

ALTERNATIF STRATEGI PELAKSANAAN PERAN REGULASI PASCADENRALISASI DI DAERAH

ALTERNATIVE STRATEGIES TO IMPLEMENT REGULATORY FUNCTION POST
DECENTRALIZATION AT THE PROVINCIAL AND DISTRICT LEVEL

Adi Utarini

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Several reports and observations have urged the need to strengthen regulatory function in decentralization era. This is not unexpected as regulation is not only a new role for the provincial and district health office, but also regulation is not perceived as an important role. Limited literature in this field motivates the author to compose this review paper, with the objective to define regulatory function and its activities, and to discuss strategies to strengthen this function.

Subject and methods: This policy paper reviews regulatory concepts in the context of decentralization in health. Empirical papers and on-going projects related to development of this regulatory function is presented to illustrate the concept.

Results: Regulatory function differs from provision of services in terms of its objective, unit of analysis, consequence and requirement. The objective of regulation is to ensure quality of service provided by health care facilities. The unit of analysis is, therefore, not only government facilities but also those that are privately owned. The scope of regulation covers modern, complementary and alternative medicine. Consequently, this function should be implemented in a credible and objective way, either through licensing, certification and accreditation. Two strategies were presented to develop this regulatory function, i.e. strengthening the capacity of provincial-district health offices or building alliance with an independent body.

Conclusions: This paper has presented the definition and breadth of regulatory function in terms of its scope and activities. Taking into consideration the design, information, capacity, authority and context, an appropriate strategy should be explored and determined by the provincial or district health offices. Future development of the strategy should then be based on a multiyears planning.

Keywords: decentralization, regulatory function, healthcare service delivery, development strategy

PENGANTAR

Perkembangan 3 tahun perjalanan desentralisasi kesehatan menunjukkan bahwa tiga peran utama pemerintah (sebagai regulator, pemberi dana, dan pelaksana kegiatan) belum berjalan secara seimbang. Peran pemerintah sebagai pelaksana kegiatan dapat dilakukan oleh rumah sakit pemerintah ataupun politeknik kesehatan pemerintah yang cenderung semakin otonom, sedangkan peran pemberi dana dapat dilakukan oleh pemerintah pusat atau daerah. Peran regulasi dapat dilakukan oleh Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Dinas Kesehatan Kabupaten-Kotamadia.

Di antara ketiga peran tersebut, peran regulator merupakan kelemahan utama dalam desentralisasi

kesehatan. Laporan Bank Dunia berjudul *Decentralizing Indonesia* 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".¹ Demikian pula dalam dokumen Sistem Kesehatan Nasional 2004, regulasi tidak menjadi pilar utama, melainkan tercantum sebagai bagian dari subsistem upaya kesehatan dan subsistem sumber daya manusia kesehatan.²

Lemahnya peran regulasi ini, di satu pihak tidak mengherankan karena peran regulasi merupakan peran yang relatif baru bagi daerah dibandingkan dengan peran pemerintah sebagai pelaksana kegiatan. Di pihak lain, dari sisi akademik pun literatur mengenai peran regulasi pemerintah dalam

konteks desentralisasi kesehatan sangat terbatas. Sebagai ilustrasi, buku *Desentralisasi Sistem Kesehatan*¹, yang merupakan acuan utama dalam desentralisasi kesehatan (meskipun telah terbit 15 tahun yang lalu), sangat sedikit membahas peran regulasi pemerintah.³

Makalah ini membahas cakupan peran regulasi pemerintah, diawali dengan perbedaan antara peran regulasi dengan peran pelaksana kegiatan serta perijinan, sertifikasi dan akreditasi yang merupakan aktivitas dan cakupan regulasi, dan diakhiri dengan alternatif strategi pengembangan.

