

## BAB 8

## Pendanaan Target Gizi Global

---

### Pesan Kunci

- Sekitar \$3,9 miliar saat ini dibelanjakan setiap tahun untuk paket intervensi yang dibiayai oleh pemerintah di negara berpenghasilan rendah dan menengah serta para donor. Mengumpulkan pembiayaan tambahan sebesar \$70 miliar (di atas pengeluaran nutrisi saat ini) yang diperlukan untuk mencapai target nutrisi global merupakan tantangan besar, tetapi dapat dicapai. Peningkatan rata-rata sekitar \$7 miliar per tahun, selain kontribusi saat ini, akan diperlukan setiap tahun hingga tahun 2025.
- Kelanjutan dari “bisnis seperti biasa”—mengekstrapolasi tren pertumbuhan pengeluaran saat ini untuk nutrisi ke depan—tidak akan cukup. Sekitar \$13,5 miliar dalam pembiayaan tambahan selain investasi saat ini diharapkan akan dikontribusikan selama 10 tahun ke depan jika “bisnis seperti biasa” berlanjut. Namun, skenario seperti itu akan mengakibatkan jauh dari target nutrisi global dengan kesenjangan sumber daya sebesar \$56 miliar.
- Jika pemerintah, bantuan pembangunan resmi (ODA), dan mekanisme pembiayaan baru yang inovatif masing-masing berkontribusi sejalan dengan skenario “solidaritas global” untuk memobilisasi sumber daya tambahan yang dibutuhkan, memenuhi target ini dapat dilakukan.
- Analisis tersebut memperkirakan bahwa sekitar \$1 miliar saat ini disediakan oleh ODA untuk intervensi gizi, 53 persen atau \$531 juta di antaranya dialokasikan untuk mengobati malnutrisi parah dan akut. Tambahan \$358 juta (36 persen) dialokasikan untuk intervensi yang dibiayai untuk target pengerdilan. Jumlah yang jauh lebih rendah diarahkan pada intervensi untuk meningkatkan pemberian ASI eksklusif (\$85 juta atau 8,5 persen) dan mengurangi anemia pada wanita usia subur (\$78 juta atau 7,8 persen). Sekitar 65 persen ODA untuk nutrisi dialokasikan ke 37 negara dengan beban tertinggi.

Bab-bab sebelumnya—termasuk bagian tentang kebutuhan pembiayaan, manfaat, dan dasar pemikiran serta bukti untuk berinvestasi dalam nutrisi—secara alami mengarah pada pertanyaan utama yang dibahas dalam bab ini: bagaimana memastikan tersedianya pembiayaan yang cukup untuk mencapai target nutrisi global? Inti dari pertanyaan itu adalah pertanyaan lain: Siapa yang perlu berkontribusi dan berapa banyak?

Pemerintah,<sup>1</sup> ODA,<sup>2</sup> dan sumber-sumber lain<sup>3</sup> semuanya membantu menutupi biaya pelaksanaan intervensi gizi dengan berbagai cara. Sukses dalam mencapai target akan tergantung pada seberapa banyak masing-masing dari mereka dapat berkontribusi di tahun-tahun mendatang. Perkiraan kontribusi keuangan saat ini, menurut sumbernya, dapat membantu menginformasikan upaya global untuk memahami apa yang dibutuhkan untuk menutup kesenjangan dan cara memobilisasi tindakan.

Pembiayaan tambahan yang diproyeksikan sebesar \$70 miliar di atas kontribusi saat ini diperlukan selama 10 tahun ke depan, menurut temuan yang disajikan dalam bab 3, 4, 5, dan 6, dan dikumpulkan di empat dari enam target gizi global (stunting), anemia, menyusui, dan wasting) di bab 7.

Sasaran \$70 miliar tersebut dipetakan selama 10 tahun ke depan dengan rencana peningkatan yang dimulai dengan tambahan \$1,5 miliar yang dibutuhkan pada tahun 2016, meningkat menjadi tambahan \$9,7 miliar per tahun pada tahun 2025. Kebutuhan pembiayaan tahunan ini merupakan tambahan dari \$3,9 miliar dunia saat ini menghabiskan nutrisi setiap tahun. Dengan demikian, jumlah total yang dibutuhkan—tiga setengah kali lipat tingkat pengeluaran saat ini pada tahun 2025—merupakan sasaran yang sangat penting.

Bab ini membahas bukti yang tersedia tentang pembiayaan nutrisi saat ini dan implikasi penting bagi pembiayaan ke depan untuk mencapai target. Bagian selanjutnya menganalisis tingkat investasi nutrisi oleh pemerintah dan ODA saat ini. Hal itu dilakukan dengan menjabarkan langkah-langkah yang terlibat dalam menentukan garis dasar yang penting, atau tingkat pengeluaran saat ini, yang merupakan kunci untuk memahami apa yang mungkin terjadi di tahun-tahun berikutnya. Bagian berikut menyajikan dan menginterpretasikan dua skenario pembiayaan untuk periode sepuluh tahun hingga 2025 (pertama skenario business-as-usual dan kemudian skenario solidaritas global). Bab ini diakhiri dengan diskusi tentang implikasi dari hasil analisis.

## Tingkat Pengeluaran Saat Ini untuk Nutrisi

Level saat ini pengeluaran untuk nutrisi secara global—melalui pemerintah, ODA, dan sumber lain—tidak segera terlihat dari data yang ada. Bagian ini menjelaskan sumber data dan metode yang digunakan untuk memperkirakan investasi global saat ini dalam paket intervensi berbiaya dari pemerintah dan ODA.<sup>4</sup>

### *Pembiayaan Dalam Negeri dari Pemerintah*

Mengumpulkan data yang baik tentang berapa banyak pengeluaran negara berpenghasilan rendah dan menengah saat ini untuk intervensi gizi diperumit oleh fakta bahwa banyak negara tidak secara rutin melacak atau melaporkan pengeluaran untuk gizi. Akibatnya, mereka tidak memiliki informasi yang luas tentang (1) jumlah yang mereka anggarkan dan belanjakan untuk nutrisi, (2) intervensi dan program yang didanai, dan (3) sektor yang mendanai intervensi tersebut. Secara umum, diasumsikan secara luas bahwa pemerintah biasanya mengalokasikan sebagian kecil dari anggaran domestik mereka sendiri untuk intervensi gizi.<sup>5</sup> Laporan ini mengumpulkan dan menganalisis data yang tersedia untuk umum dari sumber-sumber berikut:

- Kajian Pengeluaran Publik untuk kesehatan.
- Database Pengeluaran Kesehatan Global Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), yang merupakan tempat penyimpanan data yang dihasilkan melalui Sistem Akun Kesehatan (SHA). Pada saat kajian ini dilakukan, 15 negara telah melaporkan pengeluaran untuk defisiensi nutrisi melalui SHA (juga dikenal sebagai *National Health Accounts*).

- Studi kasus anggaran gizi dan analisis pengeluaran termasuk Tanzania tinjauan pengeluaran publik untuk gizi (Republik Tanzania, Kementerian Keuangan 2014), analisis anggaran nutrisi proyek *SPRING John Snow International* di Nepal (SPRING 2016a) dan Uganda (SPRING 2016b), dan analisis anggaran Save the Children UK di Malawi, Zambia, dan negara lain (Save the Children dan CSONA 2015).
- Informasi alokasi anggaran gizi yang dilaporkan oleh 30 negara *Scaling Up Nutrition* (SUN) dalam *Global Nutrition Report 2015* (IFPRI 2015). Data ini berasal dari anggaran nasional atau sektoral, dan ditinjau oleh para peneliti untuk memastikan bahwa apa yang dianggap sebagai pengeluaran khusus nutrisi telah dibakukan agar sesuai dengan paket intervensi berbiaya di semua negara. Untuk program terpadu yang ditandai sebagai gizi khusus (yaitu, program kesehatan ibu dan/atau anak yang lebih luas tanpa komponen gizi yang teridentifikasi dengan jelas), batas bawah 10 persen dan batas atas 50 persen diambil di seluruh program ini, dengan asumsi bahwa komponen gizi program kesehatan ibu dan anak yang lebih luas jarang melebihi 50 persen dari keseluruhan program. Pada akhirnya, titik tengah dari estimasi yang dihasilkan diambil sebagai estimasi “terbaik” dan paling sederhana untuk semua kasus ini setelah berkonsultasi dengan para ahli.
- Laporan keuangan dan dokumen anggaran nasional yang tersedia untuk umum.

Dari sumber-sumber ini, data pembiayaan gizi dalam negeri untuk 31 negara disusun. Hasilnya disajikan dalam lampiran D.<sup>6</sup>

Model regresi digunakan untuk menilai hubungan antara pembiayaan gizi dalam negeri dan berbagai variabel lain seperti anggaran kesehatan, produk ekonomi bruto (PDB), belanja pemerintah umum, dan variasi daerah. Pengeluaran pemerintah untuk kesehatan per kapita ditemukan berkorelasi positif dengan pengeluaran pemerintah untuk gizi per kasus stunting.<sup>7</sup> Meskipun ukuran sampelnya rendah, model ini bersifat intuitif, menyiratkan bahwa pembiayaan gizi terkonsentrasi di antara negara-negara dengan pengeluaran kesehatan yang lebih tinggi. Model ini, berdasarkan pengeluaran kesehatan pemerintah per kapita dan diterapkan di semua negara berpenghasilan rendah dan menengah, memberikan perkiraan sekitar \$4,8 miliar yang dibelanjakan secara global oleh pemerintah untuk semua program khusus nutrisi pada tahun 2015.

Meskipun beberapa data pembiayaan tingkat intervensi tersedia untuk beberapa negara dalam sampel 31 negara—India, Guatemala, Malawi, Meksiko, dan Tanzania—tingkat perincian ini sebagian besar tidak tersedia dan harus diestimasi untuk menyelaraskan baseline dengan paket biaya intervensi.

