

# Menjaga Arah Rencana Induk Bidang Kesehatan untuk Kesehatan Masyarakat

*Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives*

## Pesan Kunci

Rancangan Induk Bidang Kesehatan (RIBK) yang dicanangkan oleh pemerintah memiliki potensi yang besar untuk optimalisasi kepentingan kesehatan masyarakat. Adapun CISDI merekomendasikan dua hal yang dapat semakin memaksimalkan potensi RIBK.

- Inkorporasi prinsip *whole-of-society* atau kolaborasi multi-aktor dalam perencanaan, implementasi, *monitoring*, dan evaluasi RIBK. Perlu dibentuk Komite Kebijakan Kesehatan multisektor yang terdiri dari elemen pemerintah, akademisi/profesional, dan masyarakat sipil untuk mengawal segala proses RIBK.
- Sesuai prinsip pertama, maka perlu ada pendampingan dan supervisi khusus bagi para pemerintah daerah agar dapat bertransisi dari sistem pendanaan yang lama ke sistem pendanaan dengan RIBK.

## Analisa Situasional

UU Nomor 17 tahun 2023 tentang kesehatan resmi menghapuskan *mandatory spending* 5% di tingkat nasional dan 10% di tingkat daerah sebagai salah satu pendekatan pendanaan kesehatan di Indonesia. Sebagai gantinya, Kementerian Kesehatan melalui UU 17/2023 pada pasal 1122-1137 memperkenalkan Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK) yang akan diimplementasikan dalam 3 (tiga) level pemerintahan, yaitu pemerintah pusat, pemerintah provinsi, serta pemerintah kabupaten/kota. Pasal 1125 menjelaskan secara khusus RIBK sebagai **dokumen perencanaan dan penganggaran bidang Kesehatan secara nasional yang disusun berdasarkan prioritas pembangunan Kesehatan sesuai dengan rencana pembangunan jangka panjang nasional dan rencana pembangunan jangka menengah nasional.**

Bila merujuk pasal 1126 naskah Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP), proses penyusunan RIBK nasional akan diorkestrasi oleh Menteri Kesehatan dengan melibatkan Kemenkeu, Kemendagri, Bappenas, serta K/L lainnya yang menyelenggarakan fungsi kesehatan. Adapun penetapan RIBK oleh Presiden sebelumnya harus melalui proses konsultasi bersama DPR RI yang membidangi kesehatan. Akan tetapi, prinsip partisipasi serta mekanisme partisipasi publik belum dimuat di dalam pasal ini yang artinya penyusunan RIBK belum memprioritaskan keterlibatan bermakna publik dalam penyusunannya. Padahal, pengimplementasian kebijakan RIBK berpeluang untuk memperluas keterlibatan multi-pihak termasuk pelibatan bermakna masyarakat sipil dalam penyusunan, implementasi, monitoring-evaluasi kebijakan. Sejumlah studi menunjukkan pendekatan multi-pihak meningkatkan akuntabilitas, transparansi, integritas pemangku kebijakan, serta rasa kepemilikan publik terhadap kebijakan (OECD, 2018; Collier, 2016; Filabi & Bulgarella, 2018).

Sementara dalam konteks kebijakan kesehatan, studi Ortenzi et al., (2022) menunjukkan **pelibatan bermakna masyarakat sipil dalam setiap proses kebijakan dapat meningkatkan keadilan kesehatan**. Hal ini dikarenakan tersedianya mekanisme formal yang memungkinkan kelompok/komunitas/individu terdampak, termasuk kelompok rentan untuk berdialog dan mengambil keputusan sesuai dengan kebutuhan mereka (Ortenzi, et al., 2022). Dengan demikian, **suara masyarakat sipil tidak lagi termarginalkan**.

