

BAB 3

DESENTRALISASI DAN SISTEM REGULASI PELAYANAN KESEHATAN: SEBUAH TINJAUAN PUSTAKA

Adi Utarini
Hanevi Jasri

Setelah 18 bulan perjalanan desentralisasi di Indonesia, laporan Bank Dunia⁵³ menyatakan bahwa:

“Yet, all is far from perfect. In some of the core areas of decentralization, the hasty preparation shows key weaknesses: The legal and regulatory framework of decentralization”

Peran regulasi masih dianggap sebagai kelemahan utama dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia. Hal ini tidak mengherankan karena peran regulasi merupakan peran yang relatif baru bagi dinas kesehatan kabupaten/kota, dan provinsi bila dibandingkan dengan peran pemerintah sebagai penyedia pelayanan atau pemberi dana. Secara akademik, literatur mengenai peran regulasi pemerintah dikaitkan dengan desentralisasi kesehatan juga masih terbatas. Di pihak lain, dari sisi akademik pun hal ini juga tidak mengherankan karena terbatasnya literatur mengenai peran regulasi pemerintah dikaitkan dengan desentralisasi kesehatan. Sebagai ilustrasi⁵⁴, dalam buku *Desentralisasi Sistem Kesehatan*⁵⁴ yang merupakan acuan utama dalam desentralisasi kesehatan sangat sedikit membahas mengenai peran regulasi pemerintah.

Oleh karena itu, sebelum membahas berbagai isu penting dalam peran regulasi pemerintah, terlebih dahulu akan dideskripsikan hasil studi literatur peran regulasi pemerintah, dilanjutkan dengan pengalaman dalam

pengembangan sistem regulasi di Daerah Istimewa Yogyakarta (melalui PHP-1 Bank Dunia) dan Jawa Tengah (melalui HP-V Bank Dunia). Tahap-tahap yang akan dilaksanakan peran pengembangan regulasi di Bali dan Riau (melalui DHS 1, *Asian Development Bank*) dan di Kalimantan Timur (melalui HWS 1, Bank Dunia) akan disajikan pada bagian akhir.

PERAN REGULATOR PEMERINTAH

Peran pemerintah

Menurut Bank Dunia⁵⁵, peran negara mempunyai tiga tingkatan, yaitu (1) peran minimal; (2) peran menengah; dan (3) peran sebagai pelaku kegiatan. Pada peran minimal, pemerintah bertugas menyediakan pelayanan publik murni, misalnya pertahanan, tata hukum dan perundangan, hak cipta, manajemen ekonomi mikro, dan kesehatan masyarakat. Disamping 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 seimbang informasi, sampai menyediakan jaminan sosial. Pada tingkat peran pemerintah sebagai pelaku kegiatan, maka ada beberapa kegiatan seperti melakukan koordinasi sektor swasta supaya tidak terjadi kegagalan pasar

53 Report no. 26191-IND Decentralizing Indonesia: a regional public expenditure review overview report. June 2003. East Asia Poverty reduction and economic management unit. The World Bank.

54 Mills, Anna dan Vaughan, J.Patrick et al(Editor).(2002) Desentralisasi Sistem Kesehatan, Konsep-konsep, isu-isu dan pengalaman di berbagai negara, penerjemah dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, penyunting dr. Susanto Agus Wilopo, M.Sc, D.Sc, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.

55 State in Changing World: A Report on World Development 1997. The World Bank

dan melakukan kegiatan untuk mengatasi ketidakmerataan dengan tindakan redistribusi.

Pembahasan peran pemerintah saat ini tidak dapat dipisahkan dari konsep *good governance*. *Governance* menurut (*United Nations Development Programme*)⁵⁶ 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 difference...”

Dalam konteks *good governance*, di manakah peran pemerintah di sektor kesehatan? Kovner⁵⁷ menyatakan bahwa peran pemerintah ada tiga, yaitu (1) ; (2) Pemberi dana; dan (3) Pelaksana atau Pelaku kegiatan. Di dalam sektor kesehatan terdapat berbagai lembaga pemerintah yang beroperasi. Peran sebagai pelaksana dilakukan misalnya oleh rumah sakit pemerintah pusat atau daerah. Peran sebagai pemberi dana dapat dilakukan oleh pemerintah pusat dan daerah. Peran sebagai *regulator* pelayanan kesehatan dapat dilakukan oleh Depkes di pemerintah pusat ataupun dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota.

Laporan WHO⁵⁸ membedakan peran pemerintah sebagai pengarah (*stewardship* atau *oversight*), *regulator* (yang melaksanakan kegiatan regulasi) dan yang diregulasi (pelaku pelayanan kesehatan). Peran pengarah mencakup tiga aspek utama:

1. Menetapkan, melaksanakan, dan memantau aturan main dalam sistem kesehatan;
2. Menjamin keseimbangan antarberbagai *key player* dalam sektor kesehatan (terutama pembayar, penyedia pelayanan dan pasien); dan
3. Menetapkan perencanaan strategis bagi keseluruhan sistem kesehatan.

Fungsi *stewardship* ini dapat dibagi dalam enam subfungsi, yaitu perancangan sistem keseluruhan, penilaian kinerja, penetapan prioritas, advokasi intersektoral, regulasi dan perlindungan konsumen. Tidak seluruh subfungsi ini dapat dilakukan oleh pemerintah, tetapi pemerintah harus menjamin bahwa fungsi tersebut ada, dilakukan oleh pihak tertentu dan berjalan dengan baik. Selain itu, regulasi hanya merupakan satu dari enam subfungsi dalam *stewardship*. Tabel II.1 menjabarkan lebih lanjut perbedaan antara peran sebagai pengarah, regulator dan yang diregulasi (pelaksana), dengan penekanan pada regulasi pelayanan.

Regulasi didefinisikan sebagai “suatu aturan yang bersifat otoritatif tentang suatu prosedur secara rinci ...”. Meregulasi dapat diartikan pula sebagai “to govern or direct according to rule... to bring under control of law or constituted authority”. Regulasi dapat bersifat deskriptif ataupun preskriptif, meskipun sebagian besar regulasi bertujuan untuk preskriptif, yaitu mengubah ke arah suatu perilaku tertentu. Menurut Brennan dan Berwick (1996)⁵⁹ regulasi diperlukan dengan tujuan:

1. Mencegah biaya yang sangat tinggi. Contoh yang klasik adalah keharusan memakai helmet pada pengendara sepeda motor untuk mencegah terjadinya fraktur kepala yang berakibat fatal dan memakan biaya tinggi.
2. Keterbatasan informasi yang dimiliki oleh konsumen. Hal ini banyak terjadi dalam hal hubungan antara penyedia pelayanan kesehatan dan pelanggan. Informasi yang dimiliki oleh pasien sangat terbatas bila dibandingkan dengan yang dimiliki oleh penyedia pelayanan, sehingga pelanggan menjadi *powerless* dan tidak terlibat dalam pengambilan keputusan mengenai tindakan yang akan dilakukan pada pelanggan.

⁵⁶ UNDP Policy Document *Governance for sustainable human development*, January (1997).

⁵⁷ Kovner A.R.(1995). *Health Care Delivery in the United States*. Springer Publishing.

⁵⁸ World Health Organization. WHO 2000 report: health systems performance. Geneva, WHO.