Rencana nutrisi berbiaya yang disiapkan untuk negara-negara SUN, meskipun tidak memberikan informasi tentang alokasi anggaran atau pengeluaran aktual, menawarkan beberapa wawasan pada persentase distribusi alokasi di seluruh kategori gizi (SUN 2014). Rencana biaya ini digunakan hanya untuk memperkirakan perincian pengeluaran nutrisi berdasarkan kategori dan bukan untuk memperkirakan total pengeluaran (total pengeluaran diperkirakan menggunakan sumber-sumber yang disebutkan di atas saja). Untuk negara-negara dengan rencana gizi berbiaya, perincian tingkat intervensi mencerminkan, meskipun tidak sempurna, berapa banyak negara

yang telah merencanakan untuk berinvestasi dalam intervensi gizi. Keterbatasan utama dari pendekatan ini adalah bahwa apa yang direncanakan seringkali tidak cukup mencerminkan apa yang dibiayai; namun, pendekatan tersebut dianggap sebagai pendekatan terbaik untuk pembiayaan tingkat intervensi untuk gizi dengan data yang tersedia saat ini.

Analisis tambahan dilakukan untuk India karena merupakan rumah bagi beban global absolut tertinggi dari malnutrisi kronis, dan juga merupakan negara berpenghasilan menengah ke bawah yang telah menghabiskan banyak sumber daya domestik untuk kesehatan masyarakat dan skema gizi. Dengan menggunakan data terkait nutrisi yang lebih ekstensif yang tersedia untuk India, analisis tersebut menemukan bahwa negara tersebut memberikan kontribusi sekitar \$0,9 miliar pada tahun 2013–14 untuk program dan kelompok sasaran yang diminati di sini.<sup>8</sup> Mayoritas diarahkan pada penyediaan publik makanan pendamping untuk anak-anak melalui skema Layanan Pengembangan Anak Terpadu, meskipun India juga menyumbang sekitar \$50 juta setiap tahun melalui Misi Kesehatan Nasional (NHM) untuk intervensi khusus nutrisi seperti suplementasi mikronutrien dan pengobatan kekurangan gizi akut.

Dari \$4,8 miliar yang diperkirakan akan dibelanjakan untuk pembiayaan domestik untuk gizi, rincian pengeluaran rata-rata berdasarkan semua data yang tersedia adalah sebagai berikut: 22 persen untuk intervensi perubahan perilaku untuk praktik gizi yang baik, 2 persen untuk pengobatan malnutrisi akut, 7 persen pada suplementasi mikronutrien, 2 persen pada fortifikasi, 26 persen pada makanan tambahan, 12 persen pada tata kelola nutrisi, dan 29 persen pada program nutrisi lain yang tidak selaras dengan paket intervensi berbiaya (sebagian besar termasuk pendanaan dari India sebagaimana disebutkan dalam catatan 8).<sup>9</sup> Proporsi ini diterapkan pada estimasi negara dari total pendanaan nutrisi untuk memperkirakan pendanaan melalui intervensi.<sup>10</sup> Secara total, diperkirakan bahwa \$2,9 miliar dalam kontribusi pemerintah selaras dengan paket intervensi yang dihitung biayanya.

### **Bantuan Pembangunan Resmi**

Angka ODA gizi saat ini dapat diperoleh dari data yang dilaporkan dalam *Creditor Reporting System* (CRS) dari *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD) (OECD 2016). “Kode tujuan” CRS memungkinkan untuk mengidentifikasi jumlah yang terkait dengan intervensi gizi, termasuk yang relevan untuk paket target intervensi yang tercakup dalam analisis ini.

Kode tujuan 12240 untuk “nutrisi dasar” didefinisikan sebagai “Program pemberian makan langsung (pemberian makanan ibu, menyusui dan makanan pendamping ASI, pemberian makan anak, bekal sekolah); penentuan defisiensi mikronutrien; pemberian vitamin A, yodium, zat besi, dll; pemantauan status gizi; pendidikan nutrisi dan higiene makanan; ketahanan pangan rumah tangga.”

Kode tujuan gizi dasar sering digunakan sebagai proksi untuk ODA yang ditargetkan untuk intervensi khusus gizi (IFPRI 2016). Namun, dengan menggunakan definisinya saat ini, itu termasuk pendanaan untuk intervensi yang tidak dianggap spesifik nutrisi

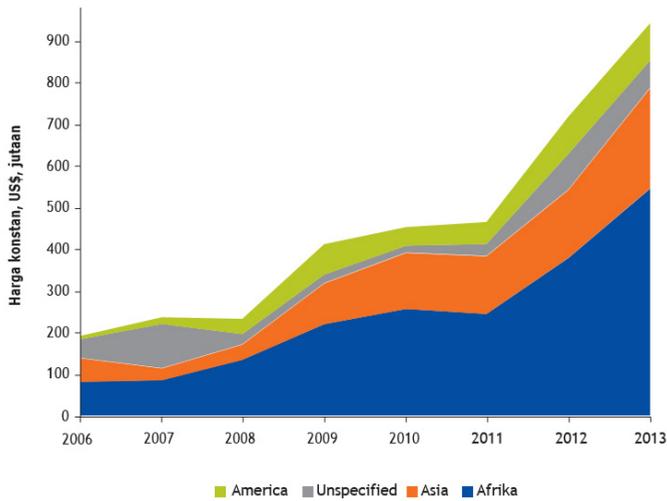
menurut definisi Lancet dan tidak termasuk dalam paket intervensi berbiaya. Selain itu, pendanaan untuk banyak program khusus gizi dapat dikodekan di bawah kode tujuan lain dalam tanggap darurat dan kesehatan (ACF 2012). Untuk menetapkan perkiraan ODA saat ini untuk nutrisi yang selaras dengan paket intervensi berbiaya, item baris tingkat proyek yang terkait dengan 16 kode tujuan CRS (tercantum dalam lampiran E) diperiksa, seperti dijelaskan di bawah ini.

**Nutrisi dasar: Tinjauan kualitatif deskripsi proyek.** Pada tahun 2013, sebanyak \$946 juta ODA dicairkan untuk investasi nutrisi dasar.<sup>11</sup> Untuk menentukan jumlah ODA yang dialokasikan untuk paket intervensi berbiaya, item baris tingkat proyek yang terkait dengan pencairan ini ditinjau dan dikategorikan ke dalam kategori intervensi berdasarkan deskripsi proyek kualitatif. Analisis ini mencakup semua penyaluran nutrisi dasar ke 60 negara dengan beban global tertinggi untuk stunting, anemia, menyusui, dan wasting. Negara-negara tersebut mewakili 95 persen dari beban pengerdilan global dan menerima 70 persen dari semua pencairan untuk nutrisi dasar pada tahun 2013 (mewakili 945 item baris unik).

Seperti yang ditunjukkan pada Gambar 8.1, ODA untuk nutrisi dasar telah meningkat sejak tahun 2006 dan bagian terbesar jatuh ke negara-negara Afrika. Pada tahun 2013, sebagian besar ODA untuk nutrisi dasar dialokasikan langsung ke negara penerima (80 persen), dengan 13 persen lainnya dialokasikan ke daerah untuk mendanai proyek multinegara (tidak digambarkan), dan 7 persen tidak ditentukan.<sup>12</sup> Untungnya, donor melaporkan untuk gizi dasar telah meningkat karena jumlah pengeluaran yang tidak ditentukan adalah 22 persen pada tahun 2006, seperti yang dilaporkan oleh CRS.

Tinjauan kualitatif proyek dilakukan berdasarkan semua informasi yang tersedia melalui CRS, termasuk melalui tinjauan judul proyek dan deskripsi singkat dan panjang yang dimaksudkan untuk memberikan gambaran singkat tentang kegiatan dan tujuan pendanaan terkait. Penelitian tambahan dilakukan di mana informasi langsung dari CRS tidak memberikan rincian yang cukup untuk mengkategorikan pendanaan ke dalam kategori intervensi. Peneliti menggunakan informasi ini untuk mengkode item baris dengan kategori intervensi. Daftar lengkap kategori intervensi ditunjukkan pada lampiran E.

Selama peninjauan, sebagian besar proyek ditugaskan ke lebih dari satu kategori intervensi. Misalnya, proyek kesehatan ibu dan anak seringkali mencakup konseling gizi bayi dan anak kecil untuk ibu dan pemberian suplemen. Karena biaya sangat bervariasi di seluruh intervensi, tidak akurat untuk menganggap pendanaan dibagi secara merata di seluruh intervensi.

**Gambar 8.1 Bantuan untuk Pembangunan Gizi Dasar antara 2006 dan 2013**

Source: OECD 2016. See note 15 for an explanation of the sources of financing.

Oleh karena itu, pencairan dialokasikan di seluruh intervensi sesuai dengan total biaya relatif intervensi di negara tertentu (biaya relatif didasarkan pada perkiraan dari analisis saat ini).<sup>13</sup>

Validasi analisis dilakukan untuk 1 persen proyek ( $n = 12$ ): sebuah tim yang terdiri dari lima peneliti secara independen mengkode pencairan proyek dan kemudian memverifikasi hasilnya satu sama lain. Pengkodean ditemukan dapat diandalkan di seluruh pembuat kode.

Tinjauan kualitatif proyek memberikan informasi tentang intervensi mana yang didanai oleh donor di 60 negara yang termasuk dalam analisis (ditunjukkan dalam lampiran E). Rata-rata di 60 negara ini digunakan untuk memperkirakan intervensi apa yang didanai melalui semua pencairan lainnya dalam kode gizi dasar (yaitu, negara penerima yang tidak termasuk dalam analisis dan pencairan regional).

#### **Tanggap kesehatan dan darurat: Penilaian pencarian kata kunci cepat.**

Sebagai tambahan Sesuai dengan kode tujuan gizi dasar, ODA untuk gizi juga penting dalam sektor-sektor seperti kesehatan dan tanggap darurat. Memang, kandungan nutrisi dari proyek yang tidak secara khusus diberi label sebagai proyek nutrisi dapat menjadi signifikan, paling tidak karena proyek-proyek lain tersebut seringkali besar secara keseluruhan jika dibandingkan dengan proyek nutrisi. Tinjauan meja dan wawancara pemangku kepentingan diidentifikasi 15 kode tujuan tambahan yang mungkin berisi pendanaan untuk nutrisi (tercantum dalam lampiran E). Pencarian kata kunci yang cepat dilakukan di seluruh judul dan deskripsi proyek di bawah setiap kode tujuan untuk mengidentifikasi pencairan program yang relevan.