Di atas kertas, pengimplementasian RIBK dalam konteks pendanaan kesehatan berpotensi meningkatkan kualitas perencanaan dan alokasi, sekaligus mendorong perencanaan anggaran kesehatan sesuai dengan konteks lokal (kebutuhan) daerah. Akan tetapi, sejumlah catatan harus menjadi perhatian selama masa transisi dan implementasi RIBK di Indonesia. Beberapa di antaranya: (1) Perlu adanya prinsip partisipasi pada pasal 1123 mengenai pendanaan kesehatan; (2) Prinsip pelibatan bermakna masyarakat perlu ditekankan dalam penyusunan RIBK pada pasal 1126; serta (3) Peningkatan kapasitas birokrasi agar Pemerintah untuk pelaksanaan RIBK yang optimal.

### **Analisa Dokumen Rancangan PP dan Rekomendasi**

#### **1. Pentingnya penggunaan prinsip *whole-of-society* dalam penyusunan, implementasi, dan supervisi Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK)**

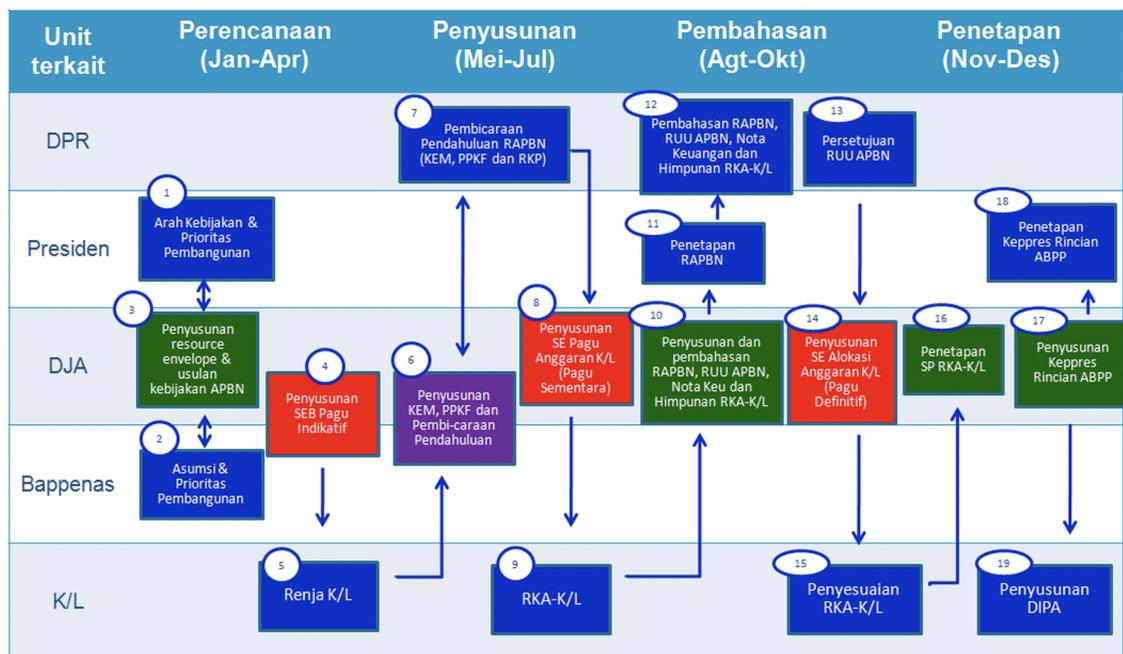
Diimplementasikannya RIBK dalam strategi kebijakan kesehatan di Indonesia sejatinya **berpeluang untuk memperluas keterlibatan lebih banyak aktor termasuk elemen masyarakat sipil di dalamnya**.

Saat ini proses penganggaran untuk sektor kesehatan di Indonesia alurnya mengikuti alur penganggaran yang ditetapkan UU No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (yang sempat diubah melalui Perpu No. 1 Tahun 2020 saat pandemi COVID-19). Selama proses penentuan anggaran, tidak ada keterlibatan pihak non-pemerintah (Wasono & Maulana, 2018). Pihak-pihak yang selama ini terlibat dapat dilihat pada Tabel 1 sedangkan alur proses penyusunan APBN dapat dilihat pada Figur 1.

