

BAGIAN 3

Pengalaman Internasional dalam Desentralisasi

Pengantar

Bagian 3 buku ini disusun berdasarkan presentasi seminar oleh para ahli internasional pada seminar tahunan ke-6 “Desentralisasi di Indonesia - Berbagi Pengalaman dan Langkah ke Depan” di Bali, Juli 2007. Bagian pertama dari bab ini memaparkan pengalaman internasional dalam desentralisasi. Dr. Julito Sabornido (Departemen Kesehatan Filipina) memaparkan pengalaman di Filipina, Dr. David Dunlop (AusAid) memaparkan pengalaman di Uganda, sedangkan Dr. Lokky Wai (WHO WPRO) memaparkan pengalaman di Vietnam. Pada bagian kedua, dibahas temuan dan pengamatan, serta kesimpulan yang berisi catatan pembelajaran untuk dipikirkan oleh Indonesia.

Bagian ini memberikan kerangka analisis yang menyarankan kepada negara yang saat ini sedang menjalani desentralisasi agar siap menghadapi isu-isu fundamental dalam (1) dukungan latar belakang, (2) budaya dan kelembagaan, dan (3) rancangan dan urutan teknis. Pengalaman di ketiga negara di atas terlihat memberikan tanggapan yang sama pada dua isu yang pertama, namun berbeda dalam cara mereka melaksanakan kegiatan teknis dalam program desentralisasi. Dalam urutan teknis, ketiga negara memiliki perbedaan besar dalam pencapaiannya.

Lain padang lain belalang, peribahasa ini dapat dipergunakan dalam menganalisis kebijakan desentralisasi kesehatan di berbagai negara. Latar belakang politik, kultural, demografi, geografis, sampai

ke dinamika perubahan sosial dapat mempengaruhi kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan. Andaikata kebijakan desentralisasi dapat dianggap sebagai belalang maka dengan menganalisis pengalaman di ketiga negara ini maka makna kebijakan desentralisasi akan semakin dapat dipahami. Ada belalang yang kurus, ada yang gemuk, ada yang berwarna hijau ada yang kecoklatan, ada yang panjang ada yang pendek. Demikian pula desentralisasi. Ada kebijakan yang didukung penuh di sektor kesehatan. Ada yang dilakukan dalam keterpaksaan, ada yang mengalami kesulitan untuk dijalankan. Di samping itu, pengalaman di berbagai negara menunjukkan bahwa efektivitas pelaksanaan kebijakan pasca desentralisasi bervariasi. Pengalaman seperti ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pelajaran untuk Indonesia.

Pengalaman di Tiga Negara dalam Desentralisasi Kesehatan: Pembelajaran untuk Indonesia?

Shita Dewi (Ed), David Dunlop, Lokky Wai, Julito Sabornido, Laksono Trisnantoro

Pengantar

Perdebatan yang berkembang seputar kebijakan rancangan desentralisasi terbagi menjadi dua. Pendukung desentralisasi berpendapat bahwa jika dilaksanakan dengan baik, desentralisasi akan mengarah pada keterlibatan publik yang sistematis dalam penentuan tujuan, rancangan dan pembiayaan kebijakan kesehatan, dan dalam pengawasan pengadaan jasa dan fungsi-fungsi yang lain. Dari sudut pandang ini, desentralisasi dapat mendorong pemberi pelayanan kesehatan untuk mendapatkan keterampilan, dukungan sumber daya,

dan kewenangan yang mereka perlukan agar dapat memberikan pelayanan yang berkualitas. Selanjutnya, desentralisasi membuat pemda mendapatkan informasi, pendanaan dan *bargaining power*. Di sisi lain kebijakan desentralisasi diharapkan memberi kesempatan kepada Departemen Kesehatan untuk menghilangkan kewajiban-kewajiban yang tidak perlu dan tidak praktis agar dapat membangun peran dan citra baru.

Ada beberapa kerangka analisis yang dapat digunakan untuk mengkaji desentralisasi dalam sektor kesehatan, yaitu: (1) administrasi publik, (2) kebijakan fiskal daerah, (3) modal sosial (*social capital*), dan (4) pendekatan agensi (*principal agent*)¹. Sesuai dengan tujuan penulisan, pendekatan desentralisasi dalam bagian ini menggunakan pendekatan administrasi publik.

Pendekatan administrasi publik menitikberatkan pada pembagian kewenangan dan tanggung jawab pelayanan kesehatan dalam kerangka struktur administrasi dan politik nasional. Pendekatan ini telah berkembang menjadi apa yang dikenal sekarang dengan empat bentuk desentralisasi: (1) dekonsentrasi, (2) delegasi, (3) devolusi, dan (4) privatisasi (swastanisasi)².

Dekonsentrasi didefinisikan sebagai pergeseran kekuasaan dari pusat ke daerah dalam struktur administrasi yang sama (misalnya dari Departemen Kesehatan ke dinas kesehatan). Delegasi memberikan tanggung jawab dan kewenangan kepada lembaga semi otonomi

¹ Bossert, T. J., & Beauvais, J. C. (2002). *Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda and The Philippines: A Comparative Analysis of Decision Space*. *Health Policy and Planning*, 17(1), 14-31.

² Mills, A. (Ed.). (1990). *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experiences*. World Health Organization. Geneva.

(misalnya badan regulasi yang terpisah atau badan akreditasi). Devolusi memberikan tanggung jawab dan kewenangan dari Departemen Kesehatan pusat kepada badan administrasi yang masih termasuk dalam struktur administrasi negara (misalnya: pemerintah propinsi/kabupaten/kota). Privatisasi memberikan tanggung jawab operasional atau dalam kondisi tertentu memberikan kepemilikan kepada pihak swasta, dan biasanya diatur dalam suatu kontrak yang mengatur pembagian keuntungan sebagai “imbalan” atas pembiayaan publik⁵¹.

Dalam setiap bentuk desentralisasi tersebut kewenangan dan tanggung jawab penting biasanya tetap berada di pemerintah pusat. Dalam kondisi tertentu, pergeseran ini memperkuat tanggung jawab fungsional pusat. Pemerintah pusat tetap sebagai pembuat kebijakan dan mengawasi peran daerah. Pemda memperoleh tanggung jawab operasional untuk melaksanakan tugas administrasi sehari-hari. Di lain pihak, hubungan antara pusat dan daerah diperkuat dengan suatu kontrak sehingga pusat dan daerah dapat bernegosiasi tentang apa yang diharapkan dari masing-masing pihak.

Dalam bab ini isu pokok pertama yang dibahas adalah dari pendekatan administrasi publik di berbagai negara yang mengalami desentralisasi. Pendekatan administrasi publik biasanya berfokus pada penentuan tingkat yang sesuai untuk fungsi-fungsi, tanggung jawab dan kewenangan yang didesentralisasi³. Bagian selanjutnya akan memaparkan bagaimana setiap bentuk desentralisasi di atas

³ Mills, A. (1994). *Decentralization And Accountability In The Health Sektor From An International Perspectives: What Are The Choices?* A. Public Administration And Development, 14, 281-92.

dilaksanakan di beberapa negara, serta hasil dan pelajaran yang apa yang dapat Indonesia petik.

Bagian 1: Pengalaman internasional dalam desentralisasi

1. Filipina

Filipina terletak di kawasan Asia Tenggara. Ibukota Filipina adalah Manila, dengan populasi penduduk sebanyak 86.795.000 jiwa (2006, NSO). Filipina terdiri dari 16 negara bagian, 79 propinsi, 113 kota, 1.496 kotamadia, dan 41.943 barangays. Tiga pulau besar yang terdapat di Filipina adalah Luzon, Visayas, dan Mindanao.

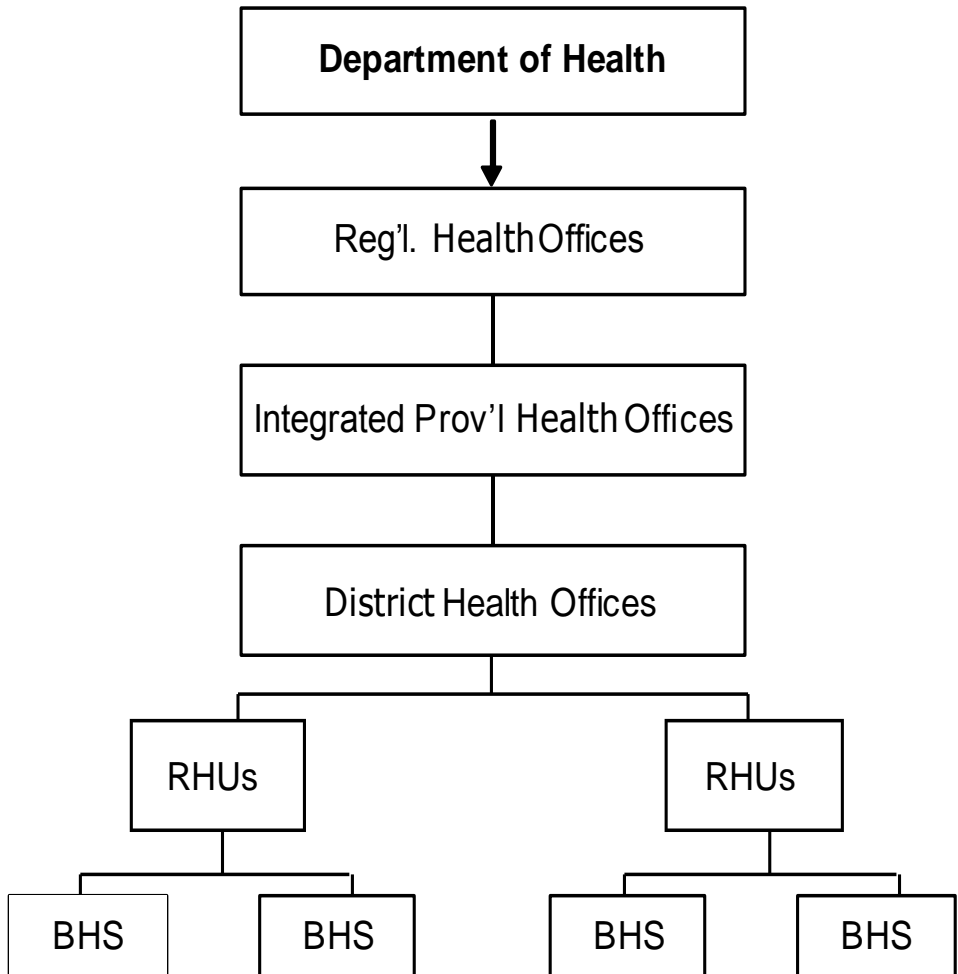
Sistem kesehatan Filipina tumbuh dari dorongan proses perkembangan kebijakan kesehatan oleh pemerintah nasional. Sebelum upaya desentralisasi dilakukan, Filipina telah melaksanakan strategi pengembangan kesehatan yang didasarkan pada sistem pembiayaan pemerintah, manajemen publik, dan layanan yang bersifat *multitier delivery*. Sistem yang dianut oleh Filipina ini bertumpu pada unit kesehatan daerah (*Regional Health Units/RHUs*) yang memberikan pelayanan KIA, rawat jalan umum dan kesehatan gigi, keluarga berencana dan layanan gizi, kontrol penyakit tertentu, pendidikan kesehatan, dan sanitasi lingkungan.

Pada tahun 1981 ada sekitar 2000 RHUs, masing-masing dikepalai oleh pejabat kesehatan kota (*municipal*) dibantu oleh perawat kesehatan, pengawas sanitasi, dan 4-5 bidan. Masing-masing RHU bertanggung jawab untuk 3-4 unit kesehatan *barangay* (BHS) yang didirikan untuk melayani desa sekitarnya; pelayanan di BHS

dilaksanakan oleh seorang bidan terampil dan beberapa pekerja kesehatan sukarela.

