 1995 – 2010: a cross-sectional ecological study. *J R Soc Med*. 2015;108(12):490-498. doi:10.1177/0141076815600907

19. Bappenas; BPS; UNFPA. *Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035*. Badan Pusat Statistik; 2013.

20. BPJS Kesehatan. *Laporan Pengelolaan Program Dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2017*.; 2018.

21. BPJS Kesehatan. *Laporan Pengelolaan Program Dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2018*.; 2019.

22. BPJS Kesehatan. *Laporan Pengelolaan Program Dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2019*.; 2020.

23. BPJS Kesehatan. *Laporan Pengelolaan Program Dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2020*.; 2021.

24. World Bank. Official exchange rate (LCU per US$, period average) - Indonesia. Accessed February 16, 2022. https://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.FCRF?locations=ID

25. WB. PPP Conversion Factor, GDP (LCU per International $). Accessed February 16, 2022. https://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PPP

26. WB. GDP per Capita (Current US$). Accessed February 23, 2022. https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD

27. WB. GDP per Capita, PPP (Current International $). Accessed February 23, 2022. https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD

28. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 43/PMK.05/2020. Mekanisme Pelaksanaan Anggaran Belanja Atas Beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Dalam Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019. 2020;(2):1-20.

29. Kementerian Keuangan. Info APBN 2020. Published online 2020.

30. Kementerian Dalam Negeri. *Permendagri 39/2020 Tentang Pengutamaan Penggunaan Alokasi Anggaran Untuk Kegiatan Tertentu, Perubahan Alokasi, Dan Penggunaan Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah*.; 2020. https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/143495/permendagri-no-39-tahun-2020

31. BPJS Kesehatan. Info BPJS Kesehatan. *Media Info BPJS Kesehat*. 2020;97:8.

32. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 86 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2020. *Kementrian Kesehat RI*. 2019;(1783):1-108.

33. Kementerian Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2019*.; 2019.

34. Mahasiswa Pasca Sarjana Intermediate Public Health. *Aspirasi Intelektual Pemimpin Masa Depan Dalam Menghadapi Pandemi COVID-19* . Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia; 2020.

35. Yuswohady, Rachmaniar A, Fatahillah F, Brillian G, Hanifah I. *Healthcare Industry Outlook 2021*.; 2020.

36. Alexandra S, Handayani PW, Azzahro F. Indonesian Hospital Telemedicine Acceptance Model: The Influence of User Behavior and Technological Dimensions. *ScienceDirect*. 2021;7(12).

37. BPJS Kesehatan. Penguatan Faskes Primer Sebagai Ujung Tombak pelayanan Kesehatan Peserta BPJS kesehatan.

38. Izzaty. *Kebijakan Pemerintah Dalam Mengatasi Panic Buying Akibat COVID-19 ," Pusat Penelitian Bidang Ekonomi Dan Kebijakan Publik*.; 2020.

39. OECD/European Union. *Health At A Glance Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing; 2020.

40. OECD/WHO. *Health at a Glance: Asia/Pacific 2020: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage*. OECD Publishing; 2020.

41. Kementerian Kesehatan RI. *Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/238/2020 Tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Perawatan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan Pelayanan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*.; 2020.

42. Kementerian Keuangan RI. *Peraturan Menteri Keuangan No. 38/PMK.02/2020 Tentang Pelaksanaan Kebijakan Keuangan Negara Untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease (COVID 19) Dan/Atau Menghadapi Ancaman Yang Membahayakan Perekonomian Nasional Dan/Atau Stabilitas Sistem Keuangan*.; 2020.

43. Kementerian Perencanaan dan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional RI. *Studi Pembelajaran Penanganan COVID-19 Di Indonesia," Kementerian Perencanaan Dan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional RI*. adan Perencanaan Pembangunan Nasional RI; 2021.

44. Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman Indikator Program Kesehatan Masyarakat Dalam RPJMN Dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024*.; 2020.

45. Kementerian Keuangan RI. *Peraturan Menteri Keuangan Nomor 19/ PMK.07/2020 Tahun 2020 Tentang Penyaluran Dan Penggunaan Dana Bagi Hasil, Dana Alokasi Umum, Dan Dana Insentif Daerah Tahun Anggaran 2020 Dalam Rangka Penanggulangan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*.; 2020.

46. Kementerian Keuangan RI. *Keputusan Menteri Keuangan Nomor 6/KM.7/2020 Tentang Penyaluran Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan Dan Dana Bantuan Operasional Kesehatan Dalam Rangka Pencegahan Dan/Atau Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*.; 2020.

47. Kementerian Kesehatan RI. *Surat Edaran Nomor HK.02.01/ MENKES/ 215/2020 Tentang Pemanfaatan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan Untuk Pencegahan Dan/Atau Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Tahun Anggaran 2020*.; 2020.

48. Kementerian Keuangan RI. Direktorat Jenderal Anggaran: Perubahan Postur dan Rincian APBN 2020 di Masa Pandemi COVID-19 .

49. Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi RI. *Surat Edaran Nomor 8 Tahun 2020 Tentang Desa Tanggap COVID-19 Dan Penegasan Padat Karya Tunai Desa*.; 2020.

50. Peraturan Presiden RI. *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sitem Kesehatan Nasional,.*; 2012.

51. Kementerian Kesehatan RI. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*.; 2020.

52. Peraturan Pemerintah. *Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019*.; 2020.

53. Soewondo P, Sakti GMK, Rahmayanti NM, et al. *Assessment of The Potential Effects of Policy Responses and Public Financial Management (PFM) Adjustment for The Continuation of Four Essential Public Health Services at The Primary Health Care Centre (PHC) Level during The COVID-19 Pandemic in Indonesia*. The National Team for The Acceleration of Poverty Reduction (TNP2K); 2021.

54. Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. Return on investment of public health interventions: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(8).

55. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Kajian Penilaian Efektifitas Anggaran Dan Cakupan Pelaksanan Program Standar Pelayanan Minimal (SPM) Termasuk Upaya Promotive Dan Preventif Di Tingkat Puskesmas*.; 2021.