⁵⁹ Brennan TA and Berwick DM. (1996). *New rules: Regulation, markets and the Quality of American Health Care*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Tabel II.1 Perbedaan Peran Pemerintah sebagai Lembaga Pengarah, Regulator dan Pelaksana Dibidang Mutu Pelayanan

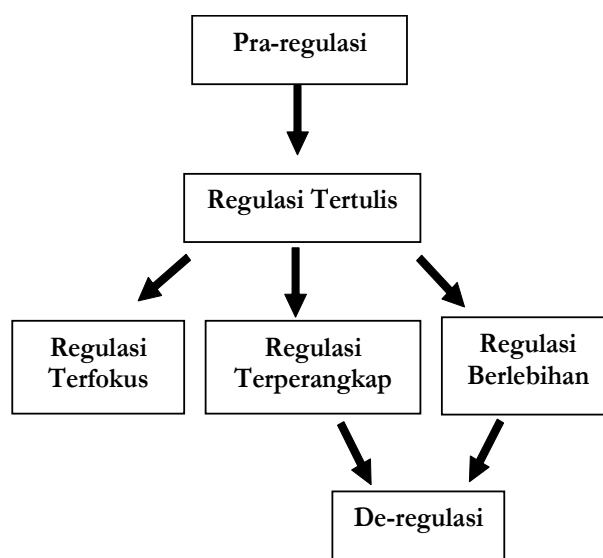
	Pemerintah sebagai Pengarah Regulasi	Pemerintah sebagai Regulator	Pemerintah sebagai Pelaksana
Peran	Menetapkan kebijakan untuk lembaga <i>regulator</i> dan lembaga penyedia pelayanan	Melakukan pengawasan/regulasi	Mengelola institusi pelayanan publik
Tujuan	Menjamin tercapainya indikator mutu kesehatan wilayah dengan menetapkan kebijakan regulasi mutu	Menjamin bahwa lembaga penyedia pelayanan di suatu wilayah memberikan pelayanan yang bermutu	Efisiensi dan kelangsungan institusi pelayanan publik dengan pelayanan yang bermutu
Unit analisis	Fokus pada wilayah	Fokus pada berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan modern dan tradisional baik milik pemerintah ataupun swasta di suatu wilayah	Fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, terutama puskesmas dan rumah sakit.
Konsekuensi	Mengembangkan kebijakan sistem regulasi wilayah	Melaksanakan regulasi mutu penyedia pelayanan	Bersaing dengan swasta
Persyaratan	Mempunyai sistem informasi kesehatan pelayanan publik dan swasta yang terintegrasi Mengembangkan standar institusi dan standar pelayanan sesuai kebutuhan wilayah (optimal)	Merupakan lembaga yang diakui oleh pemerintah dan mempunyai kredibilitas dalam melaksanakan regulasi mutu Mempunyai surveyor-surveyor yang handal dan objektif	Sistem manajemen organisasi yang baik

(Modifikasi Bossert⁶⁰)

3. *Moral hazard*, yaitu mencegah *over-utilization* penggunaan fasilitas kesehatan pada mereka yang ditanggung oleh asuransi kesehatan;
4. Kelangkaan. Misalnya pada kasus langkanya dokter di suatu wilayah tertentu.
5. Monopoli. Hal-hal yang bersifat monopolistik sangat merugikan pengguna, karena pengguna tidak mempunyai alternatif lain, sehingga tidak diperoleh mutu yang terbaik dengan harga yang cenderung tinggi.
6. Mengutamakan kesejahteraan/keselamatan publik. Pelayanan kesehatan harus memberikan pelayanan yang bersifat “*more good than harm*”. Filosofi bahwa pelayanan kesehatan bertujuan untuk menolong sesama umat manusia harus ditimbang dengan prinsip keselamatan publik yang harus diutamakan.

Mengacu pada PP No. 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonom, khususnya bidang kesehatan, kebijakan desentralisasi juga secara tegas menempatkan lembaga Depkes lebih ke posisi sebagai pengarah (*oversight*). Delapan dari sebelas kewenangan pemerintah pusat berkaitan dengan penetapan pedoman, standar, persyaratan, dan kebijakan.

Pemerintah dalam hal ini Depkes, dinas kesehatan provinsi maupun dinas kesehatan kabupaten/kota diharapkan menjadi lembaga regulasi (baik sebagai penetap kebijakan ataupun sebagai pelaksana/regulator bersama pihak lain) yang mampu menciptakan regulasi yang memacu perbaikan mutu secara berkelanjutan melalui pengembangan sistem regulasi pelayanan di tingkat lembaga ataupun wilayah.



Gambar II.1 Tingkat Maturitas Regulasi (Soderlund & Tangcharoensathien, 2000)⁶¹

⁶⁰ Bossert T, Hsiao W, Barrera M, Alarcon L, Leo M, Casares C.(1998).loc.cit.

⁶¹ Soderlund N, Tangcharoensathien V. (2000). loc. cit.

Tingkat maturasi regulasi di suatu negara dapat dibedakan menjadi beberapa fase di atas. Fase pra-regulasi terjadi pada kondisi dengan pemerintah sangat dominan sebagai penyedia pelayanan. Keberadaan lembaga pelayanan swasta dianggap sebagai kegagalan pemerintah untuk menyediakan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, lembaga swasta dilarang beroperasi. Pada fase ini pemerintah tidak melakukan regulasi apapun.

Fase regulasi tertulis merupakan prasyarat bagi sistem regulasi yang efektif. Fase ini ditandai dengan upaya-upaya untuk mengembangkan regulasi bagi lembaga pelayanan swasta, tetapi tidak diikuti dengan pendorong yang cukup kuat untuk melaksanakan regulasi tersebut. Bentuk/jenis regulasi pada fase ini pada umumnya hampir sama di berbagai negara. Sebagai contoh, regulasi berupa perijinan/registrasi bagi tenaga kesehatan ataupun kegiatan lain dalam regulasi sosial dapat dilihat pada perbedaan antara pendekatan regulasi sosial dan ekonomi.

Fase terakhir adalah bentuk-bentuk regulasi yang telah diimplementasikan secara konsisten. Idealnya, tujuan yang ingin dicapai adalah regulasi yang sesuai dengan kondisi setempat dan terfokus untuk mengatasi masalah tertentu (regulasi terfokus). Pemerintah misalnya menganalisis kelemahan lembaga penyedia pelayanan swasta dan merancang intervensi regulasi untuk mengatasi kelemahan tersebut. Namun demikian, kenyataan menunjukkan bahwa regulasi terfokus jarang terjadi. Yang lebih sering dijumpai adalah regulasi terperangkap dan regulasi berlebihan.

Regulasi terperangkap (*regulatory capture*) terjadi ketika pemerintah, biasanya di negara belum berkembang, tidak mempunyai kapasitas untuk melakukan regulasi, sehingga meminta kelompok yang diregulasi untuk mengembangkan regulasinya sendiri. Contohnya regulasi praktik profesi kedokteran sulit dikembangkan tanpa adanya kelompok profesional yang berpengaruh. Kondisi ini mendorong ke arah regulasi yang terperangkap.

Regulasi berlebihan terjadi pada negara-negara *middle-income*, yang telah lama mempunyai lembaga pelayanan kesehatan swasta. Ciri-ciri regulasi berlebihan sulit ditetapkan secara tegas, namun dapat kita ketahui dengan cara apabila suatu regulasi tidak diberlakukan lagi, maka pengaruhnya hanya mengurangi birokrasi dan bukan mempengaruhi pelayanan kesehatannya. Regulasi berlebihan seringkali terjadi pada kasus perijinan dan akreditasi di beberapa negara. Apabila tujuan regulasi tidak jelas atau *outcome* regulasi tidak sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai, maka akan terjadi deregulasi. Oleh karenanya, dua faktor utama yang penting diperhatikan dalam pengembangan regulasi adalah kesesuaiannya dengan kebutuhan pengguna pelayanan kesehatan dan kemampuan, pengalaman pemerintah⁶².

Pendekatan dan paradigma dalam regulasi: sosial versus ekonomi dan *improvement* versus *deterrence*

Peran pemerintah dalam regulasi pelayanan sangat dipicu dengan semakin maraknya sektor swasta sebagai penyedia pelayanan kesehatan, mulai dari praktik mandiri, praktik berkelompok, laboratorium, apotek, klinik-klinik hingga rumah sakit. Fakta ini semakin mendorong pemerintah untuk segera bergerak dari peran sebagai penyedia pelayanan (dengan konsekuensi berkompetisi dengan swasta) menjadi peran sebagai regulator pelayanan (dengan konsekuensi meregulasi penyedia pelayanan pemerintah dan swasta). Hal ini sangat urgen di daerah-daerah yang masyarakat dan/atau pemerintahnya kaya (misalnya DIY, Bali, Riau, DKI), yang ditunjukkan oleh fenomena berkembangnya sektor swasta jelas terlihat.

