

## BAB 2

# REPOSISI DINAS KESEHATAN AKIBAT KEBIJAKAN DESENTRALISASI DAN SISTEM KESEHATAN WILAYAH

Laksono Trisnantoro

### PENGANTAR

Dalam penelitian mengenai reformasi sistem kesehatan yang dilakukan oleh Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK-UGM ditemukan beberapa kasus sebagai berikut:

#### Kasus 1:

Di Kota S, seorang staf di dinas kesehatan kota mengeluh karena puskesmas meminta otonomi. Dalam kenyataan memang sudah terjadi adanya pemberian dana langsung dari pemerintah kota ke puskesmas tanpa melalui dinas kesehatan kota. Staf Dinkes Kota S tersebut dengan nada pesimis menyatakan bahwa apa jadinya dinas kesehatan kota apabila puskesmas menjadi otonom? Apa tugas dinas kesehatan kota di masa depan?

#### Kasus 2:

Dalam sebuah kegiatan penelitian ke kabupaten X, saya menjumpai kepala dinas kesehatan dan direktur RSD dalam rangka berdiskusi mengenai perkembangan RS sebagai Lembaga Teknis Daerah. Berikut ini kutipan ucapan dari kepala dinas kesehatan:

Setelah rumah sakit menjadi Lembaga Teknis Daerah, kami sulit masuk ke rumah sakit. Sepertinya direject. Jadi kami seperti jalan sendiri-sendiri. Seksi RS di Dinas sulit memeriksa rumah sakit dan kami tidak tahu memeriksanya dengan dasar apa?

Di sisi lain, direktur RSD menyatakan:

*Setelah kami menjadi Lembaga Teknis Daerah, Kepala Dinas mengacuhkan kami. Proyek-proyek pengembangan kelembagaan tidak pernah masuk ke RS. Peralataan radiology Puskesmas saat ini malah lebih canggih dibanding rumah sakit karena ada dana dari pusat. Kami tidak kebagian. Rumah sakit seperti tempat*

*pembuangan sampah tenaga kerja manusia. Ya kami sama-sama tahu diri, jangan sampai konflik. Tetap menjaga perasaan masing-masing.*

#### Kasus 3:

Dalam sebuah pertemuan antar direktur RS swasta di kota M, ada pertanyaan menggelitik mengenai fungsi dinas kesehatan kota dan provinsi. Sebenarnya apa fungsi mereka? Pada intinya direktur RS swasta berharap bahwa dinas kesehatan dapat membantu mereka dalam pengembangan sumber daya manusia, memberi subsidi, dan meningkatkan mutu pelayanan. Akan tetapi harapan ini terlihat sulit dipenuhi. Salah satu tandanya adalah perhatian dinas kesehatan terhadap rumah sakit tidaklah besar. Hal ini dapat dilihat pada kenyataan bahwa sudah 4 bulan ini seksi pelayanan di dinas kesehatan kosong karena pejabat lama, seorang perawat senior, pensiun dan belum ada orang yang siap menggantikan.

Ketiga kasus di atas menunjukkan bahwa ada “sesuatu” yang terjadi di dinas kesehatan. “Sesuatu” ini perlu dikaji untuk melihat makna yang terdapat di dalamnya. Makalah ini bertujuan untuk mengkaji “sesuatu” tersebut dalam sudut pandang adanya Peraturan Pemerintah (PP) No. 8 Tahun 2003, sebagai pengganti PP No. 84 Tahun 2000 dengan berbagai pasal yang layak diperhatikan, yaitu:

#### Pasal 5

- (1) Dinas Daerah Provinsi merupakan unsur pelaksana pemerintah provinsi dipimpin oleh seorang kepala yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Dinas Daerah Provinsi mempunyai tugas melaksanakan kewenangan desentralisasi dan

dapat ditugaskan untuk melaksanakan penyelenggaraan wewenang yang dilimpahkan kepada Gubernur selaku Wakil Pemerintah dalam rangka dekonsentrasi.

