

National Health Accounts Indonesia Tahun 2021

Volume 6, Desember 2023



KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
2023



National Health Accounts Indonesia Tahun 2021

Volume 6, Desember 2023

**KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
2023**

NATIONAL HEALTH ACCOUNTS INDONESIA TAHUN 2021

Kementerian Kesehatan RI

Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan

Jakarta, 2023

Penasihat :

Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Pengarah :

Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan

Penanggung Jawab :

Ketua Tim Kerja Kebijakan Health Account

Tim Penyusun :

- dr. Yuli Fianti, M.Epid
- Herlinawati, SKM, M.Sc (PH)
- Nana Tristiana, SE.Ak, MM
- Mazda Novi Mukhlisa, SKM, MKM
- dr. Emmy Ridhawaty Mangunsong, MARS
- Indra Yoga, SKM, MKM
- M. Alif Armadana, A.Md.Ak
- dr. Idawati Muas, MKM
- Elvina Diah, SKM, MKM
- Astriadi Prasetyo, SE
- Fairuz Rabbaniah, S.Ked, MKM
- Athiyah, A.Md.Ak
- Ahmad Khumaidi Annaja, S.Si
- Prastuti Soewando, SE, MPH, PhD
- Prof. Dr. drg. Mardiaty Nadjib, MS
- Dr. Atik Nurwahyuni, SKM, M.Kes
- Kurnia Sari, SKM, MSE
- Amila Megraini, SE, MBA
- Yunita, SKM, MKM
- Examiner, SKM
- Mira Nurtfitriyani, SKM
- Helmi Wahyuningsih, SKM
- Ryza Maulana Putra, S.Gz
- Rita Yiniatun, SKM
- Dini Hanifa, S.K.Pm

Tim Editor :

Kurnia Sari, SKM, MSE

dr. Emmy Ridhawaty Mangunsong, MARS

Diterbitkan Oleh :

Kementerian Kesehatan RI

Dikeluarkan Oleh :

Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang

Dilarang memperbanyak buku ini Sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk fotocopy rekaman dan lain-lain tanpa seizin tertulis dari penerbit.

Kata Pengantar



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*) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, yang didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi.

Dalam mencapai tujuan tersebut, penyelenggaraan pembangunan kesehatan membutuhkan pengelolaan berbagai sumber pembiayaan, baik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, peran Swasta dan masyarakat.

Selaras dengan visi Presiden Republik Indonesia guna menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan maka Kementerian Kesehatan RI melakukan Transformasi Sistem Kesehatan dengan enam pilarnya, yaitu Transformasi Layanan Primer, Layanan Rujukan, Sistem Ketahanan Kesehatan, Sistem Pembiayaan Kesehatan, SDM Kesehatan, dan Teknologi Kesehatan. Pilar Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan bertujuan menciptakan pembiayaan kesehatan yang cukup, teralokasi secara adil, berkelanjutan, dan digunakan secara efektif dan efisien untuk mencegah penyakit dan menyediakan pelayanan kesehatan. Salah satu program prioritas pada pilar ini adalah percepatan produksi *National Health Account* (NHA) yang pada awalnya dihasilkan pada t-2 menjadi t-1.

NHA memberikan gambaran sistematis dan komprehensif terhadap konsumsi belanja kesehatan penduduk di wilayahnya. Kegiatan penyusunan NHA Indonesia membutuhkan kerja sama dan keterlibatan banyak pihak pemilik data belanja kesehatan.

Ucapan terima kasih saya sampaikan kepada berbagai Kementerian/Lembaga/Instansi yang berperan aktif mendukung ketersediaan data NHA setiap tahun. Kepada Direktorat Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan, Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan Kementerian Keuangan, Direktorat Jenderal Bina Keuangan Daerah Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, Otoritas Jasa Keuangan, BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan dan Badan Pusat Statistik. Juga kepada seluruh Tim NHA yang terlibat dalam penyusunan, saya ucapkan selamat atas pencapaian produksi NHA tahun ini yang dapat menghasilkan dokumen NHA pada t-1. Gambaran belanja kesehatan dalam NHA dibutuhkan untuk mendapatkan pola belanja kesehatan di Indonesia, sekaligus memberikan masukan kepada pemangku kebijakan tentang kecukupan dan keberlangsungan pembiayaan kesehatan di masa depan. Selain itu, kedepannya NHA diharapkan mampu memberikan informasi mengenai kualitas belanja Kesehatan di Indonesia, dilihat dari sisi ekuitas, efektivitas, dan efisiensi. Dengan adanya NHA, sangat bermanfaat untuk penajaman perencanaan, penganggaran, dan mobilisasi sumber daya, seperti perencanaan dan penganggaran program prioritas dan harmonisasi beberapa komponen TKD (Transfer ke Daerah), perbaikan implementasi, dan evaluasi kebijakan. Oleh karena itu, saya berharap pemanfaatan tools monitoring pembiayaan seperti *National Health Account* (NHA), yang juga direkomendasikan WHO, dapat didukung oleh berbagai Kementerian/Lembaga/Instansi yang berkontribusi/memiliki data belanja kesehatan dalam pembangunan kesehatan di Indonesia.

Selamat membaca dan semoga bermanfaat!

Prakata

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas perkenannya kita dapat menyelesaikan laporan NHA Tahun 2021. Laporan ini merupakan serial laporan yang dihasilkan setiap tahunnya. Sejak dilakukan penyusunan dan produksi NHA tahun 2012 hingga saat ini, dalam prosesnya selalu mengalami penajaman, baik dari segi metodologi, konsolidasi dan triangulasi dengan berbagai pihak terkait serta dilakukan pemutakhiran data untuk menghasilkan angka yang kredibel dan komprehensif. Laporan NHA Tahun 2021 adalah laporan NHA t-1 yang dihasilkan sesuai harapan pimpinan, dimana pada tahun-tahun sebelumnya laporan NHA dihasilkan t-2. Dengan disajikan data NHA secara serial diharapkan dapat bermanfaat untuk analisis lebih lanjut dan menjawab isu-isu pembiayaan kesehatan.

Pembiayaan kesehatan merupakan elemen penting yang dapat memperkuat sistem kesehatan di sebuah negara untuk memastikan sistem pembiayaan yang kuat, merata dan berkesinambungan. Pengelolaan pembiayaan kesehatan akan mempengaruhi ketersediaan layanan dan akses bagi masyarakat yang membutuhkan. Hal ini sejalan dengan Transformasi Sistem Kesehatan dengan salah satu pilarnya adalah pembiayaan kesehatan. Data dan analisis yang terangkum dalam laporan NHA dapat memberikan potret belanja kesehatan di Indonesia. Hasil NHA t-1 ini diharapkan dapat dimanfaatkan untuk perbaikan kebijakan pembiayaan kesehatan, khususnya dalam perbaikan perencanaan dan penganggaran berbasis bukti.

Seperti pada tahun sebelumnya, potret belanja kesehatan Indonesia dalam NHA ini dihasilkan dengan dukungan berbagai pihak. Apresiasi yang setinggi-tingginya kepada Ditjen Perbendaharaan dan Ditjen Perimbangan Keuangan, Kementerian Keuangan, Ditjen Bina Keuangan Daerah Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi, Otoritas

Jasa Keuangan, Badan Pusat Statistik, BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan atas kerja sama yang baik dalam menyediakan data yang semakin berkualitas. Tentunya terima kasih yang sebesar besarnya juga kepada seluruh satuan kerja yang ada di lingkungan Kementerian Kesehatan, khususnya Biro Keuangan dan Biro Perencanaan dan Anggaran, yang telah menyediakan data realisasi dan alokasi anggaran Kementerian Kesehatan. Apresiasi juga kepada seluruh pihak terkait yang telah mendukung kelancaran produksi NHA 2021 ini.

Hasil NHA perlu di desiminasikan secara luas untuk mendorong pemanfaatan hasil NHA oleh berbagai pihak. 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 di Indonesia.

Laporan NHA 2021 ini tercapai tidak lepas dari kerja sama yang kuat dari tim NHA. Apresiasi kepada Tim NHA, khususnya tim NHA FKM UI yang selalu memberikan pendampingan, dukungan dan masukan kepada Tim Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan dalam proses penyusunan NHA ini. Kami juga mengucapkan apresiasi mendalam kepada USAID yang telah memberikan dukungan dalam mendorong pelembagaan produksi NHA yang semakin baik melalui ThinkWell HFA project. Harapan kami, hasil NHA ini dapat berkontribusi maksimal dalam upaya menciptakan kebijakan kesehatan yang semakin baik di Indonesia.

Tim Penyusun

Daftar Isi

National Health Accounts Indonesia Tahun 2021

Volume 6, Desember 2023

KATA PENGANTAR	iii
PRAKATA	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
DAFTAR ISTILAH	xviii
RINGKASAN EKSEKUTIF	xix
 BAB 1 BELANJA KESEHATAN NASIONAL	 1
Poin Utama	3
1.1 GAMBARAN BELANJA KESEHATAN INDONESIA	3
1.1.1 Total Belanja Kesehatan	4
1.1.2 Belanja Kesehatan menurut Sumber Pembiayaan	6
1.1.3 Belanja Kesehatan menurut Penyedia Layanan	7
1.1.4 Belanja Kesehatan menurut Fungsi	8
1.2 BELANJA KESEHATAN PER SKEMA	9
1.2.1 Belanja Kesehatan Skema Publik	10
1.2.2 Belanja Kesehatan Skema Nonpublik	31
 BAB 2 BELANJA COVID-19	 53
Poin Utama	55
2.1 Skema Kementerian Kesehatan RI	56
2.2 Skema Kementerian/Lembaga Lain	57
2.3 Skema Subnasional	59
2.3.1. Estimasi Belanja Covid pada Pemerintah Provinsi dan Kab/Kota	60
2.3.2 Estimasi Belanja Covid pada Pemerintah Desa	61

BAB 3 BELANJA KESEHATAN PROGRAM PRIORITAS	63
Poin Utama	65
3.1 Belanja untuk Hipertensi	65
3.2 Belanja untuk Diabetes Melitus	68
3.3 Belanja untuk Tuberkulosis (TB)	71
3.4 Belanja untuk ANC	74
3.5 Belanja untuk Program Gizi	77
 BAB 4 BELANJA FARMASI	 81
Poin Utama	83
4.1 Total Belanja Farmasi/TBF (Total of Pharmaceutical Expenditures/ TPE)	87
4.2 TBF menurut Anatomical Therapeutic Classification (ATC)	88
4.3 Total Belanja Farmasi menurut Jenis Penyakit	89
4.4 Total Belanja Farmasi menurut Penyedia Layanan	94
4.5 Mekanisme Pengadaan Produk Farmasi di Indonesia Tahun 2021	94
4.6 Belanja Obat Generik dan Non-Generik	95
4.7 Belanja Obat Esensial	97
 PENUTUP	 99
DAFTAR PUSTAKA	100

Daftar Gambar

Gambar 1.	Belanja Kesehatan menurut Skema Pembiayaan, 2013-2021	5
Gambar 2.	Total Belanja Kesehatan menurut Sumber Pembiayaan, 2021	7
Gambar 3.	Total Belanja Kesehatan menurut Penyedia Layanan, 2021	8
Gambar 4.	Total Belanja Kesehatan menurut Fungsi, 2021	9
Gambar 5.	Belanja Kesehatan Skema Kementerian Kesehatan berdasarkan Penyedia Layanan, 2021	12
Gambar 6.	Belanja Kesehatan Skema Kementerian Kesehatan berdasarkan Fungsi, 2021	12
Gambar 7.	Total Belanja Kesehatan Skema Kementerian/Lembaga Lain, 2021	13
Gambar 8.	Belanja Kesehatan Skema Kementerian/Lembaga Lain berdasarkan Penyedia Layanan, 2021	14
Gambar 9.	Belanja Kesehatan Skema Kementerian/Lembaga Lain berdasarkan Fungsi, 2021	15
Gambar 10.	Perhitungan Estimasi Belanja Skema Subnasional, 2021	17
Gambar 11.	Tren Belanja Kesehatan Skema Subnasional menurut ADH Berlaku dan ADH Konstan, 2012 - 2021	18
Gambar 12.	Belanja Kesehatan Skema Subnasional berdasarkan Sumber Pendanaan	18
Gambar 13.	Belanja Kesehatan Pada Skema Subnasional menurut Provider, 2017-2021	19
Gambar 14.	Belanja Kesehatan Pada Skema Subnasional menurut Fungsi, 2017-2021	21
Gambar 15.	Tren Belanja Kesehatan Skema Asuransi Kesehatan Sosial berdasarkan dasar Harga Berlaku dan harga Konstan, 2012-2021*... ..	22
Gambar 16.	Tren Belanja Kesehatan Skema Asuransi Kesehatan Sosial, 2014-2021	23
Gambar 17.	Belanja Kesehatan JKN, 2012-2021	24
Gambar 18.	Belanja Kesehatan Skema JKN berdasarkan Sumber Dana, 2021	25
Gambar 19.	Belanja Kesehatan Pada Skema JKN berdasarkan Penyedia Layanan, 2017-2021	26
Gambar 20.	Belanja Kesehatan Pada Skema JKN Berdasarkan Fungsi Layanan, 2017-2021	26
Gambar 21.	Belanja Kesehatan Pada Skema JKN berdasarkan Jenis Penyakit, 2017-2021	27

Gambar 22.	Belanja Kesehatan Pada Skema JKK berdasarkan Penyedia Layanan (dalam Rp Triliun), 2017-2021	29
Gambar 23.	Belanja Kesehatan Pada Skema JKK berdasarkan Fungsi Layanan (dalam Rp Triliun), 2017-2021	29
Gambar 24.	Belanja Kesehatan Skema JKK berdasarkan Jenis Penyakit (dalam Rp Triliun), 2017-2021	30
Gambar 25.	Tren Belanja Kesehatan Skema Asuransi Kesehatan Swasta, 2012-2021	33
Gambar 26.	Belanja Kesehatan Skema Asuransi Kesehatan Swasta berdasarkan Penyedia Layanan, 2012-2021	34
Gambar 27.	Belanja Kesehatan Skema Asuransi Kesehatan Swasta berdasarkan Fungsi Layanan, 2017-2021	35
Gambar 28.	Tren Agregat Belanja Kesehatan Skema Korporasi Atas Dasar Harga Berlaku dan Harga Konstan (Rp Triliun), 2012-2021	36
Gambar 29.	Tren Belanja Kesehatan Skema Korporasi berdasarkan Penyedia Layanan (Rp Triliun), 2017-2021	37
Gambar 30.	Tren Belanja Kesehatan Skema Korporasi berdasarkan Fungsi Layanan (Rp Triliun), 2017-2021	39
Gambar 31.	Belanja Kesehatan Skema LNPRT berdasarkan Harga Berlaku dan Harga Konstan, 2012-2021	43
Gambar 32.	Belanja Kesehatan Skema LNPRT berdasarkan Penyedia Layanan, 2017-2021	44
Gambar 33.	Belanja Kesehatan Skema LNPRT berdasarkan Fungsi Layanan, 2012-2021	45
Gambar 34.	Gambaran Belanja Kesehatan OOP, Belanja Publik dan Total Belanja Kesehatan, 2011-2021	47
Gambar 35.	Belanja Kesehatan Skema OOP berdasarkan Penyedia Layanan, 2019-2021	48
Gambar 36.	Belanja Kesehatan Skema OOP berdasarkan Fungsi Layanan, 2019-2021	48
Gambar 37.	Belanja Kesehatan Skema OOP berdasarkan Penyedia Layanan dan Fungsi Layanan tahun 2021	49
Gambar 38.	Belanja Kesehatan Skema OOP berdasarkan Fungsi Preventif (Dalam triliun Rupiah), 2019-2021	50
Gambar 39.	Total Belanja OOP berdasarkan Kuintil (Rp Triliun) Tahun 2021	50
Gambar 40.	Total Belanja OOP Berdasarkan Fungsi dan Kuintil (Rp Triliun) Tahun 2021	51
Gambar 41.	Total Belanja Covid-19 pada Skema Kementerian Kesehatan, 2020-2021	56

Gambar 42.	Rincian Belanja Kesehatan Penanganan Covid-19 pada Skema Kementerian Kesehatan, 2020-2021	57
Gambar 43.	Total Belanja Covid-19 dan Non Covid pada Skema Kementerian/ Lembaga lain	58
Gambar 44.	Total Belanja Covid-19 yang Bersumber dari Kementerian/ Lembaga Lain, 2021	58
Gambar 45.	Belanja Covid dan Non Covid pada Skema Subnasional, 2021	59
Gambar 46.	Rincian Belanja Kesehatan Penanganan Covid-19 pada Skema Sub Nasional, 2021	60
Gambar 47.	Belanja Kesehatan Penanganan Covid-19 berdasarkan Provinsi, 2021	61
Gambar 48.	Belanja Kesehatan Hipertensi berdasarkan Sumber Pembiayaan, 2019-2021	67
Gambar 49.	Belanja Kesehatan Hipertensi berdasarkan Penyedia Layanan, 2019-2021	68
Gambar 50.	Belanja Kesehatan Hipertensi berdasarkan Fungsi Layanan, 2019-2021	68
Gambar 51.	Belanja Kesehatan Diabetes Melitus berdasarkan Sumber Pembiayaan, 2019-2021	70
Gambar 52.	Belanja Kesehatan Diabetes Melitus berdasarkan Penyedia Layanan, 2019-2021	70
Gambar 53.	Belanja Kesehatan Diabetes Melitus berdasarkan Fungsi Layanan, 2019-2021	71
Gambar 54.	Belanja Kesehatan Tuberkulosis berdasarkan Sumber Pembiayaan, 2019-2021	73
Gambar 55.	Belanja Kesehatan Tuberkulosis berdasarkan Penyedia Layanan, 2019-2021	73
Gambar 56.	Belanja Kesehatan Tuberkulosis berdasarkan Fungsi, 2019-2021	74
Gambar 57.	Total Belanja Kesehatan Ante Natal Care, 2019-2021	76
Gambar 58.	Belanja Kesehatan Ante Natal Care berdasar Sumber Pembiayaan, 2019-2021	76
Gambar 59.	Belanja Kesehatan Ante Natal Care berdasar Penyedia Layanan, 2019-2021	77
Gambar 60.	Total Belanja Kesehatan Gizi berdasarkan Skema Pembiayaan, 2019-2021	78
Gambar 61.	Total Belanja Kesehatan Gizi berdasarkan Sumber Pembiayaan, 2019-2021	79
Gambar 62.	Total Belanja Kesehatan Gizi berdasarkan Penyedia Layanan Kesehatan, 2019-2021	79

Gambar 63.	Total Belanja Kesehatan Gizi berdasarkan Fungsi Layanan, 2019-2021	80
Gambar 64.	Total Belanja Farmasi menurut Provider, 2021	93
Gambar 65.	Proporsi Total Belanja Farmasi terhadap Total Belanja Kesehatan Indonesia, 2021	94
Gambar 66.	Distribusi Belanja Generik dan Non-Generik pada 10 Kelompok Jenis Penyakit, 2021	96
Gambar 67.	Belanja 40 Obat Esensial menurut Provider (Rp Triliun), 2021	97

Daftar Tabel

Tabel 1. Rincian Belanja Kesehatan Kementerian Kesehatan berdasarkan Unit Utama berdasarkan perhitungan NHA, 2021	11
Tabel 2. Pemanfaatan Belanja Covid pada Pemerintah Desa, 2021	62
Tabel 3. Perbandingan 20 Belanja Farmasi Terbesar menurut ATC Digit 2 dari Hasil MtaPS dengan IQVIA, 2021	88
Tabel 4. Dua Puluh Belanja Farmasi Terbesar menurut ATC Digit 5 (Selain Vaksin COVID-19), 2021	89
Tabel 5. Total Belanja Farmasi menurut Jenis Penyakit, 2021	91
Tabel 6. Lima Belas ATC Digit 5 dengan Belanja Farmasi Terbesar pada Kelompok Penyakit Kardiovaskular, 2021	92
Tabel 7. Lima Belas ATC Digit 5 dengan Belanja Farmasi Terbesar pada Kelompok Penyakit Digestif, 2021	92
Tabel 8. Sepuluh Terbesar Pengadaan Produk Farmasi melalui Mekanisme e-Purchasing dan Non e-Purchasing, 2021	95

Daftar Singkatan

AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBDes	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
APD	: Alat Pelindung Diri
ARV	: <i>Antiretroviral</i>
ASEAN	: <i>Association for Southeast Asian Nations</i>
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	: <i>Current Health Expenditure</i>
CNR	: <i>Case Notification Rate</i>
Covid-19	: <i>Corona Virus Disease 2019</i>
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DAU	: Dana Alokasi Umum
DBH	: Dana Bagi Hasil
DHA	: <i>District Health Accounts</i>
DM	: Diabetes Melitus

DTPK	: Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan terluar
DTU	: Dana Transfer Umum
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
FKRTL	: fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut
FKTP	: fasilitas kesehatan tingkat pertama
FS.RI	: <i>Financing Schemes. Reporting Item</i>
GDP	: <i>Gross Domestic Product</i>
GHED	: <i>Global Health Expenditure Database</i>
HC	: <i>Health Care Functions</i>
HF	: <i>Health Care Financing Scheme</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HP	: <i>Health Care Provider</i>
ICD-10	: <i>International Classification of Diseases-10</i>
IDL	: imunisasi Dasar Lengkap
IHME	: <i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i>
Ina-CBGs	: <i>Indonesia Case-Based Groups</i>
ISP	: Infeksi Saluran Pernapasan
IUD	: <i>Intrauterine Device</i>
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
Kemkes	: Kementerian Kesehatan
Kemkumham	: 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

KKBPB	: Kependudukan Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga
LNPRT	: Lembaga Non-Profit yang melayani Rumah Tangga
LRA	: Laporan Realisasi Anggaran
NHA	: <i>National Health Accounts</i>
NSPK	: Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria
NTD	: <i>Neglected Tropical Diseases</i>
ODHA	: Orang dengan HIV/AIDs
OECD	: <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
OOP	: <i>Out-of-Pocket</i>
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	: <i>Primary Health Care</i>
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	: <i>Purchasing Power Parity</i>
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	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDKI	: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SDM	: Sumber Daya Manusia
SHA	: <i>System of Health Accounts</i>
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
SUPAS	: Survei Penduduk Antar Sensus
TB	: Tuberkulosis
TBK	: Total elanja kesehatan
TFR	: <i>Total Fertility Rate</i>
THE	: <i>Total Health Expenditure</i>
TKDD	: Transfer ke Daerah dan Dana Desa
UHC	: <i>Universal Health Coverage</i>
UMKM	: Usaha Mikro Kecil dan Menengah
UU	: Undang-Undang
WFO	: <i>Work From Office</i> (bekerja dari kantor)
WHO	: <i>World Health Organization</i>

Daftar Istilah

- Belanja investasi : 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
- Belanja kesehatan : 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
- Current Health Expenditure* (CHE) : Seluruh belanja yang digunakan untuk pelayanan kesehatan perorangan maupun masyarakat/komunitas yang juga mencakup biaya tata kelola administrasi sistem kesehatan. Indikator ini digunakan dalam konteks internasional.
- Total Belanja Kesehatan (TBK) atau *Total Health Expenditure* (THE) : 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.

Ringkasan Eksekutif

National Health Accounts (NHA) merupakan suatu alat yang dapat mencatat secara sistematis dan komprehensif untuk memonitor aliran dana sistem kesehatan suatu negara. Akun kesehatan ini dapat memberikan informasi mengenai belanja kesehatan yang mampu menelusuri perihal sumber pendanaan, mekanisme pendanaan, institusi pengelola dana, penyedia layanan, serta pemanfaatan belanja tersebut. NHA dapat memberikan gambaran pola belanja kesehatan secara menyeluruh. NHA juga dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi terhadap belanja kesehatan dan membantu menjawab isu mengenai kecukupan, pemerataan, efisiensi, efektivitas, dan keberlangsungan pendanaan kesehatan. Manfaat lainnya dari NHA adalah masukan dalam upaya memperbaiki perencanaan dan penganggaran berbasis bukti (*evidence based*) serta bahan advokasi kepada stakeholder terkait.

Metodologi yang digunakan dalam menghasilkan NHA adalah *System of Health Accounts* (SHA) 2011 yang merupakan panduan WHO yang sesuai standar internasional, diimplementasikan oleh banyak negara sehingga dapat dilakukan perbandingan antarnegara untuk pembelajaran dalam pembangunan kesehatan. Tim NHA di bawah koordinasi Tim Kerja Kebijakan Health Accounts Pusat Kebijakan Pendanaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK) Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan berkerjasama dengan Lembaga Pelayanan dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (LPPKM FKM UI) menghasilkan *full figure* belanja kesehatan di Indonesia tahun 2021.

Laporan ini menyajikan informasi belanja kesehatan tahun 2021 dan informasi dalam bentuk *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).

Estimasi besaran TBK Indonesia tahun 2021 adalah sebesar Rp677,9 triliun (CHE = Rp623,4 triliun), belanja ini meningkat Rp11,4 triliun dibandingkan tahun 2020 atau tumbuh sekitar 20,3%. TBK tersebut mencapai 4% dari Produk Domestik Bruto (PDB). Apabila dilihat secara per kapita, belanja kesehatan di Indonesia terus mengalami peningkatan secara nominal yaitu sebesar Rp2,5 juta atau setara dengan US\$175,25 (kurs: Rp14.265) dimana tahun sebelumnya hanya sebesar Rp2,1 juta.

Total belanja kesehatan pada tahun 2021 meningkat cukup besar dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Kondisi pandemi Covid-19 masih berlanjut sehingga berbagai sumber daya masih tetap diprioritaskan untuk penanganan dan pengendalian pandemi, khususnya bidang kesehatan. Besarnya peran pemerintah terlihat dari peningkatan yang cukup besar pada belanja skema publik tahun 2021 dengan proporsi sebesar 63,8% (Rp436,55 triliun) dibandingkan dengan skema non publik 36,2% (Rp245,76 triliun).

Belanja kesehatan pada skema pemerintah pusat tahun 2021 mencapai Rp194,2 triliun atau sebesar 28,5% dari TBK, meningkat hingga lebih dari dua kali lipat dibandingkan tahun 2020. Belanja kesehatan skema pemerintah daerah tahun 2021 sebesar Rp141,9 triliun atau 20,8% dari TBK, meningkat sebesar 1,5% dari tahun 2020. Peningkatan belanja skema pemerintah tersebut memberikan kontribusi pada meningkatnya belanja kesehatan skema publik.

Secara umum belanja kesehatan pada skema nonpublik mengalami peningkatan di tahun 2021. Belanja skema rumah tangga (Out-of-Pocket/OOP) tumbuh dari Rp164,8 triliun (2020) menjadi Rp170,94 triliun pada tahun 2021. Belanja tersebut mencapai 25,2% dari TBK 2021. Dalam kurun waktu 1 dekade terakhir, tren proporsi belanja kesehatan OOP menurun dari 54,3% (2010) menjadi 25,2% (2021), meskipun secara nominal trennya terus meningkat.

Pada skema subnasional, belanja kesehatan di tahun 2021 termasuk belanja Covid-19 adalah Rp141,9 triliun. Adapun besaran belanja Covid-19 adalah 31,5 triliun. Rincian belanja kesehatan untuk subnasional tersebut terdiri atas pemerintah provinsi Rp22,5 triliun,

pemerintah kabupaten/kota Rp106,6 triliun dan pemerintah desa sebesar Rp12,7 triliun. Kontribusi pemerintah pusat sangat berperan terhadap skema belanja kesehatan daerah dimana sebagian besar sumber dananya berasal dari APBN atau Dana Transfer Pusat.

Rumah sakit merupakan provider yang memiliki porsi terbesar dalam belanja kesehatan yaitu sebesar Rp352,2 triliun untuk menyediakan pelayanan kuratif baik rawat jalan maupun rawat inap. Belanja selanjutnya didominasi oleh provider FKTP sebesar Rp192,8 triliun, diikuti provider preventif dan administrasi sebesar Rp96,6 triliun dan dari toko obat dan alat kesehatan Rp32,7 triliun, serta terendah berasal dari provider pendidikan kesehatan sebesar Rp2,9 triliun.

Pengeluaran terbesar belanja kesehatan menurut fungsi layanan digunakan untuk layanan kuratif yaitu rawat inap sebesar Rp234,9 triliun. Kegiatan promotif/preventif menempati urutan kedua sebagai pengeluaran terbesar belanja kesehatan menurut fungsi sebesar Rp174,1 triliun. Belanja promotif/preventif ini meliputi layanan imunisasi, deteksi dini, program keluarga bencana, medical check-up, pemeriksaan kehamilan, pemantauan status kesehatan, dan surveilans epidemiologi penyakit. Belanja fungsi kuratif lainnya yaitu rawat jalan sebesar Rp156,7 triliun, sedangkan kapital sebesar Rp48,8 triliun, pengadaan barang medis sebesar Rp32,7 triliun dan yang terakhir yaitu tata kelola administrasi kesehatan yang berupa operasional dan pemeliharaan kantor sebesar Rp30,1 triliun.

Tren belanja kesehatan skema asuransi kesehatan sosial dari tahun ke tahun meningkat secara nominal walaupun pada tahun 2020 mengalami penurunan akibat dampak Covid-19. Belanja kesehatan skema asuransi kesehatan sosial tahun 2021 adalah sebesar Rp95,4 triliun atau tumbuh sebesar 2% dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Peningkatan ini terjadi seiring mulai adanya peningkatan utilisasi pelayanan kesehatan ke fasilitas kesehatan termasuk peserta JKN dibanding tahun 2020. Belanja pada skema JKN mendominasi skema asuransi kesehatan sosial, yaitu sebesar Rp94,4 triliun sedangkan untuk JKK cenderung stabil di angka Rp1 triliun.