Menurut Ogus (1994, dalam Kumaranayake *et. al.*, 2000)⁶³, terdapat dua pendekatan regulasi pelayanan. Pendekatan pertama adalah pendekatan sosial, yang lebih

⁶² Soderlund N, Tangcharoensathien V. (2000). *loc. cit*

⁶³ Kumaranayake L, Lake S, Mujinja P, Hongoro C, Mpenbeni R. (2000). How do countries regulate the health sector? Evidence from Tanzania and Zimbabwe. *Health policy and planning*, 15(4): 357-367.

menekankan pada pengembangan berbagai standar (misalnya untuk menjamin mutu dan keamanan minimal), baik standar profesi, standar pelayanan ataupun standar perijinan lembaga. Tujuan pendekatan ini adalah meningkatkan keadilan dan mutu pelayanan kesehatan (Harding, 2000)⁶⁴. Dalam pendekatan sosial, variabel yang menjadi fokus regulasi adalah *market entry* dan mutu pelayanan. Sebagai contoh, seorang dokter untuk praktik di suatu wilayah harus melalui proses perijinan untuk menilai kompetensi minimal dokter tersebut dan perijinan untuk tempat praktiknya. Dengan demikian terdapat proses “pengujian” sebelum memasuki pasar.

Pendekatan kedua adalah pendekatan ekonomi yang melihat peran regulasi dalam kaitannya dengan mekanisme pasar. Pendekatan ini bertujuan untuk mencegah monopoli pelayanan kesehatan, kelangkaan pelayanan kesehatan tertentu, ataupun pelayanan yang berlebih^{65, 66}. Regulasi terjadi apabila pemerintah berusaha mengontrol atau mempengaruhi aktivitas-aktivitas individu atau lembaga melalui harga, kuantitas, kualitas, dan distribusi. Pandangan Walshe (2002)⁶⁷ mengenai regulasi lebih dipengaruhi oleh pendekatan ini. Melihat regulasi sebagai suatu usaha secara terus menerus yang dilakukan oleh lembaga publik untuk mengontrol aktivitas yang bernilai bagi masyarakat. Dalam pandangan ahli ekonomi, regulasi tersebut dibutuhkan karena adanya kegagalan mekanisme pasar. Regulasi tersebut diharapkan dapat mewujudkan apa yang tidak terwujud dalam mekanisme pasar seperti halnya efisiensi, keadilan, kualitas, ketersediaan, dan sebagainya.

Kedua pendekatan di atas dapat digunakan dalam mengembangkan regulasi pelayanan. Contohnya dalam hal pendirian apotek. Selain apotek harus memenuhi persyaratan dalam perijinan apotek, apakah

diperlukan pengaturan distribusi apotek sehingga aksesibilitasnya lebih tinggi? Berapa sesungguhnya estimasi jumlah rumah sakit yang diperlukan di Provinsi DIY? Apakah hal-hal tersebut diserahkan pada mekanisme pasar? (sehingga tidak dibatasi jumlah dan tidak ada regulasi mengenai lokasi pendirian atau distribusi apotek/rumah sakit) Ataukah diperlukan regulasi yang lebih jelas? Kedua pendekatan tersebut dirangkum dalam gambar II.2 di bawah ini. Untuk selanjutnya makalah ini lebih menekankan pada pendekatan regulasi sosial.

Sasaran regulasi dapat dilihat dengan pendekatan proses produksi pelayanan kesehatan (*input, output, outcome*). Regulasi *input* akan mengontrol jumlah SDM, obat, peralatan, bangunan, dan sebagainya. Regulasi *output* akan mengontrol mutu lembaga pelayanan kesehatan (organisasi). Kedua macam regulasi inilah yang umumnya berkembang. Regulasi *outcome* untuk mewujudkan *outcome* kesehatan baik dari segi pembiayaan kesehatan (*cost*), kemudahan akses dan status kesehatan masyarakat sangatlah kompleks dan belum berkembang di negara-negara berkembang.

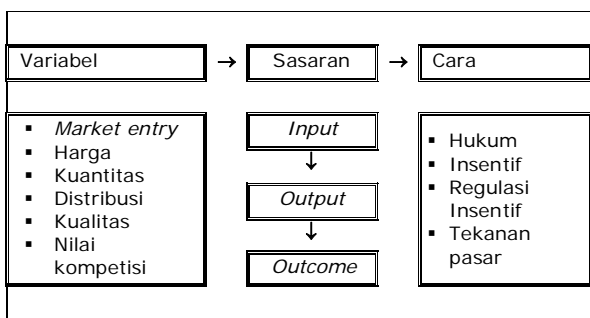
Instrumen regulasi secara umum dapat menggunakan hukum (kontrol), insentif, regulasi insentif dan tekanan pasar. Instrumen yang biasa digunakan adalah instrumen kontrol melalui mekanisme hukum yang dapat berbentuk regulasi harga, kapasitas, *market entry* dan tingkat pelayanan, *anti-trust* dan struktur pasar, mutu pelayanan, dan lisensi lembaga pelayanan. Regulasi yang lebih kompleks adalah regulasi yang mendesak timbulnya respons positif *provider* terhadap insentif (baik insentif ekonomi maupun nonekonomi). Di tingkat yang lebih tinggi lagi terdapat regulasi yang bertujuan untuk mengubah struktur pasar sehingga muncul tekanan pasar yang mengarah ke perilaku *provider* yang ideal.

⁶⁴ Harding, (2001). Private participation in health services handbook, Human Development Network. Washington: The World Bank.

⁶⁵ Harding, (2001). loc.cit.

⁶⁶ Kumaranayake L, Lake S, Mujinja P, Hongoro C, Mpembeni R. (2000). How do Countries regulate the health sektor? Evidence from Tanzania and Zimbabwe. *Health policy planning*. 15(4):357-367.

⁶⁷ Walshe K. The rise of regulation in the NHS. *BMJ* 2002;324:967-990



Gambar II.2. Proses regulasi⁶⁸

Di samping menurut pendekatan yang digunakan (sosial dan ekonomi), juga terdapat perbedaan paradigma dalam regulasi. Pertama, paradigma pencegahan (*deterrence model*) yang menganggap bahwa semua lembaga yang akan diregulasi memiliki sifat tidak bermoral, misalnya mengutamakan keuntungan semata, berusaha menghindari/memperdaya peraturan, sehingga harus dipaksa untuk berlaku baik melalui regulasi yang ketat dengan standar-standar serta dengan paksaan hukum yang keras. Ukuran yang digunakan adalah kepatuhan terhadap standar-

standar yang diberlakukan dan aktivitasnya adalah melalui perijinan. Di lain pihak, terdapat paradigma peningkatan (*improvement model*) yang menganggap bahwa lembaga yang akan diregulasi pada dasarnya memiliki itikad yang baik, serta akan melakukan sesuatu dengan benar sesuai kemampuan. Yang dilakukan oleh lembaga regulasi adalah memfasilitasi dan bersikap memahami serta memaafkan (bukan menghukum) apabila terjadi kekurangan-kekurangan. Akreditasi menggunakan paradigma peningkatan.

AKTIVITAS DAN CAKUPAN REGULASI PELAYANAN

Secara umum aktivitas regulasi mutu bertujuan untuk mencapai perbaikan mutu yang berkelanjutan, sehingga dapat memberikan pelayanan yang aman kepada masyarakat (*patient/community safety*). Aktivitas regulasi mutu secara umum terdiri dari sertifikasi, lisensi, dan akreditasi (Tabel II.2). Ketiga hal tersebut perlu dipahami sebelum dipetakan lembaga mana yang melakukan aktivitas tersebut.

