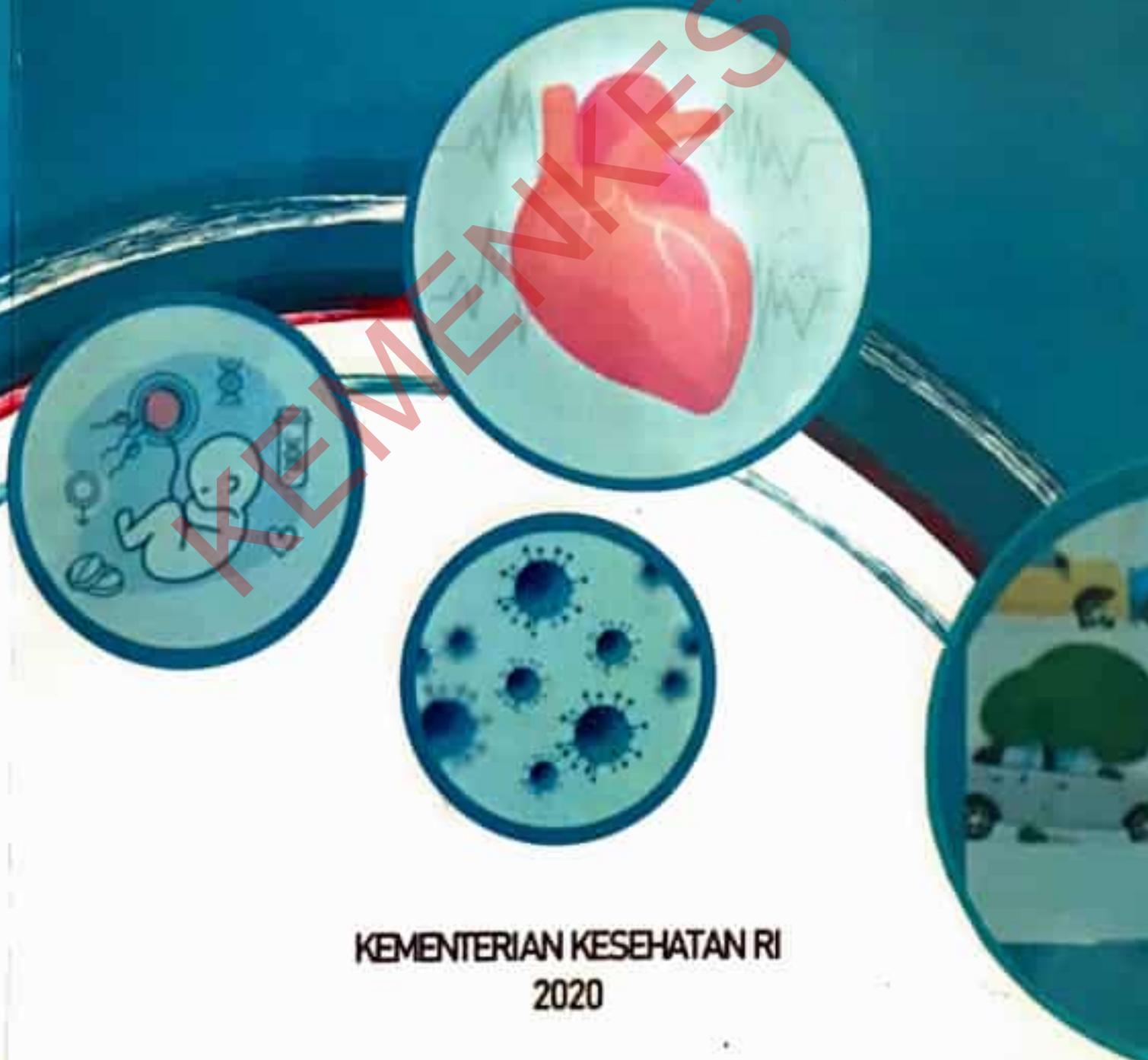




KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

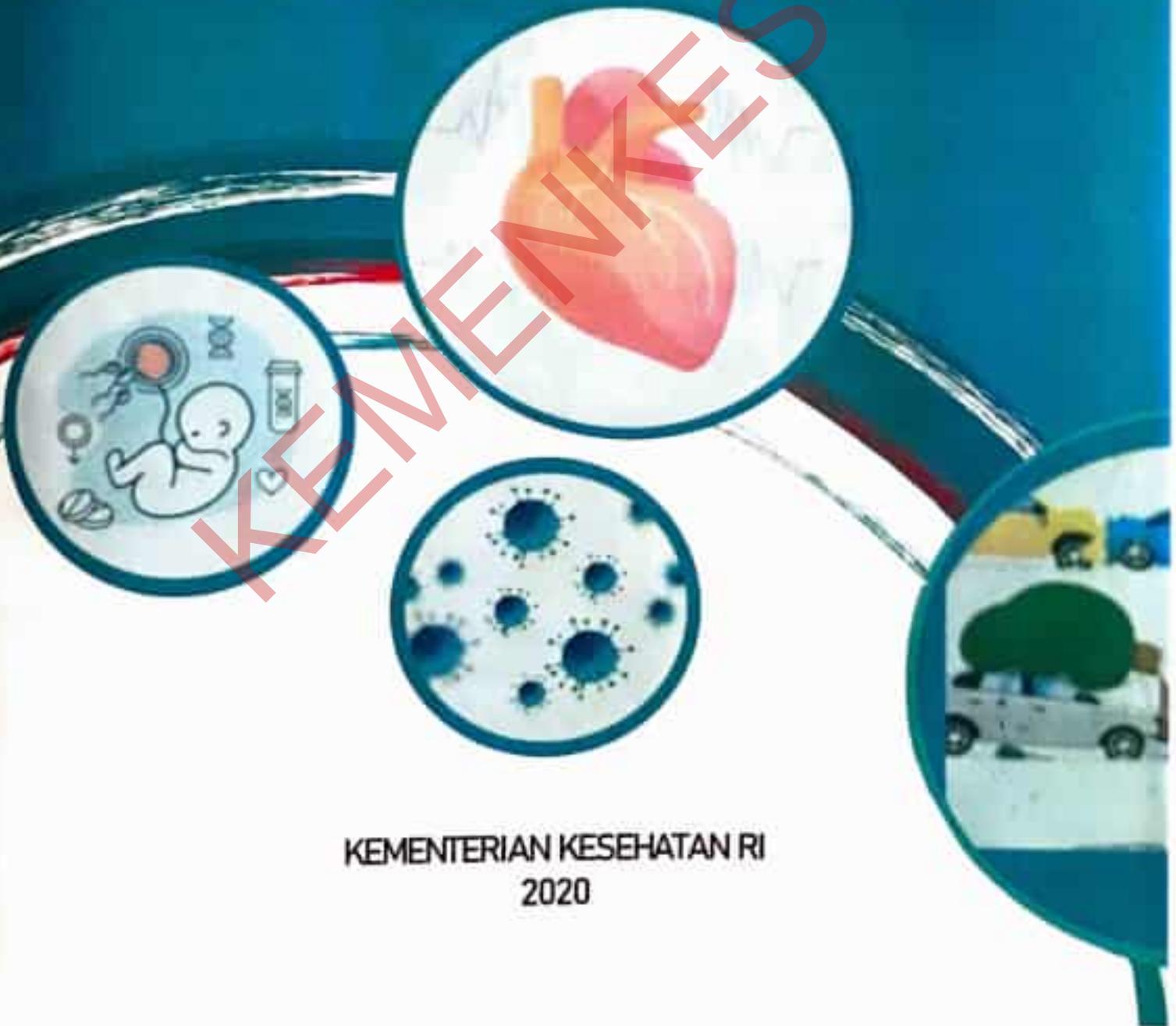
368.42  
Ind  
p

# *DISEASE ACCOUNTS* PADA SKEMA JKN TAHUN 2018



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
2020

# *DISEASE ACCOUNTS* PADA SKEMA JKN TAHUN 2018



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
2020

368.42

Ind

p

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Sekretariat Jenderal  
*Disease Accounts pada Skema JKN Tahun 2018.*—  
Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.2021

ISBN 978-623-301-193-8

1. Judul            I. HEALTH INSURANCE  
II. DISEASE  
III. NATIONAL HEALTH PROGRAMS

ISBN 978-623-301-193-8



KEMENKES RI

## **DISEASE ACCOUNTS PADA SKEMA JKN TAHUN 2018**

Kementerian Kesehatan RI  
Sekretariat Jenderal  
Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan  
Jakarta, 2021

**Penasihat:**  
Sekretaris Jenderal

**Pengarah:**  
Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan

**Penanggung Jawab:**  
Kepala Bidang Pembiayaan Kesehatan

**Tim Penyusun:**  
Subbidang Analisis Belanja Kesehatan  
Tim *National Health Accounts*, Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan (PKEKK), Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

**Tim Editor:**  
Dr. Atik Nurwahyuni, SKM, M.Kes (Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan (PKEKK), Universitas Indonesia)  
Nelly Mustika Sari, SKM, MKM (PPJK Kementerian Kesehatan)

**Diterbitkan Oleh:**  
Kementerian Kesehatan RI

**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 seijin tertulis dari penerbit.



## KATA PENGANTAR



Kepala Pusat PJK  
dr. Kalsum Komaryani, MPPM

Variasi biaya pelayanan kesehatan sangat umum ditemukan dalam suatu populasi oleh karena berbagai dimensi sosial yang potensial untuk dianalisis. Dimensi itu melekat pada karakteristik penerima manfaat, di antaranya usia, jenis kelamin, wilayah geografis, kondisi sosial ekonomi, dan jenis penyakit. Analisis belanja kesehatan berdasarkan jenis penyakit dapat memantau dan memberi informasi tentang alokasi sumber daya menurut penyakit di populasi ataupun bidang prioritas. Informasi yang dihasilkan dapat membantu menjawab pertanyaan, seperti: penyakit apa yang memakan sumber daya perawatan kesehatan, dan berapa banyak? Skema mana yang membayar layanan yang menangani penyakit tersebut, dan berapa banyak? Bagaimana pengeluaran untuk penyakit tertentu dipecah menurut jenis perawatan?

Analisis distribusi belanja kesehatan menurut jenis penyakit (*disease accounts-DIS*) menjadi penting untuk dilakukan mengingat secara global telah terjadi pergeseran pola penyakit dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular (PTM), termasuk di Indonesia. Sejak tahun 2017, produksi dimensi DIS diinisiasi dengan menggunakan data belanja kesehatan skema JKN tahun layan 2015 dan secara berkelanjutan diperbaharui data maupun metodologinya. Program JKN, dengan cakupan lebih dari 82 persen populasi penduduk, sangat representatif dalam memberikan gambaran pelayanan kesehatan dan pemahaman karakteristik penerima manfaat program kesehatan di Indonesia.

Dalam rangka pemutakhiran informasi dan penajaman analisis distribusi belanja kesehatan terkini menurut jenis penyakit di Indonesia, maka tim NHA Indonesia kembali memproduksi akun *disease accounts* skema JKN tahun 2018 serta skema publik lainnya khusus untuk program prioritas. Dalam proses pengerjaannya, tim juga telah memperbaiki data tahun sebelumnya dan meningkatkan institusionalisasi serta peran dari berbagai pihak terkait, baik dalam proses pengumpulan data hingga diseminasi hasil untuk memperoleh masukan pada produksi selanjutnya.

Terima kasih saya sampaikan kepada BPJS Kesehatan yang telah mendukung proses penyediaan data tahun 2018 dan mengikuti proses diskusi hingga diseminasi hasil. Apresiasi juga diberikan kepada USAID melalui kegiatan *Health Financing Activity* (HFA) dan tim dari Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan (PKEKK) FKM UI yang telah mendukung kelancaran penyusunan analisis distribusi belanja kesehatan menurut jenis penyakit tahun 2018. Ke depannya, *disease accounts* dalam NHA diharapkan dapat diproduksi setiap tahun secara berkelanjutan dan memberikan manfaat yang dapat digunakan sebagai masukan perbaikan kebijakan pelayanan kesehatan.

Selamat membaca dan semoga bermanfaat.

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR GAMBAR .....	vi
DAFTAR TABEL .....	viii
DAFTAR SINGKATAN .....	ix
RINGKASAN EKSEKUTIF .....	x
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Tujuan dan Manfaat .....	2
1.3. Pertanyaan Studi .....	2
<b>BAB 2 METODOLOGI</b> .....	<b>3</b>
2.1. Ruang Lingkup .....	3
2.2. Kerangka Konsep Analisis .....	3
2.3. Proses Penyusunan Produksi Disease Accounts .....	4
<b>BAB 3 GAMBARAN BELANJA KESEHATAN SKEMA JKN MENURUT JENIS PENYAKIT DI INDONESIA</b> .....	<b>12</b>
3.1. Gambaran Belanja Skema JKN menurut Jenis Penyakit .....	12
3.1.1. Total Belanja Skema JKN menurut Jenis Penyakit .....	12
3.1.2. Total Belanja Skema JKN menurut Jenis Penyakit dan Fasilitas Kesehatan .....	13
3.2. Belanja Skema JKN pada Kelompok PTM .....	16
3.2.1. Belanja Skema JKN pada Kelompok Penyakit Kardiovaskular .....	17
3.2.2. Belanja Skema JKN pada Kelompok Genito-Urinary System .....	20
3.2.3. Belanja Skema JKN pada Kelompok Neoplasma .....	23
3.3. Belanja Skema JKN pada Kelompok DIS 2. Kesehatan Reproduksi .....	26
3.3.1. Belanja Skema JKN pada Kelompok Maternal .....	28
3.3.2. Belanja Skema JKN pada Kelompok Neonatal .....	34
3.4. Serapan Dana JKN pada Kelompok Penyakit Menular .....	36
3.4.1. Belanja Skema JKN pada Kelompok Penyakit TB .....	38
3.4.2. Belanja Skema JKN pada Kelompok HIV/AIDS .....	40
<b>BAB 4 KESIMPULAN DAN REKOMENDASI</b> .....	<b>44</b>
4.1. Kesimpulan .....	44
4.2. Rekomendasi .....	45
REFERENSI .....	47
LAMPIRAN .....	51
TIM NATIONAL HEALTH ACCOUNTS INDONESIA .....	56

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Konsep Analisis.....	3
Gambar 2. Proses Produksi Disease Accounts.....	4
Gambar 3. Proses Reklasifikasi DIS 5. Cedera.....	6
Gambar 4. Daftar Rincian ICD-10 Hasil Reklasifikasi Cedera yang Dikelompokkan ke dalam DIS 1.7 Imunisasi, DIS 2.3 KB, dan DIS 2.nec Kespro Lainnya.....	7
Gambar 5. Proses Pemetaan DIS Accounts pada Data JKN di FKTP dan FKRTL.....	8
Gambar 6. Distribusi Belanja menurut Jenis Penyakit pada Skema JKN (Rp triliun), 2016 - 2018.....	12
Gambar 7. Belanja Skema JKN menurut Jenis Penyakit dan Tingkat Faskes (Rp triliun), 2016-2018.....	14
Gambar 8. Belanja kelompok Penyakit Kardiovaskular (Rp triliun), 2016 – 2018.....	18
Gambar 9. Belanja JKN pada Penyakit Kardiovaskular menurut Kelompok Umur di FKRTL, 2018 (dalam Rp triliun).....	19
Gambar 10. Angka Kunjungan Kardiovaskular pada RITL per 10.000 peserta menurut Provinsi Terdaftar dan Layan*, 2018.....	19
Gambar 11. Angka Akses RITL pada Penyakit Kardiovaskular per 10.000 peserta JKN menurut Provinsi Terdaftar, 2018.....	20
Gambar 12. Belanja kelompok Penyakit Genito-urinary System (Rp triliun), 2016–2018.....	21
Gambar 13. Belanja Skema JKN pada Penyakit Genito-urinary System menurut Kelompok Umur di FKRTL, 2018 (dalam Rp triliun).....	21
Gambar 14. Angka Kunjungan Genito-urinary System pada RJTL per 10.000 peserta menurut Provinsi Terdaftar dan Layan, 2018.....	22
Gambar 15. Angka Akses RJTL pada Penyakit Genito-urinary system per 10.000 peserta, 2018.....	22
Gambar 16. Belanja kelompok Penyakit Neoplasma (Rp triliun), 2016–2018.....	24
Gambar 17. Belanja Skema JKN pada Neoplasma menurut Kelompok Umur di FKRTL, 2018 (dalam Rp miliar).....	25
Gambar 18. Angka Kunjungan Neoplasma pada RITL per 10.000 peserta menurut Provinsi Terdaftar dan Layan, 2018.....	25
Gambar 19. Angka Akses RITL pada Neoplasma per 10.000 peserta JKN menurut Provinsi Terdaftar, 2018 .....	26
Gambar 20. Belanja Skema JKN pada Kelompok DIS 2. Kesehatan Reproduksi (Rp triliun), 2016 - 2018.....	28
Gambar 21. Belanja Skema JKN Pada Kelompok Maternal dan Neonatal, 2016 – 2018.....	28
Gambar 22. Total Belanja Persalinan di FKTP dan FKRTL pada Skema Pembiayaan JKN, 2018.....	29
Gambar 23. Total Kunjungan Persalinan di FKTP dan FKRTL pada Skema Pembiayaan JKN, 2018.....	29
Gambar 24. Total Belanja Persalinan Pervaginam dan Sectio caesarea di FKRTL pada Skema Pembiayaan JKN, 2016 – 2018 (Rp Triliun).....	30
Gambar 25. Total Kunjungan Persalinan Pervaginam dan Sectio caesarea di FKRTL menurut Tingkat Severity pada Skema Pembiayaan JKN, 2016 – 2018 (dalam ribu).....	30
Gambar 26. Total Belanja Persalinan Pervaginam vs Caesar di FKRTL menurut Kepemilikan pada Skema Pembiayaan JKN, 2016 - 2018.....	31
Gambar 27. Total Belanja Persalinan Pervaginam vs Caesar di FKRTL menurut Kepemilikan dan Kelas RS pada Skema Pembiayaan JKN, 2018.....	31
Gambar 28. Belanja Persalinan (Rp Miliar) Sectio caesarea menurut Provinsi Layan dan Kepemilikan, 2018.....	32

Gambar 29. Total Kunjungan Layanan ANC di FKTP, 2018 (dalam ribu).....	33
Gambar 30. Belanja Layanan ANC di FKTP, 2018 (dalam Rp miliar) .....	33
Gambar 31. Belanja Layanan ANC di FKRTL, 2016 - 2018 (dalam Rp miliar) .....	33
Gambar 32. Total Kunjungan Layanan ANC di FKRTL, 2016 - 2018 (dalam juta).....	33
Gambar 33. Total Belanja Layanan ANC di FKRTL menurut Kepemilikan, 2016 - 2018 (dalam Rp miliar) .	33
Gambar 34. Total Kunjungan Layanan ANC di FKRTL menurut Kepemilikan, 2016 - 2018 (dalam juta) ....	33
Gambar 35. Belanja Skema JKN pada Kelompok Neonatal, 2016-2018 (dalam Rp triliun) .....	34
Gambar 36. Belanja RITL pada Kelompok Neonatal di FKRTL (Rp triliun), 2016 - 2018 .....	35
Gambar 37. Jumlah Kunjungan (ribu) Layanan NICU menurut Kelas RS dan Kepemilikan, 2016 - 2018....	35
Gambar 38. Belanja Skema JKN pada Penyakit Menular di Skema Publik, 2018 .....	36
Gambar 39. Serapan Dana JKN pada Kelompok Penyakit Menular (Rp triliun), 2016 - 2018.....	37
Gambar 40. Belanja Program TB pada Skema Publik, 2018.....	38
Gambar 41. Belanja Skema JKN pada Kelompok TB menurut Tingkat Layanan, 2016 - 2018 (Rp triliun) .	39
Gambar 42. Belanja Skema JKN pada Kelompok TB menurut Kelompok Umur, 2016 - 2018 (Rp Miliar) .	39
Gambar 43. Angka Akses per 10.000 peserta pada Penyakit TB pada layanan RITL, 2016 - 2018 .....	40
Gambar 44. <i>Proporsi Kunjungan Penyakit TB pada layanan RITL oleh Peserta JKN dari Provinsi Gorontalo (1) dan Sumatera Utara (2) menurut Provinsi Layan, 2018</i> .....	40
Gambar 45. Belanja Program HIV/AIDS dan PMS pada Skema Publik, 2018.....	41
Gambar 46. Belanja Skema JKN pada Kelompok HIV/AIDS & PMS menurut Tingkat Layanan, 2016 - 2018 (Rp Miliar) .....	42
Gambar 47. Belanja Skema JKN pada Kelompok HIV/AIDS & PMS menurut Kelompok Umur, 2016 - 2018 (Rp Miliar) .....	42
Gambar 48. Angka Akses per 10.000 peserta pada Penyakit HIV/AIDS dan PMS pada layanan RITL, 2016 - 2018 .....	43
Gambar 49. <i>Proporsi Kunjungan Penyakit HIV/AIDS dan PMS pada layanan RITL oleh Peserta JKN dari Provinsi Papua Barat (1) dan Kep. Riau (2) menurut Provinsi Layan, 2018</i> .....	43

KEMENKES RI

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Contoh ICD-10 yang Kurang Sesuai apabila Masuk ke dalam Klasifikasi DIS. 5 Cedera .....	5
Tabel 2. Contoh Kasus Ketidaksesuaian DIS Accounts dan INA-CBGs pada Kelompok DIS 1.2 Tuberculosis (TB) Tahun 2018 .....	9
Tabel 3. Klasifikasi DIS Accounts Adjusted .....	10
Tabel 4. Belanja Kelompok DIS 4. Penyakit Tidak Menular pada Skema Publik, 2018 .....	17
Tabel 5. Angka Akses dan Kunjungan per 10.000 peserta pada kardiovaskular, 2016 – 2018 .....	18
Tabel 6. Proporsi Jumlah Kasus vs Belanja Kardiovaskular di RITL menurut severity level, Kepemilikan Faskes dan Kelas RS tahun 2018 .....	18
Tabel 7. Angka Akses dan Kunjungan per 10.000 peserta pada subkelompok Genito-urinary System, 2016 – 2018 .....	21
Tabel 8. Angka Akses dan Kunjungan per 10.000 peserta pada subkelompok Neoplasma, 2016 – 2018 .....	24
Tabel 9. Proporsi Jumlah Kasus vs Belanja Neoplasma menurut severity level di RITL, Kepemilikan Faskes dan Kelas RS tahun 2018 .....	24
Tabel 10. Belanja Kelompok DIS 2. Kesehatan Reproduksi pada Skema Publik, 2018 .....	27
Tabel 11. Belanja JKN pada Kelompok Neonatal menurut Faskes dan Tingkat Layan, 2016 - 2018 .....	34

KEMENKES

## DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care
ANC K1	: Kunjungan Kehamilan ke-1
ANC K2	: Kunjungan Kehamilan ke-2
ANC K3	: Kunjungan Kehamilan ke-3
ANC K4	: Kunjungan Kehamilan ke-4
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPJS Kesehatan	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
CAPD	: Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis
DBD	: Demam Berdarah Dengue
DIS accounts	: Disease accounts
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
GBD	: Global Burden Diseases
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IHME	: Institute for Health Metrics and Evaluation
INA-CBGs	: Indonesian Case Base Groups
JKK	: Jaminan Kecelakaan Kerja
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
K/L lain	: Kementerian/Lembaga lain
KB	: Keluarga Berencana
Kemendes	: Kementerian Kesehatan
Kespro	: Kesehatan Reproduksi
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
MNH	: Maternal and Neonatal Health
NASA	: National AIDS Spending Assessment
NHA	: National Health Accounts
NICU	: Neonatal Intensive Care Unit
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PET-Scan	: Positron Emission Tomography Scan
PMS	: Penyakit Menular Sekual
PPJK	: Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
Prolanis	: Program Pengelolaan Penyakit Kronis
PTM	: Penyakit Tidak Menular
RITL	: Rawat Inap Tingkat Lanjut
RJTL	: Rawat Jalan Tingkat Lanjut
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SC	: Sectio Caesarea
TB	: Tuberkulosis
TBK	: Total Belanja Kesehatan
VCT mobile	: Voluntary Counselling and Testing Mobile
WHO	: World Health Organization

## RINGKASAN EKSEKUTIF

Skema pendanaan publik mendominasi belanja kesehatan di Indonesia sejak tahun 2017 hingga 2018 yang sebagian besar merupakan belanja skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Proporsi JKN ini diharapkan terus meningkat seiring dengan upaya untuk mencapai cakupan kesehatan semesta. Di berbagai negara termasuk Indonesia, ketertarikan untuk mengetahui belanja kesehatan pada beberapa jenis penyakit spesifik cenderung meningkat. Data tersebut digunakan untuk melihat perubahan pola penyakit dan layanan kesehatan yang pada akhirnya dapat mengarahkan kepada pemahaman yang lebih baik mengenai pola belanja kesehatan untuk perbaikan kebijakan ke depan. Untuk mengetahui belanja berdasarkan jenis penyakit, *World Health Organization* (WHO) telah mengembangkan tools yang disebut dengan *disease account*. Berdasarkan ketersediaan data dan peran JKN yang besar dalam belanja kesehatan di Indonesia, serta adanya kebutuhan pemetaan tren belanja kesehatan berdasarkan jenis penyakit, maka tahun ini kembali dilakukan produksi *disease accounts* skema JKN tahun 2018.

Berdasarkan perhitungan *National Health Accounts* (NHA), belanja kesehatan pada skema JKN meningkat dari Rp 76,2 triliun di tahun 2016 menjadi Rp102,5 triliun di tahun 2018 yang digunakan untuk belanja pada kelompok penyakit menular dan parasitik, kesehatan reproduksi, kekurangan nutrisi, PTM, penyakit cedera, dan penyakit lain-lain (termasuk kunjungan sehat). Pengeluaran skema JKN tertinggi selama periode tersebut secara konsisten digunakan untuk belanja PTM dengan gambaran tren belanja yang semakin besar secara nominal, yaitu meningkat dari Rp39,2 triliun di tahun 2016 menjadi Rp52,0 triliun di tahun 2018. Walaupun demikian, tren belanja PTM secara proporsi menurun yaitu dari 51,5 persen di tahun 2016 menjadi 50,8 persen terhadap total belanja pada skema JKN di tahun 2018. Sementara, belanja pada kelompok penyakit lain-lain (termasuk kunjungan sehat) di tahun 2018 menghabiskan sekitar Rp19,7 triliun, kelompok kesehatan reproduksi sebesar Rp12,7 triliun, kelompok penyakit menular dan parasitik sebesar Rp10,3 triliun, kelompok cedera sebesar Rp3,3 triliun, dan kelompok kekurangan nutrisi sebesar Rp0,1 triliun. Belanja menurut jenis penyakit tersebut terdistribusi pada berbagai tingkat layanan kesehatan, baik di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

Dari Rp102,5 triliun belanja kesehatan pada skema JKN tahun 2018, terdapat sekitar Rp83,0 triliun (81 persen dari belanja tersebut) diselenggarakan oleh FKRTL dan Rp15,1 triliun (14,7 persen dari belanja tersebut) untuk belanja di FKTP. Pada kedua tingkat layanan kesehatan tersebut diketahui bahwa belanja untuk PTM mendominasi, yaitu mencapai Rp45,7 triliun pada FKRTL dan Rp6,3 triliun di FKTP. Pada kelompok penyakit lain-lain (termasuk kunjungan sehat), belanja di FKRTL mencapai Rp15,3 triliun dan di FKTP sebesar Rp4,4 triliun. Belanja untuk kesehatan reproduksi sebesar Rp11,3 triliun diserap oleh FKRTL dan Rp1,3 triliun di FKTP. Selain itu, pada FKRTL juga terdapat belanja penyakit menular dan parasistik (Rp7,5 triliun), belanja penyakit cedera (Rp3,1 triliun), dan penyakit kekurangan nutrisi (Rp0,05 triliun). Sementara pada FKTP, terdapat dana JKN yang diserap untuk penyakit menular dan parasistik (Rp2,8 triliun), penyakit cedera (Rp0,2 triliun), dan penyakit kekurangan nutrisi (Rp0,01 triliun).

### **Pengeluaran JKN pada Kelompok Penyakit Tidak Menular (PTM)**

Pengeluaran pada Kelompok PTM mendominasi dibanding kelompok penyakit lainnya dengan tiga kelompok penyakit terbesar di tahun 2018 adalah kelompok penyakit kardiovaskular, *genito-urinary*

system, dan neoplasma, dimana proporsi terhadap total belanja PTM skema JKN secara berturut-turut yaitu sebesar 19,6 persen (Rp10,2 triliun), 17,8 persen (Rp9,3 triliun), dan 13,6 persen (Rp7,1 triliun). Belanja pada ketiga kelompok PTM tersebut mencapai separuh dari total belanja JKN pada kelompok PTM.

Kardiovaskular merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia dan diikuti dengan serapan dana JKN yang terus mengalami peningkatan. Peningkatan cukup substantial terjadi pada tahun 2018, yaitu sebesar Rp1,2 triliun atau sebesar 13,4 persen dibanding tahun 2017. Peningkatan jumlah belanja ini sejalan dengan peningkatan jumlah peserta yang melakukan utilisasi dan jumlah kunjungan yang meningkat dari tahun ke tahun. Belanja pada kelompok kardiovaskular tersebut mayoritas di fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKRTL) dan untuk memperoleh layanan rawat inap. Belanja tertinggi pada rawat inap adalah untuk belanja dengan INA-CBGs berupa prosedur kardiovaskular perkutan (I-1-40), kecederaan pembuluh darah otak dengan infark (G-4-14) dan kegagalan jantung (I-4-12).