Belanja skema JKN tahun 2021 didominasi untuk kuratif sebesar 89,6% dengan beban tertinggi pada rawat inap, sedangkan untuk preventif relatif cukup kecil sebesar 5,1%. Belanja JKN berdasarkan penyakit masih didominasi Penyakit Tidak Menular sebagaimana tahun-tahun sebelumnya. Proporsi belanja PTM sebesar 60,9% (Rp 57,5 triliun) dengan urutan pertama adalah penyakit kardiovaskular, diikuti genitourinary, dan neoplasma. Ketiga penyakit ini selalu menempati 3 penyakit dengan biaya terbesar sejak tahun 2019 sampai dengan 2021

Belanja skema JKK sebesar Rp1,03 triliun dimana mayoritas dibelanjakan di RS yaitu sebesar 74,1% (Rp0,8 triliun), disusul pada provider preventif dan administrasi (BPJS Ketenagakerjaan) sebesar 24,4% (Rp0,3 triliun) dan FKTP sebesar 1,5% (Rp0,02 triliun).

Belanja kesehatan skema asuransi kesehatan swasta mencapai Rp16,5 triliun atau 2% terhadap TBK, naik sekitar 2,3% dibandingkan dengan belanja tahun 2020, tetapi belanja kesehatan tersebut cenderung menunjukkan penurunan sebesar -3,5 persen pada nilai konstan. Selama tahun 2012-2021, belanja kesehatan skema asuransi kesehatan swasta memiliki tren belanja yang cenderung fluktuatif. Pada masa pandemi Covid-19 di tahun 2020 dan 2021, belanja kesehatan skema asuransi kesehatan swasta secara konsisten mengalami pertumbuhan negative

Estimasi belanja kesehatan skema LNPRT sebesar Rp7,0 triliun atau mengalami pertumbuhan negatif sekitar -1,6% dibandingkan belanja tahun 2020 (Rp7,1 triliun). Belanja kesehatan skema LNPRT mewakili sekitar 1,0% dari TBK.

Layanan kesehatan primer didefinisikan sebagai pelayanan kesehatan di FKTP dan pelayanan preventif di luar FKTP. Estimasi besaran belanja layanan kesehatan primer mencapai Rp253,2 triliun atau 37,4% dari (TBK). Dalam 1 dekade terakhir, belanja layanan kesehatan primer mengalami pertumbuhan positif, meskipun secara per kapita dan per GDP masih di bawah rata-rata negara berpendapatan menengah

Dalam laporan ini terlihat bahwa *mandatory spending* untuk kesehatan di kab/kota telah terpenuhi sekurang-kurangnya 10%, namun masih terdapat belanja pegawai kab/kota yang di atas 30%.

Laporan NHA ini juga menyajikan tren belanja kesehatan program prioritas dimana tahun 2019-2021 belanja ini mengalami fluktuasi karena adanya pandemi Covid-19. Belanja kesehatan program diestimasikan sebesar Rp3,1 triliun atau meningkat 82,3% dibandingkan tahun 2020 (Rp1,7 triliun). Belanja diabetes melitus pada tahun 2021 sebesar Rp4,2 triliun atau meningkat sebesar 5% dibandingkan belanja Diabetes Melitus di tahun 2020 (Rp4 triliun). Belanja TB pada tahun 2021 sebesar Rp2,64 triliun atau terjadi peningkatan sebesar 2,7% dibandingkan belanja TB di tahun 2020 (Rp2,57 triliun). Belanja kesehatan ANC tahun 2021 sebesar Rp780 miliar atau terjadi peningkatan sebesar 5,4% dibandingkan belanja untuk ANC pada tahun 2020 (Rp740 miliar). Belanja untuk program gizi tahun 2021 sebesar Rp1,67 triliun atau terjadi penurunan sebesar 35,7% dibandingkan tahun 2020 (Rp2,6 triliun).

Pada tahun 2021 dilakukan penelusuran belanja farmasi dan didapatkan Total Belanja Farmasi sebesar Rp175,2 triliun (US\$12,2 miliar), termasuk belanja untuk vaksin Covid-19 yang diperkirakan mencapai Rp45,6 triliun. Proporsi TBF terhadap Total Belanja Kesehatan/ TBK (Total Health Expenditures/ THE) tahun 2021 adalah sebesar 25,9%. TBF per kapita tahun 2021 adalah sekitar Rp640 ribu (US\$44,7).

Di tingkat internasional, gambaran belanja kesehatan yang terangkum dalam NHA dipergunakan untuk *update* profil Indonesia pada *Global Health Expenditure Data (GHED)*. Di tingkat nasional, data NHA digunakan untuk perumusan kebijakan serta perbaikan perencanaan dan penganggaran. Pemanfaatan dan analisis lebih lanjut dapat dikembangkan oleh berbagai pihak sebagai dasar menetapkan intervensi kebijakan yang tepat. Dari sisi perbaikan data, koordinasi dengan DTO diharapkan terus berlanjut sehingga data yang diperoleh dapat diolah lebih akurat, kredibel dan tepat waktu.

BAB 1

BELANJA KESEHATAN NASIONAL



Bab 1

Belanja Kesehatan Nasional

Poin Utama

- Total belanja kesehatan (TBK) Indonesia tahun 2021 sebesar Rp677,9 triliun atau meningkat sebesar 20,4 % dibandingkan tahun 2020. Peningkatan signifikan pada total belanja kesehatan ini masih disebabkan adanya intervensi dan penanggulangan Covid-19.
- Proporsi belanja kesehatan skema publik terhadap total belanja kesehatan tahun 2021 sebesar 63,6%. Proporsi pengeluaran publik per Produk Domestik Bruto (PDB) menunjukkan tren kenaikan yang konsisten dalam satu dekade terakhir (sejak tahun 2012).
- Proporsi belanja kesehatan skema non publik terhadap total belanja kesehatan sebesar 36,4%. Belanja kesehatan pada skema non publik didominasi oleh pembiayaan rumah tangga (*Out-of-Pocket/OOP*). Pada tahun 2021, nominal pembiayaan rumah tangga (*Out-of-Pocket/OOP*) mengalami peningkatan, namun secara proporsi terjadi penurunan (29,3% pada tahun 2020 menjadi 25,2% pada tahun 2021).
- Persentase total belanja kesehatan terhadap PDB mengalami peningkatan dari 3,1% di tahun 2019 menjadi 4% di tahun 2021. Persentase total belanja kesehatan per kapita juga mengalami peningkatan dari 1,8 juta di tahun 2019 menjadi 2,5 juta di tahun 2021.

1.1 GAMBARAN BELANJA KESEHATAN INDONESIA

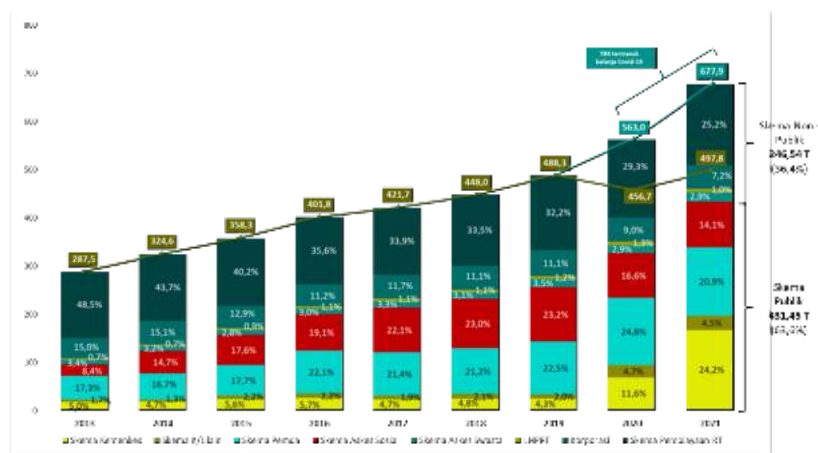
1.1.1 Total Belanja Kesehatan

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 kesehatan¹.

Bagian ini akan menyajikan gambaran agregat belanja kesehatan Indonesia dari hasil estimasi NHA tahun 2021, 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. *Current health expenditure* itu sendiri merupakan seluruh belanja yang digunakan untuk pelayanan kesehatan perorangan maupun masyarakat/komunitas yang juga mencakup biaya tata kelola administrasi sistem kesehatan¹. 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 kesehatan¹.

Total belanja kesehatan di Indonesia berdasarkan harga berlaku terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Hasil estimasi NHA tahun 2021 menunjukkan total belanja kesehatan sebesar Rp677,9 triliun. Angka ini meningkat sekitar Rp114,9 triliun atau sebesar 20,4% dibandingkan tahun 2020.



Gambar 1. Belanja Kesehatan menurut Skema Pembiayaan, 2013-2021

Dalam 2 tahun terakhir, peningkatan belanja kesehatan sektor publik signifikan akibat tambahan anggaran intervensi dan penanggulangan Covid-19. Pada masa yang akan datang peningkatan belanja kesehatan tetap diperlukan untuk ekspansi upaya promotif dan preventif.

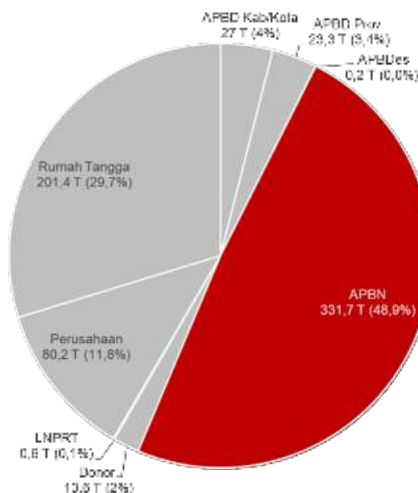
Belanja OOP masih dapat dikendalikan melalui pengalihan pada belanja kesehatan yang bersifat *prepayment*, baik untuk skema JKN maupun dengan cara Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT) untuk mendapatkan layanan di atas standar. WHO (2016) menyebutkan bahwa batas ideal proporsi OOP adalah $\leq 20\%$ dari THE.

1.1.2 Belanja Kesehatan menurut Sumber Pembiayaan

Dalam SHA 11 dijelaskan bahwa skema belanja kesehatan menurut sumber pembiayaan merupakan suatu dimensi yang menjelaskan mekanisme yang digunakan oleh suatu negara untuk membantu melaksanakan fungsi pembiayaan yang terdiri dari skema pemerintahan, skema asuransi sosial, skema asuransi kesehatan swasta, skema lembaga nirlaba, skema korporasi, skema pengeluaran rumah, dan skema lainnya. Dimensi sumber pembiayaan bermanfaat sebagai informasi mengenai sumber dana yang ada pada setiap skema sehingga dapat memberikan gambaran mengenai sumber keuangan dan menjadi bahan untuk keperluan modifikasi pendanaan yang lebih baik¹.

Skema pembiayaan kesehatan di Indonesia meliputi dua sektor utama, yaitu sektor publik yang terdiri dari skema Kemenkes, skema Kementerian/Lembaga lainnya, skema Pemerintah Daerah (provinsi dan kabupaten/kota), dan skema asuransi kesehatan sosial. Skema pembiayaan yang kedua berasal dari sektor non-publik yang berasal dari skema asuransi kesehatan/swasta, dan Lembaga Non-Profit yang melayani Rumah Tangga (LNPRT), korporasi, dan pembiayaan rumah tangga.

Di Indonesia belanja kesehatan menurut sumber pembiayaan terbesar berasal dari APBN sebesar Rp331,7 triliun. Sumber pembiayaan terbesar kedua berasal dari rumah tangga sebesar Rp201,4 triliun, kemudian dari perusahaan sebesar Rp80,2 triliun, sedangkan dari APBD Kab/Kota sebesar Rp27,0 triliun. Untuk sumber pembiayaan dari pemerintahan provinsi sebesar Rp23,3 triliun, pada sumber pembiayaan donor sebesar Rp13,6 triliun dan sisanya berasal dari sumber pembiayaan LNPRT sebesar Rp0,6 triliun serta APBDes sebesar Rp0,2 triliun .



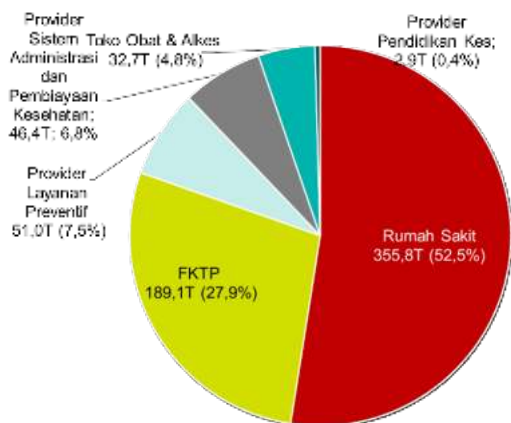
Gambar 2. Total Belanja Kesehatan menurut Sumber Pembiayaan, 2021

1.1.3 Belanja Kesehatan menurut Penyedia Layanan

Penyedia layanan kesehatan merupakan provider yang terdiri dari institusi/ organisasi dan aktor yang menyediakan barang dan jasa layanan kesehatan, seperti rumah sakit, FKTP, provider preventif dan administrasi, toko obat dan alkes, serta provider pendidikan kesehatan. Jenis kegiatan yang dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan dapat berupa penyedia kegiatan utama (provider primer) dan penyedia barang dan jasa kesehatan sebagai bagian dari kegiatan lain yang dilakukannya (provider sekunder). Fungsi dari belanja kesehatan menurut dimensi penyedia layanan kesehatan adalah untuk memberikan informasi organisasi dan aktor yang berperan dalam menyediakan pelayanan kesehatan.

Pada belanja kesehatan menurut penyedia layanan di Indonesia tahun 2021 didominasi oleh provider rumah sakit sebesar Rp355,8 triliun yang menyediakan pelayanan kuratif baik rawat jalan maupun rawat inap. Selanjutnya dominasi kedua adalah FKTP sebesar Rp189,1 triliun. Sedangkan dari provider preventif Rp51 triliun dan provider

sistem administrasi dan pembiayaan kesehatan Rp46,4 triliun serta dari toko obat & alat kesehatan Rp32,7 triliun serta terendah berasal dari provider pendidikan kesehatan sebesar Rp2,9 triliun (gambar3)



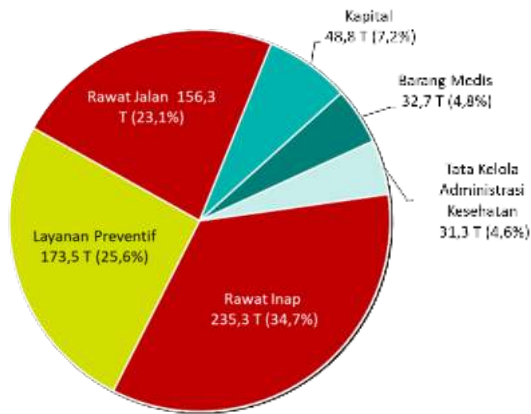
Gambar 3. Total Belanja Kesehatan menurut Penyedia Layanan, 2021

1.1.4 Belanja Kesehatan menurut Fungsi

Sesuai pedoman SHA 2011, fungsi merupakan dimensi yang memiliki tujuan untuk meningkatkan, memperbaiki, dan mempertahankan status kesehatan. Belanja kesehatan menurut fungsi dapat diklasifikasikan menjadi pelayanan kuratif, pelayanan rehabilitatif, pelayanan rawat jangka panjang, pelayanan penunjang, alat-alat/bahan medis, pelayanan preventif, dan tata kelola administrasi sehingga dapat digunakan oleh para pemangku kebijakan dalam menyusun kebijakan kesehatan yang berjangka panjang dan dapat dimanfaatkan dengan baik.

Pada tahun 2021, pengeluaran terbesar belanja kesehatan menurut fungsi layanan digunakan untuk layanan kuratif yaitu rawat inap sebesar Rp235,3 triliun. Kegiatan promotif/preventif menempati

urutan kedua sebagai pengeluaran terbesar belanja kesehatan menurut fungsi sebesar Rp173,5 triliun. Belanja promotif/preventif ini meliputi layanan imunisasi, deteksi dini, program keluarga berencana, *medical check-up*, periksa kehamilan, pemantauan status kesehatan, dan surveilans epidemiologi penyakit. Belanja fungsi kuratif lainnya yaitu rawat jalan sebesar Rp156,3 triliun, sedangkan kapital sebesar Rp48,8 triliun, pengadaan barang medis sebesar Rp32,7 triliun dan yang terakhir yaitu tata kelola administrasi kesehatan yang berupa operasional dan pemeliharaan kantor sebesar Rp30,1 triliun.



Gambar 4. Total Belanja Kesehatan menurut Fungsi, 2021

1.2 BELANJA KESEHATAN PER SKEMA

Belanja kesehatan tahun 2020 dan 2021 meningkat cukup besar dibandingkan tahun-tahun sebelumnya yang mencerminkan kondisi pandemi *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19) dimana berbagai sumber daya diprioritaskan untuk penanganan dan pengendalian pandemi, khususnya bidang kesehatan. 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 2021 sebesar Rp194,2 triliun atau sebesar 28,5% dari total belanja kesehatan, meningkat hingga lebih dari dua kali lipat dibandingkan dengan tahun 2020. Belanja kesehatan skema pemerintah daerah tahun 2021 sebesar Rp141,9 triliun atau 20,8% dari total belanja kesehatan, meningkat sebesar 1,5% dari tahun 2020. Peningkatan belanja skema pemerintah tersebut juga berakibat pada peningkatan kontribusi pendanaan skema publik yang mencapai Rp436,6 triliun (64% dari TBK).

Sebagian besar skema nonpublik mengalami peningkatan belanja pada tahun 2021, tetapi skema rumah tangga (*Out-of-Pocket/ OOP*) secara nominal tetap tumbuh dari Rp164,8 triliun (2020) menjadi Rp170,9 triliun (2021). Belanja tersebut masih mewakili sebesar 25,1% dari TBK 2021. Secara global, World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa batas ideal proporsi OOP adalah $\leq 20\%$ dari TBK.

1.2.1 Belanja Kesehatan Skema Publik

1) Skema Kementerian Kesehatan RI

Belanja kesehatan Kementerian Kesehatan RI dalam kerangka NHA merupakan pengeluaran akhir kesehatan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Sumber data yang digunakan dalam menghitung belanja kesehatan pada Kementerian Kesehatan RI adalah berupa dokumen Laporan Realisasi Anggaran (LRA) yang berasal dari Biro Keuangan Kementerian Kesehatan RI dan dokumen Berita Acara Serah Terima (BAST) barang dan jasa pinjaman dan hibah luar negeri yang berasal dari Biro Perencanaan dan Penganggaran Kementerian Kesehatan RI. Selain itu dokumen lain yang dibutuhkan dalam memperoleh belanja kesehatan di Kementerian Kesehatan berupa laporan klaim Covid-19 yang berasal dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan.

Total belanja kesehatan Kementerian Kesehatan RI berdasarkan perhitungan NHA pada tahun 2021 adalah sebesar Rp164 triliun

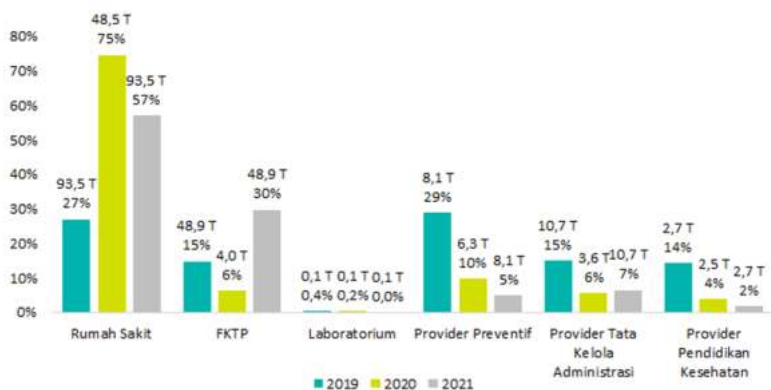
dengan rincian berdasarkan unit utama sebagai berikut:

Tabel 1. Rincian Belanja Kesehatan Kementerian Kesehatan berdasarkan Unit Utama berdasarkan perhitungan NHA, 2021

No	Unit Utama	Jumlah
1	Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	Rp2.583.402.173.633
2	Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan	Rp13.480.632.157.108
3	Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan	Rp48.828.086.689.700
4	Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat	Rp1.220.252.259.812
5	Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Rp88.210.866.682.529
6	Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	Rp6.252.398.062.045
7	Inspektorat Jenderal	Rp114.857.333.539
8	Sekretariat Jenderal	Rp3.300.919.821.526
Total		Rp163.991.415.179.893

Belanja kesehatan Kementerian Kesehatan pada tahun 2021 didominasi oleh unit utama Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan nominal Rp88,2 triliun, Direktorat Kefarmasian dan Alat Kesehatan dengan nominal Rp48,8 triliun, dan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan dengan nominal Rp13,5 triliun.

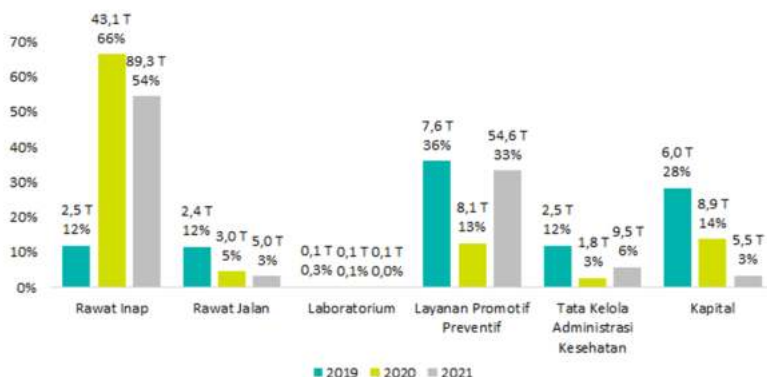
Berdasarkan penyedia pelayanan kesehatan, belanja kesehatan skema Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2021 didominasi oleh rumah sakit, terutama untuk kuratif rawat inap. Berikut gambaran belanja kesehatan pada Kementerian Kesehatan RI berdasarkan penyedia pelayanan kesehatan:



Gambar 5. Belanja Kesehatan Skema Kementerian Kesehatan berdasarkan Penyedia Layanan, 2021

Gambar 5 menunjukkan bahwa belanja di rumah sakit tetap mendominasi belanja di tahun 2020 dan 2021. Hal ini berkaitan dengan penanganan pandemi Covid-19 khususnya untuk perawatan pasien di rumah sakit, yang ditanggung pemerintah. Pada tahun 2021 terlihat pula peningkatan belanja yang sangat signifikan di FKTP. Hal ini berkaitan dengan program vaksinasi Covid-19.

Berdasarkan fungsi, belanja kesehatan skema Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2021 didominasi oleh fungsi layanan kuratif, terutama untuk kuratif rawat inap. Berikut gambaran belanja kesehatan pada Kementerian Kesehatan RI berdasarkan fungsi:

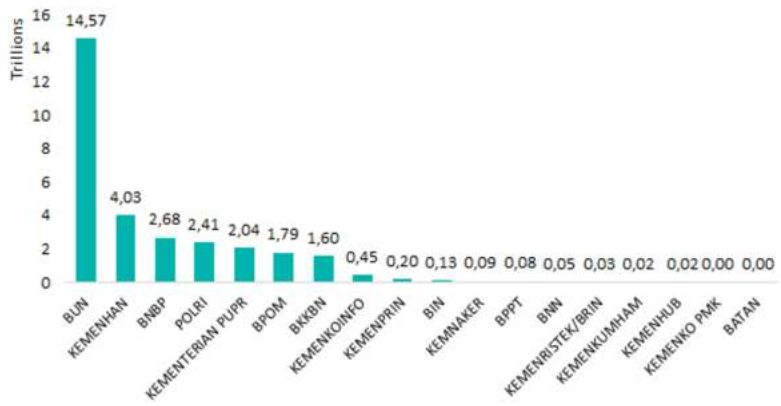


Gambar 6. Belanja Kesehatan Skema Kementerian Kesehatan berdasarkan Fungsi, 2021

Pada fungsi pelayanan kuratif, belanja terbesar adalah untuk klaim penggantian biaya perawatan pasien Covid-19, lalu diikuti belanja untuk insentif tenaga kesehatan, khususnya insentif tenaga kesehatan dalam penanggulangan pandemi Covid-19. Layanan promotif preventif didominasi oleh pelayanan imunisasi atau vaksinasi, dengan pengeluaran terbesarnya adalah penyediaan vaksin Covid-19.

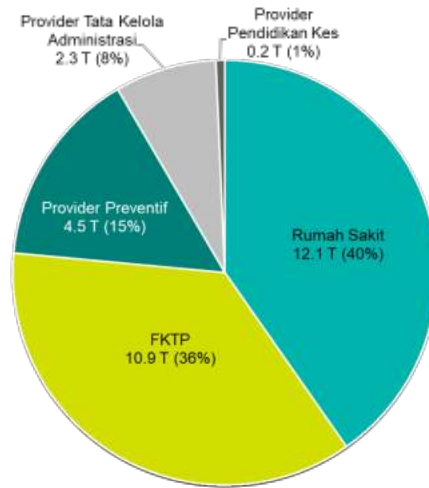
2) Skema Kementerian/Lembaga Lain

Tahun 2021, jumlah Belanja kesehatan di K/L lain yang ditelusuri dengan kerangka pikir SHA 2011 adalah sebesar Rp30,1 triliun. Belanja kesehatan pada skema ini mengalami pertumbuhan sebesar Rp3,8 triliun dari belanja di tahun 2020. Peningkatan ini terjadi juga karena adanya peningkatan belanja untuk penanganan Covid-19.



Gambar 7. Total Belanja Kesehatan Skema Kementerian/Lembaga Lain, 2021

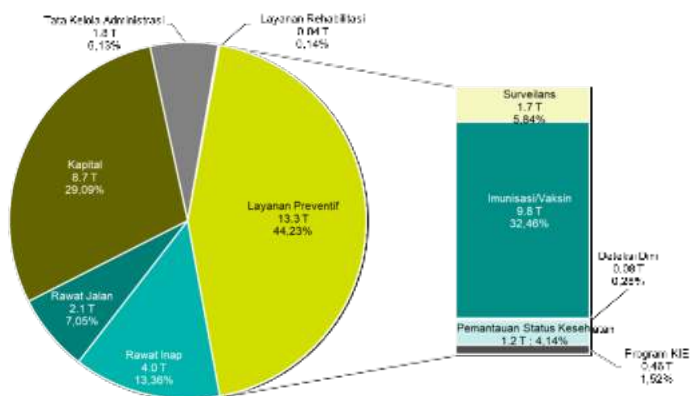
Pada tahun 2021 belanja Kesehatan di Skema Kementerian/Lembaga Lain menurut provider didominasi oleh Rumah Sakit, hal ini disebabkan karena masih tingginya penanganan perawatan pasien Covid-19. Berikut gambaran belanja kesehatan di Skema Kementerian/Lembaga Lain berdasarkan Provider:



Gambar 8. Belanja Kesehatan Skema Kementerian/Lembaga Lain berdasarkan Penyedia Layanan, 2021

Pada gambar di atas, pengeluaran terbesar ada di Provider Rumah Sakit sebesar Rp12,1 triliun, dimana yang mendominasi adalah untuk kegiatan perawatan pasien Covid-19, Provider Pelaksanaan Vaksin, Pembangunan dan Pemeliharaan Gedung Rumah Sakit, Dukungan Operasional RSD (Wisma Atlet, Pulau Galang), Pengadaan logistik kesehatan, pembayaran tracer dan lain-lain. Belanja pada Provider FKTP sebesar Rp10,9 triliun, sedangkan belanja untuk Provider Preventif sebesar Rp4,5 triliun, pada provider Tata Kelola Administrasi sebesar Rp2,3 triliun dan sisanya untuk provider Pendidikan kesehatan Rp203,5 miliar.

Berdasarkan fungsi pada belanja kesehatan di Kementerian/Lembaga Lain, didominasi oleh fungsi pelayanan preventif sebesar Rp13,3 triliun, dimana pada fungsi pelayanan preventif tersebut terdiri dari fungsi imunisasi/vaksin sebesar Rp9,8 triliun, kegiatan surveilans sebesar Rp1,7 triliun, pemantauan status kesehatan Rp1,2 triliun, program KIE sebesar Rp460,2 miliar dan kegiatan deteksi dini memiliki porsi yang kecil sebesar Rp84,4 miliar.



Gambar 9. Belanja Kesehatan Skema Kementerian/Lembaga Lain berdasarkan Fungsi, 2021

3) Skema Subnasional

Perhitungan estimasi belanja kesehatan pada subnasional terdiri atas skema pendanaan di pemerintah provinsi, kabupaten/kota, dan desa baik yang bersumber Pendapatan Asli Daerah (PAD) maupun transfer dari pemerintah pusat seperti Dana Alokasi Khusus (DAK), Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Bagi Hasil (DBH), dan sebagainya.