PERAN REGULASI PEMERINTAH

Laporan WHO⁴ berjudul *Health Systems Performance* membedakan peran pemerintah sebagai pengarah (*stewardship* atau *oversight*), regulator (yang melaksanakan kegiatan regulasi) dan yang diregulasi (pelaku pelayanan kesehatan). Peran sebagai 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 selanjutnya dikembangkan dalam enam subfungsi, yaitu: perancangan sistem keseluruhan, penilaian kinerja, penetapan prioritas, advokasi intersektoral, regulasi, dan perlindungan konsumen. Tidak seluruh subfungsi harus dilakukan oleh pemerintah. Akan tetapi, pemerintah harus menjamin bahwa fungsi tersebut ada, dilakukan oleh pihak tertentu, dan berjalan. Selain itu, regulasi hanya merupakan satu dari enam subfungsi dalam *stewardship*. Tabel 1 berikut ini menjabarkan lebih lanjut perbedaan antara peran sebagai pengarah, regulator dan yang diregulasi (pelaksana) dengan penekanan pada mutu pelayanan.

Tabel 1. Perbedaan peran pemerintah sebagai lembaga pengarah, regulator, dan pelaksana di bidang mutu pelayanan (Modifikasi Bossert⁵)

| | Pemerintah sebagai Pengarah | Pemerintah sebagai Regulator | Pemerintah sebagai Pelaksana |
|---------------|--|--|--|
| Peran | Menetapkan kebijakan bagi lembaga regulator dan lembaga penyedia pelayanan | Melaksanakan regulasi | Mengelola lembaga pelayanan kesehatan pemerintah |
| 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 survival lembaga pelayanan kesehatan pemerintah melalui pelayanan yang bermutu |
| Unit analisis | Fokus pada wilayah | Fokus pada berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan modern dan tradisional, milik pemerintah dan swasta di suatu wilayah | Lembaga pelayanan kesehatan pemerintah, terutama Puskesmas dan rumahsakit pemerintah. |
| Konsekuensi | Mengembangkan kebijakan sistem regulasi wilayah | Melaksanakan regulasi mutu penyedia pelayanan | Bersaing dengan swasta |
| Persyaratan | Mempunyai sistem informasi kesehatan pelayanan kesehatan pemerintah 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 <i>surveyor-surveyor</i> yang handal dan objektif | Sistem manajemen lembaga yang baik |

Inti perbedaan antara peran regulator dan peran pelaksana kegiatan pemerintah adalah pada lembaga yang diamati. Sebagai regulator (atau sering saya analogikan sebagai "wasit sepak bola"), pemerintah harus mengamati berbagai sarana pelayanan kesehatan modern dan tradisional yang ada di wilayahnya, tidak hanya sarana milik pemerintah, sedangkan pemerintah sebagai pelaksana kegiatan (atau dianalogikan sebagai pemain sepak bolanya), tanggung jawabnya adalah mengelola sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah sehingga mampu bersaing dengan swasta.

Mengacu pada Peraturan Pemerintah (PP) No. 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi Sebagai Daerah Otonom, khususnya bidang kesehatan, kebijakan desentralisasi juga secara tegas menempatkan lembaga Departemen Kesehatan pada posisi sebagai pengarah (*oversight*). Delapan dari sebelas kewenangan pemerintah pusat berkaitan dengan penetapan pedoman, standar, persyaratan, dan kebijakan. Pemerintah (dalam hal ini Departemen Kesehatan atau Dinas Kesehatan Provinsi maupun Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota) diharapkan menjadi lembaga regulasi (baik sebagai penentu kebijakan maupun pelaksana regulator) yang mampu menciptakan regulasi yang memacu para pelaksana kegiatan melakukan perbaikan mutu secara berkelanjutan. Selain itu, PP No. 8 Tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah juga menempatkan posisi Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten-Kotamadya dalam peran regulasi, yaitu dalam pemberian perijinan. Dalam peraturan pemerintah tersebut, peran pemerintah sebagai penyedia pelayanan kesehatan masuk dalam tugas lembaga teknis daerah.

Perubahan posisi dari pelaksana kegiatan menjadi regulator ini sangat strategis dalam pengembangan *good governance* dalam sistem pelayanan kesehatan wilayah. Mencermati kondisi saat ini dengan kecenderungan yang tinggi bagi sarana pelayanan kesehatan pemerintah untuk menjadi semakin mandiri dalam manajemennya (misalnya dengan perubahan status RSUP yang semula Perjan menjadi Perum atau Badan Layanan Umum ataupun upaya swadana RSUD atau Puskesmas), maka peran pemerintah sebagai pelaksana kegiatan akan semakin berkurang dan bergeser sebagai regulator.⁶ Sumber daya yang tersedia serta kapasitas yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan selanjutnya akan menentukan apakah Dinas Kesehatan akan melakukan regulasi sendiri (dengan konsekuensi ketersediaan "wasit-wasit yang handal") ataukah Dinas Kesehatan akan mempertegas posisi sebagai pengarah dalam

peran regulasi (dengan konsekuensi bekerja sama dengan pihak ketiga untuk melakukan peran regulasi tersebut).