Peningkatan setiap tahunnya belanja JKN juga terjadi pada kelompok *genito-urinary system*, yaitu meningkat dari Rp6,8 triliun di tahun 2016 menjadi Rp9,3 triliun di tahun 2018. Berbeda halnya dengan kardiovaskular, sekitar 54,1 persen dari belanja pada kelompok *genito-urinary system* merupakan layanan rawat jalan tingkat lanjut. Berdasarkan INA-CBGs, belanja terbesar dari klaim rawat jalan tersebut digunakan untuk prosedur hemodialisis akibat gagal ginjal, yaitu mencapai Rp4,4 triliun atau sekitar 88,6 persen dari total belanja RJTL pada kelompok penyakit *genito-urinary system* di tahun 2018.

Begitu juga dengan distribusi belanja pada Neoplasma yang mengalami peningkatan setiap tahun dari Rp5,3 triliun di tahun 2016 menjadi Rp7,1 triliun di tahun 2018. Gambaran belanja pada kelompok neoplasma menurut tingkat layanan hampir serupa dengan kelompok kardiovaskular dimana mayoritas belanja merupakan layanan rawat inap tingkat lanjut. Berdasarkan INA-CBGs, belanja terbesar dari klaim rawat inap tersebut digunakan untuk kemoterapi (C-4-13), prosedur pada kulit jaringan bawah kulit dan payudara (L-1-40), dan prosedur payudara (L-1-50) yang mewakili sekitar 40,1 persen dari total belanja RJTL pada kelompok penyakit neoplasma di tahun 2018. Berdasarkan diagnosis primer, jumlah kunjungan rawat inap terbanyak di tahun 2018 adalah kunjungan neoplasma pada payudara (dengan kode ICD-10 D24) dan mioma pada rahim (dengan kode ICD-10 D25.9).

#### **Pengeluaran JKN pada Kelompok Kesehatan Reproduksi**

Analisis belanja menurut jenis penyakit pada kelompok Kesehatan Reproduksi terdiri dari maternal, neonatal, kesehatan anak di luar neonatal, kongenital, KB, dsb. Distribusi belanja JKN pada kelompok ini mengalami peningkatan setiap tahunnya dengan pertumbuhan sebesar 6,3 persen tahun 2018 dibandingkan dengan tahun 2017. Maternal mendominasi setiap tahunnya dalam menyerap dana JKN pada kelompok Kesehatan Reproduksi dengan pertumbuhan sebesar 12,5 persen tahun 2018 dibandingkan dengan tahun 2017. Neonatal juga memiliki serapan dana JKN cukup besar setelah maternal dan terjadi di setiap tahunnya. Walaupun demikian, terjadi pertumbuhan negatif pada neonatal dimana pada tahun 2018 mengalami penurunan sebesar 13,7 persen dibanding 2017. Baik maternal maupun neonatal, sebagian besar dibelanjakan di FKRTL dengan sebagian besar merupakan tindakan persalinan.

Kunjungan persalinan pervaginam dari skema pembiayaan JKN mencakup 27,1 persen dari total ibu bersalin di Indonesia. Sementara persalinan dengan metode *sectio caesarea* (SC) pada skema JKN hanya

mencakup 17,4 persen dari total ibu bersalin di Indonesia tahun 2018. Belanja JKN terkait maternal pada kelompok kesehatan reproduksi memiliki proporsi belanja yang tinggi setiap tahunnya dan sebagian besar dibelanjakan di FKRTL, yaitu sebesar Rp 7,8 triliun di tahun 2018. Terdapat 77,5 persen dari belanja maternal di FKRTL tersebut yang digunakan untuk pembiayaan persalinan (pervaginam atau SC) atau sebesar Rp 6,1 triliun. Persalinan SC tahun 2018 memiliki porsi belanja tertinggi, yaitu sebesar 74 persen terhadap total belanja persalinan di FKTP dan FKRTL.

Baik pada persalinan pervaginam dan SC skema JKN, kunjungan tertinggi berada pada *severity level* ringan di tiap tahunnya. Kunjungan tertinggi pada persalinan pervaginam dengan tingkat *severity* ringan memiliki diagnosis primer O809 (Single spontaneous delivery, unspecified) dengan proporsi sebesar 23,3 persen dan diikuti oleh O800 (Spontaneous vertex delivery) sebesar 20,6 persen. Sementara itu, jumlah kunjungan terbanyak pada persalinan SC dengan tingkat *severity* ringan adalah kasus diagnosis primer O342 (Maternal care due to uterine scar from previous surgery) dengan proporsi sebesar 18,1 persen, kemudian diikuti dengan diagnosis primer O420 (Premature rupture of membranes, onset of labour within 24 hours). Pada tindakan persalinan skema JKN, faskes milik swasta memiliki peran yang besar, terutama pada persalinan SC yang menyerap dana Rp 3,1 triliun (85,5 persen terhadap total SC di FKRTL milik swasta). Berbeda halnya dengan gambaran peran faskes pada pelayanan ANC di FKTP dimana faskes milik pemerintah memiliki peran lebih besar dibandingkan swasta.

Tren pengeluaran dana JKN pada kelompok neonatal cenderung fluktuatif dengan peningkatan dua kali lipat pada tahun 2017 (Rp 3,3 triliun) dibanding tahun 2016 (Rp 1,5 triliun), kemudian mengalami penurunan pada tahun 2018. Peningkatan secara signifikan pada total klaim yang terjadi pada tahun 2017 dapat disebabkan adanya perubahan tarif INA-CBGS. Mayoritas belanja pada kelompok neonatal adalah perinatal & kongenital pada usia 0-28 hari dan hampir seluruh belanja tersebut dilayani di FKRTL dengan mayoritas layanannya merupakan rawat inap. Sebagian besar belanja pada layanan RITL tersebut adalah untuk pelayanan neonatal tanpa prosedur mayor, baik pada bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) maupun berat bayi lahir normal dengan dominasi pada *severity level* ringan. Keluarnya Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan no. 3 tahun 2018 (yang mengatur bayi baru lahir dengan kondisi sehat yang mendapatkan pelayanan neonatal esensial dan tidak membutuhkan perawatan dengan sumber daya khusus, baik dilahirkan melalui tindakan bedah caesar maupun persalinan pervaginam, dengan penyulit atau tanpa penyulit, dibayar dalam satu paket persalinan) mengakibatkan penurunan belanja pelayanan neonatal pada tahun 2018.

#### **Pengeluaran JKN pada Kelompok Penyakit Menular**

Analisis belanja skema JKN pada kelompok penyakit menular menunjukkan bahwa selama tahun 2016 – 2018 sebagian besar dana digunakan pada penyakit infeksi saluran pernapasan yaitu secara berturut-turut sebesar 39,9 persen (Rp4,2 triliun), 44,4 persen (Rp4,4 triliun), dan 42,8 persen (Rp4,4 triliun) terhadap total belanja pada kelompok penyakit menular. Penyakit menular lainnya yang menyerap dana yang cukup besar adalah diare, TB, HIV/AIDS dan penyakit menular seksual, serta penyakit tropis terabaikan (seperti DBD, kusta, dsb.). Penyakit TB dan HIV/AIDS merupakan penyakit yang masih menjadi prioritas dalam Rencana Pembangunan Menengah Nasional (RPJMN) 2020 – 2024 sehingga memerlukan perhatian dan analisis lebih lanjut.

Belanja JKN pada penyakit TB mengalami peningkatan setiap tahunnya, yaitu dari Rp 1,0 triliun di tahun 2016 menjadi Rp 1,3 triliun di tahun 2018 dimana sebagian besar merupakan layanan rawat inap di FKRTL. Berdasarkan kelompok umur, serapan dana JKN pada kelompok penyakit TB cenderung memiliki pola yang sama di setiap tahunnya dimana serapan dana tertinggi pada kelompok usia 40-59 tahun. Dalam kurun waktu tahun 2016-2018, lima provinsi yang mempunyai angka akses layanan rawat inap tertinggi di RS pada penyakit TB adalah Provinsi Gorontalo, Sulawesi Utara (Sulut), Sulawesi Tengah (Sulteng), Sulawesi Selatan (Sulsesl), dan Sumatera Utara (Sumut). Sebagian besar peserta JKN dengan penyakit TB yang terdaftar di Provinsi Gorontalo dan Sumatera Utara memperoleh layanan rawat inap di provinsi terdaftar sebagai peserta JKN dan hanya sebagian kecil yang memperoleh layanan kesehatan di luar provinsinya.

Total belanja skema JKN pada kelompok HIV/AIDS dan PMS adalah sebesar Rp 510,8 miliar atau 26,6 persen dari total belanja HIV/AIDS dan PMS pada skema publik. Serapan dana paling besar digunakan untuk belanja pada penyakit HIV/AIDS dan infeksi oportunistik sebesar Rp 365,9 miliar tahun 2018, dengan peningkatan sebesar dari Rp 235,6 miliar dari tahun 2016. PMS di luar HIV/AIDS dan penyakit tidak spesifik HIV/AIDS dan PMS Lainnya hanya sebesar masing-masing Rp 66,1 miliar dan Rp 78,7 miliar. Dilihat berdasarkan kelompok umur, serapan dana JKN untuk kelompok HIV/AIDS dan PMS menunjukkan tren yang meningkat pada usia produktif, lalu kembali menurun seiring memasuki masa lanjut usia. Puncak tertinggi serapan dana berada pada kelompok usia 20 – 39 tahun. Selain itu, dilihat berdasarkan provinsi, angka akses JKN pada penyakit HIV/AIDS dan infeksi oportunistik tertinggi berada pada Papua Barat, Bali, Papua, Jakarta, dan Kepulauan Riau. Sebagian besar peserta JKN yang melakukan kunjungan memperoleh layanan kesehatan di provinsi yang sama dengan provinsi terdaftar sebagai peserta JKN.

## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Gambaran belanja kesehatan Indonesia yang terpotret dalam *National Health Accounts (NHA)* menunjukkan bahwa proporsi skema pendanaan publik yang terdiri dari skema kementerian kesehatan, K/L lain, pemerintah daerah, dan asuransi kesehatan sosial terus mengalami peningkatan hingga mencapai lebih dari separuh Total Belanja Kesehatan (TBK) pada tahun 2017 dan 2018. Proporsi tersebut telah menggeser pendanaan yang berasal dari skema non-publik yang awalnya mendominasi belanja kesehatan di Indonesia hingga tahun 2016. Pada skema pendanaan publik ini, skema asuransi kesehatan sosial yang terdiri dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) mendominasi dengan porsi sebesar 44 persen dari total belanja skema publik tahun 2018. Jaminan Kesehatan Nasional itu sendiri memiliki peran yang signifikan dengan porsi belanja sebesar 43,6 persen total skema pendanaan publik atau sebesar 22,6 persen dari TBK pada tahun 2018 [1]. Porsi tersebut diharapkan terus meningkat setiap tahunnya seiring dengan upaya mencapai cakupan kesehatan semesta sesuai seruan *World Health Organization (WHO)* dan komitmen pemerintah [2] [3].

Dalam upaya mencapai cakupan kesehatan semesta, diperlukan pula kebijakan alokasi sumber daya kesehatan yang tepat, baik dari sisi *supply* maupun *demand*. Berkaitan dengan hal tersebut, maka muncul kebutuhan analisis lebih lanjut mengenai distribusi belanja kesehatan menurut penerima manfaat, diantaranya berdasarkan jenis kelamin, usia, pendapatan, dan penyakit [4].

Di berbagai negara termasuk Indonesia, ketertarikan untuk mengetahui belanja kesehatan pada beberapa jenis penyakit spesifik cenderung meningkat [5]. Data tersebut digunakan untuk melihat perubahan pola penyakit dan layanan kesehatan yang pada akhirnya dapat mengarahkan kepada pemahaman yang lebih baik mengenai pola belanja kesehatan untuk perbaikan kebijakan ke depan [6] [7]. Terlebih, saat ini Indonesia dihadapkan pada kondisi *triple burden disease* dimana terjadi pergeseran pola penyakit ke arah penyakit tidak menular, munculnya ancaman penyakit infeksi baru seperti flu burung dan resistensi obat tuberkulosis, dan prevalensi penyakit menular yang masih persisten [8] [9].

WHO telah mengembangkan tools untuk menelusuri belanja kesehatan berdasarkan klasifikasi jenis penyakit yang disebut dengan *disease accounts*. Belanja kesehatan tersebut mencakup biaya obat-obatan, biaya layanan, dan sumber daya manusia, baik yang terjadi di fasilitas layanan kesehatan dimana layanan kesehatan diproduksi dan dikonsumsi, maupun di fasilitas penyedia tata kelola administrasi kesehatan [4]. Melalui *disease accounts*, akan didapatkan informasi mengenai perubahan biaya dan kuantitas pelayanan kesehatan pada berbagai jenis penyakit, serta skema pembiayaan apa saja yang digunakan untuk menanganinya. *Disease accounts* juga dapat memberikan informasi yang bermanfaat terkait indikator beban ekonomi yang ditimbulkan suatu penyakit pada masyarakat [4] [10].

Hingga saat ini, data JKN merupakan data terlengkap yang tersedia untuk produksi *disease accounts* di Indonesia. Produksi *disease accounts* di Indonesia sendiri telah mulai dilakukan pada tahun 2017 dengan menggunakan data JKN tahun 2015 yang diperoleh dari BPJS Kesehatan. Mengingat peran JKN yang besar dalam skema pendanaan kesehatan di Indonesia dan adanya kebutuhan mengenai pemetaan tren belanja

kesehatan berdasarkan jenis penyakit, maka pada tahun ini kembali dilakukan produksi *disease accounts* skema JKN tahun 2018. Produksi *disease accounts* secara rutin ini bertujuan untuk menyajikan data *time series* yang dapat dimanfaatkan untuk perbaikan kebijakan ke depan.

## 1.2. Tujuan dan Manfaat

Tujuan dari produksi *disease accounts* 2018 adalah untuk mengetahui distribusi belanja skema JKN menurut jenis penyakit. Dari gambaran belanja menurut jenis penyakit yang disajikan dalam dimensi *disease accounts*, dapat dimanfaatkan untuk merespon kebutuhan kebijakan dalam pembiayaan kesehatan serta analisis lanjutan menurut penyakit tertentu dan kelompok sosio-demografi (wilayah, umur, jenis kelamin, dsb). Selain itu, potret ini juga dapat digunakan untuk memonitor dan mengevaluasi penyedia layanan kesehatan dan bagaimana *financial burden* yang sudah dikeluarkan. Pola belanja kesehatan menurut jenis penyakit secara lebih lanjut juga dapat bermanfaat sebagai input dalam proses perencanaan sumber daya yang tepat termasuk penganggaran ke depannya dengan mempertimbangkan kondisi epidemiologis, perubahan demografi, maupun teknologi.

## 1.3. Pertanyaan Studi

- a. Bagaimana distribusi belanja kesehatan menurut jenis penyakit pada skema JKN?
- b. Bagaimana pola belanja penyakit menurut tingkat layanan pada skema JKN?
- c. Bagaimana utilisasi dan belanja program prioritas pada skema JKN?

## BAB 2 METODOLOGI

### 2.1. Ruang Lingkup

Ruang lingkup perhitungan belanja kesehatan berdasarkan jenis penyakit yang dilaporkan saat ini hanya menggunakan data JKN tahun 2016 – 2018 kecuali untuk program prioritas yang juga mencakup skema publik lainnya. Data agregat diperoleh dari hasil estimasi perhitungan NHA pada belanja kesehatan skema JKN. Sementara perhitungan disagregasi menurut jenis penyakit menggunakan struktur dari data JKN, baik di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/FKTP (dengan pembayaran kapitasi dan nonkapitasi) maupun di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

Data JKN tahun 2016 dan 2017 diperoleh dan diakses oleh tim NHA atas perizinan dari BPJS Kesehatan, sementara data tahun 2018 diperoleh dari hasil olahan data yang dilakukan oleh bidang Manajemen Data dan Informasi BPJS Kesehatan. Pelibatan secara aktif BPJS Kesehatan pada proses pengumpulan data tersebut merupakan salah satu upaya institusionalisasi NHA, khususnya pada produksi *disease accounts* agar produksi *disease accounts* berkelanjutan setiap tahunnya.

### 2.2. Kerangka Konsep Analisis

Pada estimasi perhitungan belanja kesehatan di Indonesia, terdapat komponen skema pendanaan yang salah satunya merupakan skema pendanaan JKN. Pengelompokan menurut jenis penyakit merujuk pada klasifikasi *disease accounts* yang dikembangkan oleh WHO dengan dasar pengklasifikasian dari ICD-10. Program JKN menggunakan klasifikasi ICD-10 untuk mengategorikan jenis penyakit baik di tingkat FKTP maupun FKRTL. Pada laporan resmi BPJS Kesehatan dan struktur database klaim JKN, terdapat informasi biaya klaim dan kunjungan di FKTP dan FKRTL menurut jenis penyakitnya. Dengan demikian, kerangka konsep analisis disusun sebagai berikut.



Gambar 1. Kerangka Konsep Analisis

### 2.3. Proses Penyusunan Produksi *Disease Accounts*

Tahapan penyusunan produksi *disease accounts* terdiri dari 4 tahapan, yang terdiri dari pengumpulan data, manajemen data, analisis dan triangulasi, serta diseminasi hasil (gambar 2).



Gambar 2. Proses Produksi *Disease Accounts*

Pada proses pengumpulan data sekunder, terdapat serangkaian diskusi dengan PPJK Kemenkes dan BPJS Kesehatan untuk membahas strategi perolehan data sesuai kebutuhan tim NHA. Sebelum dilakukan diskusi pembahasan format permintaan data dengan BPJS Kesehatan, tim NHA membuat *policy questions* yang memuat informasi luaran yang akan dibuat dari data JKN. Rangkaian diskusi yang telah dilaksanakan meliputi pembahasan mengenai format permintaan data dan kesepakatan antara tim NHA dengan BPJS Kesehatan terkait ketersediaan variabel yang ada dalam data JKN.

Selanjutnya, tim melakukan manajemen data yang di dalamnya meliputi proses *data cleaning* dan penyusunan *database*. Proses *data cleaning* penting dilakukan untuk mengidentifikasi *data missing values* dan data anomali, misalnya variabel umur dengan diagnosis primer pada persalinan ataupun terkait perinatal dan neonatal. Dalam proses ini, terdapat keterlibatan PPJK Kemenkes dan BPJS Kesehatan untuk membahas terkait konfirmasi data dan variabel dari data yang sudah diperoleh.

Standar klasifikasi jenis penyakit secara internasional yang saat ini sudah banyak digunakan oleh beberapa negara adalah ICD-10 yang terdiri dari 22 chapters dan beberapa blok (lampiran 1). Selain itu, terdapat klasifikasi jenis penyakit lainnya yang lebih ringkas dengan dasar Pengelompokkannya menggunakan ICD-10, yaitu *Global Burden Diseases (GBD)* yang terdiri dari: (1) *Communicable, maternal, perinatal, and Nutritional Conditions*; (2) *Non-Communicable Diseases*; serta (3) *Injuries*. Saat ini, WHO mengembangkan klasifikasi jenis penyakit lainnya, yaitu *Disease (DIS) Accounts* yang merupakan gabungan dari kerangka GBD dan ICD-10 (lampiran 2). Adapun perbedaan antara *DIS accounts* dengan GBD adalah pengelompokan penyakit terkait maternal dan perinatal terpisah dari penyakit menular dan masuk ke dalam kelompok Kesehatan reproduksi. Begitu juga dengan klasifikasi *nutritional conditions* yang memiliki kode akun jenis penyakit tersendiri dalam *DIS Accounts*.

Dalam proses penerjemahan klasifikasi *disease accounts* di Indonesia, terdapat penyesuaian dengan kebutuhan dan kondisi data yang ada. Adapun proses penerjemahan data JKN ke dalam klasifikasi *disease accounts* yang dilakukan oleh tim NHA adalah sebagai berikut.

## 1. Reklasifikasi Kelompok Penyakit pada akun DIS 5. Cedera

Dalam pedoman *disease accounts* yang dikembangkan oleh WHO, diagnosis primer pada ICD-10 menjadi dasar dalam pengklasifikasian *disease accounts*. Tim bersama dengan beberapa dokter melakukan identifikasi ICD-10 yang masuk ke dalam klasifikasi cedera (DIS 5) dan terdapat beberapa kelompok ICD-10 yang dianggap kurang sesuai apabila dimasukkan ke dalam klasifikasi cedera. Berikut adalah tabel terkait beberapa ICD-10 yang dikelompokkan ke dalam kelompok cedera menurut WHO yang menurut tim kurang sesuai untuk dikelompokkan ke dalam cedera.

Tabel 1. Contoh ICD-10 yang Kurang Sesuai apabila Masuk ke dalam Klasifikasi DIS 5 Cedera

ICD-10	Deskripsi ICD-10
Z098	Follow up Examination After Other Treatment for Other Conditions
Z491	Extracorporeal Dialysis
Z511	Chemotherapy Session for Neoplasm
Z501	Other Physical Therapy
Z510	Radiotherapy Session
Z992	Dependence on Renal Dialysis
Z490	Preparatory Care for Dialysis
Z099	Follow up Examination After Unspecified Treatment for Other Conditions
Z090	Follow up Examination After Surgery for Other Conditions
Z961	Presence of Intraocular Lens
Z088	Follow up Examination After Other Treatment for Malignant Neoplasm
Y58	Bacterial vaccines
Y59	Other and unspecified vaccines and biological substances
Z23	Need for immunization against single bacterial diseases
Z24	Need for immunization against certain single viral diseases
Z25	Need for immunization against other single viral diseases
Z26	Need for immunization against other single infectious diseases
Z27	Need for immunization against combinations of infectious diseases
Z30	Contraceptive management
Y424	Oral contraceptives
Z31	Procreative management

Pada diagnosis primer dengan kode ICD-10 Z098 yang merupakan kontrol pengobatan memiliki biaya sekitar Rp10.7 triliun di FKRTL tahun 2018, apabila dimasukkan ke dalam klasifikasi cedera, maka proporsi penyakit tersebut terhadap total cedera di FKRTL tahun 2018 sebesar 41.6 persen. Definisi cedera yang dijelaskan dalam website WHO merupakan cedera akibat tabrakan lalu lintas, tenggelam, keracunan, jatuh atau terbakar, kekerasan akibat dari penyerangan yang dilakukan sendiri atau orang lain atau perang, serta paparan terhadap bahan kimia, mekanik, elektrik, dsb [11]. Tim NHA dibantu dengan tenaga medis melakukan reklasifikasi pada kelompok DIS 5 mengikuti definisi cedera yang dijelaskan dalam pedoman WHO terkait *injuries*. Adapun proses reklasifikasi DIS 5 Cedera adalah sebagai berikut.



Gambar 3. Proses Reklasifikasi DIS 5. Cedera

Dalam proses ini, tim NHA berupaya untuk memperoleh rekomendasi dari tenaga medis terhadap daftar penyakit yang masuk ke dalam kelompok DIS 5 Cedera sesuai pedoman WHO. Selanjutnya, tenaga medis tersebut mengkaji apakah penyakit tersebut sesuai atau tidak sesuai apabila dimasukkan ke dalam kelompok cedera. Apabila sesuai, maka diklasifikasikan ke rincian akun jenis penyakit cedera. Sementara itu, apabila ada penyakit yang dianggap kurang sesuai (jika dimasukkan ke dalam kelompok cedera), maka tenaga medis memberikan rekomendasi klasifikasi DIS Accounts yang dianggap benar. Setelah proses revaluasi dari tenaga medis selesai, tim NHA melakukan konsolidasi hasil revaluasi tersebut agar bisa digunakan selanjutnya pada proses pengklasifikasian menurut DIS Accounts pada data JKN.

Total biaya kelompok DIS 5 Cedera (menurut WHO) pada data FKRTL tahun 2018 adalah sebesar Rp25,6 triliun (sekitar 31 persen dari total klaim di FKRTL). Berdasarkan hasil reklasifikasi cedera, terdapat 11,5 persen yang memang sesuai apabila dimasukkan ke dalam cedera, sebaliknya 88,5 persen (Rp 22,7 triliun) dianggap kurang sesuai. Dari Rp 22,7 triliun tersebut, Rp14,2 triliun (63 persen) diklasifikasikan ke dalam kelompok penyakit lainnya (DIS nec) dimana Rp10,7 triliun adalah diagnosis primer Z09B (*Follow-up Examination After Other Treatment for Other Conditions*) yang mayoritas merupakan kasus dengan kode INA-CBGs Q-5-44 (Penyakit Kronis Kecil Lain-lain).

Terdapat penyakit-penyakit yang kemudian dikelompokkan ke dalam DIS 1.7 *Vaccine preventable diseases / Imunisasi*, DIS 2.3 *Contraceptive management (family planning) / Keluarga Berencana (KB)*, dan DIS 2.nec *unspecified reproductive health / Kespro Lainnya*. Sebagai informasi, WHO tidak menyediakan rincian penyakit pada ketiga kelompok tersebut. Berikut merupakan daftar rincian ICD-10 hasil reklasifikasi cedera yang dikelompokkan ke dalam DIS 1.7 Imunisasi, DIS 2.3 KB, dan DIS 2.nec Kespro Lainnya. Penting sekali untuk mengkonfirmasi dan memperoleh klarifikasi dari WHO terkait hal ini.

DIS 1.7 Vaccine preventable diseases		DIS 2.3 Contraceptive management (family planning)		DIS 2.nec Unspecified and other reproductive health	
Y58	Bacterial vaccines	Z30	Contraceptive management	Z31	Procreative management
Y59	Other and unspecified vaccines and biological substances	Z300	General counselling and advice on contraception	Z311	Tuboplasty or vasoplasty after previous sterilization
Z23	Need for immunization against single bacterial diseases	Z301	Insertion of (intrauterine) contraceptive device	Z312	In vitro fertilization
Z24	Need for immunization against certain single viral diseases	Z302	Sterilization	Z313	Other assisted fertilization methods
Z25	Need for immunization against other single viral diseases	Z303	Menstrual extraction	Z314	Procreative investigation and testing
Z26	Need for immunization against other single infectious diseases	Z304	Surveillance of contraceptive drugs	Z315	Genetic counselling
Z27	Need for immunization against combinations of infectious diseases	Z305	Surveillance of (intrauterine) contraceptive device	Z316	General counselling and advice on procreation
		Z308	Other contraceptive management	Z318	Other procreative management
		Z309	Contraceptive management, unspecified	Z319	Procreative management, unspecified
		Y424	Oral contraceptives		

Gambar 4. Daftar Rincian ICD-10 Hasil Reklasifikasi Cedera yang Dikelompokkan ke dalam DIS 1.7 Imunisasi, DIS 2.3 KB, dan DIS 2.nec Kespro Lainnya

## 2. Proses Pemetaan DIS Accounts pada Data JKN di FKTP dan FKRTL

Proses pemetaan DIS Accounts dilakukan pada tiap dataset FKTP (dengan pembayaran kapitasi dan non kapitasi) dan FKRTL (gambar 5). Pada dataset FKTP dengan pembayaran kapitasi, diperoleh informasi utilisasi FKTP dengan cara bayar kapitasi. Adapun proses pemetaan DIS Accounts pada dataset kapitasi adalah sebagai berikut.

- Varjabel diagnosis primer (ICD-10) digunakan sebagai dasar dalam Pengelompokkan DIS Accounts berdasarkan daftar penyakit yang dikembangkan oleh WHO.
- Tim NHA menyesuaikan klasifikasi DIS Accounts berdasarkan hasil reklasifikasi pada DIS 5 Cedera yang sudah dijelaskan sebelumnya.
- Mengelompokkan kasus-kasus neonatal berdasarkan variabel umur dengan rentang 0-28 hari. Seluruh kasus pada usia 0-28 hari diklasifikasikan sebagai kasus neonatal baik dengan diagnosis pada kode ICD-10 P00-P96 dan Q00-Q99 maupun tidak. Hal ini merupakan hasil diskusi dengan pakar Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), dengan pertimbangan bahwa banyak sekali kasus yang terjadi pada kelompok neonatal di luar kode ICD-10 tersebut, misal diare, infeksi dan lain-lain. Jika klasifikasi kasus neonatal hanya mencakup kode P00-P96 dan Q00-Q99, maka dikhawatirkan banyak sekali kasus neonatal yang tidak akan terhitung dalam DIS Account ini.