Perhitungan estimasi belanja kesehatan pemerintah provinsi dan kabupaten/kota menggunakan data yang didapatkan dari Sistem Informasi Keuangan Daerah (SIKD) Direktorat Evaluasi dan Sistem Informasi Kementerian Keuangan dan Sistem Informasi Pembangunan Daerah (SIPD) Kementerian dalam Negeri. Estimasi belanja kesehatan dalam rangka penanganan Covid-19 di pemerintah provinsi dan kabupaten/kota menggunakan data laporan pencegahan dan/atau penanganan Covid-19 dari Direktorat Transfer Umum (DTU) Kementerian Keuangan dan Direktorat P2KD Kementerian Dalam Negeri. Sedangkan estimasi belanja kesehatan pemerintah desa menggunakan data yang didapatkan dari Direktorat Sistem Informasi

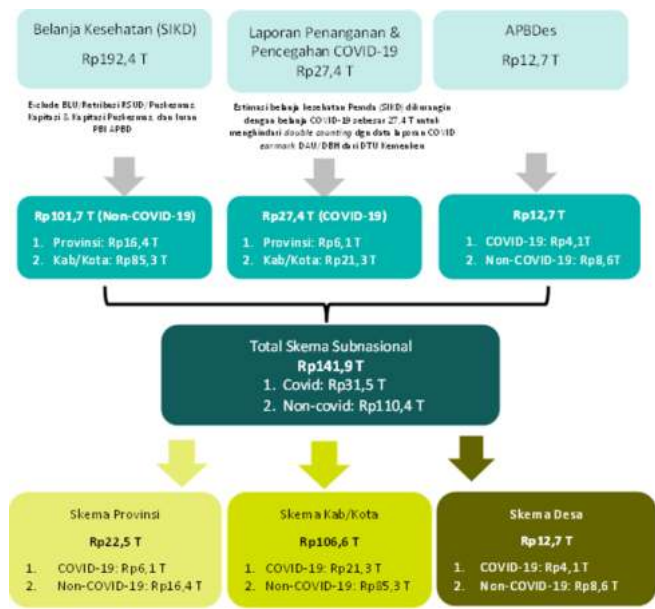
dan Teknologi Perbendaharaan (SITP) Kementerian Keuangan dan Kementerian Desa PDTT.

Ada beberapa perlakuan khusus dalam menghitung estimasi belanja skema subnasional guna menghindari *double counting*. Potensi *double counting* pada skema subnasional diantaranya adalah belanja bersumber BLU dan retribusi pada faskes RS dan Puskesmas dimana pendapatan BLU dan retribusi didapatkan dari klaim perawatan kesehatan dari BPJS Kesehatan, asuransi swasta, maupun kerjasama dengan perusahaan, serta dapat juga berasal dari pasien umum yang membayarkan dari kantong sendiri (OOP). Potensi *double-counting* juga berasal belanja bersumber pembayaran kapitasi dan non kapitasi oleh BPJS kesehatan kepada Puskesmas; dan belanja iuran PBI APBD. Oleh karena itu belanja-belanja tersebut dikeluarkan dalam estimasi skema subnasional agar tidak terjadi *double counting* dengan skema asuransi sosial, asuransi swasta, korporasi, dan OOP.

Proses estimasi belanja pada skema subnasional juga telah melibatkan tim dari Direktorat Evaluasi dan Sistem Informasi Kementerian Keuangan, Direktorat Pelaksanaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah Kementerian dalam Negeri, dan Pusat data dan Informasi Kementerian Desa PDTT. Hal ini dilakukan untuk memvalidasi hasil estimasi nilai agregat belanja kesehatan skema subnasional khususnya skema pemerintah provinsi, kabupaten/kota, dan desa.

Pada gambar 10 dapat dilihat bahwa hasil estimasi belanja kesehatan subnasional di tahun 2021 adalah Rp141,9 triliun yang terdiri atas total belanja kesehatan di skema pemerintah provinsi sebesar Rp22,5 triliun, pemerintah kabupaten/kota sebesar Rp106,6 triliun dan pemerintah desa sebesar Rp12,7 triliun. Besaran belanja subnasional didapatkan dari hasil estimasi belanja kesehatan pemerintah provinsi dan kabupaten/kota dari data SIKD sebesar Rp101,7 triliun, estimasi belanja kesehatan penanganan Covid-19 di Pemerintah provinsi dan kab/kota sebesar Rp27,4 triliun, serta estimasi belanja kesehatan dari pemerintah desa sebesar Rp12,7

triliun (termasuk belanja penangan Covid-19 sebesar Rp4,1 triliun). Secara lebih rinci dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Gambar 10. Perhitungan Estimasi Belanja Skema Subnasional, 2021

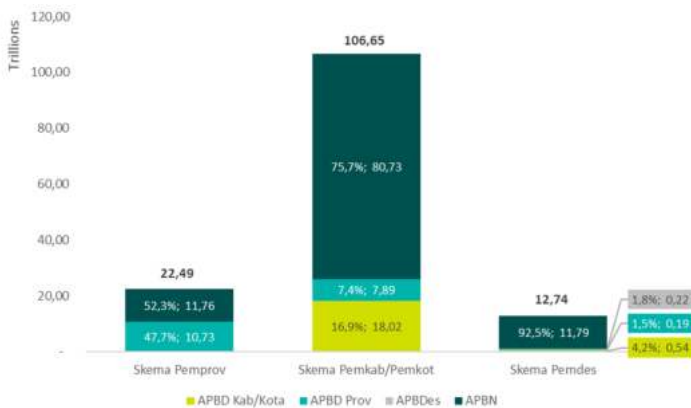
Skema pendanaan subnasional setiap tahun terlihat peningkatan secara nominal di tahun 2021 sebesar Rp2,1 triliun, atau tumbuh sebesar 1,5% dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Seperti halnya skema pemerintah lainnya, peningkatan belanja tersebut juga terjadi seiring respon pemerintah dalam upaya penanganan dan penanggulangan pandemi Covid-19. Kemudian jika dilihat berdasarkan atas dasar harga konstan, belanja subnasional mengalami penurunan dibandingkan tahun 2020 yaitu turun sekitar Rp4,6 triliun atau sebesar -4,3%.

Secara lebih rinci, gambaran belanja kesehatan skema subnasional dapat dilihat menurut berbagai dimensi sesuai panduan SHA 2011 yaitu berdasarkan sumber pendanaan dan penyedia layanan kesehatan.



Gambar 11. Tren Belanja Kesehatan Skema Subnasional menurut ADH Berlaku dan ADH Konstan, 2012 - 2021

Secara lebih rinci, gambaran belanja kesehatan skema subnasional dapat dilihat menurut berbagai dimensi sesuai panduan SHA 2011 yaitu berdasarkan sumber pendanaan dan penyedia layanan kesehatan.



Gambar 12. Belanja Kesehatan Skema Subnasional berdasarkan Sumber Pendanaan

Dimensi sumber pendanaan pada skema subnasional menggambarkan proporsi sumber dana pada masing-masing sub skema pada skema subnasional. Kontribusi pemerintah pusat sangat berpengaruh terhadap belanja kesehatan di daerah. Hal tersebut dapat dilihat pada Gambar 12 yang menunjukkan bahwa belanja kesehatan di daerah (skema subnasional) sebagian besar adalah bersumber dari APBN atau Dana Transfer Pusat di tahun 2021.

Pada skema pemerintah provinsi belanja kesehatan terbesar bersumber dari APBN (Dana Transfer Pusat) sebesar 52,3% (Rp11,76 triliun) dan APBD Prov (Pendapatan Asli Daerah Prov) sebesar 47,7% (Rp10,73 triliun). Pada skema pemkab/pemkot belanja kesehatan terbesar bersumber dari APBN (Dana Transfer Pusat) sebesar 75,7% (Rp80,73 triliun), kemudian bersumber dari APBD Kab/Kota (Pendapatan Asli Daerah Kab/Kota) sebesar 16,9% (Rp18,02 triliun) dan terakhir bersumber dari APBD Prov (Dana Transfer Prov) sebesar 7,4% (7,89 triliun). Pada skema pemerintah desa sumber dana belanja kesehatan mayoritas juga bersumber dari APBN (Dana Transfer Pusat) yaitu sebesar 92,5% (11,79 triliun), kemudian 4,2% (0,54 triliun) bersumber dari APBD Kab/Kota (Dana Transfer Kab/Kota), 1,8% (0,22 triliun) bersumber dari APBDes (Pendapatan Asli Desa), dan 1,5 persen (0,19 triliun) bersumber dari APBD Prov (Dana Transfer Provinsi).

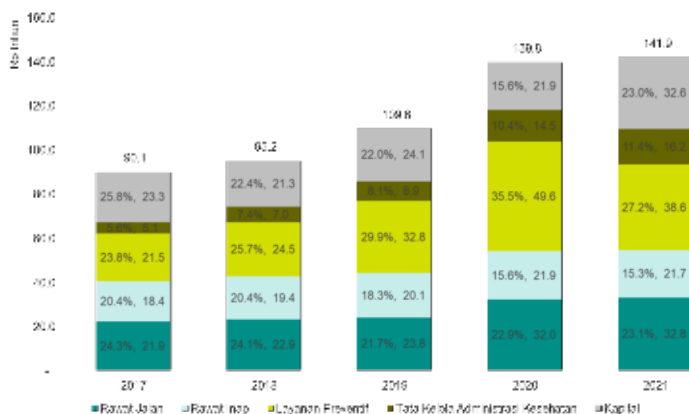


Gambar 13. Belanja Kesehatan Pada Skema Subnasional menurut Provider, 2017-2021

Pada gambar diatas dapat diketahui bahwa terdapat 4 provider yang melayani layanan kesehatan dalam skema subnasional, yaitu Rumah Sakit, Provider Sistem Administrasi dan Pendanaan Kesehatan, Provider Layanan Preventif dan FKTP. Provider rumah sakit pada skema subnasional merupakan fasilitas kesehatan berupa rumah sakit milik pemerintah provinsi dan kabupaten/kota. Provider preventif layanan preventif serta provider sistem administrasi dan pendanaan kesehatan pada skema subnasional merupakan dinas kesehatan dan dinas atau opd lain yang memiliki belanja kesehatan seperti dinas terkait KB, dinas pendidikan, BPBD, dan sebagainya. Provider FKTP pada skema subnasional merupakan fasilitas kesehatan berupa puskesmas.

Pada tahun 2021, sebagian besar layanan kesehatan skema subnasional dilakukan di provider rumah sakit yaitu sebesar 33,7% (Rp47,8 triliun) yang mengalami kenaikan dari tahun sebelumnya (Rp10,5 triliun). Selanjutnya disusul oleh provider FKTP yaitu sebesar 26,9% (38,2 triliun) yang mengalami penurunan sebesar (Rp4,4 triliun) dari tahun sebelumnya. Masih rendahnya belanja pada FKTP dapat disebabkan oleh proses penganggaran dan perencanaan puskesmas di beberapa daerah masih menyatu dengan dinas kesehatan karena belum semua puskesmas menganut sistem keuangan BLUD. Selain itu ini juga dapat dipengaruhi oleh kepatuhan pemerintah daerah dalam melakukan penginputan dan pelaporan pada sistem informasi yang baru diterapkan di tahun 2021 yaitu SIPD, dimana belum semua daerah memisahkan belanja kesehatan yang dilakukan di dinas kesehatan dengan puskesmas yang sebagai UPT dari dinas kesehatan.

Belanja skema subnasional pada tahun 2021 didominasi untuk belanja layanan preventif yaitu sebesar 27,2% (Rp48,6 triliun) yang secara nominal meningkat pada kurun waktu 5 tahun terakhir yaitu meningkat sebesar Rp17,1 triliun dibandingkan tahun 2017. Pelayanan preventif yang dilakukan berupa sosialisasi dan edukasi, imunisasi, deteksi dini, skrining, pemantauan kesehatan dan surveilans/epidemiologi penyakit. Belanja kapital secara nominal mengalami peningkatan dalam 5 tahun terakhir, pada tahun 2021 menjadi



Gambar 14. Belanja Kesehatan Pada Skema Subnasional menurut Fungsi, 2017-2021

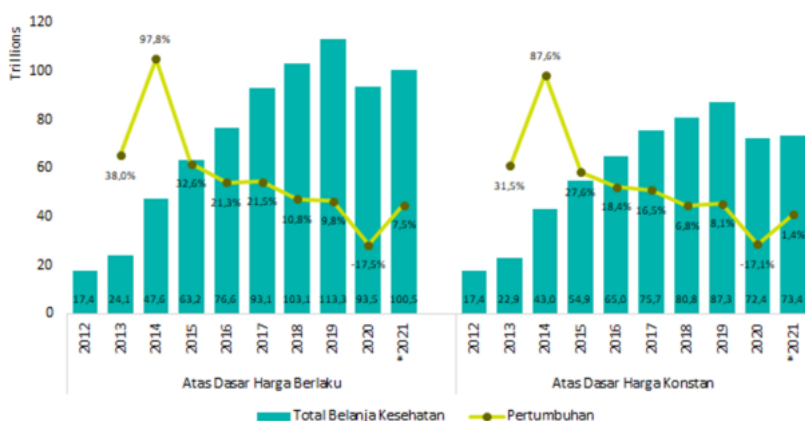
sebesar Rp32,6 triliun (23,0%) atau meningkat sebesar Rp9,4 triliun dibandingkan tahun tahun 2017. Belanja kuratif rawat jalan dan rawat inap pada tahun 2021 masing-masing sebesar Rp32,8 triliun (23,1%) dan Rp21,7 triliun (15,3%). Selanjutnya belanja fungsi administrasi dalam 5 tahun terakhir mengalami peningkatan baik secara nominal maupun proporsi. Pada tahun 2021 proporsi belanja administrasi sebesar 11,4% atau sebesar Rp16,2 triliun.

4) Skema Asuransi Sosial

Definisi skema pembiayaan asuransi kesehatan sosial berdasarkan kerangka SHA 2011 adalah pengaturan pembiayaan yang menjamin akses layanan kesehatan dengan sifat kepesertaan wajib yang telah diatur dalam undang-undang dan karakteristik iuran yang bersifat gotong royong. Penghitungan belanja kesehatan Indonesia pada skema asuransi kesehatan sosial terdiri atas dua skema pembiayaan yaitu skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan skema Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK). Komponen penghitungan pada skema JKN meliputi data klaim di RS dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), serta belanja operasional dan modal BPJS Kesehatan.

Adapun penghitungan belanja kesehatan skema JKK diperoleh dari BPJS Ketenagakerjaan. Komponen belanja kesehatan yang digunakan dalam penghitungan skema JKK adalah khusus pelayanan kesehatan, promotif preventif, serta penggantian alat bantu atau alat ganti. Berdasarkan PP No. 82 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Program JKK dan JKM, pelayanan kesehatan yang dimaksud mencakup pemeriksaan dasar dan penunjang, perawatan tingkat pertama dan lanjutan, perawatan intensif, penunjang diagnostik, alat kesehatan dan implant, jasa dokter/medis, operasi, pelayanan darah, dan rehabilitasi medik². Poin penting lainnya yang perlu diperhatikan dalam penghitungan komponen belanja kesehatan skema JKK adalah terkait santunan berupa santunan cacat, santunan kematian, biaya pemakaman, beasiswa pendidikan tidak masuk dalam penghitungan belanja kesehatan dalam NHA.

Berdasarkan hasil penghitungan NHA, skema pembiayaan asuransi kesehatan sosial mendominasi belanja kesehatan di Indonesia pada skema pembiayaan publik sejak tahun 2017-2019. Berbeda dengan tahun 2020 dan 2021 dimana skema pemerintahan mendominasi belanja skema publik akibat penanganan pandemi Covid-19.



Gambar 15. Tren Belanja Kesehatan Skema Asuransi Kesehatan Sosial berdasarkan dasar Harga Berlaku dan harga Konstan, 2012-2021*

(Sumber: Data GDP Deflator dipublikasikan oleh World Bank. Atas dasar harga konstan tahun 2012)

Tren total belanja kesehatan skema asuransi kesehatan sosial tersedia pada gambar 15 yang menjelaskan belanja kesehatan 2012-2021 menurut Atas Dasar Harga (ADH) berlaku dan konstan. Pada skema ini, setiap tahun terlihat peningkatan secara nominal walaupun mengalami penurunan pada tahun 2020 akibat dampak Covid-19. Pertumbuhan positif terjadi secara signifikan pada tahun 2014 dimana implementasi program JKN dimulai. Berdasarkan harga berlaku, total belanja kesehatan skema asuransi kesehatan sosial tahun 2021 adalah sebesar Rp95,4 triliun, atau tumbuh sebesar 2% dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Pertumbuhan tersebut terjadi seiring mulai adanya peningkatan utilisasi peserta JKN ke fasilitas kesehatan dibanding tahun 2020.

Selanjutnya tren belanja skema JKN dan JKK pada skema asuransi kesehatan sosial dijelaskan secara rinci dalam gambar 14. Belanja pada skema JKN selalu mendominasi dalam skema asuransi kesehatan sosial, yaitu sebesar Rp94,4 triliun. Terlihat penurunan dari tahun 2019 ke 2020 dimana hal ini disebabkan adanya pandemi Covid-19 yang menyebabkan penurunan utilisasi JKN. Sedangkan skema JKK cenderung stabil di angka Rp1 triliun.



Gambar 16. Tren Belanja Kesehatan Skema Asuransi Kesehatan Sosial, 2014-2021

Hal ini sejalan dengan komitmen pemerintah sejak tahun 2014 untuk menjalankan amanat Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dimana terdapat prinsip

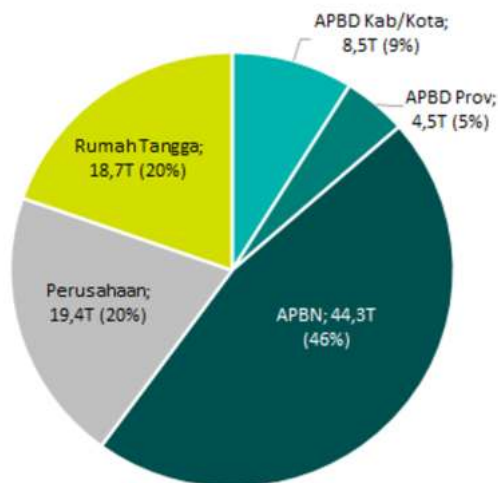
gotong royong dan kepesertaan wajib yang mengamankan agar seluruh penduduk, baik dari pemerintah, swasta dan masyarakat ikut serta berkontribusi untuk membayar iuran program sesuai dengan porsinya masing-masing³. Walaupun demikian, pemerintah tetap memegang peranan besar dalam mengalokasikan anggarannya untuk membayar iuran JKN bagi masyarakat miskin atau tidak mampu yang digolongkan dalam peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran). Selain itu, iuran program JKN juga berasal dari masyarakat sebagai peserta mandiri dan korporasi yang memberikan tunjangan kesehatan bagi karyawannya. Hingga tahun 2021, cakupan kepesertaan JKN secara nasional sudah mencapai 235.719.262 jiwa atau sekitar 86 persen dari jumlah penduduk Indonesia.

4.1 Belanja Kesehatan pada Skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Total belanja kesehatan skema JKN meningkat setiap tahunnya dan mengalami pertumbuhan yang signifikan pada tahun 2014 dimana implementasi program JKN dimulai (gambar 17). Covid-19 berdampak pada penurunan utilisasi pasien JKN untuk datang ke fasilitas kesehatan, sehingga mengalami penurunan belanja pada tahun 2020. Sedangkan pada tahun 2021, belanja skema JKN mulai mengalami peningkatan seiring dengan bertambahnya peserta JKN yang melakukan utilisasi ke fasilitas kesehatan.

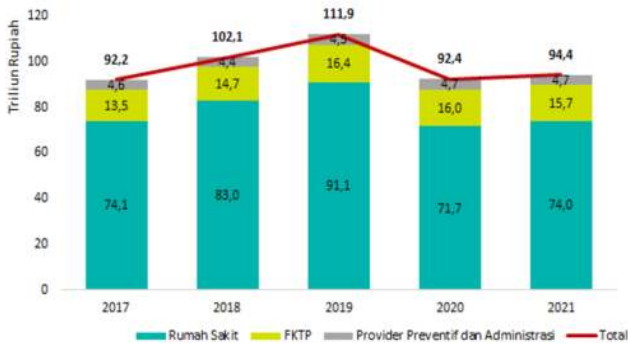


Gambar 17. Belanja Kesehatan JKN, 2012-2021



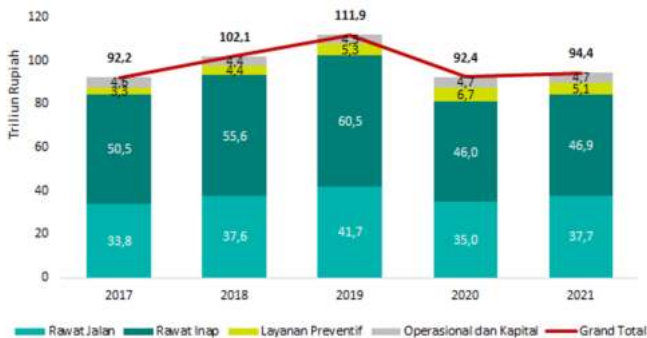
Gambar 18. Belanja Kesehatan Skema JKN berdasarkan Sumber Dana, 2021

Dalam kerangka NHA, terdapat dimensi sumber dana yang menjelaskan mengenai sumber pendanaan yang digunakan dalam mengelola suatu skema pembiayaan. Gambar 18 menunjukkan proporsi sumber dana dalam skema JKN tahun 2021 yang diperoleh dari informasi pendapatan iuran dalam laporan tahunan BPJS Kesehatan tahun 2021. APBN (46%) merupakan sumber dana terbesar dalam skema JKN yang mencakup iuran PBI, bantuan iuran pemerintah pusat atas PBPU, veteran, serta iuran sebagai pemberi kerja atas PNS dan pensiunan. Selanjutnya, sumber dana dari rumah tangga (20%) meliputi iuran dari PBPU serta iuran dari PPU PNS dan pekerja badan usaha. Sumber dana dari perusahaan juga berkontribusi sebesar 20% dalam pendanaan skema JKN yang meliputi iuran sebagai pemberi kerja bagi karyawannya. Pendanaan dari pemerintah daerah juga memiliki kontribusi dalam sumber dana skema JKN yang mencakup iuran untuk PBI daerah.



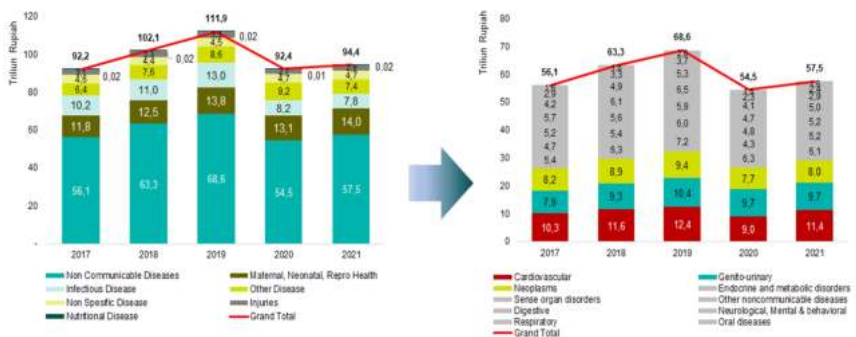
Gambar 19. Belanja Kesehatan Pada Skema JKN berdasarkan Penyedia Layanan, 2017-2021

Selain dimensi sumber dana, dimensi provider juga dapat ditangkap dalam gambaran NHA untuk mengetahui fasilitas kesehatan mana saja yang memberikan pelayanan kesehatan. Gambar 19 menunjukkan provider yang memberikan pelayanan kesehatan pada skema JKN dimana terdapat 3 provider yaitu RS, FKTP, dan provider administrasi (BPJS Kesehatan). Pada tahun 2021, sebagian besar layanan kesehatan skema JKN dilakukan di Rumah Sakit yaitu sebesar 78,4% (Rp73,9 triliun). Proporsi ini stabil sekitar 70-80% dalam 5 tahun terakhir walaupun terdapat penurunan di tahun 2020 menjadi 71,7% akibat dampak Covid-19. Selanjutnya disusul oleh FKTP sebesar Rp15,7 triliun kemudian BPJS Kesehatan sebagai provider tata kelola administrasi sebesar Rp4,7 triliun.



Gambar 20. Belanja Kesehatan Pada Skema JKN Berdasarkan Fungsi Layanan, 2017-2021

NHA juga menyediakan informasi dimensi fungsi layanan untuk mengetahui variasi layanan yang diberikan meliputi kuratif, preventif, ataupun administrasi serta operasional dan kapital. Gambar 20 menyediakan informasi mengenai belanja kesehatan menurut dimensi fungsi layanan tahun 2017-2021. Belanja skema JKN tahun 2021 didominasi untuk belanja kuratif sebesar 89,6% dengan proporsi beban rawat inap lebih tinggi. Terdapat fungsi layanan preventif yang tertangkap dalam skema JKN pada gambaran NHA, terdiri atas layanan ANC, KB, pemeriksaan gula darah, skrining lainnya, kunjungan sehat, serta imunisasi. Pada tahun 2021, 5,1% belanja skema JKN digunakan untuk layanan preventif. Tentu saja ini menjadi permasalahan karena jika pelayanan preventif tidak dilakukan dengan baik maka belanja kuratif akan terus menerus membebani belanja kesehatan Indonesia. Dengan demikian, perlu dilakukan upaya untuk menggeser pelayanan ke arah preventif dan dukungan dari berbagai sektor. Pelayanan preventif yang bisa dilakukan berupa sosialisasi dan edukasi, imunisasi, deteksi dini, skrining, pemantauan kesehatan dan surveilans/epidemiologi penyakit.



Gambar 21. Belanja Kesehatan Pada Skema JKN berdasarkan Jenis Penyakit, 2017-2021

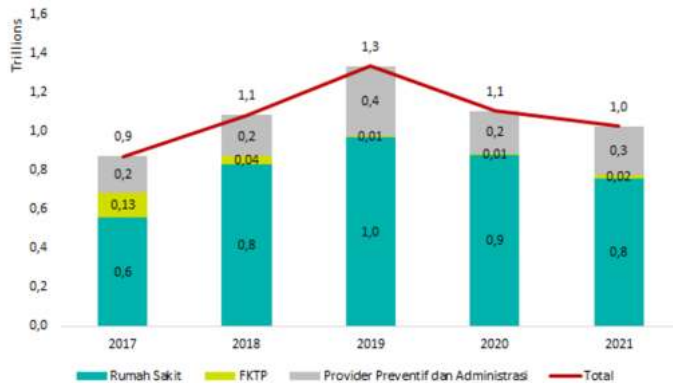
Secara lebih luas, dimensi jenis penyakit juga tersedia dalam gambaran NHA yang memiliki informasi mengenai sebaran jenis penyakit dari belanja kesehatan. Gambar 21 menyediakan informasi mengenai belanja kesehatan skema JKN menurut jenis penyakit

pada 5 tahun terakhir. Kelompok Penyakit Tidak Menular (PTM) mendominasi belanja skema JKN setiap tahunnya yang berarti masih menjadi beban penyakit tertinggi dalam skema JKN. Secara global, PTM merupakan penyebab kematian tertinggi di dunia (lebih dari 68% dari total kematian di seluruh dunia) termasuk di negara berkembang (75% dari total kematian di negara berkembang) seperti di Indonesia (73% dari total kematian di Indonesia pada tahun 2016). Selain itu, publikasi OECD (2016) mengenai belanja menurut jenis penyakit (menurut ICD-10) menjelaskan bahwa penyakit kardiovaskular memiliki proporsi pengeluaran tertinggi terhadap belanja kesehatan (di luar belanja modal) di beberapa negara OECD, dengan range pengeluaran pada penyakit tersebut sekitar 11-15%.

Berdasarkan data *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) menunjukkan bahwa penyakit kardiovaskular, neoplasma, diabetes dan digestif merupakan empat penyebab kematian utama di Indonesia tahun 2019. Hal ini sejalan dengan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 dan 2018 yang menunjukkan bahwa terjadi peningkatan prevalensi pada kelompok PTM seperti diabetes, hipertensi, dan stroke. Berdasarkan perhitungan NHA tahun 2021, proporsi belanja PTM sebesar 60,9% (Rp57,5 triliun) yang secara berurutan didominasi oleh penyakit kardiovaskular, *genitourinary*, dan neoplasma. Ketiga penyakit ini selalu menempati 3 penyakit dengan biaya terbesar sejak tahun 2019 sampai dengan 2021.

4.2 Belanja Kesehatan pada Skema Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)

Penghitungan belanja skema JKK menggunakan data klaim berdasarkan tahun kejadian. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 82 tahun 2019, masa kadaluarsa klaim JKK dapat dilakukan 5 tahun sejak kecelakaan kerja atau penyakit terdiagnosis, oleh karena itu data belanja JKK perlu diperbaharui secara rutin setiap tahun mengingat masa kadaluarsa klaim yang cukup panjang.