56. Menteri Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*.; 2016.

57. Toure H. Diseases in the WHO-SHA 2011 platform : classification and boundaries. Published 2015. Accessed January 15, 2022. https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/55031161/en

58. *Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2020 Tentang Refocussing Kegiatan, Realokasi Anggaran, Serta Pengadaan Barang Dan Jasa Dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*.

59. *Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2020 Tentang Kebijakan Keuangan Negara Dan Stabilitas Sistem Keuangan Untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Dan/Atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman Yang*.

60. *Undang-Undang (UU) Nomor 2 Tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2020 Tentang Kebijakan Keuangan Negara Dan Stabilitas Sistem Keuangan Untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Dan/Atau Dalam Rang*.; 2020.

61. OECD. Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Responses to Combat COVID-19 .

62. Kementerian Keuangan RI. *Laporan Keuangan Pemerintah Pusat Tahun 2020 (Audited)*. Kementerian Keuangan RI; 2021.

63. Kementerian Keuangan RI. *Peraturan Menteri Keuangan Nomor 185/PMK.02/2020 Tentang Pengelolaan Anggaran Dalam Rangka Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Dan/Atau Program Pemulihan Ekonomi Nasional*.; 2020.

64. Kementerian Keuangan RI. *Perkembangan Pelaksanaan Program Penanganan COVID-19 Dan Pemulihan Ekonomi Nasional (PC&PEN)*.; 2020.

65. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit*.; 2021.

66. World HealthOrganization. Disruption in HIV, Hepatitis and STI services due to COVID-19 . Published 2020. Accessed February 23, 2022. https://www.who.int/docs/default-source/hiv-hq/disruption-hiv-hepatitis-sti-services-due-to-Covid19.pdf?sfvrsn=5f78b742_8

67. Kementerian Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Kementerian Kesehatan RI; 2021.

68. *Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2020 Tentang Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 Di Lingkungan Pemerintah Daerah*.; 2020.

69. Kementerian Kesehatan RI. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/446/2020 Tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan Pelayanan COVID-19 .*; 2020.

70. *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan*.; 2018.

71. Kementerian Keuangan RI. *Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 35/PMK.07/2020 Tentang Pengelolaan Transfer Ke Daerah Dan Dana Desa TA 2020 Dalam Rangka Penanganan Pandemi COVID-19 Dan/Atau Menghadapi Ancaman Yang Membahayakan Perekonomian Nasional*.; 2020.

72. Kementerian Desa PDTT. *Surat Edaran Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, Dan Transmigrasi Nomor 8 Tahun 2020 Tentang Desa Tanggap COVID-19 Dan Penegasan Padat Karya Tunai Desa*.; 2020.

73. Kementerian Keuangan RI. *Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 40/PMK.07/2020 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 205/PMK.07/2019 Tentang Pengelolaan Dana Desa*.; 2020.

74. Kementerian Keuangan RI. Bahan Sosialisasi PMK 40 Tahun 2020.

75. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) Kementerian Kesehatan RI. *Penelusuran Dan Evaluasi Belanja Kesehatan Pada Perusahaan BUMN Dan Swasta Di Indonesia Tahun 2021 (Unpublished)*.; 2021.

76. Bappenas. Tujuan 3 - Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/Sustainable Development Goals. Accessed May 21, 2021. http://sdgs.bappenas.go.id/tujuan-3/

77. Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat. Arah Kebijakan dan Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020-2024. Published 2020. Accessed May 21, 2021. https://persi.or.id/wp-content/uploads/2020/11/pleno2-01.pdf

78. WHO, USAID. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Published 2018. Accessed May 25, 2021. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02-eng.pdf?sequence=1

79. Kementerian Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrsapesi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual*.; 2014. https://kesga.kemkes.go.id/assets/file/pedoman/PMK No. 97 ttg Pelayanan Kesehatan Kehamilan.pdf

80. BKKBN, Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Kesehatan RI. *Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia 2012*.; 2013.

81. BKKBN, Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Kesehatan RI. *Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia 2017*.; 2018.

82. Kementerian Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Kementerian Kesehatan RI; 2020.

83. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. *Studi Status Gizi Balita Terintegrasi Susenas 2019*.; 2020. https://persi.or.id/wp-content/uploads/2020/11/event8-02.pdf

84. Kementerian Sekretariat Negara RI. Angka Prevalensi Stunting Tahun 2020 Diprediksi Turun. Berita 15 Desember 2021. Published 2021. Accessed March 4, 2022. https://stunting.go.id/angka-prevalensi-stunting-tahun-2020-diprediksi-turun/

85. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*.; 2019.

86. Kementerian Kesehatan RI. HKN ke-54, Masyarakat Diminta Waspadai Segala Jenis Penyakit. Accessed June 18, 2020. https://www.kemkes.go.id/article/view/18111200003/hkn-ke-54-masyarakat-diminta-waspadai-segala-jenis-penyakit.html

87. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden Disease: Indonesia. Accessed February 25, 2022. http://www.healthdata.org/indonesia

88. World Health Organization. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. Published 2020. Accessed March 7, 2022. https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1299882/retrieve

89. Department of Health & Social Care United Kingdom. Build Back Better: Our Plan for Health and Social Care. Published 2022. Accessed March 7, 2022. https://www.gov.uk/government/publications/build-back-better-our-plan-for-health-and-social-care/build-back-better-our-plan-for-health-and-social-care#our-plan-for-healthcare

90. BPJS Kesehatan. *Buku Panduan Praktis Prolanis (Program Pengelolaan Penyakit Kronis)*. BPJS Kesehatan; 2014. Accessed August 15, 2021. https://bpjs-kesehatan.go.id/

91. BPJS Kesehatan. *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2019 Tentang Pelaksanaan Skrining Riwayat Kesehatan Dan Pelayanan Penapisan Atau Skrining Kesehatan Tertentu Serta Peningkatan Kesehatan Bagi Peserta Penderita Penyakit Kronis Dalam Program Jaminan Kesehatan*.; 2019. https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/detail/1357

92. BPJS Kesehatan. *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada FKTP*.; 2019. https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/13f2bb974ccabdd8b2bb65da2cc027e9.pdf

Lampiran

Lampiran 1. Total Belanja Kesehatan per Kapita Indonesia dalam US$ dan PPP, 2012-2020