Akibatnya sistem Filipina tampak sangat tersentralisasi, diwarnai fragmentasi dan duplikasi antara unit pusat dan daerah, dan keterkaitan yang lemah antara program daerah dengan kampanye penyakit tertentu yang dikoordinasi oleh pusat. Sebuah kajian komprehensif yang dilakukan pada tahun 1993 menunjukkan gejala yang mengkhawatirkan pada kondisi kesehatan publik, misalnya angka *differential* kematian ibu yang tinggi dan tren yang negatif di beberapa wilayah; status gizi buruk pada keluarga ekonomi lemah; penurunan tingkat kesuburan yang lambat; dan rendahnya tingkat kepuasan konsumen terhadap fasilitas kesehatan⁴.

⁴ Herrin, A. N., de la Paz, A., Picazo, O. F., Solon, O., Taguiwalo, M. M., & Zingapan, S. (1993). *Health Sektor Review*. Health Finance Development (Monograph 3). Philippines.

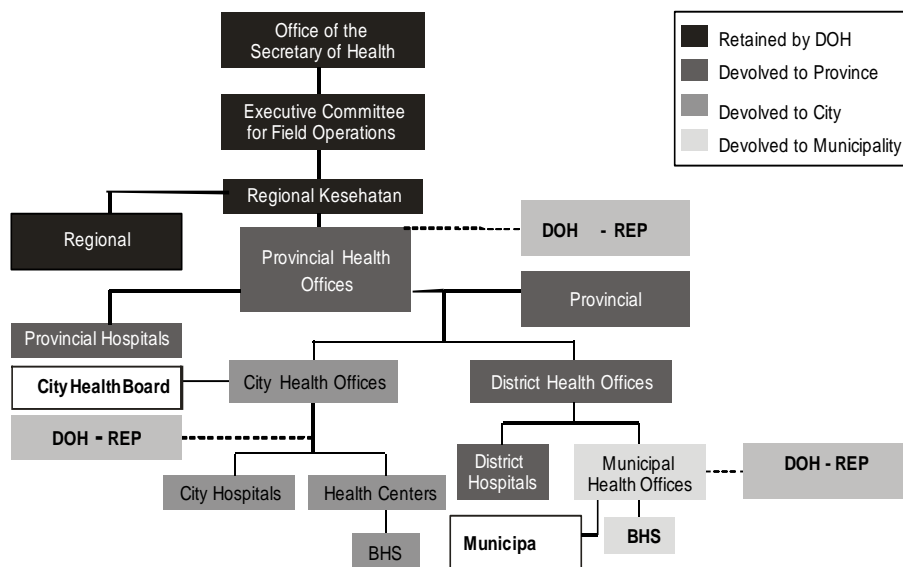


Gambar 3.1 Struktur Organisasi Departemen Kesehatan Filipina Pra Devolusi Tahun 1978-1990

Berdasarkan temuan ini para pembuat keputusan di Filipina mencari alternatif kerangka kerja yang dapat memperkuat kebijakan kesehatan. Setelah melalui perdebatan yang panjang, para pembuat

kebijakan nasional di Filipina memutuskan bahwa sektor kesehatan didesentralisasi melalui Konstitusi tahun 1987.

Kebijakan ini memang disengaja karena desentralisasi dianggap sebagai salah satu jalan untuk mencapai reformasi yang signifikan. Namun demikian, pelaksanaannya baru dimulai pada Januari 1993 dengan mengalirkan anggaran, fasilitas dan tenaga kesehatan kepada sekitar 1600 unit pemda (*Local Government Units/ LGUs*), seperti yang diatur dalam perda tahun 1991. Beberapa hal yang didevolusi adalah pelayanan kesehatan dasar, 600 rumahsakit dan fasilitas kesehatan lain, serta sekitar 46.000 tenaga kesehatan. Sumber anggaran utama untuk setiap LGU berasal dari *Internal Revenue Allotment* (IRA) Pusat. Sistem ini langsung ditentang oleh para *stakeholders* dan politikus sehingga diperlukan penyesuaian-penyesuaian terhadap *grand design* awal. Akibatnya pelaksanaan devolusi tertunda hingga tahun 1995.



Gambar 3.2 Struktur Organisasi Departemen Kesehatan Filipina Tahun 1991-1998

Sejak perda tersebut dilaksanakan, Departemen Kesehatan mengadopsi peran “*Service of Servicers*” terhadap LGU’s. Pendekatan pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) dipilih sebagai strategi utama dengan penekanan pada kebutuhan untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses melalui pendekatan partisipatori. Pendekatan ini mencakup pelatihan bagi tenaga kesehatan di BHWs, pendidikan kesehatan dan pengembangan, serta pengorganisasian masyarakat (*community building and organizing*).

Dengan demikian, Departemen Kesehatan Filipina memainkan peran baru yang penting yaitu sebagai pendukung dari sisi

kewenangan teknis sistem kesehatan. Fungsi baru Departemen Kesehatan dapat dinyatakan sebagai berikut:

1. Pengawasan (pengawasan umum terhadap penyediaan pelayanan kesehatan di lapangan)
2. *Monitoring* dan evaluasi
3. Menyusun peraturan dan *guidelines*
4. Pemberian bimbingan teknis atau bimbingan lain yang sejenis
5. Melaksanakan kewenangan dan fungsi sebagai :
 - a. Komponen program nasional yang didanai oleh sumber luar negeri
 - b. Pelaksana *pilot project* untuk program yang akan diterapkan secara nasional
 - c. Penyedia program pemberantasan penyakit sesuai kesepakatan internasional, misalnya untuk penyakit-penyakit yang membutuhkan karantina atau penyakit yang tercakup di dalam program pemberantasan (eradikasi)
 - d. Fungsi regulator, perizinan dan akreditasi sesuai dengan peraturan yang berlaku; misalnya untuk Biro Pangan dan Obat, perizinan rumahsakit, rumahsakit daerah, dan lain lain.
 - e. Memilih wakil Departemen Kesehatan untuk melaksanakan kebijakan dan program Departemen Kesehatan di tingkat LGUs

Tantangan yang dihadapi desentralisasi di Filipina

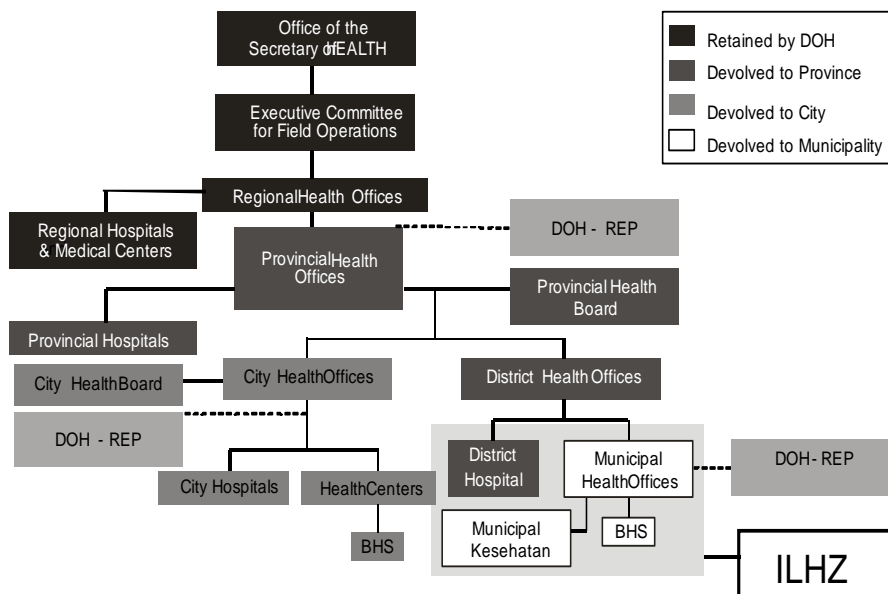
Departemen Kesehatan Filipina menemui tantangan dalam pelaksanaan desentralisasi. Sebagai contoh, terjadi fragmentasi dalam sistem layanan kesehatan yang disebabkan adanya tingkatan yang berlainan pada kewenangan politik dan administrasi. Misalnya, rumahsakit kotamadia/kota berada di bawah kewenangan pemerintah kotamadia/kota (walikota), sedangkan rumahsakit propinsi dan kabupaten berada di bawah kewenangan pemerintah propinsi (gubernur).

LGUs juga memiliki keterbatasan kemampuan teknis dan keuangan untuk mengelola pelayanan kesehatan publik dan operasional rumahsakit karena besarnya perbedaan status kesehatan dalam subkelompok populasi, kelas pendapatan dan wilayah geografis serta wilayah pelayanannya (*catchment area*). Lagipula, ada ketidaksetaraan penggajian antara staf LGU dengan staf Departemen Kesehatan yang ditempatkan di LGU sehingga terjadi demoralisasi. Alokasi dana program kesehatan juga tidak terkait dengan kinerja sehingga ada perbedaan pada pelayanan kesehatan publik dengan rumahsakit, yang berakibat pada fragmentasi sistem rujukan, sistem informasi manajemen kesehatan, pelatihan dan pengembangan SDM, serta pada sistem pengadaan obat. Yang paling utama yaitu dengan terbatasnya dana anggaran pemerintah menyebabkan tidak adanya atau terlambatnya pengeluaran dana tambahan untuk LGUs yang digunakan untuk *input* program dan memberi daya ungkit pada program kesehatan.

Ada indikasi bahwa efektivitas desentralisasi layanan kesehatan dasar berada dalam kondisi yang memprihatinkan karena kurangnya koordinasi dan kerja sama dari sejumlah unit pemda. Kemampuan pemerintah untuk mengatur kualitas dan biaya layanan dan produk kesehatan tetap rendah. Sumber daya kesehatan tetap tidak mencukupi, dana yang tersedia tidak bisa digunakan dengan efektif. Hal lain yang terlihat nyata adalah rendahnya *political will* dari pemda dalam melaksanakan arah dan program nasional.

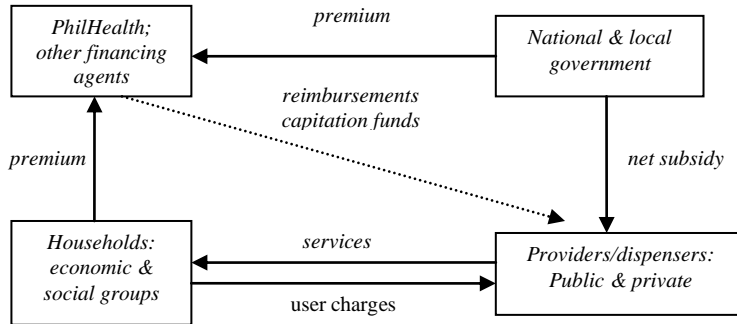
Hasilnya, indikator status kesehatan tidak menunjukkan perbaikan. Penurunan AKI dan AKB lambat, sedangkan angka kenaikan populasi tetap tinggi. Ada beban yang berlipat dalam penyakit yaitu penyakit infeksi dan degenerasi, sementara pada saat yang sama timbul risiko kesehatan karena faktor lingkungan dan kerja.

Kalangan miskin menanggung beban yang paling berat. Hal ini diindikasikan dengan menurunnya pengeluaran kesehatan terhadap *Gross National Product* (GNP), menurunnya total pengeluaran kesehatan dan pengeluaran per kapita untuk kesehatan, sedangkan pelayanan kesehatan individu mengisi proporsi pengeluaran yang terbesar dalam anggaran kesehatan pemerintah. Lebih jauh lagi, masalah ketidaksetaraan (*inequities*) kesehatan masih terjadi akibat adanya hambatan fisik dan keuangan.