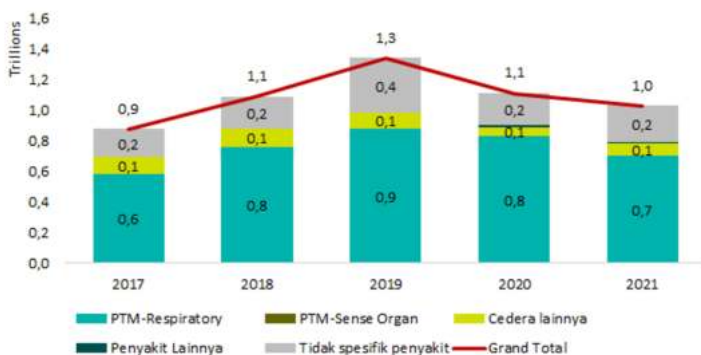
Gambar 22. Belanja Kesehatan Pada Skema JKK berdasarkan Penyedia Layanan (dalam Rp Triliun), 2017-2021

Berdasarkan hasil perhitungan NHA tahun 2021, total belanja skema JKK dalam skema pembiayaan Askes Sosial yaitu sebesar Rp1,03 triliun. Berdasarkan dimensi provider (gambar 22), mayoritas layanan kesehatan dilakukan di RS yaitu sebesar 74,1% (Rp0,8 triliun), disusul pada provider preventif dan administrasi (BPJS Ketenagakerjaan) sebesar 24,4% (Rp0,3 triliun) dan FKTP sebesar 1,5% (Rp0,02 triliun). Provider preventif dan administrasi yang dimaksud adalah BPJS Ketenagakerjaan yang berperan sebagai tata kelola administrasi kesehatan mencakup biaya SDM yang melakukan pengecekan dan penegakan kasus, serta berkontribusi dalam kegiatan preventif misalnya melakukan sosialisasi K3 ke perusahaan dan pekerja.



Gambar 23. Belanja Kesehatan Pada Skema JKK berdasarkan Fungsi Layanan (dalam Rp Triliun), 2017-2021

Selanjutnya gambar 23 menunjukkan gambaran mengenai belanja kesehatan skema JKN menurut fungsi layanan tahun 2017-2021. Pada tahun 2021, fungsi layanan skema JKK didominasi oleh layanan kuratif rawat jalan sebesar Rp0,7 triliun disusul oleh penggunaan belanja JKK untuk operasional sebesar Rp0,2 triliun yang didalamnya termasuk biaya SDM BPJS Ketenagakerjaan dalam hal pengecekan dan penegakan kasus JKK. Jumlah pelayanan kuratif rawat jalan pada belanja JKK yang mendominasi sejalan dengan komitmen BPJS Ketenagakerjaan dalam mengakomodir perawatan bagi peserta yang tidak memungkinkan melanjutkan pengobatan di rumah sakit. Selain itu, BPJS Ketenagakerjaan juga melaksanakan kerjasama dengan Pusat Layanan Kecelakaan Kerja (PLKK) dan menyediakan pemeriksaan diagnostik untuk penyelesaian penyakit akibat kerja untuk memastikan proses penyembuhan kasus hingga tuntas.



Gambar 24. Belanja Kesehatan Skema JKK berdasarkan Jenis Penyakit (dalam Rp Triliun), 2017-2021

Gambaran perhitungan belanja JKK dalam NHA berdasarkan penyakit (gambar 24) menggunakan estimasi beban klaim yang di disagregasi menjadi beban pelayanan kesehatan (termasuk perawatan, cacat, rehab) dan Prothese/Orthose. Hasil disagregasi tersebut kemudian didistribusikan berdasarkan kategori penyakit yang terdiri dari *respiratory*; *sense organ*; cedera lainnya; dan penyakit

lainnya. Pada tahun 2021, dominasi belanja JKK berdasarkan kategori penyakit paling banyak terjadi pada penyakit tidak menular (PTM) *respiratory* sebesar Rp0,7 triliun. PTM *respiratory* pada belanja JKK merupakan kondisi penyakit pernafasan akibat kimia, gas, asap, uap; penyakit interstisial paru; penyakit jalan pernafasan yang disebabkan oleh debu-debu organik; pneumokoniosis yang disebabkan oleh debu-debu inorganik spesifik lain; dll. Kemudian disusul oleh jumlah kategori penyakit tidak spesifik yang merupakan operasional BPJS Ketenagakerjaan termasuk biaya SDM dalam melakukan penegakan dan pengecekan kasus JKK sebesar Rp0,2 triliun. Beban cedera lainnya sebesar Rp0,08 triliun dan terdapat Rp0,01 triliun pada penyakit lainnya yang merupakan kegiatan promotif preventif BPJS Ketenagakerjaan dalam upaya untuk meningkatkan keselamatan dan kesehatan kerja. Selain itu, terdapat penyakit terkait PTM *sense organ* yang digunakan untuk klaim alat bantu dengar dan kacamata sebesar Rp34 juta.

1.2.2 Belanja Kesehatan Skema Nonpublik

1) Skema Asuransi Swasta

Belanja kesehatan pada skema asuransi kesehatan swasta mencakup perhitungan jumlah beban klaim produk asuransi kesehatan, termasuk benefit perawatan kecelakaan diri. Beban klaim yang diperhitungkan meliputi beban klaim tahunan untuk produk asuransi kesehatan dari bisnis asuransi jiwa konvensional dan asuransi jiwa syariah, serta asuransi umum konvensional dan asuransi umum syariah. Selain itu, perhitungan belanja juga meliputi biaya *overhead* untuk pengelolaan produk asuransi tersebut, seperti biaya gaji karyawan, dan biaya operasional.

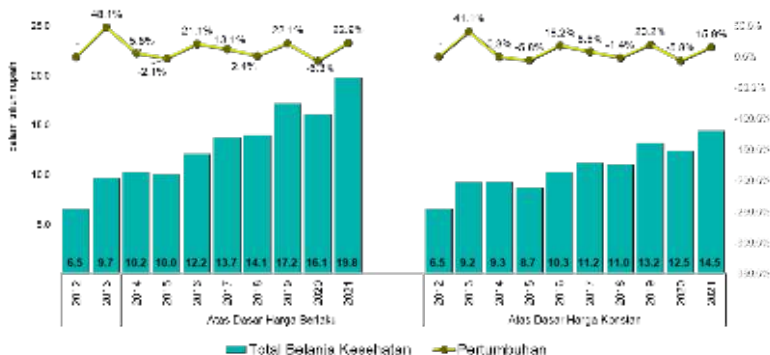
Gambaran belanja kesehatan skema asuransi kesehatan swasta diperoleh dari tiga sumber data utama. Pertama, laporan statistik perasuransian yang mencakup data belanja kesehatan yang dikeluarkan oleh seluruh perusahaan asuransi yang memiliki produk asuransi kesehatan maupun kecelakaan diri yang diterbitkan oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Laporan tersebut mengumpulkan

laporan keuangan yang juga mencakup informasi beban klaim dan premi seluruh perusahaan asuransi yang digunakan sebagai dasar estimasi belanja kesehatan skema asuransi kesehatan swasta secara agregat. Selanjutnya, pengumpulan data secara langsung kepada perusahaan asuransi melalui kerjasama dengan Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) dan Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI) untuk mendapatkan informasi lebih rinci terkait klaim berdasarkan jenis provider dan benefit yang dimanfaatkan oleh peserta asuransi. Informasi tersebut digunakan sebagai dasar estimasi pemanfaatan fungsi dan penyedia layanan yang digunakan oleh penerima manfaat melalui skema asuransi kesehatan swasta. Selain itu, AAUI dan AAJI juga berperan dalam memberikan estimasi rata-rata biaya *overhead* untuk pengelolaan produk asuransi. Sumber data terakhir yang digunakan adalah data klaim yang dimiliki oleh perusahaan *Third Party Administrator* (TPA). Data tersebut mencakup informasi klaim dari seluruh perusahaan asuransi yang bekerjasama sehingga dapat melengkapi cakupan pengumpulan data perusahaan asuransi.

Pada tahun 2021, belanja kesehatan skema asuransi kesehatan swasta mencapai Rp19,8 triliun atau mewakili 2,9 persen terhadap total belanja kesehatan tahun 2021 (Gambar 25). Terdapat kenaikan belanja sekitar 22,9 persen dibandingkan dengan belanja tahun 2020, dan kenaikan belanja kesehatan sebesar 15,9 persen pada nilai konstan. Selama tahun 2012-2021, belanja kesehatan skema asuransi kesehatan swasta memiliki tren belanja yang cenderung fluktuatif. Pada masa pandemi Covid-19 di tahun 2020, belanja kesehatan skema asuransi kesehatan swasta secara konsisten mengalami pertumbuhan negatif dalam nilai konstan. Kondisi demikian memicu penurunan *medical loss ratio* (MLR) atau rasio klaim terhadap pendapatan premi. Pandemi memberikan pelajaran bahwa penurunan MLR dapat diartikan sebagai penurunan utilisasi layanan kesehatan dan dapat berdampak pada terganggunya sistem kesehatan⁴.

Meskipun pandemi Covid-19 menyebabkan resesi pada berbagai industri, termasuk industri asuransi, namun pendapatan premi dari produk asuransi kesehatan justru meningkat meskipun tidak signifikan^{5,6}. Hal ini sama seperti yang terjadi di Indonesia dimana

pendapatan premi produk asuransi kesehatan dan kecelakaan diri meningkat hampir Rp1 triliun di tahun 2020. Kemungkinan penyebab kenaikan pendapatan premi ini adalah meningkatnya kesadaran masyarakat untuk memiliki asuransi kesehatan mengingat risiko kesehatan yang meningkat akibat COVID-19 .

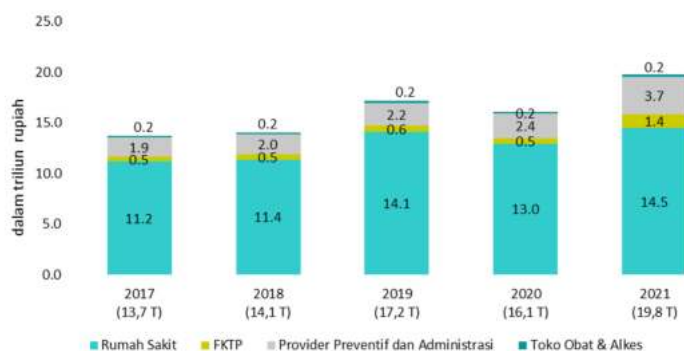


Gambar 25. Tren Belanja Kesehatan Skema Asuransi Kesehatan Swasta, 2012-2021

Perusahaan asuransi yang menyediakan produk asuransi kesehatan berperan sebagai pengelola dalam belanja kesehatan skema asuransi kesehatan swasta. Pendanaan belanja kesehatan pada skema ini umumnya bersumber dari rumah tangga, melalui status kepesertaan asuransi perorangan dan bersumber perusahaan melalui status kepesertaan asuransi kumpulan. Secara rata-rata, kontribusi belanja skema asuransi kesehatan swasta bersumber rumah tangga sebesar 29,6 persen dan mayoritas bersumber perusahaan, yaitu sebesar 70,4 persen terhadap total belanja pada skema tersebut selama tahun 2017-2021.

Dalam kurun waktu 2017-2021, belanja kesehatan skema asuransi kesehatan swasta didominasi di rumah sakit, dengan rata-rata proporsi belanja sekitar 79,7 persen terhadap total belanja pada skema tersebut (Gambar 26). Pada tahun 2019, belanja di rumah sakit mengalami kenaikan, yaitu sebesar 24,2 persen dibandingkan belanja tahun 2018. Belanja tersebut selanjutnya mengalami penurunan sekitar -8,4 persen pada tahun 2020 dan mengalami kenaikan kembali

sebesar 11,8 persen pada tahun 2021. Belanja pada perusahaan asuransi swasta sendiri sebagai penyedia layanan preventif dan administrasi memiliki kontribusi belanja secara rata-rata sebesar 15,0 persen terhadap total belanja skema asuransi kesehatan swasta tahun 2017-2021. Provider preventif dan administrasi yang dimaksud berkaitan dengan peran perusahaan asuransi swasta dalam kegiatan manajemen dan operasional untuk penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi peserta asuransi.

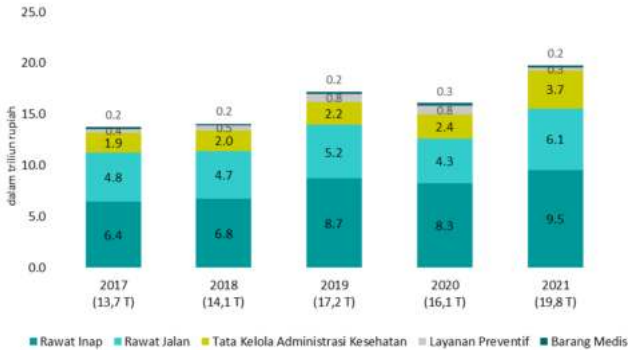


Gambar 26. Belanja Kesehatan Skema Asuransi Kesehatan Swasta berdasarkan Penyedia Layanan, 2012-2021

Selanjutnya, belanja kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), meliputi klinik atau praktik tenaga kesehatan (dokter/dokter gigi/bidan, dll), rata-rata sekitar 4,2 persen terhadap total belanja skema asuransi kesehatan swasta tahun 2017-2021. Belanja pada FKTP mengalami kenaikan pada tahun 2019 sebesar 17,8 persen, namun terjadi penurunan di tahun 2020 sebesar -10,6 persen dan terjadi kenaikan kembali sebesar 169,2 persen pada belanja tahun 2021. Terdapat juga porsi kecil belanja pada toko obat dan alat kesehatan dengan proporsi rata-rata sekitar 1,2 persen pada tahun 2017-2021.

Data menunjukkan bahwa hampir setengah dari belanja skema asuransi kesehatan swasta digunakan untuk layanan rawat inap dengan proporsi rata-rata sebesar 49,1 persen tahun 2017-2021 (Gambar 27). Pada saat pandemi Covid-19 tahun 2020, terjadi

pertumbuhan negatif belanja layanan rawat inap sebesar -5,1 persen dibandingkan tahun 2019, sebelum kembali meningkat pada tahun 2021 dengan pertumbuhan sekitar 15,2 persen dari belanja kesehatan tahun 2020. Kondisi yang sama terjadi pada belanja layanan rawat jalan yang mengalami penurunan sebesar -17,4persen pada belanja tahun 2020. Belanja layanan rawat jalan tersebut kembali meningkat pada tahun 2021, yaitu sekitar 40,2 persen dibanding belanja tahun sebelumnya. Secara rata-rata, belanja kesehatan untuk layanan rawat jalan mencapai 31,2 persen dari total belanja kesehatan skema asuransi kesehatan swasta tahun 2017-2021.



Gambar 27. Belanja Kesehatan Skema Asuransi Kesehatan Swasta berdasarkan Fungsi Layanan, 2017-2021

Berkaitan dengan belanja fungsi administrasi kesehatan, terdapat kontribusi sebesar rata-rata 15,0 persen pada skema asuransi kesehatan swasta selama tahun 2017-2021. Selain itu, terdapat fungsi layanan preventif dengan kontribusi sebesar 3,5 persen terhadap total belanja skema asuransi kesehatan swasta pada periode yang sama. Layanan preventif tersebut mencakup layanan imunisasi dan/atau vaksinasi, layanan pemasangan alat kontrasepsi, layanan pemeriksaan kesehatan rutin, dan test Covid-19, khususnya pada tahun 2020 dan 2021. Rata-rata hanya sekitar 1,2 persen belanja kesehatan skema asuransi kesehatan swasta dalam kurun waktu 2017-2021 digunakan untuk barang medis, baik untuk menebus resep obat maupun pembelian alat kesehatan seperti kacamata, alat bantu gerak, serta alat bantu dengar.

2) Skema Korporasi

Skema korporasi merupakan salah satu skema pembiayaan kesehatan yang mencakup seluruh biaya yang dikeluarkan perusahaan dalam memberikan jaminan kesehatan bagi karyawannya diluar mekanisme asuransi (BPJS Kesehatan dan/ atau ketenagakerjaan, serta asuransi swasta). Perusahaan yang dimaksud dapat berupa Badan Usaha Milik Negara (BUMN) maupun perusahaan swasta. Belanja yang dihitung dalam skema korporasi antara lain berupa mekanisme kerjasama antara perusahaan dengan fasilitas kesehatan, kepemilikan fasilitas kesehatan, penggantian biaya pelayanan kesehatan (*reimbursement*), dan belanja kesehatan lainnya yang diselenggarakan sendiri oleh perusahaan (*self-insured*)¹. Sementara itu, belanja yang dikeluarkan oleh perusahaan untuk penyelenggaraan asuransi kesehatan tidak dihitung dalam skema korporasi.



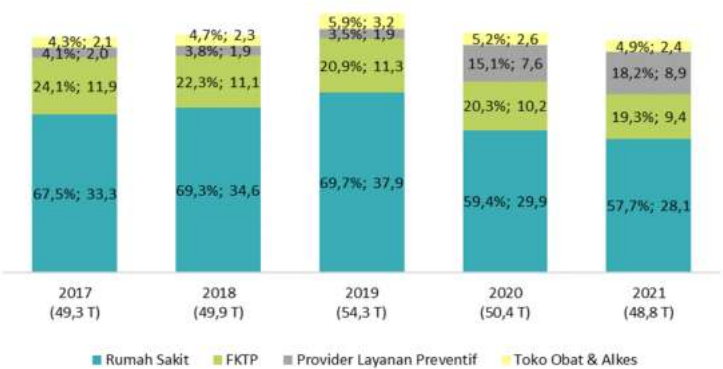
Gambar 28. Tren Agregat Belanja Kesehatan Skema Korporasi Atas Dasar Harga Berlaku dan Harga Konstan (Rp Triliun), 2012-2021

(Sumber: Data GDP Deflator dipublikasikan oleh World Bank ²Atas dasar harga konstan tahun 201

Gambar 28 merupakan tren belanja kesehatan skema korporasi tahun 2012-2021 Atas Dasar Harga (ADH) berlaku dan konstan. Terlihat pertumbuhan belanja yang cenderung fluktuatif. Berdasarkan harga berlaku, total belanja kesehatan skema korporasi tahun 2021 adalah

sebesar Rp48,8 triliun, atau turun sebesar 3,2% dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Jika dilihat berdasarkan harga konstan, penurunan belanja skema korporasi pada tahun 2021 terlihat lebih besar, yaitu mencapai 8,7% dari tahun sebelumnya. Penurunan tersebut dapat dipicu oleh adanya penurunan pertumbuhan rerata jumlah tenaga kerja sektor formal sebesar -2,5% berdasarkan hasil Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) bulan Februari 2021 dan Agustus 2021^{8,9}. Selain itu, data BPS juga menunjukkan bahwa pada tahun 2021 terdapat 21,32 juta orang (10,32% penduduk usia kerja) yang terdampak Covid-19 dimana sebanyak 1,82 juta di antaranya dilaporkan berhenti bekerja akibat Covid-19 dan 1,39 juta lainnya berstatus sementara tidak bekerja akibat Covid-19¹⁰.

Belanja kesehatan skema korporasi dapat dilihat menurut berbagai dimensi sesuai panduan SHA 2011. Dimensi-dimensi tersebut antara lain sumber dana, agen pembiayaan, provider atau penyedia layanan kesehatan, dan fungsi layanan kesehatan. Berdasarkan sumber dana, belanja skema korporasi seluruhnya bersumber dari perusahaan itu sendiri. Sementara berdasarkan agen pembiayaan, seluruh belanja skema korporasi juga dikelola oleh perusahaan itu sendiri. Selanjutnya, gambaran belanja kesehatan skema korporasi menurut provider dan fungsi layanan dapat dilihat pada Gambar 29 dan 30.



Gambar 29. Tren Belanja Kesehatan Skema Korporasi berdasarkan Penyedia Layanan (Rp Triliun), 2017-2021

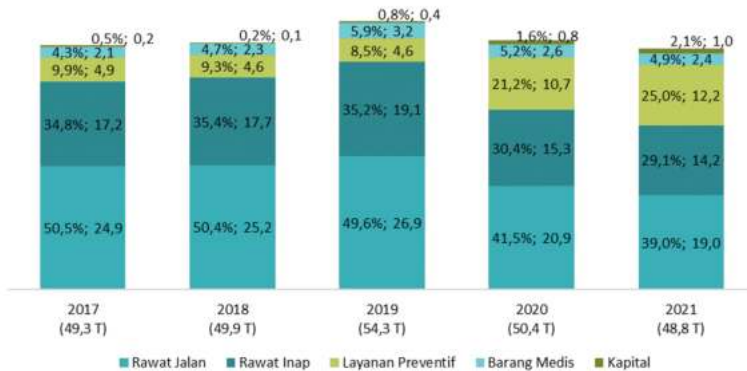
Gambar 29 menunjukkan tren belanja kesehatan skema korporasi menurut provider selama tahun 2017-2021. Berdasarkan gambar tersebut, terlihat bahwa belanja skema korporasi dari tahun ke tahun mayoritas digunakan di provider rumah sakit, meskipun secara nominal terjadi penurunan dari Rp33,3 triliun pada tahun 2017 menjadi Rp28,1 triliun pada tahun 2021. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh adanya kondisi pandemi yang menyebabkan penurunan kunjungan pasien non-Covid di rumah sakit, sedangkan perawatan pasien Covid-19 di rumah sakit itu sendiri dibiayai oleh pemerintah melalui skema Kemenkes¹¹.

Belanja terbesar kedua pada skema korporasi dilakukan di provider FKTP yang mencakup klinik, puskesmas, maupun praktik dokter mandiri. Belanja pada provider FKTP di tahun 2021 sebesar 19,3% (Rp9,4 triliun). Sama halnya dengan belanja di rumah sakit, belanja di FKTP pada skema korporasi juga terjadi penurunan dibandingkan dengan belanja di tahun 2017 yang mencapai Rp11,9 triliun.

Kondisi yang berbeda terlihat pada belanja di provider layanan preventif, yaitu ketika perusahaan itu sendiri memberikan pelayanan preventif kepada karyawan. Pelayanan tersebut dapat berupa program kesehatan dan keselamatan kerja (K3), surveilans penyakit, promosi kesehatan, dan pemeriksaan penyakit tertentu dalam rangka deteksi dini. Selama dua tahun terakhir terlihat adanya peningkatan belanja yang substansial pada provider tersebut, yaitu pada tahun 2020 mencapai sebesar 15,1% (Rp7,6 triliun) dan meningkat menjadi 18,2% (Rp8,9 triliun) pada tahun 2021. Hasil studi penelusuran belanja kesehatan pada perusahaan BUMN dan swasta menunjukkan bahwa belanja untuk memberikan pelayanan preventif di perusahaan meningkat terutama untuk upaya pencegahan dan pengendalian Covid-19¹².

Belanja pada provider toko obat dan alat kesehatan cenderung stagnan dari tahun ke tahun. Belanja pada provider toko obat dan alat kesehatan dapat berupa pembelian obat, suplemen, vitamin, bahan medis, dan alat kesehatan secara langsung ke apotek, toko

obat, maupun toko alat kesehatan tanpa melalui rumah sakit atau FKTP. Belanja pada provider ini diestimasi sebesar Rp2,4 triliun atau 4,9% dari total belanja skema korporasi tahun 2021.



Gambar 30. Tren Belanja Kesehatan Skema Korporasi berdasarkan Fungsi Layanan (Rp Triliun), 2017-2021

Gambar 30 merupakan gambaran belanja korporasi menurut fungsi layanan kesehatan. Sejak tahun 2017, gambaran belanja menurut fungsi layanan cenderung identik yaitu yang terbesar adalah rawat jalan, diikuti rawat inap, layanan preventif, barang medis, dan belanja investasi (kapital). Gambaran yang sedikit berbeda terlihat pada belanja dua tahun terakhir dimana terlihat adanya penurunan proporsi belanja pada layanan kuratif, baik rawat inap maupun rawat jalan sedangkan belanja layanan preventif justru meningkat secara substansial.

Pada umumnya, belanja layanan rawat jalan dan rawat inap yang dikeluarkan oleh perusahaan merupakan mekanisme *reimbursement* untuk mengganti biaya perawatan karyawan yang tidak dijamin oleh asuransi atau apabila terdapat selisih pembayaran dari biaya yang dijamin oleh asuransi. Selain itu, untuk layanan rawat jalan dapat juga diberikan oleh perusahaan di klinik maupun balai kesehatan yang ada di perusahaan¹². Pada tahun 2021, belanja untuk layanan

rawat jalan pada skema korporasi mencapai Rp19,0 triliun (39,0%) sedangkan belanja rawat inap sebesar Rp14,2 triliun (29,1%).

Belanja layanan preventif pada skema korporasi antara lain berupa layanan imunisasi/vaksinasi, pemeriksaan kehamilan dan keluarga berencana, *medical check-up*, dan program K3. Selain itu, sejak tahun 2020 terdapat pula belanja dalam upaya pencegahan dan pengendalian Covid-19 di lingkungan perusahaan, antara lain berupa pemeriksaan *Polymerase Chain Reaction* (PCR) dan *rapid test* saat karyawan melaksanakan *Work from Office* (WFO)¹². Besaran belanja layanan preventif skema korporasi pada tahun 2021 mencapai Rp12,2 triliun (25,0%), meningkat dibandingkan belanja tahun 2020 dimana belanja layanan preventifnya sebesar Rp10,7 triliun (21,2%). Berdasarkan hasil triangulasi, peningkatan tersebut dipicu oleh adanya kenaikan belanja deteksi dini Covid-19 bagi karyawan.

Fungsi layanan lainnya dari belanja kesehatan skema korporasi adalah barang medis dan belanja kapital dimana total belanjanya pada tahun 2021 masing-masing sebesar Rp2,4 triliun (4,9%) dan Rp1,0 triliun (2,1%). Belanja barang medis pada skema korporasi tersebut mencakup pengadaan obat, vitamin dan suplemen, baik yang diadakan oleh perusahaan maupun yang dibeli melalui *Over the Counter* (OTC) oleh karyawan dan dibayarkan oleh perusahaan melalui mekanisme *reimbursement*. Selain itu, belanja tersebut juga mencakup pembelian alat kesehatan sepertiacamata, alat bantu gerak, atau alat kesehatan lainnya yang dibeli secara OTC oleh karyawan dan kemudian di-*reimburse* oleh perusahaan karena tidak dijamin oleh asuransi. Sementara itu, belanja kapital pada skema korporasi mencakup pengadaan ambulans, tensimeter, dan pengadaan tempat tidur pada klinik milik perusahaan. Selain itu, hasil studi penelusuran perusahaan menunjukkan bahwa pada masa pandemi terdapat pula belanja kapital di perusahaan berupa pengadaan termometer, *oximeter*, dan bilik desinfektan, serta pembangunan fasilitas cuci tangan¹².

Agregat belanja kesehatan skema korporasi tahun 2021 diestimasi berdasarkan agregat belanja kesehatan skema korporasi tahun

2020 yang ditumbuhkan sejalan dengan pertumbuhan rerata total pengeluaran jaminan kesehatan perusahaan per tenaga kerja tahun 2021 berdasarkan data non-rilis BPS. Hasil estimasi tersebut juga dikurangi dengan data iuran JKN badan usaha dan premi asuransi kesehatan swasta badan usaha tahun 2021 guna menghindari *double counting* dengan skema lain. Perhitungan disagregat dilakukan dengan menggunakan struktur hasil studi penelusuran belanja perusahaan BUMN dan swasta tahun 2021 yang dilakukan oleh Pusjak PDK. Gambaran agregat dan disagregat belanja kesehatan skema korporasi yang disajikan diatas telah di-triangulasikan dengan berbagai *stakeholders* terkait, antara lain BPS, Kementerian BUMN, dan beberapa perusahaan.

3) Skema LNPR

Suatu institusi nirlaba atau lembaga non-profit memiliki mekanisme pembiayaan kesehatan yang diperoleh melalui sumbangan dari berbagai sumber dana, meliputi sumber pembiayaan domestik (masyarakat, perusahaan, pemerintah, LNPR) dan pembiayaan donor luar negeri. Sumbangan tersebut disalurkan dalam bentuk uang, barang, atau jasa untuk mendanai jenis layanan tertentu. Mekanisme pembiayaan kesehatan ini meliputi biaya untuk staf/pegawai maupun biaya langsung untuk penyelenggaraan kegiatan kesehatan. Estimasi belanja kesehatan mencakup belanja pada LNPR sebagai entitas legal atau sosial yang berbentuk perorangan atau kelompok masyarakat, serta tidak dikendalikan pemerintah dalam rangka menyediakan barang/jasa secara gratis atau dengan harga yang tidak signifikan secara ekonomi bagi anggotanya/rumah tangga/kelompok masyarakat¹³.

Penyajian gambaran belanja kesehatan skema LNPR antartahun bersumber dari berbagai data. Estimasi belanja kesehatan skema LNPR pembiayaan domestik, diperoleh dari berbagai sumber antara lain data konsumsi LNPR, Produk Domestik Bruto (PDB) menurut pengeluaran, dan Pembentukan Modal Tetap Bruto (PMTB) dalam neraca LNPR. Hasil estimasi tersebut juga telah di triangulasi

dengan data non-rilis dari BPS yang dikumpulkan untuk kebutuhan penyusunan neraca LNPRT. Pada data tersebut terdapat informasi tentang proporsi konsumsi kesehatan LNPRT terhadap keseluruhan konsumsi LNPRT. Melalui *Focus Group Discussion* (FGD) dengan LNPRT lokal diperoleh informasi rinci pemanfaatan belanja kesehatan LNPRT menurut provider dan fungsi layanan. Estimasi belanja kesehatan skema LNPRT bersumber pembiayaan luar negeri, data agregat belanja maupun data rincian belanja menurut provider dan fungsi diperoleh dari mitra pembangunan Kementerian Kesehatan .