Selanjutnya, proses pemetaan DIS Accounts pada dataset FKTP dengan pembayaran non kapitasi dilakukan dengan tahapan berikut:

- Variabel diagnosis primer (ICD-10) digunakan sebagai dasar dalam Pengelompokan DIS Accounts berdasarkan daftar penyakit yang dikembangkan oleh WHO.
- Tim NHA menyesuaikan klasifikasi DIS Accounts berdasarkan hasil reklasifikasi pada DIS 5. Cedera yang sudah dijelaskan sebelumnya.
- Variabel nama tindakan yang sudah spesifik terkait kelompok penyakit tertentu langsung dikelompokkan sesuai dengan penyakit yang terkait. Misalnya, tindakan *Antenatal Care (ANC)*, *Postnatal Care (PNC)*, dan persalinan diklasifikasikan ke dalam DIS 2.1 Maternal. Tindakan layanan KB dikelompokkan dalam DIS 2.3 *Family Planning/KB*. Sementara Tindakan lainnya seperti diklasifikasikan berdasarkan diagnosis primer sesuai dengan DIS Accounts adjusted.
- Mengelompokkan kasus-kasus neonatal berdasarkan variabel umur dengan rentang 0-28 hari. Seluruh kasus pada usia 0-28 hari diklasifikasikan sebagai kasus neonatal baik dengan diagnosis pada kode ICD-10 P00-P96 dan Q00-Q99 maupun tidak.



Gambar 5. Proses Pemetaan DIS Accounts pada Data JKN di FKTP dan FKRTL

Selain data diagnosis primer sesuai ICD-10, data klaim JKN juga memiliki informasi kode INA-CBGs yang dapat digunakan untuk proses validasi akurasi penetapan diagnosis primer. Hal ini sangat penting mengingat kualitas coder dan verifikator yang tersebar di Indonesia juga sangat bervariasi. Dalam proses pemetaan DIS Accounts pada dataset FKRTL, terdapat beberapa tahapan dan identifikasi yang dilakukan, yaitu seperti INA-CBGs dijelaskan dalam poin berikut.

- Pada tahapan awal dilakukan proses seperti pemetaan pada dataset FKTP dimana variabel diagnosis primer (ICD-10) digunakan sebagai dasar dalam Pengelompokan DIS Accounts sesuai daftar penyakit yang dikembangkan oleh WHO.
- Tim NHA menyesuaikan klasifikasi DIS Accounts berdasarkan hasil reklasifikasi pada DIS 5. Cedera yang sudah dijelaskan sebelumnya.
- Selanjutnya, tim mengidentifikasi kesesuaian kasus antara diagnosis primer INA-CBGs dengan kode INA-CBGs nya. Dari hasil identifikasi, terdapat kasus INA-CBGs yang dianggap kurang sesuai antara diagnosis primer dengan INA-CBGs nya seperti contoh dalam tabel berikut.

Tabel 2. Contoh Kasus Ketidaksihesuaian DIS Accounts dan INA-CBGs pada Kelompok DIS 1.2 Tuberculosis (TB) Tahun 2018

Deskripsi DIS Accounts	List ICD-10	Kode INA-CBGs	Deskripsi INA-CBGs
HIV/AIDS and Opportunistic Infections (OIs)	B20 - B24	C-4-11 G-1-10 G-1-20	Limfoma & Leukemia Non Akut Kraniotomi Prosedur Saraf Kranial dan Perifer
Tuberculosis (TB)	A14-A19, B90	C-3-23 H-2-36 I-1-40	Kemoterapi Pada Tumor Lain-lain Prosedur Operasi Katarak Prosedur Kardiovaskular Perkutan
Maternal conditions	O00-O99, Z32- Z37, Z39	I-1-15 N-3-10 U-1-20	Kateterisasi Jantung Prosedur Pada Ginjal Dan Ureter Prosedur Tenggorokan, Mulut, Hidung dan Telinga Lain-lain
Neoplasms	C00-C99, D00- D48	A-4-14 J-4-16 N-3-15	Penyakit Infeksi Bakteri dan Parasit Lain-lain Simple Pneumonia & Whooping Cough Prosedur Dialisis
Cardiovascular diseases	I10-I16, I00- I09, I20-I28, I30-I52, I60- I99	C-4-13 K-1-13 M-1-02	Kemoterapi Prosedur Appendiks Amputasi
Diseases of the genito-urinary system	N00-N65, N75-N99	L-1-20 P-8-13 I-4-17	Pemindahan Kulit Pada Luka Bakar Neonatal, Bbl Group-4 Tanpa Prosedur Mayor Hipertensi

- d) Pada tahap ini peran Tim Tenaga Medis sangat diperlukan. Tim tenaga medis mereviu hasil analisis kesesuaian (poin c) yang dilakukan oleh Tim NHA. Tim tenaga medis akan memberikan input pengelompokan bagi kasus-kasus yang dianggap tidak sesuai antara diagnosis primer dengan kode INA\_CBGsnya. Sebagai contoh, kasus dengan diagnosis primer I10 namun kode INA-CBGsnya Kemoterapi akan dimasukkan ke dalam kelompok DIS 4.1 Neoplasma dan bukan DIS 4.3 Cardiovascular Diseases. Untuk menjaga validitas data, proses ini melibatkan beberapa tenaga medis sehingga setiap kasus akan di reviu oleh dua orang dokter.
- e) Tim NHA merekap hasil revidu para dokter dan mengkonfirmasi bila ditemukan perbedaan hasil revidu untuk kasus yang sama.
- f) Mengelompokkan kasus-kasus neonatal berdasarkan variabel umur dengan rentang 0-28 hari. Seluruh kasus pada usia 0-28 hari diklasifikasikan sebagai kasus neonatal baik dengan diagnosis pada kode ICD-10 P00-P96 dan Q00-Q99 maupun tidak.

Klasifikasi *DIS Accounts adjusted* inilah yang digunakan selanjutnya dalam analisis data *DIS Accounts* 2018, baik pada dataset kapitasi, non kapitasi, maupun FKRTL.

### 3. Pengelompokan Penyakit

Penyesuaian klasifikasi juga dilakukan pada DIS 2 Kesehatan Reproduksi. Hal ini dilakukan setelah melalui serangkaian diskusi dan ketersediaan data yang ada, seperti ditemukannya banyak kasus dengan diagnosis primer Kode "P" namun usianya lebih dari 7 hari bahkan lebih dari 1 tahun. Selain itu, masukan dari pakar KIA yang menyarankan untuk memasukkan semua kasus bayi umur 0-28 hari ke dalam DIS Neonatal. Penyesuaian klasifikasi DIS 2 Kesehatan Reproduksi dilakukan sebagai berikut:

- a) *DIS 2.2.1 Neonatal* merupakan kelompok penyakit pada kategori umur 0 – 28 hari [12].
- b) *DIS 2.2.2 Kesehatan Anak di Luar Neonatal*. Dalam profil kesehatan Indonesia tahun 2018 dijelaskan bahwa kesehatan anak merupakan masa sejak janin dalam kandungan sampai berusia 18 tahun, termasuk layanan imunisasi pada anak [12]. Dengan demikian, kriteria yang dikelompokkan dalam *DIS 2.2.2 Kesehatan Anak di Luar Neonatal* adalah kategori umur lebih dari 28 hari hingga 18 tahun dengan diagnosis primer (ICD-10) yang terkait imunisasi (Y58, Y59, Z23 – Z27), diagnosis primer (ICD-10) pada kode "P" yang terdapat pada *Chapter XVI Certain conditions originating in the perinatal period*, diagnosis primer (ICD-10) pada kode "Q" yang terdapat pada *Chapter XVII Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities*, serta diagnosis primer (ICD-10) pada kode "Z38" *Liveborn infants according to place of birth*.
- c) *DIS 2.4 Kongenital* merupakan penyakit terkait kelainan bawaan lahir yang usianya lebih dari 18 tahun. Definisi kongenital menurut WHO adalah kelainan struktural atau fungsional (misalnya, gangguan metabolisme) yang terjadi selama kehidupan intrauterin yang dapat teridentifikasi sebelum lahir, saat lahir, ataupun yang hanya dapat terdeteksi pada masa bayi, seperti cacat pendengaran [13]. Merujuk pada definisi tersebut, kongenital dikelompokkan ke dalam *DIS 2 Kesehatan Reproduksi* karena kongenital dapat terjadi pada masa janin selama kandungan.

Tabel 3. Klasifikasi DIS Accounts Adjusted

Kode	Deskripsi	Kode	Deskripsi
DIS 1.	Penyakit Menular & Parasitik	DIS 4.	Penyakit Tidak Menular/PTM
DIS 1.1.	HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual	DIS 4.1.	Neoplasma
DIS 1.1.1.	HIV/AIDS dan Infeksi Oportunistik	DIS 4.2.	Endokrin dan Metabolisme
DIS 1.1.2.	Penyakit Menular Seksual (di luar HIV/AIDS)	DIS 4.2.1.	Diabetes
DIS 1.1.98.	Tidak spesifik HIV/AIDS dan PMS Lainnya	DIS 4.2.98.	Endokrin dan Metabolisme Lainnya
DIS 1.2.	Tuberkulosis (TB)	DIS 4.3.	Kardiovaskular
DIS 1.3.	Malaria	DIS 4.3.1.	Hipertensi
DIS 1.4.	Infeksi Saluran Pernapasan	DIS 4.3.98.	Kardiovaskular lainnya
DIS 1.5.	Diare	DIS 4.4.	Gangguan Mental, Perilaku, dan Neurologi
DIS 1.6.	Penyakit Tropis Terabaikan	DIS 4.4.1.	Gangguan Mental
DIS 1.7.	Imunisasi	DIS 4.4.2.	Gangguan Perilaku
DIS 1.8.	Hepatitis	DIS 4.4.3.	Neurologi
DIS 1.98.	PM Lainnya	DIS 4.4.98.	Gangguan Mental, Perilaku, dan Neurologi Lainnya
DIS 2.	Kesehatan Reproduksi	DIS 4.5.	Respiratory
DIS 2.1.	Kondisi Maternal	DIS 4.6.	Digestive
DIS 2.2.	Kesehatan Anak	DIS 4.7.	Genito-urinary system
DIS 2.2.1.	Neonatal	DIS 4.8.	Sense organ
DIS 2.2.2.	Kesehatan Anak di luar Neonatal	DIS 4.9.	Oral
DIS 2.3.	Keluarga Berencana / KB	DIS 4.98.	PTM Lainnya
DIS 2.4.	Kongenital	DIS 5.	Cedera
DIS 2.98.	Kesprim lainnya	DIS 5.1.	Kecelakaan Lalu Lintas
DIS 3.	Kekurangan Nutrisi	DIS 5.98.	Cedera Lainnya
		DIS 6.	Tidak Spesifik
		DIS 98.	Lain-lain (termasuk promotif-preventif)

Sementara itu, belanja yang termasuk dalam kelompok *DIS 6 Tidak Spesifik Penyakit* misalnya adalah belanja yang digunakan untuk fungsi tata kelola dan administrasi sistem kesehatan (*HC.7 governance, and health system and financing administration*) yang tidak didistribusikan secara spesifik ke dalam kelompok penyakit tertentu. Sedangkan, belanja yang termasuk dalam *DIS 98 Lain-lain* (termasuk promotif-preventif) mencakup kelompok ICD-10 *Chapter XVIII Symptoms, signs and abnormal clinical and*

*laboratory findings, not elsewhere classified (R00-R99)* dimana pada *chapter* ini mencakup gejala, tanda, hasil abnormal dari prosedur klinis atau investigasi lainnya, dan kondisi dengan diagnosis yang tidak jelas dan tidak dapat diklasifikasikan ke kelompok manapun [14]. Selain itu, dalam kelompok *DIS 98* juga memuat belanja berhubungan dengan fungsi layanan (*HC.1 curative care – HC.6 preventive care*).

Data yang digunakan dalam penghitungan belanja kesehatan menurut penyakit adalah data klaim JKN baik di tingkat FKTP maupun FKRTL. Selain detail rincian data klaim menurut penyakit, Tim NHA juga mengumpulkan data agregat klaim JKN menurut tingkat layanan baik di FKTP (kapitasi, non-kapitasi) maupun di FKRTL (*Ina-CBGs* dan *Non Ina-CBGs*). Seperti diketahui bahwa dalam setiap analisis data selalu dilakukan proses *cleaning* sehingga data yang diolah tidak mencakup seluruh data klaim yang ada. Namun demikian, data yang digunakan dalam analisis *Disease Account* ini sudah sangat mewakili karena mencakup lebih dari 90 persen data klaim. Untuk mendapatkan total 100 persen belanja Kesehatan menurut penyakit maka agregat besaran klaim akan didistribusikan ke masing-masing kelompok penyakit sesuai proporsinya.

a) **Dataset FKTP dengan cara bayar kapitasi.**

Pada dataset tersebut, tidak terdapat informasi biaya per kunjungan karena pembayaran kapitasi bersifat per kapita tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masing-masing peserta. Penghitungan belanja kesehatan menurut penyakit di FKTP menggunakan proporsi jumlah kunjungan per ke kelompok penyakit dikalikan dengan besaran pembayaran kapitasi menurut jenis fasilitas kesehatan dan kabupaten/kota.

b) **Dataset FKTP dengan cara bayar non-kapitasi**

Pembayaran nonkapitasi merupakan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan di luar lingkup pembayaran kapitasi [15]. Pada dataset FKTP non-kapitasi terdapat variabel biaya per kunjungan yang digunakan sebagai proporsi pola distribusi belanja kesehatan berdasarkan jenis penyakit. Proporsi tersebut dijadikan sebagai dasar *key distribution* pada angka agregat belanja kesehatan skema JKN dengan cara bayar non-kapitasi untuk menghitung belanja Kesehatan menurut penyakit.

c) **Dataset FKRTL dengan cara bayar CBGs dan Non-CBGs**

Pembayaran *Ina-CBGs* merupakan pembayaran secara retrospektif dengan besaran klaim BPJS Kesehatan kepada FKRTL atas paket layanan yang didasarkan kepada kelompok diagnosis penyakit dan prosedur [16]. Sementara tarif *Non Ina-CBGs* adalah tarif diluar paket *Ina-CBGs* untuk beberapa layanan tertentu seperti alat bantu kesehatan, obat kemoterapi, obat penyakit kronis, CAPD dan PET Scan, dengan proses pengajuan klaim dilakukan secara terpisah dari tarif *Ina-CBGs* [16]. Sama halnya seperti pada dataset FKTP non-kapitasi, penghitungan belanja Kesehatan di FKRTL menurut penyakit juga menggunakan proporsi biaya sebagai dasar distribusi angka agregat belanja kesehatan skema JKN di FKRTL.

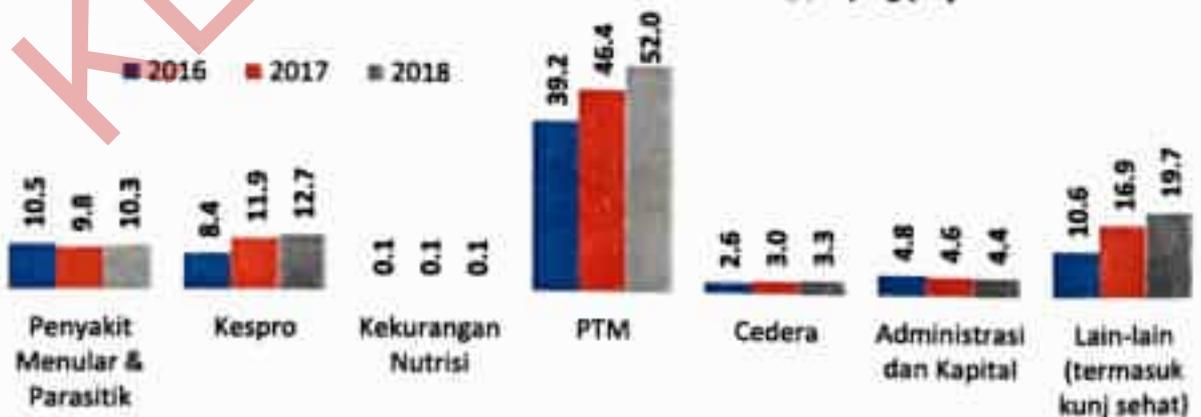
## BAB 3 GAMBARAN BELANJA KESEHATAN SKEMA JKN MENURUT JENIS PENYAKIT DI INDONESIA

### 3.1. Gambaran Belanja Skema JKN menurut Jenis Penyakit

#### 3.1.1. Total Belanja Skema JKN menurut Jenis Penyakit

Belanja kesehatan pada Skema JKN menurut jenis penyakit selama tahun 2016-2018 digunakan untuk belanja penyakit menular dan parasistik, kesehatan reproduksi, kekurangan nutrisi, Penyakit Tidak Menular (PTM), penyakit cedera, penyakit lain-lain (termasuk kunjungan sehat dan promotif preventif), serta kegiatan administrasi pengelolaan dana JKN oleh BPJS Kesehatan (gambar 6). Selama periode tersebut, dana JKN paling banyak digunakan untuk belanja pada kelompok PTM dengan pengeluaran yang cenderung meningkat diikuti dengan belanja pada kelompok penyakit lain-lain yang secara tren juga memperlihatkan adanya peningkatan belanja. Selain itu, pola belanja yang semakin besar terlihat pada belanja kesehatan reproduksi, belanja penyakit menular dan parasitik, serta penyakit cedera. Belanja JKN paling rendah digunakan untuk penyakit kekurangan nutrisi dengan tren belanja yang relatif stabil. Sementara untuk kegiatan administrasi memperlihatkan adanya tren belanja yang menurun.

Setiap tahun pengeluaran dana JKN untuk belanja kelompok PTM cenderung mendominasi, yaitu mencapai Rp39,2 triliun di tahun 2016 dan terus mengalami peningkatan hingga Rp46,4 triliun di tahun 2017 serta Rp52,0 triliun di tahun 2018. Data menunjukkan bahwa belanja PTM di tahun 2018 mencapai sekitar 50,8 persen dari total belanja JKN. Pada kelompok PTM juga terdapat belanja promotif dan preventif di FKTP sebesar Rp 0,3 triliun yang digunakan untuk skrining riwayat kesehatan peserta dan implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) [17]. Hasil tinjauan literatur melalui data *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)* menunjukkan bahwa PTM menjadi beban penyakit tertinggi di Indonesia selama hampir tiga dekade terakhir [18]. Kondisi demikian telah berimplikasi pada tingginya beban pembiayaan untuk menanggulangi penyakit tersebut. WHO melaporkan bahwa PTM, terutama penyakit kardiovaskular, kanker, diabetes, dan penyakit saluran pernapasan kronis telah meningkatkan beban sektor kesehatan maupun perkembangan negara di kawasan Asia Tenggara [19]. Beberapa kondisi yang dapat memengaruhi tingginya belanja pada penyakit tidak menular diantaranya yaitu biaya perawatan yang mahal serta jangka waktu perawatan yang panjang [20].



Gambar 6. Distribusi Belanja menurut Jenis Penyakit pada Skema JKN (Rp triliun), 2016 - 2018

Belanja pada skema JKN untuk belanja penyakit lain-lain (termasuk kunjungan sehat) menempati posisi kedua tertinggi setiap tahunnya, yaitu mencapai Rp10,6 triliun tahun 2016, Rp16,9 triliun tahun 2017, serta meningkat ke angka Rp19,7 triliun di tahun 2018 atau 19,3 persen dari total belanja JKN. Hal ini terjadi karena adanya kode diagnosis primer yang sulit untuk diidentifikasi atau diklasifikasikan pada kelompok penyakit tertentu. Sebagai contoh, kode Z098 (*follow-up examination after other treatment for other conditions*) yang merupakan kunjungan kontrol rawat jalan berkontribusi paling besar pada belanja penyakit lain-lain dengan jumlah belanja di FKRTL tahun 2018 sekitar Rp10,3 triliun atau mewakili 52,3 persen dari total belanja penyakit lain-lain di tahun tersebut. Jika ditelusuri lebih lanjut pada kelompok belanja penyakit lain-lain tersebut, kode ICD-10 Z098 yang tersebar pada Ina-CBGs Q-5-44-0 (penyakit kronis kecil lain-lain) sekitar Rp7,3 triliun.

Belanja pada kesehatan reproduksi dan penyakit cedera secara konsisten menunjukkan peningkatan selama kurun waktu tiga tahun. Terdapat belanja sebesar Rp8,4 triliun di tahun 2016 dan Rp11,9 triliun di tahun 2017 yang digunakan untuk kesehatan reproduksi. Pada tahun 2018 angka tersebut meningkat mencapai Rp12,7 triliun atau sekitar 12,4 persen dari total belanja skema JKN. Sementara untuk penyakit cedera menghabiskan sekitar Rp2,6 triliun tahun 2016, Rp3,0 triliun tahun 2017, dan Rp3,3 triliun tahun 2018. Jika dibandingkan dengan tahun 2016, terjadi sedikit peningkatan pada belanja penyakit menular dan parasitik hingga Rp10,3 triliun di tahun 2018, meskipun sebelumnya mengalami penurunan Rp0,7 triliun di tahun 2017. Lemahnya sistem kesehatan, ketersediaan sumber daya kesehatan dan layanan laboratorium yang kurang memadai masih menjadi tantangan terbesar yang terus berlanjut dalam penanggulangan penyakit menular seperti HIV/AIDS, TB, dan malaria, meskipun terlihat adanya peningkatan yang signifikan pada pendanaan program program tersebut [21].

Berdasarkan hasil identifikasi belanja menurut jenis penyakit, diketahui bahwa terdapat Rp0,1 triliun belanja skema JKN yang digunakan untuk penyakit kekurangan nutrisi selama tiga tahun serta adanya penggunaan belanja untuk urusan administrasi maupun kapital di BPJS Kesehatan, yaitu mulai dari Rp4,8 triliun tahun 2016 dan menurun secara konsisten mencapai Rp4,6 triliun tahun 2017, kemudian Rp4,4 triliun tahun 2018.

### 3.1.2. Total Belanja Skema JKN menurut Jenis Penyakit dan Fasilitas Kesehatan

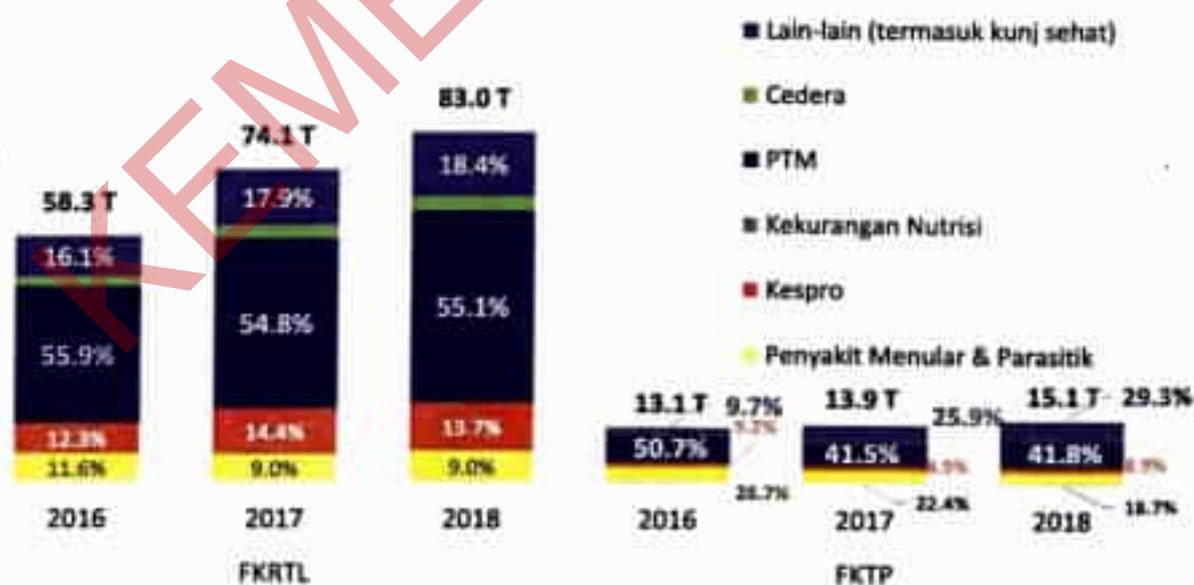
Sesuai dengan ketersediaan data, identifikasi belanja kesehatan pada skema JKN juga dapat menyajikan informasi tentang gambaran belanja menurut jenis penyakit dan fasilitas kesehatan (gambar 7). Data menunjukkan bahwa selama tahun 2016-2018, belanja skema JKN diselenggarakan pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dengan besaran belanja yang mendominasi dan meningkat signifikan setiap tahunnya. Terdapat juga belanja pada skema JKN yang diselenggarakan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dengan gambaran tren belanja yang mengalami sedikit peningkatan selama periode tersebut. Peningkatan belanja Kesehatan di FKRTL jauh lebih besar dibandingkan FKTP dikarenakan beberapa faktor, diantaranya jenis pembayaran yang digunakan di FKRTL (Ina-CBGs) yang memberikan peluang bagi peningkatan biaya seiring dengan peningkatan peserta dan peningkatan utilisasi (termasuk jumlah kunjungan, jenis penyakit dan tingkat keparahan) sementara pembayaran di FKTP yang berbasis kapitasi hanya meningkat sesuai peningkatan jumlah peserta dengan besaran tetap

per pesertanya. Walaupun ada pembayaran Non-kapitasi yang besarnya sesuai peningkatan utilisasi, namun tidak terlalu banyak kasusnya.

Hal yang perlu menjadi perhatian adalah belanja pada kelompok PTM yang secara konsisten mendominasi, baik pada belanja di FKTP maupun FKRTL. Terdapat sekitar Rp58,3 triliun belanja skema JKN yang diselenggarakan di FKRTL di tahun 2016 dengan besaran yang mengalami peningkatan mencapai Rp74,1 triliun tahun 2017, hingga Rp83,0 triliun tahun 2018 atau mewakili 81,0 persen dari total belanja skema JKN tahun 2018. Belanja tersebut didistribusikan paling tinggi untuk belanja PTM dengan proporsi rata-rata sebesar 55,1 persen dan mencapai Rp 45,7 triliun di tahun 2018. Salah satu penyebab tingginya biaya PTM di FKRTL adalah kurangnya deteksi dini pada PTM yang sering kali didiagnosis terlambat sehingga kondisinya sudah parah dan memperkecil kemungkinan untuk dapat ditangani di FKTP [22].

Kontribusi belanja penyakit lain-lain pada FKRTL selama tiga tahun menunjukkan tren meningkat dan mencapai Rp15,3 triliun di tahun 2018. Belanja tersebut paling besar diwakili oleh kunjungan kontrol rawat jalan setelah perawatan penyakit tertentu atau diagnosis primer (ICD-10) Z09B (*follow-up examination after other treatment for other conditions*), serta kode Ina-CBGs terbanyak yaitu kode Q-5-44-0 (penyakit kronis kecil lain-lain).

Rerata belanja kesehatan di FKRTL untuk penyakit menular dan parasitik selama tahun 2016-2018 sekitar 9,9 persen dengan gambaran belanja yang juga memperlihatkan peningkatan secara nominal, yaitu dari Rp6,8 triliun tahun 2016 menjadi Rp7,5 triliun di tahun 2018. Sementara kontribusi belanja untuk penyakit cedera secara rata-rata mencapai 3,9 persen dan menunjukkan peningkatan secara nominal, dari sekitar Rp2,4 triliun tahun 2016 menjadi Rp3,1 triliun tahun 2018. Selain itu terdapat porsi kecil belanja FKRTL yang digunakan untuk penyakit kekurangan nutrisi dengan rata-rata sekitar 0,1 persen dari total belanja FKRTL pada tahun-tahun tersebut.



Gambar 7. Belanja Skema JKN menurut Jenis Penyakit dan Tingkat Faskes (Rp triliun), 2016-2018

Penyelenggaraan belanja kesehatan di FKTP menghabiskan sekitar Rp13,1 triliun di tahun 2016 dan meningkat Rp13,9 triliun tahun 2017 serta mencapai Rp15,1 triliun tahun 2018 atau 14,7 persen terhadap total belanja skema JKN tahun 2018. Selama kurun waktu tersebut, sebagian besar belanja digunakan untuk PTM di FKTP dengan tren belanja yang menunjukkan penurunan secara nominal maupun proporsi, yaitu dari Rp6,6 triliun (50,7 persen) tahun 2016 menjadi Rp6,3 triliun (41,8 persen) tahun 2018. PTM sering kali tidak menunjukkan gejala sampai penyakit tersebut berkembang menjadi lebih parah dan terlambat ditangani. Untuk itu, skrining pada individu tanpa gejala merupakan salah satu upaya untuk mengidentifikasi risiko PTM dan mencegah perkembangan penyakit [23]. Berkaitan dengan hal tersebut, FKTP perlu secara gencar menjalankan perannya bagi masyarakat untuk mendeteksi risiko PTM serta penyakit lainnya. Melalui proses tersebut diharapkan jumlah pasien PTM di FKRTL dapat berkurang sehingga mampu menekan beban biaya perawatan yang cenderung tinggi.

Pola belanja yang serupa dengan belanja PTM juga terlihat pada penyakit menular dan parasitik, yaitu menurun dari Rp3,8 triliun (28,7 persen) tahun 2016 menjadi Rp2,8 triliun (18,7 persen) tahun 2018, yang diantaranya berupa belanja untuk infeksi saluran pernapasan. Selanjutnya terdapat penyakit cedera dengan jumlah belanja tahun 2016 mencapai Rp0,20 triliun (1,6 persen) kemudian turun ke angka Rp0,19 triliun (1,2 persen) di tahun 2018. Walaupun pada kelompok penyakit terkait kekurangan nutrisi mengalami penurunan secara nominal yang tidak signifikan dibanding lainnya, yaitu Rp0,02 triliun menjadi Rp0,01 triliun, secara proporsi tidak mengalami perubahan dari tahun 2016 ke 2018 (hanya sekitar 0,1 persen).