- (3) .....
- (4) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Dinas Daerah Provinsi menyelenggarakan fungsi:
  - a. Perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya;
  - b. Pemberian perijinan dan pelaksanaan pelayanan umum;
  - c. Pembinaan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya......

Pasal 6.

- (5) Lembaga Teknis Daerah Provinsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dapat berbentuk Badan, Kantor, dan Rumah Sakit Daerah.
- (6) Lembaga Teknis Daerah Provinsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) terdiri dari sebanyak-banyaknya 8 (delapan).

Pasal 9

- (1) Dinas Daerah Kabupaten/Kota merupakan unsur pelaksana pemerintah Kabupaten/Kota dipimpin seorang Kepala yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati/Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Dinas Daerah Kabupaten/Kota mempunyai tugas melaksanakan kewenangan desentralisasi.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Dinas Daerah Kabupaten/Kota menyelenggarakan fungsi:
  - a. Perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya;
  - b. Pemberian perijinan dan pelaksanaan pelayanan umum;
  - c. Pembinaan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya......

Pasal 10.

- (6) Lembaga Teknis Daerah Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dapat berbentuk Badan, Kantor, dan Rumah Sakit Daerah.
- (7) Lembaga Teknis Daerah Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) terdiri dari sebanyak-banyaknya 8 (delapan).

Tulisan ini berusaha membahas makna pasal-pasal dalam PP No. 8 Tahun 2003 ini dengan berbagai kontroversinya. Pembahasan dilakukan dengan mengacu pada konsep *good governance* yang mempertegas peran antara *regulator* masyarakat sipil dan pelaku usaha serta posisi dinas kesehatan dalam sistem kesehatan wilayah.

### **DESENTRALISASI, GOOD GOVERNANCE, DAN PERAN PEMERINTAH**

Desentralisasi kesehatan secara prinsip menyerahkan urusan kesehatan ke pemerintah daerah. Dalam hal ini dinas di pemerintah daerah menjadi lembaga tertinggi yang mengurus suatu sektor yang diserahkan ke daerah. Dalam hal ini secara garis besar dapat disebutkan bahwa yang disebut dinas dalam PP No. 8 Tahun 2003 merupakan lembaga pemerintah yang utamanya menjadi pengatur aspek teknis di wilayah kerjanya. Dalam aplikasinya di sektor kesehatan dinas kesehatan semakin didorong menjadi lembaga yang berfungsi sebagai penyusun kebijakan dan *regulator*. Sementara itu, RSD diharapkan menjadi semakin ke arah lembaga nonbirokrat (dalam arti lembaga usaha yang memberikan pelayanan publik).

Perubahan-perubahan ini perlu diambil makna konseptualnya. Salah satu konsep penting adalah *Good Governance* yang berdasarkan pemahaman dari *United Nations Development Programme* (UNDP) adalah:

*The exercise of economic, political and administrative authority to manage a country's affairs at all levels. It comprises the mechanisms, processes and institutions through which citizens*

*and groups articulate their interests, exercise their legal rights, meet their obligations and mediate their differences....*

Ada beberapa hal penting dalam konsep *good governance* di UNDP antara lain: partisipasi masyarakat, transparansi, akuntabilitas, dan mengutamakan aturan hukum. Dalam konteks *good governance* ini perlu dicermati Laporan Pembangunan Bank Dunia (1997) berjudul *State in Changing World*. Dalam laporan ini ditekankan mengenai peranan negara dalam memperbaiki pemerataan dan kegagalan pasar. Dalam hal ini ditekankan mengenai peran sebagai pemberi pembiayaan dan pemberi pelayanan. Dalam laporan ini disebutkan bahwa peran negara ada 3 tingkat: (1) peranan minimal; (2) peran menengah; dan (3) peran sebagai pelaku kegiatan.