Di dalam kode tujuan kesehatan, kurang dari 1 persen hingga 6 persen pengeluaran terkait dengan gizi. Kajian cepat menunjukkan bahwa investasi ini ditujukan untuk

konseling gizi bayi dan anak kecil, pengobatan gizi buruk akut yang parah untuk anak-anak, suplemen mikronutrien antenatal, suplemen vitamin A untuk anak-anak, dan suplemen seng profilaksis untuk anak-anak. Dalam kode tujuan tanggap darurat, kurang dari 1 persen hingga 5 persen pencairan berkaitan dengan gizi, yang semuanya digunakan untuk pengobatan gizi buruk akut yang parah.

**Ringkasan.** Dengan menggunakan proyeksi pertumbuhan OECD, pencairan ODA untuk gizi diperkirakan mencapai \$1 miliar pada tahun 2015. Angka ini terdiri dari pencairan untuk paket intervensi gizi berbiaya di seluruh 16 kode tujuan yang termasuk dalam analisis, termasuk sekitar 13 persen melalui kesehatan, 34 persen melalui tanggap darurat, dan 53 persen melalui gizi dasar.

### **Menambahkan Semuanya: Total Pembiayaan Saat Ini**

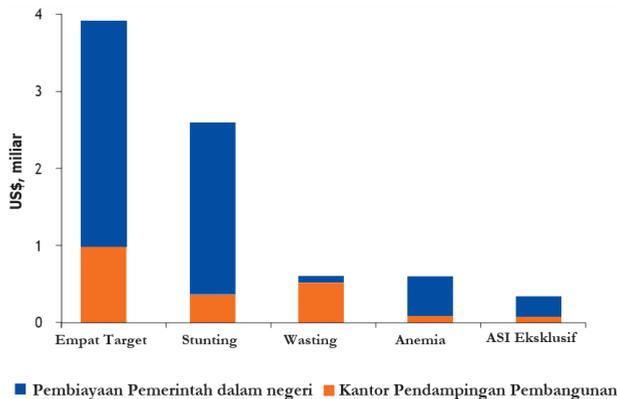
Mengikuti garis yang dijelaskan di atas, tingkat total pembiayaan saat ini dari pemerintah dan ODA untuk paket intervensi yang dihitung biayanya diperkirakan sekitar \$3,9 miliar per tahun. Kontribusi dari sumber lain mungkin ada; namun, karena keterbatasan data, mereka tidak disertakan.

Gambar 8.2 menunjukkan kontribusi oleh pemerintah dan donortarget. Khususnya, kontribusi proporsional antara pemerintah dan donor bervariasi di berbagai intervensi dan di seluruh wilayah. India sendiri menyumbang sekitar sepertiga dari total kontribusi pemerintah untuk paket intervensi berbiaya di keempat target, yang terutama diarahkan pada satu intervensi—penyediaan publik makanan pendamping untuk anak-anak melalui skema Layanan Pengembangan Anak Terpadu (merupakan mayoritas dari pendanaan pemerintah menuju target stunting). Kontribusi ODA saat ini relatif kecil untuk intervensi yang membutuhkan biaya untuk target pengerdilan dan anemia, dibandingkan dengan pemerintah; namun, ODA memainkan peran utama dalam penanganan wasting.

Pola penting dalam investasi nutrisi saat ini dapat dilihat untuk negara-negara yang dikelompokkan berdasarkan tingkat pendapatan:

- *Negara berpenghasilan rendah:* Dari 15 negara berpenghasilan rendah dengan pembiayaan nutrisidata, rata-rata perkiraan pengeluaran untuk intervensi gizi adil \$0,85 per anak di bawah usia lima tahun (deviasi standar = 1,34; lampiran E,tabel E.1). Kelompok ini terdiri dari negara-negara termiskin dengan beberapa tingkat stunting tertinggi secara global. Ada 35,9 juta anak di bawah usia lima tahun yang tinggal di 30 negara berpenghasilan rendah di dunia, di mana prevalensi stunting berkisar dari 22 persen di Haiti hingga 58 persen di Burundi. Negara-negara ini mengandalkan bantuan eksternal untuk kesehatan (yaitu, ODA) sebagai sumber ruang fiskal yang penting (Tandon dan Cashin 2010), sehingga berpotensi menimbulkan sedikit prioritas gizi di sektor publik. Berdasarkan data dari analisis saat ini, negara-negara berpenghasilan rendah menerima 47 persen dari semua ODA untuk gizi pada tahun 2013.

**Gambar 8.2 Pembiayaan Saat Ini untuk Paket Intervensi Berbiaya oleh Pemerintah dan Bantuan Pembangunan Resmi pada 2015, berdasarkan Target**



*Note:* The total amounts across the four targets will not sum to the total of all four targets because of intervention overlap between targets. The column depicting all four targets illustrates current spending for a mutually exclusive package of interventions.

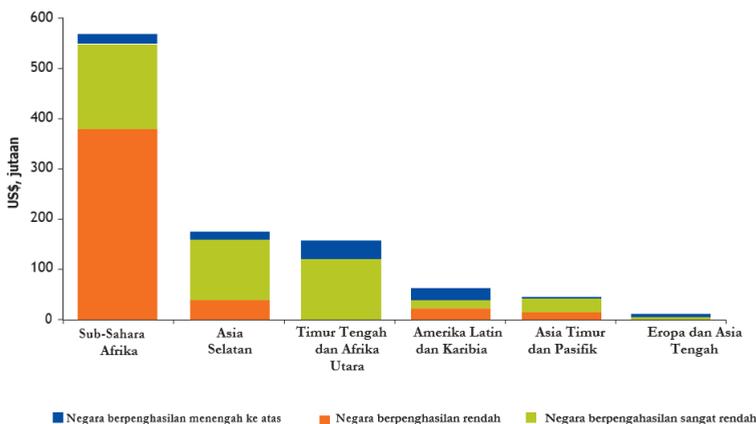
- Negara berpenghasilan menengah ke bawah:* Dari 13 negara berpenghasilan menengah ke bawah dengan data, perkiraan pengeluaran rata-rata untuk intervensi gizi adalah \$4,66 per anak di bawah usia lima tahun (deviasi standar = 8,12; lampiran E, tabel E.1).<sup>14</sup> Kelompok ini terdiri dari negara-negara dengan beban gizi yang tinggi tetapi pembiayaan publik dan sistem pengiriman biasanya lebih maju daripada di negara-negara berpenghasilan rendah, menunjukkan kemampuan yang lebih tinggi untuk membayar layanan kesehatan dan gizi (Tandon dan Cashin 2010). Termasuk dalam kelompok ini adalah India dan Nigeria, dua negara dengan beban stunting absolut tertinggi. Mereka masing-masing memiliki 58 dan 11 juta anak stunting di bawah usia lima tahun. Bahkan tanpa 2 negara tersebut, masih ada 51 juta anak balita yang stunting di 42 negara berpenghasilan menengah ke bawah lainnya. Berdasarkan data dari analisis saat ini, negara berpenghasilan menengah ke bawah menerima 47 persen dari semua ODA untuk gizi pada tahun 2013.
- Negara berpenghasilan menengah ke atas:* Dari tiga negara berpenghasilan menengah ke atas dengan data, perkiraan pengeluaran rata-rata untuk intervensi gizi adalah \$8,15 per anak di bawah usia lima tahun (deviasi standar = 3,72; lampiran E, tabel E.1). Grup ini terdiri dari negara-negara dengan ekonomi yang stabil dan pendapatan sektor publik yang lebih tinggi daripada negara-negara berpenghasilan rendah dan negara-negara berpenghasilan menengah ke bawah. Karena tingkat perkembangannya, beban ganda malnutrisi umum terjadi di negara-negara ini: meskipun kekurangan gizi terus terjadi, kelebihan gizi dan obesitas dengan cepat menjadi masalah kesehatan masyarakat yang parah (NCD-RisC 2016) dan menjadi alasan kuat untuk meningkatkan pembiayaan untuk layanan gizi. Meskipun banyak negara berpenghasilan menengah ke atas memiliki beban stunting yang rendah, masih ada 20 juta anak yang mengalami stunting di 38 negara berpenghasilan menengah ke atas. Hampir setengah dari beban ini ditanggung oleh China dan Meksiko, dua negara besar yang termasuk negara dengan beban tertinggi di dunia. Negara berpenghasilan menengah ke atas memiliki sistem kesehatan sektor publik yang lebih kuat dan kemampuan yang lebih besar untuk menerapkan intervensi gizi daripada negara berpenghasilan rendah atau negara berpenghasilan menengah ke bawah. Negara-negara berpenghasilan menengah-atas kurang mengandalkan

pembiayaan eksternal untuk kesehatan dan gizi. Berdasarkan data dari analisis saat ini, negara berpenghasilan menengah ke atas menerima 6 persen dari semua ODA untuk gizi pada tahun 2013.

Wawasan tambahan dapat diperoleh dari melihat lebih detail pada hasil ODA:

- Analisis tingkat intervensi menemukan bahwa, rata-rata, kode gizi dasar mendanai jenis program berikut: komunikasi perubahan perilaku untuk gizi, termasuk konseling gizi bayi dan anak kecil (14 persen dari total), pengobatan malnutrisi akut (15 persen), suplementasi dan fortifikasi mikronutrien (9 persen), penyediaan makanan pendamping untuk anak-anak (4 persen), penelitian dan pengembangan (3 persen), inisiatif penguatan sistem termasuk peningkatan kapasitas (13 persen), dan program-program sensitif gizi seperti pemberian makan di sekolah (42 persen). Kurang dari 1 persen pergi ke intervensi lain termasuk obat cacing dan iodisasi garam.
- Pada tahun 2015, diperkirakan bahwa sekitar \$1 miliar telah dikucurkan untuk paket intervensi berbiaya (termasuk pendanaan melalui nutrisi dasar, kesehatan, dan tanggap darurat).<sup>15</sup> Ini termasuk \$531 juta (53 persen) untuk perawatan malnutrisi parah dan akut dan \$358 juta (36 persen) untuk intervensi yang dibiayai untuk target pengerdilan. Jumlah yang jauh lebih rendah diarahkan untuk promosi menyusui (\$85 juta atau 8,5 persen) dan anemia (\$78 juta atau 7,8 persen). Perhatikan bahwa jumlah lintas target tidak dapat dijumlahkan menjadi total karena beberapa intervensi tumpang tindih dalam target.
- Gambar 8.3 menunjukkan bagaimana total \$1 miliar ODA untuk nutrisi didistribusikan menurut wilayah dan kelompok pendapatan negara penerima. Sekitar 56 persen dicairkan ke Afrika Sub-Sahara, mewakili bagian terbesar di antara kawasan, di mana di antara negara-negara Afrika ini, 67 persen ODA untuk nutrisi disalurkan ke negara-negara berpenghasilan rendah. Sekitar 65 persen dari pendanaan gizi (\$647 juta) ini disalurkan ke 37 negara dengan beban stunting tertinggi.