Pada FKTP, terdapat belanja kelompok penyakit yang cenderung meningkat dalam kurun waktu tiga tahun, yaitu belanja kesehatan reproduksi dan penyakit lain-lain (termasuk kunjungan sehat). Belanja kesehatan reproduksi mengalami peningkatan yang konsisten secara nominal, yaitu dari Rp1,2 triliun tahun 2016 menjadi Rp1,3 triliun tahun 2018. Walaupun demikian, proporsi belanja pada kelompok reproduksi pada skema JKN cenderung menurun setiap tahunnya, yaitu 9,2 persen tahun 2016 menjadi 8,9 persen tahun 2018.

Jika dibandingkan dengan nilai belanja tahun 2016, belanja penyakit lain-lain (termasuk kunjungan sehat) mengalami kenaikan, yaitu dari sekitar Rp1,3 triliun (9,7 persen) menjadi Rp4,4 triliun (29,3 persen) di tahun 2018, dimana sekitar Rp3,3 triliun tahun 2018 masuk pada kategori kunjungan sehat. Hal ini seiring dengan implementasi kebijakan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBKP) pada tahun 2017 di seluruh Puskesmas di Indonesia yang sebelumnya hanya diberlakukan pada Puskesmas di Ibukota Provinsi (tahun 2016). Salah satu indikator dalam pembayaran KBKP adalah tercapainya angka kunjungan sehat. Meninjau regulasi yang berlaku yaitu Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada FKTP, dapat diketahui bahwa kunjungan sehat terdiri atas layanan imunisasi, penyuluhan kesehatan perorangan atau kelompok, pemeriksaan kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, kunjungan rumah, dan senam sehat [24]. Saat ini, belanja pada kunjungan sehat diklasifikasikan dalam kelompok DIS.98 Lain-lain (termasuk kunjungan sehat) karena dalam data yang diperoleh tidak tersedia informasi rinci mengenai rincian kegiatan dalam kunjungan sehat tersebut. Selain itu, dari belanja lain-lain tersebut, hanya Rp0,3 triliun yang digunakan untuk layanan promotif-preventif. Kegiatan promotif-preventif yang dilakukan di

FKTP tersebut antara lain skrining riwayat kesehatan, skrining sekunder selektif, dan implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis). Implementasi Prolanis itu sendiri meliputi kegiatan senam sehat, pemeriksaan gula darah, pemeriksaan kolesterol, pengelolaan penyakit hipertensi, dan sebagainya [17].

Belanja promotif-preventif di FKTP memiliki peran krusial dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sebuah studi melaporkan bahwa promosi kesehatan dan pencegahan penyakit dapat meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan efikasi diri pada kelompok lansia, meningkatkan perilaku hidup sehat, serta mengurangi kecacatan dan rasa sakit. Pada kegiatan berbasis masyarakat, program promotif-preventif dinilai dapat membantu menyediakan sumber daya kesehatan secara lebih efisien, memfasilitasi kemitraan antarsektor, dan sebagainya [25]. Penguatan upaya promotif-preventif dapat dioptimalkan melalui peningkatan kualitas pada sistem pelayanan kesehatan tingkat primer (FKTP). Proses ini perlu sejalan dengan implementasi program JKN yang diharapkan dapat memberikan kepastian bagi penduduk untuk mengakses layanan kesehatan, termasuk layanan kesehatan untuk pencegahan penyakit [26]. Dengan demikian, penguatan peran FKTP perlu menjadi fokus perhatian pemerintah sebagai suatu investasi dalam penyelenggaraan intervensi kesehatan sehingga diharapkan mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan menekan beban pembiayaan kesehatan yang semakin tinggi.

### 3.2. Belanja Skema JKN pada Kelompok PTM

Kelompok penyakit tidak menular (PTM) merupakan kelompok penyakit yang terdiri atas penyakit terkait digestive, endokrin dan metabolisme, *genito-urinary system*, kardiovaskular, mental, neoplasma, oral, respiratory, sense organ dan PTM lainnya. PTM merupakan penyebab kematian tertinggi di dunia (lebih dari 68 persen dari total kematian di seluruh dunia) termasuk di negara berkembang (75 persen dari total kematian di negara berkembang) seperti di Indonesia (73 persen dari total kematian di Indonesia pada tahun 2016) [27]. Sama halnya dengan kondisi di dunia, persentase faktor risiko penyebab PTM menunjukkan peningkatan yang cukup signifikan di Indonesia dalam satu dekade terakhir (2007-2017) [27].

Berdasarkan hasil *disease accounts* pada skema publik tahun 2018, diketahui bahwa total belanja pada kelompok PTM yaitu sebesar Rp53,1 triliun dimana 98,0 persen diantaranya merupakan belanja dari skema JKN, sementara belanja dari skema Kemenkes yang dapat teridentifikasi hanya sebesar Rp57,9 miliar (Tabel 4). Pada skema Kemenkes, belanja penyakit tidak menular ini mayoritas digunakan untuk layanan pencegahan mencakup surveilans epidemiologi dan pengendalian penyakit; program Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE); deteksi dini; dan belanja modal. Sementara pada skema JKN, mayoritas belanja pada kelompok PTM digunakan untuk belanja layanan kuratif [28].

Jika dilihat menurut kelompok penyakit yang lebih rinci, tiga kelompok penyakit pada kelompok PTM yang menyerap dana JKN terbesar di tahun 2018 adalah kelompok penyakit kardiovaskular, *genito-urinary system*, dan neoplasma dengan proporsi dan nominal secara berturut-turut yaitu sebesar 19,6 persen (Rp10,2 triliun), 17,8 persen (Rp9,3 triliun), dan 13,6 persen (Rp7,1 triliun). Belanja pada ketiga kelompok PTM tersebut mencapai separuh dari total belanja JKN pada kelompok PTM.

Tabel 4. Belanja Kelompok DiS 4, Penyakit Tidak Menular pada Skema Publik, 2018

Skema Pembiayaan Publik	Total Belanja PTM Skema Publik	
	Rp	%
<b>Total Belanja PTM Skema Publik</b>	<b>Rp 53,1 T</b>	
<b>Skema Kemenkes</b>	<b>Rp 57,9 M</b>	<b>100,0</b>
Surveilans Epid & Pengendalian Penyakit	Rp 36,1 M	62,4
KIE	Rp 19,0 M	32,8
Deteksi Dini	Rp 2,6 M	4,5
Belanja Modal	Rp 0,2 M	0,3
<b>Skema Pemda</b>	<b>Rp 1,0 T</b>	<b>100,0</b>
<b>Skema JKN</b>	<b>Rp 52,0 T</b>	<b>100,0</b>
Kardiovaskular	Rp 10,2 T	19,6
Genito-urinary system	Rp 9,3 T	17,8
Neoplasma	Rp 7,1 T	13,6
Digestive	Rp 5,3 T	10,3
Sense organ	Rp 4,7 T	9,0
Endokrin dan Metabolisme	Rp 4,6 T	8,9
PTM Lainnya	Rp 4,7 T	9,1
Respiratory	Rp 2,7 T	5,2
Mental	Rp 2,0 T	3,9
Oral	Rp 1,4 T	2,7

### 3.2.1. Belanja Skema JKN pada Kelompok Penyakit Kardiovaskular

Kematian akibat PTM di dunia mencapai 41 juta orang setiap tahunnya dimana penyakit kardiovaskular (44 persen dari total kematian akibat PTM) menjadi penyebab kematian tertinggi pada kelompok PTM [29] [27] [30]. Kardiovaskular juga merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia, yaitu 48 persen dari total kematian akibat PTM di Indonesia [27].

Berdasarkan hasil DiS Accounts, belanja pada skema JKN pada kelompok penyakit kardiovaskular menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun, yaitu dari Rp8,0 triliun pada tahun 2016 menjadi Rp10,2 triliun pada tahun 2018 (Gambar 8). Peningkatan cukup substantial terjadi pada tahun 2018 dimana meningkat sebesar Rp1,2 triliun atau sebesar 13,4 persen dibanding tahun 2017. Peningkatan jumlah belanja ini sejalan dengan peningkatan angka akses dan kunjungan per 10.000 peserta yang memanfaatkan layanan program JKN (Tabel 5).

Belanja pada kelompok kardiovaskular tersebut mayoritas di fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKRTL) terutama untuk layanan rawat inap. Belanja tertinggi pada rawat inap tingkat lanjut (RITL) adalah untuk belanja perawatan pasien yang mendapatkan layanan Ina-CBGs prosedur kardiovaskular perkutan (i-1-40), kecederaan pembuluh darah otak dengan infark (G-4-14) dan kegagalan jantung (i-4-12) yang masing-masing mempunyai belanja sebesar Rp1,6 triliun, Rp1,1 triliun dan Rp1,0 triliun atau mewakili 43,6 persen dari total belanja RITL pada kardiovaskular tahun 2018 (Lampiran 3). Berdasarkan Statistik JKN, diketahui

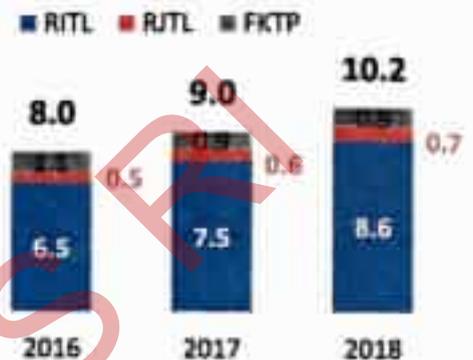
bahwa diagnosis primer dengan jumlah admisi terbanyak pada layanan RITL menurut kelompok FTM pada tahun 2018 adalah gagal jantung kongestif [31].

Pada Gambar 8 juga terlihat bahwa serapan dana JKN pada kelompok kardiovaskular ini hanya sedikit yang dibelanjakan di FKTP. Hal ini mengindikasikan bahwa belanja pada kelompok kardiovaskular merupakan belanja untuk penanganan kasus yang membutuhkan penanganan lebih lanjut dan tidak dapat ditangani di FKTP, sehingga kasus tersebut perlu dirujuk dan ditangani di fasilitas tingkat lanjut.

Tabel 5. Angka Akses dan Kunjungan per 10.000 peserta pada kardiovaskular, 2016 – 2018

Tahun	Angka Akses per 10.000 peserta			Angka Kunjungan per 10.000 peserta		
	FKTP	RJTL	RITL	FKTP	RJTL	RITL
2016	284	60	50	311	119	55
2017	326	60	55	348	117	61
2018	346	68	56	717	123	61

\*belum termasuk peserta/kunjungan dengan diagnosis Z05.8 untuk layanan kontrol



Gambar 8. Belanja kelompok Penyakit Kardiovaskular (Rp triliun), 2016 – 2018

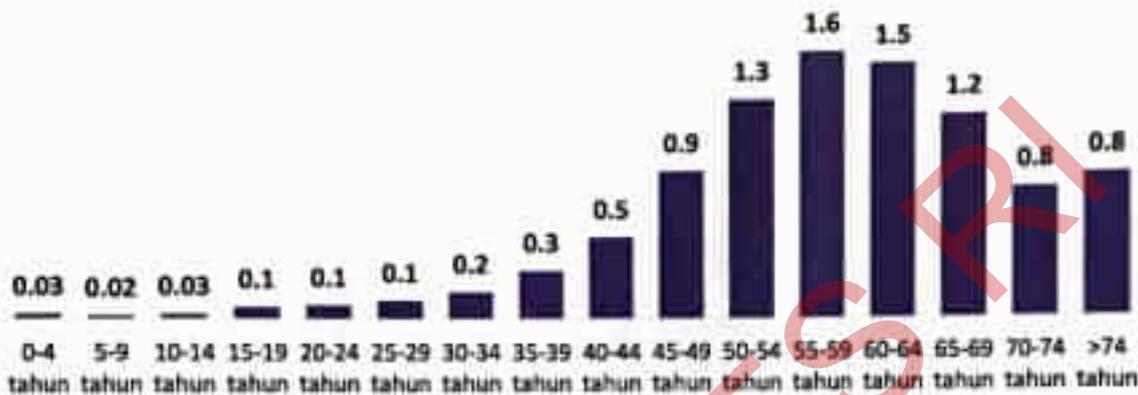
Untuk tingkat keparahan penyakit pada kelompok penyakit kardiovaskular pada Tabel 6 terlihat besaran belanja yang hampir sama antara ringan, sedang dan berat. Sementara jumlah kasus penyakit dengan tingkat keparahan ringan mendominasi dan sebagian besar kasus tersebut ditangani di RS Pemerintah kelas B.

Tabel 6. Proporsi Jumlah Kasus vs Belanja Kardiovaskular di RITL menurut severity level, Kepemilikan Faskes dan Kelas RS tahun 2018

Kepemilikan Faskes	Kelas RS	% kasus Kardiovaskular RITL				% total belanja Kardiovaskular RITL			
		Ringan	Sedang	Berat	Total	Ringan	Sedang	Berat	Total
Pemerintah	A	3.4%	3.2%	1.9%	8.5%	6.5%	8.9%	9.2%	24.7%
	B	13.6%	9.8%	4.3%	27.7%	8.9%	9.3%	7.2%	25.4%
	C	12.8%	5.7%	2.4%	20.9%	5.5%	3.5%	2.4%	11.4%
	D	1.6%	0.4%	0.1%	2.1%	0.5%	0.2%	0.1%	0.8%
Swasta	A	0.1%	0.2%	0.1%	0.4%	0.1%	1.3%	0.5%	1.9%
	B	5.9%	4.1%	2.2%	12.2%	5.6%	6.5%	7.4%	19.4%
	C	11.6%	5.6%	2.3%	19.6%	5.5%	4.0%	3.0%	12.6%
	D	6.0%	2.1%	0.6%	8.7%	2.2%	1.1%	0.5%	3.8%
<b>Total</b>		<b>54.9%</b>	<b>31.1%</b>	<b>14.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>34.9%</b>	<b>34.8%</b>	<b>30.2%</b>	<b>100.0%</b>

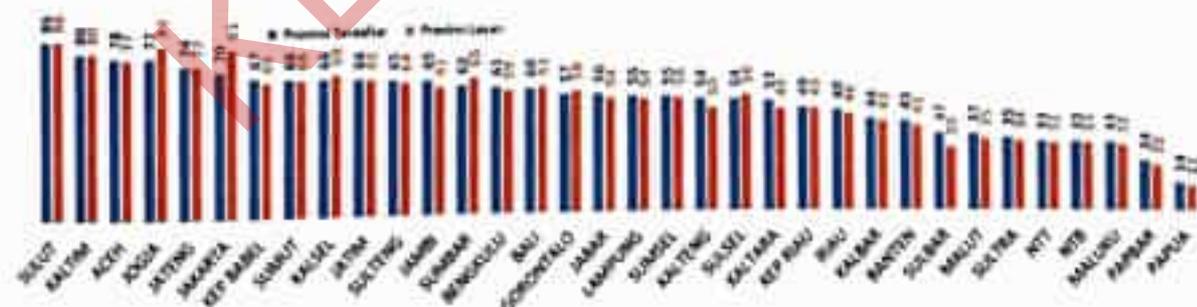
Berdasarkan kelompok umur, pemanfaatan belanja pada kelompok penyakit kardiovaskular menunjukkan peningkatan seiring bertambahnya umur dan sudah mulai menyerang pada kelompok usia muda. (Gambar 9). Diketahui bahwa kardiovaskular ini merupakan penyakit penyebab kematian dini, seperti

jantung dan stroke. Selain kematian dini, kardiovaskular juga menyebabkan menurunnya produktivitas akibat disabilitas yang disebabkan serangan penyakit kardiovaskular yang terjadi. Pengendalian faktor risiko menjadi penting dan pemerintah sudah menjadikan program pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular menjadi bagian dari program prioritas yang tertuang dalam RPJMN tahun 2020-2024. Mencakup penurunan persentase merokok pada penduduk usia 10-18 tahun, prevalensi obesitas pada penduduk usia > 18 tahun, dan persentase tekanan darah tinggi).



Gambar 9. Belanja JKN pada Penyakit Kardiovaskular menurut Kelompok Umur di FKRTL, 2018 (dalam Rp triliun)

Jika dilihat pemanfaatan program JKN untuk penanganan penyakit kardiovaskular menurut provinsi dimana peserta terdaftar di PPK 1 (provinsi terdaftar) dan provinsi yang peserta JKN kunjungi saat mengakses layanan kesehatan (provinsi layan), terlihat bahwa kunjungan per 10.000 peserta antar wilayah memiliki pola yang berbeda antara provinsi sebagai provinsi terdaftar dan provinsi layan (Gambar 10). Misalnya Provinsi DIY dan DKI Jakarta dimana kunjungan peserta untuk layanan RITL kardiovaskular yang terdaftar di PPK 1 pada kedua provinsi tersebut memiliki rate kunjungan yang lebih rendah dibandingkan transaksi layanan kesehatan yang terjadi. Hal ini mengindikasikan bahwa adanya rujukan dari provinsi lain ke DIY maupun DKI Jakarta yang mempunyai fasilitas kesehatan yang lebih lengkap untuk menangani kasus yang lebih kompleks yang terjadi pada peserta dari provinsi lainnya. Gambaran tersebut menunjukkan terdapat gap antara siapa yang dilayani dan dimana dilayani.



Gambar 10. Angka Kunjungan Kardiovaskular pada RITL per 10.000 peserta menurut Provinsi Terdaftar dan Layan\*, 2018

Catatan:  
 \*provinsi terdaftar : provinsi dimana peserta terdaftar sebagai peserta JKN di PPK 1  
 \*provinsi layan : tempat peserta mengakses fasilitas kesehatan

Pada layanan rawat inap tingkat lanjut penyakit kardiovaskular, belanja skema JKN per kunjungan bervariasi antar provinsi (Lampiran 4 dan 5). Perbedaan tersebut dikarenakan adanya perbedaan tarif di tiap regional, jumlah utilisasi dan tingkat keparahan penyakit yang dilayaninya. Belanja per kunjungan tertinggi menurut provinsi dimana peserta dilayani adalah di DKI Jakarta, yaitu sebesar Rp15,6 juta. Kondisi ini menunjukkan bahwa DKI Jakarta menangani kasus dengan kompleksitas tinggi, sehingga mempunyai belanja per kunjungan paling tinggi.

Pada belanja per kunjungan di DKI Jakarta tersebut mempunyai rentang yang lebar dari Rp2,1 juta hingga Rp149,3 juta. Hal ini menunjukkan program JKN mengcover pembiayaan kesehatan untuk kasus-kasus mahal dan tentunya dapat mencegah terjadinya pemiskinan akibat sakit di populasi. Di rumah tangga kelompok menengah ke atas jika harus mengeluarkan biaya kesehatan sekali kunjungan sebesar 149,3 juta juga akan shock kondisi keuangannya.

Jika dilihat dari angka akses per provinsi dimana peserta terdaftar, Sulawesi Utara merupakan provinsi dengan angka akses tertinggi, yaitu 82 per 10.000 peserta (Gambar 11). Artinya terdapat 82 orang dari 10.000 peserta di Sulawesi Utara yang datang ke RS untuk memperoleh layanan rawat inap karena kardiovaskular. Angka akses ini bervariasi antar provinsi.



Gambar 11. Angka Akses RITL pada Penyakit Kardiovaskular per 10.000 peserta JKN menurut Provinsi Terdaftar, 2018

### 3.2.2. Belanja Skema JKN pada Kelompok Genito-Urinary System

Belanja skema JKN pada kelompok *genito-urinary system* menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun dari Rp6,8 triliun di tahun 2016 menjadi Rp9,3 triliun di tahun 2018 (Gambar 12). Peningkatan belanja tersebut sejalan dengan peningkatan angka akses dan kunjungan per 10.000 peserta yang memanfaatkan layanan program JKN ke fasilitas kesehatan karena permasalahan pada *genito-urinary system* (Tabel 7).

Gambaran belanja pada kelompok *genito-urinary system* menurut tingkat layan berbeda dengan kelompok kardiovaskular dimana mayoritas belanja pada kardiovaskular merupakan rawat inap tingkat lanjut (RITL), sementara sekitar 54,1 persen dari belanja *genito-urinary system* merupakan layanan rawat jalan tingkat lanjut (Gambar 12 Gambar 39). Berdasarkan Ina-CBGs, belanja terbesar dari klaim rawat jalan tersebut digunakan untuk prosedur hemodialisis akibat gagal ginjal, yaitu mencapai Rp4,4 triliun atau sekitar 88,6 persen dari total belanja RJTL pada kelompok penyakit *genito-urinary system* di tahun 2018 (Lampiran 6).

Belanja *genito-urinary system* di FKTP pada Gambar 12 terlihat hanya sedikit, lebih sedikit dibanding kardiovaskular atau hanya sekitar seperlima dari belanja kardiovaskular di FKTP, yaitu hanya Rp0,2 triliun di tahun 2018. Kondisi demikian merefleksikan bahwa penanganan *genito-urinary system* membutuhkan penanganan lebih lanjut, sehingga harus ditangani di fasilitas tingkat lanjut.

Tabel 7. Angka Akses dan Kunjungan per 10.000 peserta pada subkelompok *Genito-urinary System*, 2016 – 2018

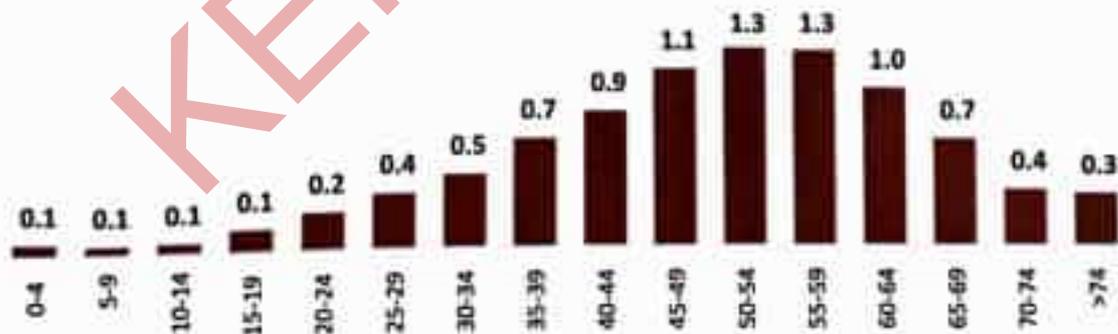
Tahun	Angka Akses per 10.000 peserta			Angka Kunjungan per 10.000 peserta		
	FKTP	RJTL	RITL	FKTP	RJTL	RITL
2016	81	43	27	101	266	31
2017	96	46	31	118	294	35
2018	101	48	31	131	309	35

\*belum termasuk peserta/kunjungan dengan diagnosis Z09.8 untuk layanan kontrol



Gambar 12. Belanja kelompok Penyakit *Genito-urinary System* (Rp triliun), 2016–2018

Figur yang berbeda dengan kardiovaskular kenaikan mulai di usia 35 tahun, sementara untuk *genito-urinary system* yang mayoritas gagal ginjal ini agak mengkhawatirkan dimana pada kelompok usia yang lebih muda mulai terlihat kenaikan belanja, yaitu mulai kelompok umur 15-19 tahun sudah terlihat peningkatan yang substantial (Gambar 13). Gagal ginjal menyerang pada kelompok usia muda, karena pola makan, misal maraknya anak-anak dan remaja mengkonsumsi minuman berpemanis. Sayangnya, di dalam RPJMN tahun 2020-2024, tidak terdapat program, kegiatan ataupun proyek prioritas yang spesifik ditujukan untuk pengendalian gagal ginjal, tetapi terdapat proyek yang juga dapat mengatasi gagal ginjal, yaitu melalui proyek yang berjudul deteksi dini faktor risiko PTM dan pelaksanaan pengendalian PTM terpadu di puskesmas dengan target 514 kabupaten/kota yang melakukan pelayanan terpadu (Pandu) PTM di  $\geq 80$  persen di puskesmas. Optimalisasi implementasi kebijakan ini sangat penting bagi pengendalian penyakit gagal ginjal.



Gambar 13. Belanja Skema JKN pada Penyakit *Genito-urinary System* menurut Kelompok Umur di FKRTL, 2018 (dalam Rp triliun)



### 3.2.3. Belanja Skema JKN pada Kelompok Neoplasma

Serapan dana JKN pada kelompok neoplasma meningkat setiap tahun dari Rp5,3 triliun di tahun 2016 menjadi Rp7,1 triliun di tahun 2018 (Gambar 16). Peningkatan belanja cukup besar terjadi pada tahun 2017 dimana dapat disebabkan terdapat perubahan tarif Ina-CBGs di akhir tahun 2016 [16]. Selain itu, peserta yang melakukan utilisasi layanan JKN (angka akses dan kunjungan per 10.000 peserta) juga menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun (Tabel 8).

Gambaran belanja pada kelompok neoplasma menurut tingkat layan hampir serupa dengan kelompok kardiovaskular dimana mayoritas belanja merupakan layanan rawat inap tingkat lanjut (Gambar 16). Berdasarkan Ina-CBGs, belanja terbesar dari klaim rawat inap tersebut digunakan untuk kemoterapi (C-4-14), prosedur pada kult jaringan bawah kulit dan payudara (L-1-40), dan prosedur payudara (L-1-50), yaitu masing-masing sebesar sebesar Rp0,79 triliun, Rp0,74 triliun, dan Rp0,62 triliun yang mewakili sekitar 40,1 persen dari total belanja RITL pada kelompok penyakit neoplasma di tahun 2018 (Lampiran 9). Berdasarkan diagnosis primer, jumlah kunjungan rawat inap terbanyak di tahun 2018 adalah kunjungan dengan diagnosis primer berupa neoplasma pada payudara (dengan kode ICD-10 D24) dan mioma pada rahim (dengan kode ICD-10 D25.9).

Pada kelompok neoplasma ini, kelompok jenis kelamin perempuan lebih berisiko karena kasus terbanyak adalah terkait payudara dan rahim. Pengendalian neoplasma pada kelompok berisiko menjadi penting. Terdapat bukti bahwa program skrining mamografi berbasis populasi dapat menurunkan kematian akibat kanker payudara sebesar 20 persen, namun program skrining ini membutuhkan biaya yang cukup besar [32]. Sementara, pemeriksaan payudara oleh tenaga kesehatan dapat menurunkan tingkat kejadian stadium lebih lanjut pada kelompok yang diskriking daripada kelompok yang tidak diskriking [33]. Dalam pedoman WHO terkait program pengendalian kanker yang efektif menyebutkan bahwa program skrining merupakan upaya yang kompleks karena skrining yang efektif perlu diterapkan pada lebih dari 70 persen populasi berisiko [34].

Saat ini, di dalam program JKN di Indonesia, pemeriksaan deteksi kanker serviks melalui papsmear menjadi salah satu benefit yang dapat dinikmati oleh peserta JKN. Sayangnya, program pemeriksaan deteksi kanker serviks ini belum menjadi bagian program kesehatan masyarakat yang dapat diakses oleh seluruh penduduk Indonesia, melainkan baru sebatas peserta JKN yang dapat menikmatinya. Kendati demikian, peserta JKN juga belum tentu memanfaatkan layanan ini, karena pemeriksaan tersebut bukan suatu kewajiban, namun bersifat sukarela tergantung kesadaran peserta JKN untuk melakukan pemeriksaan.

Gambaran belanja neoplasma di FKTP terlihat sangat sedikit, yaitu hanya Rp0,1 triliun di tahun 2018. Belanja pada neoplasma di FKTP tersebut lebih sedikit dibanding kardiovaskular atau hanya sekitar sepersepuluh dari belanja kardiovaskular di FKTP. Kondisi demikian merepresentasikan bahwa penanganan neoplasma tidak dapat ditangani di FKTP dan membutuhkan penanganan lebih lanjut, sehingga harus ditangani di fasilitas tingkat lanjut.

Tabel 8. Angka Akses dan Kunjungan per 10.000 peserta pada subkelompok Neoplasma, 2016 – 2018

Tahun	Angka Akses per 10.000 peserta			Angka Kunjungan per 10.000 peserta		
	FKTP	RJTL	RITL	FKTP	RJTL	RITL
2016	37	41	28	50	121	38
2017	44	47	32	57	130	42
2018	49	47	30	64	127	40

\*belum termasuk peserta/kunjungan dengan diagnosis 209.8 untuk layanan kontrol



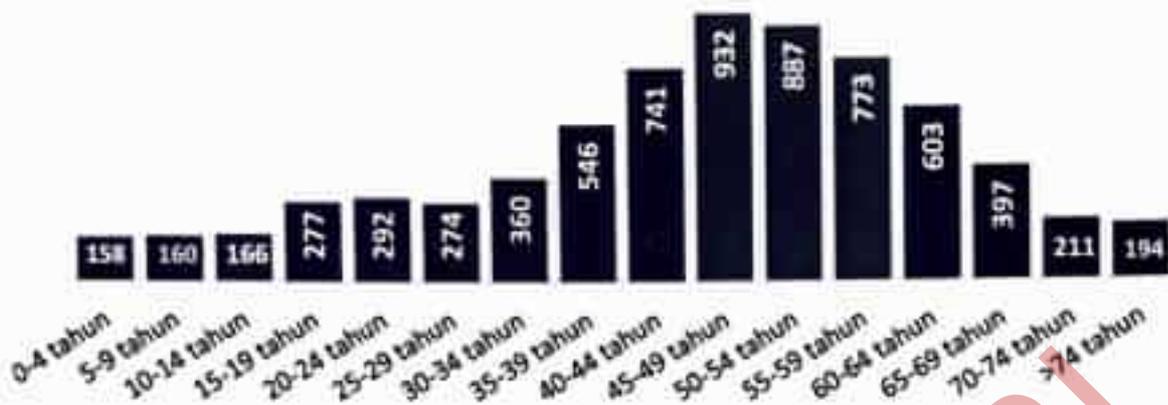
Gambar 16. Belanja kelompok Penyakit Neoplasma (Rp triliun), 2016-2018

Dilihat dari tingkat keparahan, Tabel 9 memberikan gambaran baik pada jumlah kasus maupun total belanja pada kelompok neoplasma dalam layanan RITL mayoritas untuk penanganan kasus dengan tingkat keparahan ringan.

