

## BAB 14

# IMPLIKASI DESENTRALISASI SISTEM KESEHATAN MASYARAKAT DAN PAKET AGENDA REFORMASI KESEHATAN: PELAJARAN MENARIK DARI FILIPINA BAGI INDONESIA

Asih Eka Putri

Desentralisasi merupakan bentuk reformasi sektor pelayanan masyarakat yang banyak ditempuh oleh berbagai negara, baik negara maju maupun negara berkembang pada era tahun 1980-an dan 1990-an. Pada umumnya desentralisasi dilaksanakan oleh adanya dorongan politik yang bertujuan untuk: (1) meningkatkan wewenang dan tanggung jawab pemerintah daerah; (2) meningkatkan keikutsertaan masyarakat dan penyelenggaraan pelayanan masyarakat yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat; (3) memperkuat kerja sama dan integrasi pelayanan masyarakat di daerah; (4) restrukturisasi dan efisiensi pelayanan masyarakat, (5) mendukung inovasi dan pengembangan pelayanan masyarakat.<sup>261,262,263</sup>

Namun, seperti yang banyak dikhawatirkan oleh para pakar pembangunan kesehatan, hasil yang dicapai pada tahun-tahun pertama pelaksanaan desentralisasi pelayanan kesehatan di Filipina tidak berhasil meningkatkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang efisien, adil, dan merata maupun tepat guna. Pemisahan wewenang di tiap tingkat pemerintahan telah mengubah pola penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan memutuskan mata rantai integrasi pelayanan kesehatan yang telah berhasil dibangun di era pemerintahan

sentralistik. Di samping itu, lemahnya kemampuan pemerintah daerah dalam merencanakan dan mengelola pembangunan kesehatan secara mandiri yang disertai lemahnya pengawasan serta akuntabilitas di era desentralisasi menyebabkan kualitas dan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat menurun.<sup>264,265</sup>

Sebagai dampaknya, masyarakat tetap menanggung beban sebagian besar biaya pelayanan kesehatan dan masyarakat belum sepenuhnya terjangkau pelayanan kesehatan karena hambatan finansial (pembiayaan pelayanan kesehatan) dan hambatan fisik (ketersediaan sarana pelayanan kesehatan).<sup>266,267</sup>

Untuk menanggulangi dampak-dampak negatif yang ditimbulkan oleh desentralisasi sistem kesehatan masyarakat dan untuk mendekatkan masyarakat pada pelayanan kesehatan masyarakat yang bermutu dan terjangkau, Depkes telah melaksanakan reformasi kesehatan yang disusun dalam bentuk paket agenda reformasi kesehatan (*Health Sector Reform Agenda*) sejak tahun 1999. *Health Sector Reform Agenda* memuat lima agenda reformasi yang saling berkait dan bergantung dalam pelaksanaannya, yaitu: 1) reformasi rumah sakit pemerintah, 2) reformasi pelayanan kesehatan masyarakat, 3) reformasi regulasi, 4) reformasi

<sup>261</sup> World Bank Group Decentralization Net ([www.worldbank.org/publicsector/decentralization](http://www.worldbank.org/publicsector/decentralization))

<sup>262</sup> Aitken I. (1999). *Implementation and Integration of Reproductive Health Services In Decentralized System in Kolehmainen*. Aitken R, Editor. Myths and Realities about the Decentralization of Health Systems. Boston: Management Sciences for Health. 111-147

<sup>263</sup> Laksminarayanan R. (2003). Decentralization and Its Implication for Reproductive Health: The Philippines Experience, *Reproductive Health Matters*, 11 (21): 96-107 .

<sup>264</sup> Laksminarayanan R.(2003). Decentralization and Its Implication for Reproductive Health: The Philippines Experience, *Reproductive Health Matters*, 11 (21): 96-107 .

<sup>265</sup> DOH, Health Sector Reform Agenda, 1999-2004

<sup>266</sup> DOH.op.cit

<sup>267</sup> DOH, A Handbook of Inter Local Health Zones: District Health System in Devolve Setting, DOH, 2002

pembiayaan pelayanan kesehatan, dan 5) reformasi sistem kesehatan daerah.<sup>268</sup> Setelah empat tahun pelaksanaannya, *Health Sector Reform Agenda* telah menunjukkan berbagai hasil yang positif seperti peningkatan jangkauan pelayanan kesehatan bagi masyarakat termasuk masyarakat miskin, peningkatan ketersediaan obat dan pelayanan kesehatan dasar, peningkatan kerja sama pemerintah-pemerintah daerah yang tergabung dalam sistem kesehatan distrik, dll.

### **SEJARAH DESENTRALISASI DI FILIPINA**

Selama dua dekade di era tahun 1970-1980an, Filipina berada di bawah pemerintahan yang otoriter dan sangat sentralistik yang dipimpin oleh Presiden Marcos. Pergantian pemerintahan dari mantan Presiden Marcos ke pemerintahan di bawah pimpinan Presiden Corazon Aquino memberi peluang pemulihan demokrasi di negara ini. Pemerintah baru sangat percaya bahwa desentralisasi politik adalah kunci utama menuju pemulihan demokrasi di Filipina.

Pada tahap awal, demokrasi dipulihkan pada tahun 1986 dengan melaksanakan dekonsentrasi. Namun, setelah melalui perdebatan panjang di parlemen selama lima tahun, pemerintah pusat tetap berpegang teguh untuk melaksanakan devolusi yang diakhiri dengan menerbitkan Undang-Undang Pemerintah Daerah, *Local Government Code (LGC 1991)* pada tahun 1991. LGC 1991 memberi mandat penyelenggaraan devolusi pada fungsi-fungsi pelayanan masyarakat yang utama termasuk pelayanan kesehatan, pertanian, pengelolaan jalan, dan transportasi. Program ini diakui sebagai program desentralisasi politik yang paling radikal di Asia. Devolusi secara lengkap menyerahkan

fungsi-fungsi dan tanggung jawab penyelenggaraan pelayanan masyarakat, wewenang, pegawai, aset dan finansial dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah di 77 provinsi, 60 *city*, 1,548 *municipality*, dan 42.000 *barangay* (desa).<sup>269;270,271</sup>

Keberhasilan menerbitkan LGC 1991 terutama dipengaruhi oleh popularitas gerakan reformasi dan advokasi Presiden Aquino. Presiden Aquino adalah seorang politisi yang “nontradisional” yang tidak memiliki motivasi-motivasi pemilihan umum seperti halnya politisi-politisi pada umumnya dan memiliki keinginan kuat untuk berbagi kewenangan dengan pemerintah daerah.<sup>272</sup>

Terdapat tiga alasan pokok dilaksanakannya desentralisasi di Filipina. Pertama, kesenjangan antarwilayah sangat lebar yang diakibatkan oleh perbedaan kondisi geografis, ekonomi dan sosial, menuntut diberlakukannya program-program pembangunan dan pelayanan masyarakat yang sesuai dengan kondisi wilayah dan kebutuhan masyarakat setempat. Penyelenggaraan program dan pelayanan masyarakat oleh pemerintah daerah diyakini dapat menjawab kebutuhan dan permintaan masyarakat lokal. Kedua, kurangnya intervensi pemerintah pusat akan memberikan kesempatan kepada masyarakat untuk mengendalikan pemerintah daerah hasil pemilihan umum agar selalu bertanggung jawab atas setiap aksinya. Ketiga, peningkatan otonomi daerah yang kemudian diikuti keikutsertaan aktif masyarakat dalam membuat keputusan bersama, diharapkan akan menurunkan perebutan politik antara warga dan politisi daerah di wilayah-wilayah di luar Metro-Manila.<sup>273,274</sup> Dengan lain perkataan, desentralisasi diharapkan dapat meningkatkan

<sup>268</sup> DOH.op.cit

<sup>269</sup> Laksminarayanan R. (2003). Decentralization and Its Implication for Reproductive Health: The Philippines Experience, *Reproductive Health Matters*, 11 (21): 96-107 .

<sup>270</sup> Bossert, T., et.al, (2000). Decentralization of Health System: Preliminary Review of four Country Case Studies, Major Applied Research 6, Technical Report No. 1. Bethesda, MD:Partnership for Health Reform Project, Abt Associate Inc.

<sup>271</sup> Bautista, M.C. et al. (1999). *Local Governments Health Financing Initiatives: Evaluation, Synthesis and Prospects for the National Health Insurance Program in the Philippines*, Small Applied Research 7, Abt Associates Inc, 1999

<sup>272</sup> Bossert, T., et.al, (2000).op.cit.

<sup>273</sup> Laksminarayanan R. (2003).op.cit

<sup>274</sup> Schwartz J.B., et al, (2000). *Decentralization and Local Government Health Expenditures in the Philippines*. Chapel Hill: MEASURE Evaluation, University of North Carolina.

efisiensi, keadilan, dan ketepatan arah dan pencapaian sektor-sektor pembangunan yang didevolusikan.

Berbagai perubahan tata pemerintahan dan kewenangan pemerintah daerah terjadi di era devolusi. Pemerintahan lokal yang secara hierarkis terdiri dari provinsi, *city*, *municipality*, dan *barangay* (desa) masing-masing diperintah secara *independen* dan dipimpin oleh pemimpin yang dipilih melalui pemilihan lokal langsung. Di samping itu, LGC 1991 memberi ruang untuk berdirinya *local board* dan *council* seperti *local health board* (dewan kesehatan), *local school board* (dewan sekolah), yang dipimpin oleh gubernur atau walikota. Begitu pula dengan kewenangan terhadap pengawasan langsung dan pengelolaan pembiayaan pembangunan diberikan secara luas kepada pemerintah daerah. Sebagai contoh pembiayaan pemerintah daerah bertanggung jawab membiayai 35% belanja pembangunan di daerah dan pemerintah daerah diberi wewenang menetapkan tarif untuk fasilitas-fasilitas yang dimiliki oleh pemerintah daerah setempat. Di bidang pelayanan masyarakat, rumah sakit daerah diberi otonomi dari Depkes, namun tetap berada di bawah pengawasan pemerintah daerah<sup>275</sup>.