Tabel II.2. Ciri utama akreditasi, lisensi dan sertifikasi

Sumber : Roa & Rooney⁶⁹

⁶⁸ Kumaranayake I, Lake S, Mujinja P, Hongoro C, Mpembeni R. (2000).op. cit.

⁶⁹ Roa DV, Rooney A. Improving health services delivery with accreditation, licensure and certification. *QA Brief* 1999; 8(2):4-10.

Definisi Aktivitas Regulasi

Lisensi, sertifikasi, dan akreditasi, merupakan tiga cara utama dalam aktivitas regulasi pelayanan kesehatan. Ketiga istilah tersebut seringkali dianggap sama artinya dan digunakan secara bergantian (*interchangeable*), sehingga membingungkan kita semua.

Definisi istilah lisensi yang komprehensif adalah definisi menurut Rooney & Ostenberg, 1999⁷⁰. Lisensi adalah suatu proses pemberian izin oleh pemerintah kepada praktisi individual atau lembaga pelayanan kesehatan untuk melaksanakan atau terlibat dalam suatu profesi/pekerjaan. Regulasi lisensi pada umumnya dikembangkan untuk menjamin bahwa organisasi atau individu tenaga kesehatan tersebut dapat memenuhi standar minimal untuk melindungi kesehatan dan keselamatan publik. Pemberian lisensi kepada individu tenaga kesehatan umumnya diberikan setelah melalui suatu bentuk ujian tertentu serta dapat diperbaharui secara periodik melalui pembayaran *fee* dan/atau bukti mengikuti pengembangan profesi berkelanjutan atau bukti kompetensi profesional. Pemberian lisensi kepada lembaga pelayanan diberikan setelah kunjungan inspeksi yang menetapkan apakah telah dipenuhi standar kesehatan dan keselamatan. *Monitoring* lisensi merupakan persyaratan yang harus selalu dipenuhi oleh lembaga pelayanan kesehatan untuk dapat tetap memberikan pelayanan.

Akreditasi adalah suatu proses penilaian dan pengakuan yang dilakukan oleh badan yang diakui (biasanya nonpemerintah) yang menyatakan bahwa lembaga pelayanan kesehatan telah memenuhi standar yang telah ditetapkan dan dipublikasikan. Standar akreditasi dianggap sebagai standar yang optimal dan dapat dicapai (*achievable*), serta dirancang untuk memacu upaya peningkatan mutu di lembaga tersebut. Keputusan akreditasi ditetapkan setelah kunjungan periodik oleh tim yang terdiri dari *peer-reviewers*, biasanya setiap 2-3 tahun. Akreditasi seringkali merupakan proses sukarela, sehingga lembaga pelayanan

dapat memilih untuk berpartisipasi atau tidak, dan bukan proses yang diwajibkan oleh undang-undang atau peraturan.

Sertifikasi adalah suatu proses evaluasi dan pengakuan oleh pemerintah ataupun LSM bahwa seseorang atau sebuah lembaga telah memenuhi kriteria atau persyaratan tertentu. Meskipun istilah akreditasi dan sertifikasi seringkali digunakan secara bergantian, akreditasi pada umumnya hanya diterapkan pada lembaga, sedangkan sertifikasi dapat diterapkan pada individu dan lembaga. Sertifikasi individu berarti bahwa individu tersebut mempunyai tambahan pendidikan dan pelatihan serta mempunyai kompetensi di bidang spesialisasi tertentu selain persyaratan minimal atau persyaratan yang ditetapkan untuk lisensi. Dengan demikian, sertifikasi bukan merupakan pengganti dari lisensi. Sertifikasi lembaga atau bagian dari lembaga berarti bahwa lembaga tersebut mempunyai pelayanan, teknologi ataupun kemampuan optimal tambahan bila dibandingkan dengan lembaga serupa.

Perbedaan utama antara ketiga istilah tersebut terutama terletak pada prosesnya (yaitu bersifat sukarela atau wajib) dan standar yang digunakan (yaitu standar minimal atau optimal). Lisensi bersifat wajib dan menggunakan standar minimal (kompetensi dasar). Oleh karena itu, hal ini dilakukan oleh pemerintah (atau bersama nonpemerintah), sedangkan sertifikasi dan akreditasi bersifat sukarela dengan standar yang optimal serta dilaksanakan oleh organisasi nonpemerintah.

Sebagai contoh di Amerika, *Department of Regulation* di *Illinois Dept of Health* melakukan lisensi dengan memberikan izin dan melakukan *monitoring* mutu pelayanan bagi rumah sakit dan lembaga pelayanan lainnya. Sedangkan *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) atau badan akreditasi independen di Amerika bersama dua badan lainnya melakukan akreditasi yang bersifat sukarela tabel II.3.

⁷⁰ Rooney AL, Ostenberg PR van. Licensing, accreditation and certification: approaches to health services quality. Quality assurance methodology refinement series. Quality Assurance Project, Bethesda MD, USA.

Tabel II.3. Perbedaan antara Survei Perijinan dan Akreditasi RS di Illinois, USA

	<i>Survey</i> Lisensi RS (Pemerintah, tingkat Provinsi)	<i>Survey</i> Akreditasi RS (JCAHO, badan independen)
Komposisi tim	Gizi, lingkungan/sanitarian, arsitektur, yang berkaitan dengan standar fisik (bangunan, listrik)	<i>Registered Nurse</i> , administrator rumah sakit, dokter
Jadwal kunjungan	Tidak diberitahukan sebelumnya Tergantung pada temuan pada saat <i>survey</i>	Jadwal direncanakan dan disepakati, serta kegiatan terstruktur
Dasar penilaian	Regulasi, aturan	Standar akreditasi
Sifat penilaian	Penyelidikan, investigatif	Konsultatif
	Objektif	Kolegial
Fokus penilaian	Kepatuhan terhadap persyaratan yang ditetapkan dalam regulasi	Peningkatan kinerja lembaga pelayanan dan edukasi
Standar	Prioritas: hak pasien, pengendalian infeksi, pelayanan bedah, dan lingkungan fisik	Standar terdiri dari: standar yang bersifat <i>patient-centered</i> dan manajemen organisasi, disertai dengan data indikator klinik rumah sakit

Cakupan Regulasi Pelayanan

Secara umum cakupan regulasi pelayanan kesehatan dapat dilihat dari berbagai aspek, menurut:

- Aktivitas regulasinya: lisensi, sertifikasi dan akreditasi
- Tingkat sasaran yang akan diregulasi: lembaga, pelayanan dan individu tenaga kesehatan
- Spektrum pelayanan kesehatan: spektrum tradisional, komplementer hingga moderen
- Pihak yang melaksanakan regulasi: internal dan eksternal lembaga pelayanan.

Kembali kepada ketiga peran pemerintah (regulasi, pemberi biaya dan pelaksana), apabila pemerintah mengambil peran sebagai pengarah, maka dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota akan mengembangkan regulasi yang terkait dengan berbagai lembaga penyedia pelayanan. Akan tetapi, apabila peran dinas kesehatan yang diambil adalah sebagai pelaksana yang langsung menangani manajemen internal suatu lembaga

pelayanan (sehingga lembaga pelayanan tersebut tidak mempunyai otonomi dalam manajemennya), harus dikembangkan pula aktivitas regulasi yang secara internal dilakukan oleh lembaga penyedia pelayanan. Cakupan regulasi pelayanan berdasarkan aktivitas regulasinya, telah dibahas pada definisi aktivitas regulasi. Apabila cakupan ini dikombinasikan dengan tingkat sasaran yang akan diregulasi (yaitu lembaga, pelayanan ataukah individu tenaga kesehatan), maka aplikasinya dapat dilihat pada tabel II.4.