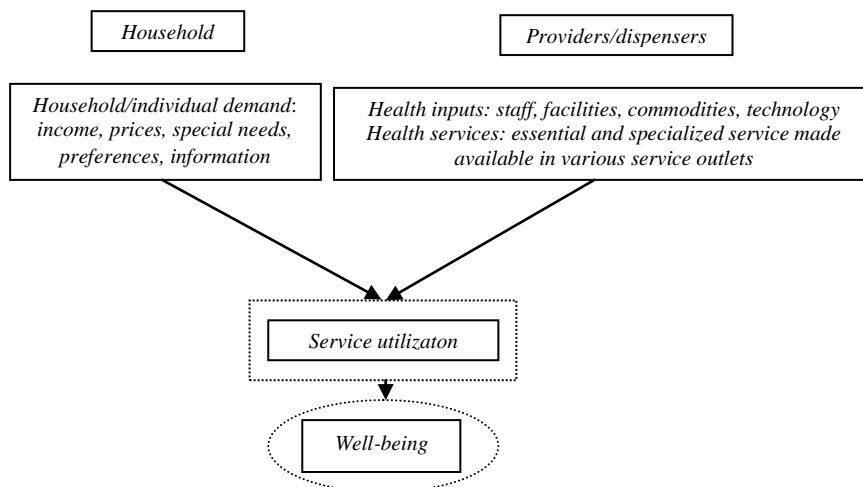
Gambar 3.3 Post Devolusi Layanan Kesehatan

Dalam usaha mengatasi berbagai tantangan tersebut, Departemen Kesehatan Filipina mengeluarkan suatu “Agenda Reformasi Sistem Kesehatan” (HSRA) pada 1999. Dokumen ini memberikan evaluasi terhadap pengalaman selama 10 tahun menjalankan desentralisasi di sektor kesehatan. Walaupun menggunakan nama baru, Sistem Kesehatan Filipina sebenarnya masih menggunakan mekanisme yang sama untuk menggerakkan berbagai *stakeholders* menuju suatu pengembangan sistem kesehatan yang terintegrasi dalam kerangka unit kerja sama pemerintah antar daerah (*Inter Local Government Units Cooperation*).



Gambar 3.4 Organisasi Pemberian dan Pembiayaan Layanan Kesehatan

Dalam konteks governance kesehatan, kotamadya bergabung menjadi satu membentuk Zona Kesehatan antar Daerah (*Inter Local Health Zones/ILHZs*) untuk memastikan terdistribusinya sumber daya dan memaksimalkan keuntungan bersama. Dalam konteks peraturan kesehatan, unit pemda (LGUs) menggabungkan pengadaan obat esensial mereka agar biaya dapat ditekan. Dalam konteks pembiayaan kesehatan, LGUs meningkatkan kontribusi yang diperlukan untuk menjalankan program sosial pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Adapun dalam konteks pemerataan pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan publik ditingkatkan mutunya agar memenuhi persyaratan akreditasi dan diberi modal atau dana pendamping dari *PhilHealth*.



Gambar 3.5 Produksi Layanan Kesehatan, Persediaan, Tuntutan, dan Pemanfaatan

Pada awalnya desentralisasi memang membawa kekacauan, tetapi desentralisasi juga mengarah ke inovasi kelembagaan yang mengandung janji untuk memberikan hasil yang lebih baik di masa mendatang. Dalam hal ini, HSRA merupakan konsolidasi yang telah dipikirkan selama dekade reformasi sebelumnya dan lebih merupakan pembaharuan. Sesungguhnya, HSRA sendiri merupakan suatu indikasi tentang apa telah dicapai dalam reformasi sebelumnya. Hal-hal yang agak berbeda dari desain LGC 1992 adalah fokus, pengaturan waktu, dan kesungguhan niat untuk menghasilkan sesuatu yang lebih nyata. Kajian permasalahan yang dihadapi selama dekade terakhir dan agenda baru yang disajikan dalam HSRA akan membantu meletakkan hasil-hasil inovasi ini sesuai konteksnya.

Dampak langsung desentralisasi adalah kesulitan dalam kebijakan SDM. Deklarasi Magna Carta tahun 1993 tentang Peraturan Tenaga Kesehatan Umum memberikan paket remunerasi yang menarik kepada tenaga kesehatan pusat, agar mereka bersedia ditempatkan di LGU. Akan tetapi, ini memperluas *gap* antara staf Departemen Kesehatan dan LGU. Masalah ini dicoba untuk diatasi melalui peraturan tahun 1995 tentang *Barangay Health Workers' Benefit and Incentives*. Peraturan ini berusaha mengurangi ketegangan yang ada dengan cara memberikan status pegawai negeri pada pegawai daerah serta memberikan fasilitas kesehatan, asuransi, pelatihan, dan fasilitas pinjaman. Akan tetapi, masih ada kendala dari tenaga itu sendiri untuk memenuhi peraturan tersebut. Tenaga kesehatan daerah biasanya memiliki kapasitas dan kemampuan rendah, misalnya tenaga bidan dan tenaga ahli gizi di *barangay*.

Desentralisasi dan masalah sumber daya

Besaran dan komposisi pembiayaan yang dialokasikan untuk Departemen Kesehatan program pusat menjadi isu kontroversial. Besarnya anggaran Departemen Kesehatan sangat berfluktuasi, turun 30% sampai dengan 7,3 milyar peso pada tahun 1993, dan naik hingga 12,9 milyar peso pada tahun 1998, sebelum turun sampai dengan 10,7 milyar peso pada tahun 2000⁵. Biaya pusat dialokasikan langsung ke program-program, terutama untuk pemeliharaan fasilitas dan

⁵ Capuno, J. J., & Solon, O. (2002). *The Impact of Devolution on Local Health Expenditures: Anecdotes and Some Estimates from The Philippines*. Philippine Review of Economics and Business.

operasional, khususnya di rumahsakit dan beberapa penyakit, serta penanganan masalah khusus.

Pelaksanaan dari program-program ini, misalnya kesehatan keluarga, gizi dan kesejahteraan, penanganan penyakit menular, dan kesehatan lingkungan, mengharuskan Departemen Kesehatan menjalin kerja sama dengan LGUs yang masing-masing pihak memiliki prioritas pengeluaran. Persetujuan tentang Layanan Kesehatan Komprehensif (CHCAs) antara LGUs dan Departemen Kesehatan dilakukan pada tahun 1993 untuk memfasilitasi kerja sama tersebut. Kontrak-kontrak persetujuan ini memudahkan LGUs untuk menambah sumber dayanya di samping memberikan dukungan kepada Departemen Kesehatan untuk program-program prioritas. Akhirnya, anggaran DOH's secara substansial diatur kembali pada tahun 2000 sebagai bagian dari upaya pengembangan dan pelaksanaan HSRA.

Rata-rata pengeluaran dan anggaran LGU untuk keseluruhan pengeluaran kesehatan telah menunjukkan pertumbuhan, namun pengeluaran daerah ini tidak disesuaikan dengan "*Cost of Devolved Health Functions*" (CDHF) yang dihitung berdasarkan devolusi anggaran tahun 1992. Banyak pimpinan eksekutif menyalahkan rendahnya pembiayaan dari IRA dan estimasi CDHF yang tidak sesuai dengan pembiayaan yang riil untuk memberikan pelayanan. Ini adalah isu yang *valid* karena CDHF tidak menangkap aspek penting dari devolusi pelayanan. Aspek penting tersebut misalnya biaya untuk perawatan dan perbaikan, *upgrading* fasilitas pelayanan, dan meningkatnya pengeluaran untuk obat-obatan/tenaga kesehatan sebagai respon terhadap harapan dan tuntutan masyarakat. Selain itu,

ada kebutuhan tambahan anggaran untuk memenuhi ketentuan Magna Carta dalam menyediakan paket renumerasi tenaga kesehatan. Masalah pembiayaan lain berhubungan dengan kapasitas dan kemauan LGUs untuk berpartisipasi dalam skema asuransi kesehatan yang inovatif untuk masyarakat miskin.

Paket devolusi tahun 1991 tidak membahas masalah asuransi kesehatan, termasuk menyediakan cakupan untuk rakyat sangat miskin. Namun masalah ini ditangani dalam Peraturan Asuransi Kesehatan Nasional tahun 1995 dan *Philippine Health Insurance Corporation (PHIC/PhilHealth)* tahun 1996 dan Program Asuransi Kesehatan Nasional (NHIP). Satu setengah tahun kemudian, *Executive Order 277* menyusun program untuk mencakup 25% rakyat miskin dari total populasi selama 5 tahun. Dua bulan kemudian, *PhilHealth* mulai bekerja dengan LGUs untuk memasukkan rakyat miskin dalam apa yang disebut *Medicare parasa Masa (MpM)*. *PhilHealth* menggunakan MpM untuk bekerja sama dengan LGUs untuk memasukkan populasi rakyat miskin mereka dengan premi yang sebagian disubsidi oleh LGUs dan pemerintah pusat, akan tetapi langkah ini ternyata tidak mencapai kebanyakan gakin. MpM hanya memasukkan 80.000 Gakin pada akhir 2001 atau 15% dari sasaran.

Saat ini pemda lebih banyak memasukkan tidak hanya masyarakat yang paling miskin dalam program, jadi ada lebih banyak gakin yang bisa tercakup. Paket manfaat awal yang tadinya hanya mencakup pelayanan rawat inap (yang bukan merupakan prioritas tertinggi untuk banyak gakin) kini ditambah dengan paket manfaat alternatif. Jumlah fasilitas kesehatan terakreditasi di wilayah dimana

anggota MpM tinggal juga ditingkatkan. Satu kesulitan yang masih belum teratasi adalah keengganan LGUs untuk bersama-sama membiayai subsidi premi. Alasannya karena LGUs sudah membiayai sejumlah fasilitas kesehatan daerah, jadi apabila LGUs ikut membiayai subsidi premi maka ini merupakan beban ganda. Solusinya adalah dengan menggeser dana subsidi pada *supply side* ke *demand side*.

Pengalaman dari Filipina untuk Indonesia

Filipina dan Indonesia mempunyai perjalanan yang khas untuk memenuhi target Tujuan Pembangunan Kesehatan Milenium (MDGs) melalui sistem desentralisasi masing-masing. Dari aspek persiapan, devolusi Filipina lebih dipersiapkan secara teknis, bukan terjadi karena tekanan politik. Di samping itu, ada evaluasi ketika kebijakan devolusi telah berjalan selama 10 tahun. Kebijakan devolusi senantiasa diperbaiki dan ditambah pada beberapa aspek, diupayakan untuk memiliki semua hal yang diperlukan dan menggunakan kerangka konsep yang efektif.

Pengalaman Filipina dalam devolusi kesehatan dapat membantu Indonesia yang mulai bergerak maju dengan versi desentralisasinya sendiri. Pengalaman evaluasi kebijakan desentralisasi di Filipina merupakan hal penting. Beberapa model mekanisme yang sudah terbukti berhasil di Filipina mungkin dapat menjadi bahan pertimbangan untuk menyusun mekanisme serupa di Indonesia. Kebijakan desentralisasi merupakan perubahan yang terus terjadi pada wujud dan peran Departemen Kesehatan dan pemda. Oleh

karena itu, perlu ada evaluasi mendalam dalam pelaksanaan kebijakan desentralisasi sektor kesehatan di Indonesia.

2. Uganda

Latar belakang sejarah Uganda menunjukkan bahwa selama era kolonial, Kementerian Kesehatan hanya bertanggung jawab untuk merawat pekerja kolonial, misalnya orang asing kolonial dan pekerja pribumi. Kementerian ini mengurus manajemen mikro dari rumahsakit, dan sebagian kecil fasilitas kesehatan pembantu; Kementerian ini melakukannya dengan peraturan dan petunjuk yang detail. Anggaran rumahsakit, pengangkatan tenaga dan manajemen dari program kesehatan merupakan tanggung jawab tingkat pusat.

Pada masa ini dan pada awal masa kemerdekaan, pengembangan kebijakan desentralisasi bukan merupakan hal pokok pada Kementerian Kesehatan Uganda. Dua peristiwa akhirnya merubah situasi tersebut: Konferensi Alma Atta tentang Layanan Kesehatan Dasar atau *Primary Health Care* (PHC) pada tahun 1978, dan desentralisasi Pemerintahan Uganda yang ditetapkan sekitar tahun 1990-an.