**Gambar 8.3 Bantuan Pembiayaan Pembangunan Dasar untuk Gizi, berdasarkan Wilayah dan Kelompok Pendapatan**



- Sekitar 28 persen dari total ODA gizi masuk ke lima negara, yang tersebar di tiga wilayah. Dalam urutan dari tertinggi ke terendah, Ethiopia menerima \$69 juta (7 persen dari total pembiayaan), Republik Yaman \$67 juta (7 persen), Sudan \$50 juta (5 persen), India \$48 juta (5 persen), dan Republik Arab Suriah \$43 juta (4 persen).<sup>16</sup>

## **Pendanaan Peningkatan Skala untuk Mencapai Target Global**

Bukti tentang tingkat pengeluaran nutrisi saat ini telah dibahas di bagian sebelumnya, dan pertanyaan inti dari bab ini sebagaimana disebutkan di awal sekarang dapat dipertimbangkan: Bagaimana kebutuhan pembiayaan untuk mencapai target nutrisi Majelis Kesehatan Dunia dapat dimobilisasi dan bagaimana untuk membiayainya? Bagian ini mengacu pada semua yang telah dibahas sejauh ini sebagai garis dasar untuk memulai, melihat secara dekat untuk menentukan apakah pembiayaan yang cukup dapat dikumpulkan untuk memenuhi pembiayaan tambahan sebesar \$70 miliar yang dibutuhkan selama 10 tahun dari 2016 hingga 2025. Jika hal ini masuk akal, Masalahnya justru bagaimana hal ini dapat dilakukan—sumber pembiayaan mana yang dapat berbuat lebih banyak, dan berapa banyak yang akan dibutuhkan dari masing-masing dibandingkan dengan titik awal awal.

Bagian ini mendefinisikan dan mengeksplorasi dua skenario pembiayaan masa depan, satu dengan asumsi “bisnis seperti biasa” dan yang lainnya dengan asumsi “solidaritas global” untuk memenuhi target gizi Majelis Kesehatan Dunia. Skenario pembiayaan mengecualikan biaya untuk meningkatkan pengobatan dugaan intermiten malaria pada kehamilan di daerah endemik malaria serta biaya yang ditanggung oleh rumah tangga untuk fortifikasi makanan karena alasan berikut:

- Mendanai biaya untuk meningkatkan pengobatan intermiten presuntif malaria pada kehamilan di daerah endemik malaria (\$0,5 miliar) ditanggung oleh inisiatif kesehatan lainnya, termasuk Inisiatif Malaria Presiden, Dana Global untuk Memerangi AIDS, TB dan Malaria, dan sampai batas tertentu pemerintah nasional (MCHIP 2012; Thiam, Kimotho, dan Gatonga 2013). Pendanaan untuk intervensi ini sepertinya tidak dihitung sebagai pengeluaran gizi baik oleh pemerintah maupun donor.
- Pengeluaran rumah tanggapada produk makanan yang diperkaya diperkirakan akan mencapai sekitar \$19 miliar selama periode 10 tahun. Biaya ini dibahas di bab sebelumnya dan tidak disertakan dalam skenario pembiayaan agar selaras dengan agregasi biaya \$70 miliar yang ditanggung oleh sektor publik dan donor.

### ***Skenario Bisnis Seperti Biasa***

Skenario ini terlihat pada tren investasi nutrisi berdasarkan pertumbuhan ekonomi historis dan proyeksi serta komitmen saat ini, dan mengasumsikan bahwa semua sumber pendanaan terus membelanjakan proporsi yang sama dari anggaran mereka untuk nutrisi seperti yang mereka lakukan sekarang. Pembiayaan untuk gizi masih meningkat, tetapi hanya sejauh anggaran keseluruhan meningkat. Misalnya, jika suatu negara saat ini membelanjakan 0,7 persen dari pengeluaran umum pemerintahnya untuk gizi pada tahun 2015, negara tersebut akan membelanjakan proporsi yang sama di tahun-tahun mendatang; tetapi hal itu mungkin masih menyiratkan dukungan tambahan untuk gizi

jika pengeluaran pemerintah secara umum meningkat sebagai akibat dari pertumbuhan ekonomi atau penyebab lainnya. Akibatnya, semua investasi dasar dipertahankan setiap tahun dan pembiayaan tambahan yang timbul dari pertumbuhan ekonomi ditambahkan di atas pengeluaran saat ini.

Cara berpikir lain tentang skenario ini adalah bahwa pemerintah, ODA, dan lainnya diasumsikan tidak memberikan prioritas lebih (atau kurang) untuk nutrisi di masa depan daripada yang mereka berikan sekarang. Kecenderungan itu jelas akan menjadi hasil yang sangat mengecewakan dari sudut pandang mereka yang mencari kemajuan lebih cepat untuk mengurangi beban kekurangan gizi. Dari sudut pandang itu, skenario kasus rendah menghasilkan hasil batas bawah.

Untuk mengeksplorasi konsekuensi dari skenario bisnis seperti biasa, tren yang mungkin terjadi dalam anggaran pemerintah dan ODA hingga tahun 2025 dipertimbangkan:

- Untuk pemerintah, proyeksi untuk (1) pertumbuhan ekonomi (PDB), (2) total pengeluaran pemerintah, dan (3) bagian dari total pengeluaran untuk kesehatan tersedia untuk banyak negara dan memberikan panduan indikatif tentang bagaimana anggaran untuk gizi mungkin untuk berkembang. Menggunakan data dari World Economic Outlook dari Dana Moneter Internasional memberikan dasar yang masuk akal untuk memperkirakan bagaimana pengeluaran pemerintah untuk gizi mungkin akan berkembang.
- Untuk ODA, dukungan nutrisi di masa mendatang akan peka terhadap perubahan total ODA global, yang pada gilirannya akan peka terhadap pertumbuhan ekonomi (PDB) negara-negara donor. Dari proyeksi variabel tersebut menggunakan data yang dilaorkan OECD tahun 2013, estimasi bantuan gizi—untuk setiap negara penerima—dikembangkan untuk tahun 2014, 2015, dan 2016, menggunakan tingkat pertumbuhan OECD untuk tahun-tahun tersebut. Angka yang sesuai untuk tahun 2017 hingga 2025 diproyeksikan menggunakan rata-rata tingkat pertumbuhan tahun 2014–16 (2,08 persen).

Skenario bisnis seperti biasa mempertimbangkan komitmen yang dibuat oleh sumber ODA tertentu pada Nutrition for Growth Summit tahun 2013, di mana \$4,15 miliar dijanjikan untuk mendukung program khusus nutrisi pada tahun 2020 (Nutrition for Growth Secretariat [UK] 2013). Diasumsikan sekitar setengah dari komitmen tersebut terealisasi (\$2,07 miliar).<sup>17</sup> Pembiayaan tersebut diatribusikan ke setiap target secara proporsional dengan investasi donor saat ini dalam kode nutrisi dasar.<sup>18</sup>

Selain itu, kontribusi yang sangat kecil diasumsikan dilakukan oleh rumah tangga yang membeli komoditas gizi. Seperti dibahas dalam Bab 4, literatur menunjukkan bahwa sebagian kecil wanita tidak hamil di atas garis kemiskinan membeli suplemen zat besi dan asam folat melalui pengecer swasta (Bahl et al. 2013) dan ini juga berlaku untuk komoditas mikronutrien lainnya (Leive dan Xu 2008; Rannan-Eliya et al. 2012; Siekmann, Timmer, dan Irizarry 2012). Meskipun sebagian besar biaya untuk meningkatkan suplementasi mikronutrien (termasuk suplemen zat besi dan asam folat untuk wanita tidak hamil) ditanggung oleh sektor publik dan donor, secara teoritis beberapa biaya peningkatan

akan diimbangi oleh pengeluaran rumah tangga. Selama periode 10 tahun, diperkirakan rumah tangga akan menyumbang \$748 juta untuk pembelian yang dilakukan sendiri.<sup>19</sup> Asumsi yang sama juga digunakan untuk skenario solidaritas global.

### ***Skenario Solidaritas Global***

Skenario solidaritas global dibangun dengan tujuan eksplisit untuk menunjukkan bagaimana kesenjangan sumber daya yang terkait dengan pemenuhan target gizi global dapat ditutup melalui peningkatan terkoordinasi oleh pemerintah dan ODA, dilengkapi dengan mekanisme pembiayaan yang inovatif. Prinsip keberlanjutan dan kemampuan negara untuk membayar diperhitungkan. Prinsip-prinsip yang menentukan skenario solidaritas global ditunjukkan pada tabel 8.1.<sup>20</sup>

### ***Hasil dari Dua Skenario***

Mengingat karakterisasi dua skenario di atas—dan diskusi sebelumnya tentang tingkat saat ini dan aliran masa depan yang diperlukan yang mengarah ke titik ini—kami menyajikan hasil garis bawah dan kesimpulan dari analisis persyaratan pembiayaan.