Konversi	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
US$	113.1	110.4	108.5	104.8	116.7	120.3	118.7	128.8	142.1
PPP	297.5	306.8	319.4	322.2	343.8	342.9	355.1	383.3	444.3

Lampiran 2. Tren Belanja Kesehatan Sektor Publik dan Nonpublik terhadap Total Belanja Kesehatan Indonesia, 2012-2020

Sektor/Tahun	Nominal (Rp Triliun)									Proporsi (%)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Publik	76.7	93.2	121.4	154.6	197.5	211.0	229.3	253.6	323.4	29.4	32.4	37.4	43.1	49.2	50.0	51.2	51.9	57.6
Nonpublik	184.0	194.3	203.2	203.8	204.3	210.7	218.7	234.7	238.4	70.6	67.6	62.6	56.9	50.8	50.0	48.8	48.1	42.4
Total Belanja Kesehatan (TBK)	260.7	287.5	324.6	358.3	401.8	421.7	448.0	488.3	561.8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Lampiran 3. Tren Belanja Kesehatan menurut Skema Pembiayaan, 2012-2020

Sektor	Skema	Nominal (Rp Triliun)									Proporsi (%)								
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Publik	Skema Kemenkes	12,3	14,4	15,1	20,1	23,0	19,7	21,3	21,1	63,9	4,7	5,0	4,7	5,6	5,7	4,7	4,8	4,3	11,4
	Skema K/L Lainnya	4,0	4,9	4,4	7,8	9,0	8,1	9,6	9,5	26,3	1,6	1,7	1,3	2,2	2,2	1,9	2,1	2,0	4,7
	Skema Pemprov	9,2	11,0	11,2	13,0	15,0	14,3	15,5	16,2	21,3	3,5	3,8	3,5	3,6	3,7	3,4	3,5	3,3	3,8
	Skema Pemkab/Pemkot	33,7	38,8	43,0	50,5	73,9	75,8	79,7	93,5	118,4	12,9	13,5	13,2	14,1	18,4	18,0	17,8	19,1	21,1
	Skema Askes Sosial	17,4	24,1	47,6	63,2	76,6	93,1	103,1	113,3	93,5	6,7	8,4	14,7	17,6	19,1	22,1	23,0	23,2	16,6
Nonpublik	Skema Askes Swasta	6,5	9,7	10,2	10,0	12,2	13,7	14,1	17,2	16,1	2,5	3,4	3,2	2,8	3,0	3,3	3,1	3,5	2,9%
	Skema LNPRT	2,0	2,1	2,3	3,4	4,2	4,8	4,8	5,8	7,1	0,8	0,7	0,7	0,9	1,1	1,1	1,1	1,2	1,3
	Skema Korporasi	40,8	43,1	49,0	46,4	45,1	49,3	49,9	54,3	50,4	15,7	15,0	15,1	12,9	11,2	11,7	11,1	11,1	9,0
	Skema Rumah Tangga	134,6	139,4	141,8	144,0	142,9	142,8	149,9	157,5	164,8	51,6	48,5	43,7	40,2	35,6	3,9	33,5	32,2	29,3
Total Belanja Kesehatan (TBK)		260,7	287,5	324,6	358,3	401,8	421,7	448,0	488,3	561,8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Lampiran 4. Belanja Kesehatan menurut Dimensi SHA 2011

Lampiran 4.A. 1. *General Government Health Expenditure by Health Care Functions* (HC) *and Health Care Financing Schemes* (HF) (Rp *billion*), 2020

Rp Miliar HF / HC	Skema Kemenkes	Skema K/L Lainnya	Skema Pemprov	Skema Pemkab/Pemkot	Skema Askes Sosial	All HF
Rawat Inap	41.998	13.922	6.085	15.773	46.015	123.793
Rawat Jalan	3.093	2.392	4.893	27.061	35.837	73.276
Barang Medis	-	-	-	-	-	-
Layanan Preventif	8.134	6.091	7.257	42.362	6.747	70.591
Tata Kelola Administrasi Kesehatan	1.767	1.337	1.299	13.173	4.622	22.198
Kapital	8.893	2.553	1.784	20.076	258	33.564
All HC	**63.885**	**26.295**	**21.318**	**118.445**	**93.479**	**323.422**

Lampiran 4.A. 2. *General Government Health Expenditure by Health Care Functions* (HC) *and Health Care Financing Schemes* (HF) (% *by Health Care Financing Schemes*), 2020

% HF / HC	Skema Kemenkes	Skema K/L Lainnya	Skema Pemprov	Skema Pemkab/Pemkot	Skema Askes Sosial	All HF
Rawat Inap	65,7%	52,9%	28,5%	13,3%	49,2%	38,3%
Rawat Jalan	4,8%	9,1%	23,0%	22,8%	38,3%	22,7%
Barang Medis	-	-	-	-	-	-
Layanan Preventif	12,7%	23,2%	34,0%	35,8%	7,2%	21,8%
Tata Kelola Administrasi Kesehatan	2,8%	5,1%	6,1%	11,1%	4,9%	6,9%
Kapital	13,9%	9,7%	8,4%	16,9%	0,3%	10,4%
All HC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Lampiran 4.A. 3. ***General Government Health Expenditure by Health Care Functions*** **(HC)** ***and Health Care Financing Schemes*** **(HF) (%** ***by Health Care Functions*****), 2020**

% HF / HC	Skema Kemenkes	Skema K/L Lainnya	Skema Pemprov	Skema Pemkab/Pemkot	Skema Askes Sosial	All HF
Rawat Inap	33,9%	11,2%	4,9%	12,7%	37,2%	100,0%
Rawat Jalan	4,2%	3,3%	6,7%	36,9%	48,9%	100,0%
Barang Medis	-	-	-	-	-	-
Layanan Preventif	11,5%	8,6%	10,3%	60,0%	9,6%	100,0%
Tata Kelola Administrasi Kesehatan	8,0%	6,0%	5,9%	59,3%	20,8%	100,0%
Kapital	26,5%	7,6%	5,3%	59,8%	0,8%	100,0%
All HC	19,8%	8,1%	6,6%	36,6%	28,9%	100,0%