Tabel 9. Proporsi Jumlah Kasus vs Belanja Neoplasma menurut severity level di RITL, Kepemilikan Faskes dan Kelas RS tahun 2018

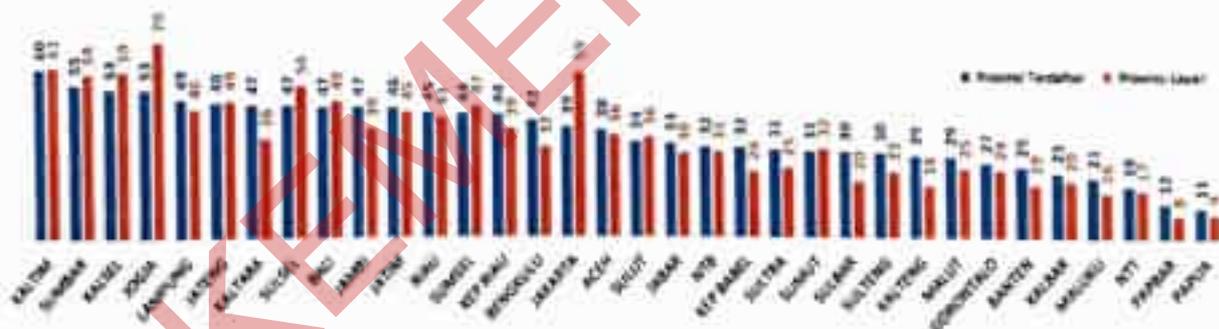
Kepemilikan Faskes	Kelas RS	% kasus Neoplasma RITL				% total belanja Neoplasma RITL			
		Ringan	Sedang	Berat	Total	Ringan	Sedang	Berat	Total
Pemerintah	A	13.2%	7.2%	4.1%	24.5%	12.7%	13.5%	11.7%	37.9%
	B	16.5%	4.6%	1.1%	22.2%	12.9%	5.6%	2.1%	20.5%
	C	13.8%	2.1%	0.4%	16.2%	8.8%	1.7%	0.5%	11.0%
	D	1.5%	0.1%	0.02%	1.6%	0.8%	0.1%	0.0%	0.9%
Swasta	A	0.6%	0.2%	0.1%	0.9%	0.8%	0.4%	0.3%	1.5%
	B	7.5%	1.9%	0.7%	10.1%	6.1%	2.5%	1.2%	9.9%
	C	16.1%	1.9%	0.5%	18.5%	11.7%	1.9%	0.7%	14.4%
	D	5.4%	0.5%	0.1%	6.0%	3.3%	0.4%	0.1%	3.8%
<b>Total</b>		<b>74.6%</b>	<b>18.5%</b>	<b>6.9%</b>	<b>100.0%</b>	<b>57.2%</b>	<b>26.2%</b>	<b>16.6%</b>	<b>100.0%</b>

Potret JKN pada neoplasma menurut umur, diketahui bahwa kelompok umur 45-49 tahun adalah kelompok tertinggi, dan bahkan pada kelompok umur 0-4 tahun sudah mulai terlihat adanya belanja untuk neoplasma (Gambar 17). Belanja pada penyakit neoplasma juga menjadi salah satu beban belanja kesehatan di Indonesia. Di dalam RPJMN tahun 2020-2024, pengendalian neoplasma juga menjadi salah satu proyek yang diusung pemerintah, yaitu melalui proyek yang berjudul deteksi dini kanker dengan target di tahun 2024 seluruh kabupaten/ kota dapat melakukan deteksi dini kanker di  $\geq 80$  persen populasi usia 30-59 tahun.



Gambar 17. Belanja Skema JKN pada Neoplasma menurut Kelompok Umur di FKRTL, 2018 (dalam Rp miliar)

Untuk penanganan kasus neoplasma, isu terkait ketersediaan faskes juga menjadi hal yang sangat penting. Gambaran serupa seperti kardiovaskular juga terdapat pada neoplasma, dimana terdapat kesenjangan ketersediaan fasilitas Kesehatan antar provinsi di Indonesia. Hal ini tercermin pada rate kunjungan di provinsi DKI Jakarta dimana kunjungan peserta yang memperoleh layanan RITL neoplasma di DKI Jakarta lebih tinggi dibanding kunjungan peserta RITL neoplasma yang terdaftar di DKI Jakarta (Gambar 18). Gambaran ini mencerminkan adanya rujukan-rujukan penanganan neoplasma dari provinsi lain ke DKI Jakarta karena kompleksitas kasus neoplasma yang harus ditangani dan masalah ketersediaan faskes untuk penanganan neoplasma tersebut. Kondisi tersebut juga terjadi di Provinsi Jogja, Sulawesi Selatan, Kalimantan Selatan, Sumatera Barat, dan sebagainya.



Gambar 18. Angka Kunjungan Neoplasma pada RITL per 10.000 peserta menurut Provinsi Terdaftar dan Layan, 2018

Catatan:

- \*provinsi terdaftar: provinsi dimana peserta terdaftar sebagai peserta JKN di PPK I
- \*provinsi layan: tempat peserta mengakses fasilitas kesehatan

Ilustrasi angka akses per 10.000 peserta untuk neoplasma menurut pada Gambar 19 terlihat bahwa provinsi dengan angka akses tertinggi adalah Sumatera Barat, DI Yogyakarta, Kalimantan Timur, Sulawesi Selatan, Kalimantan Utara dan Jawa Tengah dengan angka akses pada provinsi tersebut berada pada range

40 – 47. Artinya terdapat 40 hingga 47 orang dari 10.000 peserta di provinsi tersebut yang datang ke RS untuk memperoleh layanan rawat inap karena neoplasma.

Untuk belanja per kunjungan neoplasma pada layanan rawat inap tingkat lanjut menurut provinsi dimana peserta terdaftar dan dilayani mempunyai gambaran yang hampir mirip dengan kardiovaskular. DKI Jakarta berada pada urutan pertama karena menangani kasus-kasus neoplasma yang lebih kompleks dibanding provinsi lainnya, sehingga rata-rata belanja per kunjungan rawat inap menjadi lebih tinggi dibanding provinsi lain (*Lampiran 10 dan 11*).



Gambar 19. Angka Akses RITL pada Neoplasma per 10.000 peserta JKN menurut Provinsi Terdaftar, 2018

### 3.3. Belanja Skema JKN pada Kelompok DIS 2. Kesehatan Reproduksi

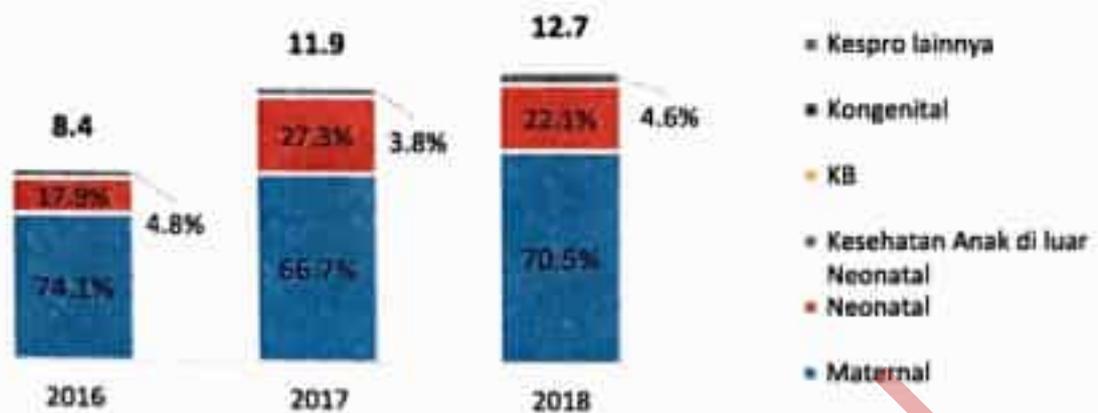
Dalam produksi NHA menurut dimensi *disease accounts*, tim berupaya untuk menggambarkan belanja menurut jenis penyakit pada skema publik, yaitu pada skema Kemenkes, K/L lain, pemerintah daerah, serta JKN. Walaupun demikian, pada skema publik lainnya (selain JKN), masih terdapat keterbatasan dalam penelusuran belanja kesehatan menurut jenis penyakit karena beberapa belanja belum memiliki *tagging* untuk program tertentu. Tabel 10 hanya menyajikan gambaran belanja penyakit pada kelompok terkait kesehatan reproduksi di skema publik lainnya (selain JKN) yang sudah memiliki *tagging* secara spesifik untuk program tertentu pada dokumen realisasi.

Dalam tabel 10 terlihat bahwa total belanja kelompok penyakit terkait Kesehatan Reproduksi pada skema publik sebesar Rp16,9 triliun dengan mayoritas merupakan dari skema JKN (74,9 persen atau Rp12,7 triliun), 11,2 persen dari skema K/L lain yang dibelanjakan untuk program KB, 12,5 persen dari pemerintah daerah, serta 1,4 persen (Rp 231,3 miliar) dari skema Kemenkes. Sebagian besar belanja di Kemenkes pada kelompok penyakit tersebut digunakan untuk fungsi pemantauan status kesehatan sebesar 86,6 persen (Rp200,8 miliar), misalnya kegiatan terkait pembinaan dalam peningkatan layanan antenatal. Sementara itu, pada skema JKN, kelompok maternal mendominasi pada DIS 2. Kesehatan Reproduksi yang didalamnya meliputi persalinan yang akan dijelaskan pada sub-bab selanjutnya.

Tabel 10. Belanja Kelompok DIS 2. Kesehatan Reproduksi pada Skema Publik, 2018

Skema Pendanaan Publik	Total Belanja KIA & Kespro Skema Publik	
	Rp	%
<b>Total Belanja KIA dan Kespro Skema Publik</b>	<b>Rp 16,9 T</b>	
<b>Skema Kemenkes</b>	<b>Rp 231,3 M</b>	<b>100.0%</b>
Pemantauan Status Kesehatan	Rp 200,4 M	86.6%
Belanja Modal	Rp 25,5 M	11.0%
Pembinaan Faskes	Rp 5,4 M	2.3%
Deteksi Dini	Rp 0,02 M	0.01%
<b>Skema K/L lain (terkait KB)</b>	<b>Rp 1,9 T</b>	<b>100.0%</b>
<b>Skema Pemda</b>	<b>Rp 2,1 T</b>	<b>100.0%</b>
<b>Skema JKN</b>	<b>Rp 12,7 T</b>	<b>100.0%</b>
Kondisi Maternal	Rp 8,9 T	70.5%
Neonatal	Rp 2,8 T	22.1%
Kesehatan Anak di luar Neonatal	Rp 0,6 T	4.6%
KB	Rp 0,2 T	1.6%
Kongenital	Rp 0,1 T	1.1%
Kespro lainnya	Rp 0,001 T	0.01%

Bahasan selanjutnya adalah mengenai belanja kelompok DIS 2 Kesehatan Reproduksi pada skema JKN. Dari gambar 20 menunjukkan bahwa tren belanja JKN pada DIS 2 Kesehatan Reproduksi meningkat setiap tahunnya dengan pertumbuhan sebesar 6,3 persen tahun 2018 dibandingkan dengan tahun 2017. Komponen yang masuk dalam kelompok DIS 2 Kesehatan Reproduksi merupakan kelompok penyakit yang terkait dengan maternal, neonatal, KB, kongenital, dan kesehatan reproduksi lainnya. Maternal mendominasi setiap tahunnya dalam belanja skema JKN dengan pertumbuhan sebesar 12,5 persen tahun 2018 dibandingkan dengan tahun 2017. Neonatal juga memiliki pengeluaran cukup besar pada skema JKN setelah maternal dan terjadi di setiap tahunnya. Walaupun demikian, terjadi pertumbuhan negatif pada neonatal dimana pada tahun 2018 mengalami penurunan sebesar 13,7 persen dibanding 2017. Hal ini disebabkan oleh keluarnya Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan no. 3 tahun 2018 yang mengatur bayi baru lahir dengan kondisi sehat yang mendapatkan pelayanan neonatal esensial dan tidak membutuhkan perawatan dengan sumber daya khusus, baik dilahirkan melalui tindakan bedah caesar maupun persalinan pervaginam, dengan penyulit atau tanpa penyulit, dibayar dalam satu paket persalinan.



Gambar 20. Belanja Skema JKN pada Kelompok DIS 2. Kesehatan Reproduksi (Rp triliun), 2016 - 2018

Baik maternal maupun neonatal, sebagian besar dibelanjakan di FKRTL terutama pada neonatal yang hampir seluruhnya merupakan belanja di FKRTL (gambar 21). Belanja maternal di FKRTL tahun 2018 sebesar Rp 7,8 triliun dengan 77,5 persen merupakan persalinan (Rp 6,1 triliun). Sementara itu, belanja maternal di FKTP hanya sebesar Rp 1,1 triliun dengan 46,7 persen merupakan persalinan (Rp 0,52 triliun).



Gambar 21. Belanja Skema JKN Pada Kelompok Maternal dan Neonatal, 2016 - 2018

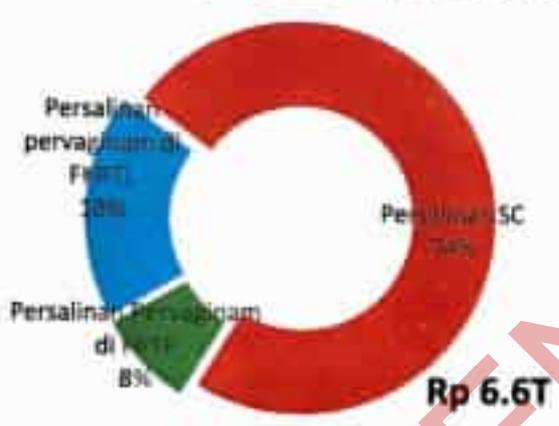
### 3.3.1. Belanja Skema JKN pada Kelompok Maternal

Kondisi maternal sesuai definisi WHO merupakan kondisi selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas [35]. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, sumber pembiayaan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan adalah 53,3 persen dari biaya sendiri, sementara pembiayaan dari JKN adalah 41,2 persen [36]. Pada skema JKN, kelompok penyakit terkait kondisi maternal memiliki proporsi belanja yang tinggi setiap tahunnya yang didominasi dengan tindakan persalinan (73,7 persen terhadap total belanja maternal atau sebesar Rp6,6 triliun tahun 2018).

Gambar 22 menjelaskan persalinan *sectio caesarea* (SC) pada skema pembiayaan JKN tahun 2018 memiliki porsi belanja tertinggi sebesar 74 persen terhadap total belanja persalinan di FKTP dan FKRTL. Hasil studi Analisis Persalinan SC dalam Skema JKN di Indonesia menunjukkan bahwa dari total persalinan SC di

tingkat populasi tahun 2018, 66,3 persen diantaranya menggunakan skema pembiayaan JKN [37]. Hal ini mengindikasikan bahwa ibu bersalin cenderung menggunakan JKN apabila persalinannya dilakukan dengan metode SC, sehingga dapat mempengaruhi proporsi belanja persalinan SC yang besar pada persalinan skema JKN.

Selain itu, tingginya belanja persalinan SC juga dipengaruhi oleh adanya perubahan tarif operasi pembedahan Caesar. Misalnya saja pada tarif operasi Caesar pada level ringan yang berlaku dalam Permenkes 59 tahun 2014 di regional 1 pada RS kelas C rawat inap adalah sekitar Rp4,0 juta kemudian mengalami kenaikan tarif sesuai Permenkes 52 tahun 2016 (yang berlaku di akhir tahun 2016) sebesar 20 persen menjadi Rp4,8 juta (pada kelas RS dan regional yang sama) [38] [16]. Berbeda halnya dengan tarif persalinan pervaginam di FKTP yang menaikkan tarifnya tidak signifikan, dimana tarif yang berlaku pada Permenkes 52 tahun 2016 (berlaku mulai akhir tahun 2016) adalah sebesar Rp700.000 (dilakukan oleh bidan) dan Rp800.000 (dilakukan oleh dokter), sementara tarif pada Permenkes 59 tahun 2014 (berlaku hingga akhir 2016) adalah sebesar Rp600.000 [38] [16].



Gambar 22. Total Belanja Persalinan di FKTP dan FKRTL pada Skema Pembiayaan JKN, 2018



Gambar 23. Total Kunjungan Persalinan di FKTP dan FKRTL pada Skema Pembiayaan JKN, 2018

Sementara itu, kunjungan pada persalinan pervaginam (FKTP dan FKRTL) dalam skema pembiayaan JKN lebih banyak dibandingkan persalinan SC (gambar 23). Persalinan pervaginam dari skema pembiayaan JKN mencakup 27,1 persen dari total ibu bersalin di Indonesia (total ibu bersalin 2018 = 5.043.078 [12]). Sementara persalinan dengan metode SC pada skema JKN hanya mencakup 17,4 persen dari total ibu bersalin di Indonesia tahun 2018.

Tren belanja persalinan di FKRTL skema JKN mengalami peningkatan tiap tahunnya dengan proporsi lebih dari 70 persen merupakan persalinan SC (gambar 24). Secara nominal, terjadi peningkatan belanja persalinan SC pada skema JKN dari Rp2,9 triliun tahun 2016 menjadi Rp4,9 triliun tahun 2018. Begitu juga dengan hasil riskesdas 2013 dan 2018 yang menunjukkan bahwa persalinan dengan metode operasi mengalami kenaikan dari 9,8 persen tahun 2013 menjadi 17,6 persen tahun 2017 [40] [36]. Hasil analisis yang dilakukan oleh WHO terkait analisis data pada 121 negara juga menunjukkan bahwa telah terjadi peningkatan rate SC 3 kali lebih besar secara global pada tahun 2014 dibandingkan dengan tahun 1990

[41]. Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) telah memperkenalkan kriteria Robson pada rumah sakit sebagai *self assessment* pemberian pelayanan SC.

Selanjutnya, baik pada persalinan pervaginam dan SC, kunjungan tertinggi berada pada *severity level* ringan di tiap tahunnya. Walaupun demikian, terdapat penurunan proporsi pada persalinan SC ringan menjadi 84,9 persen pada tahun 2018 dibandingkan tahun 2016 sebesar 90,5 persen (gambar 25). Kunjungan tertinggi pada persalinan pervaginam dengan tingkat *severity* ringan memiliki diagnosis primer O809 (*Single spontaneous delivery, unspecified*) dengan proporsi sebesar 23,3 persen dan diikuti oleh O800 (*Spontaneous vertex delivery*) sebesar 20,6 persen.

Sementara itu, jumlah kunjungan terbanyak pada persalinan SC dengan tingkat *severity* ringan adalah kasus diagnosis primer O342 (*Maternal care due to uterine scar from previous surgery*) dengan proporsi sebesar 18,1 persen, kemudian diikuti dengan diagnosis primer O420 (*Premature rupture of membranes, onset of labour within 24 hours*). Terdapat studi pada salah satu RS yang menjelaskan bahwa pengalaman melahirkan sebelumnya memiliki pengaruh yang besar terhadap pemilihan proses persalinan [45]. Penelitian lain menyebutkan bahwa faktor yang berhubungan dengan keputusan metode caesar atas indikasi medis adalah adanya komplikasi persalinan, kondisi janin yang berisiko tinggi, serta status kesehatan ibu [46]. Selain itu, studi lainnya menyebutkan bahwa peluang penggunaan metode persalinan SC yang hanya dengan indikasi medis seperti riwayat komplikasi kehamilan atau persalinan adalah sebesar 34,2 persen (lebih rendah dibandingkan dengan penyerta dan faktor non medis) [44].



Gambar 24. Total Belanja Persalinan Pervaginam dan Sectio Sectio caesarea di FKRTL pada Skema Pembiayaan JKN, 2016 – 2018 (Rp Triliun)



Gambar 25. Total Kunjungan Persalinan Pervaginam dan Sectio caesarea di FKRTL menurut Tingkat Severity pada Skema Pembiayaan JKN, 2016 – 2018 (dalam ribu)

Pada tindakan terkait persalinan, FKRTL milik swasta memiliki peran yang besar pada tahun 2017 dan 2018 (gambar 26), terutama pada persalinan SC yang menyerap dana Rp 3,1 triliun (85,5 persen persalinan SC dilakukan di FKRTL milik swasta) tahun 2018. Dalam studi survey RS swasta yang dilakukan oleh TNP2K dan HP+ menyebutkan bahwa terjadi kenaikan volume layanan persalinan SC di RS swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebesar 49 persen antara tahun 2013 dan 2016 [47]. Sementara itu, dari studi tersebut juga disebutkan bahwa terjadi penurunan layanan persalinan SC pada periode tahun yang sama di RS swasta yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Hal ini mengindikasikan bahwa adanya JKN dapat meningkatkan akses terhadap layanan ini di RS swasta. Walaupun demikian, ada kemungkinan

faktor lainnya seperti kenaikan tarif layanan SC yang lebih tinggi diikuti dengan penurunan tarif Ina-CBGs untuk pelayanan persalinan pervaginam di RS [47]. Diperlukan analisis lebih lanjut untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi tindakan persalinan SC di RS Swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Dalam studi yang sama terkait survey RS swasta disajikan bahwa sejak implementasi JKN, sebagian besar RS swasta memiliki prosedur klinis manajemen persalinan dan penatalaksanaan komplikasi kelahiran dan melakukan perubahan dalam prosedur kepegawaian dalam pelaksanaan persalinan dan komplikasinya [47]. Selain itu, periode antara tahun 2013 dan 2016, terjadi peningkatan signifikan di RS swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan terkait investasi untuk kapasitas dan personel layanan *Maternal and Neonatal Health* (MNH) [47]. Hal ini mengindikasikan bahwa RS swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupaya untuk meningkatkan kinerja di era JKN, khususnya pada layanan terkait MNH. Diperlukan kajian lebih lanjut apakah perubahan tersebut berpengaruh terhadap peningkatan kualitas layanan, terutama di RS Swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.



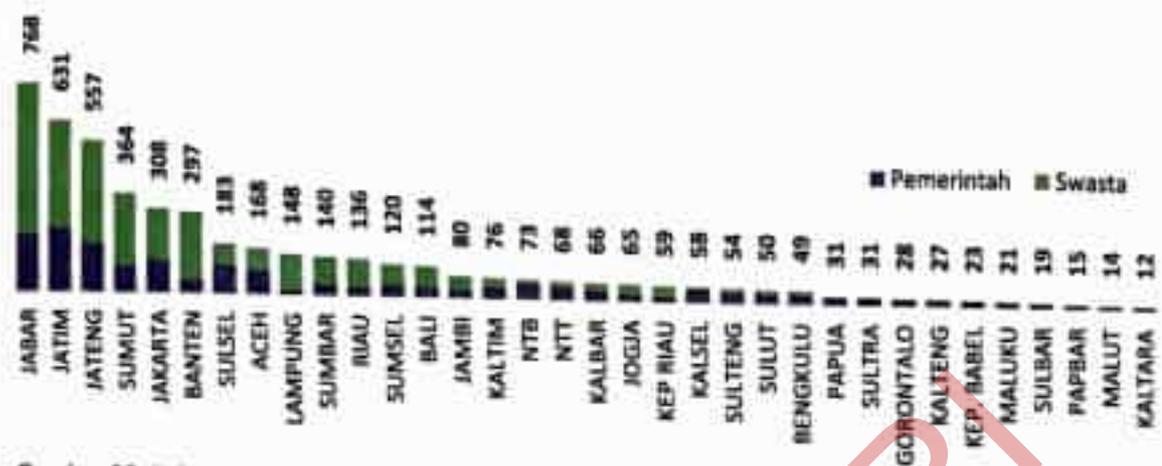
Gambar 26. Total Belanja Persalinan Pervaginam vs Caesar di FKRTL menurut Kepemilikan pada Skema Pembiayaan JKN, 2016 - 2018



Gambar 27. Total Belanja Persalinan Pervaginam vs Caesar di FKRTL menurut Kepemilikan dan Kelas RS pada Skema Pembiayaan JKN, 2018

Pada faskes milik pemerintah, RS kelas B dan C memiliki peran besar dalam tindakan persalinan. Sementara pada faskes milik swasta, RS kelas C memiliki serapan dana paling tinggi (gambar 27). Studi survey RS swasta yang dilakukan oleh TNP2K dan HP+ menjelaskan bahwa RS swasta kelas B dan C yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan mengalami peningkatan jumlah kunjungan layanan kehamilan [47].

Berdasarkan provinsi layan, faskes milik swasta memiliki peran yang besar dibanding faskes milik pemerintah, kecuali di Kalimantan Selatan, Sulawesi Tengah, Bengkulu, Papua, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Kalimantan Timur, Maluku, Sulawesi Barat, Papua Barat, Maluku Utara, dan Kalimantan Utara (gambar 28). Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh ketersediaan RS swasta di wilayah tersebut dan akses terhadap faskes tersebut.

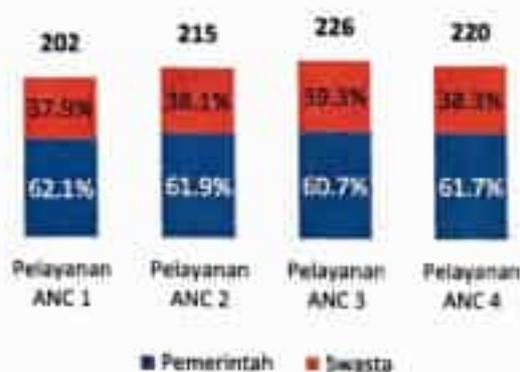


Gambar 28. Belanja Persalinan (Rp Miliar) Sectio caesarea menurut Provinsi, Layan dan Kepemilikan, 2018

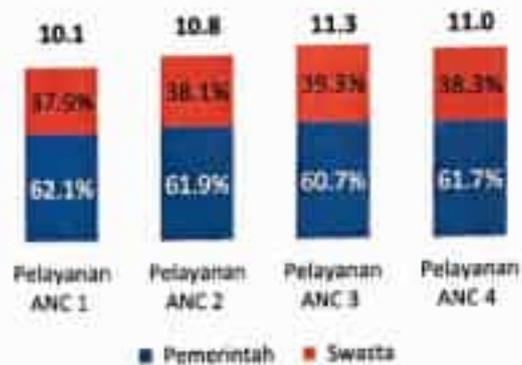
Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia per 100.000 kelahiran hidup selama periode 1991-2015 menurun dari 390 menjadi 305 [12]. Walaupun demikian hal ini belum berhasil mencapai target MDGs sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2015 [12]. AKI merupakan salah satu indikator terkait Kesehatan Ibu yang mengukur rasio kematian ibu selama periode kehamilan, persalinan dan nifas per 100.000 kelahiran hidup (di luar penyebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh) [12]. WHO merekomendasikan adanya implementasi layanan Antenatal Core (ANC) secara rutin dengan tujuan untuk mencegah kejadian AKI dan mengetahui secara dini masalah komplikasi lainnya selama kehamilan [48].

Dalam Permenkes nomor 97 tahun 2014 disebutkan bahwa kunjungan antenatal dilakukan minimal 4 kali selama masa kehamilan, yaitu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga [49]. Pada profil Kesehatan Indonesia tahun 2018, capaian kunjungan ibu hamil K4 dalam kurun waktu tahun 2006 sampai tahun 2018 cenderung meningkat dengan capaian tahun 2018 sebesar 88,03 persen [12]. Dalam cakupan layanan JKN dengan pembayaran non kapitasi di FKTP disebutkan bahwa salah satu layanannya adalah pemeriksaan ANC dalam bentuk paket paling sedikit 4 kali pemeriksaan [16].

Gambar 29 menyajikan data ANC pada klaim Non Kapitasi tahun 2018 dengan kunjungan K4 sebesar 220.000 kunjungan di FKTP atau sebesar 29,6 persen terhadap total persalinan di FKTP pada Skema JKN (atau 9,8 persen terhadap total persalinan di FKTP dan FKRTL). Selain itu, baik pada gambaran total belanja dan kunjungan ANC di FKTP skema JKN (gambar 29 dan gambar 30), peran faskes pemerintah mendominasi, sementara peran faskes swasta tidak sebesar pada gambaran persalinan sebelumnya dimana tindakan persalinan lebih banyak dilakukan di faskes swasta.