## **DESENTRALISASI SISTEM KESEHATAN MASYARAKAT**

Desentralisasi sistem kesehatan masyarakat dilaksanakan pada bulan Januari 1993, dua tahun setelah terbitnya LGC 1991, sementara sektor pembangunan lainnya dilakukan devolusi hanya dalam waktu enam bulan setelah diterbitkannya LGC 1991. Berbagai penolakan dan upaya dilakukan oleh Depkes untuk mengeluarkan sektor kesehatan dari agenda devolusi. Penolakan ini bukan hanya didasari atas hilangnya wewenang dan kendali Depkes atas program-program kesehatan, namun juga didasari adanya kekhawatiran atas minimnya kemampuan

finansial, administratif, dan teknis operasional yang dimiliki pemerintah daerah untuk mengelola sektor kesehatan. Akhirnya sektor kesehatan didevolusikan dengan mengalihkan kepemilikan dan wewenang atas 46.000 atau 62% dari 70.000 pegawai Depkes, 12.580 *Rural Health Units*, *Municipal Health Centers*, *Barangay Health Station*, dan 595 rumah sakit pemerintah dari Depkes kepada pemerintah daerah. Desentralisasi sektor kesehatan dilakukan terutama karena dorongan tanggung jawab politis yang kuat untuk memberdayakan masyarakat melalui otonomi daerah dan perhitungan ekonomi makro yang mengarahkan desentralisasi sebagai cara untuk mengatasi defisit anggaran pemerintah pusat.<sup>276,277</sup>

### **2.1. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masyarakat**

Sebelum era devolusi, Filipina memiliki sistem pelayanan kesehatan masyarakat yang berjenjang berdasarkan tingkat pencegahan dan tingkat rujukan yang dibiayai dan dikelola oleh Depkes. Jenjang sistem pelayanan kesehatan tersebut dari tingkat tertinggi hingga terendah terdiri dari: 1) tingkat regional, bertanggung jawab atas rumah sakit umum (RSU) regional dan tim keliling untuk pemberantasan penyakit menular; 2) tingkat provinsi, bertanggung jawab atas RSU provinsi, 3) tingkat distrik, bertanggung jawab atas RSU distrik dan program pemberantasan penyakit menular; 4) tingkat *municipality*, bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan tingkat primer di *Rural Health Units* (RHUs) dan RSU milik pemerintahan kota (*city*); 5) tingkat barangay (desa) bertanggung jawab atas *Barangay Health Stations* (BHS). Seluruh jenjang pelayanan kesehatan di tingkat daerah berintegrasi membentuk sistem pelayanan kesehatan di tingkat distrik (*District Health System*) yang sesuai dengan kriteria WHO. Sistem ini terdiri dari pelayanan kesehatan tingkat primer (RHU dan BHS), sekunder (rumah sakit distrik dan beberapa

<sup>275</sup> Bossert, T., et al. (2000). *Decentralization of Health System: Preliminary Review of four Country Case Studies*, Major Applied Research 6, Technical Report No. 1. Bethesda, MD: Partnership for Health Reform Project, Abt Associate Inc.

<sup>276</sup> Bossert, T., et al. (2000). *op. cit*

<sup>277</sup> Perez, et al. *Decentralization and Health System Change: Managing Transition Dilemmas in Early Years of Devolution in the Philippines*, Unpublished Country Report, WHO, Decentralization and Health System Change Project, 1995

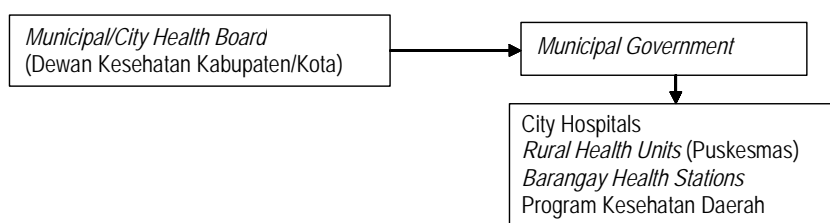
**IMPLIKASI DESENTRALISASI SISTEM KESEHATAN MASYARAKAT DAN PAKET AGENDA REFORMASI KESEHATAN:  
PELAJARAN MENARIK DARI FILIPINA BAGI INDONESIA**

RS provinsi) dan tersier (RS regional dan beberapa RS provinsi). RHU membawahi 3-4 BHS dikepalai oleh dokter dan memberikan pelayanan yang hampir sama dengan puskesmas di Indonesia, sementara BHS dikelola oleh bidan desa dan beberapa tenaga sukarela terlatih.

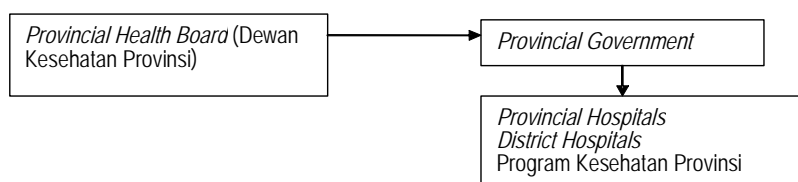
Selama 2 tahun pelaksanaan LGC 1991, 95% fasilitas kesehatan, 60% pegawai pemerintah, dan 40% dana dialihkan dari Depkes

kepada pemerintah daerah<sup>278</sup>. Terjadi perubahan struktur organisasi kesehatan di daerah (gambar V.7 dan V.8), Depkes (gambar V.9), dan perubahan tugas dan fungsi seperti yang tertera pada tabel V.2.

**Gambar V.7. : *Municipal/city Health System* Pascadevolusi di Filipina**



**Gambar V.8. *Provincial Health System* Pascadevolusi di Filipina**

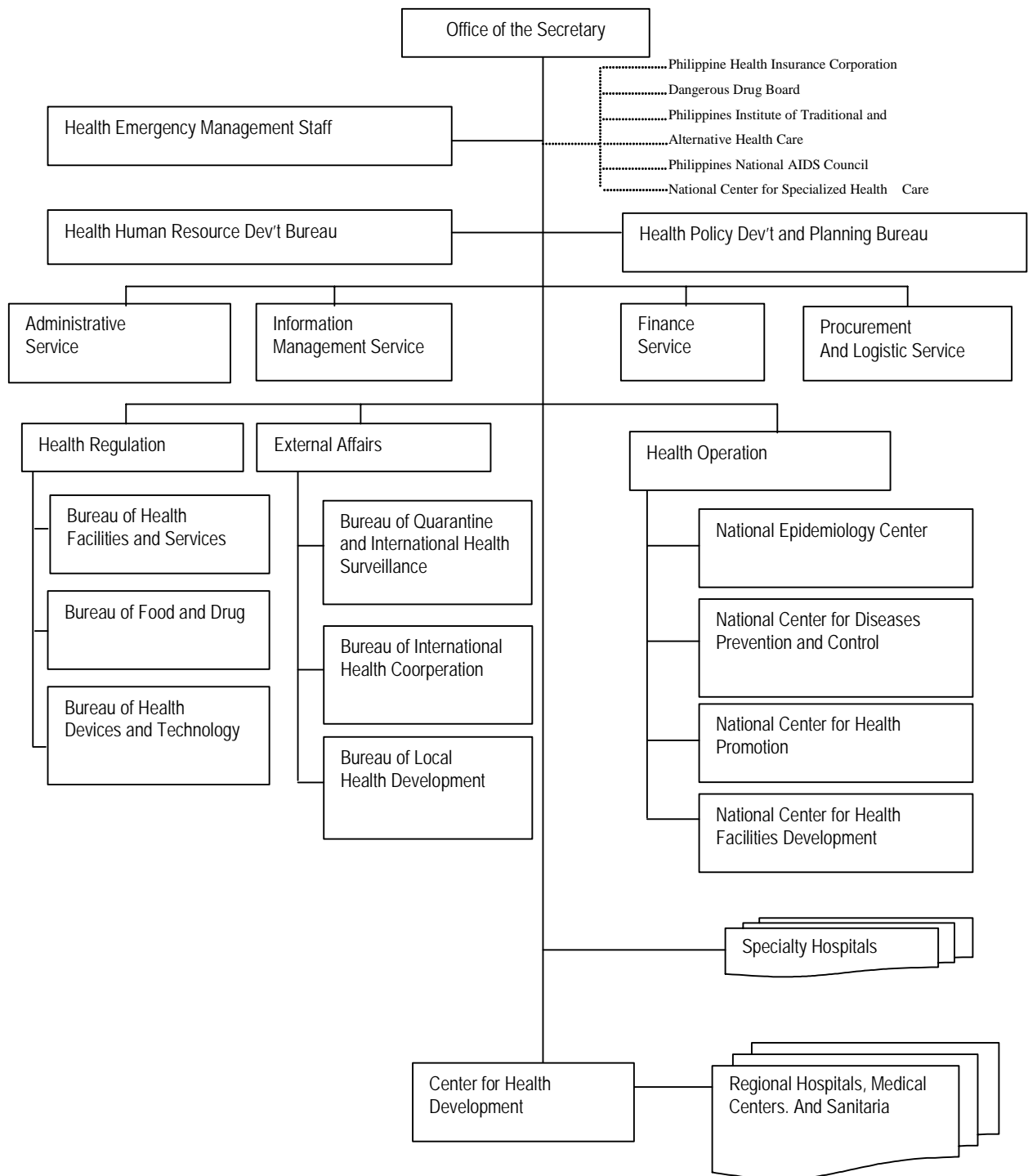


**Tabel V.2. Ringkasan Wewenang dan Tanggung Jawab Sektor Kesehatan Berdasarkan Tingkat Administrasi Pemerintah Setelah Devolusi di Filipina, tahun 2002**