Lampiran 4.B. 1. ***General Government Health Expenditure by Health Care Functions*** **(HC)** ***and Health Care Providers*** **(HP) (Rp** ***billion*****), 2020**

Rp Miliar HP / HC	Rumah Sakit	FKTP	Provider Preventif dan Administrasi	Provider Pendidikan Kes	All HP
Rawat Inap	122.024	1.770	-	-	123.793
Rawat Jalan	36.639	36.636	-	-	73.276
Barang Medis	-	-	-	-	-
Layanan Preventif	1.244	15.201	54.146	-	70.591
Tata Kelola Administrasi Kesehatan	-	-	22.198	-	22.198
Kapital	13.939	10.958	6.135	2.532	33.564
All HC	173.846	64.564	82.479	2.532	323.422

Lampiran 4.B. 2. ***General Government Health Expenditure by Health Care Functions*** **(HC)** ***and Health Care Providers*** **(HP) (%** ***by Health Care Providers*****), 2020**

% HP / HC	Rumah Sakit	FKTP	Provider Preventif dan Administrasi	Provider Pendidikan Kes	All HP
Rawat Inap	70,2%	2,7%	-	-	38,3%
Rawat Jalan	21,1%	56,7%	-	-	22,7%
Barang Medis	-	-	-	-	-
Layanan Preventif	0,7%	23,5%	65,6%	-	21,8%
Tata Kelola Administrasi Kesehatan	-	-	26,9%	-	6,9%
Kapital	8,0%	17,0%	7,4%	100,0%	10,4%
All HC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Lampiran 4.B. 3. ***General Government Health Expenditure by Health Care Functions*** **(HC)** ***and Health Care Providers*** **(HP) (%** ***by Health Care Functions*****), 2020**

% HP / HC	Rumah Sakit	FKTP	Provider Preventif dan Administrasi	Provider Pendidikan Kes	All HP
Rawat Inap	98,6%	1,4%	-	-	100,0%
Rawat Jalan	50,0%	50,0%	-	-	100,0%
Barang Medis	-	-	-	-	-
Layanan Preventif	1,8%	21,5%	76,7%	-	100,0%
Tata Kelola Administrasi Kesehatan	-	-	100,0%	-	100,0%
Kapital	41,5%	32,6%	18,3%	7,5%	100,0%
All HC	53,8%	20,0%	25,5%	0,8%	100,0%

Lampiran 4.C. 1. *Total Health Expenditure by Health Care Providers* (HP) and *Health Care Financing Schemes* (HF), (Rp *billion*), 2020

HF Rp Miliar HP	Skema Kemenkes	Skema K/L Lainnya	Skema Pemprov	Skema Pemkab/ Pemkot	Skema Askes Sosial	Skema Askes Swasta	Skema LNPRT	Skema Korporasi	Skema Pembiayaan RT	All HF
Rumah Sakit	47.458,7	16.470,7	9.500,0	27.807,2	72.609,6	12.965,1	408,6	29.932,4	73.475,3	290.627,6
FKTP	4.013,2	1.956,4	3.657,0	38.948,7	15.988,8	520,2	1.014,3	10.214,4	61.169,4	137.482,5
Toko Obat & Alkes	-	-	-	-	-	205,4	-	4.216,2	30.154,5	34.576,1
Provider Preventif dan Administrasi	9.911,6	7.837,2	8.160,9	51.689,3	4.880,3	2.405,5	5.709,6	6.040,1	-	96.634,5
Provider Pendidikan Kes	2.501,6	30,2	-	-	-	-	-	-	-	2.531,8
All HP	**63.885,0**	**26.294,6**	**21.318,0**	**118.445,2**	**93.478,7**	**16.096,2**	**7.132,5**	**50.403,1**	**164.799,2**	**561.852,5**

Lampiran 4.C. 2. *Total Health Expenditure by Health Care Providers* (HP) *and Health Care Financing Schemes* (HF) (% *by Health Financing Schemes*), 2020

HF % HP	Skema Kemenkes	Skema K/L Lainnya	Skema Pemprov	Skema Pemkab/ Pemkot	Skema Askes Sosial	Skema Askes Swasta	Skema LNPRT	Skema Korporasi	Skema Pembiayaan RT	All HF
Rumah Sakit	74,3%	62,6%	44,6%	23,5%	77,7%	80,5%	5,7%	59,4%	44,6%	51,7%
FKTP	6,3%	7,4%	17,2%	32,9%	17,1%	3,2%	14,2%	20,3%	37,1%	24,5%
Toko Obat & Alkes	-	-	-	-	-	1,3%	-	8,4%	18,3%	6,2%
Provider Preventif dan Administrasi	15,5%	29,8%	38,3%	43,6%	5,2%	14,9%	80,1%	12,0%	-	17,2%
Provider Pendidikan Kes	3,9%	0,1%	-	-	-	-	-	-	-	0,5%
All HP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Lampiran 4.C. 3. *Total Health Expenditure by Health Care Providers* (HP) and *Health Care Financing Schemes* (HF) (% *by Health Care Providers*), 2020

HF % HP	Skema Kemenkes	Skema K/L Lainnya	Skema Pemprov	Skema Pemkab/ Pemkot	Skema Askes Sosial	Skema Askes Swasta	Skema LNPRT	Skema Korporasi	Skema Pembiayaan RT	All HF
Rumah Sakit	16,3%	5,7%	3,3%	9,6%	25,0%	4,5%	0,1%	10,3%	25,3%	100,0%
FKTP	2,9%	1,4%	2,7%	28,3%	11,6%	0,4%	0,7%	7,4%	44,5%	100,0%
Toko Obat & Alkes	-	-	-	-	-	0,6%	-	12,2%	87,2%	100,0%
Provider Preventif dan Administrasi	10,3%	8,1%	8,4%	53,5%	5,1%	2,5%	5,9%	6,3%	-	100,0%
Provider Pendidikan Kes	98,8%	1,2%	-	-	-	-	-	-	-	100,0%
All HP	11,4%	4,7%	3,8%	21,1%	16,6%	2,9%	1,3%	9,0%	29,3%	100,0%

Lampiran 4.D. 1. *Total Health Expenditure by Health Care Financing Schemes* (HF) *and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item* (FS.RI), (Rp *billion*), 2020