Sebagai contoh, rumah sakit mempunyai komite medik dengan berbagai tim/panitia misalnya panitia mutu, panitia audit medik, dll, yang merupakan salah satu aktivitas regulasi internal. Tujuan regulasi internal lembaga pelayanan adalah agar lembaga pelayanan tersebut tetap dapat menjamin mutunya dan melakukan perbaikan mutu, serta dapat memenuhi persyaratan yang ditetapkan dalam aktivitas regulasi eksternal (seperti halnya akreditasi, lisensi, sertifikasi).

Tabel II.4. Aplikasi Aktivitas dan Sasaran Regulasi Pelayanan

Proses	Individu	Sebagian fungsi/pelayanan	Lembaga
Regulasi eksternal			
Akreditasi	Akreditasi tenaga dokter*	Akreditasi RS Sayang Ibu dan Bayi Akreditasi pelayanan medik dasar**	Akreditasi rumah sakit
Lisensi	Lisensi dokter, dokter keluarga Lisensi perawat Lisensi bidan Lisensi dokter spesialis		Lisensi praktek mandiri/kelompok, RB, BP Lisensi klinik 24 jam Lisensi klinik fisioterapi dan klinik lain Lisensi berbagai jenis RS: umum, kanker, jiwa, lepra, wanita
Sertifikasi	ATLS/ACLS Perawat spesialis	Pusat unggulan Stroke Pusat unggulan Diabetes Pusat unggulan Geriatri Teknologi alat, obat	Sertifikasi rumah sakit: ISO Malcolm Baldrige
Regulasi Internal			
	Kredensial	Indikator klinik	Indikator kinerja mutu RS
	<i>Appraisal system</i> ***	Audit klinik	Infeksi nosokomial

* Baru mulai di Amerika; ** Dalam fase desain; *** Secara berkala, kepala SMF melakukan appraisal terhadap dokter yang bekerja di suatu instalasi/pelayanan. Sistem ini baru dikembangkan di Inggris oleh British Association of Medical Managers.

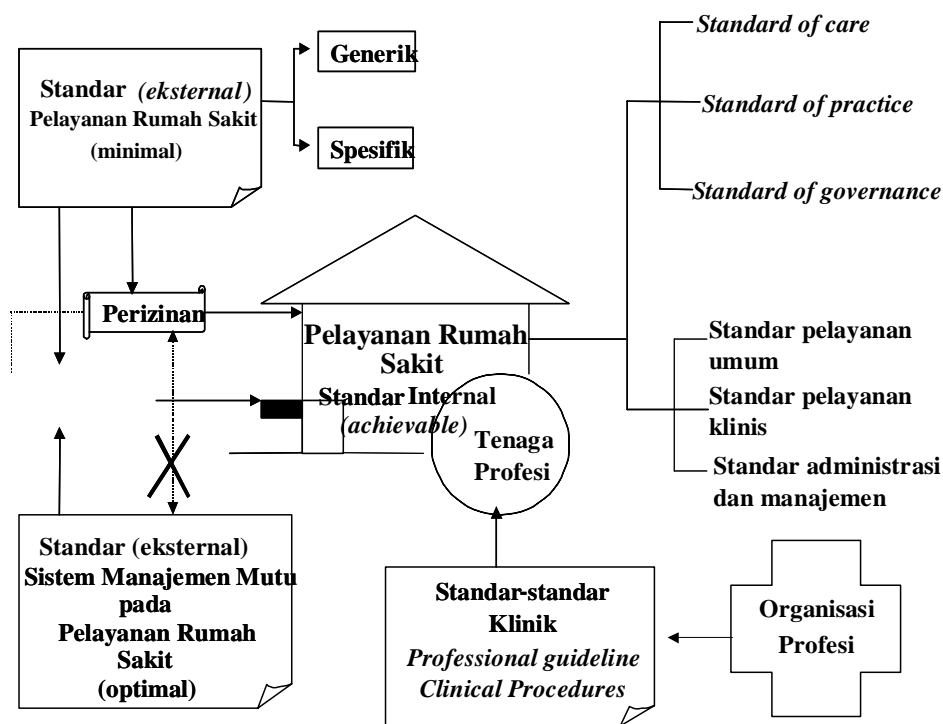
Gambar II.3 keterkaitan antara perijinan, akreditasi, standar pelayanan dan SOP, pada lembaga pelayanan rumahsakit (Koentjoro, 2000), memperlihatkan bahwa rumah sakit memiliki berbagai macam standar baik berasal dari regulasi internal maupun regulasi eksternal. Dari regulasi internal, rumah sakit memiliki standar klinik (*professional guideline* atau *clinical procedures*) yang berasal dari organisasi profesi yang harus dipatuhi oleh tenaga profesi.

Standar tersebut juga sering disebut atau dibedakan dengan nama-nama lain seperti *standard of care*, *standard of practice*, dan *standard of governance*. Namun disamping standar yang berhubungan dengan pelayanan klinis juga terdapat standar manajemen, seperti: standar pelayanan umum, standar pelayanan klinis, dan standar administrasi dan manajemen.

Dari regulasi eksternal, rumah sakit memiliki standar yang dapat dibagi menjadi dua macam, yakni standar minimal dan standar maksimal. Standar eksternal yang minimal seharusnya merupakan standar yang digunakan dalam perijinan rumah sakit, baik berupa standar generik (berlaku untuk setiap jenis rumah sakit)

dan standar spesifik (hanya berlaku untuk satu jenis rumah sakit), sedangkan standar eksternal yang maksimal dimaksud untuk memacu rumah sakit memperbaiki sistem manajemen mutunya, contohnya standar yang digunakan dalam akreditasi rumahsakit, sehingga seharusnya tidak ada kaitan langsung antara perijinan (minimal) dengan pengakuan mutu (maksimal).

Regulasi pelayanan semakin rumit ketika kita mempertimbangkan variasi spektrum pelayanan kesehatan, mulai dari tradisional, komplementari hingga pelayanan moderen. Suatu pelayanan secara mudah dapat dikategorikan modern apabila mempunyai ikatan profesi, sistem pendidikan yang jelas, buku-buku teks, serta mempunyai standar-standar pelayanan. Secara kaku, memang pengelompokan tersebut tidak mudah disusun mengingat beragam pelayanan tradisional dan komplementer yang ada.



Gambar II.3. Aplikasi berbagai aktivitas regulasi di suatu lembaga pelayanan⁷¹

Sebagai contoh Mills (2001)⁷² mencoba mengklasifikasikan pelayanan yang ada di Inggris sebagai berikut.

- | | |
|---|---|
| <p>Group 1 : Professional organised alternative therapies
 Acupuncture
 Chiropractic
 Herbal medicine
 Homoeopathy
 Osteopathy</p> <p>Group 2 : Complementary therapies
 Alexander technique
 Aromatherapy
 Bach and other flower extracts
 Body work therapies, including massage
 Counselling stress therapy
 Hypnotherapy
 Meditation
 Reflexology
 Shiatsu
 Healing
 Maharishi ayurvedic medicine
 Nutritional medicine
 Yoga</p> | <p>Group 3: Alternative disciplines
 <i>3 a: Long established and traditional systems of healthcare</i>
 Anthroposophical medicine
 Ayurvedic medicine
 Chinese herbal medicine
 Eastern medicine (Tibb)
 Naturopathy
 Traditional Chinese Medicine
 <i>3b: Other alternative disciplines</i>
 Crystal therapy
 Dowsing
 Iridology
 Kinesiology
 Radionics</p> |
|---|---|

Meskipun demikian, utilisasi pelayanan tersebut cukup tinggi, tidak hanya di Indonesia, tetapi juga di negara-negara lain. Di negara maju seperti Australia proporsinya dari pembelanjaan kesehatan adalah 48%, Canada 70%, Amerika 42%, Belgium 38%, dan Perancis 75%. Pembelanjaan untuk pengobatan tradisional di Malaysia per tahunnya US\$500 juta, sedangkan untuk pengobatan moderen Barat US\$300 juta.

⁷¹ Koentjoro, T. (2000). Materi kuliah manajemen mutu, Magister Manajemen Rumah Sakit UGM.