Peristiwa penting pertama adalah Konferensi Alma Atta yang mempengaruhi sistem kesehatan di Uganda. Pertemuan yang dilaksanakan oleh WHO dan UNICEF pada tahun 1978 tersebut mengembangkan konsep PHC. Konsep ini merupakan perubahan paradigma di berbagai aspek. Dalam kacamata tertentu, PHC merupakan suatu konsep politik. Yang menjadi hal pokok adalah melibatkan para politikus dan pemimpin setempat untuk memastikan

bahwa kebutuhan khalayak banyak terpenuhi daripada sekedar kepentingan profesi kesehatan saja.

Meskipun konferensi Alma Atta bertujuan untuk melibatkan masyarakat pada pengambilan keputusan kesehatan, konferensi tersebut hanya dihadiri oleh pejabat Kementerian Kesehatan dan pejabat senior. Setelah konferensi berakhir, Kementerian Kesehatan bertanggung jawab untuk melaksanakan tujuan-tujuan yang telah disepakati. Di samping tujuan politis, konsep PHC memicu sejumlah program teknis vertikal yang berfokus pada satu atau beberapa macam penyakit yaitu program imunisasi, program penanggulangan diare, program untuk pemberantasan malaria dan banyak lagi. Hal ini berpengaruh pada program teknis-biomedis dengan *blue print* yang dirancang oleh badan internasional di luar negeri. Tujuannya adalah untuk menyesuaikan pelayanan kesehatan disetiap negara dengan program-program ini agar segera dapat membangun intervensi yang efektif untuk menghadapi permasalahan kesehatan, sebaliknya daripada menyusun sistem layanan kesehatan komprehensif dari bawah (*grassroot*).

Program vertikal ini sesuai bagi fungsi kementerian. Hampir seluruh intervensi yang dilakukan direncanakan dengan detail oleh profesional medis di tingkat pusat. Daerah harus melaksanakannya, tetapi keseluruhan rencana disusun di tingkat pusat. Rencana-rencana tersebut merupakan rencana program spesifik, yang sulit dilaksanakan di tingkat daerah. Daerah terpaksa mengatur masing-masing program secara terpisah, sebaliknya daripada mengintegrasikan kegiatan-kegiatan dari permasalahan kesehatan setempat yang sama dengan

program nasional tersebut. Hal ini membuat manajemen kesehatan di daerah menjadi prosedur yang terfragmentasi.

Secara umum tidak ada permasalahan dalam pelaksanaan satu atau dua program vertikal secara bersamaan, tetapi semakin banyak program vertikal yang dilaksanakan, semakin besar kebutuhan akan kemampuan manajemen yang khusus, yang pada umumnya tidak dimiliki oleh daerah.

Pelaksanaan program PHC dilakukan melalui pengawasan oleh tingkat pusat, sesuai dengan kemauan profesional medis. Tingkat daerah dan tingkat lain yang lebih rendah memiliki pengaruh yang sangat kecil dalam proses pelaksanaannya, dan mereka juga terikat dengan skema pelaksanaan yang diatur oleh Kementerian pusat. Aliran yang mencoba mengintegrasikan program-program di daerah selalu menerima kritikan, dan upaya untuk melakukannya pun juga dihalangi oleh manajemen program di tingkat nasional, bahkan seringkali upaya penghalangan tersebut didukung oleh WHO.

Peristiwa kedua yang mengubah keadaan ini secara fundamental adalah desentralisasi seutuhnya pada pemerintahan Uganda pada tahun 1990-an. Reformasi ini meliputi seluruh jajaran kementerian termasuk kesehatan. Struktur hierarki kolonial yang menempatkan kementerian Kesehatan pada pengambilan keputusan besar maupun kecil diakhiri, akibatnya pemda memiliki kewenangan yang substansial.

Dengan desentralisasi ini hanya rumahsakit yang menyediakan rujukan dan pelatihan medis yang menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan. Peran utama kementerian adalah untuk

mengembangkan kebijakan dan arahan pada sektor yang bersangkutan, mengawasi pelaksanaan kegiatan, dan menyediakan dukungan logistik dimana diperlukan. Dalam konteks Kementerian Kesehatan, pergeseran peran tersebut digambarkan sebagai perubahan dari “Kementerian untuk Pelayanan Rumah Sakit” menjadi “Kementerian untuk Pengembangan Kebijakan Kesehatan”.

Program teknis tidak melihat dirinya sendiri sebagai fungsi akselerator proses pelaksanaan, tetapi lebih sebagai pelaksana kegiatan; dan kemudian berangsur-angsur menjadi pembuat dokumen. Kurangnya penghargaan terhadap sumber daya yang telah tersedia di daerah diindikasikan oleh sering tidak terkoordinasinya sumber daya tersebut atau pun digunakan sesuai dengan kapasitasnya. Hampir 45 daerah Uganda memiliki LSM yang dapat mendukung sumber daya dan logistik agar dapat melaksanakan kegiatan di berbagai daerah teknis, namun dana yang dianggarkan untuk kegiatan-kegiatan khusus tidak dapat dimanfaatkan dengan baik di hampir seluruh daerah.

Hambatan dan kekuatan pendukung desentralisasi di Uganda pada tahun 1993

Seperti halnya negara lain, proses desentralisasi di Uganda juga memiliki berbagai hambatan sekaligus kekuatan pendukung. Hambatan untuk desentralisasi meliputi masalah perbedaan budaya dan cara-cara kolonial sebelum kemerdekaan, serta tidak sebandingnya satu daerah dengan daerah lain, dimana satu daerah lebih baik atau lebih diinginkan daripada daerah lain.

Adapun kekuatan pendukung desentralisasi meliputi: (1) Perjalanan sejarah (tidak ingin kembali ke masa kekacauan seperti tahun 1970-an dan pertengahan tahun 1980-an). Pembantaian (*killing fields*) masih jelas di ingatan sebagian rakyat yang lolos dari kekacauan politik dan HIV/AIDS. (2) Tingginya tingkat kohesi sosial masyarakat melalui kepercayaan agama, sistem politik *grassroot*, dengan pembagian hak dan kewajiban masyarakat yang jelas. (3) Pemerintah pusat dan daerah mulai bekerja sama untuk menyelesaikan permasalahan sistem sejak tahun 1993. Program pembangunan kapasitas (*capacity building*) telah mulai dilaksanakan.

Kerangka umum desentralisasi

Konstitusi Uganda tahun 1995 mengatur kerangka umum desentralisasi, yang kemudian diperinci pada perda tahun 1997 (LGA). Ada lima tingkat pada pemerintahan daerah: *village, parish, sub county, county* dan *district*. Dari kelima ini, hanya tingkat distrik dan *sub county* yang memiliki kewenangan politis dan sumber daya khusus. Pemerintah daerah (pemda) dikatakan memiliki “otonomi” yang meliputi kewenangan legislatif dan eksekutif dalam wilayah hukum masing-masing.

District council meliputi pendidikan dasar dan menengah, sejumlah layanan kesehatan dasar (meliputi sejumlah rumahsakit tertentu dan pusat kesehatan, KIA, penyakit menular dan pengawasan vektor, dan pendidikan kesehatan), dan layanan dasar lainnya dibidang sumber air bersih, infrastruktur jalan, perencanaan, dan perizinan. Sejumlah bidang lain meliputi pendidikan dasar, layanan kesehatan

berbasis masyarakat, sanitasi, dan unit kesehatan tingkat yang lebih rendah, didelegasikan oleh *district* ke tingkat *councils* yang lebih rendah.

Dua mekanisme pengawasan diberikan dalam tingkatan hirarki pemerintahan. Pertama, peraturan tingkat lebih rendah harus diajukan untuk mendapat *constitutional review* dari tingkat yang lebih tinggi. Kedua, pemerintah tingkat yang lebih rendah diberi tugas pengawasan kinerja tenaga pemerintah yang lebih tinggi tingkatnya. Peraturan ini juga mengatur standar dan persyaratan untuk pertemuan komisi Kementerian dan untuk pengambilalihan pemda oleh presiden.

Sumber pendapatan negara diatur dalam undang-undang yang meliputi pajak *the graduated (head)*, pajak properti, dan berbagai perizinan dan *fees*. Pemda bisa menarik pajak tambahan, tetapi hanya atas persetujuan Kementerian Pemerintahan Daerah. Hal tersebut secara khusus membatasi pemda untuk tidak menyimpang dari peraturan, karena undang-undang sendiri tidak memberikan aturan bagi Kementerian untuk menyetujui atau tidak menyetujui sumber pendapatan baru. Tingkat *sub county* bertindak sebagai pengumpul pajak daerah dan menyerahkan 35% dari hasil pengumpulan pajak ke-16 distrik (separuhnya berada di wilayah perkotaan), dan menyerahkan sebagian kecil ke tingkat pemerintahan yang lebih rendah.

Pemerintah di tingkat distrik diharuskan untuk memberikan 30% pendapatan yang diperoleh distrik ke tingkat pemerintahan yang lebih rendah sesuai dengan suatu aturan yang berbasis pada angka kematian anak, jumlah anak usia sekolah, populasi dan wilayah. Di

samping pendapatan yang diperoleh dari daerah, pemerintah pusat memberikan tiga jenis dana hibah kepada pemda yaitu hibah tanpa syarat, hibah dengan syarat dan hibah penyeimbang. Hibah penyeimbang diberikan kepada daerah-daerah dengan persyaratan layanan umum.

Dampak desentralisasi terhadap sistem layanan kesehatan

Banyak ahli kesehatan memberikan peringatan tentang dampak yang mungkin disebabkan desentralisasi pada pelayanan kesehatan. Mereka berpendapat bahwa keberhasilan desentralisasi pada pelayanan kesehatan diharapkan dapat dicapai 5 sampai dengan 10 tahun kemudian, dan memerlukan penataan kembali organisasi Kementerian Kesehatan. Pengalaman di Uganda menunjukkan ada dua kekeliruan dalam rancangan desentralisasi yang berdampak pada layanan kesehatan.

Pertama, walaupun ada kebijakan desentralisasi, unit kesehatan Uganda hanya memiliki sedikit insentif guna mengatur biaya dengan efektif atau untuk menanggapi tuntutan daerah. Banyak keputusan penting tetap di bawah kewenangan pusat, dan untuk yang telah didelegasikan ke daerah tidak melalui penyaringan, sehingga menimbulkan suatu “sistem tersentralisasi yang tidak efektif” (Hutchinson, 2006).⁶

Keputusan tentang gaji dan ketenagaan dibuat oleh daerah, keputusan tentang obat-obatan berasal dari pusat, dan pembiayaan

⁶ Hutchinson, P. Aken, J., Ssengooba, F. (2006) *The Impact of Decentralization on Health Care Seeking Behaviours in Uganda*. The International Journal of Health Planning and Management, 21 (3), 239-70.

rumahsakit berbasis pada jumlah tempat tidur yang tersedia. Hibah bersyarat untuk kesehatan, sebagaimana terjadi di bidang lain, mengurangi kebebasan daerah untuk menggunakan dana tersebut. Dana hibah bersyarat tersebut mengandung unsur pola ketenagaan, daftar negatif pengadaan, dan berbagai kegiatan lainnya.

Keadaan ini diperburuk dengan perilaku politikus nasional maupun daerah yang cenderung untuk mendukung pembangunan fasilitas kesehatan baru supaya popularitas mereka meningkat. Jadi, dilihat dari rancangannya, *governance* daerah tidak memiliki peran yang menentukan dalam pelayanan kesehatan meskipun telah terorganisir dengan lebih efektif.

Kedua, pelebaran wewenang daerah dalam pelayanan kesehatan tertentu telah menyebabkan dampak berlebihan. Hal ini menimbulkan ketidaknormalan. Desentralisasi akhirnya dipersepsikan sebagai kebijakan yang membahayakan program-program vertikal. Desentralisasi memerlukan sistem baru di tingkat distrik yang sebelumnya tidak ada. Tanpa dapat dihindari, hal tersebut menyebabkan preferensi negatif dan insentif untuk Pemda yang memiliki prioritas berbeda. Misalnya, dalam kasus penanggulangan malaria, Kementerian Kesehatan mengatur standar-standar dan petunjuk umum, dukungan dan pengawasan teknis, pelatihan, pendukung pengawasan epidemik, dan *monitoring*; namun, dana fiskal daerah lebih banyak mengarahkan hibah bersyarat untuk pelayanan kesehatan dasar yang menjadi prioritas lokal.