Tingkat Pemerintahan	Wewenang dan Tanggung Jawab
DOH	Menetapkan kebijakan kesehatan Regulasi, lisensi, dan akreditasi tenaga medis profesional Regulasi obat Regulasi dan monitoring pendirian fasilitas kesehatan Pelatihan dan supervisi teknis Mengelola 48 rumah sakit tersier (RS rujukan nasional dan RS regional) Pembiayaan dan bantuan teknis untuk program pemberantasan penyakit dan program pelayanan kesehatan yang terkait dengan kerjasama dan persetujuan internasional Pengawasan program kesehatan bersumber dana bantuan luar negeri
Provinces	Pengelolaan pelayanan kesehatan masyarakat yang merupakan program Depkes di tingkat provinsi Rumah sakit umum provinsi (RSU memiliki 100 tempat tidur dan 4 spesialis utama: penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan kebidanan dan kandungan) Rumah sakit umum distrik (RSU memiliki 25 –50 tempat tidur dengan kemampuan teknis di bawah RSU propinsi).
Cities	RSU di daerah perkotaan kecuali RSU di wilayah pemerintahan negara (National Capital Region)
Municipalities	Pelayanan kesehatan primer di Rural Health Units (RHU), menjalankan program vertikal pencegahan dan pemberantasan penyakit dan pelayanan kesehatan dasar Supervisi Barangay Health Station (BHS)
Barangays	pelayanan kesehatan di BHS

<sup>278</sup> Bossert, T., et.al, (2000). op. cit

Gambar V.9. Organogram Depkes Pascadevolusi di Filipina



## **2.2. Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat**

Seperti dijelaskan di atas, devolusi fungsi pemerintah pusat kepada pemerintah daerah disertai dengan program desentralisasi finansial. Sumber dan pengalokasian anggaran dan pembiayaan pembangunan kesehatan masyarakat di era devolusi memiliki empat karakteristik. Pertama, anggaran pembangunan kesehatan di Depkes dipangkas sebesar biaya sistem pelayanan kesehatan masyarakat yang didevolusikan. Kedua, metode yang dipakai untuk desentralisasi finansial adalah mekanisme penyaluran anggaran nasional ke dalam satu wadah pengumpulan dana "*Internal Revenue Allotment (IRA)*" sebelum didistribusikan ke pemerintah daerah. IRA telah didirikan sejak era pemerintahan yang sentralistik. Saat itu, dana pemerintah daerah yang berasal dari anggaran nasional yang dikumpulkan ke dalam IRA adalah sebesar 20% dari penerimaan pajak nasional. Di era devolusi, dana pusat yang dialokasikan ke daerah melalui IRA meningkat menjadi 40%. Ketiga, dana yang terkumpul di dalam IRA didistribusikan kepada pemerintah daerah dengan menggunakan formula khusus yaitu formula pengalokasian vertikal dan horizontal. Dana IRA dibagikan secara vertikal ke jajaran pemerintah daerah (*vertical formula*) sebesar 23% untuk pemerintah provinsi, 23% untuk pemerintah kota, 34% untuk pemerintah *municipality*, dan 20% untuk *barangay*. Di setiap tingkat pemerintahan, formula yang digunakan untuk mendistribusikan dana ke masing-masing pemerintah daerah yang setara (*horizontal formula*) adalah 50% dana dialokasikan berdasarkan jumlah populasi, 25% dana untuk menjamin pembagian yang adil, dan 25% dialokasikan berdasarkan luas daerah. Keempat, pemerintah daerah mengelola langsung dana yang diperoleh dari pajak lokal.<sup>279</sup>

## **2.3. Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin**

Kemiskinan masih merupakan masalah utama bagi Filipina. Pada tahun 2000, 30,9% atau 39,4 juta penduduk hidup di bawah garis kemiskinan. Proporsi penduduk miskin ini menurun tajam sepanjang satu dekade yaitu dari 45,3% total penduduk miskin pada tahun 1991. Namun, secara absolut jumlah penduduk miskin meningkat hampir dua kali lipat dari 28,1 juta jiwa pada tahun 1991. Di samping itu, jumlah dan proporsi penduduk miskin di masing-masing wilayah bervariasi sangat lebar. Di wilayah Metro Manila hanya 11,4% penduduk (1,3 juta jiwa) berada di bawah garis kemiskinan, sementara di wilayah Autonomous Region Muslim Mindanaou (ARMM) mencapai 71,3% penduduk (1,6 juta jiwa) dan tiga wilayah di Filipina Tengah masing-masing secara absolut memiliki penduduk miskin melebihi 3 juta jiwa atau lebih dari 2 kali jumlah penduduk miskin di wilayah ibu kota negara.<sup>280</sup>

Pemerintah Filipina menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin melalui mekanisme program asuransi kesehatan sosial wajib yang dikelola secara nasional. Sejak awal pemerintah tidak memasukkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin ke dalam agenda desentralisasi sistem kesehatan. Penyediaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin diatur dalam undang-undang asuransi kesehatan nasional, "*National Health Insurance Act*" yang diterbitkan pada tahun 1995 dan peraturan pemerintah "*Executive Order*" nomor 277 tahun 1996. *Executive Order nomor 277* memberi mandat kepada *National Health Insurance Program* untuk mencakup 25% penduduk paling miskin selama 5 tahun, sejak tahun 1996 hingga 2001.<sup>281</sup>

<sup>279</sup> Bossert, T., et al. (2000). *Decentralization of Health Systems: Preliminary Review of Four Country Case Studies*, Major Applied Research 6, Technical Report No. 1. Bethesda, MD: Partnership for Health Reform Project, Abt Associate Inc.

<sup>280</sup> National Statistical Coordination Board, Philippines Statistical Year of 2002

<sup>281</sup> Asih, E.P. (2004). Health Insurance Program in Decentralized Government: Case of Philippines and Korea, ASF Technical Report, Asia Scholarship Foundation.

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin ditetapkan oleh *National Economic Development Authority* sebagai program utama yang harus dibiayai bersama oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagai bagian dari semangat devolusi.<sup>11</sup> Pemerintah pusat dan daerah bergotongroyong membayar premi asuransi kesehatan nasional bagi keluarga miskin yang tinggal di wilayah pemerintahan daerahnya kepada *Philippines Health Insurance Corporation*, sebuah badan otonom pengelola asuransi kesehatan nasional. Besar premi dan proporsi tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah ditetapkan oleh *the Implementing Rules and Regulation of National Health Insurance Act of 1995*. Pada surat keputusan ini, besar proporsi premi yang harus ditanggung oleh pemerintah dibagi atas dua kelompok berdasarkan pendapatan daerah. Kelompok pertama adalah kelompok pemerintah daerah berpendapatan rendah (Pemerintah Daerah golongan 1-3) dan kelompok kedua adalah kelompok pemerintah daerah berpendapatan tinggi (Pemerintah Daerah golongan 4-6). Strata pemerintah daerah tersebut

Sebaliknya, pada kelompok pemerintah daerah strata 4-6 pemerintah daerah menanggung 90% premi pada tahun pertama dan kemudian secara bertahap diturunkan hingga 50% selama kurun 4 tahun.

Formula premi ini memberi kesempatan kepada pemerintah pusat untuk menyalurkan dana subsidi yang lebih tinggi kepada pemerintah daerah yang miskin dan juga mewujudkan mekanisme subsidi silang dari pemerintah daerah yang kaya kepada pemerintah daerah yang miskin.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin melalui mekanisme program asuransi kesehatan nasional memiliki berbagai keuntungan yaitu pengelolaan program secara profesional oleh lembaga keuangan yang kompeten. Di samping itu, pengumpulan dana dan pengelolaannya di dalam satu badan bersama-sama dengan masyarakat mampu dapat mencegah terjadinya diskriminasi. Masyarakat miskin mendapatkan hak pelayanan kesehatan yang sama dengan masyarakat mampu tanpa harus memunculkan identitas kemiskinannya. Di samping itu, masyarakat miskin dibebaskan dari

Tahun	Pemerintah Daerah Strata 1-3 (1 <sup>st</sup> -3 <sup>rd</sup> Class LGUs)	Pemerintah Daerah Strata 4-6 (4 <sup>th</sup> -6 <sup>th</sup> Class LGUs)
Tahun pertama	50% (P594.00)	10% (P188.80)
Tahun kedua	50% (P594.00)	10% (P188.80)
Tahun ketiga	50% (P594.00)	10% (P188.80)
Tahun keempat	50% (P594.00)	10% (P188.80)
Tahun kelima	50% (P594.00)	10% (P188.80)
Tahun keenam dan selanjutnya	50% (P594.00)	50% (P594.00)

Tabel V.3. Proporsi premi asuransi kesehatan keluarga miskin yang dibayarkan oleh pemerintah pusat dan daerah

<sup>282</sup> The Revised Implementing Rules and Regulation of National Health Insurance Act of 1995, 1<sup>st</sup> edition, July 2000

## **2.4. Dampak Desentralisasi Sistem Kesehatan Masyarakat**

Devolusi menimbulkan dampak positif dan negatif pada pembangunan kesehatan. Peningkatan anggaran dan belanja pemerintah untuk pembangunan kesehatan adalah dampak yang menggembirakan dari otonomi daerah. Namun di sisi lain, devolusi sistem kesehatan masyarakat menimbulkan berbagai masalah utama yaitu putusnya keterpaduan sistem kesehatan masyarakat dan melemahnya pelayanan kesehatan masyarakat.

### **a). Peningkatan anggaran dan belanja pemerintah daerah untuk pembangunan kesehatan.**

Setelah otonomi daerah dan pemilihan umum langsung untuk pemilihan kepala pemerintahan dan anggota dewan legislatif daerah dilaksanakan, terjadi peningkatan anggaran pembangunan kesehatan bersumber dana daerah (tabel V.4). Pemerintah daerah menjadi penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat yang terbesar dengan membelanjakan 10,7 juta peso untuk pelayanan kesehatan masyarakat, sementara Depkes hanya membelanjakan 2,6 juta peso pada tahun 2000.