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

Peran pemerintah dalam regulasi pelayanan 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 mendorong pemerintah untuk segera bergerak dari peran sebagai pelaksana kegiatan pelayanan (dengan konsekuensi berkompetisi dengan swasta) menjadi peran sebagai regulator pelayanan (dengan konsekuensi meregulasi penyedia pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta). Daerah-daerah yang masyarakat dan/atau pemerintahnya kaya (misalnya DIY, Bali, Riau, DKI Jakarta), fenomena berkembangnya sektor swasta jelas terlihat.

Menurut Ogus (dalam Kumaranayake, *et al*)⁷ ,terdapat dua pendekatan regulasi pelayanan. Pendekatan pertama adalah pendekatan sosial yang lebih menekankan pada pengembangan standar (misalnya untuk menjamin mutu dan keamanan minimal), baik standar profesi, standar pelayanan, maupun standar perizinan lembaga. Tujuan pendekatan ini adalah meningkatkan keadilan dan mutu pelayanan kesehatan.⁸ Dalam pendekatan sosial fokus regulasi adalah *market entry* dan mutu pelayanan. Sebagai contoh, seorang dokter untuk praktik di suatu wilayah harus melalui proses perizinan untuk menilai kompetensi minimal dokter tersebut dan standar perizinan tempat praktiknya. Dengan demikian, terdapat proses "pengujian" sebelum memasuki pasar (*market entry*).

Pendekatan kedua adalah pendekatan ekonomi yang melihat peran regulasi dalam kaitannya dengan mekanisme pasar. Pendekatan ini bertujuan mencegah monopoli pelayanan kesehatan, kelangkaan pelayanan kesehatan tertentu, ataupun pelayanan yang berlebih.^{7,8} Regulasi terjadi apabila pemerintah berusaha mengontrol atau mempengaruhi aktivitas-aktivitas individu atau lembaga melalui harga, kuantitas, kualitas, dan distribusi. Pandangan Walshe mengenai regulasi lebih dipengaruhi oleh pendekatan ini, yang melihat regulasi sebagai suatu usaha secara terus-menerus yang dilakukan oleh lembaga pemerintah untuk mengontrol aktivitas yang bernilai bagi masyarakat.⁹ Dalam pandangan ahli ekonomi, regulasi tersebut dibutuhkan karena adanya kegagalan mekanisme pasar, untuk

mewujudkan efisiensi, keadilan, kualitas, ketersediaan, dan sebagainya.

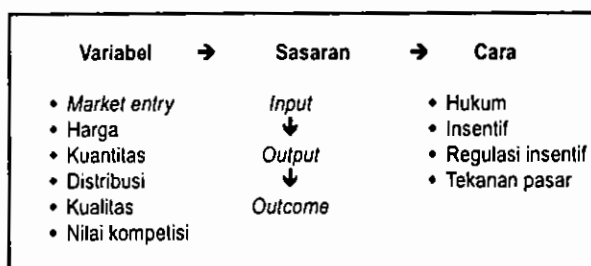
Kedua pendekatan di atas dapat digunakan dalam mengembangkan regulasi pelayanan. Contohnya, dalam hal pendirian apotek. Selain apotek harus memenuhi persyaratan dalam perizinan apotek, apakah diperlukan pengaturan distribusi apotek sehingga aksesibilitas masyarakatnya lebih tinggi? Berapa sesungguhnya estimasi jumlah rumah sakit yang diperlukan di DIY? Apakah hal-hal tersebut diserahkan sepenuhnya pada mekanisme pasar (sehingga tidak dibatasi jumlah dan tidak ada regulasi mengenai lokasi pendirian atau distribusi apotek atau rumah sakit) ataukah diperlukan regulasi yang lebih jelas?