Data menunjukkan bahwa pada tahun 2021, estimasi belanja kesehatan skema LNPRT sebesar Rp7,0 triliun atau mengalami pertumbuhan negatif sekitar -1,6% dibandingkan belanja tahun 2020 (Rp7,1 triliun). Belanja kesehatan skema LNPRT mewakili sekitar 1,0% dari total belanja kesehatan tahun 2021 (atas dasar harga berlaku). Mengacu pada nilai konstan, belanja kesehatan tahun 2021 mencapai Rp5,9 triliun atau menurun sekitar 7,2% dibandingkan belanja tahun sebelumnya (Rp6,4 triliun). Belanja kesehatan skema LNPRT tahun 2012-2021 cenderung fluktuatif dengan pertumbuhan belanja tertinggi terjadi pada tahun 2015 (43,4 persen) dan tahun 2020 (23,8%) dalam nilai konstan (Gambar 31).

Tingginya belanja kesehatan pada tahun 2020 disebabkan karena meningkatnya belanja layanan kesehatan dan obat-obatan selama masa pandemi, terutama pada LNPRT yang memiliki kegiatan usaha utama bukan kesehatan. Sebagai contoh, terdapat LNPRT yang bergerak pada kegiatan utama keagamaan, partai politik, dll, memiliki konsumsi kesehatan yang meningkat substansial pada tahun 2020. Pada masa pandemi Covid-19, solidaritas masyarakat Indonesia untuk berdonasi meningkat. Pembiayaan bersumber donasi yang umumnya bersifat fleksibel dan cepat, sangat bermanfaat dan dibutuhkan pada celah pembiayaan yang tidak memerlukan instruksi pemerintah, serta dibutuhkan pada komunitas kecil atau populasi yang paling rentan¹⁴.

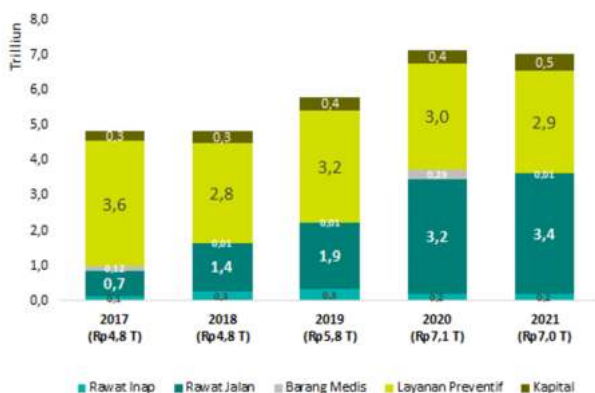


Gambar 31. Belanja Kesehatan Skema LNPRT berdasarkan Harga Berlaku dan Harga Konstan, 2012-2021

(Sumber: Badan Pusat Statistik, Hasil Survei Khusus Lembaga Non-Profit (SKLNP), 2015-2019; Pengumpulan Data Mitra Pembangunan Kemenkes Tahun 2018-2021 (Diolah tim NHA))

Seluruh belanja kesehatan dikelola langsung oleh LNPRT, sebagai contoh LNPRT antara lain Yayasan Spritia, Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia (PERDHAKI), Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI, Dompot Dhuafa, Badan Amil Zakat Nasional, Komunitas Taufan, Yayasan Alzheimer Indonesia, dan sebagainya. Mayoritas pembiayaan kesehatan LNPRT bersumber dari kontribusi pembiayaan domestik, yaitu 93,9% dari total belanja kesehatan skema LNPRT tahun 2021 atau sekitar Rp6,6 triliun. Dari sejumlah belanja skema LNPRT bersumber domestik tersebut, sumber dana pemerintah berkontribusi sebesar 34,7% (Rp2,3 triliun); sebesar 32,9% (Rp2,2 triliun) bersumber rumah tangga; sekitar 22,9% (Rp1,5 triliun) bersumber perusahaan; dan sebanyak 9,5% (Rp0,6 triliun) bersumber dari anggota LNPRT. Sumber pembiayaan asing dari donor luar negeri juga berkontribusi sebesar 6,1% dari total belanja kesehatan skema LNPRT tahun 2021 atau mencapai Rp0,4 triliun. Sebagai contoh donor luar negeri dalam belanja kesehatan skema LNPRT meliputi dana Global Fund yang disalurkan langsung ke Yayasan Spritia untuk penyelenggaraan program terkait HIV-AIDS.

Pada masa sebelum pandemi Covid-19, belanja kesehatan skema LNPRT tertinggi secara konsisten digunakan pada provider preventif dan administrasi dengan proporsi rata-rata sekitar 68,1% dari total belanja kesehatan skema LNPRT tahun 2017-2019 (Gambar 32). Provider preventif dan administrasi yang dimaksud adalah berbagai LNPRT yang berperan sebagai penyelenggara kegiatan/ program/ layanan preventif, seperti promosi kesehatan, deteksi dini penyakit, pemantauan status kesehatan, dan sebagainya. Sebagai contoh, Komunitas Penabulu-STPI menyelenggarakan kegiatan deteksi dini penyakit TB kepada masyarakat di salah satu kota di Indonesia bersumber dari dana Global Fund, Dompot Dhuafa menyelenggarakan kegiatan promosi kesehatan untuk pencegahan Covid-19 dengan membagikan masker gratis yang bersumber dari sumbangan masyarakat.

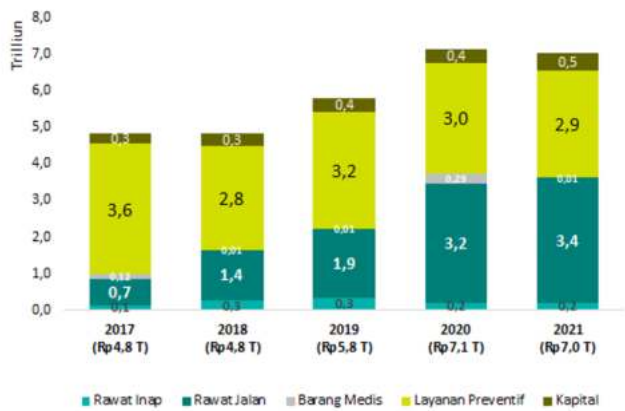


Gambar 32. Belanja Kesehatan Skema LNPRT berdasarkan Penyedia Layanan, 2017-2021

Pada masa pandemi Covid-19 yaitu pada tahun 2020 dan 2021, belanja kesehatan cenderung diarahkan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dengan proporsi rata-rata sekitar 51% terhadap total belanja kesehatan LNPRT tahun 2020 dan 2021, contohnya LNPRT yang menyediakan akses pengobatan gratis bagi masyarakat melalui penyelenggaraan klinik/ posko pengobatan yang

disponsori oleh dana Corporate Social Responsibility (CSR) suatu perusahaan. Selain itu, terdapat juga porsi kecil belanja kesehatan skema LNPRT di provider Rumah Sakit dengan proporsi rata-rata sekitar 5,8%, serta Toko Obat dan Alkes dengan proporsi rata-rata sekitar 1,4% selama tahun 2017-2021. Data menunjukkan bahwa belanja tertinggi pada Toko Obat dan Alkes terjadi pada tahun 2020 yang mengalami kenaikan besar dibandingkan tahun sebelumnya.

Gambaran belanja kesehatan skema LNPRT menurut fungsi layanan mengungkapkan bahwa belanja paling tinggi digunakan untuk layanan preventif, kecuali pada tahun 2020 dan 2021 dimana kondisi pandemi Covid-19 telah mendorong peningkatan belanja pada layanan rawat jalan (Gambar 33). Belanja layanan rawat jalan secara rata-rata memiliki proporsi sebesar 47,0% terhadap total belanja skema LNPRT tahun 2020 dan 2021, dan sebesar 25,4% terhadap total belanja skema LNPRT tahun 2017-2019. Peningkatan layanan rawat jalan tersebut dipicu karena LNPRT melakukan perluasan wilayah dalam menyelenggarakan layanan pengobatan dan konsultasi dokter gratis, khitanan massal, serta penyediaan dan pembagian kit obat. Target sasaran kegiatan tersebut terutama pada masyarakat kurang mampu di berbagai kabupaten/kota di Indonesia.



Gambar 33. Belanja Kesehatan Skema LNPRT berdasarkan Fungsi Layanan, 2012-2021

Secara rata-rata, proporsi belanja layanan preventif mencapai 54,1% terhadap total belanja skema LNPRT tahun 2017-2021. Layanan preventif tersebut didominasi oleh kegiatan promosi kesehatan, dan untuk kegiatan preventif lainnya meliputi layanan imunisasi, deteksi dini penyakit, pemantauan status kesehatan, surveilans epidemiologi dan pengendalian penyakit, serta belanja operasional dalam penyelenggaraan program preventif. Termasuk dalam layanan preventif, yaitu pembagian kit hygiene dan kit multivitamin kepada masyarakat selama masa pandemi Covid-19. Selanjutnya, terdapat belanja kapital dengan proporsi rata-rata 6,3% terhadap total belanja skema LNPRT tahun 2017-2021, antara lain terkait pembelian ambulans, pembangunan jamban sehat, pembelian alat kesehatan untuk layanan di posko kesehatan, dan lainnya. Terdapat juga layanan rawat inap dengan proporsi belanja secara rata-rata sebesar 4,1% terhadap total belanja kesehatan skema LNPRT 2017-2021. Sebagai contoh layanan rawat inap tersebut adalah program operasi katarak gratis yang diselenggarakan oleh LNPRT bekerjasama dengan Rumah Sakit. Selain itu, terdapat fungsi barang medis terkait penyediaan dan pembagian obat serta alat kesehatan (kacamata, kursi roda, alat bantu dengar, dll) dengan proporsi rata-rata sebesar 1,4% terhadap total belanja kesehatan skema LNPRT tahun 2017-2021.

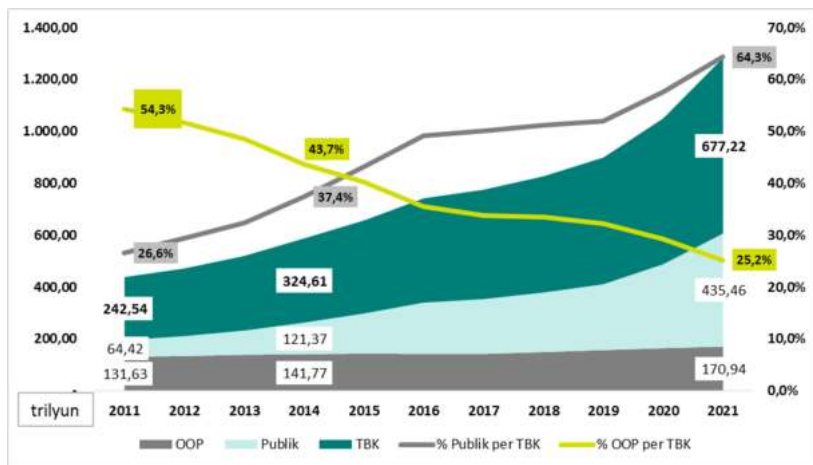
1) Skema Pembiayaan Rumah Tangga (*Out-of-Pocket/OOP*)

Belanja kesehatan rumah tangga (*Out-of-Pocket/ OOP*) dalam kerangka NHA merupakan pengeluaran untuk barang dan jasa kesehatan yang dikeluarkan oleh rumah tangga, tidak termasuk penggantian biaya dari pihak ketiga (*reimburse*), bantuan subsidi (*transfer*) dan belanja jaminan kesehatan (*asuransi*). Estimasi belanja kesehatan skema OOP belum bisa menggunakan data administratif/ data rutin, sehingga pendekatan terbaik untuk mendapatkan angka agregat menggunakan data Pengeluaran Konsumsi Rumah Tangga (PKRT) Kesehatan dari Badan Pusat Statistik (BPS). Selanjutnya, untuk disagregasi belanja kesehatan skema OOP, menggunakan struktur hasil Susenas Maret sehingga diperoleh rincian belanja berdasarkan

penyedia layanan (rumah sakit, FKTP, toko obat/alkes) dan fungsi (kuratif, preventif, obat).

Gambar 34 menampilkan estimasi belanja kesehatan skema OOP tahun 2021 sebesar Rp170,94 triliun atau 25,2% dari total belanja kesehatan. Dalam kurun waktu 1 dekade terakhir, tren proporsi belanja kesehatan OOP menurun dari 54,3% (2010) menjadi 25,2% (2021), meskipun secara nominal trennya terus meningkat.

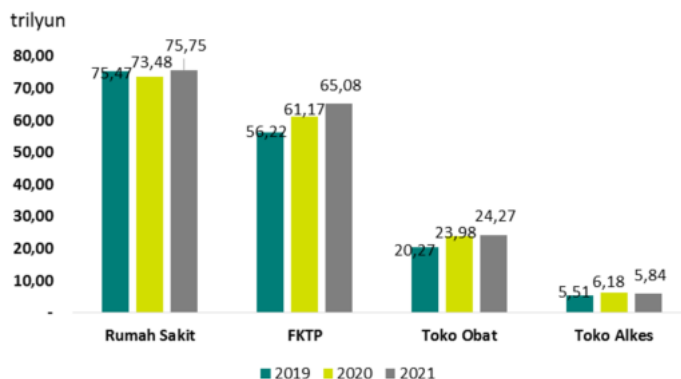
Fenomena penurunan proporsi belanja OOP dapat dijelaskan dengan melihat peningkatan belanja publik dan adanya implementasi program JKN sejak tahun 2014. Adanya implementasi program JKN, menjadikan rumah tangga atau masyarakat tidak lagi melakukan pembayaran atas pelayanan kesehatan yang diterimanya dengan kata lain masyarakat terlindungi secara finansial. Secara lebih rinci dapat dilihat dalam grafik berikut:



Gambar 34. Gambaran Belanja Kesehatan OOP, Belanja Publik dan Total Belanja Kesehatan, 2011-2021

(Sumber: Olahan data NHA 2021)

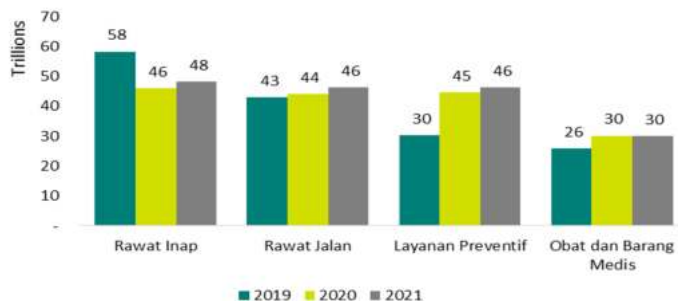
Berdasarkan penyedia layanan, belanja kesehatan skema OOP paling banyak dibelanjakan di rumah sakit, terutama untuk rawat inap di rumah sakit swasta (gambar 35). Pada tahun 2020, terjadi penurunan belanja rumah tangga di rumah sakit, yang dimungkinkan sebagai dampak pembatasan mobilitas masyarakat selama pandemi. Secara rinci, dapat dilihat dalam grafik sebagai berikut:



Gambar 35. Belanja Kesehatan Skema OOP berdasarkan Penyedia Layanan, 2019-2021

(Sumber: Olahan data NHA 2021)

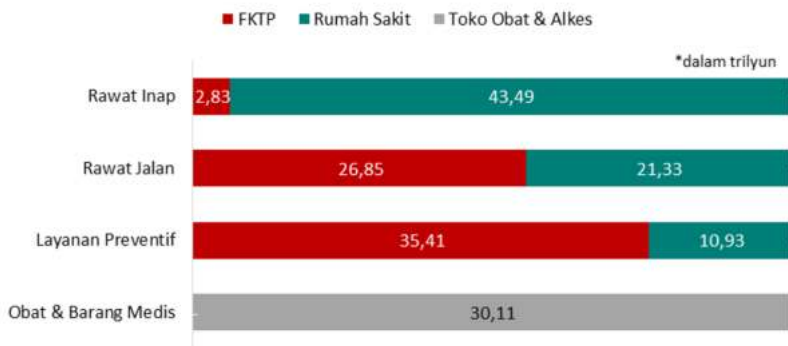
Belanja OOP berdasarkan fungsi di masa pandemi (2020-2021) pada gambar 36 menunjukkan penurunan pada belanja rawat inap dan peningkatan signifikan untuk preventif, cenderung stagnan untuk obat dan barang medis. Secara rinci dapat dilihat dalam grafik sebagai berikut:



Gambar 36. Belanja Kesehatan Skema OOP berdasarkan Fungsi Layanan, 2019-2021

(Sumber: Olahan data NHA 2021)

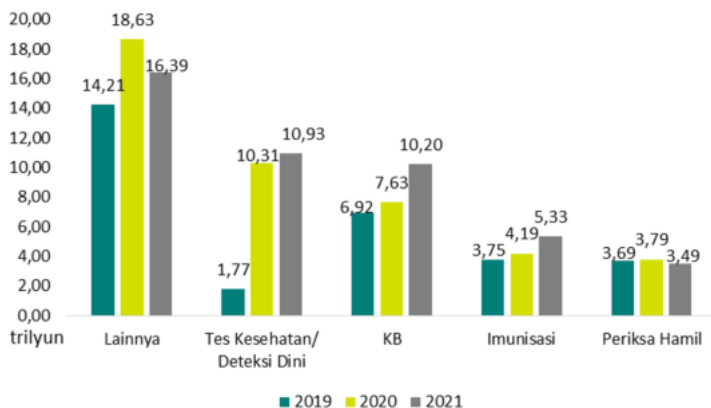
Pada tahun 2021, belanja OOP paling besar adalah untuk rawat inap di rumah sakit, layanan preventif di FKTP, serta obat yang dibeli di apotek maupun toko obat eceran. Belanja obat pada OOP mencakup belanja obat dengan resep dan tanpa resep (gambar 37). Untuk belanja obat dengan resep pada OOP, belum dapat dipisahkan antara obat tersebut untuk layanan rawat inap atau rawat jalan. Secara lebih rinci, dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 37. Belanja Kesehatan Skema OOP berdasarkan Penyedia Layanan dan Fungsi Layanan tahun 2021

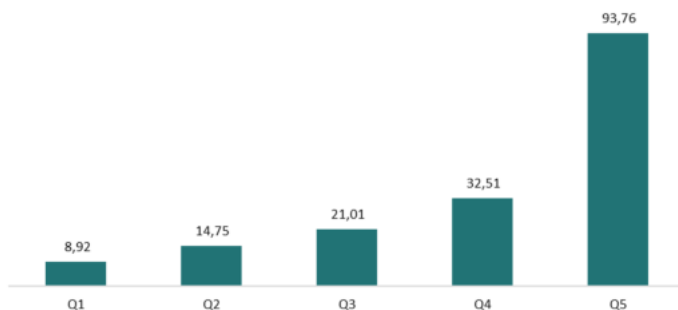
(Sumber: Olahan data NHA 2021)

Belanja fungsi preventif yang dibelanjakan sendiri oleh masyarakat antara lain untuk pelayanan Keluarga Berencana/KB (alat kontrasepsi, jasa konsultasi, dan sebagainya), imunisasi, pemeriksaan kehamilan, tes kesehatan/deteksi dini/*Medical Check-Up* (MCU) dan fungsi preventif lainnya (gambar 38). Belanja fungsi preventif lainnya merupakan belanja terbanyak yang dikeluarkan oleh rumah tangga, tetapi belum dapat dirinci lebih lanjut besarnya. Berdasarkan struktur data Susenas Maret, fungsi preventif lainnya merupakan belanja untuk pembelian vitamin, jamu, kebugaran dan preventif lainnya. Pada masa pandemi, terjadi kenaikan signifikan untuk fungsi MCU seperti dalam grafik berikut:



Gambar 38. Belanja Kesehatan Skema OOP berdasarkan Fungsi Preventif (Dalam triliun Rupiah), 2019-2021
(Sumber: Olahan data NHA 2021)

Berdasarkan Kuintil, belanja kesehatan OOP paling besar dikeluarkan pada kelompok masyarakat mampu (Q5). Hal ini mengindikasikan adanya kemampuan bayar pada kelompok masyarakat mampu untuk akses pelayanan kesehatan. Belanja OOP pada kelompok masyarakat mampu (Q5) diestimasikan sebesar Rp93,76 triliun, atau 54,85% dari total belanja OOP. Distribusi belanja antar kuintil dapat dilihat dalam gambar 39 sebagai berikut:

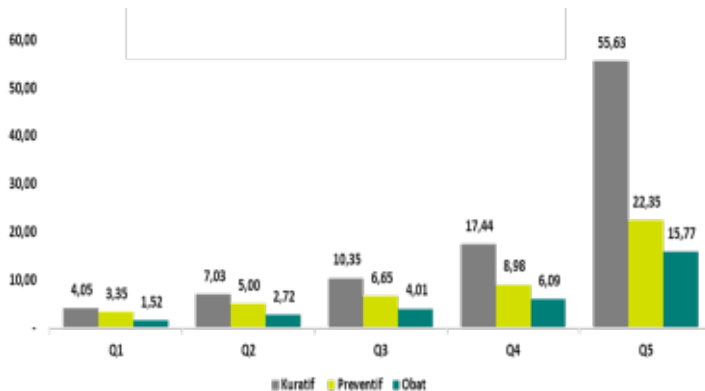


Gambar 39. Total Belanja OOP berdasarkan Kuintil (Rp Triliun) Tahun 2021
(Sumber: Olahan data NHA 2021)

Semakin tinggi kuintil pendapatan rumah tangga, semakin tinggi belanja OOP. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Vietnam oleh Minh, dkk. (2012) dan di Kongo Wang, dkk. (2016) bahwa semakin tinggi kuintil pendapatan, semakin tinggi belanja OOP^{15,16}. Artinya semakin tinggi kuintil pendapatan, semakin mampu untuk membayar pelayanan kesehatan dengan uang sendiri^{15,16}.

Sementara itu, untuk kuintil terbawah/masyarakat miskin dan tidak mampu (Q1), pemerintah telah memberikan jaminan kesehatan berupa pembayaran iuran JKN kepada BPJS Kesehatan. Hal ini akan memberikan perlindungan finansial bagi rumah tangga yang berada pada kuintil terbawah (Q1) dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Selanjutnya, apabila dilihat lebih jauh, belanja OOP pada kelompok masyarakat mampu (Q5) banyak dihabiskan untuk pelayanan kuratif, baik di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut. Besarannya mencapai 59,3% dari total belanja OOP pada kelompok Q5. Secara rinci dapat dilihat dalam gambar 40 sebagai berikut:



Gambar 40. Total Belanja OOP Berdasarkan Fungsi dan Kuintil (Rp Triliun) Tahun 2021

(Sumber: Olahan data NHA 2021)

BAB 2

BELANJA COVID-19



Bab 2 | Belanja Covid-19

Poin Utama

- Total belanja kesehatan pemerintah Indonesia untuk penanganan covid 19 pada tahun 2021 mencapai 179T atau 41% dari total belanja skema public yang terdiri dari Skema Kementerian Kesehatan sebesar 164T, Skema Kementerian/Lembaga lain sebesar 23,1 T dan Skema Sub Nasional sebesar 27,4T
- Belanja Covid-19 sebagian besar digunakan untuk pengobatan Rp 83,7 T (klaim penggantian biaya perawatan pasien Covid-19) diikuti oleh belanja vaksinasi Rp 45,4 T
- LKPP melaporkan ada belanja Insentif Perpajakan Kesehatan yang mencapai 14,57T sebagai implikasi Impor alat kesehatan yang mendesak harus diadakan di tahun 2021. Belanja KL Lain yang juga signifikan adalah pengadaan untuk Rumah Sakit dan Wisma Atlet untuk penderita Covid-19 sebesar 1,16 T

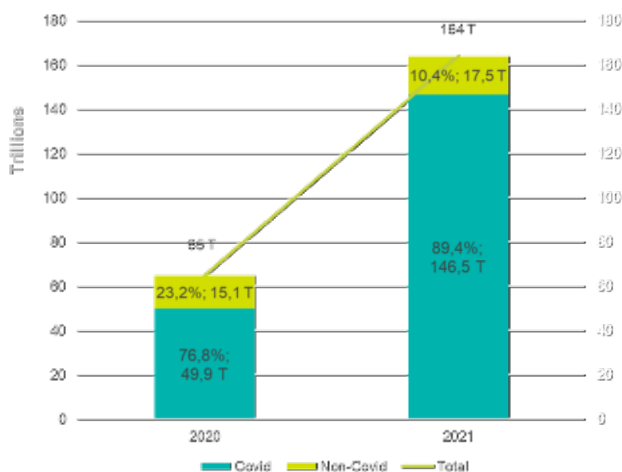
Satu tahun pasca WHO mengumumkan pandemi Covid 19 di tahun 2020, pemerintah Indonesia masih menempatkan penanganan Covid 19 sebagai prioritas mengingat tahun 2021 merupakan awal dari upaya massal vaksinasi selain masih ada penyebaran varian-varian virus baru berikut upaya mitigasinya. Penanganan pandemi ini terus berkembang seiring dengan peningkatan pemahaman dan respons yang lebih baik terhadap situasi yang terus berubah.

NHA mencatat belanja pemerintah untuk penanganan Covid 19 tahun 2021 sebesar 179 T Jumlah tersebut Sebagian besar untuk belanja untuk pembayaran klaim penggantian biaya perawatan pasien Covid-19 dan vaksinasi covid.

Dibawah ini adalah potret komitmen pemerintah Indonesia pada program penanganan covid 19 di tahun 2021 yang tercermin pada belanja Covid 19 menurut sumber pembiayaan pemerintah yang terdiri dari Skema Kemenkes, Skema Kementerian Lain dan Subnational yang dielaborasi hingga ke tingkat desa.

2.1 Skema Kementerian Kesehatan RI

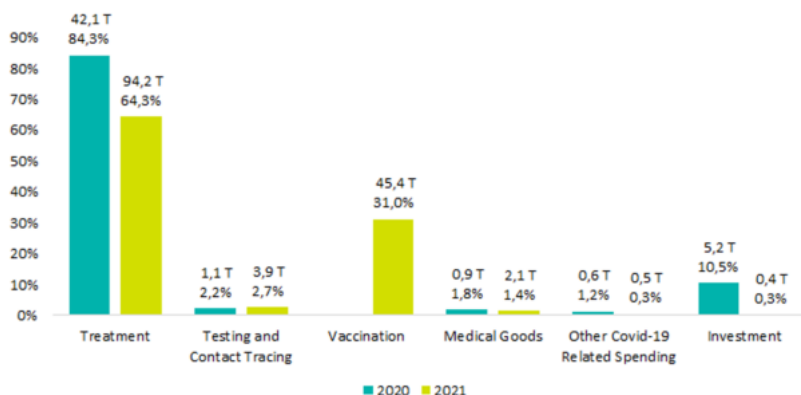
Total belanja kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2021 sebesar Rp164 triliun dimana sebesar 89,4% atau sekitar Rp146,5 triliun dibelanjakan untuk penanganan pandemi Covid-19 dan 10,4% atau sekitar Rp17,5 triliun untuk penanganan non-Covid atau untuk penyakit lain selain Covid-19.



Gambar 41. Total Belanja Covid-19 pada Skema Kementerian Kesehatan, 2020-2021

WHO telah mengeluarkan panduan dalam mengklasifikasikan belanja kesehatan terkait penanganan Covid-19, yang terdiri dari *treatment* (pengobatan), *testing and contact tracing* (tes dan pelacakan kontak), *vaccinations* (vaksinasi), *medical goods* (alat kedokteran), *other Covid-19 related spending* (pengeluaran lainnya).

terkait Covid-19) dan *investment* (Investasi). Berdasarkan klasifikasi tersebut didapatkan gambaran belanja Covid tahun 2021 seperti grafik dibawah ini;

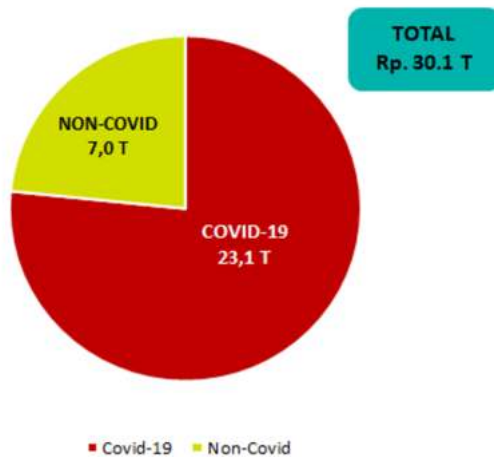


Gambar 42. Rincian Belanja Kesehatan Penanganan Covid-19 pada Skema Kementerian Kesehatan, 2020-2021

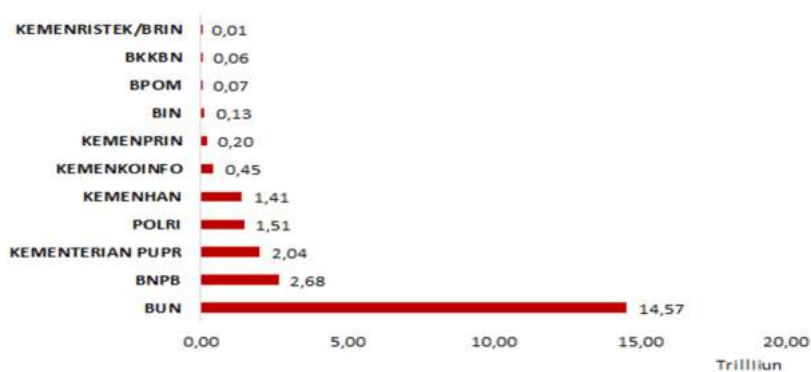
Tahun 2021, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan mengeluarkan dana sebesar 94,2T untuk *treatment* (pengobatan) terutama untuk pembayaran klaim penggantian biaya perawatan pasien Covid-19. Selain jumlah yang besar untuk pengobatan, pemerintah pusat juga bergerak cepat untuk melaksanakan program vaksinasi secara massif. Vaksinasi adalah salah satu program pemerintah dalam menanggulangi penyebaran virus Covid-19. bertujuan untuk membentuk kekebalan kelompok (*herd immunity*) agar masyarakat masyarakat dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara produktif.