Tabel 1. Pemetaan aktor proses penganggaran di Indonesia (Wasono & Maulana, 2018)

No	Instansi	Produk	Landasan Hukum	Tahap
1	Bappenas	RPJMN	Perpres	Perencanaan
2	Kementerian/Lembaga	Ranstra K/L		
3	Bappenas dan Kemenkeu	Pagu indikatif	SEB	

4	Kementerian/Lembaga	Renja K/L		
5	Bappenas	RKP	Perpres	
6	Kemenkeu	Pagu Sementara	SE Menkeu	Penganggaran
7	Kementerian/Lembaga	RKA-KL		
8	Kementerian/Lembaga	Himpunan RKA-KL		
9	Kemenkeu	NotaKeu & RAPBN		
10	Pemerintah dan DPR	APBN	UU	Pengesahan Anggaran
11	Kemenkeu	Rincian APBN	Perpres	
12	Kemenkeu	DIPA		Pelaksanaan
13	Pemerintah dan DPR	LKPP	UU	Pertanggung jawaban



Figur 1. Alur Penyusunan APBN di Indonesia ([Health Policy Plus & USAID](#))

Kedua diagram di atas menunjukkan minimnya pelibatan elemen masyarakat sipil dalam proses perencanaan kebijakan dan penganggaran di Indonesia. Studi kasus yang dilakukan oleh Silvia (2022) menunjukkan masih lemahnya pelibatan

masyarakat sipil dalam proses penganggaran dan penyusunan kebijakan di Indonesia (*participatory budgeting*). Tidak jarang pelibatan yang dimaksud hanya bersifat tokenistik semata.

Padahal, dalam studi komparatifnya di 6 negara (Brazil, China, India, Portugal, Mesir, Polandia, dan Rep. Ceko), Silvia (2022) menemukan 4 dampak positif pelibatan masyarakat terhadap tata kelola, di antaranya: (1) Meningkatnya kesadaran politik publik terhadap kebijakan yang diambil; (2) Tersedianya instrumen formal partisipasi publik bagi masyarakat yang berdampak langsung terhadap meluasnya ruang partisipasi bagi kelompok rentan, minoritas, dan yang termarjinalkan; (3) Meningkatnya peran CSO, swasta, dan akademisi dalam pengambilan keputusan; serta (4) Meningkatnya komitmen pemerintah untuk menjalankan program yang diprioritaskan oleh masyarakat (Silvia, 2022).

Sejauh ini, pasal 1126 *draft* RPP memungkinkan diterjemahkannya prinsip intersektoralitas, mengarusutamakan pembangunan kesehatan ke sektor-sektor lain dengan kementerian kesehatan selaku pemegang orkestrasinya. Perkembangan yang layak diapresiasi karena integrasi kebijakan secara vertikal dan horizontal akan mungkin untuk dilakukan. Akan tetapi, secara bertahap **RIBK juga dapat menjadi instrumen yang memungkinkan diaplikasikannya *whole-of-society approach*** (pendekatan seluruh elemen masyarakat) dalam implementasinya. Berdasarkan **pasal 413 pada Bab "Koordinasi dan Sinkronisasi Penguatan Sistem Kesehatan"** di **UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023**, Pemerintah telah berkomitmen untuk melibatkan pihak non-pemerintah dalam koordinasi kebijakan kesehatan, yang seharusnya juga termasuk penyusunan RIBK.

**Sejumlah studi menunjukkan pelibatan masyarakat sipil (*Participatory budgeting*) berdampak positif terhadap penyusunan kebijakan dan penganggaran.** Laporan UNDP berjudul *Governance: A Whole-of-Society Approach* menunjukkan pelibatan masyarakat sipil secara formal **dapat menjaring kebutuhan masyarakat secara tepat, sehingga kebijakan dan prioritas anggaran menyasar kebutuhan masyarakat** sebagai aktor dan penerima manfaat. Temuan tersebut dihasilkan melalui identifikasi 21 studi kasus di Afrika, Amerika latin, dan Asia, 5 studi observasi kuantitatif, dan 1 *randomized control trial* (UNDP, 2023).