FS.RI Rp Miliar HF	APBN	APBD Prov	APBD Kab/Kota	Perusahaan	LNPRT	Rumah Tangga	Donor	All FS.RI
Skema Kemenkes	61.581,1	0,0	0,1	9,3	18,5	153,3	2.122,7	63.885,0
Skema K/L Lainnya	26.212,7	-	-	-	-	-	81,8	26.294,6
Skema Pemprov	19.267,8	1.891,4	158,9	-	-	-	-	21.318,0
Skema Pemkab/Pemkot	98.673,6	9.135,3	10.636,3	-	-	-	-	118.445,2
Skema Askes Sosial	46.454,3	3.477,1	6.391,5	18.778,6	-	18.377,2	-	93.478,7
Skema Askes Swasta	-	-	-	9.030,0	-	7.066,2	-	16.096,2
Skema LNPRT	-	-	2.544,3	734,0	294,2	2.812,5	747,5	7.132,5
Skema Korporasi	-	-	-	50.403,1	-	-	-	50.403,1
Skema Pembiayaan RT	-	-	-	-	-	164.799,2	-	164.799,2
All HF	**252.189,5**	**14.503,9**	**19.731,0**	**78.954,9**	**312,7**	**193.208,4**	**2.952,1**	**561.852,5**

Lampiran 4.D. 2. ***Total Health Expenditure by Health Care Financing Schemes*** **(HF)** ***and - Reporting Item*** **(FS.RI) (%** ***by Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item*****), 2020**

FS.RI % HF	APBN	APBD Prov	APBD Kab/Kota	Perusahaan	LNPRT	Rumah Tangga	Donor	All FS.RI
Skema Kemenkes	24,4%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	0,1%	71,9%	11,4%
Skema K/L Lainnya	10,4%	-	-	-	-	-	2,8%	4,7%
Skema Pemprov	7,6%	13,0%	0,8%	-	-	-	-	3,8%
Skema Pemkab/Pemkot	39,1%	63,0%	53,9%	-	-	-	-	21,1%
Skema Askes Sosial	18,4%	24,0%	32,4%	23,8%	-	9,5%	-	16,6%
Skema Askes Swasta	-	-	-	11,4%	-	3,7%	-	2,9%
Skema LNPRT	-	-	12,9%	0,9%	94,1%	1,5%	25,3%	1,3%
Skema Korporasi	-	-	-	63,8%	-	-	-	9,0%
Skema Pembiayaan RT	-	-	-	-	-	85,3%	-	29,3%
All HF	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Lampiran 4.D. 3. ***Total Health Expenditure by Health Care Financing Schemes*** **(HF)** ***and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item*** **(FS.RI) (%** ***by Health Care Financing Schemes*****), 2020**

FS.RI % HF	APBN	APBD Prov	APBD Kab/Kota	Perusahaan	LNPRT	Rumah Tangga	Donor	All FS.RI
Skema Kemenkes	96,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	3,3%	100,0%
Skema K/L Lainnya	99,7%	-	-	-	-	-	0,3%	100,0%
Skema Pemprov	90,4%	8,9%	0,7%	-	-	-	-	100,0%
Skema Pemkab/Pemkot	83,3%	7,7%	9,0%	-	-	-	-	100,0%
Skema Askes Sosial	49,7%	3,7%	6,8%	20,1%	-	19,7%	-	100,0%
Skema Askes Swasta	-	-	-	56,1%	-	43,9%	-	100,0%
Skema LNPRT	-	-	35,7%	10,3%	4,1%	39,4%	10,5%	100,0%
Skema Korporasi	-	-	-	100,0%	-	-	-	100,0%
Skema Pembiayaan RT	-	-	-	-	-	100,0%	-	100,0%
All HF	44,9%	2,6%	3,5%	14,1%	0,1%	34,4%	0,5%	100,0%

Lampiran 4.E. 1. ***Total Health Expenditure by Financing Agents*** **(FA)** ***and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item*** **(FS.RI), (Rp** ***billion*****), 2020**

FS.RI Rp Miliar FA	APBN	APBD Prov	APBD Kab/Kota	Perusahaan	LNPRT	Rumah Tangga	Donor	All FS.RI
Kemenkes	61.373,0	0,0	0,1	9,3	18,5	153,3	2.122,7	63.677,0
K/L Lainnya	26.193,5	-	-	-	-	-	81,8	26.275,3
Pemprov	19.495,1	1.891,4	158,9	-	-	-	-	21.545,4
Pemkab/Pemkot	98.673,6	9.135,3	10.636,3	-	-	-	-	118.445,2
BPJS Kesehatan & TK	46.454,3	3.477,1	6.391,5	18.778,6	-	18.377,2	-	93.478,7
Perusahaan Askes Swasta	-	-	-	9.030,0	-	7.066,2	-	16.096,2
Korporasi (selain perusahaan askes swasta)	-	-	-	50.403,1	-	-	-	50.403,1
LNPRT	-	-	2.544,3	734,0	294,2	2.812,5	747,5	7.132,5
Rumah Tangga	-	-	-	-	-	164.799,2	-	164.799,2
All FA	**252.189,5**	**14.503,9**	**19.731,0**	**78.954,9**	**312,7**	**193.208,4**	**2.952,1**	**561.852,5**

Lampiran 4.E. 2. ***Total Health Expenditure by Financing Agents*** **(FA)** ***and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item*** **(FS.RI) (%** ***by Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item*****), 2020**

FS.RI % FA	APBN	APBD Prov	APBD Kab/Kota	Perusahaan	LNPRT	Rumah Tangga	Donor	All FS.RI
Kemenkes	24,3%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	0,1%	71,9%	11,3%
K/L Lainnya	10,4%	-	-	-	-	-	2,8%	4,7%
Pemprov	7,7%	13,0%	0,8%	-	-	-	-	3,8%
Pemkab/Pemkot	39,1%	63,0%	53,9%	-	-	-	-	21,1%
BPJS Kesehatan & TK	18,4%	24,0%	32,4%	23,8%	-	9,5%	-	16,6%
Perusahaan Askes Swasta	-	-	-	11,4%	-	3,7%	-	2,9%
Korporasi (selain perusahaan askes swasta)	-	-	-	63,8%	-	-	-	9,0%
LNPRT	-	-	12,9%	0,9%	94,1%	1,5%	25,3%	1,3%
Rumah Tangga	-	-	-	-	-	85,3%	-	29,3%
All FA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Lampiran 4.E. 3. ***Total Health Expenditure by Financing Agents*** **(FA)** ***and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item*** **(FS.RI) (%** ***by Financing Agents*****), 2020**