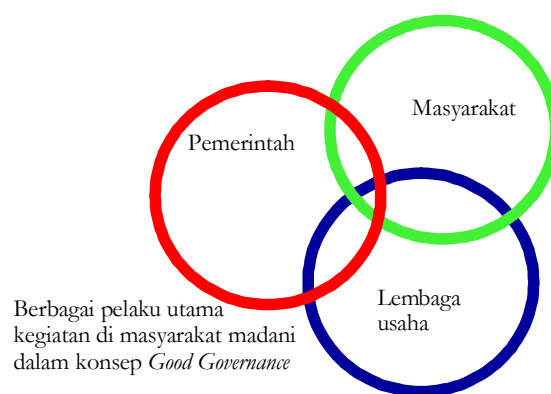
Pada peran minimal, pemerintah bertugas untuk menyediakan pelayanan publik murni, misalnya: pertahanan, tata hukum dan perundangan, hak cipta, manajemen ekonomi mikro, serta kesehatan masyarakat.

Di samping itu, pemerintah harus meningkatkan program untuk mengatasi kemiskinan, melindungi orang miskin, dan mengatasi bencana. Pada peran yang lebih meningkat maka dalam kegiatan mengatasi kegagalan pasar, pemerintah harus melakukan berbagai hal misalnya menjamin pendidikan dasar, melindungi lingkungan hidup, mengatur monopoli, mengatasi berbagai hal yang terkait dengan tidak seimbangnnya informasi, hingga menyediakan jaminan sosial. Pada tingkat pemerintah berperan sebagai pelaku kegiatan, ada beberapa kegiatan seperti, melakukan koordinasi swasta supaya tidak terjadi kegagalan pasar dan melakukan kegiatan untuk mengatasi ketidakmerataan dengan tindakan redistribusi.

Secara konseptual struktur *Good Governance* dalam suatu masyarakat dapat dilihat pada gambar I.1 .

Dalam konteks *good governance*, dimanakah peran pemerintah dalam sektor kesehatan? Kovner (1995)<sup>46</sup> menyatakan bahwa peran pemerintah ada tiga, yaitu (1) *regulator*; (2) pemberi dana; dan (3) pelaksana kegiatan. Peran sebagai pemberi dana jelas dapat diartikan. Sementara itu, peran sebagai *regulator* dan peran sebagai pelaksana sering menjadi perdebatan. Perbedaan peran pemerintah sebagai *regulator* dan pelaksana dapat dilihat pada Tabel I.1.

Dalam sektor kesehatan ada berbagai lembaga pemerintah yang beroperasi. Peran sebagai pelaksana dilakukan misalnya oleh rumah sakit pemerintah pusat atau daerah. Peran sebagai pemberi sumber pembiayaan dapat dilakukan oleh pemerintah pusat dan daerah. Peran sebagai *regulator* dan penetap kebijakan pelayanan kesehatan dapat dilakukan oleh Depkes di pemerintah pusat untuk sistem kesehatan di Indonesia ataupun dinas kesehatan provinsi atau kabupaten/kota.



Gambar 1.1. Konsep Struktur *Good Governance*

<sup>46</sup> Kovner A.R. 1995. *Health Care Delivery in the United States*. Springer Publishing.

Tabel I.1. Perbedaan peran pemerintah sebagai *regulator* dan pelaksana (Bossert)<sup>47</sup>

	Pemerintah sebagai <i>Regulator</i>	Pemerintah sebagai Pelaksana
Peran	Lembaga <i>regulator</i>	Mengelola institusi pelayanan publik
Tujuan	Menjamin kompetisi dan sistem kompensasi mengarah ke pencapaian indikator kesehatan wilayah	Efisiensi dan <i>survival</i> institusi pelayanan pemerintah
Unit analisis	Berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan modern dan tradisional milik pemerintah dan swasta di suatu wilayah	Fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, terutama puskesmas dan rumah sakit.
Konsekuensi	Mengembangkan sistem regulasi wilayah dan/atau melaksanakannya	Bersaing dengan swasta
Persyaratan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrasi sistem informasi kesehatan pelayanan publik dan swasta</li> <li>• Pengembangan standar institusi dan standar pelayanan</li> </ul>	Sistem manajemen yang baik

Berbagai isu dalam *good governance* di sektor kesehatan:

