

KEBIJAKAN DAN ISU KESEHATAN DALAM KONTEKS OTONOMI DAERAH

(Policy and Health Issues in the Context of Regional Autonomy)

Oleh: **Andri Kurniawan^{*)}**

ABSTRACT

Increased attention to the problem of efficiency and equity in the provision of medical equipment and limited people's choice to make health care reform the health sector become an important agenda in many countries. Although health policy implications into the discourse of prominent intensity in the academic literature, however, health policy implications are not commonly found in developing countries. It is difficult because of the exchange balance (trade off) between on the one hand the efficiency and equity on the other side.

Decentralization became a kind of necessity, the sine qua non, in connection with the idea of democratization in the administration of state power. Decentralization is one of the pillars of constitutionalism is the idea of power sharing in a vertical / spatial, but on the other hand, decentralization / autonomy turns out to complicate the implementation of the functions and duties of government in general and specifically in health problems (if not based on an institutional Virtue) for the government and the regions.

Keywords: Health Policy, Decentralization, Health Issues.

A. Pendahuluan

Kebijakan kesehatan merupakan acuan bagi pelaksanaan tugas-tugas mengurus dan mengatur oleh pemerintah dalam rangka kewajiban negara merealisasikan hak atas derajat kesehatan yang optimal. Kebijakan kesehatan memiliki landasan hukumnya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009.

^{*)} Dosen pada Fakultas Hukum Universitas Syiah Kuala.

Undang-Undang ini sendiri diperbaiki dari Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1960.

Hubungan antara hukum dan kebijakan sangat erat. Undang-undang¹, merupakan landasan hukum yang mendasari kebijakan pemerintah². Pemerintah memperoleh kewenangan yang bersumber dari hukum untuk memutuskan suatu kebijakan (dengan atribusi dari UUD/UU atau melalui delegasi). Hal ini sedasar dengan prinsip legalitas bahwa setiap tindakan pemerintah harus berlandaskan hukum yang berlaku bahwa dalam hukum administrasi berlaku prinsip tidak ada dasar hukum sehingga tidak ada kewenangan³. Prinsip legalitas berkenaan dengan prinsip praduga *rechtmaticg* : setiap keputusan yang diambil pemerintah, termasuk kebijakannya, harus dianggap sah sampai terbukti sebaliknya⁴. Supaya keputusan yang diambil sah, diasumsikan bahwa pembuat keputusan yang bersangkutan merupakan pihak yang berwenang.

Kebijakan kesehatan, tidak berbeda jauh dengan pengertian kebijakan secara umum, pada hakikatnya berkenaan dengan tiga hal pokok: Apa yang ingin dicapai, bagaimana cara mencapainya dan dengan sarana apa. Pengertian ini mengacu pendapat Dye dan Friedrich⁵.

Mengacu pada tujuan, tekad bangsa Indonesia untuk merdeka ialah karena didorong motivasi untuk mewujudkan kesejahteraan/keadilan sosial

¹ Dewasa ini UU merupakan sumber hukum terpenting meski bukan satu-satunya. Dalam hukum tata negara Indonesia, UU adalah peraturan perundang-undangan yang dibentuk oleh DPR dengan persetujuan bersama Presiden (Pasal 1 angka 3 UU No.10 Tahun 2004).

² Rangkuti, Siti Sundari, 2000, *Hukum Lingkungan dan Kebijaksanaan Lingkungan Nasional*, Surabaya: Airlangga University Press, hlm. 7.

³ Philipus M. Hadjon, 1997, *Tentang Wewenang*, Yuridika, Nomor 5 dan 6.

⁴ Philipus M. Hadjon, et.al., *Pengantar Hukum Administrasi Indonesia*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2002, hlm. 313.