2.2 Skema Kementerian/Lembaga Lain

Selain Kementrian Kesehatan, belanja covid juga dilakukan oleh beberapa KL lain. NHA mencatat ada sebesar 23,1 T atau sekitar 76,7% dari total belanja KL lain dikeluarkan untuk membantu pemerintah dalam penanggulangan Covid 19.



Gambar 43. Total Belanja Covid-19 dan Non Covid pada Skema Kementerian / Lembaga lain



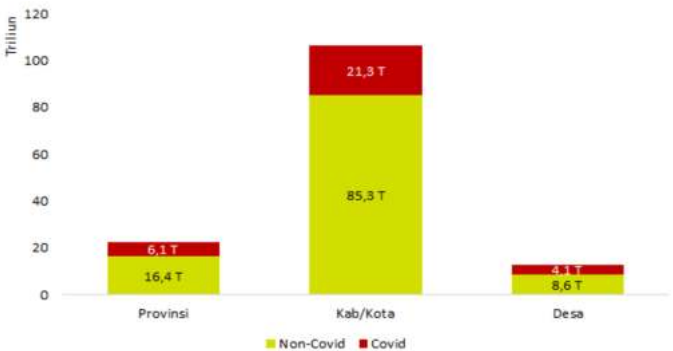
Gambar 44. Total Belanja Covid-19 yang Bersumber dari Kementerian/Lembaga Lain, 2021

Dilihat menurut kementerian/lembaganya, belanja kesehatan tertinggi adalah BUN yang bersumber dari laporan LKPP dengan total belanja sebesar Rp14,57 triliun merupakan belanja Insentif Perpajakan Kesehatan . BNPB sebagai salah satu lembaga yang berperan besar dalam penanganan Covid-19 di tahun 2021 memiliki belanja kesehatan sebesar Rp2,68 triliun dimana belanja terbesar digunakan untuk dukungan operasional RSD Wisma Atlet penanganan Covid-19.

Belanja kesehatan pada Kementerian PUPR juga menyumbang cukup banyak dari total seluruh belanja kesehatan di skema K/L lain dengan total Rp2,04 triliun, di Kementerian PUPR belanja terbanyak digunakan untuk Belanja Modal Gedung dan Bangunan - Penanganan Pandemi Covid-19. Belanja pada K/L tersebut selalu tinggi setiap tahunnya disumbang oleh banyaknya Satker RS yang dimiliki. Selain itu, di tahun 2021 ini juga terdapat belanja penanganan Covid-19 pada Polri dan Kemhan sebesar masing-masing Rp1,51 triliun dan Rp1,41 triliun. Terdapat pula K/L yang berperan menambah belanja kesehatan di tahun 2021, khususnya untuk penanganan Covid-19, yaitu Kementerian Kemenkoinfo (Rp450 miliar), Kemenprin (Rp200 miliar), BIN (Rp130 miliar), BPOM (Rp71 miliar), BKKBN (Rp62 miliar) dan Kemenristek (Rp5,7 miliar).

2.3 Skema Subnasional

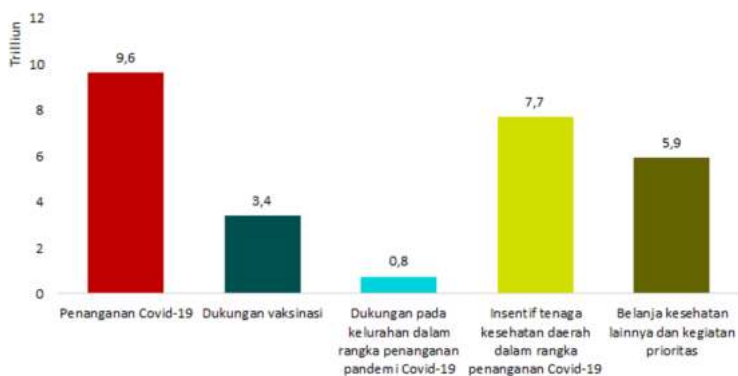
Estimasi Belanja Kesehatan pada Skema Subnasional tahun 2021 adalah Rp141,9 triliun yang terdiri atas belanja Covid Rp31,5 triliun dan belanja Non-Covid Rp110,4 triliun. Estimasi Belanja Covid skema Subnasional terdiri atas belanja Covid pada Pemerintah Provinsi dan Kabupaten Kota Rp27,4 triliun (Provinsi Rp6,1 triliun, Kab/Kota Rp21,3 triliun) dan pada Pemerintah Desa sebesar Rp4,1 triliun.



Gambar 45. Belanja Covid dan Non Covid pada Skema Subnasional, 2021

2.3.1. Estimasi Belanja Covid pada Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota

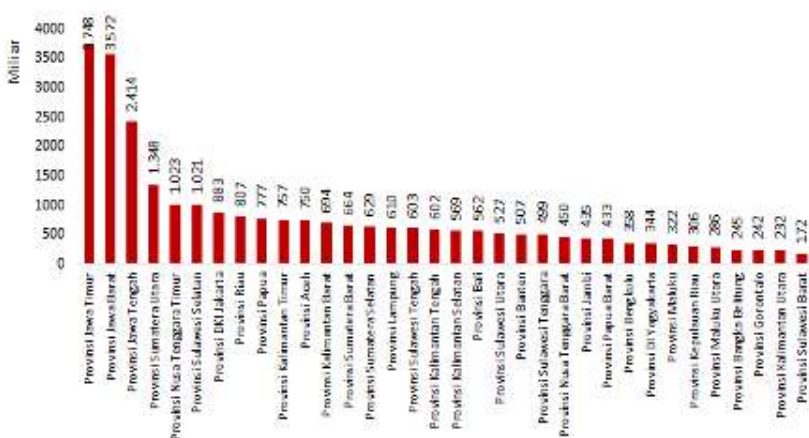
Estimasi belanja kesehatan dalam rangka penanganan Covid-19 di pemerintah provinsi dan kabupaten/kota menggunakan data laporan pencegahan dan/atau penanganan Covid-19 dari Direktorat Transfer Umum (DTU) Kementerian Keuangan dan Direktorat P2KD Kementerian Dalam Negeri. Belanja Penanganan Covid-19 T.A 2021 pada pemerintah provinsi dan kabupaten/kota berasal dari Earmark Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Bagi Hasil (DBH) dan penerimaan umum lainnya sesuai PMK No. 17 Tahun 2021 tentang Pengelolaan Transfer ke Daerah dan Dana Desa Tahun Anggaran 2021 dalam rangka Mendukung Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) dan Dampaknya. Total belanja penanganan Covid-19 di pemerintah provinsi dan kabupaten/kota T.A 2021 adalah sebesar Rp27,4 triliun. Rincian belanja tersebut terdiri dari belanja Penanganan Covid-19 sebesar Rp9,6 triliun, belanja Dukungan Vaksinasi sebesar Rp3,4 triliun, belanja Dukungan pada kelurahan dalam rangka penanganan pandemi Covid-19 sebesar Rp0,8 miliar, belanja Insentif tenaga kesehatan daerah dalam rangka penanganan Covid-19 sebesar Rp7,7 triliun, dan belanja kesehatan lainnya dan kegiatan prioritas sebesar Rp5,9 triliun (Gambar 51).



Gambar 46. Rincian Belanja Kesehatan Penanganan Covid-19 pada Skema Sub Nasional, 2021

(Sumber: Laporan dukungan Belanja Kesehatan untuk Penanganan Covid-19 dan belanja prioritas lainnya yang disampaikan Pemda ke DJPK Kemenkeu. (Per 31 Desember 2021, *update* per 10 Februari 2022))

Gambar 52 dibawah ini menunjukkan belanja Covid-19 di tingkatprovinsi. Belanja Covid-19 tertinggi terdapat pada provinsi Jawa Timur, yaitu sebesar Rp3,7 triliun dimana sebesar Rp976,1 miliar dibelanjakan pada tingkat provinsi diikuti oleh Rp535,6 miliar pada tingkat kota Surabaya, dan sisanya pada kabupaten/kota lain. Belanja Covid-19 terendah terdapat pada provinsi Sulawesi Barat, yaitu sebesar Rp172 miliar dimana sebesar Rp56,9 miliar dibelanjakan pada tingkat provinsi diikuti oleh Rp24,9 miliar pada tingkat Kab. Polewali Mandar, dan sisanya pada kabupaten/kota lain.



Gambar 47. Belanja Kesehatan Penanganan Covid-19 berdasarkan Provinsi, 2021

(Sumber: Laporan dukungan Belanja Kesehatan untuk Penanganan Covid-19 dan belanja prioritas lainnya yang disampaikan Pemda ke DJPK Kemenkeu. (Per 31 Desember 2021, update per 10 Februari 2022))

2.3.2 Estimasi Belanja Covid pada Pemerintah Desa

Belanja Covid 19 juga terdekasi hingga tingkat desa. Estimasi belanja Covid pada Pemerintah Desa menggunakan data yang didapatkan dari Dit. SITP DJPB Kemenkeu dan Kementerian Desa PDTT. Total belanja Covid pada Pemerintah Desa Tahun 2021 adalah sebesar Rp4,1triliun dimana belanja tersebut digunakan untuk fungsi Surveilans Epidemiologi dan Pengendalian Penyakit dan fungsi Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE).

Tabel 2. Pemanfaatan Belanja Covid pada Pemerintah Desa, 2021

Belanja Covid pada Pemerintah Desa	Nilai
Surveilans Epidemiologi dan Pengendalian Penyakit	4.127.668.453.861,00
Program KIE	1.111.130.613,00
Total	4.128.779.584.474,00

BAB 3

BELANJA KESEHATAN PROGRAM PRIORITAS



Bab 3 | Belanja Kesehatan Program Prioritas

Poin Utama

- Trend belanja kesehatan program prioritas mengalami fluktuatif pada tahun 2019-2021 yang disebabkan adanya pandemi covid 19.
- Total belanja hipertensi pada tahun 2021 sebesar Rp3,1 triliun atau terjadi peningkatan sebesar 82,3% dibandingkan belanja hipertensi di tahun 2020 (Rp1,7 triliun).
- Total belanja diabetes melitus pada tahun 2021 sebesar Rp4,2 triliun atau terjadi peningkatan sebesar 5% dibandingkan belanja diabetes melitus di tahun 2020 (Rp4 triliun).
- Total belanja TB pada tahun 2021 sebesar Rp2,64 triliun atau terjadi peningkatan sebesar 2,7% dibandingkan belanja TB di tahun 2020 (Rp2,57 triliun).
- Total belanja untuk ANC tahun 2021 sebesar Rp780 miliar atau terjadi peningkatan sebesar 5,4% dibandingkan belanja untuk ANC pada tahun 2020 (Rp740 miliar).
- Total belanja untuk program gizi tahun 2021 sebesar Rp1,67 triliun atau terjadi penurunan sebesar 35,7% dibandingkan tahun 2020 (Rp2,6 triliun).

3.1 Belanja untuk Hipertensi

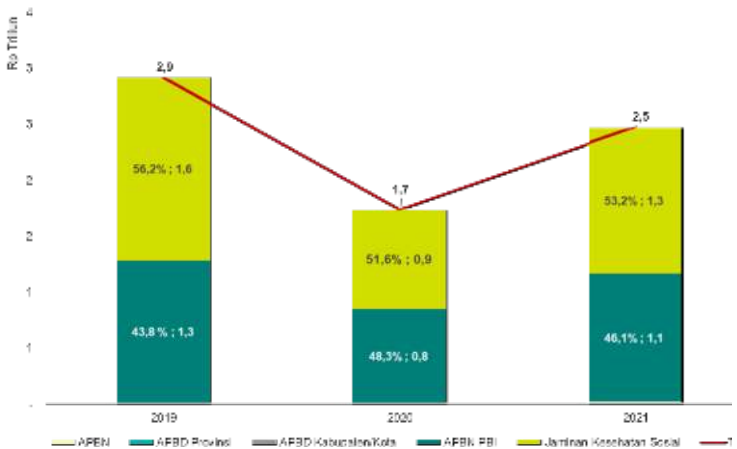
Hipertensi menjadi salah satu penyebab penyakit jantung terbesar di Indonesia. Prevalensi hipertensi berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan bahwa sebanyak 34,1% penduduk usia 18 tahun menderita hipertensi. Kelompok usia

31-44 tahun dengan prevalensi hipertensi sebesar 31,6%, kelompok usia 45-54 tahun 45,3% dan kelompok usia 55-64 tahun sebesar 55,2%²⁰. Pada tahun 2025 diprediksikan prevalensi hipertensi sekitar 29% di dunia²¹. Dalam menunjang penurunan prevalensi hipertensi di Indonesia, pemerintah membuat indikator rencana strategis yaitu berupa persentase penderita hipertensi yang tekanan darahnya terkendali di puskesmas atau FKTP dengan melaksanakan Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Pandu PTM)²². Pada tahun 2020 pemerintah menargetkan 103 Kabupaten Kota yang melakukan Pandu PTM dengan capaian 70 Kabupaten Kota (67,9%) yang melakukan pandu PTM. Pada tahun 2021 pemerintah menargetkan 205 Kabupaten Kota yang melakukan Pandu PTM dengan capaian 168 Kabupaten Kota (81,9%) yang melakukan pandu PTM²³.

Menurut Kirkland, Elizabeth B dkk rata-rata pengeluaran hipertensi di Amerika Serikat pada tahun 2003 hingga 2014 adalah sebesar USD 131 M per tahun. Individu dengan hipertensi memiliki pengeluaran lebih besar USD 2000 dibandingkan dengan individu dengan tanpa hipertensi, dan biaya tambahan terkait dengan hipertensi cenderung stabil setiap tahunnya dari tahun 2003 hingga 2014²⁴. Berdasarkan hasil tinjauan sistematik yang dilakukan Wierzejska, Ewelina dkk mencakup data dari lima belas negara terdiri dari Brazil, Kamboja, Kanada, Cina, Yunani, Indonesia, Italia, Jamaika, Kirgistan, Meksiko, Polandia, Spanyol, Amerika Serikat, Vietnam dan Zimbabwe. Rata-rata biaya perawatan hipertensi per orang di setiap negara adalah sebesar 630 Int\$, dengan besaran biaya langsung sebesar 1.497,36 Int\$ dan biaya tidak langsung sebesar 282,34 Int\$²⁵.

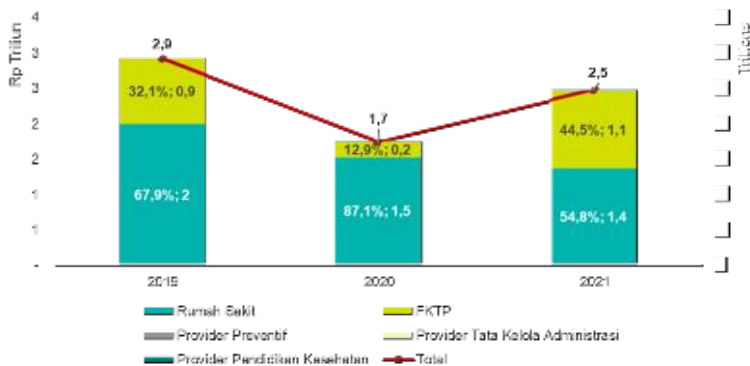
Total belanja hipertensi di Indonesia pada tahun 2019-2021 mengalami fluktuasi. Pada tahun 2019, total belanja hipertensi sebesar Rp2,9 triliun, pada tahun 2020 sebesar Rp1,7 triliun dan pada tahun 2021 sebesar Rp3,1 triliun. Berdasarkan sumber pendanaan (FS) belanja hipertensi di dominasi oleh Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang disediakan oleh pemerintah. Pada tahun 2019 belanja hipertensi yang bersumber PBI sebesar Rp1,3 triliun (43,8%), tahun 2020 sebesar Rp0,8 triliun (48,3%) dan tahun 2021 Rp1,1 triliun (46,1%).

Selain PBI sumber pendanaan hipertensi di dominasi juga oleh dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pada tahun 2019 belanja hipertensi yang bersumber dana JKN sebesar Rp1,6 triliun (56,2%), tahun 2020 Rp0,9 triliun (51,6%) dan pada tahun 2021 Rp1,3 triliun (53,2%). Terdapat sumber pembiayaan lainnya seperti Pemerintah Pusat (APBN), Pemerintah Provinsi (APBD Provinsi) dan Pemerintah Kabupaten/Kota (APBD Kabupaten/Kota).



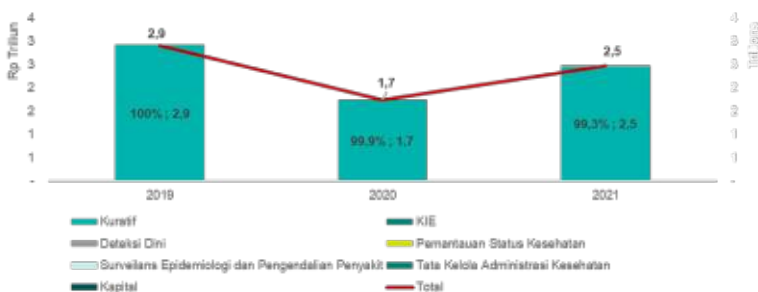
Gambar 48. Belanja Kesehatan Hipertensi berdasarkan Sumber Pembiayaan, 2019-2021

Total belanja hipertensi terbanyak pada tahun 2019-2021 berdasarkan penyedia pelayanan (HP) adalah rumah sakit dan FKTP. Pada tahun 2019 belanja hipertensi di rumah sakit sebesar Rp2 triliun (67,9%), tahun 2020 sebesar Rp1,5 triliun (87,1%) dan pada tahun 2021 sebesar Rp1,4 triliun (54,8%). Sementara belanja hipertensi di FKTP pada tahun 2019 sebesar Rp0,9 triliun (32,1%), tahun 2020 sebesar Rp0,2 triliun (12,9%) dan pada tahun 2021 sebesar Rp1,1 triliun (44,5%).



Gambar 49. Belanja Kesehatan Hipertensi berdasarkan Penyedia Layanan, 2019-2021

Total belanja hipertensi pada tahun 2019-2021 berdasarkan fungsi (HC) didominasi oleh kuratif. Pada tahun 2019 belanja hipertensi dengan fungsi kuratif sebesar Rp2,9 triliun (100%), tahun 2020 sebesar Rp1,7 triliun (99,9%) dan pada tahun 2021 sebesar Rp2,5 triliun (99,3%). Selain fungsi kuratif terdapat juga fungsi pemantauan status kesehatan, deteksi dini, promosi kesehatan, surveilans, tata kelola administrasi dan kapital.



Gambar 50. Belanja Kesehatan Hipertensi berdasarkan Fungsi Layanan, 2019-2021

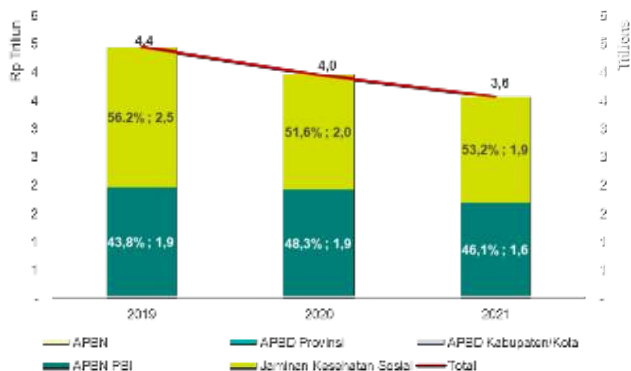
3.2 Belanja untuk Diabetes Melitus

Pada tahun 2021 sebanyak 6,7 juta orang meninggal akibat diabetes melitus di dunia, sedangkan untuk Asia Tenggara sebanyak 747 ribu orang meninggal akibat diabetes melitus. Indonesia berada

di posisi kelima didunia dengan jumlah penderita diabetes melitus sebanyak 19,5 juta orang (10,6%)²⁶. Karena tingginya prevalensi diabetes melitus di Indonesia, pemerintah membuat indikator terkait diabetes melitus pada rencana strategis yaitu persentase penyandang diabetes melitus dengan gula darah terkendali di puskesmas/FKTP²². pada tahun 2021 terdapat 36.038 orang penduduk berusia ≥ 15 dan ditemukan penderita diabetes melitus sebanyak 13.519 orang. Sebanyak 12.552 orang (92,8%) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar²³.

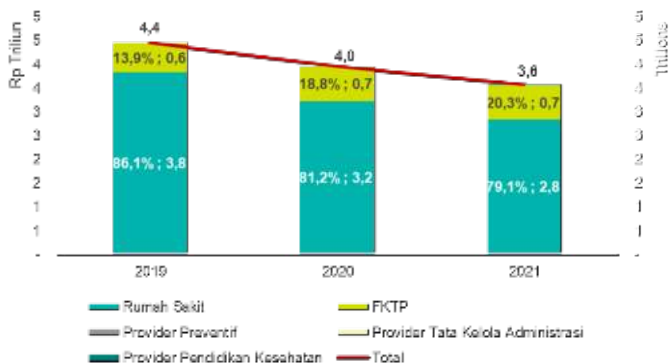
Menurut Williams, Rhys dkk pada tahun 2019 perkiraan pengeluaran kesehatan untuk diabetes secara global adalah sebesar US\$760 miliar dan pada tahun 2030 di prediksi tumbuh menjadi US\$825 miliar dan sebesar USD845 miliar pada tahun 2045. Pengeluaran tahunan terbesar untuk diabetes terjadi pada kelompok usia 60-69 tahun dengan pengeluaran US\$177,7 miliar, lalu kelompok usia 50-59 tahun US\$173 miliar diikuti dengan kelompok 70-79 tahun sebesar US\$171,5 miliar. Berdasarkan jenis kelamin pengeluaran terbesar untuk diabetes adalah wanita, yaitu sebesar US\$382,6 miliar dan laki-laki sebesar US\$377,6 miliar²⁷.

Di Indonesia, total belanja diabetes melitus pada tahun 2019-2021 mengalami penurunan, pada tahun 2019 total belanja diabetes melitus sebesar Rp4,4 triliun, sedangkan pada tahun 2020 sebesar Rp4 triliun serta sebesar Rp3,6 triliun pada tahun 2021. Berdasarkan sumber pendanaan (FS) belanja diabetes melitus di dominasi oleh Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang disediakan oleh pemerintah. Pada tahun 2019 belanja diabetes melitus yang bersumber PBI sebesar Rp1,9 triliun (43,8%), tahun 2020 sebesar Rp1,9 triliun (48,3%) dan tahun 2021 Rp1,6 triliun (46,1%). Selain PBI sumber pembiayaan diabetes melitus di dominasi juga oleh dana JKN. Pada tahun 2019 belanja diabetes melitus yang bersumber dana JKN sebesar Rp2,5 triliun (56,2%), tahun 2020 Rp2 triliun (51,6%) dan Rp1,9 triliun (53,2%). Terdapat sumber pembiayaan lainnya seperti Pemerintah Pusat (APBN), Pemerintah Provinsi (APBD Provinsi) dan Pemerintah Kabupaten/Kota (APBD Kabupaten/Kota).



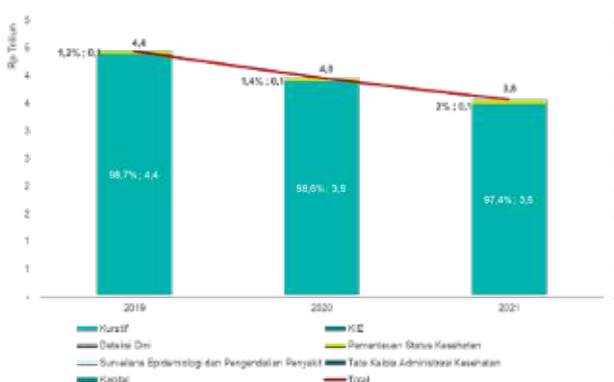
Gambar 51. Belanja Kesehatan Diabetes Melitus berdasarkan Sumber Pembiayaan, 2019-2021

Mayoritas total belanja diabetes melitus pada tahun 2019-2021 berdasarkan penyedia pelayanan (HP) adalah rumah sakit. Pada tahun 2019 besar belanja diabetes melitus di rumah sakit sebesar Rp3,8 triliun (86,1%), tahun 2020 sebesar Rp 3,2 triliun (81,2%) dan pada tahun 2021 sebesar Rp2,8 triliun (79,1%). Penyedia pelayanan FKTP pada tahun 2019 sebesar Rp0,6 triliun (13,9%), tahun 2020 sebesar Rp0,7 triliun (18,8%) dan pada tahun 2021 sebesar Rp0,7 triliun (20,3%).



Gambar 52. Belanja Kesehatan Diabetes Melitus berdasarkan Penyedia Layanan, 2019-2021

Sebagian besar total belanja diabetes melitus pada tahun 2019-2021 berdasarkan fungsi (HC) digunakan untuk pelayanan kuratif. Pada tahun 2019 besar belanja diabetes melitus dengan fungsi kuratif sebesar Rp4,4 triliun (98,7%), tahun 2020 sebesar Rp3,9 triliun (98,8%) dan pada tahun 2021 sebesar Rp3,5 triliun (97,4%). Selain fungsi kuratif terdapat juga fungsi pemantauan status kesehatan. Pada tahun 2019 belanja diabetes melitus untuk fungsi pemantauan status kesehatan adalah sebesar Rp0,1 triliun (1,2%), tahun 2020 sebesar Rp0,1 triliun (1,4%) dan tahun 2021 sebesar Rp0,1 triliun (2%).



Gambar 53. Belanja Kesehatan Diabetes Melitus berdasarkan Fungsi Layanan, 2019-2021

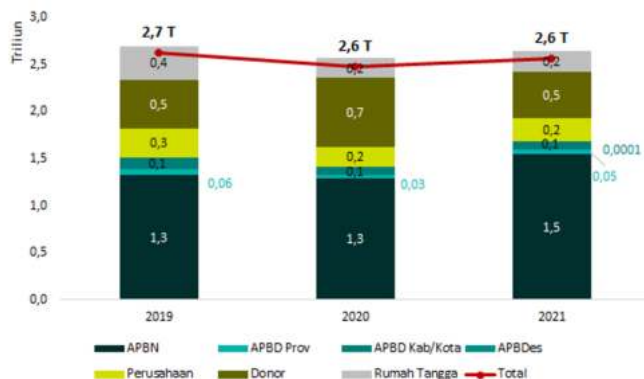
3.3 Belanja untuk Tuberkulosis (TB)

Penyakit TB merupakan masalah kesehatan utama yang sudah lama menjadi fokus perhatian pemerintah Indonesia dan global. Penyakit ini termasuk ke dalam 10 penyebab utama kematian yang ada di dunia. Indonesia berada pada peringkat ke-3 beban TB tertinggi dengan perkiraan ada 397.377 kasus TB di Indonesia²⁸. Pada tahun 2021 kasus TBC terbanyak ditemukan pada kelompok umur 45 – 54 tahun yaitu sebesar 69.540 orang²³. Pemerintah membuat indikator rencana strategis sebagai upaya penurunan prevalensi penyakit TB melalui persentase jumlah Kawasan Tanpa Rokok (KTR) pada

kabupaten/kota dan penyediaan pelayanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)²². Pada tahun 2022 pemerintah menargetkan 424 kabupaten/kota melaksanakan Kawasan Tanpa Rokok dengan capaian 355 (79%) dan 50 kabupaten/kota melaksanakan pelayanan Upaya Berhenti Merokok dengan capaian 114 (65,1%). Strategi penanggulangan Tuberkulosis ini digunakan sebagai upaya mencapai target penurunan insidensi tuberkulosis dari 319 per 100.000²⁹.

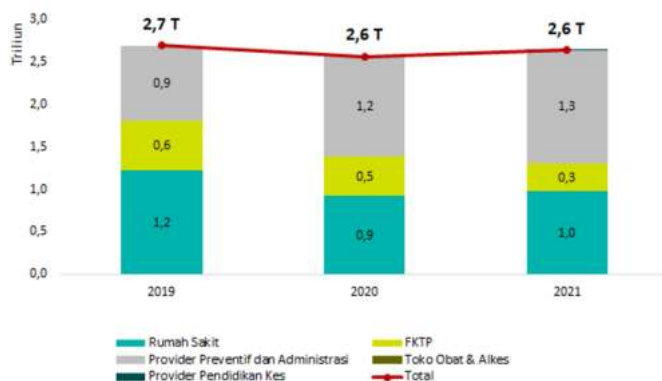
Menurut Yoko V.Laurence, Ulla, dan Anna Vassall rata-rata biaya pengobatan TB per pasien adalah US\$14.659 di negara berpenghasilan tinggi, US\$840 di negara berpenghasilan menengah ke atas, US\$273 di negara berpenghasilan menengah ke bawah, dan US\$ \$258 di negara berpenghasilan rendah³⁰. Biaya tersebut mencakup perawatan selanjutnya termasuk biaya medis (seperti biaya konsultasi medis), biaya non-medis (seperti transportasi ke rumah sakit), dan biaya tidak langsung, seperti waktu yang dihabiskan jauh dari pekerjaan. Berdasarkan hasil penelitian dari Kerri Viney, Tauhidul Islam, dkk yang mencakup 49 penelitian tentang biaya pasien TB, menyimpulkan bahwa biaya tersebut berkisar antara US\$55 hingga US\$8.198³¹.