1. Komitmen politik untuk pengembangan pelayanan kesehatan.
2. Pendekatan yang pro-orang miskin
3. Menyeimbangkan peran pemerintah, lembaga usaha swasta, dan lembaga swadaya masyarakat dalam pelayanan kesehatan
4. Menangani kegagalan pasar, misalnya pemerintah sebaiknya membiayai masyarakat miskin yang tidak mampu membeli pelayanan kesehatan.
5. Manajemen lembaga pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pengguna
6. Partisipasi luas dari masyarakat dan lembaga usaha dalam pengambilan keputusan, reformasi bidang kesehatan, dan pengembangan sistem kesehatan.
7. Memberantas praktik-praktik ilegal dalam pelayanan kesehatan, termasuk korupsi.

8. Pembiayaan pelayanan kesehatan yang responsif dan *fair*.
9. Desentralisasi pelayanan

### MANAJERIALISME DAN OTONOMI LEMBAGA

Sebagai lembaga pelaksana, rumah sakit pemerintah daerah atau BP puskesmas perlu dikelola dengan baik agar dapat bersaing dengan swasta. Dalam hal ini peran pemerintah sebagai pelaksana memerlukan konsep manajerialisme. Dalam konsep manajerialisme ada pemahaman bahwa lembaga yang menggunakan konsep manajemen dalam pelaksanaan kegiatan akan mempunyai kinerja yang lebih baik<sup>48</sup>. Akan tetapi, sistem manajemen yang baik membutuhkan otonomi pada berbagai aspek dan kebutuhan. Istilah yang sering dipergunakan secara praktis adalah tersedianya wewenang untuk menetapkan keputusan sendiri dan mengelola pelaksanaannya. Tanpa wewenang ini, sebuah

<sup>47</sup> Bossert T, Hsiao W, Barrera M, Alarcon L, Leo M, Casares C. (1998) Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health Policy and Planning*, 13(1): 59-77.

<sup>48</sup> Pollit C. (1990). *Managerialism and the Public Services*. Basil Blackwell.

rumah sakit pemerintah misalnya, akan cenderung menjadi bagian dari sistem birokrasi besar yang kaku. Menurut kamus arti otonomi adalah:

*The quality or state of being self governing, especially "the right or power of self government; 'existing or capable of existing independently; and "subject to its laws only'.*

Pemahaman otonomi rumah sakit adalah wewenang untuk mengelola sumber daya, dengan mengikuti prosedur dan standar yang ditetapkan. Otonomi rumah sakit merupakan bagian dari reformasi pelayanan publik di berbagai negara. Chawla dkk.<sup>49</sup> menyatakan bahwa definisi otonomi rumah sakit berada pada dua dimensi: (1) seberapa jauh sentralisasi pengambilan keputusan; dan (2) jangkauan keputusan untuk menentukan kebijakan dan pelaksanaan program oleh rumah sakit. Dengan demikian, konsep otonomi rumah sakit dapat dipergunakan di rumah sakit-rumah sakit pemerintah atau swasta. Pada konteks rumah sakit swasta, otonomi rumah sakit diartikan sebagai seberapa jauh direksi rumah sakit dapat melakukan keputusan manajemen, misalnya menentukan anggaran atau menerima tenaga. Derajat otonomi di rumah sakit pemerintah dapat diukur misalnya dari indikator proses rekrutmen dokter. Jika rumah sakit pemerintah tidak mempunyai wewenang untuk menerima dokter, rumah sakit tersebut tidak otonom dalam manajemen sumber daya manusia.