### **b). Fragmentasi sistem pelayanan kesehatan masyarakat.**

Devolusi menyebabkan putusnya keterpaduan sistem pelayanan kesehatan masyarakat dan rujukan pelayanan kesehatan masyarakat yang disusun dalam konsep "*District Health System*" pada masa pemerintah sentralistik. Pemisahan tingkat rujukan pelayanan kesehatan yang mengikuti pemisahan wewenang pemerintahan berdasarkan wilayah kewenangan politik (geopolitik) mengakibatkan pelayanan kesehatan primer (RHU dan BHS) berada di bawah kewenangan pemerintah *municipality*, sementara pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit berada di bawah kewenangan pemerintah *city* atau provinsi. Yang tersisa hanya hubungan informal di antara RHU (puskesmas) di wilayah *municipality* yang berdekatan. Pemisahan

kewenangan pemerintah daerah pada sektor kesehatan mengakibatkan rumah sakit tingkat primer (*district hospitals*) tidak dapat melanjutkan fungsi bantuan teknis dan supervisi pelayanan kesehatan primer di RHU. Begitu pula halnya dengan keterpaduan antara program kesehatan nasional dan daerah menjadi sulit dilaksanakan. Pemisahan wewenang ini juga menyebabkan alur pengawasan dan *surveilans* penyakit terputus. Akhirnya terjadi fragmentasi sistem pelayanan kesehatan masyarakat yang mengakibatkan pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan tidak terpadu, tidak efisien dan bermutu rendah.

### **c). Penurunan ketersediaan dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat.**

Pada tahun-tahun pertama dimulainya pelaksanaan devolusi, terjadi penurunan ketersediaan dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat. Hal ini terjadi karena lemahnya pemahaman pemerintah daerah tentang kesehatan, lemahnya sumber daya tenaga kesehatan, keterlambatan penyediaan obat dan peralatan medis serta lemahnya pendanaan fasilitas kesehatan milik pemerintah, dan fragmentasi sistem pelayanan kesehatan masyarakat.

Kelangsungan program-program kesehatan vertikal sangat dipengaruhi oleh pemahaman pemerintah daerah akan manfaat dan pentingnya melaksanakan pembangunan kesehatan. Di era sentralistik, program ini dibiayai oleh Depkes dan pelaksanaannya tidak tergantung pada hubungan politis antartingkat pemerintahan. Namun, sebaliknya di era devolusi pemahaman pemerintah daerah tentang pembangunan kesehatan sangat menentukan pola kebijakan, pelaksanaan dan kelangsungan program kesehatan. Sebagai contoh, pemerintah daerah menolak melaksanakan program keluarga berencana karena adanya tekanan politik terutama dari kalangan gereja Katolik menggiring pemerintah daerah mengimplementasikan kebijakan yang berdampak pada pemutusan akses wanita usia subur pada alat-alat kontrasepsi.<sup>283</sup>

<sup>283</sup> Laksminarayanan R. (2003). Decentralization and Its Implication for Reproductive Health: The Philippines Experience, *Reproductive Health Matters*, 11 (21): 96-107 .

Tabel V.4. Belanja Kesehatan Pemerintah Daerah dan Depkes Berdasarkan Pemanfaatan Tahun 1991-2000

Tahun	LGU (Pemerintah Daerah)			DOH (Depkes)				
	Jumlah (dalam million pesos)			Jumlah (dalam million pesos)				
	Individu	Masyarakat	Lainnya	Jumlah	Individu	Masyarakat	Lainnya	Jumlah
1991	276	727	378	1,380	6,138	1,324	1,391	8,853
1992	333	875	522	1,729	6,266	1,152	1,476	8,894
1993	1,659	2,855	1,421	5,935	3,874	2,251	1,374	7,499
1994	2,266	4,372	2,088	8,726	5,397	1,350	956	7,704
1995	2,808	5,218	2,404	10,430	4,866	1,859	1,506	8,231
1996	3,417	6,100	2,962	12,479	6,197	2,110	1,354	9,661
1997	3,922	7,876	3,684	15,482	6,648	3,014	2,478	12,140
1998	4,736	8,427	4,176	17,339	8,184	2,555	1,739	12,478
1999	5,098	9,171	5,082	19,351	8,406	2,093	1,947	12,447
2000	5,431	10,733	6,042	22,206	10,353	2,646	2,257	15,255
1999-2000 growth rate (%)	6.54	17.02	18.91	14.76	23.15	26.38	15.92	22.56
1995-2000 growth rate (%)	14.11	15.51	20.24	16.31	112.75	42.35	49.81	85.34
1991-94 growth rate (%)	101.83	81.89	76.84	84.93	-13.73	1.96	-45.49	-14.92
1991-2000 growth rate (%)	1870.63	1377.23	1500.09	1509.41	68.66	99.86	62.24	72.31

Di samping permasalahan di atas, sektor kesehatan semakin diperlemah oleh munculnya berbagai masalah sumber daya tenaga kesehatan. Kurangnya tenaga kesehatan terlatih disertai penurunan kinerja dan moral tenaga kesehatan pemerintah merupakan akar masalah menurunnya kualitas tenaga kesehatan di era devolusi. Kesenambungan penyediaan tenaga kesehatan terlatih di daerah terhambat karena penghentian program pengembangan sumber daya manusia dan program pelatihan berkala nasional yang bersumber biaya dari Depkes. Begitu pula dengan kinerja dan moral tenaga kesehatan pemerintah yang kuat sulit dipertahankan. Pengalihan tenaga kesehatan pusat ke daerah tidak disertai dengan kemampuan daerah mengalokasikan dana yang adekuat bagi pegawai daerah sehingga terjadi penurunan gaji pegawai kesehatan hingga tinggal 40% dari gaji saat bekerja di era sentralistik. Ketidajelasan jenjang karier di sektor kesehatan pemerintah dan pemutusan jenjang karier di masa sentralistik yang berjenjang dari daerah ke Depkes memberi andil yang kuat kepada penurunan

semangat kerja tenaga kesehatan pemerintah.<sup>284,285,286</sup>

Masalah lain yang muncul adalah ketersediaan dana pembangunan kesehatan di daerah sangat tidak memadai untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang adekuat. Walaupun terjadi peningkatan anggaran belanja pemerintah daerah di sektor kesehatan (tabel V.4), namun jumlah dana yang disalurkan melalui IRA tidak sesuai dengan biaya fungsi-fungsi desentralisasi. Hal ini menurunkan kemampuan pemerintah daerah dalam membiayai pelayanan kesehatan, meningkatkan mutu fasilitas, menyediakan obat dan alat kesehatan. Pada tabel V.5 tampak bahwa penyaluran dana dari pemerintah pusat tidak memperhatikan fungsi-fungsi pemerintah daerah. Di sektor kesehatan, pemerintah provinsi menanggung beban yang sangat tinggi karena harus membiayai rumah sakit tingkat sekunder dan tersier namun dana yang disalurkan dua kali lipat lebih rendah dari dana yang dibutuhkan. Sebaliknya, pemerintah *barangay* mendapatkan dana yang jauh melebihi kebutuhannya.<sup>287</sup>

<sup>284</sup> Laksminarayanan R. (2003). Decentralization and Its Implication for Reproductive Health: The Philippines Experience, *Reproductive Health Matters*, 11 (21): 96-107 .

<sup>285</sup> DOH. (1994 – 2004). Health Sector Reform Agenda.

<sup>286</sup> World Bank Group. (2002). Decentralization and Health in Philippines and Indonesia: An Interim Report, Washington DC: World Bank, 2002

<sup>287</sup> Solon, dkk, UP. (1999). *Economics*. Dilliman Quezon City, Philippines

**Tabel V.5. Ketidaksesuaian antara Dana IRA  
dengan Biaya Desentralisasi Fungsi Pemerintahan**

Pemerintah Daerah	<i>Internal Revenue Allotment</i> (IRA) (%)	Biaya desentralisasi seluruh fungsi pemerintahan (%)	Biaya desentralisasi fungsi-fungsi kesehatan (%)
Total	100	100	100
Provinsi	23	45,6	59,0
City	23	7,0	3,0
Municipality	34	47,4	38,0
Barangay	20	0,0	0,0

*Sumber: Solon, 1999*

Kinerja rumah sakit provinsi dan rumah sakit distrik di era devolusi sangat menurun karena pemerintah daerah tidak dapat mempertahankan besar anggaran rumah sakit seperti anggaran di era pemerintahan sentralistik (lihat tabel V.6). Di samping itu, fragmentasi kewenangan pemerintah daerah di sektor kesehatan memperburuk kondisi keuangan rumah sakit pemerintah. Keharusan pemerintah provinsi bekerja sama dengan pemerintah *municipality* untuk membiayai fasilitas kesehatan seperti yang terjadi dalam *district health system* sangat sulit dilaksanakan.<sup>288</sup>

Melemahnya kondisi rumah sakit provinsi dan distrik memperburuk kinerja rumah sakit rujukan regional dan nasional. Buruknya kinerja

rumah sakit primer dan sekunder di provinsi menyebabkan masyarakat tidak lagi memanfaatkan pelayanan di rumah sakit tersebut walaupun lokasinya relatif dekat dengan tempat tinggalnya. Masyarakat beralih menggunakan rumah sakit tersier yang berfungsi sebagai rumah sakit rujukan tertinggi tingkat nasional atau regional yang berkualitas relatif lebih baik dan memiliki peralatan relatif lebih memadai. Kejadian yang tak terelakkan ini menyebabkan pelayanan kesehatan semakin tidak efisien karena pola rujukan tidak lagi berjalan.

Terjadi penumpukan pengunjung di rumah sakit tersier yang pada akhirnya melemahkan kualitas pelayanan rumah sakit rujukan tertinggi.

**Tabel V.6. Perbandingan Anggaran Rumah Sakit Pemerintah di Provinsi Western Samar  
Tahun 1992 dan 1993 (dalam 1,000 pesos)**

Rumah sakit	1992 ( Anggaran Depkes)			1992 (Anggaran pemerintah daerah)		
	P.S	MOOE	Total	P.S	MOOE	Total
Samar Provincial	15375	10560	25935	13293	4275	17568
Basey District	3623	1190	4453	2606	877	3483
Gandara District	2996	1360	4356	2572	824	3396
Calbayog District	6046	3740	9783	5432	2928	9360
Tarangnan Municipal	1286	340	1626	1217	337	1554
Almagro Community	644	510	1154	925	499	1424
Total	29607	17700	47307	26045	9740	36785
	100%	100%	100%	88%	55%	76%

<sup>288</sup> DOH, Health Sector Reform Agenda, 1999-2004

Peningkatan beban rumah sakit tersier menyebabkan penyaluran subsidi pemerintah tidak lagi memperhatikan status kesehatan masyarakat setempat. Pada tabel V.7 tampak bahwa subsidi pemerintah pusat yang disalurkan kepada rumah sakit di Metro Manila meningkat dua kali lipat lebih hingga menyerap 53% total anggaran Depkes untuk rumah sakit. Ketidakadilan ini semakin menjauhkan masyarakat terutama masyarakat miskin dari jangkauan pelayanan kesehatan. Seharusnya rumah sakit primer dan sekunder yang berada di daerah menjadi awal rujukan dan target utama penyaluran subsidi, bukan sebaliknya pada rumah sakit tersier yang terletak di wilayah pusat pemerintahan.