⁵ Rangkuti, Op. Cit, hlm. 107-108

bagi rakyatnya. Salah satu bagian inheren dari pernyataan tersebut, yang tidak ditemukan secara tersurat tetapi dapat ditangkap maknanya secara tersirat, dalam Negara Indonesia yang merdeka, seluruh kesehatan rakyatnya harus terurus. Pada hakikatnya, pengertian demikian dikonstruksi secara sistematis dari definisi kesehatan dalam Pasal 1 angka 1 UU No. 36 Tahun 2009 dikaitkan dengan Pembukaan UUD 1945. Pembukaan UUD 1945 menyatakan:

“Dan perjuangan kemerdekaan Indonesia telah sampailah pada saat yang berbahagia dengan selamat sentausa mengantarkan rakyat Indonesia ke depan pintu gerbang kemerdekaan negara Indonesia, yang merdeka, bersatu, berdaulat, ***adil dan makmur***Kemudian daripada itu untuk membentuk suatu Pemerintahan Negara Indonesia yang ***melindungi segenap bangsa Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum***, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan ***keadilan sosial***, maka disusunlah Kemerdekaan Kebangsaan Indonesia itu dalam suatu Undang-undang Dasar Negara Indonesia yang berkedaulatan rakyat dengan berdasarkan kepada Ketuhanan Yang Maha Esa, ***Kemanusiaan yang adil dan beradab***, persatuan Indonesia, dan kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam permusyawaratan/perwakilan, serta dengan mewujudkan suatu ***keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia***”.

Kutipan dari Pembukaan UUD 1945 merupakan prinsip dan norma hukum yang mengikat negara dalam hubungan dengan rakyat/warga negara Indonesia. Beberapa kata kunci penting⁶, ialah negara memiliki kewajiban kepada rakyat/warga negaranya yang dinyatakan secara eksplisit. Namun kesenjangan ekonomi berkorelasi dengan kemampuan seseorang untuk memperoleh akses kesehatan yang layak dan juga berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk melindungi dirinya dari bahaya yang

⁶ Periksa kutipan yang ditandai *italic*.

mengancam kesehatannya.⁷ Oleh karena itu, jika dikaitkan dengan norma hukum yang bersifat preskriptif dalam hal ini menetapkan suatu keharusan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu, norma hukum yang dirumuskan dengan mengacu dan melindungi kesehatan rakyat/warga negaranya karena hal ini sudah dengan sendirinya menjadi bagian inheren dari tujuan pendirian Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Pemerintah baru memandang kesehatan sebagai isu hukum serius pada 1960 dengan diundangkannya UU No. 9 Tahun 1960 tentang Pokok-pokok Kesehatan. UU ini hanya terdiri dari tujuh belas pasal, dan memandang bahwa derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi setiap warga negara Indonesia merupakan tujuan yang hendak dicapai dengan mengakui bahwa: ***Tiap-tiap warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dan perlu diikutsertakan dalam usaha-usaha kesehatan pemerintah (Pasal 1). Meskipun ringkas, dalam usaha-usaha kesehatan pemerintah (Pasal 1).*** Meskipun ringkas, dalam hal meletakkan kewajiban pada negara/pemerintah dalam rangka usaha mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi tiap-tiap warga negara, ketentuan UU No. 9 Tahun 1960 cukup lugas dan jelas.

Kewajiban pemerintah dirumuskan dalam bentuk usaha: ***Pemerintah berusaha mencukupi keperluan rakyat yang pokok untuk hidup sehat, yang terdiri dari sandang-pangan, perumahan dan lain-lain serta melakukan***

⁷ Sebagai contoh hanya orang-orang yang mampu secara ekonomis yang sanggup melindungi dirinya dari mengkonsumsi pangan yang aman bagi kesehatan (harga pangan organik tidak mungkin terpikirkan oleh orang-orang yang ekonominya pas-pasan). Karena itu, sangat tepat metafor yang digunakan oleh Eko Prasetyo sebagai judul bukunya: *Orang Miskin Dilarang Sakit*. Artinya apa: Sekali orang miskin sakit, urusannya dapat menjadi berpanjang-lebar bukan hanya tentang masalah pengobatan si sakit, tetapi bisa jadi juga menyangkut pertarungan kelangsungan hidup keluarganya.

usaha-usaha untuk mempertinggi kemampuan ekonomi rakyat (Pasal 5).

Pengertian ***usaha*** disini adalah menyangkut proses dan bukan hasil. Usaha menunjukkan suatu proses yang berlangsung terus menerus, ketentuan Pasal 5 tersebut sangat tepat dalam meletakkan konteks isu kesehatan tidak hanya dari aspek ada/tiadanya penyakit (ketentuan demikian tidak dikemukakan secara tersurat oleh UU No. 36 Tahun 2009, tetapi dengan melakukan interpretasi sistematis ketentuan demikian dapat dikonstruksikan dengan mengacu pada definisi UU tentang konsep kesehatan. Pengaturan dalam Pasal 5 secara sistematis memiliki koherensi dengan pengertian kesehatan yang digariskan UU yaitu kesehatan badan, rohaniah (mental) dan sosial, dan bukan hanya keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan (Pasal 2).