Sejumlah langkah yang bertujuan untuk memberantas korupsi dan ketidakefisienan di sektor kesehatan Uganda telah mulai

dilakukan. Misalnya, pendistribusian vaksin dan obat esensial yang sebelumnya dibagikan kepada distrik atas dasar pendapatan daerah, sekarang didistribusikan sesuai data kebutuhan.

Sistem informasi

Sejalan dengan pelaksanaan kebijakan desentralisasi, sistem manajemen informasi Uganda dibangun untuk mengumpulkan dan mengolah data pada sistem *input*, kebutuhan dan produk-produk kesehatan. Pendekatan ini juga membantu mengurangi insentif terhadap laporan yang berlebihan pada *input* dan *output* kebutuhan (seperti kasus pelaporan cakupan imunisasi). Agar lebih transparan, biaya unit kesehatan (bukan anggaran) yang dihitung, sedangkan pembiayaan yang berlebihan, khususnya yang menuai keluhan dari pengguna disampaikan kepada komisi kesehatan daerah.

Sejumlah komisi kesehatan daerah mengambil langkah lebih jauh dengan membuka paket obat-obatan yang dikirim ke distrik dan melakukan *cross check* stok dengan dokumen resminya. Pengawasan fasilitas yang dilakukan oleh tenaga di tingkat distrik dan sub distrik juga memberikan semacam perlindungan, sayangnya LGUs terkaya pun nampaknya tidak memiliki cara untuk memastikan pengawasan rutin terhadap seluruh fasilitas.

Dana untuk pelayanan yang terdesentralisasi

Meski telah menyiapkan rencana kesehatan di tingkat distrik, sektor kesehatan pada tingkat tersebut tidak didanai dengan baik. Suatu kajian telah mendokumentasikan bahwa sektor kesehatan

menjadi buruk dalam hal mencari dukungan dana dari pusat dibandingkan dengan masa sebelum desentralisasi pada tahun 1993. Sebelum tahun 2001, pendapatan distrik banyak berasal dari *local user fees*, tetapi kini tidak lagi. Akibatnya, distrik kehilangan sumber daya yang penting dan tidak dapat langsung memberi imbalan pada kinerja.

Alokasi distrik untuk program preventif mengalami penurunan karena lebih banyak dana daerah yang mengalir ke penanganan medis/kuratif (layanan berbasis rumahsakit). Sementara itu pihak *donors* telah menaikkan pengeluaran untuk upaya pencegahan, terutama untuk HIV/AIDS (lebih dari 90%) dan total pengeluaran kesehatan dari dana GDP meningkat lebih dari 50% dari tahun 1997 sampai dengan tahun 2005.

Pengalaman dari Uganda untuk Indonesia

Pengalaman di Uganda, seperti kebanyakan terjadi di negara lain adalah bahwa desentralisasi dilaksanakan pada sistem pemerintahan yang secara formal menjadi satu kesatuan dan lingkungan politik yang cenderung menjadi menjauhi pusat. Hal tersebut membuahkan implikasi-implikasi penting. Pertama, desentralisasi biasanya memberikan tempat bagi hirarki dengan lebih banyak penilaian oleh tingkat yang lebih tinggi, serta mekanisme disiplin dari atas, daripada dari arah sebaliknya. Dengan kata lain, ketidakseimbangan vertikal adalah suatu masalah penting dalam konteks desentralisasi keuangan maupun administratif pemerintahan

Pertanyaan selanjutnya apakah reformasi perlu dilakukan sekaligus pada saat yang bersamaan atau melaksanakannya dengan

perlahan (*gradual*) dan membiarkan struktur dan kemampuan menyusul kemudian. Situasi masyarakat Uganda nampaknya menyarankan pilihan kedua sebagai langkah yang patut dicoba. Namun Indonesia mengambil pendekatan *Big Bang* akibat tekanan politis.

Selanjutnya, pengalaman mengajarkan pentingnya kejelasan suatu daerah dan kewenangan nasional yang diawasi oleh sistem peradilan dan masyarakat melalui sejumlah aturan resmi dan alat politik. Hal ini melibatkan rantai vertikal yang beroperasi di kedua arah yaitu dari atas ke bawah dan dari bawah ke atas.

Singkatnya, strategi desentralisasi dengan jelas diharapkan dapat menghasilkan demokrasi yang sehat dan kelembagaan resmi sebagai kondisi yang diperlukan untuk meraih keberhasilan. Filipina telah berhasil dalam hal ini, sedangkan Uganda belum. Untuk menghindari desentralisasi yang terlalu ambisius, mekanisme hubungan yang sesuai perlu dibangun ke dalam institusi dan undang-undang desentralisasi, bersamaan dengan kebijakan pusat yang telah dipertimbangkan dengan baik dan meliputi perencanaan bersama antara pusat dan daerah.

Hal tersebut juga dapat membantu memastikan tatanan insentif daerah menuju pencapaian dukungan pada bidang-bidang yang menjadi prioritas nasional seperti pencegahan penyakit menular. Selain itu, proses desentralisasi juga harus memperhatikan insentif dan sumber daya dengan seksama dalam konteks kerja sama pusat dengan daerah.

3. Vietnam

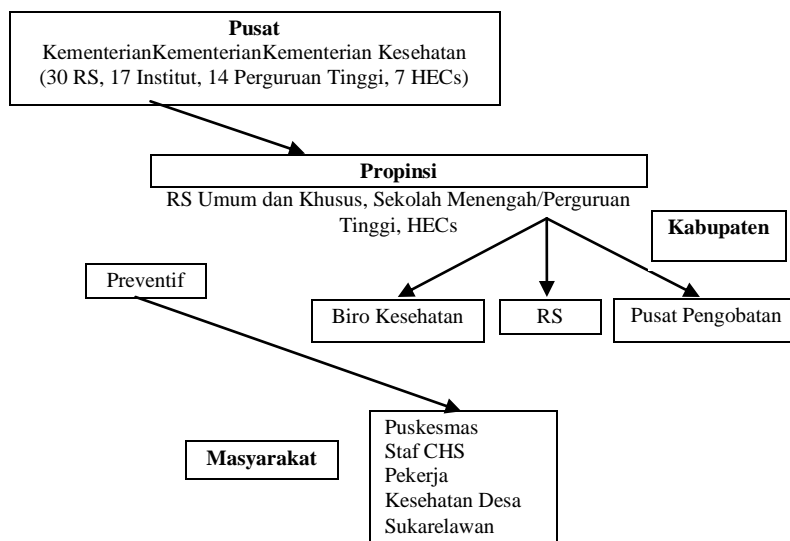
Desentralisasi muncul secara bertahap di Vietnam dan bukannya tanpa latar belakang sejarah. Mobilisasi sumber daya lokal terlihat sebagai kunci kinerja pemerintah yang mengagumkan pada tahun 1980-an dalam pelayanan kesehatan primer. Persatuan antar propinsi dan peran serta masyarakat dalam mendanai kesehatan begitu bermakna pada awal tahun 1990-an. Oleh karena itu, pemerintah lokal telah memiliki pengalaman dalam desentralisasi saat UU Anggaran Belanja Negara yang memberikan tambahan tugas bagi propinsi dan kabupaten ditetapkan di tahun 1996⁷. Undang-undang tersebut membentuk sistem *unitary financial* yang kokoh karena kewenangan nasional diberikan kepada tingkatan yang lebih rendah. Di setiap tingkatan, persiapan anggaran dan pelaksanaannya merupakan tanggung jawab DPR.

Sampai saat ini, Vietnam telah mengalami tiga “generasi” tantangan reformasi. Generasi pertama berjalan melalui datangnya reformasi pasar. Reformasi ini menghasilkan prestasi gemilang dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat. Reformasi ini juga berhubungan dengan tingkat perkembangan sosioekonomi. Pada reformasi gelombang pertama ini mobilisasi kinerja para petugas pelayanan kesehatan publik yang professional mempunyai peran penting.

⁷ Fritzen, S. A. (2007). *Legacies of Primary Health Care in an Age of Health Sector Reform: Vietnam's Commune Clinics in Transition. Social Science & Medicine*, 64(8), 1611-23.

Pada tahun 1990-an, “generasi kedua” tantangan kesehatan dan reformasi muncul. Pada tahun 1992, undang-undang mengenai keterlibatan sektor swasta dalam pengadaan layanan kesehatan dikeluarkan. Dengan adanya undang-undang ini maka sektor kesehatan swasta sah hidup di Vietnam. Pada tahun 1996, akselerasi pengeluaran biaya kesehatan telah dipacu oleh pertumbuhan ekonomi, persentase dari GDP yang bertambah dan bertambahnya bantuan asing seiring dicabutnya embargo AS tahun 1994. Perkembangan ini mendorong rangkaian investasi baru yang sangat substansial di bidang infrastruktur, peralatan medis dan ekspansi yang sangat sukses pada pencapaian target program kesehatan nasional yang terfokus pada penyakit endemis.

Tantangan “generasi ketiga” yang saat ini tengah dihadapi pejabat bidang kesehatan, adalah desentralisasi. Dari suatu negara yang paling tersentralisir di dunia, reformasi telah mengembangkan kewenangan subnasional sejak dilaksanakan pertengahan tahun 1990-an. Pembagian anggaran untuk total pembelanjaan pengeluaran publik oleh pemerintah bertambah setiap tahun sebesar 48%, dan bagi pejabat sektor kesehatan bertambah sekitar 80%. Propinsi telah menjadi pemain yang sangat penting pada bidang pemerintahan lokal.



Gambar 3.6 Organisasi Layanan Kesehatan di Vietnam

Tren terbesar lain adalah privatisasi pelayanan, yang mengikuti pengaruh mekanisme pasar. Ada suatu hal menarik dalam konteks kekuasaan dan kesehatan. Kekuasaan politik di Vietnam tetap berada pada sistem sentris karena ada keterbatasan lingkup aktivitas organisasi independen selain dari struktur yang dipimpin partai. Sementara itu, di bidang kesehatan para penguasa menunjukkan kesungguhan untuk mengembangkan riset mengenai kekuatan pasar dalam penyediaan layanan kesehatan. “Sosialisasi” merupakan terminologi politik yang digunakan Vietnam untuk menggambarkan cakupan pelayanan kesehatan yang diperluas melalui fasilitas publik gratis dan pelaku swasta, walaupun hal itu bertentangan dengan kecenderungan ideologi yang ada.

Fase-fase dalam proses desentralisasi di sektor kesehatan

Desentralisasi sektor kesehatan di Vietnam merupakan hasil dari perubahan politik dan ekonomi. Terdapat empat fase desentralisasi sejak tahun 1985 dan melewati enam legislasi desentralisasi utama sejak 1995. Dengan demikian, selama lebih dari 20 tahun desentralisasi di Vietnam telah menghasilkan model campuran yang semuanya cenderung mengarah kepada privatisasi dan penguatan otonomi fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah. Keempat fase proses desentralisasi di Vietnam tersebut adalah:

Fase I : Persatuan sampai tahun 1985

Fase II : Reformasi ekonomi (Doi Moi) tahun 1986

Fase III: Reformasi administrasi publik tahun 1995

Fase IV: Desentralisasi di bidang fiskal, administratif dan politik tahun 2000

Setiap fase memberikan hasil yang berbeda. Fase I: melakukan desentralisasi pengadaan dan manajemen layanan kesehatan yang terdekonsentrasi. Pada fase ini didirikan jaringan layanan kesehatan dari level primer sampai tersier. Prinsip-prinsip layanan kesehatan utama pada tingkat kabupaten dan tingkat yang lebih rendah diputuskan. Desentralisasi juga bertujuan untuk perpanjangan wewenang tertentu, mengatasi terbatasnya personel pada tingkat propinsi dan tingkat di bawahnya. Tetapi dalam fase ini tidak ada kontrol anggaran terpusat. Terbatasnya layanan kesehatan disebabkan oleh kurangnya berbagai sumber daya, akibatnya tujuan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan tidak dapat tercapai. Secara keseluruhan, terdapat indikasi manajemen yang lemah di tingkat

kabupaten dan tingkat dibawahnya. Sebagai contoh, pemerintah tidak mampu untuk menjangkau kebutuhan khusus tenaga kesehatan tertentu dan mengatasi daerah rawan.