Selain itu, **pelibatan masyarakat sipil dalam penyusunan kebijakan dan penganggaran juga berkontribusi positif terhadap meningkatnya akuntabilitas, transparansi, serta integritas pemangku kebijakan.** OECD menyebutkan peningkatan kualitas dari ketiga aspek tata kelola tersebut diakibatkan oleh menguatnya agensi masyarakat sipil dalam

penyusunan kebijakan dan penganggaran, terbentuknya *community responsibility*, serta menguatnya *check and balances* secara langsung oleh masyarakat (OECD, 2018).

**Satu praktik baik yang dapat diimplementasikan, dengan modifikasi sesuai konteks Indonesia, ialah pembentukan mekanisme *National Health Assembly* (NHA) serta *National Health Commission* (NHC) oleh Pemerintah Thailand.** NHC merupakan sebuah komite yang terdiri dari elemen pemerintah, akademisi, serta masyarakat sipil dengan kapasitas untuk melakukan *Joint decision-making* kebijakan kesehatan.

Selain itu, NHC bertanggung jawab untuk menjalankan *National Health Assembly* (NHA), yakni sebuah platform lintas aktor (pemerintah, akademisi, masyarakat sipil) yang aktivitasnya terdiri dari: (1) Agenda setting, (2) Formulasi kebijakan melalui konsultasi publik, (3) Adopsi kebijakan melalui proses pembentukan konsensus, (4) Implementasi kebijakan, (5) Monitoring evaluasi, serta (6) Revisi kebijakan (Nanoot Mathurapote et.,al, 2018).

Dalam implementasinya, **NHA sangat memperhatikan perspektif lokal yang mana pemerintah provinsi diwajibkan menyelenggarakan forum *health assembly* serupa sebagai bagian dari konsolidasi dan pengambilan keputusan bersama di tingkat provinsi.** Keputusan bersama tersebut akan disampaikan di dalam forum nasional untuk proses pengambilan konsensus mengenai kebijakan mana yang akan dijadikan prioritas dalam rencana kerja nasional bidang kesehatan.

Praktik NHA di Thailand juga memperhatikan pelibatan bermakna masyarakat sipil untuk memastikan kebijakan yang didesain tidak meninggalkan kebutuhan komunitas yang paling terdampak. Elemen masyarakat sipil diberikan kapasitas untuk mengambil keputusan, sehingga prinsip *check and balances* dapat diimplementasikan. Akhirnya, **proses penyusunan kebijakan serta kebijakan yang dihasilkan telah mengakomodasi kebutuhan semua pihak, memastikan akuntabilitas dan transparansi RIBK mulai dari penyusunan, adopsi kebijakan, hingga supervisinya.**

#### **Rekomendasi:**

- **Merevisi pasal 1123 draft RPP UU Kesehatan untuk mencantumkan prinsip partisipasi sebagai prinsip utama pendanaan kesehatan.**
- Mendefinisikan prinsip partisipasi sebagai berikut: **“prinsip partisipasi sangatlah krusial untuk memastikan keterlibatan aktif elemen masyarakat sipil dalam pengembangan dan pemantauan kebijakan, termasuk di dalamnya penyusunan anggaran dan penggunaan dana publik”.**

- **Merevisi pasal 1126 ayat 2** menjadi “Penyusunan rencana induk bidang Kesehatan dikoordinasikan oleh Menteri **melalui komite kebijakan kesehatan** dengan melibatkan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Keuangan Negara, Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pembangunan nasional, Menteri yang menyelenggarakan urusan di bidang pemerintahan dalam negeri dan kementerian/lembaga yang menyelenggarakan fungsi Kesehatan, serta **akademisi, profesional, dan elemen masyarakat sipil**;
- **Merevisi pasal 1126 ayat 4 draft RPP UU Kesehatan dengan memasukan frasa “e. Pelibatan bermakna masyarakat sipil”** sebagai prinsip utama penyusunan Rencana Induk Bidang Kesehatan;
- **Mengeluarkan Peraturan Presiden mengenai pembentukan komite kebijakan kesehatan** yang terdiri dari elemen pemerintah (Kemenkes, Kemendagri, Kemenkeu, Bappenas, K/L terkait kesehatan), akademisi dan profesional, serta elemen masyarakat sipil.