Total belanja TB berdasarkan sumber pembiayaan di Indonesia tahun 2019 hingga 2021 mengalami fluktuasi dengan rincian pada tahun 2019 sebesar Rp2,69 triliun, pada tahun 2020 sebesar Rp2,57 triliun dan sebesar Rp2,64 triliun pada tahun 2021. Sumber pembiayaan belanja TB tertinggi adalah APBN dari pemerintah pusat dengan rincian pada tahun 2019 belanja TB sebesar Rp1,3 triliun, tahun 2020 stagnan sebesar Rp1,3 triliun dan tahun 2021 meningkat menjadi Rp1,5 triliun. Sumber pembiayaan belanja TB terbesar kedua berasal dari donor. Pada tahun 2019 belanja TBC bersumber dari donor Rp0,5 triliun, tahun 2020 Rp0,7 triliun dan Rp0,5 triliun pada tahun 2021. Terdapat sumber pembiayaan lainnya seperti Pemerintah Provinsi (APBD Provinsi), Pemerintah Kabupaten/Kota (APBD Kabupaten/Kota), Perusahaan, Desa (APBD Desa), dan Rumah Tangga.



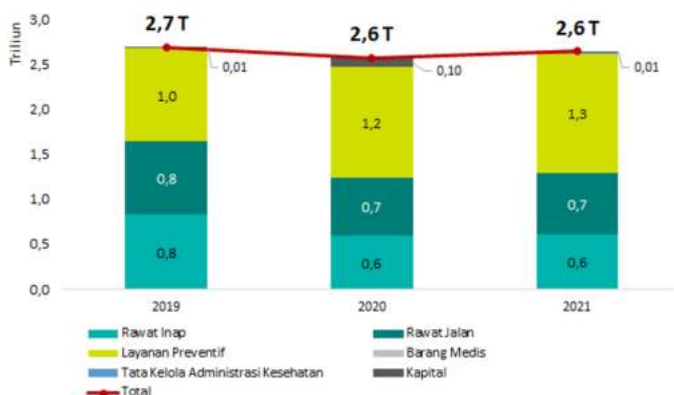
Gambar 54. Belanja Kesehatan Tuberkulosis berdasarkan Sumber Pembiayaan, 2019-2021

Total belanja TB berdasarkan penyedia pelayanan terbesar adalah rumah sakit dan provider preventif dan administrasi. Pada tahun 2019 besar belanja TB di rumah sakit sebesar Rp1,2 triliun, tahun 2020 sebesar Rp0,9 triliun dan pada tahun 2021 sebesar Rp1,0 triliun. Kemudian pada penyedia pelayanan provider preventif dan administrasi pada tahun 2019 sebesar Rp0,9 triliun, tahun 2020 sebesar Rp1,2 triliun dan pada tahun 2021 sebesar Rp1,3 triliun.



Gambar 55. Belanja Kesehatan Tuberkulosis berdasarkan Penyedia Layanan, 2019-2021

Total belanja TB berdasarkan fungsi pada tahun 2019-2021 mayoritas digunakan untuk layanan promotif/preventif dan kuratif rawat jalan. Pada tahun 2019 besar belanja TB dengan fungsi layanan promotif/preventif sebesar Rp1,0 triliun, tahun 2020 sebesar Rp1,2 triliun, dan pada tahun 2021 sebesar Rp1,3 triliun. Untuk fungsi kuratif rawat jalan pada tahun 2019 sebesar Rp0,8 triliun, pada tahun 2020 sebesar Rp0,7 triliun, dan pada tahun 2021 sebesar Rp0,7 triliun.



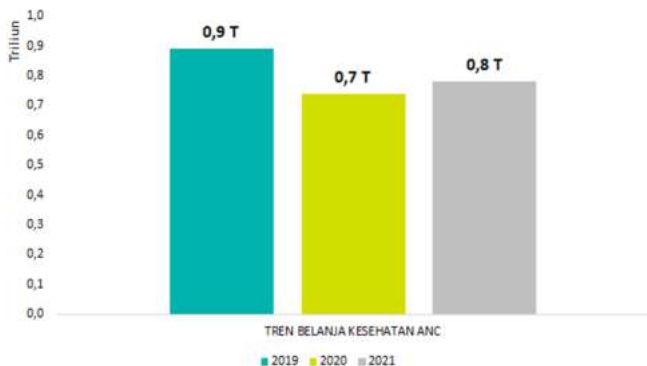
Gambar 56. Belanja Kesehatan Tuberkulosis berdasarkan Fungsi, 2019-2021

3.4 Belanja untuk ANC

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.

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. Indikator AKI adalah 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 2021, AKI mengalami penurunan dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1991 (SDKI 1992) menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Survei Penduduk Antar Sensus; SUPAS 2015), dengan target 183 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2024. Pada tahun 2030, tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs) 2030, rasio AKI ditargetkan menurun hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup²³.

Kunjungan antenatal care (ANC) pada setiap trimester menjadi salah satu upaya kesehatan untuk mendorong penurunan AKI dalam pelayanan kesehatan bagi ibu hamil. 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. 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. Potret total belanja kesehatan ANC pada tahun 2019 ke 2020 sempat mengalami penurunan sebesar Rp152,9 miliar. Hal ini dapat disebabkan oleh kondisi pandemi Covid-19 sehingga banyak ibu hamil yang khawatir berkunjung ke RS/FKTP karena penularan Covid-19 cukup tinggi. Namun, pada tahun 2021 total belanja ANC kembali mengalami peningkatan sebesar Rp41,9 miliar. Hal ini sejalan dengan komitmen Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan upaya promotif-preventif melalui peluncuran buku panduan sebagai acuan dalam penatalaksanaan pelayanan pasien di rumah sakit agar tetap aman dari penularan Covid-19 dan vaksinasi Covid-19 bagi ibu hamil yang telah dimulai sejak tanggal 2 Agustus 2021 yang merupakan salah satu upaya untuk keselamatan ibu dan bayi³¹.



Gambar 57. Total Belanja Kesehatan Ante Natal Care, 2019-2021



Gambar 58. Belanja Kesehatan Ante Natal Care berdasar Sumber Pembiayaan, 2019-2021

Berdasarkan hasil perhitungan NHA menurut dimensi *health provider*, porsi belanja kesehatan ANC pada tahun 2021 sebagian besar dilakukan di Rumah Sakit yaitu sebesar 58.8% (Rp458 miliar) dan di FKTP sebesar 41,2% (Rp321 miliar). Hal ini dapat menjadi indikasi bahwa pemerintah perlu mendorong FKTP agar mampu melakukan deteksi dini terhadap adanya potensi gangguan atau kelainan pada kesehatan ibu hamil, memperkuat upaya promotif preventif, dan turut memberdayakan masyarakat.



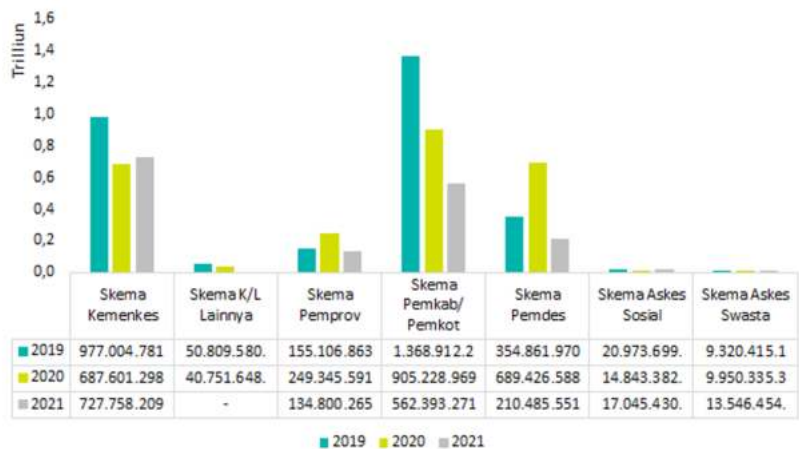
Gambar 59. Belanja Kesehatan Ante Natal Care berdasar Penyedia Layanan, 2019-2021

3.5 Belanja untuk Program Gizi

Permasalahan gizi telah menjadi permasalahan global di seluruh dunia sehingga diperlukan fokus perhatian dunia, termasuk pemerintah Indonesia, untuk mengatasinya. Indikator permasalahan gizi terletak pada angka kasus gizi kurang (*stunting*) dan gizi lebih (*obesitas*). Berdasarkan Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021 yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Kementerian Kesehatan didapatkan persentase gizi kurang pada balita di Indonesia sebesar 17%²³. Dari seluruh provinsi, persentase gizi terendah adalah Provinsi Bali dengan berat badan sangat kurang sebesar 1,2% dan berat badan kurang sebesar 5,2. Sedangkan berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 terjadi penurunan prevalensi kasus gizi pada anak balita dari 37,21% di tahun 2013 menjadi 30,79% tahun 2018. Demikian juga apabila dibandingkan dengan data prevalensi *stunting* pada balita tahun 2016 (Sirkesnas), yaitu 33,60%³².

Kementerian Kesehatan berkomitmen tinggi untuk melakukan upaya perbaikan gizi sesuai yang tercantum pada Rencana Strategis (Renstra) Kemenkes 2020-2024 melalui upaya peningkatan kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat³³.

Berdasarkan skema pembiayaan total belanja kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2019-2021 didominasi oleh pemkab/pemkot dan terendah berada pada asuransi kesehatan swasta. Berikut gambaran belanja kesehatan pada Kementerian Kesehatan RI berdasarkan skema pembiayaan:



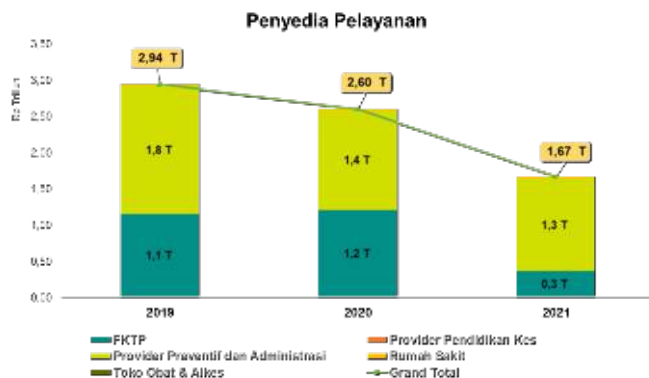
Gambar 60. Total Belanja Kesehatan Gizi berdasarkan Skema Pembiayaan, 2019-2021

Total Belanja Gizi berdasarkan sumber pembiayaan pada tahun 2019-2021 mengalami penurunan. Pada tahun 2019 total besar belanja gizi sebesar Rp2,94 triliun, tahun 2020 Rp2,60 triliun, dan pada tahun 2021 sebesar Rp1,67 triliun yang mayoritas bersumber dari APBN dengan rincian pada tahun 2019 sebesar Rp2,6 triliun, tahun 2020 sebesar Rp2,5 triliun, dan tahun 2021 sebesar Rp1,4 triliun. Sumber pembiayaan belanja gizi juga berasal dari APBD Kab/Kota dan APBD Provinsi.



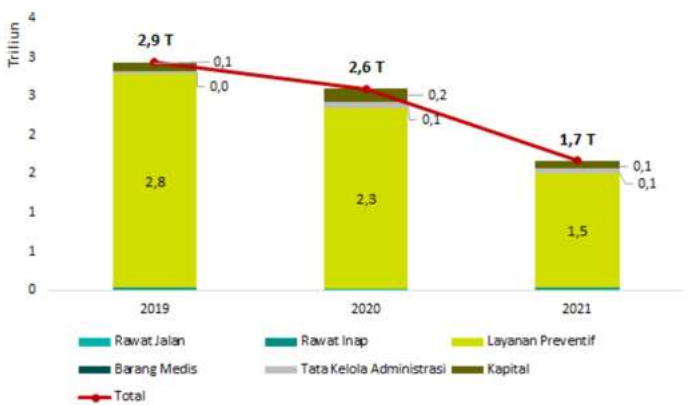
Gambar 61. Total Belanja Kesehatan Gizi berdasarkan Sumber Pembiayaan, 2019-2021

Total belanja gizi berdasarkan penyedia layanan kesehatan pada tahun 2019-2021 mayoritas berada di provider preventif dan administrasi serta FKTP dengan rincian pada tahun 2019 sebesar Rp2,94 triliun, tahun 2020 sebesar Rp2,60 triliun, dan tahun 2021 sebesar Rp1,67 triliun. Rincian penyedia layanan kesehatan yang bersumber dari provider preventif dan administrasi tahun 2019 sebesar Rp1,8 triliun, tahun 2020 sebesar Rp1,4 triliun dan pada tahun 2021 sebesar Rp1,3 triliun. Sedangkan penyedia pelayanan FKTP pada tahun 2019 sebesar Rp1,1 triliun, tahun 2020 sebesar Rp 1,2 triliun dan pada tahun 2021 sebesar Rp0,3 triliun.



Gambar 62. Total Belanja Kesehatan Gizi berdasarkan Penyedia Layanan Kesehatan, 2019-2021

Sesuai dengan penjelasan sebelumnya dimana mayoritas belanja terjadi di provider preventif dan administrasi maka sebagian besar total belanja gizi juga diperuntukkan bagi layanan promotif dan preventif, di mana tahun 2019 belanja gizi layanan promotif dan preventif sebesar Rp2,8 triliun, tahun 2020 sebesar Rp2,3 triliun, dan tahun 2021 sebesar Rp1,5 triliun. Belanja gizi lainnya adalah kapital dengan rincian pada tahun 2019 sebesar Rp0,1 triliun, tahun 2020 sebesar Rp0,2 triliun, dan tahun 2021 mengalami penurunan menjadi Rp0,1 triliun.



Gambar 63. Total Belanja Kesehatan Gizi berdasarkan Fungsi Layanan, 2019-2021

BAB 4

BELANJA FARMASI



Bab 4 | Belanja Farmasi

Poin Utama

- Total Belanja Farmasi / TBF (*Total of Pharmaceutical Expenditures / TPE*) tahun 2021 di Indonesia yang ditelusuri mencakup belanja obat (termasuk narkotika dan psikotropika), vaksin (baik vaksin COVID-19 maupun vaksin non-COVID-19), vitamin dan suplemen, produk farmasi untuk kontrasepsi, cairan injeksi dan infus, tetapi tidak termasuk belanja reagen, Alat Medis dan Bahan Habis Pakai (AMBHP) serta alat kesehatan.
- Total Belanja Farmasi (TBF) Indonesia atas dasar harga berlaku (ADH berlaku) pada tahun 2021 adalah sebesar Rp175,2 triliun (US\$12,2 miliar), termasuk belanja untuk vaksin COVID-19 yang diperkirakan mencapai Rp45,6 triliun.
- Proporsi TBF terhadap Total Belanja Kesehatan / TBK (*Total Health Expenditures / THE*) tahun 2021 adalah sebesar 25,9%.
- TBF per kapita tahun 2021 adalah sekitar Rp640 ribu (US\$44,7).
- Pada tahun 2021, belanja vaksin COVID-19 merupakan belanja tertinggi dibanding produk farmasi lainnya, yaitu sekitar 26,1% dari TBF.
- *Paracetamol combination exclude psycholeptics* merupakan produk farmasi yang menyerap belanja tertinggi setelah belanja vaksin COVID-19, yang diikuti oleh *antiepileptics*, *paracetamol*, *vitamin B1 in combination with vitamin B6 and/or vitamin B12*, *diclofenac*, *amoxicillin*, *mefenamic acid*, dan sebagainya.

- Belanja farmasi terbesar terdapat di rumah sakit dengan belanja mencapai Rp86,0 triliun (49,1% dari TBF atau sekitar 24,4% terhadap TBK di rumah sakit).
- Sebesar Rp169,5 triliun belanja farmasi (96,7% dari TBF) dilakukan melalui mekanisme non e-purchasing. Belanja tersebut termasuk belanja vaksin COVID-19 dan obat Over the Counter (OTC). Sisanya, menggunakan mekanisme e-purchasing yang mayoritas merupakan obat program (HIV, TB, dan KIA) dan sebagian besar dibeli oleh Kemenkes.
- Belanja obat generik hanya mewakili 15% (Rp17,3 triliun) pada belanja pada 10 kelompok penyakit dengan belanja terbesar (di luar belanja COVID-19). Ke depannya, mekanisme pengadaan obat melalui e-purchasing diharapkan dapat mendorong pemanfaatan obat generik.
- Dari total belanja pada 40 obat esensial, parasetamol merupakan obat dengan belanja tertinggi, disusul dengan Na Diklofenak dan amlodipin/captopril. Ketiga obat ini memiliki jumlah belanja masing-masing diatas Rp2 triliun dan mayoritas dibeli di apotek.

Dalam rangka melengkapi potret belanja kesehatan nasional (NHA) di Indonesia, untuk pertama kalinya Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK) Kementerian Kesehatan bersama dengan USAID Program *Medicines, Technologies, and Pharmaceutical Services* (MtaPS) telah berhasil melaksanakan kegiatan penelusuran belanja farmasi (*Pharmaceutical Expenditures-PE*) tahun 2021 di tingkat nasional. Belanja farmasi yang ditelusuri mencakup belanja obat (termasuk narkotika dan psikotropika), vaksin (baik vaksin COVID-19 maupun vaksin non-COVID-19), vitamin dan suplemen, produk farmasi untuk kontrasepsi, serta cairan injeksi dan infus. Akan tetapi, belanja tersebut tidak termasuk belanja reagen, Alat Medis dan Bahan Habis Pakai (AMBHP), serta alat kesehatan. Berdasarkan pembelajaran dari negara-negara lain, diketahui bahwa pengeluaran farmasi merupakan salah satu komponen terbesar pengeluaran kesehatan¹.

Kegiatan penelusuran belanja farmasi di Indonesia melalui beberapa tahapan yaitu (1) perencanaan dan persiapan, (2) pemetaan rantai pasokan farmasi, stakeholder dan identifikasi sumber data, (3) pengumpulan data, (4) kompilasi manajemen data dan estimasi agregat, (5) pemetaan data ke dimensi sha 2011, dan (6) analisis dan penyajian hasil. Kegiatan penelusuran belanja farmasi di Indonesia ini telah dimulai sejak bulan Agustus tahun 2021 berupa perencanaan dan persiapan serta *landscaping* atau pemetaan rantai pasokan farmasi, stakeholder dan identifikasi sumber data belanja farmasi di Indonesia. Aktivitas ini telah selesai dilaksanakan selama bulan Agustus 2021 – Januari 2022 melalui serangkaian diskusi dan pertemuan dengan berbagai instansi terkait, seperti Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kemenkes (Sekretariat Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Direktorat Produksi dan Distribusi Kefarmasian, dan Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Kefarmasian), BPOM, LKPP (Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/ Jasa Pemerintah), BPJS Kesehatan, Gabungan Perusahaan (GP) Farmasi, dan IPMG (*International Pharmaceutical Manufacturers Group*).

Setelah mendapatkan peta sumber data belanja farmasi di Indonesia, pada tahun 2022 tim MtaPS mulai melakukan aktivitas penelusuran belanja farmasi di Indonesia untuk data tahun 2021. Proses tersebut dimulai dari pengumpulan data, analisis sampai penyajian hasil. Kegiatan penelusuran belanja farmasi ini diharapkan dapat menyajikan potret belanja farmasi yang meliputi berapa Total Belanja Farmasi/TBF (*Total of Pharmaceutical Expenditures/ TPE*) yang telah dikonsumsi dan berapa TBF per kapita, berapa proporsi TBF terhadap Total Belanja Kesehatan/ TBK (*Total Health Expenditures/ THE*), produk farmasi apa yang paling banyak dikonsumsi masyarakat, dan untuk kelompok jenis penyakit apa produk farmasi digunakan, serta dimana masyarakat dapat membeli produk farmasi tersebut.

Data yang paling *feasible* untuk digunakan untuk memperoleh gambaran belanja farmasi tersebut di Indonesia, berdasarkan hasil *landscaping* dan saran dari PE *technical lead* dari MtaPS Program, adalah data sekunder dari sistem informasi dengan pendekatan dari

sisi Pedagang Besar Farmasi (PBF) dan Industri Farmasi (IF). Data dari kedua pendekatan ini kemudian dijustifikasi untuk memperoleh gambaran konsumsi akhir. Data sekunder untuk penelusuran belanja farmasi ini dikumpulkan dari Direktorat Produksi dan Distribusi Kefarmasian (Dit. Prodisfar) Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan (Ditjen Farmalkes) Kemenkes yang meliputi: (1) data distribusi obat, narkotika, dan psikotropika dari PBF ke fasilitas kesehatan pada sistem informasi e-report PBF; (2) data distribusi obat dari IF ke PBF pada sistem informasi e-report IF; dan (3) data impor obat dengan mekanisme *Special Access Scheme* (SAS). Data pada e-report PBF maupun e-report IF memiliki keterbatasan terkait tingkat kepatuhan pelaporan PBF dan IF, sehingga untuk melengkapi data belanja farmasi tersebut, juga dilakukan pengumpulan data dari BPOM yang meliputi data impor obat dan vaksin pada sistem informasi e-bpom. Selain itu, data dari Dit. Prodisfar belum termasuk data impor vaksin yang melalui mekanisme SAS karena data tersebut hanya terdapat di BPOM, sehingga tim juga berupaya mengumpulkan data tersebut ke BPOM. Namun, data tersebut belum berhasil dikumpulkan, sehingga tidak diestimasi. Data baik dari Dit. Prodisfar Ditjen Farmalkes Kemenkes maupun BPOM mewakili belanja farmasi pada sektor publik dan swasta.

Berdasarkan kerangka SHA 2021, belanja kesehatan yang dihitung dalam NHA merupakan konsumsi akhir yang mencerminkan nilai barang dan jasa kesehatan yang dibeli oleh masyarakat¹. Oleh sebab itu, gambaran belanja farmasi yang dipotret harus mencerminkan nilai konsumsi akhir agar dapat sejalan dengan gambaran belanja kesehatan. Sayangnya, nilai volume dan harga produk farmasi pada data yang tersedia adalah volume dan Harga Jual Distributor (HJD) dari PBF ke fasilitas kesehatan, belum mencerminkan volume dan harga akhir dari fasilitas kesehatan ke pasien/konsumen. Untuk dapat mencerminkan nilai konsumsi akhir pada data tersebut, diperlukan justifikasi yang mempertimbangkan volume *buffer stock* dan margin penjualan dari fasilitas kesehatan ke masyarakat pada harga produk farmasi. Berbagai literatur digunakan sebagai proksi untuk

menjustifikasi hal tersebut. Meskipun dengan berbagai keterbatasan dalam metodologi justifikasi volume dan harga, gambaran belanja farmasi yang disajikan sudah diupayakan mencerminkan nilai konsumsi akhir, sehingga dapat diperbandingkan dengan nilai total belanja kesehatan nasional di Indonesia.

4.1 Total Belanja Farmasi/TBF **(Total of Pharmaceutical Expenditures/ TPE)**

Berdasarkan perhitungan dari penelusuran belanja farmasi, diperoleh Total Belanja Farmasi (TBF) Indonesia atas dasar harga berlaku (ADH berlaku) pada tahun 2021 adalah Rp175,2 triliun (US\$ 12,2 Bn), termasuk belanja untuk vaksin Covid-19 yang diperkirakan mencapai Rp45,6 triliun. Hasil perhitungan TBF ini telah ditriangulasikan dengan estimasi Fitch Solution, dimana TBF tahun 2021 adalah sebesar Rp131,9 triliun³⁴. Selain itu, hasil perhitungan juga ditriangulasikan dengan data Indonesia *Total Market Audit* (ITMA) tahun 2021 yang diestimasi oleh IQVIA, yaitu sebesar Rp124,3 triliun³⁵. Terlihat bahwa TBF dari kegiatan penelusuran belanja farmasi ini lebih besar dibanding perhitungan IQVIA. Penyebab utama perbedaan tersebut dikarenakan hasil estimasi TBF pada data ITMA IQVIA belum termasuk belanja vaksin COVID-19.

Proporsi TBF terhadap TBK Indonesia tahun 2021 adalah sebesar 25,8%. Pada umumnya proporsi TBF terhadap TBK di negara-negara berpenghasilan rendah angkanya lebih tinggi (30,4%) dibandingkan dengan proporsi di negara berpenghasilan tinggi (19,7%)³⁶.

Apabila belanja farmasi dikaitkan dengan populasi, maka dengan populasi Indonesia yang sebesar 274,0 juta pada tahun 2021, TBF per kapita adalah sebesar Rp640 ribu (US\$44,7). Sebagai perbandingan dengan negara yang sudah melakukan penelusuran belanja farmasi, TBF per kapita Indonesia sekitar dua kali lipat lebih tinggi dibanding Burkina Faso dan Benin, yaitu masing-masing adalah sebesar US\$16,95³⁷ dan US\$24,26³⁸.

4.2 TBF menurut *Anatomical Therapeutic Classification* (ATC)

Data belanja farmasi yang dikumpulkan memiliki informasi spesifik nama produk farmasi, kemasan, dan Nomor Ijin Edar (NIE) yang dapat digunakan untuk mengetahui nama generik dari setiap produk farmasi. Informasi nama generik ini kemudian dapat dipetakan ke *Anatomical Therapeutic Classification* (ATC).

Pada Tabel 4 disajikan perbandingan 20 belanja farmasi terbesar menurut ATC digit 2 tahun 2021 dari hasil estimasi tim MtaPS dibandingkan dengan hasil estimasi IQVIA. Terdapat perbedaan gambaran urutan ATC dari estimasi tim MtaPS dan IQVIA yang kemungkinan dikarenakan cakupan data yang dikumpulkan. Dari hasil estimasi TBF tim MtaPS diketahui bahwa kelompok ATC vaksin, analgesik, dan *antibacterial for systemic use* (antibiotik) menjadi tiga kelompok ATC digit 2 dengan belanja farmasi terbesar.

Tabel 3. Perbandingan 20 Belanja Farmasi Terbesar menurut ATC Digit 2 dari Hasil MtaPS dengan IQVIA, 2021

No	Estimasi MtaPS			Estimasi IQVIA		
	Merkul (ATC Digit 2)	Total Belanja (Rp Triliun)	Proporsi %	Merkul (ATC Digit 2)	Total Belanja (Rp Triliun)	Proporsi %
1	J07 - VACCINES		27,1	A11 - VITAMINS		11,4
2	N02 - ANALGESICS		10,7	J01 - ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE		7,6
3	J01 - ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE		6,9	A02 - A-ACID-FLAT A-ULCERANTS		5,0
4	A02 - DRUGS FOR ACID RELATED DISORDERS		5,0	R05 - COUGH AND COLD PREPARATIONS		4,6
5	M01 - ANTI-INFLAMMATORY & ANTI-RHEUMATIC PRODUCTS		3,8	J05 - ANTIFUNGALS FOR SYSTEMIC USE		4,2
6	A10 - DRUGS USED IN DIABETES		3,6	N02 - ANALGESICS		4,2
7	B01 - ANTIHYPERTENSIVE AGENTS		2,8	A10 - DRUGS USED IN DIABETES		3,9
8	A11 - VITAMINS		2,6	B01 - ANTIHYPERTENSIVE AGENTS		3,2
9	N03 - ANTIEPILEPTICS		2,6	J07 - VACCINES		2,8
10	R06 - ANTIHISTAMINES FOR SYSTEMIC USE		2,0	C09 - RENIN-ANGIOTENSIN SYSTEM AGENTS		2,5
11	C10 - LIPID MODIFYING AGENTS		2,0	C08 - CALCIUM ANTAGONISTS		2,3
12	B03 - ANTIARRHYTHMIC PREPARATIONS		1,7	L01 - ANTIHEPATIC		2,2
13	J05 - ANTIFUNGALS FOR SYSTEMIC USE		1,6	S02 - OPHTHALMOLOGICALS		2,1
14	G03 - SEX HORMONES & MODULATORS GENITAL SYSTEM		1,5	C10 - LIPID MODIFYING AGENTS		2,1
15	L01 - ANTIHEPATIC AGENTS		1,5	R01 - INTRAVENOUS SOLUTIONS		1,8
16	C09 - AGENTS ACTING ON THE RENIN-ANGIOTENSIN SYSTEM		1,5	M01 - ANTI-RHEUMATICS SYSTEM		1,8
17	R05 - DRUGS FOR OBSTRUCTIVE AIRWAY DISEASES		1,3	N02 - ANALGESICS TOPICAL		1,7
18	R05 - COUGH AND COLD PREPARATIONS		1,2	R03 - ANTI-ASTHMA & COLD PROD		1,5
19	R05 - BLOOD SUBSTITUTES AND PERFUSION SOLUTIONS		1,2	H02 - SYSTEMIC CORTICOSTEROIDS		1,3
20	M07 - OTHER NERVOUS SYSTEM DRUGS		1,1	H12 - MINERAL SUPPLEMENTS		1,2
TOTAL		142,94 (81,4% dari TBF)				

Informasi lebih rinci terkait produk farmasi yang memiliki belanja terbesar juga dapat dilihat dengan menggunakan informasi ATC digit 5 (Tabel 5). Pada tabel tersebut terlihat bahwa belanja vaksin COVID-19 merupakan belanja tertinggi, yaitu sebesar Rp45,6 triliun atau sekitar 26,1% dari TBF. *Paracetamol combination exclude psycholeptics* merupakan produk farmasi dengan belanja terbesar kedua, yang diikuti oleh *antiepileptics*, *paracetamol*, *vitamin B1*

in combination with vitamin B6 and/or vitamin B12, diclofenac, amoxicillin, mefenamic acid, dan sebagainya. Kedua puluh kelompok ATC digit 5 bersama vaksin COVID-19 pada Tabel 5 tersebut mewakili sekitar 54,9% dari TBF Indonesia tahun 2021.