Selanjutnya, Fase II: reformasi ekonomi *Doi Moi* pada tahun 1985 yaitu wewenang banyak dipindah dari pusat ke propinsi. Sebagai konsekuensinya, sumber daya untuk kesehatan baik propinsi maupun pusat harus bertambah. Anggaran di bawah kewenangan badan kesehatan propinsi dikontrol dengan banyaknya larangan dan panduan yang ketat. Rencana kesehatan daerah ditujukan untuk kebutuhan kesehatan masyarakat. Jaringan layanan kesehatan diperkuat. Sayangnya, kualitas layanan kesehatan masih belum meningkat dan layanan kesehatan tidak mempertimbangkan kelompok rentan. Sebagai contoh, penggunaan fasilitas gratis diperkenalkan tetapi justru menempatkan masyarakat miskin pada posisi yang rentan.

Fase III: pada tahun 1995, seluruh dunia mengalami reformasi manajemen publik (yang dikenal dengan aliran *New Public Management*), begitu juga Vietnam. Sebagai hasilnya, anggaran kesehatan dan tanggung jawab manajemen diberikan kepada penda dengan beberapa batasan. Dampak langsung adalah dana daerah untuk kesehatan terus bertambah. Beberapa kelompok dan daerah rentan menjadi target dan fokus perhatian dialihkan ke pelayanan sekunder dan tersier. Pemerintah juga mulai memperhatikan kualitas layanan kesehatan di tingkat yang lebih rendah. Sayangnya Kementerian Kesehatan Vietnam sendiri tidak sadar akan perubahan pada kebutuhan lokal, lebih khususnya pada tingkat masyarakat, sehingga tidak bisa dipenuhi. Lebih buruk lagi, fenomena jalan pintas mulai

nampak. Kurangnya personel kesehatan di berbagai daerah menjadi masalah dan perbedaan dalam status kesehatan menjadi semakin nampak.

Fase IV: pada tahun 2000 desentralisasi mengakibatkan persaingan yang kian berkembang antara sektor kesehatan publik dan swasta. Hasil positifnya adalah bahwa layanan kesehatan tingkat kabupaten dapat ditata ulang dan ditargetkan ke lebih banyak kelompok masyarakat dan daerah rawan. Secara keseluruhan, ada kecenderungan pemerataan sarana kesehatan/rumahsakit pemerintah. Ada sedikit perubahan pada struktur dan peran dan tanggung jawab Kementerian Kesehatan. Polarisasi yang lebih lanjut dari layanan kesehatan preventif dan kuratif pada tingkat daerah masih sangat jelas. Masalah terjadi pada pengendalian biaya, seperti obat-obatan, persediaan medis, dan masa rawat inap. Masyarakat semi-miskin sangat rentan dikarenakan prioritas dari sarana/rumahsakit kesehatan tidak jelas dan semua pengelolaan pelayanan kesehatan di berbagai tingkat menjadi melemah.

Pelaksanaan desentralisasi kesehatan - faktor pendukung

Ada beberapa faktor pendukung dalam melaksanakan desentralisasi bidang kesehatan. Yang pertama, adanya komitmen politik kuat di seluruh tingkatan dimana desentralisasi dianggap sebagai bagian keseluruhan reformasi sektor publik. Yang kedua, adanya dukungan dari sektor yang lain. Proses devolusi itu sendiri dilakukan secara bertahap dan biasanya diikuti dengan berbagai sarana

pendukung seperti perubahan peraturan dalam bidang legislasi, administrasi dan keuangan.

Sebagai negara yang bertumbuh dengan cepat, Vietnam memiliki sumber daya untuk mendukung pelaksanaan desentralisasi kesehatan. Walaupun belum mencukupi, pemerintah Vietnam telah melakukan tindakan untuk melindungi masyarakat miskin dan mengurangi ketidakadilan yang diakibatkan oleh proses desentralisasi.

Dampak desentralisasi terhadap sistem kesehatan

Dampak keseluruhan dari desentralisasi adalah positif tetapi dampak tersebut dipengaruhi oleh faktor eksternal lainnya seperti keadaan ekonomi propinsi, kekuatan manajemen, tingkat koordinasi, lingkungan geografi, dan lain-lain. Sebagai contoh, terdapat perubahan kecil pada struktur keuangan baik pada pemerintah pusat dan daerah sejak tahun 1998. Pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan yang masih sangat rendah sementara institusi kuratif mendapatkan keuntungan finansial yang lebih banyak daripada unit/institusi preventif. Fleksibilitas untuk menggunakan sumber-sumber keuangan, khususnya dana pemerintah, mulai terjadi pada setiap tingkatan tetapi ketepatan pada aktivitas penggerak pendapatan dan investasi tidak jelas.

Dampak pada struktur

Tidak ada laporan perubahan yang signifikan pada struktur manajemen di institusi kesehatan/rumahsakit. Jumlah layanan kesehatan yang diberikan bertambah dan beberapa rumahsakit bahkan

telah melaporkan peningkatan kualitas layanan kesehatan dikarenakan investasi yang lebih baik di daerah miskin. Efektivitas, efisiensi dan biaya layanan kesehatan biasanya merupakan suatu pertanyaan pada saat kebanyakan rumahsakit melaporkan peningkatan jumlah lamanya rawat inap.

Sebaliknya, terdapat perubahan yang signifikan dalam organisasi Kementerian Kesehatan. Perubahan terjadi pula pada cakupan layanan kesehatan daerah. Namun adapula daerah-daerah yang sulit berubah di tingkat kabupaten dalam melaksanakan SK Menkes No.267/2008 dan Permenkes No.1045/2006 tentang reorganisasi layanan kesehatan.

Kebijakan nasional dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan tapi ketaatan terhadap kebijakan tersebut bervariasi. Fakta bahwa pemerintah pusat dan lokal dapat mengeluarkan peraturan menimbulkan kebingungan dan konflik dalam interpretasi. Dampak yang ditimbulkan pada pembuatan keputusan/administratif desentralisasi cukup positif karena masing-masing institusi bisa mengambil berbagai keputusan dan memanfaatkan sumber daya guna memenuhi kebutuhan lokal. Tetapi, legislasi kesehatan propinsi cenderung dirumuskan tanpa atau hanya sebatas konsultasi dengan *stakeholder* sehingga mengakibatkan keluhan dan frustrasi.

Dampak terhadap sumber daya manusia

Terdapat peningkatan jumlah rumahsakit di tingkat propinsi tetapi sebaliknya ada penyusutan dalam rumahsakit di tingkat kabupaten, sementara tidak ada perubahan pada layanan preventif. Di

tingkat kabupaten, ketiga kesatuan kesehatan yaitu biro kesehatan, rumahsakit dan pengobatan preventif menghadapi kekurangan tenaga administrasi dan teknis karena pelaksanaan SK Menkes No.267/2008. Secara khusus, terjadi pengurangan staf puskesmas.

Dampak terhadap sistem informasi

Desentralisasi juga tidak memberikan perbaikan secara menyeluruh terhadap sistem informasi kesehatan nasional, padahal pencatatan dan pelaporan informasi kesehatan di tingkat kabupaten harus dilaporkan dengan seksama. Beberapa rumahsakit di tingkat kabupaten dan propinsi telah menyampaikan adanya peningkatan dalam penggunaan sistem informasi rumahsakit dan *software* terkait. *Surveilans* terhadap penyakit tidak meningkat karena adanya desentralisasi, sebaliknya justru mengalami dampak negatif.

Dampak terhadap administrasi

Sayangnya, terdapat indikasi adanya situasi keseluruhan yang kian memburuk dalam hal akuntabilitas administratif dan manajemen serta masalah pemerataan, khususnya di tingkat kabupaten dan kecamatan. Partisipasi penduduk/masyarakat dalam manajemen rumahsakit tidak ada. Ini diindikasikan oleh reformasi administrasi (misalnya satu pintu pelayanan) yang tidak ditangani secara serius dengan mekanisme akuntabilitas. Legislasi dan peraturan dibuat untuk melindungi masyarakat miskin, para veteran dan sejumlah kelompok sosial yang tersingkir (misalnya etnis minoritas), tetapi masyarakat

semi miskin tidak terlindungi di bawah hukum sehingga mereka menjadi sangat rentan.

Hanya kurang dari 40% populasi yang tercakup dalam asuransi kesehatan. Pasien asuransi dari suatu propinsi tidak akan mendapatkan jaminan asuransi kesehatan di propinsi lain. Beberapa rumahsakit sebenarnya menyediakan dana untuk mensubsidi mereka yang tidak mampu membayar tetapi banyak yang tidak menawarkan fasilitas ini. Rumah sakit cenderung menginvestasikan dana itu di teknologi tinggi yang cenderung memberikan keuntungan lebih banyak, sedangkan layanan yang banyak diminta oleh masyarakat miskin namun tidak menghasilkan keuntungan yang tinggi kadangkala tidak tersedia.

Masalah-masalah yang selalu ada

Ada juga masalah yang terus terjadi. Masa depan yang tidak pasti karena ketidakjelasan struktur dan peran Kementerian Kesehatan, pembagian yang tajam antara layanan kesehatan primer dan upaya kesehatan di tingkat yang lebih rendah, lemahnya kemampuan manajerial dan kemampuan perencanaan, pendekatan “*project*” yang tidak berkelanjutan, perlindungan masyarakat miskin dan semi miskin yang tidak mencukupi, dan lain-lain.

Persaingan juga bertambah antara sektor kesehatan publik dan swasta. Investasi yang kecil di bidang kesehatan sangat merugikan masyarakat miskin, khususnya mereka yang bertempat tinggal di kabupaten/propinsi yang miskin. Keberpihakan pada pasien yang mampu membayar langsung menyebabkan kesenjangan di bidang kesehatan. Penggabungan sarana kesehatan pemerintah tanpa

peraturan dan panduan yang jelas menambah risiko adanya korupsi dan kesalahan manajemen kesehatan.

Pengalaman dari Vietnam untuk Indonesia

Pengalaman Vietnam menunjukkan sangat pentingnya koordinasi Kementerian Kesehatan dengan kementerian lain yang terkait dengan sektor kesehatan dan reformasi administrasi publik. Desentralisasi membutuhkan perencanaan dan pengertian yang lebih baik tentang bagaimana cara sistem bekerja (*know how* bukan hanya *knowledge*).

Pelajaran lain yang layak dipetik adalah bahwa pemahaman terhadap desentralisasi/reformasi sangat krusial dan bahwa proses mendesentralisir sektor kesehatan membutuhkan konsultasi yang luas di semua tingkatan dan harus dilaksanakan secara berkala. Harus ada fleksibilitas untuk mengarahkan proses desentralisasi dengan benar untuk mengatasi masalah.

Bagian 2: Pengalaman yang dipelajari adalah pelajaran yang didapat

Secara konseptual, manfaat paling potensial dari pelaksanaan desentralisasi layanan kesehatan adalah memberikan aliran informasi dan interaksi yang lebih dekat antara penyedia dan konsumen layanan kesehatan, membawa layanan kesehatan yang ditargetkan dengan baik untuk berbagai kebutuhan lokal. Bila berhasil, desentralisasi akan mengarah pada partisipasi masyarakat yang lebih sistematis dan pengambilan keputusan yang sesuai dengan tujuan kebijakan,

perencanaan dan keuangan serta dalam mengawasi penetapan pelayanan⁸.