**Tabel V.7. Anggaran Depkes untuk Rumah Sakit Berdasarkan Wilayah Regional Tahun 1991 dan 1998 (dalam juta pesos)**

Regio	1991	%	1998	%	IMR 1993
Total	4,79	100	6,69	100	
Metro Manila	1,13	24	3,52	53	37,66
Regio 1	0,26	5	0,26	4	49,68
CAR	0,18	4	0,19	3	58,16
Regio 2	0,21	4	0,19	3	56,88
Regio 3	0,37	8	0,29	4	42,16
Regio 4	0,53	11	0,25	4	42,21
Regio 5	0,31	16	0,40	6	48,21
Regio 6	0,35	7	0,32	5	60,44
Regio 7	0,29	6	0,34	5	57,45
Regio 8	0,26	5	0,12	2	50,48
Regio 9	0,21	4	0,13	2	69,12
Regio 10	0,26	6	0,21	3	60,57
Regio 11	0,25	5	0,29	4	55,15
Regio 12	0,17	4	0,09	1	53,40
CARAGA	0,00	0	0,06	1	
ARMM	0,00	0	0,00	0	

**Depkes tidak berhasil mengembangkan kepemimpinan yang efektif untuk penyelenggaraan sistem kesehatan daerah**

Penurunan kualitas dan ketersediaan pelayanan kesehatan masyarakat di era devolusi diperburuk oleh lemahnya kepemimpinan dan

kemampuan Depkes dalam mempengaruhi pemerintah daerah untuk melakukan investasi pada program-program kesehatan. Sebagai respon atas perubahan sistem kesehatan di daerah, wakil Depkes ditempatkan dalam *local health board* untuk memberikan bantuan teknis kepada pemerintah daerah. Namun, wakil Depkes tidak dipersiapkan dengan kemampuan berpromosi, bernegosiasi, dan beradvokasi dengan pemerintah daerah. Kondisi ini dipersulit oleh perbedaan struktur dan tata kerja Depkes dengan struktur administrasi kesehatan daerah di era devolusi. Akibatnya, keterpaduan pelayanan kesehatan, bantuan teknis, dan kerja sama antara Depkes dan pemerintah daerah sulit dikelola. Depkes tidak berhasil memberikan bantuan yang tepat kepada pemerintah daerah maupun menanggapi kebutuhan kesehatan lokal.<sup>289</sup>

Pemerintah Filipina mencoba mengatasi kesenjangan antara Depkes dan pemerintah daerah melalui media negosiasi *Comprehensive Health Care Agreement*. Media ini berfungsi untuk menentukan program kesehatan utama di daerah dengan menyusun kesepakatan program pembangunan kesehatan terpadu oleh Depkes bersama pemerintah daerah setiap satu tahun sekali. Namun, seringkali kesepakatan ini tidak berjalan efektif karena tidak memuat insentif dan sanksi bagi pemerintah daerah untuk tetap patuh melaksanakan kesepakatan tahunan tersebut.

Ketidacermatan Depkes dalam mengelola pembangunan kesehatan tampak pada tabel 4 dan 7. Rumah sakit rujukan nasional milik Depkes yang hampir semuanya terletak di wilayah ibu kota negara dan beberapa wilayah di sekitarnya, menyerap dana subsidi terbanyak bahkan menurunkan anggaran subsidi rumah sakit di wilayah-wilayah lain. Berdasarkan tabel 4 tampak perhatian Depkes di era devolusi semakin tertuju pada upaya kesehatan individu seperti pelayanan rumah sakit. Hal ini terjadi karena program pemberantasan penyakit menular telah diserahkan kepada pemerintah daerah.

<sup>289</sup> DOH. (1999 – 2004). Health Sector Reform Agenda.

Melemahnya peran Depkes pada program pemberantasan penyakit menular menyebabkan beralihnya perhatian Depkes pada penyediaan dana dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan tersier.

## **REFORMASI SEKTOR KESEHATAN PASCADDEVOLUSI**

Selama enam tahun penyelenggaraan devolusi, sektor kesehatan di Filipina belum memperlihatkan hasil yang memuaskan. Angka kematian ibu dan bayi masih tetap tinggi, penyelenggaraan pelayanan kesehatan masih belum adil, penyakit infeksi dan degeneratif (*double burden of diseases*) masih belum teratasi, dan masyarakat miskin masih belum seluruhnya terjangkau oleh pelayanan kesehatan. Hal ini disebabkan oleh tiga kendala utama yaitu pembiayaan kesehatan tidak adekuat, penyelenggaraan sistem pelayanan kesehatan tidak efektif dan tidak adil, dan mekanisme regulasi sektor kesehatan lemah.<sup>290</sup>

Belanja kesehatan sepanjang sepuluh tahun terakhir tidak pernah memenuhi kriteria WHO untuk negara berkembang yaitu sebesar 5% *Gross National Product (GNP)*. Pada tahun 1991 belanja kesehatan hanya mencapai 2,86% GNP untuk seluruh belanja kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah dan swasta, kemudian meningkat sedikit hingga 3,44% pada tahun 1997 dan menurun kembali hingga 3,25% pada tahun 2000. Pada tahun 2000, belanja kesehatan per kapita adalah 1.486 pesos (US\$32). Berdasarkan sumber dana, 54% belanja kesehatan tahun 1997 berasal dari dana masyarakat, 39% dari dana pemerintah dan sisanya sebesar 7% berasal dari asuransi kesehatan sosial. Pola belanja kesehatan masih didominasi oleh pelayanan kesehatan individu berupa pelayanan kuratif sebesar 73%, sementara pelayanan kesehatan masyarakat hanya mengonsumsi 13% total belanja kesehatan.<sup>291</sup>

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan didominasi oleh sektor swasta yang berorientasi laba dan mengikuti mekanisme pasar. Sedangkan

fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah, baik pusat pelayanan kesehatan primer maupun rujukan di rumah sakit, terus-menerus dililit keterbatasan mutu, alat kesehatan, obat, dan manajemen. Karakteristik lainnya adalah fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan tidak tersebar merata dan sebagian besar terkonsentrasi di wilayah ibu kota negara dan beberapa wilayah di sekitarnya. Ironisnya, di saat kualitas pelayanan masih menjadi pertanyaan besar, harga pelayanan terus membumbung tinggi. Kemampuan pemerintah dalam menyusun regulasi mutu, harga pelayanan kesehatan dan produk kesehatan masih sangat lemah. Tujuan desentralisasi kesehatan untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, efektif, adil dan berkesinambungan belum terlaksana walaupun desentralisasi kesehatan telah dilaksanakan selama 6 tahun.

Untuk mengatasi kendala-kendala di atas dan mencapai tujuan akhir program desentralisasi kesehatan, Depkes bersama para ahli kesehatan telah menyusun agenda reformasi sektor kesehatan - *Health Sector Reform Agenda (HSRA)*. HSRA memuat strategi, perubahan kebijakan dan perubahan pengorganisasian sektor kesehatan dan investasi masyarakat untuk meningkatkan penyelenggaraan, regulasi, dan pembiayaan pelayanan kesehatan. HSRA disusun sebagai "*key to healthy Filipino*" dan dimasukkan ke dalam "*Revised Medium Term Philippines Development Plan*" pada tahun 2000 dan ditandatangani oleh Presiden Arroyo untuk dilaksanakan mulai tahun tersebut. Terdapat lima agenda reformasi yang saling berkait dan saling bergantung satu dengan lainnya dan diimplementasikan sebagai satu kesatuan paket yang utuh, sebagai berikut:<sup>292</sup>

a). Memberi otonomi finansial kepada rumah sakit pemerintah (reformasi rumah sakit). Rumah sakit pemerintah diberi hak untuk memungut tarif sosial (*socialized user fees*) dan mengelola dana dan operasional secara mandiri, dengan harapan rumah sakit dapat mengurangi bahkan menghentikan ketergantungan pada subsidi pemerintah,

<sup>290</sup> Department of Health. (1994 – 2004). *Health Sector Reform Agenda*.

<sup>291</sup> National Statistical Coordination Board. (1991-2000). *Philippines National Health Accounts*.

meningkatkan fasilitas pelayanan, peralatan, dan mutu, sehingga mampu berkompetisi dengan rumah sakit swasta dan mampu menjawab kebutuhan masyarakat.

- b). Menjamin ketersediaan dana untuk program kesehatan masyarakat yang utama (reformasi kesehatan masyarakat). Pemerintah menjamin ketersediaan dana jangka panjang untuk menurunkan bahkan mengeliminasi beban penyakit yang ditimbulkan oleh penyakit menular yang menjadi masalah kesehatan masyarakat. Program dilaksanakan dengan meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat, mengembangkan program promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, membangun sistem informasi, mengembangkan penelitian-penelitian, pedoman teknis dan manajemen pemberantasan penyakit menular.
- c). Meningkatkan pengembangan sistem kesehatan daerah dan menjamin kinerjanya yang efektif (reformasi sistem kesehatan daerah). Para pemerintah daerah provinsi dan *municipality* diwajibkan bekerja sama dan bergotong-royong membangun mekanisme pembiayaan dan pengelolaan sistem kesehatan di wilayah kerja yang disepakati secara berkesinambungan. Pengelolaan dan pembiayaan bersama bertujuan untuk meningkatkan ketersediaan dan mutu fasilitas, sumber daya, dan kinerja pelayanan kesehatan di daerah.
- d). Memperkuat kapasitas Depkes sebagai *regulator* (reformasi regulasi). Depkes harus ditingkatkan kemampuannya dalam menjamin tersedianya pelayanan kesehatan dan produk kesehatan yang aman, bermutu tinggi, dan terjangkau masyarakat. Reformasi regulasi dilaksanakan untuk meningkatkan fasilitas dan membangun sumber daya manusia yang cakap di dalam pengembangan standar pelayanan dan produk kesehatan, kajian teknologi kesehatan, dan penegakan perundang-undangan dan peraturan kesehatan.
- e). Memperluas jangkauan dan meningkatkan manfaat (cakupan pelayanan) program

asuransi kesehatan nasional (reformasi finansial). Ekspansi program asuransi kesehatan nasional menuju cakupan semesta dan peningkatan cakupan pelayanan akan menurunkan beban masyarakat dan pemerintah dalam membiayai pelayanan kesehatan, dan membuka peluang bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang efektif, terjangkau, dan bermutu oleh institusi milik pemerintah dan swasta.