FS.RI % FA	APBN	APBD Prov	APBD Kab/Kota	Perusahaan	LNPRT	Rumah Tangga	Donor	All FS.RI
Kemenkes	96,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	3,3%	100,0%
K/L Lainnya	99,7%	-	-	-	-	-	0,3%	100,0%
Pemprov	90,5%	8,8%	0,7%	-	-	-	-	100,0%
Pemkab/Pemkot	83,3%	7,7%	9,0%	-	-	-	-	100,0%
BPJS Kesehatan & TK	49,7%	3,7%	6,8%	20,1%	-	19,7%	-	100,0%
Perusahaan Askes Swasta	-	-	-	56,1%	-	43,9%	-	100,0%
Korporasi (selain perusahaan askes swasta)	-	-	-	100,0%	-	-	-	100,0%
LNPRT	-	-	35,7%	10,3%	4,1%	39,4%	10,5%	100,0%
Rumah Tangga	-	-	-	-	-	100,0%	-	100,0%
All FA	44,9%	2,6%	3,5%	14,1%	0,1%	34,4%	0,5%	100,0%

Lampiran 4.F. 1. ***Total Health Expenditure by Health Care Providers*** **(HP)** ***and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item*** **(FS.RI), (Rp** ***billion*****), 2020**

FS.RI Rp Miliar HP	APBN	APBD Prov	APBD Kab/Kota	Perusahaan	LNPRT	Rumah Tangga	Donor	All FS.RI
Rumah Sakit	131.726,9	5.180,0	7.954,8	51.868,7	18,8	93.615,3	263,1	290.627,6
FKTP	50.878,9	2.367,8	5.370,5	13.677,9	42,1	64.980,1	165,2	137.482,5
Toko Obat & Alkes	-	-	-	4.331,4	-	30.244,6	-	34.576,1
Provider Preventif dan Administrasi	67.067,6	6.956,0	6.405,7	9.076,9	251,8	4.352,7	2.523,8	96.634,5
Provider Pendidikan Kes	2.516,2	-	-	-	-	15,6	-	2.531,8
All HP	**252.189,5**	**14.503,9**	**19.731,0**	**78.954,9**	**312,7**	**193.208,4**	**2.952,1**	**561.852,5**

Lampiran 4.F. 2. ***Total Health Expenditure by Health Care Providers*** **(HP)** ***and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item*** **(FS.RI) (%** ***by Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item*****), 2020**

FS.RI % HP	APBN	APBD Prov	APBD Kab/Kota	Perusahaan	LNPRT	Rumah Tangga	Donor	All FS.RI
Rumah Sakit	52,2%	35,7%	40,3%	65,7%	6,0%	48,5%	8,9%	51,7%
FKTP	20,2%	16,3%	27,2%	17,3%	13,4%	33,6%	5,6%	24,5%
Toko Obat & Alkes	-	-	-	5,5%	-	15,7%	-	6,2%
Provider Preventif dan Administrasi	26,6%	48,0%	32,5%	11,5%	80,5%	2,3%	85,5%	17,2%
Provider Pendidikan Kes	1,0%	-	-	-	-	0,0%	-	0,5%
All HP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Lampiran 4.F. 3. ***Total Health Expenditure by Health Care Providers*** **(HP)** ***and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item*** **(FS.RI) (% by** ***Health Care Providers*****), 2020**

FS.RI % HP	APBN	APBD Prov	APBD Kab/Kota	Perusahaan	LNPRT	Rumah Tangga	Donor	All FS.RI
Rumah Sakit	45,3%	1,8%	2,7%	17,8%	0,0%	32,2%	0,1%	100,0%
FKTP	37,0%	1,7%	3,9%	9,9%	0,03%	47,3%	0,1%	100,0%
Toko Obat & Alkes	-	-	-	12,5%	-	87,5%	-	100,0%
Provider Preventif dan Administrasi	69,4%	7,2%	6,6%	9,4%	0,3%	4,5%	2,6%	100,0%
Provider Pendidikan Kes	99,4%	-	-	-	-	0,6%	-	100,0%
All HP	44,9%	2,6%	3,5%	14,1%	0,1%	34,4%	0,5%	100,0%

Lampiran 4.G. 1. ***General Government Health Expenditure by Health Care Functions*** **(HC)** ***and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item*** **(FS.RI), (Rp** ***billion*****), 2020**

FS.RI Rp Miliar HC	APBN	APBD Prov	APBD Kab/Kota	Perusahaan	LNPRT	Rumah Tangga	Donor	All FS.RI
Rawat Inap	97.074	3.470	5.252	8.839	-	9.146	12	123.793
Rawat Jalan	48.932	3.508	6.318	7.554	-	6.959	5	73.276
Barang Medis	-	-	-	-	-	-	-	-
Layanan Preventif	57.128	6.324	2.563	1.294	19	1.479	1.784	70.591
Tata Kelola Administrasi Kesehatan	17.108	865	2.173	1.052	-	878	122	22.198
Kapital	31.948	337	881	49	-	68	281	33.564
All HC	252.190	14.504	17.187	18.788	19	18.530	2.205	323.422

Lampiran 4.G. 2. ***General Government Health Expenditure by Health Care Functions*** **(HC)** ***and Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item*** **(FS.RI) (%** ***by Revenues of Health Care Financing Schemes- Reporting Item*****), 2020**