Seperti disinggung sebelumnya, UU No. 9 Tahun 1960 belum mencerminkan kebijakan kesehatan nasional yang sebenarnya dalam hal ini kebijakan pembangunan kesehatan. Konsep pembangunan kesehatan mulai digunakan dalam UU No. 36 Tahun 2009. Tujuan pembangunan bidang kesehatan ialah tercapainya kemampuan, kemauan dan kesadaran untuk hidup sehat bagi setiap orang agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional (Pasal 3 UU No. 36 Tahun 2009, menimbang butir ‘a dan ‘b). Kebijakan pembangunan kesehatan di Indonesia pertama kali dirumuskan dalam Garis-garis Besar Haluan Negara (GBHN) Pelita III Tap MPR No. IV/MPR/1978. Pelaksanaan kebijakan pembangunan kesehatan dilakukan secara preventif dan kuratif dengan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada rakyat melalui penyuluhan. Pembangunan kesehatan terkait erat dengan hakikat pembangunan nasional yaitu pembangunan manusia Indonesia

seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia. Pengertian tersebut mengikuti pengertian dari WHO (1970) bahwa kesejahteraan seluruh manusia tidak hanya kesehatan fisiknya tetapi juga kesehatan mental dan hubungan sosialnya. Pengertian kesehatan dengan demikian meliputi kesehatan jasmani, rohani serta sosial dan bukan sekadar keadaan bebas penyakit, cacat dan kelemahan⁸.

Satu perubahan penting dalam UU No. 36 Tahun 2009 dibandingkan UU No. 9 Tahun 1960 ialah hilangnya karakter ideologis dalam UU tersebut. Jika UU No. 9 Tahun 1960 sangat jelas memilih ideologi sosialis yang ditandai satu ciri mencolok yaitu sangat negara-sentris, dalam UU No. 36 Tahun 2009 muatan ideologis tersebut menghilang kecuali jika konsep pembangunan itu sendiri dimaknai sebagai ideologi yang dipilih Orde Baru (kalau bukan kapitalisme). Akibatnya, yang sangat jelas ialah menyusutnya materi muatan tentang kewajiban negara/pemerintah merealisasikan hak atas derajat kesehatan yang optimal. Kewajiban negara/pemerintah dirumuskan dalam tiga pasal dengan muatan normatif yang luas dan kabur. Di sisi lain, UU No. 36 Tahun 2009 mulai mengadopsi nilai-nilai demokrasi secara luas yaitu peran serta masyarakat. Pemerintah hanya akan *tut wuri handayani* (Pasal 8 jo. Pasal 71) meskipun tanggung jawab utama meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tetap berada di pundak pemerintah (Pasal 9). Dampak negatifnya ialah dewasa ini biaya kesehatan yang mahal cenderung dapat diterima sebagai justifikasi pergeseran ideologi ini meskipun di sisi lain pemerintah juga berusaha memperluas pemerataan akses layanan kesehatan dengan memberikan fasilitas khusus kepada segmen masyarakat tertentu.

⁸ Hermien Hadiati Koeswadi, 1998, *Hukum Kedokteran: Studi tentang Hubungan Hukum dalam mana Dokter Sebagai Salah Satu Pihak*, Bandung: Citra Aditya bakti, hlm. 86.

Namun, pengaturan dalam UU No. 36 Tahun 2009 sangat kontras dengan UU No. 9 Tahun 1960. Langkah pengaturan yang dilakukan pemerintah untuk membuat biaya kesehatan menjadi masuk akal juga sesuatu yang tidak memiliki akibat hukum apa pun karena memang tidak jelas (konsep fungsi sosial dalam pelayanan kesehatan Pasal 8 jis. Pasal 57 dan 65). Pengaturan dalam UU No. 9 Tahun 1960 justru lebih konkret dibanding UU No. 36 Tahun 2009.