⁷² Mills SY.(2001).Regulation in complementary and alternative medicine. *BMJ* 2001; 322: 158-160.

Di negara-negara lain pembelanjannya mencapai US\$2700 juta di Amerika, US\$80 juta di Australia, US\$2400 di Canada, dan US\$2300 di Inggris.

EFEKTIVITAS REGULASI PELAYANAN

Efektivitas instrumen (cara) regulasi dapat diukur dengan dua pertanyaan berikut :^{73,74}

1. Apakah regulasi tersebut mempunyai dampak tertentu? Apakah intervensi regulasi benar-benar menghasilkan efek/pengaruh pada perilaku regulator dan perilaku yang diregulasi sesuai dengan yang diinginkan? (misalnya tingkat kepatuhan)
2. Apakah dampak tersebut memang dampak yang ingin dicapai? Apakah intervensi regulasi tersebut berhasil mencapai tujuan yang diinginkan? Apakah intervensi regulasi dapat memperbaiki situasi yang merupakan dasar pengembangan regulasi tersebut? Misalnya variabel *market entry*, ataukah peningkatan mutu. Apakah implementasi regulasi berjalan sesuai dengan yang diharapkan? Apakah regulasi tersebut sesuai untuk konteks dan kondisi sekarang?

Tabel II.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Efektivitas Regulasi

Faktor-faktor	Pertanyaan
Desain	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apakah intervensi regulasi sesuai dengan tujuan? 2. Apakah proses implementasinya jelas? (misalnya lembaga <i>regulator</i>) 3. Bagaimana akuntabilitas lembaga regulator? Apakah ada prosedur keluhan yang jelas? 4. Apakah <i>monitoring</i> dan implementasinya secara aktif, ataukah pasif?
Informasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana tingkat pengetahuan aktor dalam proses regulasi, termasuk konsumen dan pasien? 2. Apa informasi yang dimiliki oleh <i>regulator</i>? 3. Otoritas dan konteks. Efektivitas regulasi juga tergantung pada fase perancangan dan bagaimana implementasinya. 4. Apakah informasinya simetris?
Kapasitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana keterampilan staf yang terlibat dalam implementasinya. 2. Sumber daya apa yang tersedia untuk melakukan <i>regulasi</i> (keuangan, SDM) 3. Bagaimana struktur organisasinya? (administratif dan manajemen, misalnya setelah desentralisasi)
Otoritas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meskipun dilaksanakannya secara baik, tetap tidak akan mempunyai pengaruh yang positif. Oleh karenanya, penting dilakukan penilaian awal kemampuan sumber daya yang akan mempengaruhi efektivitas regulasi, lihat tabel II.5 sebagai berikut 2. Bagaimana kredibilitas sistem judicial? Apakah ada sistem sanksi yang efektif? 3. Apa kekuatan lembaga konsumen, media dan asosiasi profesi? 4. Kapasitas sumber daya yang tersedia
Konteks	<ol style="list-style-type: none"> 1. Politik 2. Budaya 3. Ekonomik

PENGALAMAN DALAM PENGEMBANGAN SISTEM REGULASI

Dalam pengembangan sistem regulasi pelayanan di Yogyakarta (melalui PHP-1), faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu regulasi pelayanan dipahami, dibahas dan dikembangkan melalui suatu perencanaan kegiatan jangka panjang. Ciri-ciri utama pengembangan tersebut adalah:

- Bersifat *multiyears*, mengadopsi model dalam *operation research*. Perencanaan ini dapat dibedakan menjadi fase desain, implementasi, dan evaluasi. Kotak 1 yang menggambarkan pentahapan yang telah dan akan dilakukan di Yogyakarta melalui PHP-1. Eksplorasi diagnosis permasalahan dan penetapan

⁷³ Hongoro C, Kumaranayake L. (2000).Do they work? Regulating for-profit providers in Zimbabwe. *Health Policy and Planning*,15 (4): 368-377.
⁷⁴ Soderlund N, Mendoza-Arana P, Goudge J (eds).(2003). *The new public/private mix in health: exploring the changing landscape*. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research.

tujuan pengembangan regulasi, kegiatan kaji banding, serta infrastruktur yang perlu dipersiapkan (misalnya *database* sarana pelayanan kesehatan di wilayah kabupaten/kotamadia) mewarnai tahap desain. Kegiatan ini dilanjutkan dengan pembahasan mengenai model implementasi regulasinya, yaitu apakah akan dilakukan oleh pemerintah atau pihak lain (tim atau suatu badan baru) yang akan ditunjuk oleh pemerintah untuk melakukan peran regulasi tersebut. Apabila disepakati untuk membentuk kelembagaan baru, maka kewenangan dan hubungan kerja pihak pemerintah dan lembaga baru tersebut harus dirancang secara tegas. Contoh, di Yogyakarta telah disepakati untuk membentuk Badan Mutu Pelayanan Kesehatan. Demikian pula di Jawa Tengah (melalui HP-V) juga dalam proses untuk membentuk lembaga serupa. Tahap implementasi tidak hanya membentuk suatu kelembagaan baru (beserta rencana strategis dan rekrutmennya), akan tetapi juga sekaligus mempersiapkan standar dan instrumen yang diperlukan untuk melaksanakan peran wasit (misalnya instrumen perijinan rumah sakit, instrumen perijinan apotek, dsb.) serta tenaga surveyor. Pada fase evaluasi, akan dilakukan evaluasi terhadap peran regulasi dan lembaga yang melakukan peran tersebut serta kemungkinan *sustainability* lembaga tersebut.

Kotak 1

Tahap-tahap pengembangan sistem regulasi pelayanan di PHP-1, Daerah Istimewa Yogyakarta

Tahun 2001:

Diagnosis masalah regulasi pelayanan kesehatan melalui *workshop*, diskusi kelompok terarah dan wawancara dengan *provider* (lembaga dan organisasi profesi), pemerintah (Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten-Kota) dan pengguna pelayanan kesehatan (LSM).

Tahun 2002:

Studi banding regulasi pelayanan kesehatan di Singapura, Malaysia, dan Amerika Serikat, serta pengembangan dan sosialisasi model regulasi melalui pembentukan kelembagaan baru sebagai mitra pemerintah, pembagian peran dan kewenangan antara pemerintah dan lembaga baru.

Tahun 2003:

Survey ulang seluruh sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten-Kota untuk menyusun *database* sarana pelayanan kesehatan, ujicoba instrumen perijinan RS, *commitment building*, *workshop* pembentukan badan mutu pelayanan kesehatan dan studi kelayakan.

Tahun 2004:

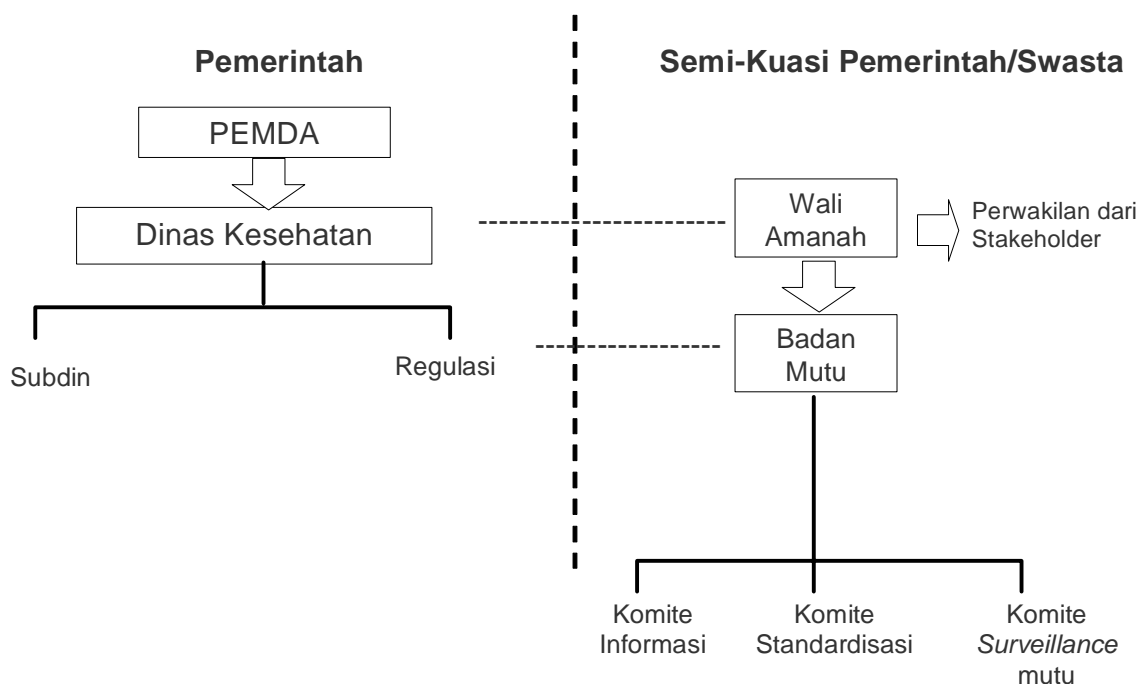
Penyusunan rencana strategis badan mutu, *draft* aspek legal badan mutu, pendirian badan mutu rekrutmen dan operasionalisasi badan mutu, pelatihan dan uji coba standar dan instrumen penilaian kompetensi dokter, perawat dan bidan, serta sosialisasi akreditasi pelayanan medik dasar

Tahun 2005:

Operasionalisasi dan evaluasi badan mutu serta transisi ke bentuk lembaga yang independen.

- Ciri kedua, adalah pembagian peran yang jelas dan kolaborasi antara pihak yang meregulasi (yaitu pemerintah, c.q. dinas kesehatan kabupaten/kotamadia dan provinsi atau suatu tim yang ditunjuk oleh pemerintah) dan pihak yang diregulasi (para dokter keluarga misalnya, para pemilik sarana pelayanan dokter keluarga, dan organisasi profesi yang mewadahnya). Masing-masing pihak mempunyai peran yang secara tegas dapat dibedakan. Sebagai ilustrasi, apabila pihak regulator adalah pemerintah (atau tim yang ditunjuk oleh pemerintah), maka peran yang dilakukan dapat dianalogikan dengan peran wasit dalam dunia olah raga. Wasit yang profesional adalah wasit yang objektif dalam melakukan penilaian (tidak mempertimbangkan faktor di luar pemenuhan standar), mempunyai kompetensi dan keterampilan dalam menggunakan standar (profesional), dan independen dalam melakukan proses penilaian ataupun penetapan hasil akhir. Ciri-ciri ini mungkin sulit dipenuhi apabila regulator juga berperan sebagai yang

diregulasi (lihat tingkat kematangan regulasi), sedangkan peran yang diregulasi (para dokter keluarga atau pemilik sarana pelayanannya), adalah memberikan pelayanan yang bermutu dan pelayanan klinik yang aman. Peran ini didukung oleh organisasi profesi yang mewadahnya, melalui peran utama organisasi profesi, yaitu *continuing professional development*. Oleh karena itu, apabila organisasi profesi merupakan pihak yang akan melakukan survei perijinan dokter keluarga, maka sulit dihindari terjadinya *conflict of interest* (“Sesama pemain dilarang saling mendahului”). Selain itu, terdapat pula kesulitan teknis yang potensial berpengaruh dalam implementasi regulasi dalam *setting* ini (misalnya benturan waktu, komposisi surveyor perijinan yang ideal, pengambilan keputusan akhir, dll). Oleh karena telah disepakati untuk membentuk badan Mutu Pelayanan Kesehatan, maka model regulasi yang diadopsi adalah model transisi lihat gambar II.4.



Gambar II.4. Model Transisi

Dalam model ini, pemerintah berperan sebagai penyusun dan penetap kebijakan regulasi, akan tetapi pelaksanaan regulasinya dapat bekerja sama dengan suatu badan semi pemerintah yang diakui (badan mutu atau lembaga lain yang diberi pengakuan). Model ini merupakan alternatif bagi infrastruktur pascadesentralisasi, mengingat bahwa: (1) pada saat ini Depkes/dinas kesehatan sendiri belum menetapkan secara jelas peran yang akan diambil, sehingga peran pengarah dan pelaksana regulasi masih menjadi satu; dan (2) belum tersedia lembaga-lembaga yang diakui oleh pemerintah sebagai pelaksana regulasi, kecuali KARS-BANRS (untuk akreditasi), dengan catatan lembaga tersebut juga belum sepenuhnya independen. Khusus untuk perijinan tenaga kesehatan, upaya pembentukan konsil kedokteran dan konsil-konsil profesi yang lain masih dalam proses, meskipun UU Praktek Kedokteran telah disahkan. Sementara itu kebutuhan untuk menilai kompetensi minimal tenaga

kesehatan sebagai persyaratan dasar untuk memberikan pelayanan yang aman semakin mendesak dengan adanya globalisasi, dan meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap *medical error* dan malpraktik.

Keuntungan model ini juga memberikan kesempatan bagi pengembangan infrastruktur regulasi di tingkat kabupaten/kota ataupun provinsi, dengan struktur yang berbeda tergantung pada kondisi masing-masing (misalnya tergantung perkembangan sektor swasta dalam pelayanan kesehatan) dan ketersediaan SDM (misalnya jumlah tenaga fungsional dan kualifikasinya). Dinas kesehatan dapat membentuk badan yang terdiri dari para *stakeholder* di bidang kesehatan (pemerintah daerah, dinas kesehatan, lembaga pelayanan, organisasi profesi, institusi pendidikan, masyarakat, lembaga asuransi) untuk melakukan *monitoring* mutu dan kegiatan regulasi lainnya.

Pengembangan misi dan organisasi badan mutu serta kebutuhan akan adanya konsil

Tabel II.6. Perbedaan antara Yogyakarta dan Jawa Tengah

	Badan Mutu Pelayanan Kesehatan-Yogyakarta	Majelis Mutu* Pelayanan Kesehatan-Jawa Tengah
Latar belakang pembentukan	Pengembangan infrastruktur untuk peran regulasi pemerintah, khususnya perijinan tenaga dan sarana pelayanan kesehatan sehingga dapat dilaksanakan dan efektif	Telah tersedianya sumber daya manusia (Tim Mutu) yang terlatih di bidang <i>quality assurance</i> dan akreditasi, yang dikembangkan dalam proyek CHN3 dan HP-V
Bentuk kelembagaan	Pada awal pembentukan adalah lembaga pemerintah berbentuk badan nonstruktural, akan ditransisi ke lembaga non pemerintah	Diusulkan oleh Tim Mutu dalam bentuk lembaga pemerintah non-struktural, masih dalam pembahasan selanjutnya
Fokus utama aktivitas regulasi	Lisensi dan surveilans mutu	<i>Quality assurance</i> dan akreditasi
Struktur organisasi	Terdiri dari Wali Amanah (<i>Board of Trustees</i>) Direktur Badan, 3 Komite (Informasi, Standar dan Surveilans Mutu)	Masih dalam pembahasan
Sumber pembiayaan	PHP-1 sampai 2005, APBN untuk gaji, Operasional dibiayai secara mandiri	Keputusan pembentukan majelis mutu dan dukungan legalitas SK Gubernur dengan dana HP-V. Pembiayaan selanjutnya masih dalam pembahasan
Lingkup Misi **	<ol style="list-style-type: none"> Standar kompetensi profesi tenaga kesehatan Uji kompetensi Rekomendasi pemberian ijin tenaga dan sarana pelayanan kesehatan. Akreditasi pelayanan klinik di lembaga pelayanan kesehatan Informasi pengembangan mutu Fasilitasi peningkatan mutu Surveilans mutu pelayanan Mengidentifikasi keluhan-keluhan 	<ol style="list-style-type: none"> Standarisasi, sertifikasi dan akreditasi pelayanan kesehatan dan institusi pendidikan Instrumen dan metode efektif peningkatan mutu Rekomendasi penerapan standar regulasi Rekomendasi pada pemerintah tentang isu mutu Akuntabilitas dan informasi teknologi Kemitraan peningkatan mutu Surveilans mutu pelayanan kesehatan Jaringan informasi
Lembaga lain yang dapat berperan dalam regulasi di wilayah provinsi	Dinas Kesehatan	Tim Mutu MTKP (Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi)

* Nama majelis mutu masih tentatif

** Dalam proses penetapan

mutu akan berbeda di setiap provinsi di Indonesia. Contoh pengembangan yang saat ini berjalan adalah proses pembentukan konsil mutu di Yogyakarta (yang akan disebut dengan Badan Mutu Pelayanan Kesehatan, sebuah badan nonstruktural) dan majelis mutu di Jawa Tengah (HP-V).