FS.RI % HC	APBN	APBD Prov	APBD Kab/Kota	Perusahaan	LNPRT	Rumah Tangga	Donor	All FS.RI
Rawat Inap	38,5%	23,9%	30,6%	47,0%	-	49,4%	0,6%	38,3%
Rawat Jalan	19,4%	24,2%	36,8%	40,2%	-	37,6%	0,2%	22,7%
Barang Medis	-	-	-	-	-	-	-	-
Layanan Preventif	22,7%	43,6%	14,9%	6,9%	100,0%	8,0%	80,9%	21,8%
Tata Kelola Administrasi Kesehatan	6,8%	6,0%	12,6%	5,6%	-	4,7%	5,5%	6,9%
Kapital	12,7%	2,3%	5,1%	0,3%	-	0,4%	12,7%	10,4%
All HC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Lampiran 4.G. 3. ***General Government Health Expenditure by Health Care Functions*** **(HC) and** ***Revenues of Health Care Financing Schemes - Reporting Item*** **(FS.RI) (%** ***by Health Care Functions*****), 2020**

FS.RI % HC	APBN	APBD Prov	APBD Kab/Kota	Perusahaan	LNPRT	Rumah Tangga	Donor	All FS.RI
Rawat Inap	78,4%	2,8%	4,2%	7,1%	-	7,4%	0,0%	100,0%
Rawat Jalan	66,8%	4,8%	8,6%	10,3%	-	9,5%	0,0%	100,0%
Barang Medis	-	-	-	-	-	-	-	-
Layanan Preventif	80,9%	9,0%	3,6%	1,8%	0,0%	2,1%	2,5%	100,0%
Tata Kelola Administrasi Kesehatan	77,1%	3,9%	9,8%	4,7%	-	4,0%	0,5%	100,0%
Kapital	95,2%	1,0%	2,6%	0,1%	-	0,2%	0,8%	100,0%
All HC	78,0%	4,5%	5,3%	5,8%	0,0%	5,7%	0,7%	100,0%

Lampiran 4.H. 1. *Total Health Expenditure by Financing Agents* (FA) *and Health Care Financing Schemes* (HF), (Rp *billion*), 2020

HF Rp Miliar FA	Skema Kemenkes	Skema K/L Lainnya	Skema Pemprov	Skema Pemkab/ Pemkot	Skema Askes Sosial	Skema Askes Swasta	Skema LNPRT	Skema Korporasi	Skema Pembiayaan RT	All HF
Kemenkes	63.677	-	-	-	-	-	-	-	-	63.677
K/L Lainnya	-	26.275	-	-	-	-	-	-	-	26.275
Pemprov	208	19	21.318	-	-	-	-	-	-	21.545
Pemkab/Pemkot	-	-	-	118.445	-	-	-	-	-	118.445
BPJS Kesehatan & TK	-	-	-	-	93.479	-	-	-	-	93.479
Perusahaan Askes Swasta	-	-	-	-	-	16.096	-	-	-	16.096
Korporasi (selain perusahaan askes swasta)	-	-	-	-	-	-	-	50.403	-	50.403
LNPRT	-	-	-	-	-	-	7.133	-	-	7.133
Rumah Tangga	-	-	-	-	-	-	-	-	164.799	164.799
All FA	63.885	26.295	21.318	118.445	93.479	16.096	7.133	50.403	164.799	561.853

Lampiran 4.H. 2. *Total Health Expenditure by Financing Agents* (FA) *and Health Care Financing Schemes* (HF) (% *by Health Care Financing Schemes*), 2020

HF % FA	Skema Kemenkes	Skema K/L Lainnya	Skema Pemprov	Skema Pemkab/ Pemkot	Skema Askes Sosial	Skema Askes Swasta	Skema LNPRT	Skema Korporasi	Skema Pembiayaan RT	All HF
Kemenkes	99,7%	-	-	-	-	-	-	-	-	11,3%
K/L Lainnya	-	99,9%	-	-	-	-	-	-	-	4,7%
Pemprov	0,3%	0,1%	100,0%	-	-	-	-	-	-	3,8%
Pemkab/Pemkot	-	-	-	100,0%	-	-	-	-	-	21,1%
BPJS Kesehatan & TK	-	-	-	-	100,0%	-	-	-	-	16,6%
Perusahaan Askes Swasta	-	-	-	-	-	100,0%	-	-	-	2,9%
Korporasi (selain perusahaan askes swasta)	-	-	-	-	-	-	-	100,0%	-	9,0%
LNPRT	-	-	-	-	-	-	100,0%	-	-	1,3%
Rumah Tangga	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0%	29,3%
All FA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Lampiran 4.H. 3. *Total Health Expenditure by Financing Agents* (FA) *and Health Care Financing Schemes* (HF) (% *by Financing Agents*), 2020

HF % FA	Skema Kemenkes	Skema K/L Lainnya	Skema Pemprov	Skema Pemkab/ Pemkot	Skema Askes Sosial	Skema Askes Swasta	Skema LNPRT	Skema Korporasi	Skema Pembiayaa n RT	All HF
Kemenkes	100,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0%
K/L Lainnya	-	100,0%	-	-	-	-	-	-	-	100,0%
Pemprov	1,0%	0,1%	98,9%	-	-	-	-	-	-	100,0%
Pemkab/Pemkot	-	-	-	100,0%	-	-	-	-	-	100,0%
BPJS Kesehatan & TK	-	-	-	-	100,0%	-	-	-	-	100,0%
Perusahaan Askes Swasta	-	-	-	-	-	100,0%	-	-	-	100,0%
Korporasi (selain perusahaan askes swasta)	-	-	-	-	-	-	-	100,0%	-	100,0%
LNPRT	-	-	-	-	-	-	100,0%	-	-	100,0%
Rumah Tangga	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0%	100,0%
All FA	11,4%	4,7%	3,8%	21,1%	16,6%	2,9%	1,3%	9,0%	29,3%	100,0%

Lampiran 4.I. 1. ***Total Health Expenditure by Health Care Providers*** **(HP)** ***and Financing Agents*** **(FA), (Rp** ***billion*****), 2020**