Untuk mencapai hasil ini, konsumen perlu untuk memiliki akses terhadap informasi, sarana finansial, dan *bargaining power* yang diperlukan untuk mendapatkan respon yang tepat dari penyedia layanan kesehatan di tingkat kabupaten. Sebagai timbal-baliknya, para penyedia layanan kesehatan ini perlu untuk mendapatkan insentif yang layak dan memperoleh dukungan keterampilan, pengawasan, dukungan material dan wewenang untuk menawarkan layanan kesehatan yang baik. Bila kondisi tersebut terpenuhi, desentralisasi akan mampu memberikan dasar-dasar keuangan yang kokoh, serta memajukan bidang kesehatan.

Sebaliknya, tuntutan desentralisasi atas tata ulang organisasi pemerintah yang terlalu jauh untuk dicapai bisa sangat mengganggu dalam jangka waktu pendek. Ini akan menimbulkan resistensi dari tenaga kesehatan yang takut kehilangan status, tunjangan, dan kewenangan sebagai akibat karena dipindah ke tingkat pemerintahan yang lebih rendah. Dampak jangka pendek lainnya meliputi penarikan bantuan yang sebelumnya diperuntukkan bagi masyarakat miskin, perubahan mekanisme laporan, akuntabilitas dan prosedur pengawasan kualitas, yang semuanya berpotensi mengarah pada pelaksanaan dan kualitas layanan yang buruk.

⁸ Huff-Rousselle, M. (2001). *Myths and Realities about the Decentralization of Health Systems*. International Journal of Health Planning and Management, 16(2), 172-4.

Berbagai pelajaran yang dapat ditarik untuk Indonesia

Ketiga contoh internasional di atas memiliki kekayaan pengalaman yang dapat menjadi sumber pelajaran bagi Indonesia.

Pelajaran untuk pengelolaan undang-undang dan aturan pelaksanaan

Pelajaran pertama bagi Indonesia adalah kenyataan bahwa ketiga kasus pengalaman di negara lain menunjukkan bahwa peningkatan status kesehatan yang didapat dari desentralisasi hanya sedikit. Hal ini mencerminkan keadaan di luar kendali para pembuat kebijakan.

Konsisten dengan aturan perundang-undangan masing-masing, ketiga negara tersebut mengeluarkan rangkaian perundang-undangan tentang desentralisasi layanan kesehatan. Selain itu kekuasaan administrasi dan tanggung jawabnya ditambah. Pemda juga mendapatkan otonomi fiskal yang lebih besar melalui pembagian yang lebih besar dari pendapatan pemerintah dan kekuasaan perpajakan yang diperbesar.

Di Indonesia, UU Desentralisasi yang dimaksud adalah UU No.22/1999 dan UU No.25/1999 yang diamandemen dengan UU No.32/2004 dan UU No.33/2004. Sementara PP No.25/1999 yang diubah dengan PP No.38/2007 merupakan aturan pelaksanaan kebijakan desentralisasi. Ini setara dengan Filipina yang mengumumkan desentralisasi melalui Kode Pemerintah Lokal tahun 1991, dilaksanakan pada tahun berikutnya. Di Vietnam, reformasi *doi moi* yang dimulai tahun 1986 dan Reformasi Administrasi Publik

tahun 1995 yang membentuk desentralisasi kesehatan, diatur pelaksanaannya melalui UU Anggaran Negara tahun 1999 dan tahun 2000. Undang-undang yang terakhir disebutkan ini membawa perubahan-perubahan yang mendasar dalam persiapan, persetujuan dan pelaksanaan anggaran dari seluruh agen pemerintah, dari pusat sampai tingkat daerah. Di Uganda reformasi bidang kesehatan merupakan bagian dari keseluruhan reformasi pada sektor publik, desentralisasi dan privatisasi.

Desentralisasi terdiri dari komponen politik, keuangan dan administrasi. Komponen politik sangatlah kuat dengan adanya dewan terpilih di tingkat kabupaten dan kecamatan yang memiliki pengaruh kuat termasuk hak untuk menaikkan pendapatan. Bidang kesehatan jarang menjadi prioritas dalam agenda politik selama reformasi.

Di ketiga negara, hukum perlu lebih diperjelas, didukung langsung dengan berbagai aturan supaya berdampak pada desentralisasi layanan kesehatan. Contohnya di Filipina adalah Magna Carta untuk Tenaga Kesehatan Publik tahun 1992, Tunjangan dan Insentif bagi Pekerja Kesehatan *The Barangay* tahun 1995, dan Gerakan Asuransi Kesehatan Nasional tahun 1995. Di Vietnam, Kongres Partai Komunis Ketujuh menyerahkan resolusi untuk memperluas “lingkup tanggung jawab dan kekuasaan sektor dan sekitarnya” dan menyerahkan Keputusan Demokrasi Akar Rumput di tahun 1999. Sejak tahun 2004, Dewan Perwakilan Tingkat Propinsi telah memiliki lebih banyak wewenang untuk memprioritaskan pengeluaran dan menentukan alokasi sektoral untuk meneruskannya

ke tingkat yang lebih rendah dan dilengkapi oleh sarana untuk menggerakkan sumber daya yang lebih besar.

Berlawanan dengan model desentralisasi yang diterapkan secara perlahan, pelaksanaan di Filipina dan Indonesia muncul dalam model *Big Bang*. Transfer tenaga di Filipina sebanyak 45.896 tenaga kesehatan dilaksanakan bersamaan dengan pemindahan rumahsakit, klinik dan sarana lainnya pada tahun 1993, dua tahun setelah menyerahkan Kode Pemerintahan Daerah. Indonesia telah menyelesaikan transfer yang serupa pada tahun 2001, kurang dari dua tahun setelah mengesahkan UU No.22 dan UU No.25 di tahun 1999.

Pendekatan *Big Bang* di Indonesia dan Filipina menampakkan ketidakpraktisannya. Di Indonesia, hukum dan undang-undang dan peraturan tidak memberi perhatian cukup detail pada fungsi dan tanggung jawab operasional; hal ini mengakibatkan kebingungan dan perbedaan persepsi antara propinsi dan kabupaten. Sebagai contoh, propinsi seharusnya menangani tugas-tugas lintas kabupaten tapi tidak ada temuan definitif yang mengatakan pada mereka bagaimana cara menerapkan peraturan tersebut. Hal ini disebabkan karena PP No.25/2000 yang tidak jelas dan menimbulkan banyak tafsir. Dapat dipahami bahwa PP No.25/2000 merupakan aturan tidak jelas, karena waktu persiapannya sangat sempit dalam suasana Indonesia yang masih mengalami eforia dengan reformasi pasca turunnya Presiden Soeharto dipenghujung dekade 1990-an.

Undang-undang dan peraturan yang mengatur desentralisasi sering tidak konsisten dengan undang-undang yang lain, khususnya peraturan yang mengatur layanan masyarakat. Sebagai contoh, kasus

sistem keuangan antar pemerintah yang menghasilkan DAU dan berbagai dana perimbangan yang disetarakan dengan perkembangan Inpres pada masa lalu. Seperti halnya Inpres, DAU adalah berbagai dana perimbangan yang mencoba untuk menjamin program nasional. Namun kegunaan DAU ini masih tidak seefektif dana Inpres pada masa sentralisasi. Inpres memungkinkan pemerintah pusat untuk menjamin beberapa sektor kunci seperti infrastruktur jalan, kesehatan publik dan pendidikan di seluruh wilayah Indonesia yang beragam. Pengalaman Pemda dengan Inpres seharusnya menjadi pelajaran dalam pelaksanaan DAU ataupun dana dekonsentrasi yang jelas.

Namun situasi ini tidak berjalan sesuai harapan. Undang-undang dan peraturan pemerintah yang disusun pada awal tahun 2000-an seperti UU No.22/1999 dan UU No.25/1999 dan PP No.25/2000 harus diamandemen. Penyusunan undang-undang dan peraturan pemerintah memang harus terencana dan tepat.

Pelajaran tentang perubahan tata administrasi

Pengalaman di ketiga negara menunjukkan bahwa persiapan administratif tidak mencukupi. Sebagai contoh, banyak pejabat daerah di Filipina yang tidak menyadari suasana yang tepat dan luasnya tanggung jawab pengeluaran dan kekuasaan mereka. Departemen Kesehatan Pusat dinilai sangat lamban dalam mentransfer dirinya secara struktural dan operasional⁹. Kurangnya tenaga personel sangat menghambat bantuan pemda dan layanan pengawasan yang diciptakan

⁹ Bird, R., & Rodriguez, E. R. (1999). *Decentralization and Poverty Alleviation. International Experience and the Case of the Philippines*. *Public Administration and Development*, 19(3), 299-319.

untuk mengatasi masalah transisi, dan di tingkat pelayanan ada kekurangan wewenang karena Departemen Kesehatan telah mengatur program kesehatan publik seperti masa sebelumnya.

Dalam situasi Departemen Kesehatan yang tampak tidak pasti, sepertinya banyak pemda yang menerapkan strategi menunggu dan melihat kondisi dulu, sambil berharap bahwa akan terjadi saling menyalahkan pembagian tugas dalam sistem kesehatan publik sehingga pemerintah terpaksa memusatkan ulang fungsi kesehatan.

Vietnam berjuang untuk mengorientasikan kembali peran mereka dengan mengacu pada dua cara dalam kapasitas strategi dan operasional yang umumnya dialami pada masa transisi¹⁰. Tekanan yang lazim terjadi ada pada reformasi manajemen via norma administratif antara lain adalah percobaan untuk menaikkan nilai gaji tambahan untuk memberikan insentif (misalnya agar mau direlokasi ke lokasi pedesaan terpencil) walaupun insentif tersebut dikerdilkan oleh perbedaan gaji aktual. Kesenjangan antara norma dan realita administratif juga dibuktikan oleh peraturan di sektor swasta dimana di beberapa daerah hanya sebagian kecil pekerja di sektor kesehatan swasta yang terdaftar dan pendekatan yang logis untuk regulasi kualitas belum ada.

Fritzen (2007)⁷⁴ juga mencatat bahwa norma administratif dan perencanaan juga mengaktifkan kembali “jenjang strategi” dan masa transisi, suatu jenjang yang bisa membantu menjelaskan perbedaan-perbedaan yang besar antara “kebijakan dan peraturan” di satu sisi

¹⁰ Fritzen, S. A. (2007). *Reorienting Health Ministry Roles in Transition Settings: Capacity and Strategy Gaps*. Health Policy, 83(1), 73-83.

dengan “pola pelaksanaan dan hasil” di sisi yang lain. Celah strategi ini cocok bagi kasus Vietnam dalam dua kejadian.

Yang pertama adalah pendekatan “satu untuk semua” terhadap peraturan dan aturan standar. Yang kedua adalah kurang fokusnya strategi pada perubahan intervensi kementerian terhadap daerah yang didukung oleh pilihan mengenai kualitas layanan kesehatan yang ditawarkan di sarana yang berbeda. Secara logika, dukungan untuk pelaksanaan desentralisasi melalui “suara konsumen” tentang peningkatan kualitas layanan kesehatan sebenarnya memiliki arti penting dalam otonomi manajerial dan layanan yang diprivatisasi, tetapi kementerian tampaknya tak dapat menerima tindakan tersebut.

Pelajaran untuk hubungan pusat dan daerah

Susunan pemerintahan di Asia Tenggara telah lama secara khas tersentralisir. Akan tetapi gelombang perubahan di tahun 1990-an sebagai pendorong demokratisasi menekan negara ke arah desentralisasi. Hal ini merupakan suatu pengalaman baru bagi negara-negara di Asia. Konsekuensinya situasi ini mengharuskan susunan pemerintahan yang inovatif dalam hubungan pusat dengan lokal¹¹.

Temuan ini mengatakan bahwa sekalipun demokratisasi memberikan dorongan awal, rangkaian desentralisasi yang terpilih di masing-masing negara ditentukan oleh pelaku politik dan situasi dalam negeri. Desentralisasi belum menuju perbaikan layanan kesehatan yang telah ditargetkan apabila pemerintah pusat yang

¹¹ Bossert, T. J., & Beauvais, J. C. (2002). *Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a Comparative Analysis of Decision Space*. Health Policy and Planning, 17(1), 14-31.

memberikan kewenangan kepada pejabat wilayah subnasional mereka masih mendesak untuk mengontrol fiskal dan sarana lainnya¹².