Keterkaitan dan ketergantungan kelima agenda reformasi sektor kesehatan dijelaskan pada tabel V.8. Dari tabel ini dijelaskan hubungan *input-output* dengan pelaksanaan satu agenda reformasi membutuhkan agenda reformasi lainnya dan bagaimana satu agenda mempengaruhi keberhasilan pencapaian tujuan agenda yang lainnya. Kolom paling kiri memuat upaya yang dilakukan (*input*) masing-masing agenda reformasi, lajur paling atas memuat hasil yang dicapai (*output*) dari pelaksanaan agenda reformasi, dan kotak-kotak di bawahnya memuat hasil hubungan antara masing-masing agenda reformasi.

Paket HSRA dalam tabel V.8 dijelaskan secara sederhana sebagai berikut: reformasi finansial melalui ekspansi program asuransi kesehatan nasional akan mewujudkan otonomi rumah sakit dan akan menjamin perlindungan finansial bagi masyarakat miskin (reformasi rumah sakit pemerintah). Selanjutnya, reformasi rumah sakit pemerintah akan memandirikan rumah sakit dari ketergantungan dana pemerintah sehingga pemerintah dapat mengalihkan dana tersebut untuk melakukan investasi pada program kesehatan masyarakat, pengembangan sistem kesehatan dan regulasi kesehatan di tingkat pusat dan daerah. Reformasi kesehatan masyarakat yang menghasilkan sistem kesehatan masyarakat yang efektif bersama reformasi sistem kesehatan daerah akan membantu program asuransi kesehatan nasional dalam memusatkan perhatiannya kepada upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit serta upaya memaksimalkan pelayanan tingkat primer. Reformasi regulasi akan membantu penyeleng-

---

<sup>292</sup> Department of Health.op.cit.

**IMPLIKASI DESENTRALISASI SISTEM KESEHATAN MASYARAKAT DAN PAKET AGENDA REFORMASI KESEHATAN:  
PELAJARAN MENARIK DARI FILIPINA BAGI INDONESIA**

garaan pelayanan kesehatan dan penyediaan produk kesehatan yang bermutu dan terjangkau sehingga anggaran pemerintah pusat, pemerintah daerah dan badan penyelenggara asuransi kesehatan nasional dapat dimanfaatkan dengan optimal dan tepat guna.

Apa yang tertera di dalam HSRA sangat realistis dan memiliki tujuan yang jelas. Masing-masing agenda memuat perencanaan dan strategi yang nyata yang dapat dilaksanakan, perubahan organisasi yang dibutuhkan untuk pencapaian target, perubahan kebijakan yang harus dilaksanakan, kendala-kendala politis yang mungkin dihadapi, investasi masyarakat, dan jadwal kerja. Pelaksanaan program HSRA dimulai dengan membangun daerah implementasi yang dikenal sebagai “*Convergence Sites*”.

Depkes melalui *Bureau of Local Health Development* (BLHD) memberikan bantuan teknis dan memonitor kesungguhan pemerintah daerah atas pelaksanaan kesepakatan bekerja sama. BLHD secara bertahap mendirikan 65 *convergence*

*sites* selama 4 tahun mulai tahun 2001 hingga 2004. Pada tahun pertama, delapan daerah diikutsertakan sebagai daerah implementasi yaitu daerah yang memiliki kondisi lokal yang baik dan dukungan politik yang kuat dari pemerintah daerah. Seleksi awal bertujuan untuk memperoleh daerah yang tepat dan diharapkan berhasil melaksanakan agenda-agenda reformasi sehingga mengilhami daerah-daerah lain untuk ikut serta.

Hasil kajian 3 tahun pelaksanaan program HSRA menunjukkan hasil yang beragam. Reformasi finansial melalui program asuransi kesehatan nasional berhasil mencapai target yang ditentukan, sedangkan reformasi sistem kesehatan daerah, sistem kesehatan masyarakat, rumah sakit dan regulasi masih belum memuaskan. Dukungan politis, kemampuan manajemen dan ketersediaan dana menjadi faktor penentu keberhasilan pelaksanaan HSRA.<sup>293</sup> Tabel V.9 menjelaskan keberhasilan yang dicapai oleh *convergence site* di daerah Pangasinan dalam melaksanakan HSRA.

**Tabel V.8: Keterkaitan dan ketergantungan kelima agenda reformasi sektor kesehatan (DOH Health Sector Reform Matrix) 1999-2004**

	<i>Output</i>	Penyatuan resiko, penurunan beban finansial masyarakat miskin	Penyelenggaraan pelayanan kes. primer yang efektif, pendanaan terpadu dari pemerintah daerah	Eliminasi penyakit utama yang menjadi masalah masyarakat	Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang tepat guna, Akses bagi masyarakat miskin	Keterjangkauan finans dan fisik pada pelayanan, tenaga, produk, dan teknologi kesehatan ya bermutu
<i>Input</i>		<i>National Health Insurance Program</i> (NHIP)	<i>Local Health Systems</i>	<i>Public Health Program</i>	<i>Hospital Systems</i>	<i>Health Regulation</i>
Ekspansi peserta dan manfaat asuransi	<i>National Health Insurance Program</i> (NHIP)	<b>Tingkatkan manfaat, manfaat baru, cakupan dan sektor informal</b>	Hubungan pemerintah daerah dan asuransi kesehatan masyarakat ( <i>community based schemes</i> )	Membangun kesinambungan pembiayaan	Membantu jaminan pembiayaan melalui penggantian biaya dari NHIP	Regulasi via reimbursement, akreditasi protokol
Membangun kerja sama lintas pemerintah daerah	<i>Local Health Systems</i>	Sistem kesehatan daerah sbg perpanjangan tangan administrasi NHIP	<b>Meningkatkan fasilitas untuk pengembangan LHS</b>	Penyelenggaraan program pemberantasan penyakit secara efektif	Menurunkan beban RS tersier akibat rujukan dari fasilitas kes. primer tidak berjalan	Sistem kesehatan daerah berfungsi sbg agen penegak kebijakan
Pusat Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular / pembiayaan jangka panjang	<i>Public Health Program</i>	Memberikan kesempatan kepada NHIP untuk menanggung penyakit kronis dan degeneratif	Kordinasi antara pemerintah daerah dan program pemberantasan penyakit menular	<b>Membangun pelayanan yang efektif, pengelolaan program, jaminan pembiayaan</b>	Menurunkan beban RS dari penyakit-2 yang dapat dicegah	Pedoman teknis untuk regulasi produk-produk yang penting untuk program kesehatan masyarakat
Korporatisasi dan peningkatan ketersediaan dan mutu pelayanan	<i>Hospital Systems</i>	Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah untuk akses keluarga miskin	Jaringan dan rujukan yang efektif	Mengalihkan dana untuk program kesehatan masyarakat	<b>Mempercepat peningkatan rumah sakit untuk mengubah organisasi dan penyediaan insentif</b>	Berfungsi sebagai agen pengendali kenaikan akibat penggunaan teknologi kesehatan di fasilitas swasta
Pengembangan institusi, regulasi ekonomi	<i>Health Regulation</i>	Nilai uang dari manfaat asuransi	Akses pada sumber daya yang bermutu dan terjangkau	Tersedia sumber daya yang bermutu dan terjangkau	Kendali mutu, teknologi tepat guna	<b>Investasi pada fasilitas utama, informasi, kompetisi, promosi,</b>

<sup>293</sup> Solon, dkk. (2003). A Review of the Progress of Health Sector Reform Agenda Implementation, MSH, Philippines.

Tabel V.9. Keberhasilan yang Dicapai oleh Pembangunan *Convergence Site* di Pangasinan, 2002

Sumber: Solon., 2002

**KESIMPULAN DAN PELAJARAN BAGI INDONESIA**

Uraian singkat yang tertuang di dalam makalah ini belum menggambarkan tata laksana,

HSRA merupakan kebijakan terpadu sektor kesehatan untuk mengarahkan pembangunan kesehatan masyarakat di era desentralisasi. HSRA dilaksanakan dengan

dampak, dan evolusi sistem pelayanan kesehatan di era desentralisasi secara mendasar.

Perjalanan desentralisasi sistem kesehatan di Filipina mengisyaratkan pentingnya persiapan dan pembangunan kapasitas pemerintah

Diperlukan literatur yang lebih kaya untuk mengexplorasi dan meneliti lebih lanjut

penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan.

pengalaman Filipina dalam melaksanakan program desentralisasi sistem kesehatan masyarakat. Namun demikian, kesimpulan umum dapat dipetik dan digunakan sebagai bahan pelajaran bagi desentralisasi sistem kesehatan di Indonesia.

Perjalanan desentralisasi sistem kesehatan di Filipina mengisyaratkan pentingnya persiapan dan pembangunan kapasitas pemerintah lokal dalam menjalankan fungsi-fungsi desentralisasi sistem kesehatan. Pengalihan kewenangan, dana, sarana, dan tenaga kesehatan dari pusat perlu memperhatikan dampak negatif yang terjadi secara berkelanjutan dari daerah ke pusat atau sebaliknya, serta neraca dan jangkauan ekonomi pada kesehatan. Begitu pula dengan pengalihan dana dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah, perlu disusun formula khusus yang memperhatikan biaya fungsi-fungsi kesehatan yang didesentralisasikan. Terakhir, desentralisasi kesehatan menuntut kemampuan teknis dan kepemimpinan Departemen Kesehatan dalam mengembangkan dan mengamankan kebijakan dan regulasi kesehatan serta dalam bekerja sama dengan pemerintah daerah.