## 2. **Perhatian pada variasi kapasitas, pemahaman, dan komitmen daerah terkait perencanaan, implementasi, dan supervisi kebijakan kesehatan**

Bila melihat perbedaan kapasitas, pemahaman, dan komitmen pemerintah daerah yang beragam di Indonesia, perubahan pola pendanaan kesehatan yang radikal membutuhkan rencana implementasi yang matang dengan pelibatan dan pendampingan pemerintah daerah yang menyeluruh. Perubahan bersifat masif karena ada penghapusan *mandatory spending* dalam UU 17/2023 (UU Kesehatan) dan menuju penggunaan RIBK.

Setidaknya terdapat dua hasil kajian di tingkat lokal dan global yang dapat dirujuk untuk menggambarkan situasi ini. Pertama, **studi Ortenzi et al. (2022) menunjukkan terdapat sejumlah permasalahan struktural dalam pengimplementasian *whole government approach* dan *whole society approach* dalam beberapa studi kasus di negara LMIC.** Dalam konteks tata kelola horizontal, permasalahan tersebut terdiri dari: (1) Kurangnya kapasitas dan keterampilan yang penting untuk kolaborasi lintas sektor (negosiasi, kemitraan dan komunikasi); (2) Tantangan administratif seperti terbatasnya infrastruktur kelembagaan (seringkali sangat hierarkis); serta (3) Terbatasnya sistem akuntabilitas yang kuat (Ortenzi et al., 2022). Tiga permasalahan berikutnya ialah tata kelola vertikal, antara lain: (1) Kurangnya insentif dari tingkat pusat maupun daerah untuk kerja lintas sektor; (2) Sebagian besar sumber daya dialokasikan untuk program vertikal; serta (3) Kepemimpinan daerah yang lemah (Ortenzi et al., 2022).

Kedua, studi Wasono & Maulana (2018) dalam laporan Tinjauan Kritis Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan di Indonesia menunjukkan **timpangnya kapasitas SDM pemerintah daerah di bidang perencanaan pembangunan sebagai akar dari tidak sinergisnya rencana daerah dengan pusat**. Selain itu, sinkronisasi perencanaan secara vertikal (daerah-pusat) maupun horizontal (multi-aktor) terbatas karena sistem pelibatan yang tersedia seperti musrenbang tak kunjung mengalami penguatan. Sementara dalam dokumen kebijakan Bappenas (2018) berjudul Penguatan Tata Kelola Pembangunan Kesehatan menyebutkan pentingnya bimbingan dan pengawasan kepada pemerintah daerah dalam konteks perubahan kebijakan. Karena kapasitas yang terbatas, daerah memerlukan waktu untuk bisa mengadopsi kebijakan secara optimal.

Oleh karenanya diperlukan sosialisasi dan pelatihan yang lebih intensif kepada pemerintah daerah untuk mengubah pola kerja birokrasi yang awalnya rigid menjadi fleksibel untuk implementasi RIBK. Pendampingan kepada para pemangku kebijakan di daerah perlu disertai dengan supervisi pemerintah pusat untuk meningkatkan pemahaman daerah mengenai RIBK mulai dari perencanaan, implementasi, hingga proses monitoring-evaluasi.