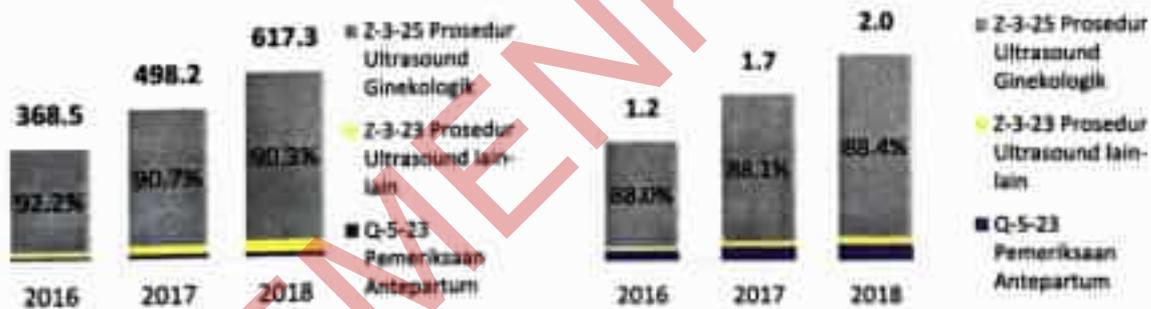


Gambar 29. Total Kunjungan Layanan ANC di FKTP, 2018 (dalam ribu)



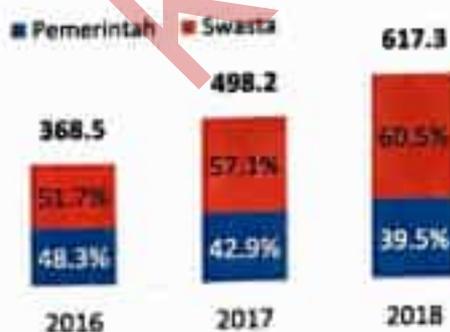
Gambar 30. Belanja Layanan ANC di FKTP, 2018 (dalam Rp miliar)

Dalam studi ini juga disajikan data terkait layanan ANC di FKRTL dengan kriteria pada diagnosis primer terkait maternal dan kode Ica-CBGs berupa Q-5-23 (pemeriksaan antepartum), Z-3-23 (prosedur ultrasound lain-lain), serta Z-3-25 (prosedur ultrasound ginekologik). Pada gambar 31 yang menyajikan tentang belanja ANC di FKRTL dan gambar 32 terkait kunjungan ANC di FKRTL, terlihat bahwa prosedur memiliki porsi yang lebih tinggi dibanding kode CBGs lainnya. Selain itu, dalam hal layanan ANC di FKRTL, terdapat peran faskes swasta yang cukup besar dan mendominasi dari tahun 2016 sampai tahun 2018 (gambar 33 dan gambar 34). Hal ini berbeda dengan gambaran faskes swasta pada layanan ANC di FKTP yang memiliki peran lebih sedikit dibanding faskes pemerintah.

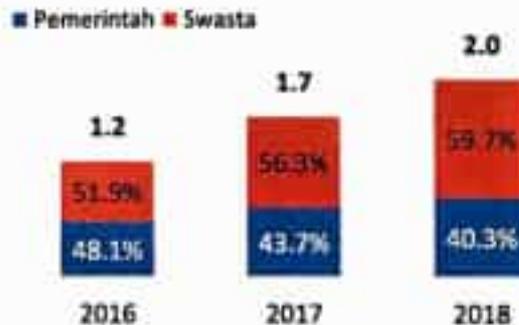


Gambar 31. Belanja Layanan ANC di FKRTL, 2016 - 2018 (dalam Rp miliar)

Gambar 32. Total Kunjungan Layanan ANC di FKRTL, 2016 - 2018 (dalam juta)



Gambar 33. Total Belanja Layanan ANC di FKRTL menurut Kepemilikan, 2016 - 2018 (dalam Rp miliar)



Gambar 34. Total Kunjungan Layanan ANC di FKRTL menurut Kepemilikan, 2016 - 2018 (dalam juta)

### 3.3.2. Belanja Skema JKN pada Kelompok Neonatal

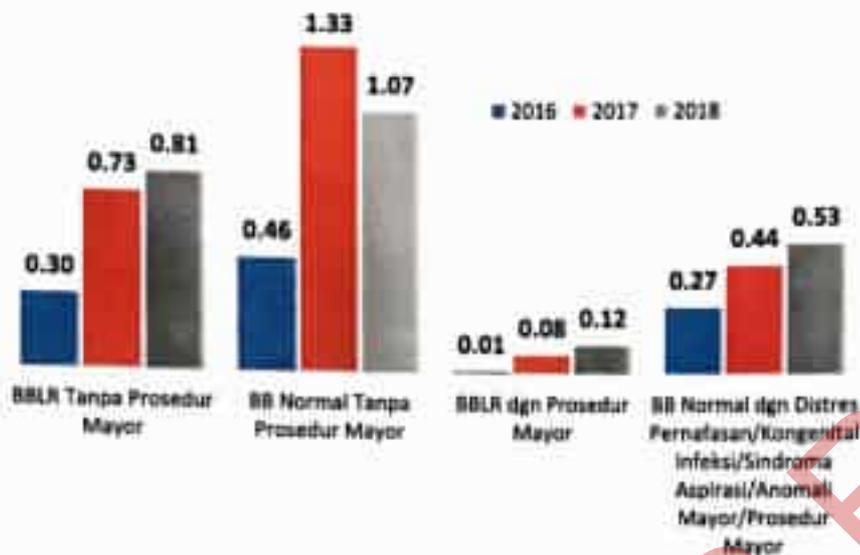
Sejalan dengan kondisi neonatal dalam profil Kesehatan Indonesia tahun 2018 bahwa masa neonatal adalah kondisi pada bayi baru lahir yang berusia 0-28 hari [12], maka pembahasan terkait neonatal pada sub bab ini juga merujuk pada definisi tersebut. Pada gambar 35 menyajikan serapan dana JKN pada kelompok neonatal dan terlihat bahwa tren belanja neonatal cenderung fluktuatif dengan peningkatan dua kali lipat pada tahun 2017 (Rp 3,3 triliun) dibanding tahun 2016 (Rp 1,5 triliun), kemudian mengalami penurunan pada tahun 2018. Peningkatan secara signifikan pada total klaim yang terjadi pada tahun 2017 dapat disebabkan adanya perubahan tarif Ina-CBGs [16]. Mayoritas belanja pada kelompok neonatal adalah perinatal & kongenital pada usia 0-28 hari dan hampir seluruh belanja tersebut dilayani di FKRTL dengan mayoritas layanannya merupakan rawat inap (tabel 11).



Gambar 35. Belanja Skema JKN pada Kelompok Neonatal, 2016-2018 (dalam Rp triliun)

Tabel 11. Belanja JKN pada Kelompok Neonatal menurut Faskes dan Tingkat Layan, 2016 - 2018

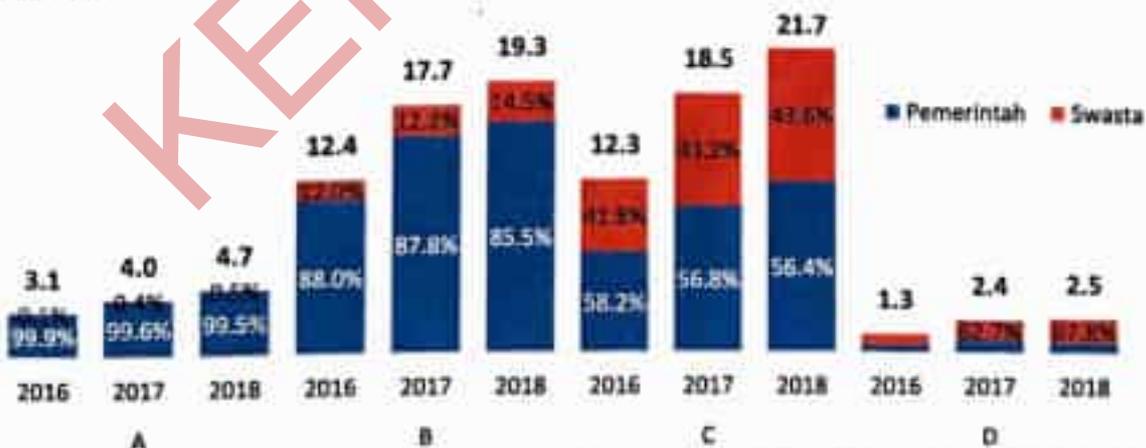
Komponen	2016	2017	2018
<b>Total Belanja pada Kelompok Neonatal (Rp triliun)</b>	<b>1.51</b>	<b>3.26</b>	<b>2.81</b>
<b>FKRTL (Rp triliun)</b>	<b>1.50</b>	<b>3.25</b>	<b>2.80</b>
% RITL terhadap Neonatal di FKRTL	95.0%	95.9%	97.7%
% RJTL terhadap Neonatal di FKRTL	5.0%	4.1%	2.3%
<b>FKTP (Rp triliun)</b>	<b>0.01</b>	<b>0.01</b>	<b>0.01</b>



Gambar 36. Belanja RITL pada Kelompok Neonatal di FKRTL (Rp triliun), 2016 - 2018

Sebagian besar belanja pada layanan RITL tersebut adalah untuk layanan neonatal tanpa prosedur mayor, baik pada bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) maupun berat bayi lahir normal (74,3 persen terhadap total belanja RITL perinatal dan kongenital pada kelompok neonatal di FKRTL pada tahun 2018) (gambar 36). Pada kelompok InaA-CBGs, neonatal berat badan normal tanpa prosedur mayor (kode P-8-17) didominasi oleh *severity level* ringan dengan proporsi sebesar 93,2 persen dari total belanja neonatal berat badan normal tanpa prosedur mayor pada tahun 2018.

Selanjutnya, pada laporan ini juga menyajikan informasi terkait layanan *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU). Data klaim INA-CBGs tidak memberikan informasi apakah layanan menggunakan NICU atau tidak, oleh karenanya tim berupaya untuk meminta rekomendasi kepada tim medis (dalam hal ini dokter spesialis anak) untuk dapat memberikan *flagging* terkait diagnosis primer mana yang berpotensi membutuhkan NICU dalam perawatannya. Terjadi peningkatan belanja neonatal yang berpotensi membutuhkan layanan NICU di FKRTL dari tahun 2016 sebesar Rp 245,8 miliar menjadi Rp 640,1 miliar tahun 2018.



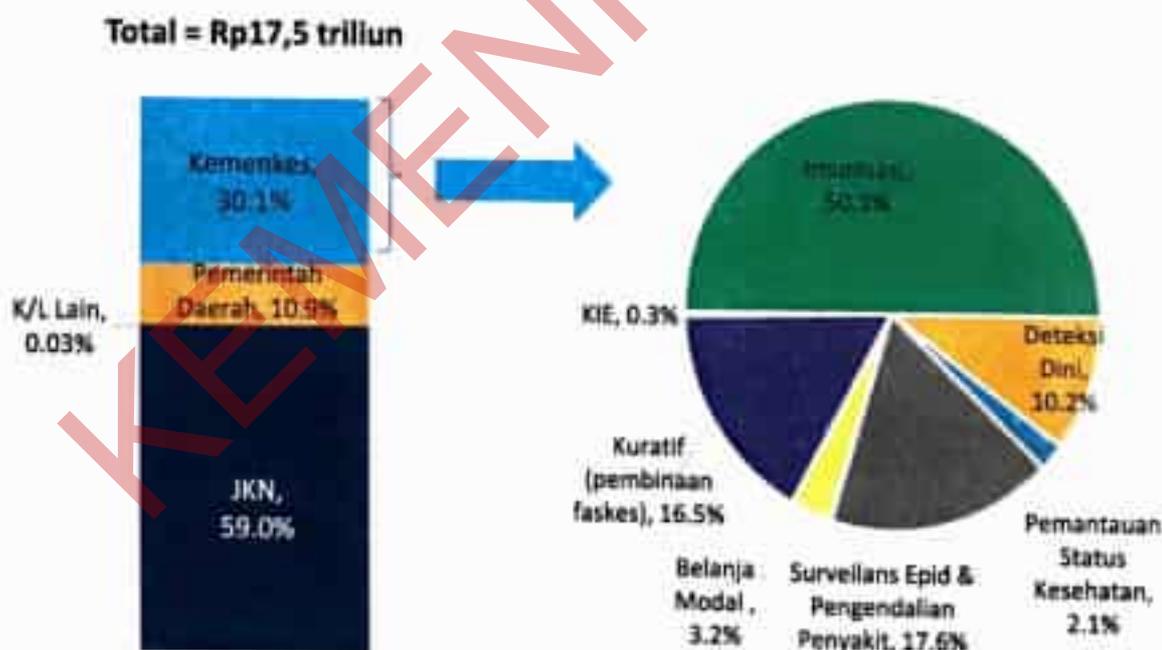
Gambar 37. Jumlah Kunjungan (ribu) Layanan NICU menurut Kelas RS dan Kepemilikan, 2016 - 2018

Gambar 37 menunjukkan jumlah kunjungan layanan NICU terbanyak di RS kelas B dimana sebagian besar dilakukan di RS milik pemerintah. Selain itu, RS kelas C juga memiliki jumlah kunjungan yang cukup banyak namun tidak dapat dianalisis lebih lanjut apakah kasus tersebut akhirnya di rujuk atau dirawat hingga sembuh karena ketiadaan informasi terkait status keluar pasien. Informasi status keluar pasien dapat digunakan untuk mengetahui apakah kasus NICU yang dilayani di RS kelas C memiliki status keluar berupa rujukan atau tidak.

### 3.4. Serapan Dana JKN pada Kelompok Penyakit Menular

Selain produksi disease accounts berdasarkan data JKN, telah dilakukan pula identifikasi belanja penyakit menular pada skema publik lainnya yang terdiri dari skema Kemenkes, Kementerian/Lembaga lain, dan Pemerintah Daerah tahun 2018. Meskipun demikian, identifikasi belanja penyakit menular pada skema publik lainnya tersebut hanya terbatas pada belanja yang memiliki tagging penyakit-penyakit menular (*earmarked*).

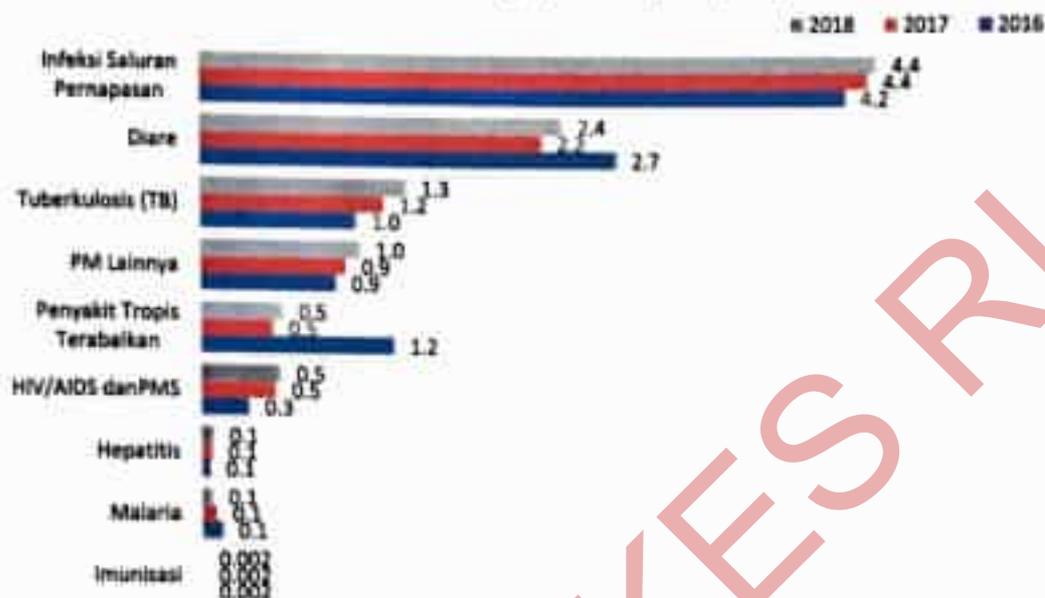
Berdasarkan hasil identifikasi yang telah dilakukan, didapatkan bahwa total belanja kelompok penyakit menular pada skema publik tahun 2018 yaitu sebesar Rp17,5 triliun dan 59,0 persen diantaranya berasal dari skema JKN (Gambar 38). Sementara pada skema Kemenkes, belanja penyakit menular ini mayoritas digunakan untuk layanan pencegahan seperti imunisasi, deteksi dini, surveilans epidemiologi, dan sebagainya. Sementara pada skema JKN, mayoritas belanja digunakan untuk belanja layanan kuratif, sejalan dengan tren total belanja pada skema ini [28].



Gambar 38. Belanja Skema JKN pada Penyakit Menular di Skema Publik, 2018

Analisis belanja skema JKN pada kelompok penyakit menular menunjukkan bahwa selama tahun 2016 – 2018 sebagian besar serapan digunakan pada penyakit infeksi saluran pernapasan yaitu secara berturut-

turut sebesar 39,9 persen (Rp4,2 triliun), 44,4 persen (Rp4,4 triliun), dan 42,8 persen (Rp4,4 triliun) terhadap total belanja pada kelompok penyakit menular (Gambar 39). Penyakit lainnya yang menyerap dana yang cukup besar pada kelompok penyakit menular ini adalah diare, TB, HIV/AIDS dan penyakit menular seksual, serta penyakit tropis terabaikan (seperti DBD, kusta, dsb).

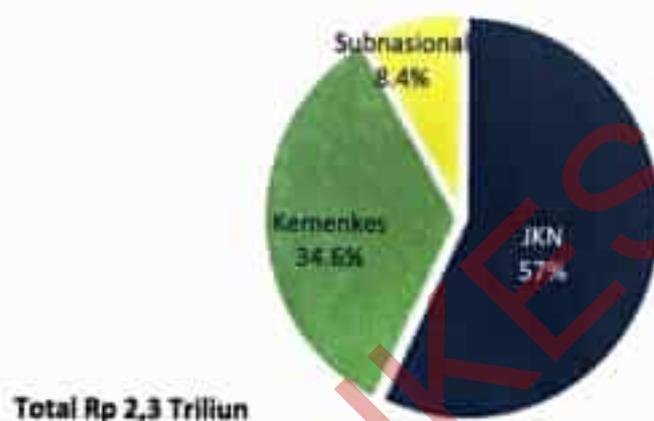


Gambar 39. Serapan Dana JKN pada Kelompok Penyakit Menular (Rp triliun), 2016 – 2018

Pengendalian penyakit menular menjadi salah satu proyek prioritas yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2015 – 2019 maupun RPJMN 2020 – 2024 [50] [51]. Diantara penyakit menular yang masih menjadi prioritas penanggulangan pada RPJMN tahun 2020 – 2024 adalah penyakit tuberkulosis (TB) dan HIV/AIDS [51]. Dari hasil analisis *disease accounts* skema JKN, pada tahun 2018 kedua penyakit ini masih menyerap dana yang cukup besar yaitu sebesar Rp1,3 triliun untuk penyakit TB dan Rp0,5 triliun untuk penyakit HIV/AIDS. Serapan dana kedua penyakit ini juga cenderung meningkat selama tiga tahun terakhir (2016 – 2018). Untuk itu, telah dilakukan analisis lebih lanjut mengenai belanja pada kedua penyakit tersebut. Hasil analisis diuraikan secara lebih detail pada sub bab berikut ini.

### 3.4.1. Belanja Skema JKN pada Kelompok Penyakit TB

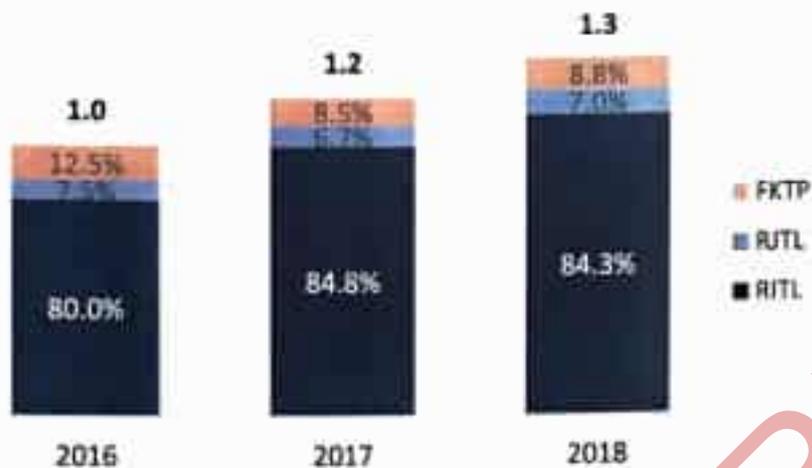
Penelusuran belanja program TB pada skema kemenkes, K/L lain, dan subnasional dilakukan hanya pada program yang memiliki *tagging/nomenklatur* spesifik TB, sedangkan pada skema JKN ditelusuri menggunakan diagnosis primer dalam bentuk ICD-10 dan Ina-CBGs. Berdasarkan hasil penelusuran pada keempat skema publik tersebut didapatkan bahwa total belanja program TB sebesar Rp 2,3 triliun. Belanja paling banyak berada pada skema JKN, yaitu sebesar Rp 1,3 triliun. Belanja program TB pada Skema Kemenkes sebesar Rp 0,8 triliun dengan rincian sekitar Rp 0,3 triliun (37,5 persen dari belanja TB pada skema Kemenkes) digunakan untuk belanja obat program dan sisanya untuk program pencegahan seperti surveilans, pertemuan konsolidasi dan advokasi jejaring TB, penguatan surveilans, deteksi dini (gerakan masyarakat), dsb.



Gambar 40. Belanja Program TB pada Skema Publik, 2018

Donor masih memiliki peran dalam pembiayaan program TB, yaitu sebesar Rp 271,5 miliar (33,7 persen dari total belanja TB di skema Kemenkes). Donor mendanai kegiatan seperti *Technical Assistance for Drug Resistance TB*, *Profesional TB Coalition*, *Whole genome sequencing study*, dsb.

Pada skema JKN, belanja pada kelompok penyakit TB secara nominal dari tahun 2016-2018 terus meningkat. Total belanja pada penyakit TB sebesar Rp 1,0 triliun tahun 2016, Rp 1,2 triliun tahun 2017, dan Rp 1,3 triliun tahun 2018. Mayoritas pengeluaran JKN pada kelompok penyakit TB tahun 2018 digunakan pada layanan rawat inap di FKRTL dengan proporsi sebesar 84,3 persen, sisanya sebesar 7,0 persen layanan rawat jalan di FKRTL dan 8,8 persen di FKTP.



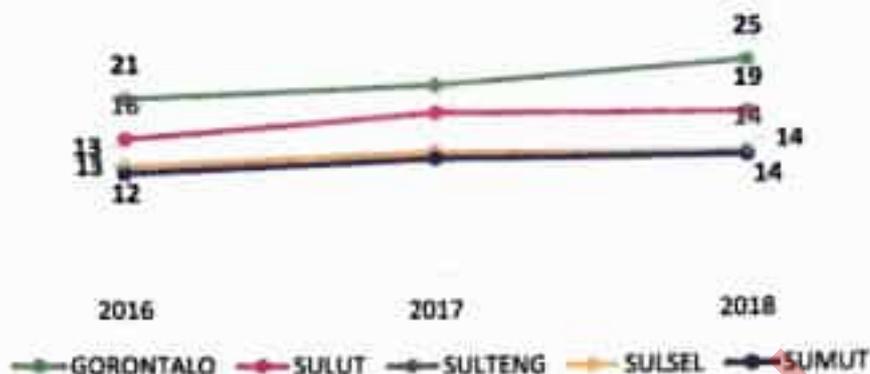
Gambar 41. Belanja Skema JKN pada Kelompok TB menurut Tingkat Layanan, 2016 – 2018 (Rp triliun)

Berdasarkan kelompok umur, belanja JKN pada kelompok penyakit TB cenderung memiliki pola yang sama di setiap tahunnya, yaitu pengeluaran tertinggi pada kelompok usia 40-59 tahun dan diikuti oleh kelompok lanjut usia (>60 tahun). Walaupun demikian, pada kelompok usia yang lebih muda (di bawah umur 40 tahun) juga cenderung mengalami kenaikan setiap tahunnya secara nominal. Sementara, kelompok umur 20-39 tahun mengalami penurunan secara proporsi, yaitu 24,5 persen tahun 2016 menjadi 23,5 persen tahun 2018.



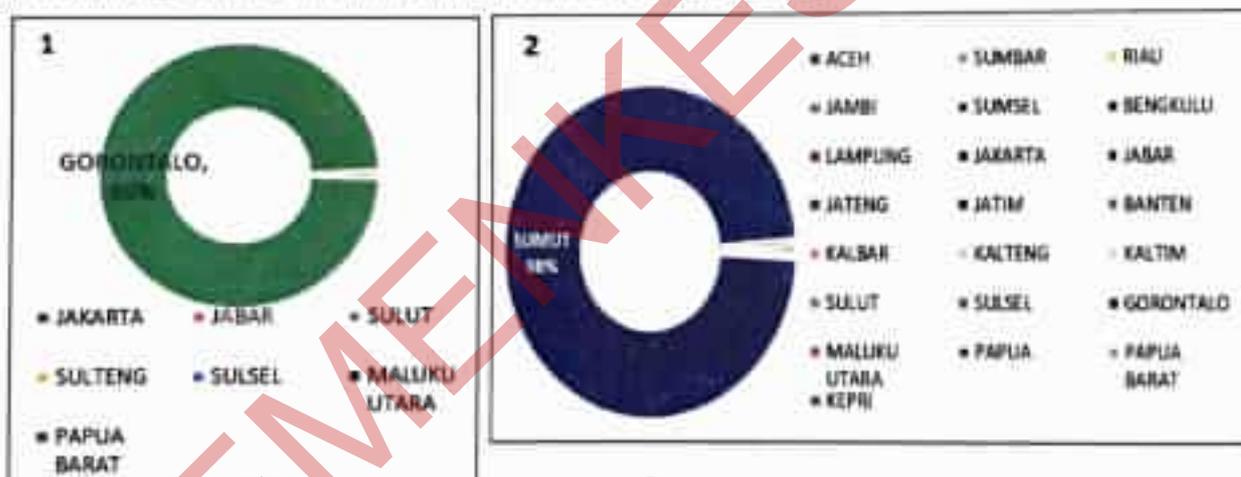
Gambar 42. Belanja Skema JKN pada Kelompok TB menurut Kelompok Umur, 2016 – 2018 (Rp Miliar)

Provinsi yang memiliki angka akses tertinggi pada pelayanan rawat inap di RS untuk penyakit TB tahun 2016 – 2018 adalah Provinsi Gorontalo, Sulawesi Utara (Sulut), Sulawesi Tengah (Sulteng), Sulawesi Selatan (Sulsel), dan Sumatera Utara (Sumut). Sebagian besar peserta JKN dengan penyakit TB yang terdaftar di Provinsi Gorontalo dan Sumatera Utara memperoleh layanan kesehatan di provinsi mereka masing-masing.



Gambar 43. Angka Akses per 10.000 peserta pada Penyakit TB pada layanan RITL, 2016 – 2018

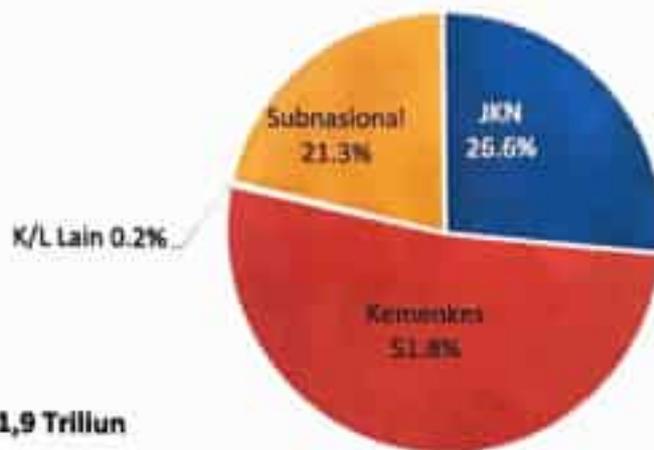
Seperti terlihat pada gambar 44, proporsi kunjungan penyakit TB oleh peserta JKN yang terdaftar di Provinsi Gorontalo dan Sumatera Utara mayoritas melakukan kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan di provinsi yang sama, masing-masing sebesar 99 persen dan 98 persen. Sisanya melakukan kunjungan pelayanan kesehatan di provinsi lain yang tersebar ke banyak wilayah.



Gambar 44. Proporsi Kunjungan Penyakit TB pada layanan RITL oleh Peserta JKN dari Provinsi Gorontalo (1) dan Sumatera Utara (2) menurut Provinsi Layan, 2018

### 3.4.2. Belanja Skema JKN pada Kelompok HIV/AIDS

Total belanja program HIV/AIDS dan PMS pada skema publik sebesar Rp 1,9 triliun. Belanja paling banyak berada pada skema Kemenkes yang mencakup Rp 995,4 miliar dengan rincian sekitar Rp 500 miliar digunakan untuk belanja obat program dan sisanya untuk program pencegahan seperti, kegiatan VCT mobile, pengiriman distribusi buffer stock, pengadaan bahan pemeriksaan HIV, dsb. Skema JKN memiliki belanja sebesar Rp 510,8 miliar atau 26,6 persen dari total belanja program HIV/AIDS dan PMS pada skema publik. Penelusuran belanja program HIV/AIDS dan PMS pada skema kemenkes, K/L lain, dan subnasional dilakukan hanya pada program yang memiliki tagging/nomenklatur spesifik terkait HIV/AIDS dan PMS, sedangkan pada skema JKN ditelusuri menggunakan diagnosis primer dalam bentuk ICD-10 dan Ina-CBGs.