Berbagai penelitian regulasi pelayanan kesehatan sering digunakan definisi operasional yang merujuk kepada kegiatan untuk mengontrol beberapa variabel (Gambar 1). Contohnya tarif, jumlah (dan distribusi), dan mutu pelayanan kesehatan dalam rangka mewujudkan sasaran dari berbagai tingkat dengan menggunakan instrumen regulasi yang spesifik.

Sasaran regulasi dapat dilihat dengan pendekatan proses produksi pelayanan kesehatan (*input, output, outcome*). Regulasi *input* akan mengontrol tarif (biaya atau gaji), jumlah, dan mutu SDM, obat, peralatan, bangunan, dan sebagainya. Regulasi *output* akan mengontrol tarif, jumlah, dan mutu lembaga pelayanan kesehatan (organisasi). Kedua macam regulasi inilah yang umumnya berkembang, sedangkan regulasi *outcome* belum berkembang di negara-negara berkembang.

Instrumen regulasi dapat berbentuk hukum (kontrol), insentif, regulasi insentif, dan tekanan pasar. Instrumen yang biasa digunakan adalah instrumen kontrol melalui mekanisme hukum, misalnya 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 mengubah struktur pasar, sehingga muncul tekanan pasar yang mengarah ke perilaku *provider* yang dituju. Secara singkat variabel, sasaran, dan instrumen regulasi dapat terlihat pada Gambar 1. Untuk selanjutnya makalah ini mendeskripsikan pendekatan regulasi sosial.

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



Gambar 1. Proses regulasi⁷

diregulasi memiliki sifat negatif, misalnya mengutamakan keuntungan semata, berusaha menghindari atau memperdaya peraturan, sehingga harus dipaksa untuk berlaku baik melalui regulasi yang ketat dengan standar-standar serta dengan paksaan hukum. Ukuran yang digunakan adalah kepatuhan terhadap standar-standar yang diberlakukan dan aktivitasnya adalah melalui perizinan. Kedua, terdapat paradigma peningkatan (*improvement model*) yang menganggap bahwa lembaga yang akan diregulasi memiliki dasar dan iktikad baik serta akan melakukan sesuatu dengan benar sesuai kemampuan. Lembaga regulasi melakukan fasilitasi dan bersikap memahami (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 or community safety*). Aktivitas regulasi mutu secara umum terdiri dari sertifikasi, lisensi, dan akreditasi (Tabel 2). Ketiga hal tersebut perlu dibedakan secara tegas untuk memetakan lembaga mana yang melakukan aktivitas tersebut.

Definisi aktivitas regulasi

Terlebih dahulu akan dikemukakan definisi dan pemahaman mengenai sertifikasi dan perbedaannya dengan lisensi dan akreditasi sebagai bagian dari fungsi regulasi pelayanan kesehatan. Secara umum aktivitas regulasi pelayanan kesehatan bertujuan memberikan pelayanan yang aman kepada masyarakat (*patient safety*) serta mencapai perbaikan mutu yang berkelanjutan. 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 sertifikasi yang komprehensif adalah definisi menurut Rooney and Ostenberg.¹⁰

- a. **Lisensi** adalah suatu proses pemberian izin oleh pemerintah kepada praktisi individual atau lembaga pelayanan kesehatan untuk melaksanakan atau terlibat dalam suatu profesi atau 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 atau bukti menyelesaikan pendidikan 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 standar telah dipenuhi. Monitoring lisensi harus dipenuhi oleh lembaga pelayanan kesehatan agar tetap dapat memberikan pelayanan.
- b. **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 op-

timal dan dapat dicapai (*achievable*), dan 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.

- c. **Sertifikasi** adalah suatu proses evaluasi dan pengakuan oleh lembaga pemerintah ataupun nonpemerintah bahwa seseorang atau sebuah lembaga telah memenuhi kriteria atau persyaratan tertentu. Meskipun istilah akreditasi dan sertifikasi seringkali digunakan secara bergantian, tetapi akreditasi pada umumnya hanya diterapkan pada lembaga, sedangkan sertifikasi dapat diterapkan ada 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 tambahan bila dibandingkan dengan lembaga serupa.