Skenario bisnis seperti biasa menyebabkan kekurangan sekitar \$56 miliar selama 10 tahun ke depan (gambar 8.4). Ini menyoroti besarnya kesenjangan yang signifikan bahwa—jika pemerintah, ODA, dan lainnya tidak melakukan lebih dari melanjutkan apa yang mereka lakukan sekarang—akan bertahan antara apa yang dibutuhkan untuk mencapai target nutrisi global dan apa yang diproyeksikan akan terjadi. dihabiskan dalam dekade berikutnya. Angka \$56 miliar juga meminta perhatian pada kenyataan nyata bahwa apa pun yang kurang dari perluasan besar pembiayaan di atas tren saat ini tidak akan cukup: target tidak akan tercapai. Juga tersirat dalam hasil ini adalah perlunya tindakan cepat: mengingat seberapa besar kesenjangannya, kegagalan untuk meningkatkan dengan cepat akan membuat tidak mungkin mengumpulkan dana yang cukup pada tahun 2025.

**Tabel 8.1 Prinsip Pembiayaan Digunakan untuk Menutup Kesenjangan Sumber Daya di bawah Skenario Solidaritas Global**

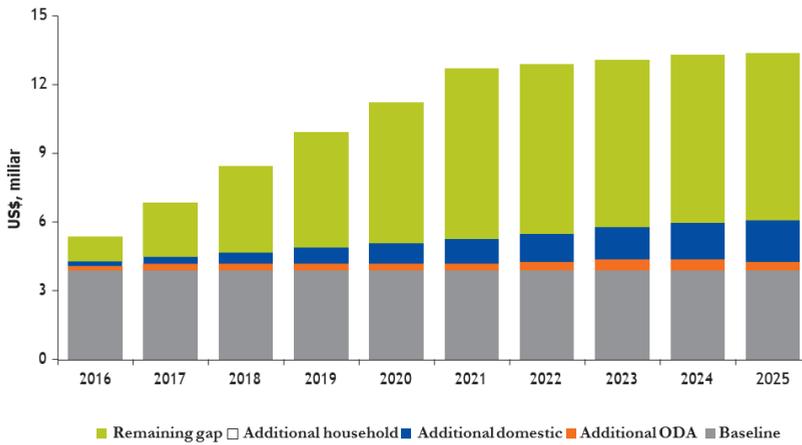
Prinsip	Detail	Komentar
Tidak ada pengurangan pengeluaran saat ini untuk gizi	Pembiayaan tahunan sebesar \$3,9 miliar saat ini terus berlanjut, sehingga penambahan yang dijelaskan di bawah ini benar-benar bersifat inkremental	Jika tingkat dukungan saat ini tidak dapat diandalkan untuk terus berlanjut, akan sangat sulit untuk menutup kesenjangan sumber daya.
Negara-negara meningkatkan anggaran gizi mereka untuk mencapai tolok ukur yang lebih tinggi	Pada tahun 2021, pemerintah meningkatkan anggaran untuk gizi sebagai bagian dari total pengeluaran pemerintah secara linear terhadap median kelompok pendapatan mereka (lampiran E, tabel E.1); pemerintah yang berada di atas tolok ukur akan meningkatkan anggaran sebesar 1% per tahun.	Pemerintah yang telah tertinggal dari negara-negara lain dalam memprioritaskan gizi harus meningkatkan upaya mereka jika kesenjangan sumber daya ingin ditutup. ODA dan sumber-sumber lain masih akan dibutuhkan untuk mengisi kekurangan yang ada.
Negara-negara dengan kemampuan membayar yang lebih tinggi berkontribusi lebih banyak	Negara-negara berpenghasilan menengah ke atas membayar 100% biaya tambahan tahunan untuk tahun 2016-25.  Negara-negara berpenghasilan menengah ke bawah membayar 70% dari biaya tambahan tahunan pada tahun 2025. Mereka yang sudah berada di atas 70% pada tahun 2016 tetap berada di tingkat tersebut.  Negara-negara berpenghasilan rendah membayar 50% dari biaya tambahan tahunan pada tahun 2025	ODA perlu memberikan prioritas kepada negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah dan berfokus untuk mendukung periode peningkatan selama lima tahun.  Negara - negara dengan kemampuan membayar yang lebih besar - bahkan negara-negara dengan beban tinggi seperti Cina dan Meksiko akan sepenuhnya menanggung biaya sendiri.
Mekanisme baru untuk pembiayaan gizi dioptimalkan	Komitmen yang dibuat oleh <i>Power of Nutrition</i> <sup>a</sup> dan mekanisme pembiayaan inovatif lainnya diasumsikan dapat direalisasikan sepenuhnya dan didistribusikan di antara negara-negara penerima secara proporsional berdasarkan beban stunting.	Mekanisme baru ini akan membantu mengurangi tekanan biaya pada pemerintah dan ODA.  Negara-negara yang mendapat manfaat dari Fasilitas <sup>b</sup> Pembiayaan Global dan Kekuatan Gizi akan memanfaatkan dana baru tersebut secara maksimal.
Keterlibatan sektor swasta	Pemangku kepentingan sektor swasta terlibat dalam peningkatan fortifikasi makanan, pasokan suplemen mikronutrien, dan intervensi lainnya.	Kemitraan antar pemangku kepentingan, termasuk kolaborasi publik-swasta, akan dibutuhkan

a. see [www.powerofnutrition.org](http://www.powerofnutrition.org).b. For Global Financing Facility, see <http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/global-financing-facility-in-support-of-every-woman-every-child>.

Skenario solidaritas global (gambar 8.5) menunjukkan bagaimana kekurangan pembiayaan dapat ditutup melalui upaya terkoordinasi berikut untuk memobilisasi sumber daya dari pemerintah nasional, ODA, dan mekanisme pendanaan baru yang inovatif seperti Power of Nutrition dan Global Financing Facility (GFF) untuk kesehatan dan gizi reproduksi, ibu, bayi baru lahir, anak, dan remaja.

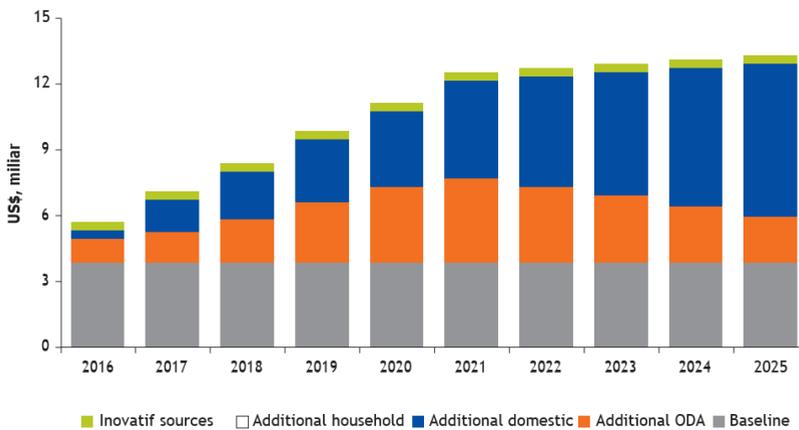
- Pemerintah negara akan membutuhkan untuk memberikan tambahan \$39,7 miliar selama 10 tahun dari anggaran domestik. Gambar 8.5 menunjukkan tren peningkatan dari awal hingga tahun-tahun selanjutnya, dimulai dengan tambahan \$707 juta pada tahun 2016 dan meningkat menjadi tambahan \$7 miliar yang disumbangkan oleh semua pemerintah pada tahun 2025. Meskipun ini tampaknya lompatan drastis, perlu dicatat bahwa sekitar 80 persen dari tambahan \$7 miliar ini pada akhir tahun 2025 disumbangkan oleh negara-negara berpenghasilan menengah.

**Gambar 8.4 Bisnis dalam Pembiayaan Gizi: Kekurangan \$56 Miliar**



Note: Annual additional household contributions are small relative to other contributions and, as such, are not pictured. Total additional household contributions amount to \$748 million across the ten-year period. ODA = official development assistance.

**Gambar 8.5 Skenario Pembiayaan Solidaritas Global: \$70 Miliar Diperlukan untuk Peningkatan Mobilisasi**



Note: Annual additional household contributions are small relative to other contributions and, as such, are not pictured. Total additional household contributions amount to \$748 million across the ten-year period. ODA = official development assistance.

- ODA tradisional perlu menyumbang tambahan \$25,6 miliar selama 10 tahun. Gambar 8.5 menunjukkan donor berkontribusi pada fase peningkatan dalam lima tahun pertama dan meningkatkan jumlah pengeluaran maksimum pada \$3,9 miliar dalam kontribusi tambahan pada tahun 2021. Selain peningkatan jumlah ODA, investasi donor harus difokuskan kembali ke intervensi yang paling efektif dan geografi dengan beban tinggi. Dari tahun 2022 hingga 2025, donor mengurangi pencairan sejalan dengan rencana transisi negara dalam upaya terkoordinasi untuk meningkatkan kepemilikan negara.
- Sumber-sumber inovatif akan menyumbangkan \$3,4 miliar lagi selama 10 tahun.

Untuk mencapai tujuan ini, pemerintah negara dengan beban tinggi perlu meningkatkan porsi pengeluaran mereka yang diproyeksikan untuk kesehatan yang diarahkan pada nutrisi dari sekitar 1,0 persen menjadi 2,9 persen. ODA perlu meningkatkan pengeluaran untuk nutrisi dari rata-rata 1,0 persen dari total ODA menjadi sekitar 2,8 persen pada tahun 2021, setelah itu dapat menurun kembali menjadi 1,8 persen pada tahun 2025. Secara keseluruhan, menutup kesenjangan sumber daya akan berarti bahwa pembiayaan tahunan saat ini sebesar \$3,9 miliar untuk intervensi nutrisi perlu ditingkatkan menjadi \$13,5 miliar pada tahun 2025, meningkat 3,5 kali lipat.