Obat dan alat kesehatan Komite pengobatan aktif mengelola sendiri pendapatan dari penjualan program pembelian bersama program paralel drug importation

44 dari 51 RS (86,2%) termasuk 12 dari 15 RSU pemerintah lolos akreditasi PHIC. 14 RS belanja bersama-sama

Sistem Kesehatan Daerah Membangun *Inter-Local Health Zones (ILHZ)* *Inter-Local Government Unit of Health*

14 RS belanja bersama-sama

kegiatan telah ditetapkan sejak undang-undang otonomi diundangkan. Berbagai upaya penyempurnaan terus dilakukan secara berkesinambungan untuk mempercepat pencapaian tujuan desentralisasi kesehatan, yaitu terselenggaranya pelayanan kesehatan yang adil, efektif, dan tepat guna. Kesyinambungan dan upaya-upaya penyempurnaan program desentralisasi kesehatan dituangkan dalam “*Health Sector Reform Agenda (HSRA)*”.

14 RS belanja bersama-sama

Minimal 85% penduduk terdapat asuransi kesehatan sosial (askesos)

14 RS belanja bersama-sama

Pencarian, penyimpanan dan pengelolaan dana secara mandiri

14 RS belanja bersama-sama

Kendali mutu Peningkatan fasilitas Kerja sama dengan sektor swasta

14 RS belanja bersama-sama

Paket dan manfaat pelayanan kesehatan Reformasi Rumah Sakit

14 RS belanja bersama-sama

Sistem manajemen keuangan Pencarian, penyimpanan dan pengelolaan dana secara mandiri

14 RS belanja bersama-sama

Kendali mutu Peningkatan fasilitas Kerja sama dengan sektor swasta

14 RS belanja bersama-sama

Paket dan manfaat pelayanan kesehatan Reformasi Rumah Sakit

14 RS belanja bersama-sama

Sistem manajemen keuangan Pencarian, penyimpanan dan pengelolaan dana secara mandiri

14 RS belanja bersama-sama

Kendali mutu Peningkatan fasilitas Kerja sama dengan sektor swasta

14 RS belanja bersama-sama

## PENUTUP

Fakta yang tertulis pada bab-bab buku ini mendukung dugaan bahwa pada fase awal sebuah kebijakan, berbagai ketidakjelasan pasti terjadi. Periode tahun 2001 sampai ke 2003 dapat dinyatakan sebagai fase awal kebijakan desentralisasi diterapkan di sektor kesehatan yang mempunyai banyak ketidakjelasan. Tiga tahun awal perjalanan desentralisasi di Indonesia memberikan banyak catatan penting. Inti catatan penting adalah peran pemerintah di berbagai level dalam sektor kesehatan masih belum tertata dengan baik. Masih terjadi ketidaksiapan pembagian wewenang di fungsi regulasi, pembiayaan, dan pelaksana antar berbagai level pemerintah di sektor kesehatan. Keadaan ini dapat mengurangi efektifitas pembangunan kesehatan di Indonesia.

Dalam hal ini perlu dikaji mengenai reformasi dan desentralisasi pelayanan kesehatan. Pelaksanaan desentralisasi terkait dengan reformasi sektor kesehatan seperti yang terjadi di Filipina. Pengalaman pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia tahun 2001-2003 menunjukkan bahwa pada tahun-tahun ini tidak ada reformasi di sektor kesehatan sesuai dengan ciri reformasi. Sebagai catatan, ada berbagai ciri reformasi<sup>294</sup>: (1) perubahan bukan bersifat evolusioner atau sedikit-sedikit; (2) perubahan tidak hanya menyangkut kebijakan saja, tapi mencakup perubahan yang melembaga; (3) perubahan merupakan hal yang disengaja, bukan kebetulan-kebetulan belaka; (4) perubahan

harus bersifat berkelanjutan dan jangka panjang; dan (5) perubahan harus didukung seluruh staf dan didukung secara politis dari atas. Reformasi harus didahului oleh kebijakan di berbagai level pemerintah secara terintegrasi demi memperkuat atau meningkatkan kapasitas sistem pelayanan kesehatan. Keadaan ini tidak terjadi di Indonesia.

Tanpa ada reformasi di sektor kesehatan, fungsi-fungsi pemerintah di berbagai level ternyata tidak jelas. Dengan tidak jelasnya fungsi pemerintah maka kebijakan desentralisasi sulit dilakukan. Dalam hal ini ada pendapat menarik bahwa ketidakjelasan fungsi pemerintah di berbagai level saat ini disebabkan oleh kebijakan desentralisasi.

Pendapat ini menjadikan kebijakan desentralisasi sebagai kambing hitam ketidakjelasan peran pemerintah. Pendapat ini tentunya menyedihkan. Dipandang dari situasi Indonesia dan sejarah sistem pelayanan kesehatan, kebijakan desentralisasi sektor kesehatan merupakan hal yang tepat. Akan tetapi pelaksanaan kebijakan desentralisasi yang buruk karena tidak disertai dengan reformasi sektor pelayanan kesehatan secara penuh. Ke depan, diharapkan ada suatu reformasi di berbagai level pemerintah dalam suasana sistem yang terdesentralisasi. Diterbitkannya UU No. 32 Tahun 2004 yang mengamandemen UU No. 24 dan 25 Tahun 1999 dapat dianggap sebagai momentum baru untuk reformasi sektor kesehatan dalam situasi yang terdesentralisasi.

---

<sup>294</sup> Public Health Forum, 1997. London School of Hygiene and Tropical Medicine.

# Index

## A

administrasi publik, 1, 2, 145  
administratif, 1, 2, 3, 4, 5, 8, 37, 38, 44, 49, 71, 97, 100, 107, 108, 124, 125, 140, 142, 157, 171  
agenda reformasi kesehatan, 169  
Akreditasi, 24, 25, 150  
akreditasi, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 42, 103, 110, 148, 150  
akuntabilitas, 5, 83, 107, 152, 157, 158, 160, 168, 169  
Alma Ata, 4  
Alokasi, 43, 69, 71, 72, 77, 78, 126, 131  
alokasi, 7, 15, 33, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 81, 84, 90, 91, 92, 96, 130, 131, 137, 152  
alokasi anggaran, 69, 81, 91  
Anggaran, 91, 126  
anggaran, 7, 15, 33, 69, 83, 84, 91, 92, 94, 96, 101, 104, 116, 130, 131, 137, 138, 139, 140, 142, 145, 146, 149, 150, 152, 163, 164, 166, 174, 176, 177, 178, 179, 182  
APBD, 44, 84, 85, 89, 90, 91, 93, 96, 100, 104, 139, 140, 141, 145, 152, 153, 164, 166  
Askes, 93, 95  
asymmetry information, 154

## B

Badan Kepegawaian Daerah, 116, 121  
badan kepegawaian daerah, 123  
Badan Koordinasi Promosi Kesehatan, 127  
Badan Mutu Pelayanan Kesehatan, 30, 33, 34  
badan mutu pelayanan kesehatan, 31  
badan mutu pelayanan kesehatan, 30  
Balai Pelatihan Kesehatan, 98, 113  
Balai Pelatihan Teknis Profesi Kesehatan, 98, 100  
Bantuan Siaga Bencana, 116  
Bina Program, 140  
bina program, 99  
Build-Operate-Transfer, 153  
Business Process Reengineering, 119

## C

Career Path, 111, 116, 123  
career path, 112  
city Health System, 172  
Civil Society, 158  
Civil society, 157  
civil society, 97, 157, 158, 160, 163, 164, 167, 168  
Comprehensive Health Care Agreement, 179  
conceptual data model, 135  
contracting out, 152

Convergence Sites, 182  
convergence sites, 182  
cost recovery, 152

## D

Dana Alokasi Khusus, 43, 69, 72, 131  
dana alokasi khusus, 72  
Dana Alokasi Umum, 43, 69, 71, 76, 131  
dana alokasi umum, 78  
Dana Dekonsentrasi, 70, 72, 73  
Dana dekonsentrasi, 73  
dana dekonsentrasi, 17, 44, 70, 71, 72, 73, 77, 79, 154  
Dana Depkes, 72  
Dana Jaminan Kesehatan, 92  
Dana Pelatihan, 102, 103, 104  
dana pelatihan, 101, 102, 103, 104  
Dana Program Kompensasi, 70, 74  
decision space, 119  
DEFINISI, 1  
Definisi, 1, 25, 73  
definisi, 1, 15, 25, 26, 72  
Dekonsentrasi, 2, 70, 72, 73, 76, 79  
dekonsentrasi, 4, 5, 7, 8, 12, 17, 44, 70, 71, 73, 77, 110, 113, 146, 154, 170  
Delegasi, 2  
delegasi, 2, 125  
delegating provisio, 38  
demand, 84, 85, 86, 87, 153  
demokratis, 1, 5, 157, 158  
DEVOLUSI, 180  
Devolusi, 2, 170, 176  
devolusi, 2, 8, 170, 171, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180  
DINAS KESEHATAN, 11  
Dinas Kesehatan, 30, 41, 90, 98, 100, 103, 104, 110, 113, 127, 133, 139, 140, 150, 166  
Dinas kesehatan, 32, 90, 126, 134  
dinas kesehatan, 8, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 26, 31, 32, 33, 34, 75, 90, 91, 100, 101, 104, 108, 109, 110, 112, 114, 115, 118, 120, 121, 123, 126, 128, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 161, 163  
District Health Account, 81  
dokter spesialis, 86, 88, 112, 116, 122, 123  
dokumen, 72, 132, 137, 144, 145  
Donor Asing, 79  
donor asing, 3

## E

efisiensi,2,5,6,7,23,88,92,107,110,114,122,143,152,153,  
169,171  
EKONOMI,126  
ekonomi,1,3,4,6,7,8,13,19,22,23,24,48,78,83,97,  
126,140,143,144,150,152,153,154,155,158,165,  
166,167,170,171,183  
Epidemiologi,114,140  
epidemiologi,4,6,42,112,113,137,138,140,141,142  
EVALUASI,35  
Evaluasi,39,86,88,148  
evaluasi,25,29,30,33,36,39,43,47,84,86,94,95,100,120,  
121,122,148,160  
exit option,158,164