Tabel 2. Ciri utama akreditasi, lisensi dan sertifikasi¹¹

| | LISENSI | SERTIFIKASI | AKREDITASI |
|-------------|--|---|---|
| Standar | Minimal | Maksimal | Maksimal |
| Tujuan | Melindungi keselamatan dan meminimalkan risiko | Melakukan pengembangan profesional yang terkini | Memacu upaya perbaikan secara kontinyu |
| Sasaran | Individu dan lembaga pelayanan | Individu, pelayanan dan lembaga pelayanan | Pelayanan dan Lembaga pelayanan |
| Sifat | Wajib | Sukarela | Tergantung sistem |
| Persyaratan | Bagian dari regulasi untuk menjamin standar atau kompetensi minimum, kunjungan ke lembaga | Evaluasi persyaratan yang ditetapkan, pendidikan atau pelatihan tambahan, dan kompetensi di bidang tertentu (untuk individu), atau menunjukkan bahwa lembaga mempunyai pelayanan, teknologi atau kapasitas khusus | Kepatuhan terhadap standar, <i>on-site evaluation</i> ; kepatuhan tersebut tidak diharuskan oleh hukum dan/atau regulasi tertentu |
| Pelaksana | Pemerintah dan/atau lembaga yang ditunjuk | Konsil atau Organisasi Profesi | Tergantung sistem: pemerintah atau nonpemerintah |
| Contoh | Lisensi dokter, lisensi bidan, lisensi dokter gigi; lisensi rumah sakit, apotek, laboratorium, Puskesmas, RB, BP | ATLS/ACLS, <i>Case manager certification</i> , <i>Certification Program for Healthcare Quality Professionals</i> (CPHQ), ISO 9000 | Akreditasi rumah sakit, akreditasi <i>baby or mother friendly hospital</i> , akreditasi pelayanan medik dasar |

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 bagi tenaga atau lembaga pelayanan bersifat wajib, tidak memandang kepemilikan dan menggunakan standar minimal (kompetensi dasar). Oleh karena itu, hal tersebut dilakukan oleh pemerintah (atau bersama lembaga nonpemerintah), sedangkan sertifikasi dan akreditasi bersifat sukarela dengan standar yang optimal serta cenderung dilaksanakan oleh lembaga nonpemerintah.

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 kesehatan, pelayanan yang diberikan, dan individu tenaga kesehatan
- Spektrum pelayanan kesehatan: spektrum tradisional, komplementer hingga modern
- Pihak yang melaksanakan regulasi: internal dan eksternal lembaga pelayanan.

Di satu pihak, regulasi pelayanan semakin rumit ketika kita mempertimbangkan variasi spektrum pelayanan kesehatan. Suatu pelayanan secara mudah dapat dikategorikan modern apabila mempunyai ikatan profesi, sistem pendidikan yang jelas, buku-buku teks, serta mempunyai standar-standar pelayanan. Spektrum pelayanan komplementer dan alternatif tidak mudah dikelompokkan mengingat variasi ragamnya. Mills¹² mencoba mengklasifikasikan pelayanan yang ada di Inggris menjadi tiga kelompok: (1) terapi alternatif profesional (akupunktur, homeopati, osteopati, dan sebagainya); (2) terapi komplementer (aromaterapi, hipnoterapi, meditasi, shiatsu, refleksi, yoga, dan sebagainya); dan (3) disiplin alternatif (pengobatan jamu). Di lain pihak, 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%.

IMPLIKASI BAGI DINAS KESEHATAN: STRATEGI PENGUATAN DINAS KESEHATAN ATAUKAH KEMITRAAN?

Rangkuman sederhana yang dapat ditarik dari deskripsi peran regulasi pemerintah dan aktivitas regulasi di atas bahwa peran ini sangatlah strategis bagi posisi Dinas Kesehatan di masa mendatang

dan bahwa aktivitas dan cakupan peran ini sangatlah luas. Pertanyaan selanjutnya adalah bagaimana strategi yang dapat dilakukan oleh Dinas Kesehatan untuk mengembangkan peran ini? Terdapat dua strategi utama dalam pengembangan peran regulasi di Dinas Kesehatan: strategi penguatan organisasi Dinas Kesehatan dan strategi kemitraan Dinas Kesehatan dengan lembaga lain untuk melaksanakan peran regulasi.