Sebagai contoh, desentralisasi sektor publik di Uganda¹³. Kekuasaan resmi telah diberikan kepada tingkat yang lebih rendah, tetapi pemerintah pusat masih memiliki kekuasaan terhadap keuangan yang akan berdampak pada kabupaten. Oleh karena itu, perbedaan antara kekuasaan formal yang diberikan kepada kabupaten dan sarana finansial yang diberikan menjadi sangat mencolok.

Uganda telah melaksanakan suatu paket reformasi sektor publik termasuk desentralisasi fungsi pemerintah pusat kepada 46 kabupaten¹⁴. Desentralisasi Uganda terdiri dari komponen politik, administratif, keuangan, sehingga memungkinkan kabupaten untuk tumbuh secara otonomi. Sejalan dengan desentralisasi, perencanaan, penganggaran dan pengadaan layanan sosial sekarang merupakan tanggung jawab kabupaten.

Pelajaran tentang peran Departemen Kesehatan

Reformasi sektor publik telah merubah peran kementerian yang bersifat teknis pada tingkat pusat, termasuk departemen/Kementerian Kesehatan. Peran utama kementerian saat ini adalah untuk mengembangkan kebijakan dan panduan, untuk me-

¹² Peckham, S., Exworthy, M., Greener, I., & Powell, M. (2005). *Decentralizing Health Services: More Local Accountability or Just More Central Control?* Public Money & Management, 25(4), 221-8.

¹³ Kapiriri, L., Norheim, O. F., & Heggenhougen, K. (2003). Publik participation in health planning and priority setting at the district level in Uganda. *Health Policy and Planning*, 18(2), 205-213.

¹⁴ Okuonzi, S. A & Jeppsson, A. (2000). Vertical or holistic decentralization of the health sector? Experiences from Zambia and Uganda. *International Journal of Health Planning and Management*, 15(4), 273-89.

monitor aktivitas dan memberikan bantuan logistik bila diperlukan. Dalam kasus Kementerian Kesehatan, perubahan peran telah dijabarkan sebagai suatu perubahan dari “kementerian untuk layanan kesehatan” menjadi suatu “kementerian untuk penyusunan kebijakan kesehatan yang baik”¹⁵.

Fungsi terbaru dari kementerian adalah untuk merumuskan kebijakan, menetapkan standar pelayanan, memastikan kualitas, memberikan pelatihan dan panduan perkembangan SDM, memberikan pengawasan teknis, merespon adanya epidemik dan bencana lainnya, serta mengawasi dan mengevaluasi layanan kesehatan.

Sebelum desentralisasi, Departemen Perencanaan Kesehatan dari Kementerian Kesehatan tidak memiliki peran yang menonjol. Situasi seperti ini menyebabkan permasalahan dalam hal koordinasi internal berbagai program Kementerian Kesehatan, khususnya berkenaan dengan peran Kementerian Kesehatan yang seharusnya bermain *vis a vis* kabupaten. Interaksi dengan kabupaten seringkali dilaksanakan dalam ruang *ad hoc* dan sangat didasarkan pada dana proyek yang terpisah.

Kabupaten punya kesempatan untuk melaksanakan program teknis dan mengorganisir pelaksanaan layanan kesehatan dengan cara mereka, tetapi pada umumnya mereka puas terhadap kenyataan bahwa mereka bisa saja melaksanakan urusan mereka secara mandiri tanpa

¹⁵ Jeppsson, A., Ostergren, P. O., & Hagstrom, B. (2003). *Restructuring a Ministry of Health - an Issue of Structure and Process: a Case Study from Uganda*. Health Policy and Planning, 18(1), 68-73.

banyak campur tangan dari tingkat pusat¹⁶. Interaksi langsung antara lembaga donor dan kabupaten terjadi secara mencolok.

Pelajaran untuk dampak desentralisasi

Tujuan dari semua reformasi adalah untuk membuat perbaikan kinerja. Dalam sektor kesehatan perbaikan diharapkan berbentuk peningkatan manfaat layanan kesehatan, akses layanan yang lebih baik, lebih menjangkau populasi dengan layanan dasar, kualitas layanan kesehatan yang lebih baik dan pengurangan angka kesakitan dan kematian. Namun, tampaknya tidak banyak peningkatan yang terjadi pada layanan sosial atau dalam kualitas hidup masyarakat selama periode reformasi¹⁷. Banyak indikator yang masih sama atau malah lebih buruk. Akses terhadap pelayanan kesehatan dasar juga tetap buruk. Bahkan, aspek kualitas tidak menunjukkan perbaikan¹⁸.

Artinya, tujuan *intermediate* yang diinginkan sampai sekarang belum tercapai. Kemunduran pada beberapa layanan kesehatan seringkali berhubungan dengan desentralisasi dan reformasi¹⁹. Di Uganda, sistem manajerial, keuangan dan administratif dibuat pada sistem pemerintahan. Sebagai konsekuensinya, petugas kesehatan terikat dengan sistem politik di tingkat kabupaten. Uganda menawarkan kesempatan yang substansial untuk melibatkan pimpinan

¹⁶ Elsey, H., Kilonzo, N., Tolhurst, R., & Molyneux, C. (2005). *Bypassing Districts? Implications of Sector-Wide Approaches and Decentralization for Integrating Gender Equity in Uganda and Kenya*. Health Policy and Planning, 20(3), 150-57.

¹⁷ Jeppsson, A. (2002). *Swap Dynamics in a Decentralized Context: Experiences from Uganda*. Social Science & Medicine, 55(11), 2053-2060.

¹⁸ Deininger, K., & Mpuga, P. (2005). *Does Greater Accountability Improve the Quality of Public Service Delivery? Evidence from Uganda*. World Development, 33(1), 171-91.

¹⁹ Bossert, T. J., & Beauvais, J. C. (2002). *Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a Comparative Analysis of Decision Space*. Health Policy and Planning, 17(1), 14-31.

politik dan administratif dalam proses pengambilan keputusan mengenai layanan kesehatan di tingkat kabupaten, namun selama ini kesempatan tersebut tidak begitu banyak digunakan.

Pelajaran dalam konteks isu politik

Berdasarkan luasnya cakupan, kesehatan masih dilihat sebagai masalah teknis daripada masalah sosial dan politik. Desentralisasi holistik di Uganda menawarkan peluang untuk melekatkan isu kesehatan secara lokal sebagai isu politik karena reformasi sektor kesehatan telah dibentuk agar bisa masuk ke reformasi politik dan ekonomi yang lebih luas. Tetapi ini belum dilakukan pada bidang yang lebih luas lagi. Ini juga juga memberikan peluang lebih untuk menyebarkan konsep kesehatan dari konsep biomedis yang sederhana ke konsep yang lebih luas, yang mencakup politik, sosial dan elemen budaya. Tapi ini bisa dengan mudah kehilangan fokus pada permasalahan kesehatan dan prioritasnya.

Dihadapkan pada prioritas yang saling bersaing dalam bidang pendidikan, agrikultur, perkembangan infrastruktur, dan perdagangan dan perniagaan, pemerintah biasanya tidak menempatkan kesehatan di posisi atas pada daftar prioritas seperti yang tercermin dalam anggaran²⁰, sebagaimana terjadi di Indonesia.

²⁰ Kajula, P. W., Kintu, F., Barugahare, J., & Neema, S. (2004). *Political Analysis of Rapid Change in Uganda's Health Financing Policy and Consequences on Service Delivery for Malaria Control*. International Journal of Health Planning and Management, 19, S133-S53.

Pelajaran untuk pemerataan

Pengenalan konsep *user fees* di layanan kesehatan seringkali diikuti dengan perhatian mengenai dampak akses pemerataan bagi masyarakat miskin. Pemerintah seringkali mencoba untuk memperbaiki ketidakadilan yang tercipta dengan meletakkan jaring pengaman dalam bentuk pembebasan dan surat keterangan gratis bagi pengguna²¹. Tetapi, bila pasien yang mampu membayar berperan untuk menjadi pemasukan pemda, maka tanpa kebijakan nasional tampaknya pemerintah lokal seringkali lebih tertarik pada peningkatan pendapatan guna menutupi biaya-biaya yang terus bertambah. Pemda bisa memandang jaring pengaman begitu kontradiktif dengan tujuannya, sehingga diacuhkan atau diganti untuk memenuhi tujuan pendapatan daerah.

Bila daerah diberi kewenangan untuk mengelola anggaran mereka sendiri, tampak secara jelas bahwa anggaran untuk kesehatan dikurangi. Kriteria untuk alokasi dana kesehatan seringkali berdasarkan pandangan yang berbeda dari mereka yang ada di tingkat pusat, akibatnya bisa terjadi konflik antara keduanya. Pemerintah pusat biasanya mengidentifikasi hal ini sebagai “kurangnya dukungan lokal” di sektor kesehatan²². Tenaga kesehatan perlu bekerja lebih dekat lagi dengan pimpinan daerah dan pegawai kabupaten untuk memasukkan bidang kesehatan sebagai prioritas politik agar dapat

²¹ Obermann, K., Jowett, M. R., Alcantara, M. O. O., Banzon, E. P., & Bodart, C. (2006). *Social Health Insurance in a Developing Country: the Case of the Philippines*. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3177-85.

²² Jeppsson, A. (2001). *Financial Priorities Under Decentralization in Uganda*. *Health Policy and Planning*, 16(2), 187-92.

mengembangkan dan mengalokasikan sumber-sumber daya bagi program kesehatan daerah.

Penutup

Keprihatinan utama para ahli kesehatan adalah bahwa desentralisasi mengakibatkan kekacauan dikarenakan hilangnya koordinasi, kemunduran dalam kualitas, dan lemahnya permintaan daerah akan kesehatan yang berhubungan dengan barang publik seperti imunisasi dan pengendalian penyakit infeksi²³.

Tawar-menawar yang nyata antara desentralisasi dan resentralisasi adalah antara peningkatan efisiensi *versus* kerugian yang merata, dan antara agenda nasional *versus* sasaran kesehatan lokal. Tidak adanya mekanisme kerja sama yang kuat antara pusat-lokal atau manajemen kesehatan yang dibangun dengan baik menambah risiko kegagalan desentralisasi. Dari sudut pandang daerah, tidak mengejutkan jika pemerintah pusat disalahkan untuk kebanyakan masalah ini. Ini seringkali dikaitkan dengan penyerahan mandat tanpa adanya penyerahan dana. Di sisi lain, pemerintah pusat juga menyalahkan pemda.

Jaring pengaman (misalnya surat keterangan gratis dan perpanjangan pembebasan) tidak akan efektif bila itu dilakukan oleh kebijakan pembiayaan kesehatan nasional²⁴. Kebijakan ini harus mengacu pada mekanisme pendapatan pemda dan ditekankan serta diawasi dengan ketat oleh pemerintah daerah dan pemerintah pusat. Implikasi kebijakan *exemption* yang ditinjau dari konflik antara

²³ Anderson, G. (1997). *In Search of Value: an International Comparison of Cost, Access and Outcomes*. Health Affairs, 16, 163-71.

²⁴ Kivumbi, G. W., & Kintu, F. (2002). *Exemptions and Waivers from Cost Sharing: Ineffective Safety Nets in Decentralized Districts in Uganda*. Health Policy and Planning, 17, 64-71.

kebutuhan untuk menutup biaya dan kebutuhan untuk mencapai pemerataan (*equity*) masyarakat miskin masih harus diselidiki.

Reformasi di sektor kesehatan dan desentralisasi merupakan instrumen untuk meningkatkan pelayanan, bukan tujuan. Pengalaman dunia internasional menunjukkan bahwa apabila kebijakan desentralisasi tidak dipersiapkan, diorganisasi dan dilaksanakan dengan baik, kesenjangan antara sasaran dan dan hasilnya akan tetap lebar. Pada akhirnya, reformasi administratif, ekonomi dan politik pada jangka panjang harus menjadi dasar untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.