Berikutnya, *inter-sectorality* atau pendekatan lintas sektor serta *whole-of-society approach* merupakan dua pendekatan yang masih jarang diimplementasikan oleh pemerintah daerah (Scanlon & Alawiyah, 2014; Blomkamp et al., 2018). Karenanya, kami merekomendasikan agar Pemerintah Pusat dalam mengkoordinasikan penyusunan RIBK memformalkan mekanisme *co-creation* (ko-kreasi) lintas aktor yang terdiri dari unit OPD pemerintah daerah di tingkat kota/kabupaten, akademisi, swasta, dan elemen masyarakat sipil. Diperlukan pelatihan berjenjang, simulasi hingga *piloting* mengenai mekanisme ko-kreasi agar kebijakan RIBK dapat terlaksana secara optimal.

Mekanisme umpan balik juga diperlukan agar pembaharuan sistem/mekanisme dapat diberlakukan secara berkala, sesuai dengan konteks dan kapasitas lokal. Di luar sosialisasi dan pendampingan, *timing* menjadi aspek yang sangat penting dalam implementasi kebijakan ini. Sekiranya, kebijakan RIBK dapat dilakukan setelah rangkaian sosialisasi, pelatihan, pendampingan, serta simulasi/*piloting* dilaksanakan. Hal ini dikarenakan dampak disrupsi yang dihasilkan oleh RIBK, bagaimana kebijakan ini mengubah pendekatan birokrasi secara radikal, sehingga *trade-off* pada *timing* sangat dimungkinkan guna memuluskan proses transisi menuju implementasi RIBK secara optimal.

## Rekomendasi:

- **Peraturan Presiden mengenai Rencana Induk Bidang Kesehatan memasukkan petunjuk teknis** mengenai sosialisasi, pelatihan, pendampingan, simulasi, dan *piloting* mengenai penyusunan, implementasi, dan monitoring evaluasi RIBK di daerah;
- **Peraturan Presiden mengatur detail teknis mengenai pengimplementasian mekanisme *co-creation* / ko-kreasi** yang melibatkan pendekatan lintas aktor (elemen pemerintah, masyarakat sipil, akademisi, dan swasta terkait bidang kesehatan) yang berlaku dari tingkat kab/kota, provinsi, hingga nasional;
- **Fleksibilitas menjadi kunci transisi kebijakan yang optimal. Kami merekomendasikan agar disinsentif pada pemerintah daerah sepanjang periode transisi ini tidak dijadikan sebagai mekanisme kontrol utama** kualitas daerah dalam mengimplementasikan RIBK. Sebaliknya, insentif berupa pelatihan berjenjang dan pemberian penghargaan diperlukan agar daerah semakin termotivasi untuk mengimplementasikan RIBK secara optimal.

## Referensi

- Alawiyah, M. M. (2014). *The NGO Sector in Indonesia: Context, Concepts and an Updated Profile*. Jakarta: Cardno.
- Collier, P. (2016), "How to change cultures of corruption", *Against Corruption: A collection of Essays*, Prime Minister's Office, United Kingdom
- Filabi, A. and C. Bulgarella (2018), *Organizational Culture Drives Ethical Behaviour: Evidence from Pilot Studies*, OECD, Paris, <http://www.oecd.org/corruption/integrity-forum/academic-papers/Filabi.pdf> (accessed on 31 January 2019)
- KSI. (2018). *Understanding Policymaking in Indonesia: In Search of a Policy Cycle*. Jakarta: KSI.
- Kutzin, J. (2013). health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*, 602-11.
- Maeda, A. e. (2014). *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies*. Washington DC: World Bank.
- Mathurapote, N. (2018). *Thailand's National Health Assembly – a means to Health in All Policies*. Bangkok: National Health Commission Office.
- OECD (2018), *Behavioural Insights for Public Integrity: Harnessing the Human Factor to Counter Corruption*, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264297067-en>.
- Ortenzi, F. (2022). Whole of government and whole of society approaches: call for further research to improve population health and health equity. *BMJ Global Health*, 1-3.
- UNDP. (2023). *Governance: A 'whole-of-society' approach*. Washington DC: UNDP.
- WHO. (2018). *Budget Matters for Health: Key Formulation and Classification Issues*. WHO.