Strategi pertama adalah penguatan organisasi Dinas Kesehatan dilakukan dengan misi agar Dinas Kesehatan dapat berperan sebagai pengarah atau penetap kebijakan regulasi sekaligus sebagai pelaksanaannya. Seluruh peran ini dilakukan oleh Dinas Kesehatan tanpa bekerja sama dengan pihak lain. Persyaratan yang diperlukan untuk melakukan strategi ini adalah: (1) sumber daya manusia di Dinas Kesehatan, baik dari segi kuantitas ataupun kualitasnya, yang akan melakukan pengawasan di lapangan; (2) standar-standar yang diperlukan untuk melaksanakan peran regulasi, baik pada tingkat lembaga, pelayanan maupun individu tenaga kesehatan; (3) sumber daya keuangan untuk melakukan kegiatan survei dan monitoring aktif di lapangan. Strategi ini sangat dibutuhkan pada daerah-daerah yang sarana pelayanan kesehatan swastanya berkembang dengan pesat, seperti halnya di Jakarta, Yogyakarta, Bali, Riau, Kalimantan Timur, dan sebagainya. Contoh nyata yang mengarah pada strategi ini dapat diamati pada Dinas Kesehatan Provinsi Bali yang mengangkat peran regulasi pada tingkat subdinas, yaitu Subdinas Pembinaan Pendidikan Pelatihan dan Sertifikasi, ataupun di Dinas Kesehatan Kotamadia Yogyakarta yang sedang dalam tahap pengusulan subdinas baru Regulasi Pelayanan Kesehatan.

Strategi penguatan Dinas Kesehatan mempunyai keuntungan dan kelemahan. Keuntungan utama adalah dapat memberdayakan sumber daya manusia yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan untuk melakukan peran regulasi serta kemungkinan untuk melibatkan tenaga-tenaga fungsional di Dinas Kesehatan. Akan tetapi, kelemahannya adalah potensi konflik kepentingan yaitu antara Dinas Kesehatan sebagai pelaksana kegiatan sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah (sehingga mungkin memihak pada sarana pemerintah) dan Dinas Kesehatan sebagai regulator (yang dituntut untuk bersikap objektif). Kelemahan lain adalah pada implementasi peran regulasi tersebut, yaitu ketidakseimbangan antara jumlah sarana pelayanan yang harus diregulasi dan sumber daya manusia yang tersedia. Contoh, di suatu Dinas Kesehatan sebuah kotamadia mempunyai ribuan jumlah berbagai sarana pelayanan kesehatan, sementara jumlah staf yang terkait berkisar 3-5 orang.

Strategi kedua adalah strategi kemitraan dengan lembaga lain untuk memperkuat peran regulasi Dinas Kesehatan. Dalam strategi ini, Dinas Kesehatan memperkuat perannya sebagai penetap kebijakan regulasi wilayah, sedangkan lembaga mitra berperan melaksanakan regulasi dengan mensosialisasikan standar-standar yang disusun oleh pusat, menyediakan *surveyor*, memberikan informasi kepada masyarakat, serta memberikan rekomendasi hasilnya kepada Dinas Kesehatan. Idealnya, lembaga mitra ini bukan merupakan lembaga pemerintah dan memiliki *surveyor* profesional yang tidak berprofesi ganda sebagai penyedia pelayanan. Contoh, keberadaan lembaga ini masih terbatas di Indonesia, misalnya lembaga sertifikasi ISO atau rencana pendirian Konsil Kedokteran. Contoh lain, lembaga akreditasi rumah sakit di Australia (Australian Council on Healthcare Standards), Amerika (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization), lembaga yang melakukan uji kompetensi tenaga kesehatan sebagai persyaratan perizinan atau lisensi (General Medical Council di Inggris). Kelemahan strategi ini di Indonesia adalah terbatasnya pengalaman untuk mengelola lembaga regulator dan terbatasnya sumber daya manusia yang memiliki keterampilan yang dibutuhkan. Beberapa daerah yang melakukan inovasi untuk membuat lembaga regulator ini adalah Yogyakarta (dengan Badan Mutu Pelayanan Kesehatan yang diprakarsai oleh PHP-1 Bank Dunia) dan Jawa Tengah (dengan konsep Majelis Mutu Pelayanan Kesehatan Provinsi Jawa Tengah yang diprakarsai oleh HP-V Bank Dunia). Kedua lembaga ini masih berada dalam tahap awal pengembangannya.