Untuk melaksanakan kewajiban/tanggung jawab negara memenuhi hak atas derajat kesehatan yang optimal, pemerintah merumuskan kebijakan Sistem Kesehatan Nasional pada 2 Maret 1982 melalui Kep.Men.Kes RI No. 99a/Men.Kes/SK/III/1982 tentang Berlakunya Sistem Kesehatan Nasional⁹. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) mencerminkan upaya bangsa Indonesia untuk meningkatkan kemampuan, kemauan dan kesadaran untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud Pembukaan UUD 1945. SKN didasarkan pada Pancasila dan UUD 1945¹⁰. Mengacu Kep.Men.Kes RI No. 99a/Men.Kes/SK/III/ 1982 GBHN 1988 mengartikan arah pembangunan kesehatan yang ditekankan pada peran serta aktif masyarakat, baik dalam melaksanakan perilaku hidup sehat maupun membiayai pemeliharaan kesehatan yang didasarkan pada prinsip asuransi serta pentingnya diselenggarakan upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu serta terjangkau oleh seluruh masyarakat. Tujuan upaya pemeliharaan kesehatan berdasarkan SKN yang secara fundamental sangat berkaitan dengan isu HAM yaitu : a). Memberikan jaminan kepada setiap orang untuk mendapatkan pemeliharaan kesehatan dasar yang sesuai

⁹ *Ibid*, hlm. 86.

¹⁰ *Ibid* hlm. 88.

kebutuhannya, bermutu, berkesinambungan dan terjangkau, baik secara fisik maupun secara finansial; b). Mengendalikan biaya kesehatan serta memberi pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif; dan c). Meningkatkan kerjasama antara upaya pemerintah dan swasta dalam menciptakan suatu bentuk pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat, yang diselenggarakan secara efisien, efektif dan bermutu serta terjangkau masyarakat.¹¹

Pada hakikatnya, pembangunan kesehatan mencakup semua segi kehidupan, baik fisik, mental maupun sosial ekonomi. Faktor politik, ekonomi sosial-budaya, hankam serta iptek mempengaruhi dan mengubah orientasi proses penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Upaya kesehatan yang semula dititikberatkan pada penyembuhan penderita secara berangsur-angsur berkembang ke arah keterpaduan upaya kesehatan yang menyeluruh. Oleh karena itu, pembangunan kesehatan yang menyangkut upaya peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) harus dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan, dan dilaksanakan bersama-sama antara pemerintah dan masyarakat. Peran, tugas dan tanggung jawab pemerintah lebih menitikberatkan pada pembinaan, pengaturan dan pengawasan untuk terciptanya pemerataan pelayanan kesehatan dan tercapainya kondisi yang serasi dan seimbang antara upaya kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta.¹²

Kebijakan Kesehatan dalam Kep.Men.Kes RI No. 99a/Men.Kes/SK/III/1982 tentang Berlakunya Sistem Kesehatan Nasional

¹¹ Hermien Hadiati Koeswadi, 2001, *Hukum Untuk Perumaha Sakitan*, Bandung: Citra Aditya Bakti, hlm. 17-18.

¹² *Loc. Cit.* Hlm. 96-97. Vide Pasal 10 dan Penjelasan Umum UU No. 36 Tahun 2009.

telah diubah dengan Kep.Men.Kes RI No. 131/Men.Kes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional. SKN baru dibentuk setelah melakukan evaluasi terhadap SKN lama. Perolehan dan kelemahan dalam pelaksanaan SKN lama yang berhasil diidentifikasi oleh SKN baru yaitu indikator pencapaian dan indikator kinerja SKN Indonesia masih rendah. Hal ini didasarkan pada laporan WHO tahun 2000 tentang *Health Systems Improving Performance*. Indikator pencapaian SKN ditentukan dua faktor sebagai determinan: a). Status kesehatan yang menunjuk pada tingkat kesehatan yang berhasil dicapai oleh SKN yang dihitung menggunakan *disability adjusted life expectancy* (DALE); b). Tingkat ketanggapan (*responsiveness*) sistem kesehatan yang menunjuk pada kemampuan SKN dalam memenuhi harapan masyarakat tentang bagaimana mereka ingin diperlakukan dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Hasil dari penilaian terhadap indikator ini menempatkan Indonesia pada urutan 106 dari 191 negara anggota WHO yang dinilai.