- Ciri ketiga, pengembangan yang sistemik. Sistem disini mempunyai konotasi beberapa hal, yaitu pengembangan sistem regulasi pelayanan secara holistik (misalnya secara garis besar terdapat Perda/aturan yang mendukung, lembaga yang melakukan peran regulasi, pihak yang diregulasi, standar dan instrumen yang digunakan, SDM, sistem penilaian, dan *monitoring*), keterkaitan dan bahkan mendukung peran-peran lain yang dilakukan oleh dinas kesehatan. Dalam hal ini, pengembangan lisensi sarana pelayanan mempunyai manfaat yang strategis, yang dapat diantisipasi dalam pengembangan sistem lisensi sarana pelayanan dokter keluarga. Apabila sistem lisensi berjalan dengan baik, maka manfaat untuk kegiatan selanjutnya misalnya: (1) pengembangan sistem informasi dari sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta, dan tidak hanya mencakup rumah sakit; (2) sistem pencatatan dan pelaporan penyakit menular dari praktisi swasta untuk kepentingan program P2M, misalnya dengan memasukkan sebagai persyaratan lisensi atau *monitoring* lisensi; (3) keterlibatan praktisi swasta dalam program pemerintah lainnya mungkin dapat lebih mudah diinisiasi apabila jejaringnya telah terbentuk; (4) komunikasi dengan praktisi swasta dan pemberian informasi yang *updated* mengenai beban penyakit dalam dilakukan melalui berbagai media (untuk Sistem Informasi Kesehatan); dan (5) sistem *monitoring* berbagai standar yang dihasilkan oleh Depkes dapat dirancang bersama praktisi swasta (mendukung subdin pelayanan kesehatan).
- Ciri keempat, pengembangan difasilitasi oleh konsultan dan *task-force* yang bekerja bersama

konsultan. Intensitas peran konsultan dari tahun ke tahun tidak sama, dengan intensitas tertinggi justru pada tahun-tahun awal untuk sosialisasi ide akan perlunya sebuah lembaga baru untuk mendukung peran regulasi pelayanan. Pada tahap implementasi peran konsultan (dan *task-force*) semakin minimal, sejalan dengan rekrutmen dan operasionalisasi badan mutu sendiri. Pada tahun terakhir, konsultan kembali berperan untuk mengevaluasi badan mutu, memfasilitasi transisi ke bentuk lembaga nonpemerintah, dan melakukan kegiatan untuk meningkatkan kemungkinan kelangsungan konsil mutu. Di DIY, kelangsungan kerja sama antara konsultan dan *task-force* didukung oleh keberadaan konsultan di Yogyakarta, kedudukan konsultan sekaligus sebagai anggota *task-force* regulasi, keterlibatan konsultan dalam perencanaan jangka panjang pengembangan peran regulasi dan kerja sama yang transparan antara konsultan, *task-force* dan dinas kesehatan dalam implementasi kegiatan.

Kelemahan tahap-tahap pengembangan regulasi yang kami lakukan di PHP-1 tersebut di atas (lihat kotak 1), salah satunya adalah waktu yang mungkin terlalu panjang untuk melakukan sosialisasi ide pembentukan lembaga baru sebagai pelaksana regulasi. Sebenarnya, inovasi pengembangan regulasi tidak harus dilakukan dengan membentuk suatu lembaga baru yang dapat mempersingkat pentahapan tersebut, yaitu dengan melakukan inovasi pada sistem pemerintahan. Pada saat ini secara umum peran regulasi tersebar dalam berbagai bagian dalam struktur organisasi dinas kesehatan, sehingga salah satu inovasi yang dapat dilakukan adalah dengan membentuk sebuah subdin yang dapat mengintegrasikan seluruh fungsi regulasi. Hal ini penting terutama bagi daerah yang memiliki pertumbuhan institusi pelayanan kesehatan swasta yang tinggi, seperti di kota Yogyakarta. Dengan terbentuknya subdinas tersebut maka alokasi SDM dan anggaran akan lebih jelas.

Tabel II.7. Fase Pengembangan Peran Perijinan Sarana Pelayanan Kesehatan di Provinsi Bali dan Riau (DHS-1), serta Provinsi Kalimantan Timur (HWS) yang akan Dilakukan pada Tahun 2004

FASE DIAGNOSIS	Identifikasi SDM dan tupoksi yang tersedia di provinsi dan kabupaten/kota
	Identifikasi standar dan pedoman yang tersedia di provinsi, kabupaten/kota dan sarana pelayanan kesehatan
	Identifikasi produk hukum yang ada atau dalam bentuk <i>draft</i>
	Pendataan jumlah sarana pelayanan kesehatan di wilayah kabupaten/kota
	Identifikasi pembiayaan yang tersedia untuk peran regulasi pelayanan
	Eksplorasi persepsi mengenai peran regulasi dan kebutuhan pengembangannya
	Formulasi masalah dan intervensi yang akan dilakukan
FASE INTERVENSI	Menetapkan model implementasi peran regulasi
	Menyusun dan menguji coba standar, prosedur dan instrumen untuk lisensi dan <i>monitoring</i> lisensi (apabila belum tersedia dari pusat)
	Melakukan rekrutmen dan pelatihan bagi SDM yang akan menjadi <i>surveyor</i>
	Melakukan <i>mock survey</i> (latihan <i>survey</i>)
	Mengidentifikasi kebutuhan akan peraturan daerah
	Merumuskan rencana lima tahun pengembangan dan implementasi regulasi

Dalam pengembangan sistem regulasi di Bali dan Riau (melalui DHS-1) serta di Kalimantan Timur (melalui HWS), tahap desain hanya dilakukan dalam waktu 1 tahun, dengan jabaran sebagai berikut.

PENUTUP

Setelah perjalanan desentralisasi kesehatan, peran regulasi relatif merupakan peran baru yang harus dikembangkan oleh dinas kesehatan. Oleh karenanya, sangat penting penekanan pengembangan yang bersifat *multiyears* untuk mendesain dan melaksanakan peran regulasi pelayanan kesehatan. Materi yang ditulis dalam makalah ini merupakan pengalaman penulis dalam melaksanakan pengembangan peran regulasi melalui

berbagai kegiatan. Sayangnya, pengembangan tersebut belum mencapai fase akhir.

Di Yogyakarta, saat ini sedang memasuki fase implementasi Badan Mutu Pelayanan Kesehatan, sedangkan di sisi lain pembentukan subdinas regulasi pada tingkat kabupaten/kota sedang dalam proses pengusulan. Provinsi Jawa Tengah telah berproses dalam membuat keputusan untuk membentuk majelis mutu dan menyusun *draft* untuk pendukung aspek legal. Di Bali, Riau, dan Kalimantan Timur, pengembangan ini baru akan memasuki tahun pertama. Meskipun demikian, diharapkan dengan *sharing* (berbagai pengalaman) pengembangan regulasi pelayanan kesehatan dapat dirancang dan dilaksanakan secara lebih sistematis.