Untuk menetapkan strategi yang dipilih, Hongoro and Kumaranayake¹³ dan Soderlund, *et al.*,¹⁴ mengusulkan lima faktor kunci yang menentukan efektivitas strategi regulasi. Faktor kunci tersebut adalah faktor desain, informasi, kapasitas, otoritas dan konteks politik sosial budaya ekonomi. Fakta ini perlu dideskripsikan terlebih dahulu secara mendalam, sehingga pengambilan keputusan strategi yang dipilih benar-benar didasarkan atas bukti yang memadai.

KESIMPULAN

Makalah ini telah membahas definisi peran regulator, khususnya dalam regulasi pelayanan kesehatan, beserta lingkup kegiatan dan sasaran yang dapat dikembangkan. Mengingat peran regulasi masih menjadi salah satu kelemahan

utama, maka tahap 5 tahun awal desentralisasi kesehatan di Indonesia perlu mempertegas pondasi yang kuat bagi pengembangan peran ini di masa mendatang. Strategi pengembangan konsep regulasi yang bersifat *multiyears* perlu ditetapkan dengan memperhatikan faktor desain, informasi, kapasitas, otoritas, dan konteksnya.

UCAPAN TERIMA KASIH

Tulisan ini banyak diinsiprasi oleh keterlibatan penulis dalam PHP I di Yogyakarta dan HP-V di Jawa Tengah yang didanai oleh Bank Dunia.

KEPUSTAKAAN

1. World Bank. Decentralizing Indonesia: A Regional Public Expenditure Review. Report No. 26191-IND. East Asia Poverty Reduction and Economic Management Unit, World Bank. 2003.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta: Departemen Kesehatan RI. Jakarta. 2004:27, 37.
3. Mills, A., Vaughan, J.P., Smith, D.L., and Tabibzade, I. Health System Decentralization: Concept, Issues and Country. World Health Organization. Geneva. 1989.
4. World Health Organization. WHO 2000 Report: Health Systems Performance. WHO. Geneva. 2000.
5. Bossert, T., Hsiao, W., Barrera, M., Alarcon, L., Leo, M., Casares, C. Transformation of Ministries Of Health In The Era of Health Reform: The Case of Colombia. Health Policy and Planning. 1998;13(1):59-77.
6. Trisnantoro, L. Aplikasi Ilmu Ekonomi dalam Rumah Sakit. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 2003.
7. Kumaranayake, L., Lake, S., Mujinja, P., Hongoro, C., Mpembeni, R. How Do Countries Regulate The Health Sector? Evidence from Tanzania and Zimbabwe. Health Policy and Planning. 2000;15(4):357-67.
8. Harding. Private Participation In Health Services Handbook, Human Development Network. The World Bank. Washington. 2001.
9. Walshe, K. The Rise of Regulation in the NHS. BMJ. 2002;324:967-90
10. Rooney, A.L., Ostenberg, P.R. Van. Licensing, Accreditation and Certification: Approaches to Health Services Quality. Quality Assurance Methodology Refinement Series. Quality Assurance Project, Bethesda MD, USA. 1999.

11. Roa, D.V., Rooney, A. Improving Health Services Delivery with Accreditation, Licensure, and Certification. *QA Brief* .1999;8(2):4-10.
12. Mills, S.Y. Regulation in Complementary and Alternative Medicine. *BMJ*. 2001;322:158-60.
13. Hongoro, C., Kumaranayake, L. Do They Work? Regulating For-Profit Providers in Zimbabwe. *Health Policy and Planning*. 2000;15(4):368-77.
14. Soderlund N, Mendoza-Arana P, Goudge J (eds). *The New Public/Private Mix in Health: Exploring the Changing Landscape*. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research.2003.