**Total Rp 1,9 Triliun**

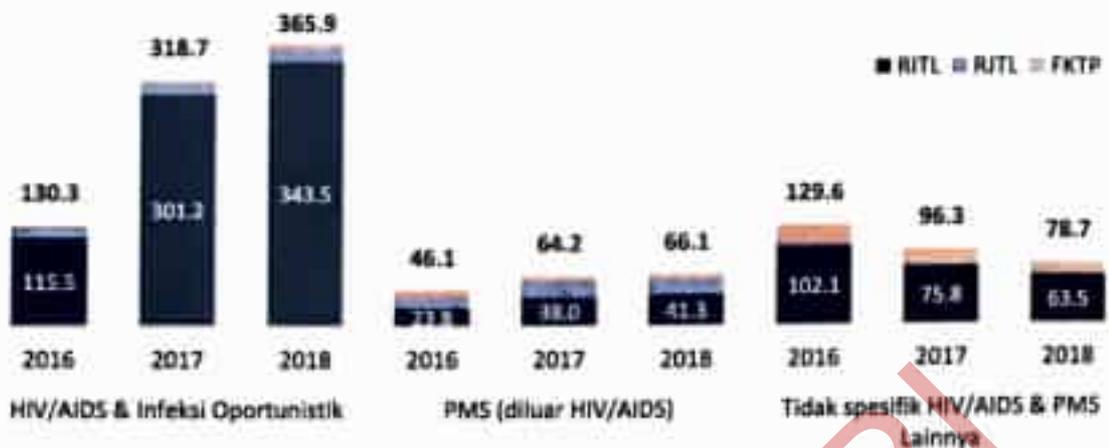
Gambar 45. Belanja Program HIV/AIDS dan PMS pada Skema Publik, 2018

Donor masih memiliki peran dalam pembiayaan program HIV/AIDS sebesar Rp 162,6 miliar (16,3 persen dari total belanja HIV/AIDS di skema Kemenkes). Peran donor mengalami penurunan bila dibandingkan dengan hasil *National AIDS Spending Assessment (NASA)* yang mengestimasi nilai belanja program HIV/AIDS tahun 2012 sekitar Rp 600 miliar [52]. Di sisi lain, peran JKN terlihat mengalami peningkatan yang signifikan dari hanya 5 persen dari total belanja program HIV/AIDS pada tahun 2015 [53].

Pada gambaran kelompok HIV/AIDS dan PMS yang lebih rinci, belanja skema JKN paling besar adalah penyakit HIV/AIDS dan infeksi oportunistik yang juga memiliki tren meningkat tajam dari tahun 2016 sampai tahun 2018. Peningkatan serapan dana tersebut sebesar Rp 235,6 miliar di tahun 2018 dibandingkan dengan tahun 2016 (gambar 48). PMS di luar HIV/AIDS tidak mengalami peningkatan yang signifikan, hanya meningkat sebesar Rp 20 miliar tahun 2018 dibandingkan dari tahun 2016, sedangkan kelompok penyakit tidak spesifik HIV/AIDS dan PMS lainnya justru mengalami penurunan sebesar Rp 50,9 miliar.

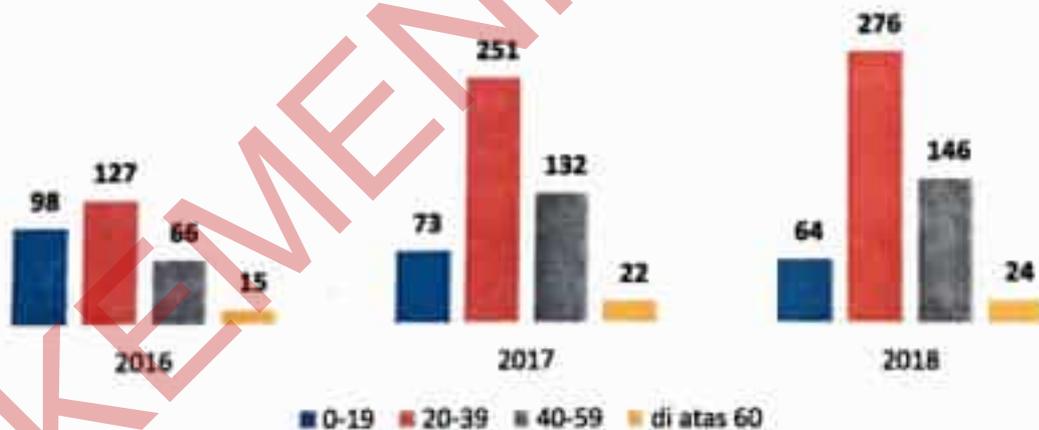
Mayoritas belanja skema JKN digunakan pada layanan rawat inap di FKRTL dengan proporsi sebesar 87,8 persen pada seluruh kelompok HIV/AIDS dan PMS tahun 2018. Seiring bertambahnya tahun, proporsi serapan dana untuk layanan rawat inap di FKRTL cenderung meningkat dengan penyakit HIV/AIDS dan infeksi oportunistik yang paling tinggi peningkatannya di antara kelompok penyakit lain mencapai 94 persen pada tahun 2018.

Dalam layanan program HIV/AIDS, JKN berperan dalam pengobatan infeksi oportunistik, tes diagnostik PMS, dan konsultasi terkait HIV/AIDS dan PMS [54]. Skema JKN telah membantu mempermudah akses layanan pasien HIV/AIDS sampai lebih dari 2 kali lipat kasus yang ditangani dari sebelum adanya JKN [55]. Namun, tingginya akses layanan HIV/AIDS ini perlu diiringi dengan penguatan program pencegahan untuk mencegah potensi peningkatan beban kasus HIV/AIDS.



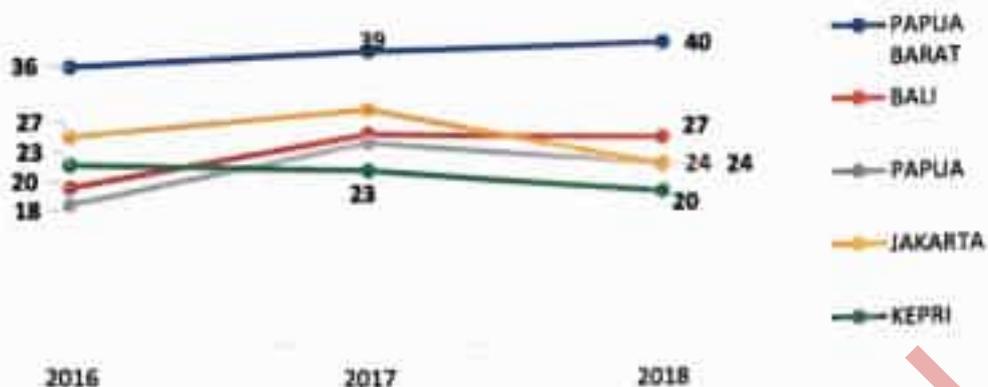
Gambar 46. Belanja Skema JKN pada Kelompok HIV/AIDS & PMS menurut Tingkat Layanan, 2016 – 2018 (Rp Miliar)

Berdasarkan kelompok umur, serapan dana JKN pada kelompok HIV/AIDS dan PMS cenderung memiliki pola yang sama setiap tahun, yaitu serapan dana tinggi pada kelompok usia 20-39 tahun dan terus mengalami peningkatan selama 2016-2018. Sebaliknya, pada kelompok umur 0-19 tahun cenderung menurun baik secara nominal maupun proporsi terhadap keseluruhan belanja HIV/AIDS dan PMS pada skema JKN. Pengeluaran JKN untuk penyakit HIV/AIDS & PMS pada kelompok lansia relatif rendah.



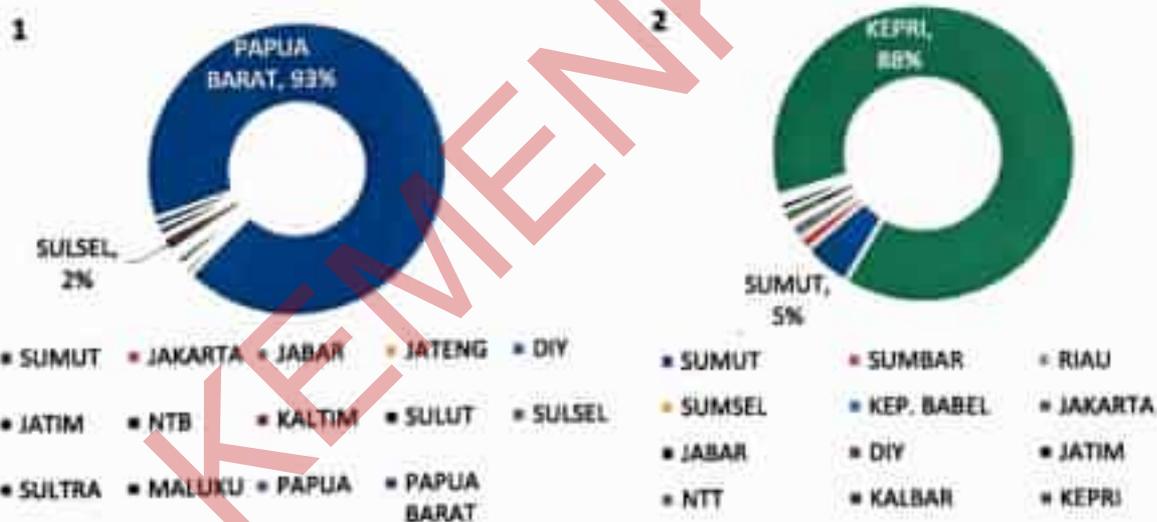
Gambar 47. Belanja Skema JKN pada Kelompok HIV/AIDS & PMS menurut Kelompok Umur, 2016 – 2018 (Rp Miliar)

Angka akses RITL JKN pada penyakit HIV/AIDS dan infeksi oportunistik tertinggi dalam tahun 2016 – 2018 menurut provinsi adalah Papua Barat, Bali, Papua, Jakarta, dan Kepulauan Riau (figure 48). Sebagian besar peserta JKN yang memperoleh layanan kesehatan tersebut mengakses di fasilitas kesehatan yang sama dengan provinsi terdaftar sebagai peserta JKN dan hanya sebagian kecil yang memperoleh layanan kesehatan di luar provinsi terdaftar.



Gambar 48. Angka Akses per 10.000 peserta pada Penyakit HIV/AIDS dan PMS pada layanan RITL, 2016 – 2018

Seperti terlihat pada grafik di bawah, proporsi kunjungan penyakit HIV/AIDS and STD oleh peserta JKN yang terdaftar di Provinsi Papua Barat dan Kep. Riau mayoritas melakukan kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan di provinsi yang sama, masing-masing sebesar 93 persen dan 88 persen. Sisanya melakukan kunjungan pelayanan kesehatan di provinsi lain yang tersebar ke banyak wilayah. Hal tersebut mungkin terjadi karena peserta yang bersangkutan sedang berada di luar wilayah terdaftar atau dirujuk ke provinsi yang memiliki rumah sakit dengan fasilitas lebih lengkap.



Gambar 49. Proporsi Kunjungan Penyakit HIV/AIDS dan PMS pada layanan RITL oleh Peserta JKN dari Provinsi Papua Barat (1) dan Kep. Riau (2) menurut Provinsi Layan, 2018

#### 4.1. Kesimpulan

Distribusi belanja menurut akun jenis penyakit yang disajikan dalam dokumen ini menyediakan informasi belanja kesehatan skema JKN berdasarkan jenis penyakit yang diklasifikasikan ke dalam standar akun Internasional berdasarkan pedoman WHO. Belanja PTM menjadi sorotan saat ini seiring dengan adanya pergeseran epidemiologi dan hasil analisis belanja JKN, dimana PTM secara konsisten mendominasi secara nominal, yaitu meningkat dari Rp39,2 triliun di tahun 2016 menjadi Rp52,0 triliun di tahun 2018. Walaupun demikian, tren belanja PTM secara proporsi menurun, yaitu dari 51,5 persen di tahun 2016 menjadi 50,8 persen terhadap total belanja pada skema JKN di tahun 2018. Sementara pada belanja penyakit lainnya di tahun 2018 menghabiskan sekitar Rp19,7 triliun untuk belanja penyakit lain-lain (termasuk kunjungan sehat) dengan kode Z098 (*follow-up examination after other treatment for other conditions*) kunjungan kontrol rawat jalan berkontribusi paling besar pada belanja penyakit lain-lain.

Tiga kelompok belanja terbesar pada PTM di tahun 2018 adalah kelompok penyakit kardiovaskular, *genito-urinary system*, dan neoplasma, dimana proporsi terhadap total belanja skema JKN secara berturut-turut yaitu sebesar 19,6 persen (Rp10,2 triliun), 17,8 persen (Rp9,3 triliun), dan 13,6 persen (Rp7,1 triliun). Belanja pada ketiga kelompok PTM tersebut mencapai separuh dari total belanja JKN pada kelompok PTM. Belanja pada kelompok kardiovaskular tersebut mayoritas di fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKRTL) dengan layanan rawat inap dan diserap oleh prosedur kardiovaskular perkutan, kecederaan pembuluh darah otak dengan infark dan kegagalan jantung.

Berbeda halnya dengan kardiovaskular, dimana 54,1 persen dari belanja pada kelompok *genito-urinary system* merupakan layanan rawat jalan tingkat lanjut dengan belanja terbesar adalah untuk prosedur hemodialisis akibat gagal ginjal, yaitu mencapai Rp4,4 triliun atau sekitar 88,6 persen dari total belanja pada kelompok penyakit *genito-urinary system* di tahun 2018. Distribusi belanja pada Neoplasma juga mengalami peningkatan setiap tahun dari Rp5,3 triliun di tahun 2016 menjadi Rp7,1 triliun di tahun 2018 yang sebagian besar adalah klaim rawat inap untuk kemoterapi, prosedur pada kulit jaringan bawah kulit dan payudara, dan prosedur payudara. Pengendalian faktor risiko menjadi penting dan pemerintah sudah menjadikan program pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular menjadi bagian dari program prioritas yang tertuang dalam RPJMN tahun 2020-2024, namun demikian belum ada program khusus bagi pengendalian kasus gagal ginjal yang mulai menyerang usia anak dan remaja.

Selanjutnya, belanja kesehatan reproduksi pada tahun 2018 adalah sebesar Rp12,7 triliun dan mengalami peningkatan setiap tahunnya dengan pertumbuhan sebesar 6,3 persen tahun 2018 dibandingkan dengan tahun 2017. Belanja JKN pada maternal memiliki proporsi belanja yang tinggi setiap tahunnya pada kelompok penyakit terkait Kesehatan Reproduksi dan sebagian besar dibelanjakan di FKRTL, yaitu sebesar Rp 7,8 triliun di tahun 2018. Terdapat 77,5 persen dari belanja maternal di FKRTL tersebut yang digunakan untuk pembiayaan persalinan atau sebesar Rp 6,1 triliun. Persalinan *sectio coesareo* (SC) terus mengalami peningkatan yang disebabkan adanya perubahan tarif operasi pembedahan Caesar dan kemungkinan juga factor non medis lainnya. Sebaliknya, dari jumlah kunjungan menunjukkan bahwa persalinan pervaginam

(FKTP dan FKRTL) memiliki kunjungan yang lebih banyak dibandingkan persalinan *sectio caesarea*. Proporsi kunjungan persalinan pervaginam di FKTP tahun 2018 sebesar 33 persen dari total kunjungan persalinan pada skema JKN. Baik pada persalinan pervaginam dan *sectio caesarea*, kunjungan tertinggi berada pada *severity level* ringan di tiap tahunnya. Dalam hal tindakan terkait persalinan, faskes milik swasta memiliki peran yang besar, terutama pada persalinan *sectio caesarea* yang menyerap dana Rp 3,1 triliun (85,5 persen terhadap total persalinan *sectio caesarea* di FKRTL milik swasta) tahun 2018. Berbeda halnya dengan gambaran peran faskes pada belanja untuk tindakan ANC di FKTP dimana peran faskes milik pemerintah lebih besar dibandingkan swasta.

Tren belanja skema JKN pada kelompok neonatal cenderung fluktuatif dengan peningkatan dua kali lipat pada tahun 2017 (Rp 3,3 triliun) dibanding tahun 2016 (Rp 1,5 triliun), kemudian mengalami penurunan pada tahun 2018. Peningkatan secara signifikan pada total klaim yang terjadi pada tahun 2017 disebabkan adanya perubahan tarif Ina-CBGs. Mayoritas belanja pada kelompok neonatal adalah perinatal & kongenital pada usia 0-28 hari dan hampir seluruh belanja tersebut dilayani di FKRTL dengan mayoritas layanannya merupakan rawat inap. Sebagian besar belanja pada layanan RTL tersebut adalah untuk layanan neonatal tanpa prosedur mayor, baik pada bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) maupun berat bayi lahir normal dengan dominasi pada *severity level* ringan.

Analisis belanja skema JKN pada kelompok penyakit menular menunjukkan bahwa selama tahun 2016 – 2018 sebagian besar dana digunakan pada penyakit infeksi saluran pernapasan yaitu secara berturut-turut sebesar 39,9 persen (Rp4,2 triliun), 44,4 persen (Rp4,4 triliun), dan 42,8 persen (Rp4,4 triliun) terhadap total belanja pada kelompok penyakit menular. Penyakit menular lainnya yang menyerap dana yang cukup besar adalah diare, TB, HIV/AIDS dan penyakit menular seksual, serta penyakit tropis terabaikan (seperti DBD, kusta, dsb.). Penyakit TB dan HIV/AIDS merupakan penyakit yang masih menjadi prioritas dalam Rencana Pembangunan Menengah Nasional (RPJMN) 2020 – 2024 sehingga memerlukan perhatian dan analisis lebih lanjut.

## 4.2. Rekomendasi

Analisis belanja menurut akun jenis penyakit sangat strategis sebagai input dalam proses penetapan prioritas kebijakan kesehatan dalam rangka perbaikan derajat kesehatan kedepan. Berdasarkan hasil analisis akun jenis penyakit pada belanja skema JKN dalam dokumen ini, diusulkan beberapa rekomendasi sebagai berikut.

1. PTM merupakan penyebab kematian tertinggi secara global maupun di Indonesia dan telah mendominasi belanja Kesehatan skema JKN. Perlu menjadi perhatian kembali oleh Pemerintah untuk memperbaiki prioritas belanja kesehatan dengan meningkatkan pendanaan untuk upaya preventif dan promotif sehingga beban belanja Kesehatan di masa yang akan datang dapat dikendalikan. Perlu penguatan dan investasi yang lebih terkait pencegahan dan pengendalian PTM deteksi dini yang perlu ditingkatkan agar bisa dikendalikan sebelum terjadi komplikasi lebih lanjut. Dengan melakukan intervensi dan deteksi dini secara masif, diharapkan dapat mengurangi angka keparahan dan bahkan menghindari kematian dini akibat PTM tersebut.

2. Dibutuhkan penguatan sistem layanan kesehatan untuk mendorong kebijakan yang dapat menunjang alokasi pendanaan yang proporsional sesuai dengan sumber daya yang terbatas. Selain itu, dibutuhkan peninjauan kembali fungsi FKTP, terutama Puskesmas. Keterbatasan infrastruktur dan sumber daya manusia di puskesmas menyebabkan sebagian energi terserap untuk penyediaan layanan UKP, sementara peran penting dalam penyediaan layanan UKM untuk menjaga kesehatan di wilayah seringkali terbengkalai. Kajian kebijakan tentang peran dan tanggung jawab puskesmas, serta penguatan FKTP lain termasuk klinik swasta perlu menjadi bahan pertimbangan prioritas.
3. Besarnya belanja pada tindakan persalinan dengan metode SC yang sebagian besar dilakukan di RS swasta juga perlu menjadi perhatian. Hal lainnya yang menyebabkan belanja persalinan SC tinggi adalah adanya perubahan tarif Ina-CBGs, sementara tarif persalinan pervaginam (terutama di FKTP) tidak mengalami kenaikan yang cukup signifikan. Penyesuaian tarif persalinan di FKTP serta review terhadap tarif persalinan di RS juga sangat penting. Diperlukan analisis lebih lanjut untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi tindakan persalinan SC di RS Swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan keterkaitannya dengan penurunan AKI.
4. Penyakit menular masih menjadi tantangan bagi Indonesia dimana pengendalian penyakit menular menjadi salah satu proyek prioritas yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2015 – 2019 maupun RPJMN 2020 – 2024. Diantara penyakit menular yang masih menjadi prioritas penanggulangan pada RPJMN tahun 2020 – 2024 adalah penyakit tuberkulosis (TB) dan HIV/AIDS yang juga menyerap dana cukup besar. Penguatan intervensi layanan promotif dan preventif juga diperlukan dalam rangka mengendalikan kejadian akibat penyakit menular.
5. Dalam pengembangan metode klasifikasi menurut akun jenis penyakit, diperlukan peninjauan kembali oleh *World Health Organization* (WHO) terutama pada klasifikasi terkait penyakit cedera dan definisi operasional yang lebih jelas pada tiap klasifikasi jenis penyakit.
6. Perlu diskusi dan analisis lebih lanjut bersama dengan Kemenkes dan BPJS Kesehatan mengenai belanja pada diagnosis primer Z098 (terkait kontrol rawat jalan) yang mengakibatkan belanja pada akun jenis penyakit lain-lain menjadi tinggi.

## REFERENSI

- [1] Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Kemenkes RI, "National Health Accounts Indonesia 2019 [unpublished]," 2021.
- [2] WHO, "The World Report. Health System Financing: The Path to Universal Coverage," WHO, Geneva, 2010.
- [3] Dewan Jaminan Sosial Nasional, Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019, Jakarta: DISN, 2012.
- [4] OECD; WHO; Eurostat, *A System of Health Accounts*, Paris: OECD Publishing, 2011.
- [5] K. Xu, A. Soucat, J. Kutzin, C. Brindley and et al, *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*, Geneva: WHO, 2018.
- [6] E. Squires, H. Duber, M. Campbell, J. Cao and A. Chaplin, "Health Care Spending on Diabetes in the U.S., 1996–2013," *Diabetes Care*, vol. 4, no. 7, p. 1423–31, 2018.
- [7] J. Dieleman, R. Baral, E. Johnson, A. Bulchis, M. Birger, A. Bui and et al, "Adjusting health spending for the presence of comorbidities: an application to United States national inpatient data," *Health Econ Rev.*, vol. 7, no. 1, p. 30, 2017.
- [8] Institute for Health Metrics and Evaluation, "GBD Compare: Indonesia," [Online]. Available: <http://www.healthdata.org/indonesia>. [Accessed 18 June 2020].
- [9] Kementerian Kesehatan RI, "HKN ke-54, Masyarakat Diminta Waspada Segala Jenis Penyakit," [Online]. Available: <https://www.kemkes.go.id/article/view/18111200003/hkn-ke-54-masyarakat-diminta-waspada-segala-jenis-penyakit.html>. [Accessed 18 June 2020].
- [10] National Research Council, *Accounting for Health and Health Care: Approaches to Measuring the Sources and Costs of Their Improvement. Panel to Advance a Research Program on the Design of National Health Accounts*, Committee on National Statistics, National Research Council, 2010.
- [11] WHO, "Injuries," WHO, [Online]. Available: <https://www.who.int/topics/injuries/about/en/>. [Accessed 18 March 2021].
- [12] Kementerian Kesehatan, "Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018," Kemenkes RI, Jakarta, 2019.
- [13] WHO, "Congenital Anomalies," WHO, 1 December 2020. [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>. [Accessed 18 March 2021].
- [14] WHO, "Crosswalk ICD10 — WHO SHA2011," 18 October 2018. [Online]. Available: <https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/56521821/en>. [Accessed 18 March 2021].
- [15] BPJS Kesehatan, "Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional," 5 September 2017. [Online]. Available: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/fcebe63bf3a1da3ea48516016769e14e.pdf>. [Accessed 18 March 2021].
- [16] Kementerian Kesehatan, "Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan JKN," 18 Oktober 2016. [Online]. Available: [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk\\_hukum/PMK\\_No\\_52\\_Tahun\\_2016\\_Tentang\\_Standar\\_Tarif\\_Pelayanan\\_Kesehatan\\_Dalam\\_Penyelenggaraan\\_JKN\\_.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_52_Tahun_2016_Tentang_Standar_Tarif_Pelayanan_Kesehatan_Dalam_Penyelenggaraan_JKN_.pdf). [Accessed 18 Maret 2021].
- [17] J. 2. BPJS Kesehatan" BPJS Kesehatan, "Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Penyelenggaraan Kesehatan Nasional 2018," BPJS Kesehatan, Jakarta, 2019.
- [18] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), "Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results," Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Seattle, United States, 2020.
- [19] World Health Organization, "Noncommunicable diseases in the South-East Asia," Available: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/noncommunicable-diseases>, 19 June 2020.
- [20] World Health Organization, "Noncommunicable diseases," Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, 17 June 2020.

- [21] Kementerian Perencanaan dan Pembangunan Nasional, "The Consolidated Report on Indonesia Health Sector Review 2018: National Health System Strengthening," Kementerian Perencanaan dan Pembangunan Nasional, Jakarta, 2018.
- [22] L. V. L. N. d. S. H. S. Khanal, "Use of Healthcare Services by Patients with Non-Communicable Diseases in Nepal: A Qualitative Study with Healthcare Providers," *J Clin Diagn Res*, vol. 11, no. 6, vol. 11, no. 6, p. LC01-5, 2017.
- [23] World Health Organization, "Management of Noncommunicable Diseases in Primary Health Care." Available: <http://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/publications/questions-and-answers-on-management-of-noncommunicable-diseases-in-primary-health-care.html>, 19 June 2020.
- [24] BPJS Kesehatan, Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Jakarta: BPJS Kesehatan, 2019.
- [25] K. Schneider and E. Cameron, "Benefits of Evidence-Based Health Promotion/Disease Prevention Programs for Older Adults and Community Agencies," *Innovation in Aging*, vol. 2, no. 1, p. 846, 2018.
- [26] N. F. Maeloek, "Indonesia National Health Policy in the Transition of Disease Burden and Health Insurance," *Medical Journal of Indonesia*, vol. 26, no. 1, 2017.
- [27] C. f. D. C. a. P. (CDC), "CDC global noncommunicable diseases (NCDs) [online]." Atlanta, Georgia: CDC, 2019. [Online]. Available: <https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/ncd/index.html>. [Accessed 5 Agustus 2019].
- [28] Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Kemenkes RI, "National Health Accounts Indonesia 2019 [unpublished]," 2021.
- [29] W. H. O. (WHO), "Noncommunicable diseases [online]." Geneva: WHO, 2018. [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. [Accessed 5 Agustus 2019].
- [30] W. H. O. (WHO), "NCD mortality and morbidity [online]." Geneva: WHO, 2019. [Online]. Available: [https://www.who.int/gho/ncd/mortality\\_morbidity/en/](https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/). [Accessed 8 Agustus 2019].
- [31] Dewan Jaminan Sosial Nasional, Statistik JKN 2014 - 2018 Membuka Fakta dengan Data, Jakarta, 2020.
- [32] WHO, "Cancer," [Online]. Available: <https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>. [Accessed 22 June 2002].
- [33] R. Sankaranarayanan, K. Ramadas and S. Thara, "Clinical breast examination: preliminary results from a randomized controlled trial in India," *J Natl Cancer Ins*, vol. 103, pp. 1476-80, 2011.
- [34] WHO, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection, Geneva: WHO, 2007.
- [35] W. H. Organization, "Maternal Health," [Online]. Available: [https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1). [Accessed 18 March 2021].
- [36] B. P. d. P. K. Kementerian Kesehatan, "Laporan Nasional Riskesdas 2018," Balitbangkes, Jakarta, 2019.
- [37] Lembaga Pelayanan dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat (LPPKM) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, "Analisis Pola Utilisasi dan Biaya Persalinan dengan Seksio Sesarea dalam Skema Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia," LPPKM FK M UI, Depok, 2021.
- [38] Kementerian Kesehatan, "Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan," 22 Agustus 2014. [Online]. Available: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/773068a1f62f754f7bb77d06f18338f3.pdf>. [Accessed 17 Maret 2021].
- [39] W. H. O. (Human Resource Program (HRP)), "WHO Statement on Caesarean Section Rates," April 2015. [Online]. Available: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf;jsessionid=05B6179E0B682AAED7DE2EC7E33F43EA?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=05B6179E0B682AAED7DE2EC7E33F43EA?sequence=1). [Accessed 18 March 2021].
- [40] B. P. d. P. K. Kementerian Kesehatan, "Laporan Nasional Riskesdas 2013," Balitbangkes, Jakarta, 2014.
- [41] WHO, "WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections," WHO, Geneva, 2018.
- [42] Suparmi, I. B. Malsya and H. Lestari, "Jaminan Kesehatan sebagai Solusi Mengatasi Hambatan Akses dan Biaya dalam Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Ibu di Indonesia," Balitbangkes, USAID, HP+, Jakarta, 2019.

