

Kepentingan Publik yang harus ada dalam RUU Kesehatan

Center for Indonesia's Strategic
Development Initiatives

Pengantar

RUU Kesehatan akan secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi kesehatan semua warga Indonesia, dan untuk itu proses legislasinya perlu dipastikan optimal. Kritik untuk proses sejak awal pembuatan naskah RUU Kesehatan mengiringi penyusunan, mulai dari minimnya pelibatan bermakna masyarakat sipil dalam proses penyusunan naskah akademik, hingga terbatasnya akses publik terhadap naskah RUU bahkan ketika proses legislasinya sudah menuju tingkat dua. Dalam naskah awal RUU Kesehatan 7 Februari 2023 dan Daftar Inventarisasi Masalah (DIM) Pemerintah yang beredar tidak resmi di publik, kami menemukan beberapa isu krusial masih tertinggal. Padahal, isu ini akan mempengaruhi upaya penguatan sistem kesehatan yang tumbang akibat pandemi, di antaranya **Mandatory Spending 10% dari APBN dan APBD, belum terlembagakannya kader kesehatan, serta belum diwajibkannya pemberian insentif bagi kader kesehatan sebagai isu krusial dalam RUU Kesehatan.**

Pesan Kunci

- **Kebijakan Mandatory Spending 10% diperlukan untuk mengunci komitmen anggaran pemerintah pusat dan daerah** untuk menyediakan hak dasar untuk kesehatan juga penguatan sistem kesehatan nasional mengingat adanya kewajiban konsolidasi fiskal serta persaingan prioritas yang membutuhkan insentif untuk pemulihran
- **Persoalan penerjemahan anggaran untuk kesehatan di tingkat daerah seharusnya tidak menjadi alasan penghapusan kebijakan Mandatory Spending 10% untuk kesehatan.** Secara paralel, pemerintah pusat harus meningkatkan kualitas supervisi, memperbaiki indikator capaian pembangunan bidang kesehatan, penambahan indikator performa untuk dana transfer pusat serta menguatkan koordinasi dengan daerah untuk tingkatkan kualitas perencanaan dan realisasi anggaran.
- **Penghapusan kebijakan Mandatory Spending 10% berisiko meningkatkan angka pengeluaran individu (out-of-pocket) untuk mengakses layanan kesehatan.** Dengan demikian keterjangkauan masyarakat terhadap layanan kesehatan akan semakin menurun
- **RUU Kesehatan harus menjadi payung hukum yang memberikan kepastian terhadap pemberian insentif (baik upah maupun non-upah) kader kesehatan.** Selain itu, ketergantungan sistem kesehatan terhadap kader membuat pengakuan kader kesehatan sebagai tenaga penunjang atau pendukung kesehatan penting untuk diakomodir dalam RUU Kesehatan.

Melalui dokumen kebijakan ini, CISDI akan menjelaskan lebih rinci mengapa kebijakan Mandatory Spending perlu dipertahankan, serta pentingnya pemberian insentif, dan pelembagaan kader kesehatan dalam RUU Kesehatan.



Rekomendasi 1

Urgensi *Mandatory Spending*: Komitmen Negara terhadap Kesehatan Masyarakat

Indonesia Health System Review 2017 menyebutkan bahwa **tren perencanaan anggaran kesehatan** di Indonesia sangat dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu **alokasi historis, target program pemerintah, hingga keputusan partai politik penguasa khususnya di tingkat daerah** (Trisnantoro et al., 2017). Ketiga faktor tersebut menunjukkan betapa **rentannya komitmen pemerintah terhadap pembangunan kesehatan, khususnya bila tidak dikawal dengan indikator absolut**. Sebagai catatan, anggaran kesehatan Indonesia di periode awal pandemi hanya sebesar 3.41% dari total GDP, jauh di bawah rekomendasi *World Bank* 5% (*World Bank*, 2021). Kenaikan anggaran kesehatan pun hanya terjadi dalam periode fiskal 2021-2022 yakni saat pemerintah harus merespon kedaruratan pandemi yang belum terkendali (Kemenkeu, 2022).

Sejumlah studi menunjukkan rendahnya komitmen anggaran kesehatan di Indonesia. Dalam rentang tahun 2015-2018, tercatat **anggaran kesehatan Indonesia hanya sebesar 2% terhadap GDP**, atau setengah dari anggaran kesehatan negara dengan kemampuan ekonomi serupa lainnya. Dalam studi yang sama, mayoritas anggaran tersebut disalurkan untuk pembiayaan rumah sakit (kuratif), meninggalkan **penguatan layanan kesehatan primer yang menurut WHO memerlukan setidaknya komitmen anggaran sebesar 1% GDP** (Wiseman et al., 2018). Di luar studi tersebut, laporan *National Health Account 2023* menyebutkan pengeluaran *out of pocket* di Indonesia dalam 5 tahun terakhir masih di atas 20%, melebihi ambang batas rekomendasi WHO untuk mencapai target UHC (Kemenkes, 2023)

Bila Indonesia ingin mengejar pembangunan sistem kesehatan nasional yang tangguh, Indonesia tidak boleh terjebak dalam tren penurunan anggaran kesehatan secara global yang diprediksi, sejumlah lembaga seperti *OECD, World Bank*, dan *Center for Global Development (CGD)* sebagai dampak dari konsolidasi fiskal. Menurut Mazzucato (2023), ketiadaan komitmen politik disertai dengan minimnya akuntabilitas dalam penerjemahan membuat anggaran kesehatan tidak pernah diposisikan sebagai investasi jangka panjang. *CGD* (2023) menambahkan belum dimasukkannya indikator kesehatan dalam skenario *counter-cyclical* fiskal pada mayoritas negara LMIC meningkatkan risiko anggaran kesehatan oleh pemerintah diturunkan.