Tabel 4. Dua Puluh Belanja Farmasi Terbesar menurut ATC Digit 5 (Selain Vaksin COVID-19), 2021

No Molekul (ATC Digit 5)	Rp Triliun
1 paracetamol, combinations excl. psycholeptics	15.1
2 antiepileptics	3.7
3 paracetamol	2.8
4 Vitamin B1 in combination with vitamin B6 and/or vitamin B12	2.6
5 diclofenac	2.4
6 amoxicillin	2.1
7 mefenamic acid	2.1
8 cyanocobalamin, combinations	1.9
9 cilostazol	1.9
10 Dimenhydrinate	1.9
11 rebamipide	1.7
12 candesartan	1.6
13 ordinary salt combinations	1.6
14 rosuvastatin	1.4
15 insulin glargine	1.4
16 methylprednisolone	1.4
17 dexamethasone	1.3
18 dextromethorphan, combinations	1.3
19 cefixime	1.1
20 omeprazole	1.1
COVID-19 vaccines	45.6
TOTAL	Rp96.2 T (54.9% dari TBF)

4.3 Total Belanja Farmasi menurut Jenis Penyakit

Pemetaan belanja farmasi menurut jenis penyakit merujuk pada *crosswalk* dari ATC *European Pharmaceutical Market Research Association* (EPHMA) ke dalam klasifikasi jenis penyakit pada *deliverable 1 Kontrak GFATM 950* tentang “*Mapping ATC EPhMRA digit 4 to Disease Classification*”(32). Berdasarkan *crosswalk* tersebut, berikut beberapa tahapan yang dilakukan pada proses pemetaan belanja farmasi menurut jenis penyakit, yaitu: (1) identifikasi nama generik, (2) pengklasifikasian nama generik menurut kode ATC WHO, (3) melakukan *crosswalk* antara kode ATC WHO dengan kode ATC EPhMRA, (4) pemetaan kode ATC WHO dan ATC EPhMRA ke dalam

klasifikasi jenis penyakit, (5) melakukan review atas hasil pemetaan ATC WHO ke dalam klasifikasi jenis penyakit, (6) finalisasi pemetaan ATC WHO ke dalam klasifikasi jenis penyakit. Gambaran hasil TBF menurut jenis penyakit disajikan pada Tabel 6.

Hasil analisis TBF Indonesia tahun 2021 menurut jenis penyakit menunjukkan bahwa COVID-19 merupakan belanja tertinggi dibanding penyakit yang lain, yaitu sebesar Rp48,45 triliun. Belanja COVID-19 ini merupakan gambaran belanja vaksin COVID-19 dan beberapa produk farmasi yang digunakan untuk pengobatan (seperti favipiravir, remdesivir, oseltamivir, dan plasma protein gammaras), tetapi tidak termasuk belanja farmasi untuk pelacakan kasus COVID-19. Belanja COVID-19 mendominasi belanja farmasi dikarenakan kondisi pandemi secara global termasuk di Indonesia. Tingginya kasus COVID-19 dan ditemukannya vaksin untuk mengendalikan kasus mendorong pemerintah Indonesia untuk gencar melakukan vaksinasi sejak awal tahun 2021.

Setelah COVID-19, belanja farmasi terbesar selanjutnya adalah penyakit lainnya (DIS.nec), dimana penyumbang terbesar pada belanja kelompok penyakit lainnya tersebut adalah produk farmasi yang mempunyai kandungan parasetamol , yaitu sebesar 59,4% dari TBF pada kelompok DIS.nec. Parasetamol umum digunakan untuk berbagai macam penyakit, tidak hanya spesifik untuk penyakit tertentu. Belanja farmasi terbesar selanjutnya adalah kelompok penyakit yang tidak dapat ditentukan pada kelompok penyakit tidak menular (DIS.4.nec), kelompok penyakit yang tidak dapat ditentukan pada kelompok penyakit menular (DIS.1.nec)", kelompok penyakit kardiovaskular (DIS.4.3. *Cardiovascular Diseases*), penyakit digestif (DIS.4.6. *Diseases of the Digestive*), serta gangguan mental dan kondisi saraf (DIS.4.8. *Mental & Behavioural Disorders, and Neurological Conditions*). Hal ini sejalan dengan hasil produksi *Disease Accounts* pada skema JKN, dimana kardiovaskular juga merupakan kelompok PTM yang menyerap belanja tertinggi pada belanja JKN.

Tabel 5. Total Belanja Farmasi menurut Jenis Penyakit, 2021

Klasifikasi DIS	Total Belanja Farmasi (Rp triliun)
COVID-19	48.45
Cardiovascular diseases	12.73
Diseases of the digestive	10.41
Respiratory diseases	7.16
Mental & behavioural disorders, and Neurological conditions	6.88
Endocrine and metabolic disorders	6.65
Nutritional deficiencies	5.27
Neoplasms	3.68
Maternal conditions	2.80
Vaccine preventable diseases	2.23
Contraceptive management (family planning)	1.93
Diseases of the genito-urinary system	1.39
Tuberculosis	1.29
Sense organ disorders	1.13
Diarrheal diseases	0.68
HIV/AIDS and Opportunistic Infections (OIs)	0.58
Unspecified reproductive health conditions (n.e.c.)	0.44
Neglected tropical diseases	0.43
Malaria	0.10
Hepatitis	0.01
Oral diseases	0.004
DIS. 1 n.e.c	15.22
DIS. 4 n.e.c.	15.42
DIS. Other and unspecified diseases/conditions (n.e.c.)	30.30

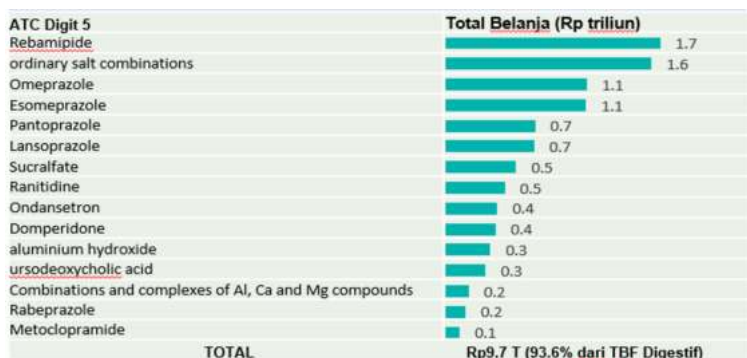
Rincian produk farmasi yang memiliki belanja terbesar pada kelompok penyakit kardiovaskular dapat dilihat pada Tabel 7, yaitu *candesartan*, *rosuvastatin*, *amlodipine*, *atorvastatin*, *clopidogrel*, dll. Kelima belas kelompok ATC digit 5 pada tabel tersebut mewakili sekitar 78,5% dari belanja farmasi kelompok penyakit kardiovaskular tahun 2021. Penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian nomor dua di Indonesia pada tahun 2019 dan menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas di dunia(33). Kisaran belanja pada penyakit kardiovaskular di beberapa negara OECD sekitar 11-15 persen dan merupakan proporsi pengeluaran tertinggi terhadap belanja kesehatan (di luar belanja kapital)(34). Di Indonesia, penyakit kardiovaskular juga menghabiskan belanja JKN terbesar pada kelompok PTM selama 2017-2019 yang menghabiskan sekitar 11 persen dari total skema JKN (Rp10-12 triliun). Namun, belanja tersebut menurun di tahun 2020 menjadi sekitar 9 persen (Rp9,0 triliun) dari total belanja skema JKN, berkaitan dengan fenomena penurunan kunjungan pasien non-COVID-19 dalam mengakses layanan kesehatan.

Tabel 6. Lima Belas ATC Digit 5 dengan Belanja Farmasi Terbesar pada Kelompok Penyakit Kardiovaskular, 2021



Rincian produk farmasi yang memiliki belanja terbesar pada kelompok penyakit digestif dapat dilihat pada Tabel 8, yaitu antara lain *rebamipide*, *ordinary salt combination*, *omeprazole*, *esomeprazole*, *pantoprazole*, dan lain-lain. Kelima belas kelompok ATC digit 5 pada tabel tersebut mewakili sekitar 93,6% dari belanja farmasi kelompok penyakit digestif tahun 2021.

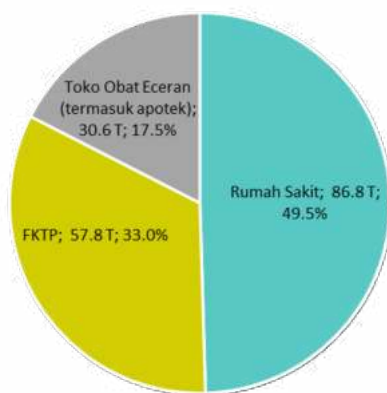
Tabel 7. Lima Belas ATC Digit 5 dengan Belanja Farmasi Terbesar pada Kelompok Penyakit Digestif, 2021



4.4 Total Belanja Farmasi menurut Penyedia Layanan

Data TBF yang tersedia memiliki informasi yang dapat dibedakan menurut fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit, apotek, sarana kesehatan pemerintah (seperti Kemenkes, BKKBN, Dinkes, dll), puskesmas, klinik, toko obat. Informasi tersebut dipetakan ke dalam klasifikasi penyedia layanan (*provider*) sesuai klasifikasi dalam akun belanja kesehatan. Gambaran belanja farmasi yang sudah dipetakan tersebut kemudian ditriangulasikan dengan gambaran distribusi penyedia layanan dari hasil NHA tahun 2021 untuk memperoleh gambaran TBF menurut *provider*.

Gambar 69 menunjukkan distribusi TBF menurut *provider*. Pada gambar tersebut terlihat bahwa rumah sakit menjadi penyedia produk farmasi terbesar, yaitu mencapai Rp86,8 triliun atau sekitar 49,5% dari TBF tahun 2021. Sementara belanja kesehatan di *provider* rumah sakit pada TBK adalah sebesar Rp355,8 triliun, sehingga proporsi belanja farmasi terhadap total belanja kesehatan di *provider* rumah sakit adalah sebesar 24,4%.

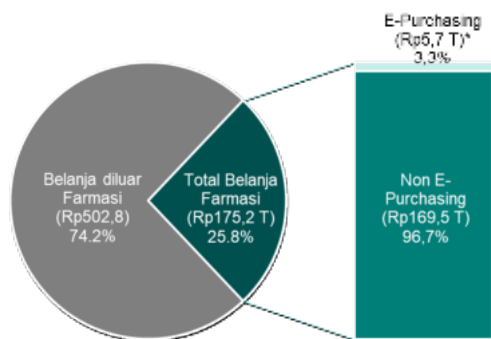


Gambar 64. Total Belanja Farmasi menurut Provider, 2021

4.5 Mekanisme Pengadaan Produk Farmasi di Indonesia Tahun 2021

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 48 Tahun 2013 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengadaan Obat dengan Prosedur *E-Purchasing* berdasarkan *E-Catalogue*, yang kemudian diperbarui dengan Permenkes Nomor 63 tahun 2014 dan Permenkes Nomor 9 tahun 2019, salah satu cara pengadaan barang dan jasa adalah menggunakan teknologi informasi dan transaksi elektronik atau disebut *E-Purchasing*. Salah satu pengadaan yang menggunakan sistem *E-Purchasing* adalah pengadaan farmasi. Tujuan penerapan dari *E-Purchasing* adalah untuk meningkatkan transparansi dalam proses pengadaan barang dan jasa, meningkatkan persaingan yang sehat dalam rangka penyediaan pelayanan publik dan penyelenggaraan pemerintahan yang baik, dan meningkatkan efektivitas dan efisiensi dalam pengelolaan proses pengadaan barang dan jasa.

Gambar 70 menunjukkan proporsi TBF terhadap TBK di Indonesia tahun 2021, serta mekanisme yang digunakan dalam belanja farmasi tersebut. Pada gambar tersebut terlihat bahwa dari TBF yang nilainya sebesar 25,8% dari TBK Indonesia, mayoritas belanjanya dilakukan melalui pengadaan non *E-Purchasing* yaitu sebesar Rp169,5 triliun (96,7% dari TBF). Belanja tersebut termasuk belanja vaksin COVID-19 dan obat *Over the Counter* (OTC) .



Gambar 65. Proporsi Total Belanja Farmasi terhadap Total Belanja Kesehatan Indonesia, 2021

*Sumber: Data LKPP 2021 diolah tim Studi Ketersediaan dan Akses Obat Esensial (CHEPS UI dan Bappenas, 2023)

Pengadaan melalui mekanisme *E-Purchasing* masih relatif kecil yaitu mewakili 3,3% dari TBF. Mekanisme ini mengacu pada daftar obat yang tersedia di Formularium Nasional (Fornas) yang mayoritas merupakan obat program (HIV, TB, dan KIA) dan sebagian besar dibeli oleh Kemenkes. Secara rinci, daftar sepuluh besar komposisi zat aktif yang digunakan pada masing-masing mekanisme dapat dilihat pada Tabel 9.

Tabel 8. Sepuluh Terbesar Pengadaan Produk Farmasi melalui Mekanisme e-Purchasing dan Non e-Purchasing, 2021

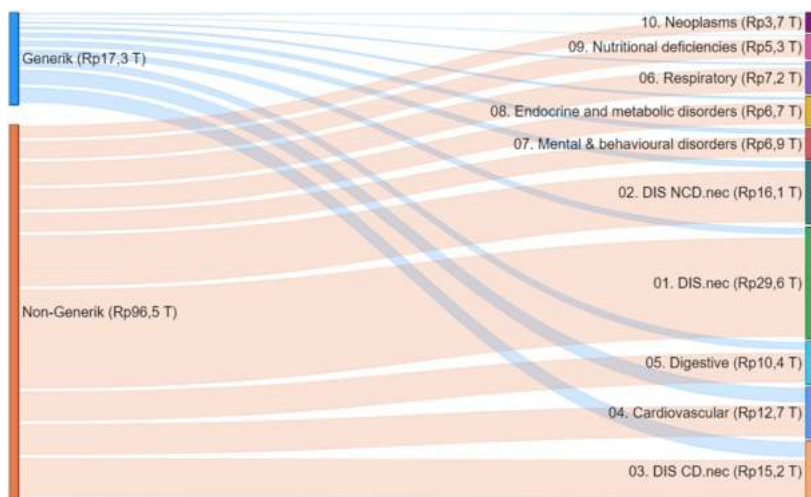
Komposisi Zat Aktif		Rp Miliar
e-purchasing*	Measles, combinations with rubella, live attenuated	361.9
	Diphtheria-hemophilus influenzae B-pertussis-polio myelitis-tetanus-hepatitis B	355.2
	Lamivudine, tenofovir disoproxil and efavirenz	266.6
	Folic acid, combinations	177.8
	BCG vaccine	169.9
	Rifampicin, pyrazinamide, ethambutol and isoniazid	167.6
	Efavirenz	140.0
	Polio myelitis oral, monovalent, live attenuated	131.1
	Hepatitis B immunoglobulin	118.4
	Zidovudine and lamivudine	114.1
Non e-purchasing	COVID-19 vaccines	45,641.5
	Paracetamol, combinations excl. psycholeptics	15,068.3
	Antiepileptics	3,672.0
	Paracetamol	2,813.0
	Vit. B1 in combination with vitamin B6 and/or vitamin B12	2,637.6
	Diclofenac	2,416.1
	Amoxicillin	2,145.4
	Mefenamic acid	2,110.2
	Cyanocobalamin, combinations	1,948.4
	Cilostazol	1,927.3

*Sumber: Data LKPP 2021 diolah tim Studi Ketersediaan dan Akses Obat Esensial (CHEPS UI dan Bappenas, 2023)

4.6 Belanja Obat Generik dan Non-Generik

Pada tahapan penelusuran belanja farmasi, obat-obatan yang memiliki NIE dapat diklasifikasikan menurut kelompok obat generik ataupun non-generik. Berdasarkan kode NIE, obat yang memiliki NIE diawali huruf G merupakan obat generik sedangkan huruf D merupakan non-generik.

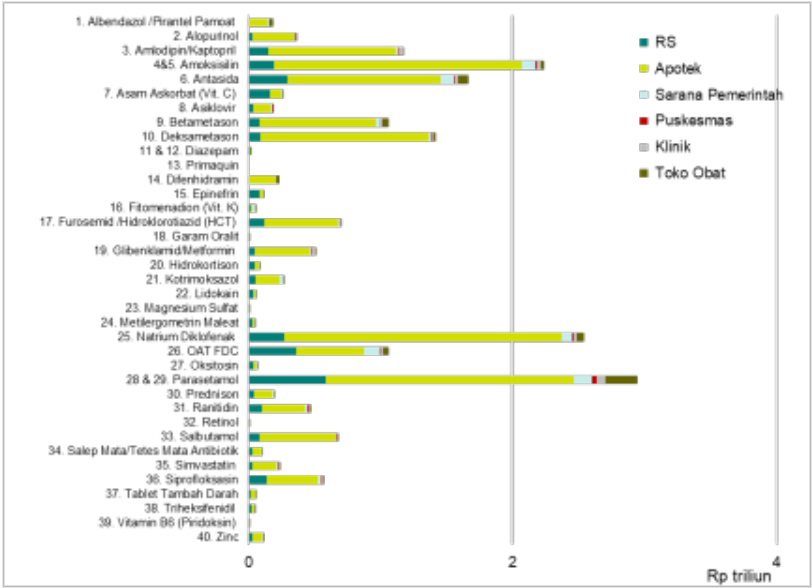
Gambar 71 menunjukkan bahwa pada 10 kelompok penyakit dengan belanja terbesar (di luar belanja COVID-19), total belanja obat generik hanya mewakili sekitar 15% (Rp17,3 triliun) dari total belanja tersebut. Sekilas ini tidak sejalan dengan Permenkes No. HK02.02/Menkes/068/I/2010 tentang kewajiban menggunakan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah. Namun, hal ini dapat terjadi karena beberapa hal, salah satunya, data yang ada bukan hanya mencerminkan Fasyankes milik pemerintah. Selain itu, harga satuan obat generik lebih rendah dibandingkan dengan harga satuan obat non-generik. Hal ini didukung penelitian oleh Ramesh (tahun 2013) yang menyatakan persentase harga obat bermerk 20% - 218% lebih mahal dibanding obat generik (42)(43). Ke depannya, mekanisme pengadaan obat melalui *e-purchasing* diharapkan dapat mendorong pemanfaatan obat generik.



Gambar 66. Distribusi Belanja Generik dan Non-Generik pada 10 Kelompok Jenis Penyakit, 2021

4.7 Belanja Obat Esensial

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan menjamin ketersediaan obat yang lebih merata dan terjangkau oleh masyarakat, maka disusun Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN). Daftar obat tersebut diatur dalam Permenkes No. HK.01.07/MENKES/6477/2021 tentang Daftar Obat Esensial Nasional. Hasil penelusuran belanja farmasi tahun 2021 dapat memetakan belanja farmasi yang zat aktifnya termasuk dalam kelompok DOEN, tetapi belum mempertimbangkan bentuk sediaan, kekuatan, kemasan dan rute pemberian (Gambar 72). Dari gambar tersebut, terlihat bahwa *parasetamol* merupakan obat dengan belanja tertinggi, disusul dengan *Na Diklofenak* dan amoksisilin . Ketiga obat ini memiliki jumlah belanja masing-masing diatas Rp2 triliun dan mayoritas dibeli di apotek.



Gambar 67. Belanja 40 Obat Esensial menurut Provider (Rp Triliun), 2021

Penutup

NHA 2021 merupakan gambaran belanja kesehatan di Indonesia yang pada akhirnya berhasil disusun t-1. Untuk itu, perlu optimalisasi pemanfaatan NHA sebagai alat strategis yang menyediakan gambaran komprehensif bagi para pemangku kebijakan dalam penyusunan perbaikan kebijakan pembiayaan kesehatan.

Dari hasil analisis masih diperlukan peningkatan belanja kesehatan dalam rangka mendukung ekspansi upaya promotif dan preventif. Disamping itu, terdapat potensi perluasan bagi peserta yang menginginkan manfaat lebih di luar Kebutuhan Dasar Kesehatan dan peluang mengendalikan OOP atau melalui Asuransi Kesehatan Tambahan.

Melihat besarnya kontribusi APBN terhadap APBD melalui Transfer ke Daerah, Pemda perlu sinkronisasi perencanaan dan penganggaran Pusat dan Daerah, termasuk melakukan penyesuaian belanja pegawai menjadi maksimal 30% dalam 5 (lima) tahun ke depan agar memenuhi ketentuan yang tertuang dalam UU RI. Nomor 1 tahun 2022 tentang HKPD.

Koordinasi dengan Kementerian/Lembaga di luar Kemenkes juga perlu terus dibangun mengingat perannya berkontribusi dalam upaya pembangunan kesehatan. Selain itu, Kemenkes terus mendorong kemitraan dengan donor/mitra pembangunan terutama pada pembiayaan program prioritas bidang kesehatan.

Dengan semakin meningkatnya belanja kesehatan, kedepannya Kemenkes RI perlu melakukan analisis kualitas belanja kesehatan dilihat dari sisi ekuitas, efektivitas dan efisiensi dengan melibatkan akademisi maupun pakar.

Kementerian Kesehatan terus mendorong upaya percepatan produksi NHA agar terpenuhi t-1 melalui ketersediaan data secara cepat dan tepat, melalui koordinasi secara intensif dengan berbagai instansi penyediaan data, serta upaya membangun otomatisasi data

Daftar Pustaka

1. OECD, Eurostat & World Health Organization. *A System of Health Accounts* 2011. (OECD, 2017). doi:10.1787/9789264270985-en.
2. *Peraturan Pemerintah No 82 Tahun 2019*.
3. *Undang-Undang No 40 Tahun 2004*.
4. Bryan, A. F. & Tsai, T. C. Health Insurance Profitability During the COVID-19 Pandemic. *Ann Surg* **273**, e88 (2021).
5. Wang, Y., Zhang, D., Wang, X. & Fu, Q. How Does COVID-19 Affect China's Insurance Market? <https://doi.org/10.1080/1540496X.2020.1791074> **56**, 2350–2362 (2020).
6. Babuna, P. *et al.* The Impact of COVID-19 on the Insurance Industry. *Int J Environ Res Public Health* **17**, 1–14 (2020).
7. World Bank. GDP deflator (base year varies by country) - Indonesia | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.DEFL.ZS?locations=ID> (2021).
8. Badan Pusat Statistik (BPS). *Keadaan Angkatan Kerja Di Indonesia Februari 2021*. (2021).
9. Badan Pusat Statistik (BPS). *Keadaan Angkatan Kerja Di Indonesia Agustus 2021*. (2021).
10. Badan Pusat Statistik (BPS). *[REVISI per 09/11/2021] Agustus 2021: Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) sebesar 6,49 persen*. (BPS, 2021). Tersedia di: <https://www.bps.go.id/pressrelease/2021/11/05/1816/agustus-2021--tingkat-pengangguran-terbuka--tpt--sebesar-6-49-persen.html>
11. Rasimin, R. Perbedaan Kepadatan IGD Sebelum Dan Pada Saat Pandemi Dengan Menggunakan Nedoc Score Di Rumah Sakit Kota Makassa. (Universitas Hasanudin, 2020).
12. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK). *Penelusuran Dan Evaluasi Belanja Kesehatan Pada Perusahaan BUMN Dan Swasta Di Indonesia Tahun 2021*. (2021).
13. Badan Pusat Statistik (BPS). *Neraca Lembaga Non-Profit Yang Melayani Rumah Tangga (LNPRT) 2018-2020*. (BPS, 2021).
14. Visnu, J., Abdalla, A. Z. & Trisnantoro, L. *Berbagi Sehatkan Negeri: Laporan Pemetaan Lembaga Filantropi Kesehatan di Indonesia*. (Filantropi Indonesia, 202AD).

15. Van Minh, H., Kim Phuong, N. T., Saksena, P., James, C. D. & Xu, K. Financial burden of household out-of pocket health expenditure in Viet Nam: findings from the National Living Standard Survey 2002-2010. *Soc Sci Med* **96**, 258–263 (2013).
16. Wang, W., Temsah, G. & Carter, E. DHS ANALYTICAL STUDIES 59 Levels and determinants of out-of-pocket Health expenditures in the democratic republic of the Congo, Liberia, Namibia, and Rwanda. (2016).
17. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Indonesia Laksanakan Deklarasi Alma Ata. <https://www.kemkes.go.id/article/view/18102900001/indonesia-laksanakan-deklarasi-alma-ata.html> (2018).
18. WHO. Primary health care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> (2021).
19. WHO. *Estimation of Primary Health Care expenditure*. (2019).
20. Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat. Hipertensi Penyebab Utama Penyakit Jantung, Gagal Ginjal, dan Stroke – Sehat Negeriku. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20210506/3137700/hipertensi-penyebab-utama-penyakit-jantung-gagal-ginjal-dan-stroke/> (2021).
21. Aulia. Fakta dan Angka Hipertensi - Direktorat P2PTM. <https://p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/subdit-penyakit-jantung-dan-pembuluh-darah/fakta-dan-angka-hipertensi> (2017).
22. Direktorat P2PTM. Indikator Renstra Kemenkes (P2PTM) 2020-2024. <https://p2ptm.kemkes.go.id/profil-p2ptm/latar-belakang/indikator-renstra-kemenkes-p2ptm-2020-2024>.
23. Kementerian Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia 2021*. (2022).
24. Kirkland, E. B. *et al.* Trends in Healthcare Expenditures Among US Adults With Hypertension: National Estimates, 2003-2014. *J Am Heart Assoc* **7**, (2018).
25. Wierzejska, E. *et al.* A global perspective on the costs of hypertension: a systematic review. *Arch Med Sci* **16**, 1078 (2020).
26. IDF Diabetes Atlas. *Diabetes around the world 2021*. www.diabetesatlas.org (2021).
27. Williams, R. *et al.* Global and regional estimates and projections of diabetes-related health expenditure: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract* **162**, (2020).

28. Direktorat P2P Kemenkes RI. Melalui Kegiatan INA – TIME 2022 Ke-4, Menkes Budi Minta 90% Penderita TBC Dapat Terdeteksi di Tahun 2024. <http://p2p.kemkes.go.id/melalui-ina-time-2022-ke-4-menkes-budi-minta-90-penderita-tbc-dapat-terdeteksi-di-tahun-2024/> (2022).
29. Kementerian Kesehatan RI. *Strategi Nasional Penanggulangan Tuberculosis di Indonesia*. (2020).
30. Laurence, Y. V., Griffiths, U. K. & Vassall, A. Costs to Health Services and the Patient of Treating Tuberculosis: A Systematic Literature Review. *Pharmacoeconomics* **33**, 939 (2015).
31. Viney, K., Islam, T., Hoa, N. B., Morishita, F. & Lönnroth, K. The Financial Burden of Tuberculosis for Patients in the Western-Pacific Region. *Trop Med Infect Dis* **4**, (2019).
32. Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat Kemenkes RI. Upaya Ibu Cegah Anak Stunting dan Obesitas. <https://www.kemkes.go.id/article/view/22011800003/upaya-ibu-cegah-anak-stunting-dan-obesitas.html> (2022).
33. Kementerian Kesehatan. *Rencana Aksi Program Kementerian Kesehatan 2020-2024*. (2020).
34. Fitch Solutions. *Indonesia Pharmaceuticals & Healthcare Report Includes 10-year forecasts to 2031: Q2 2022*. (Fitch Solutions Group Limited, 2022).
35. IQVIA. Highlighting Major Impact of Pandemic to the Pharma Industry. Dipresentasikan pada Webinar “Highlighting Major Impact of Pandemic to the Pharma Industry”. Preprint at (2022).
36. Lu Y, Hernandez P, Abegunde D & Edejer T. *The World Medicines Situation Medicine Expenditures*. (2011).
37. USAID MTaPS Program. *Policy Brief: Pharmaceutical Expenditure Tracking in Benin (2020 Data)*. (2021).
38. USAID MTaPS Program. *Policy Brief: Pharmaceutical Expenditure Tracking in Burkina Faso (2018 Data)*. (2021).
39. OECD. Expenditure by Disease, Age, and Gender.; 2016. <https://www.oecd.org/health/Expenditure-by-disease-age-and-gender-FOCUS-April2016.pdf> (2016).
40. Mahasiswa Pasca Sarjana Intermediate Public Health. *Aspirasi Intelektual Pemimpin Masa Depan Dalam Menghadapi Pandemi Covid-19*. (Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2020).
41. Yuswohady, Rachmaniar A, Fatahillah F, Brillian G & Hanifah I. *Healthcare Industry Outlook 2021*. (2020).