- [43] N. Sihombing, I. Saptarini and D. S. K. Putri, "Determinan Persalinan Sectio Caesarea di Indonesia (Analisis Lanjut Data Riskesdas 2013)," *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, vol. 8, no. 1, pp. 63-75, 2017.
- [44] A. R. Sulistianingsih and K. Bantas, "Peluang menggunakan Metode Sesar pada Persalinan di Indonesia (Analisis Data SOKI Tahun 2017)," *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, vol. 9, no. 2, pp. 125-133, 2018.
- [45] F. Fajrini, "Analisis Hubungan antara Pengetahuan, Psikologi dan Pengalaman bersalin Ibu dengan Pemilihan n Proses Persalinan Normal atau Caesarea Pada Pasien Melahirkan di RSIA Hermina Ciputat," *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, vol. 12, no. 2, pp. 121-128, 2016.
- [46] D. Ayuningtyas, R. Oktarina, Misnaniarti and N. N. D. Sutrisnawati, "Etika Kesehatan pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea Tanpa Indikasi Medis," *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, vol. 14, no. 1, 2018.
- [47] L. Tepiltskaya and A. Dutta, "Apakah Skema Jaminan Kesehatan Nasional Indonesia Meningkatkan Akses ke Layanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir?," July 2018. [Online]. Available: [http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/8226-10432\\_indonesiaIKNAccessToMNHservicesBahasa.pdf](http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/8226-10432_indonesiaIKNAccessToMNHservicesBahasa.pdf). [Accessed March 2021].
- [48] WHO, USAID and Maternal and Child Survival Program, "WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience," 2018. [Online]. Available: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02-eng.pdf?sequence=1>. [Accessed March 2021].
- [49] Kementerian Kesehatan, "Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 97 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual," 30 December 2014. [Online]. Available: <https://kesga.kemkes.go.id/assets/file/pedoman/PMK%20No.%2097%20Ttg.%20Pelayanan%20Kesehatan%20Kehamilan.pdf>. [Accessed 24 March 2021].
- [50] "Peraturan Presiden Republik Indonesia No 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019".
- [51] "Peraturan Presiden Republik Indonesia No 18 tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2020-2024".
- [52] National AIDS Commission dan Kementerian Kesehatan, "Laporan National AIDS Spending Assessment 2011-2012".
- [53] Sustainable HIV Financing in Transition Programme, "National Situational Assessment on HIV Financing in Indonesia, Malaysia, Thailand, and the Philippines," 2017.
- [54] M. Nadjib, P. K. Sucahya, M. Korib, R. Oktarina, Pujiyanto, A. Megraini, H. Hartari and P. Harimurti, "Policy options to integrate HIV services into Social Health Insurance (JKN)," *Health Science Journal of Indonesia*, vol. 10, no. 1, pp. 67-76, 2019.
- [55] M. Nadjib, P. K. Sucahya, M. Korib, P. Harimurti, Pujiyanto, R. Oktarina and A. Megraini, "Integration of HIV Aids Program Intervention into Universal Health Coverage (UHC) : Lesson Learned from Indonesia," *Value in Health*, vol. 19, no. 7, p. A914, 2016.
- [56] H. Toure, "Diseases in the WHO-SHA 2011 platform : classification and boundaries.," World Health Organization (WHO), Geneva, 2015.
- [57] Tim National Health Accounts Indonesia, "National Health Accounts Indonesia 2018," 2020.
- [58] WHO, "Noncommunicable diseases in the South-East Asia," [Online]. Available: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/noncommunicable-diseases>. [Accessed 19 June 2020].
- [59] WHO, "Noncommunicable diseases," [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. [Accessed 17 June 2020].
- [60] S. A. Kristina, D. Endarti, C. Wiedyaning, A. Fahamsya and N. Falzah, "Health Care Cost of Noncommunicable Diseases Related to Smoking in Indonesia, 2015," *Asia Pac J Public Health*, vol. 30, no. 1, pp. 29-35, 2018.
- [61] WHO, "Tuberculosis profile: Indonesia," [Online]. Available: [https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb\\_profiles/?\\_inputs\\_&lan=%22EN%22&iso2=%22ID%22&main\\_tabs=%22test\\_tab%22](https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&lan=%22EN%22&iso2=%22ID%22&main_tabs=%22test_tab%22). [Accessed 19 June 2020].

- [62] S. Khanal, L. Veerman, L. Nissen and S. Hollingworth, "Use of Healthcare Services by Patients with Non-Communicable Diseases in Nepal: A Qualitative Study with Healthcare Providers," *J Clin Diagn Res*, vol. 11, no. 6, p. LC01-5, 2017.
- [63] WHO, "Management of noncommunicable diseases in primary health care," [Online]. Available: <http://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/publications/questions-and-answers-on-management-of-noncommunicable-diseases-in-primary-health-care.html>. [Accessed 19 June 2020].
- [64] H. Van Minh, J. Oh, K. B. Giang, N. Bao Ngoc, N. M. Minh Hoang and G. H. Tran Thi, "Health Service Utilization Among People with Noncommunicable Diseases in Rural Vietnam.," *J Public Health Manag Proct*, vol. 24, pp. S60-6, 2018.
- [65] BPJS Kesehatan, "Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Penyelenggaraan Kesehatan Nasional 2018," BPJS Kesehatan, Jakarta, 2018.
- [66] K. Cameron and E. Schneider, "Benefits of Evidence-Based Health Promotion/Disease Prevention Programs for Older Adults and Community Agencies," *Innovation in Aging*, vol. 2, no. Suppl 1, p. B46, 2018.
- [67] T. Freeman, F. Baum and A. Lawless, "Case study of an aboriginal community-controlled health service in Australia: universal, rights-based, publicly funded comprehensive primary health care in action.," *Health Hum Rights*, vol. 18, no. 2, p. 93-108, 2016.
- [68] F. Baum, T. Freeman, A. Lawless, R. Labonte and D. Sanders, "What is the difference between comprehensive and selective primary health care? Evidence from a five-year longitudinal realist case study in South Australia," *BMI Open*, vol. 7, p. e015271, 2017.
- [69] M. Costello, J. Taylor and L. O'Hara, "Impact evaluation of a health promotion-focused organizational development strategy on a health service's capacity to deliver comprehensive primary health care," *Aust J Prim Health*, vol. 21, no. 4, p. 444-9, 2015.
- [70] R. Mayberry, D. Nicewander, H. Qin and D. Ballard, "Improving quality and reducing inequities: a challenge in achieving best care.," *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, vol. 19, no. 2, p. 103-18, 2006.
- [71] WHO, "WHO Statement on Caesarean Section Rates," WHO, Geneva, 2015.
- [72] Pemerintah Indonesia, "Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016," Jakarta, 2016.

## LAMPIRAN

Lampiran 1. Daftar Klasifikasi Penyakit menurut *International Classification of Diseases (ICD)-10*

ICD Chapter	Blocks	Description
I	A00-B99	Certain infectious and parasitic diseases
II	C00-C49	Neoplasms
III	D50-D89	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism
IV	E00-E90	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
V	F00-F99	Mental and behavioural disorders
VI	G00-G99	Diseases of the nervous system
VII	H00-H59	Diseases of the eye and adnexa
VIII	H60-H95	Diseases of the ear and mastoid process
IX	I00-I99	Diseases of the circulatory system
X	J00-J99	Diseases of the respiratory system
XI	K00-K93	Diseases of the digestive system
XII	L00-L99	Diseases of the skin and subcutaneous tissue
XIII	M00-M99	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
XIV	N00-N99	Diseases of the genitourinary system
XV	O00-O99	Pregnancy, childbirth and the puerperium
XVI	P00-P96	Certain conditions originating in the perinatal period
XVII	Q00-Q99	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
XVIII	R00-R99	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
XIX	S00-T98	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
XX	V01-V98	External causes of morbidity and mortality
XXI	Z00-Z99	Factors influencing health status and contact with health services
XXII	U00-U99	Codes for special purposes

Source: WHO (2004).

Lampiran 2. Daftar Kode dan Deskripsi Disease Accounts berdasarkan WHO dan NHA Adjusted

ICD - Classification of diseases / conditions			
Code	Name	Code	Name
D01	Infectious and parasitic diseases	D02	Reproductive health - ETC
D01.1	HIV/AIDS and Other Sexually Transmitted Diseases (STDs)	D02.3	Contraceptive management (family planning)
D01.1.1	HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections (STIs)	D02.nc	Unspecified reproductive health conditions (n.c.)
D01.1.1.1	HIV/AIDS	D03	Nutritional deficiencies
D01.1.1.2	TB/syfy	D04	Noncommunicable diseases
D01.1.1.3	Other STDs due to AIDS	D04.1	Neoplasms
D01.1.1.nc	Unspecified HIV/AIDS and STIs (n.c.)	D04.2	Endocrine and metabolic disorders
D01.1.2	STDs Other than HIV/AIDS	D04.2.1	Diabetes
D01.1.nc	Unspecified HIV/AIDS and Other STDs (n.c.)	D04.2.nc	Other and unspecified endocrine and metabolic disorders (n.c.)
D01.2	Tuberculosis (TB)	D04.3	Cardiovascular diseases
D01.2.1	Pulmonary TB	D04.3.1	Hypertensive diseases
D01.2.1.1	Drug sensitive Tuberculosis (DS-TB)	D04.3.nc	Other and unspecified cardiovascular diseases (n.c.)
D01.2.1.2	Multidrug-resistant Tuberculosis (MDR-TB)	D04.4	Mental & behavioral disorders, and neurological conditions
D01.2.1.3	Extensively drug-resistant Tuberculosis (XDR-TB)	D04.4.1	Mental (psychiatric) disorders
D01.2.1.nc	Unspecified Pulmonary Tuberculosis (n.c.)	D04.4.2	Behavioral disorders
D01.2.2	Extra pulmonary TB	D04.4.3	Neurological conditions
D01.2.nc	Unspecified tuberculosis (n.c.)	D04.4.nc	Unspecified mental & behavioral disorders and neurological conditions (n.c.)
D01.3	Malaria	D04.5	Respiratory diseases
D01.4	Respiratory infections	D04.6	Diseases of the digestive
D01.5	Diarrheal diseases	D04.7	Diseases of the genito-urinary system
D01.6	Neglected tropical diseases	D04.8	Smear organ disorders
D01.7	Vaccine preventable diseases	D04.9	Oral diseases
D01.nc	Other and unspecified infectious and parasitic diseases (n.c.)	D04.nc	Other and unspecified noncommunicable diseases (n.c.)
D02	Reproductive health	D05	Injuries
D02.1	Maternal conditions	D05.1	Non-injury specific
D02.2	Fetal conditions	D05.nc	Other and unspecified diseases/conditions (n.c.)

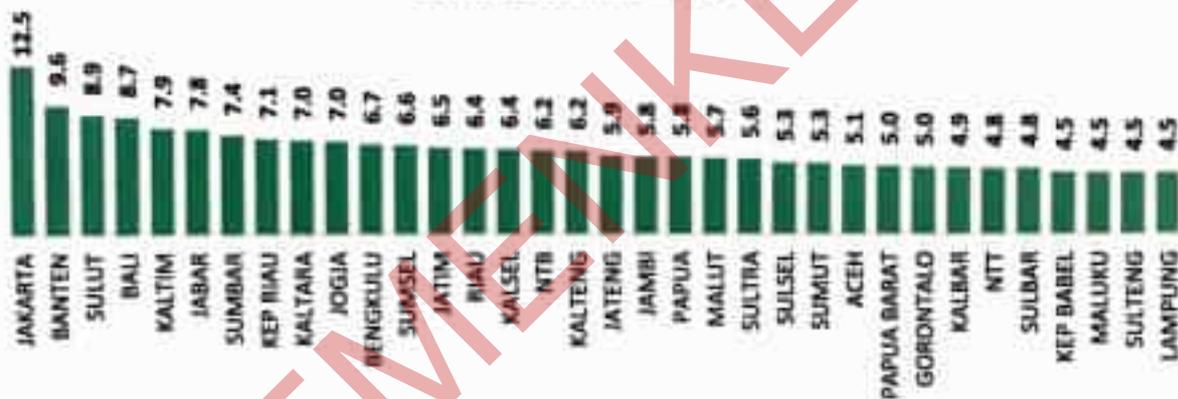
\*sumber: Diseases in the WHO-SHA 2011 platform : classification and boundaries [56].

Klasifikasi Disease Accounts Adjusted			
Kode	Deskripsi	Kode	Deskripsi
D01	Penyakit Menular & Parasitik	D04	Penyakit Tidak Menular/PTM
D01.1	HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual	D04.1	Neoplasma
D01.1.1	HIV/AIDS dan Infeksi Opportunistik	D04.2	Endokrin dan Metabolisme
D01.1.2	Penyakit Menular Seksual (Tular HIV/AIDS)	D04.2.1	Diabetes
D01.1.nc	Tidak spesifik HIV/AIDS dan PMS Lainnya	D04.2.nc	Endokrin dan Metabolisme Lainnya
D01.2	Tuberkulosis (TB)	D04.3	Kardiovaskular
D01.3	Malaria	D04.3.1	Hipertensi
D01.4	Infeksi Saluran Pernapasan	D04.3.nc	Kardiovaskular lainnya
D01.5	Diare	D04.4	Gangguan Mental, Perilaku, dan Neurologi
D01.6	Penyakit Tropis Terabaikan	D04.4.1	Gangguan Mental
D01.7	Heuristik	D04.4.2	Gangguan Perilaku
D01.8	Parasitik	D04.4.3	Neurologi
D01.nc	PTM Lainnya	D04.4.nc	Gangguan Mental, Perilaku, dan Neurologi Lainnya
D02	Kesehatan Reproduksi	D04.5	Respiratory
D02.1	Kondisi Maternal	D04.6	Digestive
D02.2	Kesehatan Anak	D04.7	Genito-urinary system
D02.2.1	Neonatal	D04.8	Smear organ
D02.2.2	Kesehatan Anak di Luar Neonatal	D04.9	Oral
D02.3	Keluarga Berencana / KB	D04.nc	PTM Lainnya
D02.4	Kongenital	D05	Cedera
D02.nc	Kaspro lainnya	D05.1	Receklakan Laki Lintak
D03	Bekurangan Nutrisi	D05.nc	Cedera Lainnya
		D06	Tidak Spesifik
		D09	Lain-lain (termasuk promosi preventif)

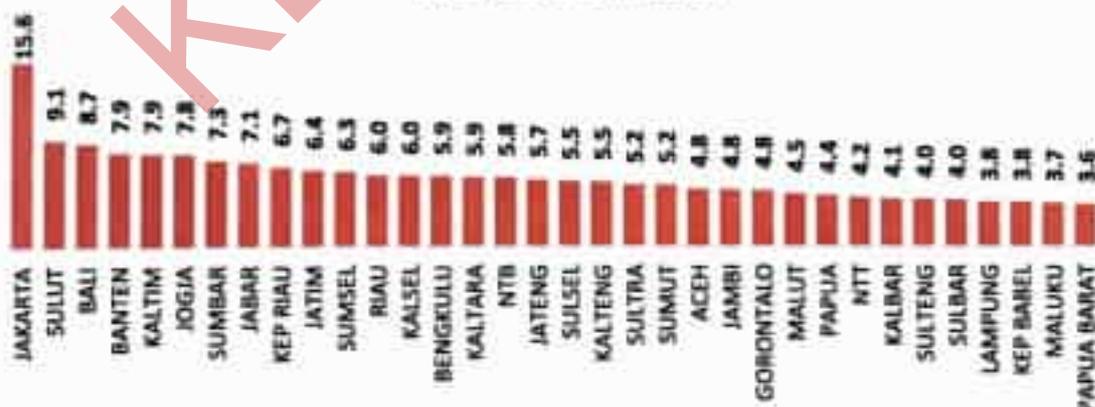
Lampiran 3. Sepuluh Klaim RITL Terbesar pada Penyakit Kardiovaskular menurut Ina-CBGs pada Skema JKN, 2018

Kode Ina-CBGs	Deskripsi Ina-CBGs	Total belanja (Rp triliun)	proporsi thd total kardio RITL
I-1-40	Prosedur Kardiovaskular Perkutan	1.6	18.6%
G-4-14	Kecelakaan Pembuluh Darah Otak dengan Infark	1.1	12.9%
I-4-12	Kegagalan Jantung	1.0	12.1%
J-1-20	Prosedur Sistem Pernafasan Non Kompleks	0.5	6.1%
I-4-10	Infark Myokard Akut	0.5	6.1%
G-4-15	Kecelakaan Pembuluh Darah Otak Non Spesifik & Penyumbatan Pre-cerebral Tanpa Infark	0.4	4.1%
I-4-20	Angina Pektoris dan Nyeri Dada	0.3	3.9%
I-4-17	Hipertensi	0.3	3.8%
J-1-02	Ventilasi Mekanikal Long Term Tanpa Trakeostomi	0.3	3.2%
I-1-15	Kateterisasi Jantung	0.3	3.0%
<b>TOTAL 10 Klaim RITL terbesar pada Kardiovaskular</b>		<b>6.3</b>	<b>73.8%</b>

Lampiran 4. Belanja Skema JKN per Kunjungan RITL pada Penyakit Kardiovaskular menurut Provinsi Terdaftar, 2018 (dalam Rp juta)



Lampiran 5. Belanja Skema JKN per Kunjungan RITL pada Penyakit Kardiovaskular menurut Provinsi Layan, 2018 (dalam Rp juta)



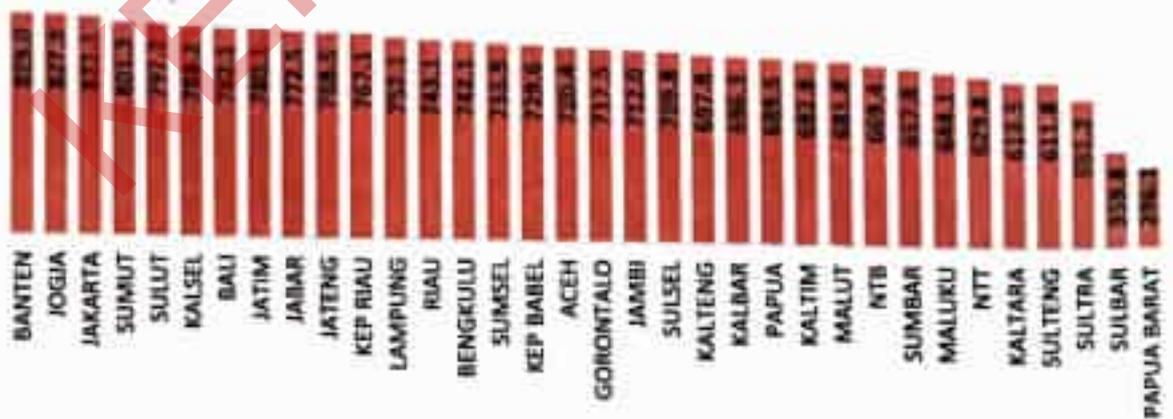
Lampiran 6. Lima Klaim RJTL Terbesar pada Penyakit Genito-Urinary System menurut Ina-CBGs pada Skema JKN, 2018

Kode Ina-CBGs	Deskripsi Ina-CBGs	Total belanja (Rp milyar)	proporsi terhadap total Genito-urinary RJTL
N-3-15	Prosedur Dialisis	4,448.7	88.6%
Z-3-23	Prosedur Ultrasound Lain-lain	163.4	3.3%
N-2-21	Extracorporeal Shockwave Lithotripsy (ESWL) pada Saluran Kemih	98.0	2.0%
Q-5-44	Penyakit Kronis Kecil Lain-lain	75.7	1.5%
Q-5-32	Saluran Kemih Akut	47.0	0.9%
<b>TOTAL 5 Klaim RJTL terbesar pada Penyakit Genito-Urinary System</b>		<b>4,971</b>	<b>99.0%</b>

Lampiran 7. Belanja Skema JKN per Kunjungan RJTL pada Penyakit Genito-urinary menurut Provinsi Terdaftar, 2018 (dalam Rp ribu)



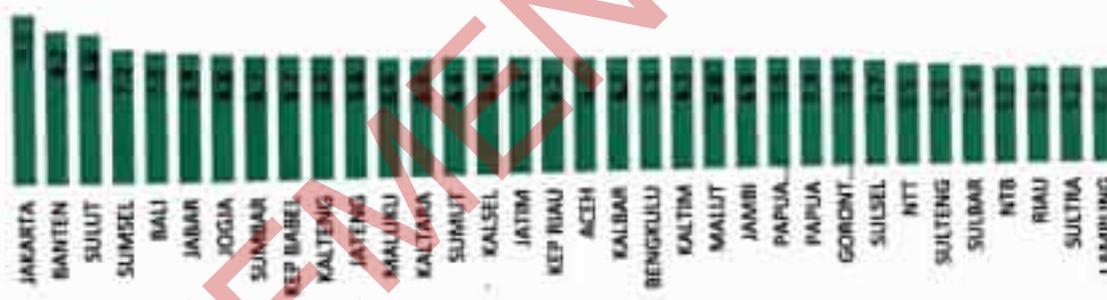
Lampiran 8. Belanja Skema JKN per Kunjungan RJTL pada Penyakit Genito-urinary menurut Provinsi Layan, 2018 (dalam Rp ribu)



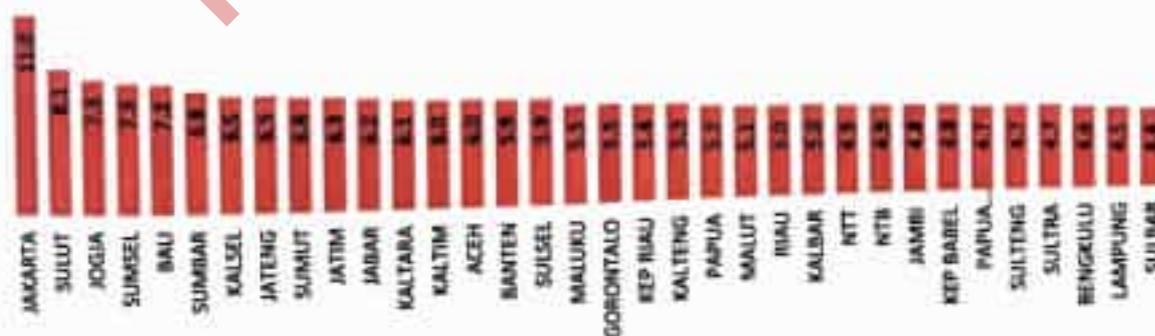
Lampiran 9. Sepuluh Klaim RITL Terbesar pada Penyakit Neoplasma menurut INA-CBGs pada Skema JKN, 2018

Kode Ina-CBGs	Deskripsi Ina-CBGs	Total Belanja (Rp triliun)	Proporsi thd Total Neoplasma RITL
C-4-13	Kemoterapi	0,79	14,7%
L-1-40	Prosedur pada Kulit Jaringan Bawah Kulit dan Payudara	0,74	13,8%
L-1-50	Prosedur Pada Payudara	0,62	11,6%
W-1-20	Prosedur Pada Rahim & Adneksa	0,33	6,1%
M-1-50	Prosedur Ja Lunak	0,25	4,7%
K-1-20	Prosedur Intestinal Kompleks	0,20	3,8%
G-1-10	Kranjotomi	0,19	3,5%
J-4-14	Tumor Paru	0,15	2,7%
C-4-10	Leukemia Akut	0,13	2,4%
C-4-12	Radioterapi	0,11	2,0%
<b>TOTAL 10 Klaim RITL Terbesar pada Neoplasma</b>		<b>3,50</b>	<b>65,2%</b>

Lampiran 10. Serapan Dana JKN per Kunjungan RITL pada Neoplasma menurut Provinsi Teredaftar, 2018 (dalam Rp juta)



Lampiran 11. Serapan Dana JKN per Kunjungan RITL pada Neoplasma menurut Provinsi Layar, 2018 (dalam Rp juta)



## TIM NATIONAL HEALTH ACCOUNTS INDONESIA

Susunan tim *National Health Accounts* Indonesia berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/403/2020 tentang Tim *National Health Accounts*.

### I. Pengarah

- A. Penanggung Jawab
- B. Anggota

- Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI
- 1. Sekretaris Utama, Badan Pusat Statistik RI
- 2. Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
- 3. Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat
- 4. Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alkes
- 5. Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
- 6. Kepala Badan PPSDM Kesehatan
- 7. Kepala Badan Litbang Kesehatan
- 8. Inspektur Jenderal
- 9. Staf Ahli Bidang Ekonomi Kesehatan
- 10. Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
- 11. Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran
- 12. Kepala Biro Keuangan dan Barang Milik Negara

### II. Sub Tim Reviewer

- 1. Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, Ph.D
- 2. Prof. dr. Ascobat Gani, MPH, Dr.PH
- 3. Prastuti Soewondo, SE, MPH, Ph.D
- 4. Dr. drg. Mardiaty Nadjib, MS
- 5. Kurnia Sari, SKM, MSE
- 6. Amila Megraini, SE, MBA
- 7. Dr. Atik Nurwahyuni, SKM, M.Kes

### III. Sub Tim Teknis

- A. Ketua
- B. Sekretaris
- C. Anggota

- : Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
- : Kepala Bidang Pembiayaan Kesehatan PPJK
- 1. Direktur Sistem Informasi dan Teknologi Perbendaharaan (SITP), Direktorat Jenderal Perbendaharaan, Kementerian Keuangan
- 2. Direktorat Akuntansi dan Pelaporan Keuangan, Direktorat Jenderal Perbendaharaan, Kementerian Keuangan
- 3. Direktur Evaluasi Pengelolaan dan Informasi Keuangan Daerah (EPIKD), Ditjen Perimbangan Keuangan, Kementerian Keuangan
- 4. Direktur Pelaksanaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah, Kementerian Dalam Negeri
- 5. Direktur Statistik dan Informasi IKNB, Otoritas Jasa Keuangan
- 6. PPID BPJS Kesehatan
- 7. PPID BPJS Ketenagakerjaan
- 8. Kepala Bagian Program dan Informasi, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

9. Kepala Bagian Program dan Informasi Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat
10. Kepala Bagian Program dan Informasi, Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alkes
11. Kepala Bagian Program dan Informasi, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
12. Kepala Bagian Program dan Informasi, Sekretariat Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (PPSDM)
13. Kepala Bagian Program dan Informasi, Sekretariat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Litbangkes)
14. Kepala Bagian Program dan Informasi, Sekretariat Inspektorat Jenderal
15. Kepala Bagian Perencanaan Strategis dan Program, Biro Perencanaan dan Anggaran
16. Kepala Bagian ABN I Biro Perencanaan dan Anggaran
17. Kepala Bagian ABN II Biro Perencanaan dan Anggaran
18. Kepala Bagian ABN III Biro Perencanaan dan Anggaran
19. Kepala Bagian Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Biro Keuangan dan Barang Milik Negara
20. Kepala Sub Bidang Analisis Belanja Kesehatan Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
21. Kepala Sub Bidang Perhitungan Biaya Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
22. Kepala Sub Bagian Analisis Akuntansi dan Pelaporan Keuangan, Biro Keuangan dan Barang Milik Negara
23. Kepala Sub Bidang Pembiayaan Puslitbang Humaniora, Badan Litbangkes

Susunan Keanggotaan Tim Pengolah Data *National Health Accounts* (NHA) Indonesia berdasarkan Keputusan Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan No. HK.02.02/III/2355/2020 tentang Tim Pengolah Data *National Health Accounts*.

- A. Pengarah : Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
- B. Ketua : Kepala Bidang Pembiayaan Kesehatan, PPJK
- C. Sekretaris : Kepala Subbidang Analisis Belanja Kesehatan, PPJK
- D. Anggota
  1. Kepala Sub Direktorat Data Keuangan Daerah, Dit. Evaluasi dan Sistem Informasi Kementerian Keuangan
  2. Kepala Seksi Pengumpulan dan Pengolahan Data Keuangan Daerah III, Dit. Evaluasi dan Sistem Informasi Kementerian Keuangan
  3. Kepala Seksi Pengelolaan dan Analisis Basis Data, Dit. SITP Kementerian Keuangan
  4. Kepala Seksi Sistem Informasi Keuangan Daerah, Dit. P2KD Kementerian Dalam Negeri
  5. Khalid Azhari, Dit. SITP Kementerian Keuangan
  6. Bayu N. Cahyanto, Dit. P2KD Kementerian Dalam Negeri
  7. Noventy Chairani Manik, SKM, MKM, PPJK
  8. Venty Fitria, SKM, PPJK
  9. Tita Rosita, PHMK – Badan Litbangkes

10. Astriadi Prasetyo, SE, PPJK
11. Fairuz Rabbaniyah, S.Ked, MKM, PPJK
12. Yunita, SKM, MKM, PKEKK Universitas Indonesia
13. Examinar, SKM, PKEKK Universitas Indonesia
14. Mira Nurfitriyani, SKM, PKEKK Universitas Indonesia
15. Helmi Wahyuningsih, SKM, PKEKK Universitas Indonesia
16. Ryza Maulana Putra, SGz, PKEKK Universitas Indonesia
17. Rita Yuniatun, SKM, PKEKK Universitas Indonesia
18. Dini Hanifa, S.KPm , PKEKK Universitas Indonesia
19. Euis Ratna Sari, SKM, PKEKK Universitas Indonesia

KEMENKES RI

KEMENKES RI

ISBN 978-623-301-193-8



Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan  
Jl. H.R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9  
Jakarta 12950