## Diskusi

Seperti disebutkan di awal bab ini, memobilisasi pembiayaan tambahan sebesar \$70 miliar (melebihi pengeluaran saat ini untuk nutrisi) yang diperlukan untuk mencapai target nutrisi global akan menjadi tantangan besar, tetapi ini adalah tantangan yang dapat dicapai. Tujuan tersebut dapat dicapai jika pemerintah, donor, dan pihak lain berkontribusi sesuai dengan skenario “solidaritas global” yang dijelaskan dan dieksplorasi dalam bab ini. Di sisi lain, melanjutkan bisnis seperti biasa, mengekstrapolasi tren pertumbuhan belanja saat ini ke depan, tidak akan cukup; skenario itu akan menghasilkan jauh dari target nutrisi global. Tantangan yang ada jelas: peningkatan besar dalam komitmen finansial untuk nutrisi akan membantu menyelesaikan masalah global yang telah mengganggu umat manusia sejak awal; apa pun yang kurang dari itu akan menghukum generasi sekarang dan masa depan untuk terus kehilangan nyawa dan kesempatan yang tidak perlu. Berinvestasi pada tahun-tahun awal kehidupan seorang anak—atau 1.000 hari pertama—akan menyelamatkan nyawa dan membangun potensi ekonomi. Keuntungan ekonomi yang dihasilkan dari investasi pada nutrisi yang lebih baik adalah cara untuk meningkatkan komitmen pemerintah untuk memperbaiki nutrisi.

Keberhasilan global adalah mungkin. Pengalaman masa lalu dari inisiatif lain menunjukkan bahwa percepatan pembiayaan yang dramatis untuk target nutrisi global selama satu dekade adalah layak (Kim 2013). Antara tahun 2001 dan 2011, gerakan AIDS global melihat pendanaan untuk pencegahan dan pengobatan tumbuh dari kurang dari \$0,5 miliar menjadi lebih dari \$15 miliar—tingkat perluasan yang lebih besar daripada yang dibutuhkan untuk meningkatkan program nutrisi (UNAIDS 2016).

Ke depan, angka pembiayaan nutrisi yang disajikan dalam skenario solidaritas global sesuai dengan proyeksi pembiayaan kesehatan global di masa depan. Dalam hal bantuan

pembangunan untuk kesehatan, meskipun telah stabil dalam beberapa tahun terakhir—antara tahun 2010 dan 2015, bantuan pembangunan untuk kesehatan hanya tumbuh 1,2 persen per tahun—diperkirakan akan meningkat menjadi \$64,1 miliar (interval kepercayaan 95 persen; \$30,4–161,8 miliar) pada tahun 2040 (Dieleman, Schneider et al. 2016). Di bawah skenario pembiayaan solidaritas global, total kontribusi maksimum dari para donor adalah sekitar \$4,9 miliar (\$3,9 miliar di atas pengeluaran saat ini) pada tahun 2021. \$4,9 miliar ini akan mewakili sekitar 14 persen dari total bantuan pembangunan untuk kesehatan yang diproyeksikan untuk tahun 2021 (Dieleman, Schneider et al. 2016), naik dari 3 persen di tahun 2015. Oleh karena itu, hal ini membutuhkan peningkatan yang signifikan—tetapi bukan berarti tidak dapat dicapai—prioritas yang diberikan kepada gizi dalam bantuan pembangunan untuk kesehatan.

Dalam hal pengeluaran kesehatan pemerintah, Dieleman, Templin et al. (2016) memperkirakan bahwa pengeluaran kesehatan per kapita akan meningkat sebesar 3,4 persen di negara berpenghasilan menengah ke atas, 3,0 persen di negara berpenghasilan menengah ke bawah, dan 2,4 persen di negara berpenghasilan rendah setiap tahunnya. Di bawah pendanaan solidaritas global. Dalam skenario ini, negara berpenghasilan menengah ke atas membayar 100 persen dari biaya tambahan tahunan yang diperlukan untuk meningkatkan paket inti intervensi gizi di negara mereka. Negara berpenghasilan menengah ke bawah dan negara berpenghasilan rendah masing-masing membayar 70 persen dan 50 persen dari biaya tambahan tahunan pada tahun 2025. Pada tahun 2025, total kontribusi untuk nutrisi akan mewakili kurang dari 1 persen dari total pengeluaran kesehatan pemerintah yang diproyeksikan untuk negara berpenghasilan menengah ke atas, kurang dari 2 persen untuk negara berpenghasilan menengah ke bawah, dan sekitar 6 persen untuk negara berpenghasilan rendah (Dieleman, Templin et al. 2016).<sup>21</sup>

Keputusan tentang bagaimana mengalokasikan sumber daya untuk kesehatan bergantung pada banyak faktor, termasuk beban, efektivitas biaya intervensi, kemampuan dan kemauan mitra pembangunan untuk berkontribusi, kompromi antarwaktu (yaitu, menyeimbangkan kontribusi jangka pendek dengan keuntungan jangka panjang seperti pengawasan dan pemantauan), dan kesetaraan kesehatan (Dieleman dan Haakenstad 2015; Resch, Ryckman, dan Hecht 2014). Tingginya beban malnutrisi yang ada saat ini, dikombinasikan dengan bukti kuat untuk intervensi hemat biaya untuk mencegah dan mengobati malnutrisi, harus menjadi penyebab percepatan prioritas gizi—tidak hanya di bidang kesehatan tetapi di semua sektor terkait gizi. Analisis yang disajikan di sini dapat membantu memprioritaskan gizi dalam investasi kesehatan global yang utama kesehatan reproduksi, ibu, bayi baru lahir, dan anak yang mencakup gizi sebagai tema lintas bidang (Black et al. 2016; Stenberg et al. 2013).

Dengan kombinasi dari kemauan politik, advokasi yang luas, dan investasi yang cerdas, adalah mungkin untuk bergerak menuju target nutrisi global—tetapi hanya jika komunitas global benar-benar bersatu untuk mempercepat dan mempertahankan pembiayaan dan tindakan. Apa yang diperlukan untuk memobilisasi dukungan yang memadai untuk transisi ke skenario solidaritas global? Diskusi lengkap tentang pertanyaan penting tersebut memerlukan komentar mendalam yang berada di luar cakupan bab ini, yang tujuan utamanya adalah untuk memberikan penjelasan teknis tentang angka dasar yang menentukan pembiayaan nutrisi di masa depan jika peningkatan ingin dicapai.

Namun demikian, berikut ini poin ditawarkan sebagai titik awal untuk diskusi strategi yang lebih besar yang akan diperlukan.

**Pembelaan.** Upaya advokasi yang ditujukan untuk memajukan agenda nutrisi akan diperlukan di tingkat lokal, negara bagian, nasional, dan internasional. Pesan kebijakan utama perlu menjangkau semua sektor terkait untuk memaksimalkan peluang investasi nutrisi dan meningkatkan pendanaan secara multisektoral.

**Politik pengambilan keputusan.** Kemencapai target gizi global pada tahun 2025, cepat dan mobilisasi sumber daya yang diprioritaskan akan diperlukan. Skenario solidaritas global menempatkan tanggung jawab pembagian biaya yang besar pada pembiayaan dalam negeri dari pemerintah dengan beban tinggi. Hal ini sejalan dengan kesepakatan tentang pembiayaan berkelanjutan dari konferensi Financing for Development yang diadakan di Addis Ababa pada Juli 2015. Agar kontribusi pemerintah meningkat, kasus investasi untuk gizi, negara demi negara, perlu disampaikan kepada pihak yang tepat. - Melibatkan para pemimpin politik dan pemangku kepentingan dan perlu menyertakan kementerian keuangan untuk setiap negara.

Peningkatan pembiayaan nutrisi mengharuskan para pemimpin berkomitmen untuk meningkatkan investasi nutrisi dan memprioritaskan nutrisi dalam anggaran mereka. Ini akan dibutuhkan baik di dalam negeri maupun di dalam organisasi mitra pembangunan eksternal untuk memobilisasi tambahan \$70 miliar pada tahun 2025.

**Prioritas.** Seperti dibahas dalam bab sebelumnya, di bawah sumber daya terbatas, prioritas harus diberikan pada tindakan yang paling hemat biaya yang dapat segera ditingkatkan. Peningkatan upaya untuk penelitian dan ilmu implementasi dapat membantu meningkatkan efisiensi teknis intervensi (menurunkan biaya dan memaksimalkan dampak), dan memaksimalkan peluang pemberian layanan untuk intervensi.

**Implementasi secara luas.** Cukup mencapai sasaran \$70 miliar sebagai tambahan Pembiayaan nasional tidak akan cukup karena keterbatasan implementasi dan kapasitas merupakan komponen penting untuk peningkatan. Bahkan dengan sumber daya keuangan yang besar, banyak faktor lain—termasuk dukungan teknis, sistem pengiriman, dan infrastruktur pendukung—akan perlu bekerja dengan sinergi yang baik. Pertimbangan daya serap perlu mendapat perhatian.

**Pemantauan dan akuntabilitas.** Semua pemangku kepentingan perlu dimintai pertanggungjawaban atas komitmen mereka melalui pelacakan, analisis, dan pelaporan sumber daya yang lebih baik.ing untuk investasi keuangan untuk nutrisi. Selain itu, menghubungkan investasi dengan keluaran dalam hal indikator gizi yang lebih baik di seluruh tujuan global akan membantu meningkatkan program berbasis bukti yang ditargetkan. Meskipun analisis ini mewakili perkiraan pertama pada investasi saat ini untuk nutrisi secara global, analisis di masa mendatang akan bergantung pada sistem penelusuran pengeluaran yang berkelanjutan dan lebih baik serta data pembiayaan yang lebih baik. Bagi pemerintah, ini berarti peningkatan fokus pada penelusuran sumber

daya untuk gizi, sebaiknya melalui sistem penelusuran keuangan yang dilembagakan yang memantau kemajuan menuju rencana gizi berbiaya. Untuk donor, penting untuk mempertimbangkan cara merevisi cara pemberian kode ODA untuk gizi. Seperti dijelaskan di atas, kode nutrisi dasar saat ini mencakup lebih dari apa yang biasanya dianggap spesifik nutrisi, sementara kode kesehatan dan darurat lainnya mencakup jumlah yang signifikan untuk intervensi khusus gizi. Definisi yang direvisi dari kode gizi dasar dapat mengecualikan skema pemberian makan di sekolah, ketahanan pangan rumah tangga, dan program sensitif gizi lainnya; dan pada saat yang samawaktu penanda kebijakan dapat ditempatkan untuk menandai pencairan lintas sektor dan kode tujuan yang terkait dengan gizi. Ini tidak hanya akan meningkatkan pelacakan sumber daya untuk intervensi khusus nutrisi, tetapi juga akan memungkinkan untuk melacak investasi yang sensitif terhadap nutrisi.