Lebih lanjut Chawla dkk. memberikan sebuah model konseptual dalam bentuk matriks seperti pada tabel I.2. Model ini menggambarkan bahwa ada sebuah kontinum (pada sumbu mendatar) dengan suatu keadaan sentralisasi penuh dengan otonomi rendah, menuju ke keadaan desentralisasi penuh dengan otonomi

tinggi. Pada kolom (sumbu tegak), ada perbedaan otonomi pada tingkat makro, yaitu pada sistem kesehatan nasional dan pada tingkat mikro di rumah sakit. Ada lima domain dalam otonomi rumah sakit: (1) manajemen strategis dengan wewenang untuk menetapkan visi dan misi, menetapkan tujuan umum secara luas, mengelola aset rumah sakit dan mempertanggungjawabkan kebijakan rumah sakit; (2) administrasi untuk mengelola manajemen sehari-hari, misalnya pengaturan jadwal, alokasi ruangan, sistem informasi manajemen; (3) aspek pembelian yang mencakup obat, peralatan rumah sakit, dan barang habis pakai; (4) manajemen keuangan yang mencakup penggalan sumber daya keuangan, perencanaan anggaran, akuntansi, dan alokasi sumber-sumber daya; (5) aspek manajemen sumber daya manusia yang meliputi kewenangan untuk mengangkat dan memberhentikan sumber daya manusia, menciptakan pos-pos jabatan baru, menentukan peraturan kepegawaian, kontrak, dan gaji.

Konsep otonomi rumah sakit diterapkan di berbagai negara. Di berbagai negara, bahasa yang dipergunakan untuk otonomi rumah sakit adalah *hospital corporatization*. Istilah korporisasi merupakan suatu tahap (tahap ketiga) dari perubahan bentuk lembaga pemerintah dari (1) rumah sakit sebagai Unit birokrasi pemerintah, (2) rumah sakit sebagai unit otonomi, (3) rumah sakit sebagai unit korporasi, dan (4) rumah sakit yang diswastanisasikan<sup>50</sup>.

Korporatisasi rumah sakit mempunyai prinsip mempertahankan kepemilikan pemerintah tetapi mengurangi biaya rumah sakit dengan cara: (1) memberikan wewenang untuk meningkatkan penerimaan dari pasien; (2) mengubah struktur insentif di rumah sakit. Model ini diujicobakan di Lebanon untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit pemerintah<sup>51</sup>.

<sup>49</sup> Chawla M, Govindaraj R, Berman P, Needleman J. 1996. *Improving Hospital Performance through Policies to Increase Hospital Autonomy*. Methodological Issues.

<sup>50</sup> Preker A..S, Harding A. 2003. *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington DC. World Bank.

Tabel I.2. Kerangka Konseptual untuk Otonomi Rumah Sakit

Fungsi Manajemen dan Kebijakan	Tingkat Otonomi			
	Sentralisasi Penuh dengan Otonomi Rendah	Otonomi Sebagian		Desentralisasi Penuh Otonomi Tinggi
		A	B	
Manajemen Strategis	Kontrol langsung oleh pemilik: Pemerintah, BUMN, atau lembaga swasta	Diatur oleh Dewan Pengelola yang ditunjuk oleh pemilik dan diarahkan oleh pemilik. Akan tetapi Dewan ini bukan menjadi bawahan pemilik		Dewan Pengelola yang dibentuk secara independen, membuat keputusan secara independen
Administrasi	Manajemen langsung oleh pemilik, yang juga menetapkan peraturan untuk manajemen RS	Kekuasaan terbatas yang didesentralisasikan ke manajemen RS; pemilik masih memiliki pengaruh atas keputusan manajemen		Manajemen independen yang beroperasi di bawah arahan Dewan Pengelola, dengan wewenang cukup dalam pengambilan keputusan yang independen
Pembelian	Pembelian dilakukan secara terpusat, dengan pemilik menentukan jumlah dan total pengeluaran	Kombinasi antara pembelian yang disentralisasi dan didesentralisasikan		Pembelian secara keseluruhan dikontrol oleh manajemen RS
Manajemen Keuangan	Didanai penuh oleh pemilik; pemilik memiliki kontrol atas keuangan	Pemilik mensubsidi plus mendanai melalui sumber-sumber lain. Ada pengaruh dari pemilik tetapi secara umum berada di bawah kontrol Dewan		Otonomi penuh secara keuangan. Tidak ada subsidi dari pemilik; Pengelolaan dana secara keseluruhan berada di bawah kontrol Dewan; manajer memiliki kapasitas pengambilan keputusan independen yang signifikan
Manajemen Sumber Daya	Staf ditunjuk oleh pemilik; sepenuhnya berada di bawah kontrol peraturan pemilik	Staf dipekerjakan oleh Dewan Pengelola dan bekerja di bawah peraturan Dewan Pengelola, tetapi juga harus mentaati peraturan pemilik		Staf dipekerjakan oleh Dewan Pengelola; semua kondisi dan peraturan ditetapkan oleh Dewan; manajer memiliki kapasitas pengambilan keputusan yang signifikan