HP \ FA Rp Miliar	Kemenkes	K/L Lainnya	Pemprov	Pemkab/ Pemkot	BPJS Kesehatan & TK	Perusahaan Askes Swasta	Korporasi (selain perusahaan askes swasta)	LNPRT	Rumah Tangga	All FA
RS	47.457,7	16.470,7	9.501,0	27.807,2	72.609,6	12.965,1	29.932,4	408,6	73.475,3	290.627,6
FKTP	3.998,4	1.956,4	3.671,9	38.948,7	15.988,8	520,2	10.214,4	1.014,3	61.169,4	137.482,5
Toko Obat & Alkes	-	-	-	-	-	205,4	4.216,2	-	30.154,5	34.576,1
Provider Preventif dan Administrasi	9.719,5	7.817,9	8.372,4	51.689,3	4.880,3	2.405,5	6.040,1	5.709,6	-	96.634,5
Provider Pendidikan Kes	2.501,4	30,2	0,2	-	-	-	-	-	-	2.531,8
All HP	**63.677,0**	**26.275,3**	**21.545,4**	**118.445,2**	**93.478,7**	**16.096,2**	**50.403,1**	**7.132,5**	**164.799,2**	**561.852,5**

Lampiran 4.I. 2. ***Total Health Expenditure by Health Care Providers*** **(HP)** ***and Financing Agents*** **(FA) (%** ***by Financing Agents*****), 2020**

HP \ FA %	Kemenkes	K/L Lainnya	Pemprov	Pemkab/ Pemkot	BPJS Kesehatan & TK	Perusahaan Askes Swasta	Korporasi (selain perusahaan askes swasta)	LNPRT	Rumah Tangga	All FA
RS	74,5%	62,7%	44,1%	23,5%	77,7%	80,5%	59,4%	5,7%	44,6%	51,7%
FKTP	6,3%	7,4%	17,0%	32,9%	17,1%	3,2%	20,3%	14,2%	37,1%	24,5%
Toko Obat & Alkes	-	-	-	-	-	1,3%	8,4%	-	18,3%	6,2%
Provider Preventif dan Administrasi	15,3%	29,8%	38,9%	43,6%	5,2%	14,9%	12,0%	80,1%	-	17,2%
Provider Pendidikan Kes	3,9%	0,1%	0,0%	-	-	-	-	-	-	0,5%
All HP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %

Lampiran 4.I. 3. ***Total Health Expenditure by Health Care Providers*** **(HP)** ***and Financing Agents*** **(FA) (%** ***by Health Care Providers*****), 2020**

HP \ FA %	Kemenkes	K/L Lainnya	Pemprov	Pemkab /Pemkot	BPJS Kesehatan & TK	Perusahaan Askes Swasta	Korporasi (selain perusahaan askes swasta)	LNPRT	Rumah Tangga	All FA
RS	16,3%	5,7%	3,3%	9,6%	25,0%	4,5%	10,3%	0,1%	25,3%	100,0%
FKTP	2,9%	1,4%	2,7%	28,3%	11,6%	0,4%	7,4%	0,7%	44,5%	100,0%
Toko Obat & Alkes	-	-	-	-	-	0,6%	12,2%	-	87,2%	100,0%
Provider Preventif dan Administrasi	10,1%	8,1%	8,7%	53,5%	5,1%	2,5%	6,3%	5,9%	-	100,0%
Provider Pendidikan Kes	98,8%	1,2%	0,0%	-	-	-	-	-	-	100,0%
All HP	11,3%	4,7%	3,8%	21,1%	16,6%	2,9%	9,0%	1,3%	29,3%	100,0%

Lampiran 4.J. 1. *General Government Health Expenditure by Health Care Functions* (HC) *and Financing Agents* (FA), (Rp *billion*), 2020

FA Rp Miliar HC	Kemenkes	K/L Lainnya	Pemprov	Pemkab/Pemkot	BPJS Kesehatan & TK	All FA
Rawat Inap	41.997	13.922	6.085	15.773	46.015	123.793
Rawat Jalan	3.084	2.392	4.902	27.061	35.837	73.276
Barang Medis	-	-	-	-	-	-
Layanan Preventif	8.004	6.071	7.406	42.362	6.747	70.591
Tata Kelola Administrasi Kesehatan	1.698	1.337	1.368	13.173	4.622	22.198
Kapital	8.893	2.553	1.784	20.076	258	33.564
All HC	63.677	26.275	21.545	118.445	93.479	323.422

Lampiran 4.J. 2. *Total Health Expenditure by Health Care Functions* (HC) *and Financing Agents* (FA) (% *by Financing Agents*), 2020

FA % HC	Kemenkes	K/L Lainnya	Pemprov	Pemkab/Pemkot	BPJS Kesehatan & TK	All FA
Rawat Inap	66,0%	53,0%	28,2%	13,3%	49,2%	38,3%
Rawat Jalan	4,8%	9,1%	22,8%	22,8%	38,3%	22,7%
Barang Medis	-	-	-	-	-	-
Layanan Preventif	12,6%	23,1%	34,4%	35,8%	7,2%	21,8%
Tata Kelola Administrasi Kesehatan	2,7%	5,1%	6,3%	11,1%	4,9%	6,9%
Kapital	14,0%	9,7%	8,3%	16,9%	0,3%	10,4%
All HC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Lampiran 4.J. 3. *Total Health Expenditure by Health Care Functions* (HC) *and Financing Agents* (FA) (% *by Health Care Functions*), 2020

FA % HC	Kemenkes	K/L Lainnya	Pemprov	Pemkab/Pemkot	BPJS Kesehatan & TK	All FA
Rawat Inap	33,9%	11,2%	4,9%	12,7%	37,2%	100,0%
Rawat Jalan	4,2%	3,3%	6,7%	36,9%	48,9%	100,0%
Barang Medis	-	-	-	-	-	-
Layanan Preventif	11,3%	8,6%	10,5%	60,0%	9,6%	100,0%
Tata Kelola Administrasi Kesehatan	7,6%	6,0%	6,2%	59,3%	20,8%	100,0%
Kapital	26,5%	7,6%	5,3%	59,8%	0,8%	100,0%
All HC	19,7%	8,1%	6,7%	36,6%	28,9%	100,0%

Diterbitkan oleh:

LEMBAGA PENERBIT
BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN
Jalan Percetakan Negara No. 23, Jakarta 10560
Telp. (021) 4261088, ext. 222, 223 Fax. (021) 4243933

ISBN 978-602-373-193-0