**Peningkatan dalam determinan yang mendasari malnutrisi.** Meskipun analisis ini berfokus pada biaya intervensi khusus nutrisi berdampak tinggi, penting untuk dicatat bahwa, agar program ini berhasil, penyebab dasar malnutrisi harus ditangani melalui program sensitif nutrisi multisektoral. Upaya dalam air, sanitasi, dan kebersihan (WASH); pertanian; pengentasan kemiskinan dan jaminan sosial; pendidikan; dan program sensitif nutrisi lainnya harus dilanjutkan dan ditingkatkan. Analisis biaya dan pembiayaan pada program yang peka terhadap gizi diperlukan untuk studi di masa mendatang, terutama penilaian biaya marjinal yang terkait dengan pembuatan program yang “lebih” peka gizi dengan membangun komponen inti yang berorientasi gizi di seluruh sektor.

## Catatan

1. Kata pemerintah dalam bab ini mengacu pada otoritas nasional negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, yang sebagian besar berada di Afrika, Asia, dan Amerika Latin. Sebutan lain yang terkadang digunakan di sini dan di tempat lain untuk konsep yang sama termasuk negara, pemerintah negara, negara atau pemerintah penerima bantuan, dan negara atau pemerintah yang dibantu donor. Negara berkembang, yang tidak digunakan di sini, umum digunakan di tempat lain. Negara dan pemerintah berpenghasilan tinggi dikecualikan dari definisi ini; mereka tercakup dalam bagian ODA.
2. ODA mengacu pada bantuan pembangunan resmi dan jenis bantuan serupa. Ini terdiri dari badan-badan bantuan bilateral (dan negara-negara berpenghasilan tinggi tempat mereka berada), organisasi multilateral, dan berbagai macam lembaga amal (paling tidak di antaranya adalah organisasi nonpemerintah internasional yang besar). Dukungan dari konsorsium penyandang dana ODA, khususnya *Global Financing Facility* (GFF) dan *Power of Nutrition*, juga penting.
3. *Sumber lain* termasuk rumah tangga (terutama melalui pembelian produk dan layanan terkait gizi); sektor swasta (sebagai investor dalam usaha terkait nutrisi, dan sebagai pembeli dan penjual hasil mereka, dan, lebih jarang, sebagai pendukung amal); dan penyandang dana non-negara seperti organisasi nonpemerintah yang tidak didanai oleh bantuan bilateral atau multilateral sehingga tidak dihitung bersama dengan entitas yang lebih besar di bawah ODA.
4. Pendanaan untuk nutrisi dari masyarakat sipil, organisasi nonpemerintah, organisasi filantropi, dan sumber lain yang tidak mudah ditangkap bisa sangat

besar. Di sanabanyak organisasi nonpemerintah kecil dan menengah di negara berpenghasilan rendah dan menengah yang mungkin tidak dapat dilacak melalui pelaporan donor atau melalui perbendaharaan nasional. Jenis kontribusi ini disebut sebagai sumber di luar anggaran dan sangat sulit dilacak (SPRING 2016a, 2016b). Sayangnya, saat ini hanya ada sedikit atau tidak ada data untuk memperkirakan bagian mereka dalam pembiayaan nutrisi global. Dengan demikian, mereka dikeluarkan dari analisis saat ini.

5. “Harmonisasi Global Metode Analisis Anggaran dan Pengeluaran untuk Gizi.” Lokakarya JSI diadakan pada tanggal 3–4 November 2015, di Arlington, VA.
6. Jika jumlah yang dibelanjakan tidak dapat diperoleh, jumlah yang dianggarkan digunakan. Sering belanjajauh dari target anggaran, tetapi perbedaannya umumnya tidak terlalu besar untuk keperluan analisis ini. Kajian Pengeluaran Publik Tanzania untuk nutrisi menemukan bahwa 79 persen dari jumlah yang dianggarkan benar-benar dibelanjakan (Republik Tanzania, Kementerian Keuangan 2014). Metode dan pendekatan yang digunakan dalam bab ini dipresentasikan kepada—dan menerima dukungan umum dari—berbagai pertemuan para ahli selama studi termasuk melalui *Technical Advisory Group* (TAG). Misalnya, pada lokakarya “*Global Harmonization of Budget and Expenditure Analysis Methods for Nutrition*” yang diadakan pada tanggal 3–4 November 2015, di Arlington, VA, terdapat konsensus luas bahwa metode tersebut sesuai.
7. Pengeluaran pemerintah untuk kesehatan per kapita ditemukan berhubungan dengan pengeluaran pemerintah untuk gizi per anak pendek ( $r$ -square adalah 0,58; koefisien regresi 1,69). Analisis residual tidak menemukan bias yang signifikan. Untuk meminimalkan dampak potensial dari outlier ekstrim (dan kemungkinan data yang salah), negara dengan pengeluaran terendah (Sudan Selatan) dan negara dengan pengeluaran tertinggi (Kosta Rika) dihilangkan.
8. Relevan dengan nutrisidata alokasi dan penggunaan anggaran dilaporkan oleh Kementerian Pembangunan Perempuan dan Anak Pemerintah India melalui Lok Sabha (Pertanyaan Tanpa Bintang No 861, dijawab pada 2 Februari 2015, dalam basis data pertanyaan Lok Sabha; lihat Lok Sabha, Parlemen dari India (2016)). Dokumen anggaran NHM diunduh dari NHM, Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan Keluarga, situs web Pemerintah India <http://nrhm.gov.in/nrhmin-state.html>. Sekitar \$50 juta dihabiskan melalui NHM untuk intervensi khusus nutrisi pada tahun 2013–14. Pada tahun 2013–14, Pemerintah India mengeluarkan sekitar \$1 miliar kepada negara bagian untuk Program Nutrisi Tambahan (SNP) yang disampaikan melalui Layanan Pengembangan Anak Terintegrasi, yang menyatakan sama-sama cocok, menghasilkan sekitar \$2 miliar untuk program tersebut. Pembiayaan untuk program tersebut diikutsertakan dalam analisis karena program tersebut memasukkan pemberian makanan pendamping ASI kepada rumah tangga rentan yang membutuhkan. Namun, sebagian dari pendanaan itu diberikan kepada anak yang lebih tua (25 bulan hingga 6 tahun) daripada bunga 6–24 bulan di sini. Berdasarkan data penerima program SNP yang dilaporkan Pemerintah India, 45 persen dari total diasumsikan tetap ada setelah pengecualian itu. Lihat Lok Sabha, Parlemen India (2016), Pertanyaan Tanpa Bintang No 1327, dijawab 18 Juli 2014.
9. Kategori tata kelola meliputi pengelolaan informasi, pemantauan dan evaluasi, pengawasan, penelitian, koordinasi dan kemitraan, advokasi, komunikasi, pengembangan kebijakan, dan pembangunan kapasitas sistem.
10. Agar tidak melebihi-lebihkan pengeluaran untuk wasting di negara-negara dengan

prevalensi wasting rendah, diasumsikan bahwa negara-negara dengan prevalensi wasting kurang dari 5 persen tidak berinvestasi dalam pengelolaan malnutrisi akut karena kemungkinan tidak akan menjadi prioritas bagi negara-negara tersebut. Proporsi untuk intervensi lain kemudian dinormalisasi menjadi 100 persen.

11. Pada saat analisis dilakukan, data tahun 2013 merupakan informasi terbaru yang tersedia, dan analisis tingkat intervensi dilakukan dengan menggunakan set data ini. Pembiayaan untuk tahun-tahun berikutnya (2014 dan 2015) diestimasi dengan menggunakan tingkat pertumbuhan tahunan OECD untuk masing-masing tahun (masing-masing 1,8% dan 1,9%). Lihat Data OECD, 2014, Perkiraan nyata PDB, tersedia di <https://data.oecd.org/gdp/real-gdp-forecast.htm>. Setelah itu, data pencairan 2014 tersedia dan dilaporkan sebesar \$937 juta, yang mana \$26 juta lebih rendah dari yang diperkirakan berdasarkan pertumbuhan OECD. Karena adanya jeda waktu dua tahun dalam pelaporan CRS dan metode yang membutuhkan banyak sumber daya untuk mengekstrak data tingkat intervensi, maka tidak mungkin untuk menentukan apakah intervensi atau prioritas donor negara penerima berubah antara tahun 2013 dan 2015. Semua angka tahun 2015 yang dilaporkan dalam bab ini untuk ODA untuk gizi didasarkan pada analisis data tahun 2013 karena data tersebut adalah data yang paling baru pada saat analisis dilakukan. Pekerjaan di masa depan untuk melacak sumber daya ini dari tahun ke tahun diperlukan untuk tujuan pemantauan dan akuntabilitas.
12. Untuk memperkirakan bagaimana pencairan regional didistribusikan ke negara-negara di dalam kawasan, pencairan regional diasumsikan tersebar di negara-negara di setiap kawasan dalam proporsi yang sama dengan jumlah yang langsung masuk ke negara-negara tersebut. Bantuan yang diklasifikasikan sebagai “tidak ditentukan” dikecualikan karena tidak dapat diberikan secara pasti ke suatu negara atau wilayah.
13. Beberapa kategori memerlukan perhatian khusus. Misalnya, “peningkatan kapasitas” sering terjadi untuk dipisahkan dari “penelitian dan pengembangan,” dan intervensi nutrisi yang berkaitan dengan penelitian ini harus diisolasi dari jenis inisiatif terkait nutrisi lainnya. Dalam kebanyakan kasus, deskripsi proyek memberikan petunjuk yang baik untuk menyusun asumsi yang mencerminkan kenyataan.
14. Data anggaran pengeluaran Guatemala saat ini untuk nutrisi per anak di bawah 5 tahun hampir dua kali lipat dari negara tertinggi berikutnya (India). Tidak termasuk Guatemala sebagai *outlier*, pengeluaran rata-rata di seluruh negara berpenghasilan menengah ke bawah adalah \$2,79 dengan standar deviasi 4,70.
15. Ini termasuk \$54 juta yang dilaporkan oleh CRS yang disalurkan untuk nutrisi dasar melalui *International Development Association* (IDA). Namun, ini adalah sebagian kecil dari total portofolio nutrisi dari Grup Bank Dunia. Sebagaimana dinyatakan oleh CRS, “perbedaan antara data OECD ini (berdasarkan laporan Bank Dunia) dan data yang diterbitkan oleh Bank Dunia untuk sektor dan tema ekonomi (yaitu, tujuan kegiatan), disebabkan oleh penggunaan sistem klasifikasi yang berbeda. Taksonomi yang digunakan oleh World Bank memberikan gambaran terpilah tentang kegiatan Bank Dunia yang lebih selaras dengan mandat dan model bisnisnya” (OECD 2015), dan tidak mungkin melacak kontribusi IDA/IBRD untuk nutrisi melalui database OECD/CRS. Hal ini semakin diperumit oleh fakta bahwa dana IDA/IBRD tidak dapat dialokasikan untuk komitmen di masa mendatang.