Padahal, sejumlah studi menunjukkan **korelasi positif antara peningkatan anggaran kesehatan pemerintah dengan menurunnya angka pembiayaan mandiri masyarakat** akan kebutuhan layanan kesehatan (*out of pocket spending*), **serta meningkatnya derajat kesehatan masyarakat** (*RESYST*, 2017; *WHO*, 2017; *OECD*, 2017; *Wiseman et al.*, 2018; *Asante*, 2018). Studi *Murad Bein et al.* (2020) di 8 negara Afrika menunjukkan adanya **korelasi positif antara peningkatan health expenditure pemerintah dengan penurunan jumlah kasus Tuberkolosis, kematian lansia, kematian ibu, hingga prevalensi HIV**. Hal ini dikarenakan *government spending* terbukti berkontribusi positif terhadap peningkatan keterjangkauan layanan oleh masyarakat (*Bein et al.*, 2020). Selain meningkatkan keterjangkauan, *OECD* menjelaskan bahwa peningkatan 10% pengeluaran pemerintah terhadap GDP untuk kesehatan dapat **meningkatkan 3,5 bulan angka harapan hidup populasi** (*OECD*, 2018).

Menurut CISDI, penghapusan *Mandatory Spending* akan berdampak langsung dalam dua level kebijakan, yaitu mulai dari risiko hilangnya komitmen untuk pelayanan hak dasar kesehatan serta penguatan sistem kesehatan nasional dari aspek tata kelola,



hingga risiko meningkatnya pengeluaran individu (*out-of-pocket*) terhadap layanan kesehatan. Persoalan penerjemahan anggaran di tingkat daerah seharusnya tidak menjadi alasan penghapusan kebijakan *Mandatory Spending* 10% untuk kesehatan. Secara paralel, **pemerintah pusat harus meningkatkan kualitas supervisi, memperbaiki indikator capaian pembangunan bidang kesehatan, penambahan indikator performa untuk dana transfer pusat, serta menguatkan koordinasi dengan daerah untuk tingkatkan kualitas perencanaan dan realisasi anggaran.**

Rekomendasi 2

Menempatkan Kesejahteraan Kader Kesehatan dalam RUU Kesehatan

Pengakuan kader kesehatan sebagai SDMK tenaga penunjang atau pendukung kesehatan penting karena hak dan kewajiban kader sepatutnya juga dilindungi secara hukum seperti hak dan kewajiban tenaga kesehatan dan tenaga medis yang tertera pada Pasal 282 – 284.

Selama ini, CISDI melalui intervensi di lapangan menemukan bahwa pemberian insentif bagi kader tidak dapat dijamin oleh anggaran pemerintah desa maupun daerah karena tidak ada aturan yang mengharuskan adanya anggaran tersebut. Tidak adanya aturan tersebut membuat tidak adanya standarisasi insentif kader, baik dari segi jumlah penerima maupun besaran uangnya. Oleh karena itu mekanisme kompensasi dan umpan balik atas performa kader harus dimulai dari pengakuan hak dasar kader dimulai dari dasar hukum yang tertinggi, yakni RUU Kesehatan

Ketergantungan sistem kesehatan terutama layanan kesehatan primer pada kader yang bersifat sukarela sudah tidak sesuai dengan agenda internasional terkait pekerjaan yang layak (SDG 8 - pekerjaan yang layak dan pertumbuhan ekonomi). WHO (2018) melalui *Guideline on Health Policy and System Support to Optimize CHW Programmes* merekomendasikan remunerasi kader kesehatan berdasarkan dengan tuntutan pekerjaan, kompleksitas, jumlah jam kerja, pelatihan dan tupoksi. Hal ini juga sejalan dengan rekomendasi *International Labour Organization*.

CISDI merekomendasikan remunerasi kader ditetapkan berdasarkan jam kerja, jumlah hari kerja, jumlah kepala keluarga yang dikunjungi per hari, dan target KK yang dikunjungi atau tugas lainnya per bulan. Nominal upah yang ditetapkan harus dari hasil kajian literatur praktik negara lain terkait kader / *community health workers*, survei kebutuhan kader di Indonesia, kebutuhan masyarakat daerah, dan kapasitas pemerintah. Remunerasi penting karena penelitian menemukan bahwa kader memiliki performa yang lebih baik dengan adanya insentif finansial.

Penelitian Gadsden et al. (2021) di Malang menunjukkan bahwa pemberian insentif finansial lebih disukai oleh kader dibandingkan pemberian insentif non-finansial, terutama karena insentif finansial dapat membantu pembiayaan kebutuhan rumah tangga mereka. Performa kader yang mendapat insentif finansial juga ditemukan meningkat setelah adanya skema pemberian insentif finansial pada penelitian tersebut. Kajian publikasi internasional juga insentif finansial lebih baik dibandingkan insentif non-finansial (Kok et al., 2014).