Dalam istilah ini ada pemahaman suatu proses yang mengarah menjadi lembaga usaha (*corporate*) dan ada pemisahan dalam fungsi pemerintah sebagai pembayar dan pemberi pelayanan. Dengan pemisahan ini dapat terjadi hubungan kontraktual antara pemerintah dengan rumah sakit yang mengalami *corporatization*. Sebagai contoh, pemerintah akan membayar rumah sakit pemerintah berdasarkan *unit-cost* untuk membiayai penduduk miskin.

Filipina menggunakan istilah *hospital corporatization* dalam otonomi rumah sakit. Salah satu pokok reformasi di Filipina seperti yang

dinyatakan oleh Dr. Mario C. Villaverde, seorang pejabat Depkes Filipina, berkaitan dengan otonomi bidang keuangan rumah sakit, adalah sebagai berikut:

*Reformasi dalam bidang perumahan di Filipina diharapkan mampu untuk mengizinkan rumah sakit pemerintah menerima dan mengelola sendiri pendapatan fungsional yang didapat dari masyarakat.*

Pada intinya, proses perluasan otonomi rumah sakit sudah berjalan di Indonesia. Proses ini berjalan walaupun masih terjadi kerancuan mengenai makna yang ada. Sebagai contoh kasus

51 Eid F. 2001. Hospital Governance and incentive design: The case of corporatized public hospitals in Lebanon. Paper. World Bank Research Project: Analyzing Problems in Public Hospital Corporatization using Information Economics.

52 Chawla M, Govindaraj R, Berman P, Needleman J. 1996. op. cit.

yang terjadi di sebuah RSD di Jawa Timur. Dengan berlakunya UU No. 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan UU No. 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antarpemerintah Pusat dan Daerah, memberi peluang sekaligus tantangan bagi RS dan Pemerintah Daerah untuk memiliki otonomi dalam pengelolaan RS. Diharapkan manajemen RS dapat lebih leluasa dalam menghadapi perubahan lingkungan yang demikian besar. Sebagai salah satu implikasi undang-undang yang baru, maka terbitlah Kepres No. 40 Tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah. Dengan adanya Kepres No. 40 Tahun 2001 tersebut, RSD di Jawa Timur tersebut berubah dari RSD Swadana dengan otonomi sebagian pada aspek keuangan menjadi bentuk Lembaga Teknis Daerah. Perubahan tersebut justru merupakan kemunduran dari aspek manajemen lembaga. Hal ini karena otonomi penggunaan pendapatan fungsional ternyata tidak ada lagi setelah menjadi Lembaga Teknis Daerah. Manajemen keuangan rumah sakit berubah kembali seperti lembaga birokrasi.

### **PP No. 8 TAHUN 2003 DAN SISTEM KESEHATAN WILAYAH**

PP No. 8 Tahun 2003 merubah struktur sistem kesehatan wilayah. PP No. 8 Tahun 2003 ini tidak hanya mengenai rumah sakit daerah, namun juga memperkuat fungsi dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota. Sebagai pengganti PP No. 84 Tahun 2000, PP No. 8 Tahun 2003 mempertegas peran dinas sebagai pengatur kebijakan.

Terlihat jelas bahwa ada pemisahan rumah sakit daerah dari dinas kesehatan secara manajerial. Rumah sakit daerah menjadi lebih otonom, akan tetapi pembinaan, pengawasan mutu pelayanan dan perijinan tetap berada di bawah Dinas Kesehatan. Keadaan ini

dikhawatirkan mengakibatkan fragmentasi sistem kesehatan seperti yang dikeluhkan pada kasus di Kabupaten X. Fragmentasi ini dinilai membahayakan pembangunan kesehatan.