## F

Faktor,141  
faktor,3,22,29,31,70,97,119,120,135,141,152,153,165,182  
Fase,22  
fase,4,8,22,27,29,30,34,184  
Fiskal,8,77,79  
fiskal,1,8,9,42,69,72,79,131,153,155  
for profit,2

## G

Gakin,74,86,89  
gakin,84,86,87,88,89  
GDP,83  
GDRP per kapita,70,79  
Gilson,145  
GOOD GOVERNANCE,12  
Good Governance,12,13,144  
good governance,12,13,14,20,144,147,158  
good laboratory practice,148  
good manufacturing practice,148  
Governance and Decentralization Survey,160

## H

Health Sector Reform Agenda,169,180,183  
hospital corporatization,15,16  
Hubungan Kerja,89,91,112,117  
Hubungan kerja,123  
hubungan kerja,30,89,111,112,116,117,118,120,121,  
123,126  
HUMAN RESOURCE,121  
Human Resource,109,111,123  
human resource,107,108

## I

IMPLIKASI,169  
implikasi,5,17,143,152  
improvement,22,24,119

Indeks Kemiskinan,70  
Indeks kemiskinan,79  
inequitable distribution,109,111,118,122  
intergovernmental transfer,3  
Internet,133  
internet,133

## J

Jabatan fungsional,117  
jabatan fungsional,99,100,104,112,117,118  
jabatan struktural,112,113  
JAMINAN KESEHATAN SOSIAL,83  
Jaminan Kesehatan Sosial,88,95  
jaminan kesehatan sosial,88,96  
Jaminan Pemeliharaan Kesehatan,74,114  
jaminan pemeliharaan kesehatan,42  
Jamsostek,95,96  
jasa medis,86,87,88  
Joint Health Council,127  
JPSBK,86,89,96

## K

Kalakarya,102,103  
kalakarya,100,102,103,104  
KALP,150  
Kapasitas Fiskal,79  
karier fungsional,117,123  
karier struktural,116,123,124  
Kekuatan Ekonomi,144  
kekuatan ekonomi,126,143,144  
Kemampuan Fiskal Daerah,77  
kemampuan fiskal daerah,72  
Kepmenkes,40,44,45,48,94,113,134,135  
kepmenkes,41,45,46  
Kesos,45  
Kewenangan bidang kesehatan,42  
kewenangan bidang kesehatan,42  
Kewenangan Daerah,96  
kewenangan daerah,35,36,37,48,49  
klasifikasi,123  
KLB,137,138,140,141,142,148  
Komite,150  
komite medik,26  
Komunikasi,123,124,134  
komunikasi,33,123,144,147,157  
Konsekuensi,35,42,71,101  
konsekuensi,17,22,36,38,46,48,88,92,98,101,104,  
122,124,137  
konsep manajerialisme,14  
kontrak karya,104  
Korporatisasi,15  
kuadran,144,151,152,153,154,155  
Kuesioner,144  
kuesioner,144

## L

laboratorium kesehatan,143,144,147,148,149,150,155  
laboratorium keterampilan teknis,101  
LB1,131  
learning resource center,100,133  
lembaga,4,5,12,13,14,15,16,17,20,21,22,23,24,25,26,27,  
30,32,33,39,40,41,46,109,110,132,145,146,148,1  
50,154,175  
Lisensi,25  
lisensi,23,24,25,26,33,150  
local fiscal choice,3

## M

manajemen mutu,27,101,103  
manajemen SDM,107,108,109,110,123,124  
manajer unit,1,2  
market failure,152  
Mekanisme,7,86,90  
mekanisme,4,23,75,83,84,85,88,89,90,91,92,96,102,127,  
135,144,145,154,155,157,160,161,167,168,174,  
175,180,181  
misi,15,32,104,109,110,144  
model transisi,31  
moral hazard,21,87,154  
*municipality*,171,174,176,178,181  
Mutu Laboratorium,148,149

## N

National Electronic Disease Surveillance System,134  
National Health Insurance Act,174,175  
Negara,5,8,35,38  
negara,1,2,3,4,5,6,7,8,9,13,15,22,23,35,37,38  
non klinis,148  
nonprofit,2

## O

*one group pre and post test design*,144  
ORGANISASI,120,125  
Organisasi,98,147  
organisasi,1,2,3,4,9,23,25,27,30,31,32,33,47,99,100,102,  
104,108,109,110,111,113,114,115,120,121,  
123,124,125,126,131,132,135,136,143,150,153,  
155,172,182  
organisasi profesi,27,30,31,32,111  
OTONOMI,14  
Otonomi,6,8,15,16,35,40,45,77,97,143,155  
otonomi,3,4,5,6,7,8,11,14,15,16,17,26,40,42,43,  
71,74,78,83,84,94,97,125,137,145,146,  
155,170,171,176,180,181,183  
Otonomi Daerah,8,40,45,69

otonomi daerah,40,42,43,71,74,83,84,97,170,171,176  
otonomi regional,6,7,8  
otonomi rumah sakit,15,16,181  
Ottawa Charter,125,129  
outcome,22,23,107,119  
output,23,96,107,181  
outsourcing,152

## P

paradigma,4,22,24  
Pearson Correlation 2 tailed-test,79  
Pegawai Tidak Tetap,112  
PELATIHAN,97  
Pelatihan,98,100,101,113,138  
pelatihan,30,72,97,98,99,100,101,102,103,104,109,  
113,117,118,123,124,135,148,177  
pelatihan manajemen mutu,101  
Pelatihan Teknis Profesi,98,100  
pelatihan teknis profesi,98,99,101,104  
Pelayanan Kesehatan,114,131,141,148,171,174  
pelayanan kesehatan,97,102,104,108,115,126,129,132,  
133,134,135,136,141,143,148,150,152,154,  
155,166,169,170,171,174  
pembayaran *out of pocket*,83  
pemberdayaan masyarakat,125,127,128,129,130  
pembiayaan daerah,84,91,96  
pembiayaan kesehatan,17,23,69,70,73,75,77,83,84,  
85,86,88,89,91,92,93,94,95,96,108,153,180  
PENGARUH DESENTRALISASI,131  
pengaruh desentralisasi,84  
peraturan pemerintah,8,11,36,37,42,46,174  
persentase anggaran,83,84  
perubahan organisasi,120,182  
Poverty Index,79  
primer,4,5,171,176,178,179,180,181  
Privatisasi,2  
privatisasi,2,97,153  
produk hukum,38,40,41,44,47  
program pemberantasan penyakit menular,137,138,  
171,179,180  
promosi kesehatan,114,125,126,127,128,129  
*proses deployment dan redeployment*,121  
*Provincial Health Project*,108  
*Proyek Intensified Communicable Disease Control*,138  
*public good*,17,84,126,141,147,148,155  
*public private mix*,153  
*purposive sampling*,144  
puskesmas swadana,85

## Q

quasi experimental,144

## R

RADIX,132

ratio,153  
Recruitment,111,115  
recruitment,109  
Reengineering,119  
reengineering,119,134,135  
Reformasi finansial,182  
reformasi finansial,181  
Regulasi,20,21,22  
regulasi,19,20,21,22,180,181,182,183,184  
regulasi internal,26,27,148  
regulasi mutu,24  
REGULATOR,19  
Regulator,21  
regulator,12,13,14,17,19,20,21,22,29,31,121,  
144,147,152,155,181  
Restrukturisasi,109,114,143  
restrukturisasi,107,115,169

## S

sarana pelayanan kesehatan,30,33,169  
Sekber Kartamantul,47  
Seksi Promosi Kesehatan,127  
seksi promosi kesehatan,127  
Sertifikasi,25,42,113  
sertifikasi,24,25,26  
service provision,152,153  
share resource,43  
shifting,36,39,48,73,75  
shifting of governance,36,48  
SIMKA,131,132  
SINAKES,131  
Sistem Informasi Kesehatan,33,131,134  
sistem informasi kesehatan,132,133,134,135,136  
Sistem Jaminan Sosial Nasional,95  
Sistem Pembiayaan,114  
sistem pembiayaan,17,83,88,96  
social capital,3  
source of fund,69  
Spektrum,26  
spektrum,27  
stakeholder,32,89,127,167  
standar pelayanan kesehatan,88  
State in Changing World,13  
status Balai Labkes,144  
straddling,158  
strategis,15,20,30,33,42,113,117,123,124,128,133,134,164  
structural adjustment program,5  
Struktur,4,99,100,131  
struktur,2,4,13,15,17,23,30,32,33,98,99,100,101,  
104,110,111,114,115,121,125,126,133,  
135,154,172,179  
struktur organisasi,33,99,100,110,114,126,172  
sumber daya manusia,7,11,15,97,104,107,124,131,  
132,133,134,166,177,181  
*supplier induced demand*,87

*Surveilans*,113,114,140  
*surveilans*,129,132,133,135,137,138,141,142,176

## T

Tahap implementasi,30  
tahap implementasi,33  
Tarif,84,95,114  
tarif,84,85,86,88,90,95,96,148,154,171,180  
Tata Kerja,147  
tata kerja,179  
Teori,2,3,79  
teori,2,3,145,152  
teori siklus manajemen SDM,108  
Training and Education,113,118,123  
training need assesment,113  
Trisnantoro,143,144,152,154  
tugas Pemerintah,37  
tugas pemerintah,72,154

## U

Undang-Undang,39,95,131,137,170  
Undang-undang,36,37,38  
undang-undang,17,25,36,37,38,40,42,79,95,114,121,174  
Unit Pelaksana Teknis Daerah,98,104,143  
Unit Pelaksana Teknis Pusat Pendidikan,98  
UPT,98,101,143,144,145,146,150  
UPTD,90,101,144,145,146,147,150  
Usaha Kesehatan Sekolah,125

## V

visi,15,104,164  
voice option,158,163,164

## W

Wajib Kerja Sarjana,112  
watak sentralitis,44  
welfare-state,152,154  
Widyaiswara,100,104  
widyaiswara,99,100,101,104  
World Bank,1,121,148,155,160