16. Sebagian besar bantuan yang masuk ke Suriah adalah untuk pengobatan malnutrisi akut yang parah.
17. Kartu penilaian *ACTION* mengindikasikan banyak komitmen ODA yang keluar dari jalurnya.
18. Karena investasi yang sensitif terhadap nutrisi termasuk dalam nutrisi dasar, serta intervensi khusus nutrisi yang tidak relevan, hanya 76 persen (\$1,57 miliar) dari komitmen Nutrisi untuk Pertumbuhan 2013 yang dikaitkan dengan empat target. Pembiayaan ini dibagi rata setiap tahun selama 2013–2020, dan dipertahankan pada level tersebut selama 2021–25.
19. Kontribusi rumah tangga dihasilkan dengan menghitung persentase rumah tanggayang secara teratur membelanjakan komoditas ini menggunakan data MICS UNICEF, dan menggunakan bagian ini untuk perkiraan biaya tambahan. Ini termasuk \$505 juta pengeluaran sendiri untuk suplemen zat besi dan asam folat untuk wanita tidak hamil yang dilaporkan di bab sebelumnya, dan jumlah yang relatif sederhana untuk semua komoditas mikronutrien lainnya.
20. Perhatikan bahwa dukungan untuk pengobatan intermiten dugaan malaria pada kehamilan di daerah endemik malaria (total biaya = \$416 juta) tidak termasuk dalam skenario solidaritas global. Itu karena pembiayaan untuk tujuan itu kemungkinan akan datang di bawah prakarsa lain, mungkin terkait dengan sumber yang mendanai bidang ini saat ini, termasuk Prakarsa Malaria Presiden dan Dana Global untuk Memerangi AIDS, TB, dan Malaria.
21. Di Sini, total pengeluaran kesehatan pemerintah pada tahun 2025 diperkirakan berdasarkan total pengeluaran kesehatan per kapita yang dilaporkan dari Dieleman, Templin et al. (2016) dan perkiraan populasi dari Divisi Populasi PBB, Prospek populasi dunia, <http://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>. Perhatikan bahwa rata-rata seluruh kelompok pendapatan di sini hanya sedikit berbeda dari rata-rata 2,9 persentase seluruh kelompok pendapatan dilaporkan untuk skenario solidaritas global, yang berasal dari proyeksi penulis.

## Referensi

- ACF (Action Against Hunger). 2012. *Aid for Nutrition: Can Investments to Scale Up Nutrition Actions Be Accurately Tracked?* [http://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/Aid\\_for\\_Nutrition\\_low\\_res\\_final.pdf](http://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/Aid_for_Nutrition_low_res_final.pdf).
- Bahl, K., E. Toro, C. Qureshi, and P. Shaw. 2013. *Nutrition for a Better Tomorrow: Scaling Up Delivery of Micronutrient Powders for Infants and Young Children*. Washington, DC: Results for Development Institute. <http://www.resultsfordevelopment.org/nutrition-for-a-better-tomorrow>.
- Black, R. E., C. Levin, N. Walker, D. Chou, and M. Temmerman for the DCP3 RMNCH Authors Group. 2016. “Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Key Messages from Disease Control Priorities 3rd Edition.” *The Lancet Online First*. 388 (10061): 2811–24. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00738-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00738-8).
- Dieleman, J. L., and A. Haakenstad. 2015. “The Complexity of Resource Allocation for Health.” *The Lancet Global Health* 3 (1): e8–e9. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70373-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70373-0).
- Dieleman, J. L., M. T. Schneider, A. Hakenstad, L. Singh, N. Sadat, M. Birger, A. Reynolds, T. Templin, H. Hamavid, A. Chapin, J. L. Christopher, and M. D. Murray. 2016. “Development Assistance for Health: Past Trends, Associations, and the Future of International Financial Flows for Health.” *The Lancet* 387 (10037): 2536–44.
- Dieleman, J. L., T. Templin, N. Sadat, P. Reidy, A. Chapin, K. Foreman, A. Haakenstad, T. Evans, C. J. L. Murray, and C. Kurowski. 2016. “National Spending on Health by Source for 184

- Countries between 2013 and 2040.” *The Lancet* 387 (10037): 2521–35.
- IFPRI (International Food Policy Research Institute). 2015. *Global Nutrition Report 2015: Actions and Accountability to Advance Nutrition and Sustainable Development*. Washington, DC: IFPRI.
- . 2016. *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. Washington, DC: IFPRI.
- Kim, J. Y. 2013. “Time for Even Greater Ambition in Global Health.” *The Lancet* 382 (9908): e33–e34.
- Leive, A., and K. Xu. 2008. “Coping with Out-of-Pocket Health Payments: Empirical Evidence from 15 African Countries.” *Bulletin of the World Health Organization* 86 (11): 849–56C.
- Lok Sabha, Parliament of India. 2016. Lok Sabha, List of Questions for ORAL ANSWERS (database of questions). <http://164.100.47.192/Loksabha/Questions/questionlist.aspx>.
- MCHIP (Maternal and Child Health Integrated Program). 2012. *Successes and Challenges for Malaria in Pregnancy Programming: A Three-Country Analysis*.
- NCD-RisC (NCD Risk Factor Collaboration). 2016. “Trends in Adult Body-Mass Index in 200 Countries from 1975 to 2014: A Pooled Analysis of 1698 Population-Based Measurement Studies with 19.2 Million Participants.” *The Lancet* 387 (10026): 1377–96. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30054-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X).
- Nutrition for Growth Secretariat (UK). 2013. *Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary*. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2015. Creditor Reporting System Database (CRS), (accessed October 19, 2015), <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1>.
- . 2016. Creditor Reporting System Database (CRS), (accessed September 19, 2016), <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1>.
- Rannan-Eliya, R. P., C. Anuranga, J. Chandrasiri, R. Hafez, G. Kasthuri, R. Wickramasinghe, and J. Jayanthan. 2012. *Impact of Out-of-Pocket Expenditures on Families and Barriers to Use of Maternal and Child Health Services in Asia and the Pacific: Evidence from National Household Surveys of Healthcare Use and Expenditures*. Mandaluyong City, Philippines: Asian Development Bank.
- Resch, S., T. Ryckman, and R. Hecht. 2014. “Funding AIDS Programmes in the Era of Shared Responsibility: An Analysis of Domestic Spending in 12 Low-Income and Middle-Income Countries.” *Lancet Global Health* 3: e52–61.
- Save the Children and CSONA (Civil Society Organization Nutrition Alliance Malawi). 2015. *Unpublished data on Budget Analysis for Nutrition*.
- Siekmann, J., A. Timmer, and L. Irizarry. 2012. “Home Fortification Using Market-Based Approaches to Complement Free Public Distribution of Micronutrient Powders (MNP).” 34–38. In *Home Fortification with Micronutrient Powders (MND)*. 34–38. Basel, Switzerland: Sight and Life. [https://www.dsm.com/content/dam/dsm/cworld/en\\_US/documents/home-fortification-with-micronutrient-powders-joint-publication-by-the-world-food-programme-sight-and-life-unicef-cdc-and-hf-tag.pdf](https://www.dsm.com/content/dam/dsm/cworld/en_US/documents/home-fortification-with-micronutrient-powders-joint-publication-by-the-world-food-programme-sight-and-life-unicef-cdc-and-hf-tag.pdf).
- SPRING. 2016a. *Pathways to Better Nutrition in Nepal: Final Report*. Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project.
- . 2016b. *Pathways to Better Nutrition in Uganda: Final Report*. Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project.
- Stenberg, K., H. Axelson, P. Sheehan, I. Anderson, A. M. Gülmezoglu, M. Temmerman, et al. 2013. “Advancing Social and Economic Development by Investing in Women’s and Children’s Health: A New Global Investment Framework.” *The Lancet* 383 (9925): 1333–54.
- SUN (Scaling Up Nutrition). 2014. *Planning and Costing for the Acceleration of Actions for Nutrition: Experiences of Countries in the Movement for Scaling Up Nutrition*. <http://scalingupnutrition>.

org/wp-content/uploads/2014/05/Final-Synthesis-Report.pdf.

- Tandon, A., and C. Cashin. 2010. "Assessing Public Expenditure on Health from a Fiscal Space Perspective." Health, Nutrition and Population Discussion Paper, World Bank, Washington, DC. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/AssesingPublicExpenditureFiscalSpace.pdf>.
- Thiam, S., V. Kimotho, and P. Gatonga. 2013. "Why Are IPTp Coverage Targets So Elusive in Sub-Saharan Africa? A Systematic Review of Health System Barriers." *Malaria Journal* 12 (1): 353.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2016. *Fast-Track Update on Investments Needed in the AIDS Response*. Geneva: UNAIDS.
- United Republic of Tanzania, Ministry of Finance. 2014. *Public Expenditure Review of the Nutrition Sector: Main Report*. Innovex. <http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2014/08/Nutrition-PER-Final-version-April-2014.pdf>.