Dalam perubahan struktur sistem kesehatan, dinas kesehatan diharapkan berperan sebagai perumus kebijakan dan *regulator*, termasuk memberi perijinan untuk rumah sakit. Di samping itu, sebagai perumus kebijakan teknis diharapkan dinas kesehatan dapat mengelola sistem pembiayaan kesehatan. Untuk provinsi, dalam hal ini dinas kesehatan, akan mengelola dana dekonsentrasi. Di samping fungsi dan penentu kebijakan, dinas kesehatan diharapkan memberikan pelayanan umum dalam sektor kesehatan dan kegiatan yang mengandung unsur *public goods* besar, misalnya kegiatan preventif dan promotif.

Dalam menyikapi pemisahan ini, perlu suatu kajian mengenai konsekuensi berupa reposisi dinas kesehatan. PP No. 8 Tahun 2003 menekankan fungsi perijinan yang dipegang oleh dinas kesehatan. Salah satu hal yang menarik adalah konsekuensi dari perubahan struktur ini. Rumah sakit daerah perlu dipantau aspek mutu pelayanan kesehatan dan fungsinya dalam sistem rujukan oleh dinas kesehatan.

Pemantauan ini perlu dikaitkan dengan perijinan rumah sakit. Oleh karena itu, timbul wacana baru: rumah sakit daerah sebagai lembaga pelayanan kesehatan harus diperlakukan sama dengan rumah sakit swasta dalam hal perijinan. Analog dengan Surat Ijin Mengemudi (SIM) yang harus diberlakukan kepada semua orang (termasuk pegawai negeri) yang ingin mengemudikan mobil di jalan umum, maka perijinan rumah sakit harus diberlakukan juga kepada rumah sakit pemerintah. Secara diagram, posisi baru dinas kesehatan pasca desentralisasi dan keluarnya PP No. 8 Tahun 2003 dalam sistem kesehatan wilayah dapat dilihat pada gambar I.2 berikut.

**Catatan:**

1. Model ini dapat dipergunakan dalam konteks Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai PP 25 Tahun 2000.
2. Peran pemerintah pusat masih penting dalam hal penyusunan standar, kebijakan, pembiayaan bagi daerah miskin, dan berbagai program kesehatan yang membutuhkan derajat sentralisasi yang cukup tinggi (misal *surveillance*).

**Gambar I.2. Posisi Baru Dinas Kesehatan Pasca Desentralisasi dan Keluarnya PP No. 8 Tahun 2003 dalam Sistem Kesehatan Wilayah**

**PENUTUP**

Sebagai penutup ada beberapa pertanyaan yang perlu dibahas untuk masa depan:

- Apakah dinas kesehatan dapat memperkuat posisinya menjadi: (1) perancang sistem kesehatan wilayah; (2) pemantau mutu pelayanan kesehatan rumah sakit, (3) pemberi perijinan; (4) penjamin biaya bagi orang miskin yang sakit; dan (5) penjaga sistem rujukan kesehatan?
- Apakah dinas kesehatan sudah menyiapkan berbagai perangkat untuk fungsi barunya? Hal ini menyangkut adanya peraturan daerah, ketersediaan tenaga manusia, adanya *surveyor*, instrumen penilai mutu pelayanan medik di rumah sakit, instrumen perijinan, hingga tersedianya dana untuk kegiatan tersebut.
- Dalam kaitannya dengan hal-hal tersebut di atas, apakah Depkes sudah mempunyai rencana untuk perubahan sistem kesehatan wilayah akibat adanya PP No. 8 Tahun 2003? Apakah Depkes sudah mempunyai standar nasional untuk pemantauan mutu dan perijinan rumah sakit, termasuk rumah sakit swasta dan pemerintah daerah/pusat? Apakah pemerintah pusat sudah siap memberi biaya pada daerah-daerah yang tidak mampu?