Indikator kinerja SKN ditentukan tiga faktor sebagai determinan: a). Distribusi tingkat kesehatan di suatu negara ditinjau dari kematian balita; b). Distribusi ketanggapan (*responsiveness*) sistem kesehatan ditinjau dari harapan masyarakat; c). Distribusi pembiayaan kesehatan ditinjau dari penghasilan keluarga. Hasil dari penilaian terhadap indikator ini menempatkan Indonesia pada urutan 92 dari 191 negara anggota WHO yang dinilai.

Untuk itu, dalam perumusan kebijakan kesehatan yang baru, strategi SKN baru adalah Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan untuk mewujudkan visi pembangunan kesehatan Indonesia Sehat 2010 (Kep.Men.Kes RI No. 574/Men.Kes/SK/IV/2000 tentang Pembangunan

Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010.² Sedasar dengan itu, pemerintah menetapkan Paradigma Sehat: pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia, kesehatan sebagai investasi bangsa dan kesehatan menjadi titik sentral pembangunan nasional. Dalam rangka pelaksanaan otonomi daerah, desentralisasi ditetapkan sebagai salah satu strategi untuk mencapai visi Indonesia Sehat 2010. Kesemuanya ini diharapkan dapat meningkatkan mutu sumber daya manusia (*Human Development Index*) yang sangat penting artinya untuk meningkatkan daya saing bangsa Indonesia dalam menghadapi era globalisasi. Dari penancangan kebijakan kesehatan pemerintah melalui SKN baru, poin sangat penting untuk dicermati ialah Paradigma Sehat dan rancangan yang ditetapkan pemerintah sebagai strategi dalam merealisasikan kebijakan kesehatan yang dicanangkan.

Penyusunan SKN baru dimaksudkan pemerintah untuk menyesuaikan SKN lama (1982) dengan berbagai perubahan dan tantangan eksternal dan internal agar dapat dipergunakan sebagai landasan, arah dan pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan baik oleh masyarakat, swasta maupun oleh pemerintah (pusat, provinsi, kabupaten/kota) serta pihak-pihak terkait lainnya. SKN baru menyatakan: Tersusunnya SKN baru mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia, memperjelas pelaksanaan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misinya, memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, meningkatkan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, serta meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan

² Sebelum Kebijakan ini dirumuskan, Departemen Kesehatan RI telah melakukan studi mendalam yang dituangkan dalam Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010 (1999).

nasional. Isunya ialah: Konsep kesehatan sebagai HAM belum tergambarkan secara jelas dalam SKN baru atau malah tidak dijelaskan dalam SKN. Ini artinya, penyusunan kebijakan kurang memahami hakikat konsep HAM terlebih kemudian mengaitkan isu kesehatan (hak atas derajat kesehatan yang optimal) sebagai HAM. Konsep HAM dalam masalah kesehatan yang kurang diperhatikan oleh perumus kebijakan ialah konsep kewajiban/tanggung jawab negara/pemerintah. dalam konteks ini UU No. 9 Tahun 1960 yang telah dinyatakan tidak berlaku dengan UU No. 36 Tahun 2009 justru lebih jelas.

Isu fundamental yang dihadapi pemerintah di bidang upaya kesehatan ialah pemerataan dan keterjangkauan layanan kesehatan. Hal ini sangat disadari benar oleh SKN baru. Jumlah sarana dan prasarana kesehatan masih belum memadai. Tercatat jumlah Puskesmas seluruh Indonesia sebanyak 7.237 unit, Puskesmas Pembantu 21.267 unit, Puskesmas keliling 6.392 unit. Sementara untuk rumah sakit sebanyak 1.215 unit (420 milik pemerintah; 605 milik swasta; 78 milik BUMN; 112 milik TNI/POLRI). Rasio sarana dan prasarana kesehatan di luar pulau Jawa lebih baik dari di pulau Jawa, tetapi keadaan transportasi di luar pulau Jawa jauh lebih buruk daripada di pulau Jawa. Diperkirakan baru 30% penduduk yang memanfaatkan Puskesmas dan Puskesmas Pembantu. Karena kendala ini, diakui oleh SKN baru, derajat kesehatan masyarakat Indonesia belum memuaskan. Indeks Pembangunan Manusia (HDI) Indonesia menduduki urutan ke-112 dari 175 negara (UNDP 2003). Dari segi pembiayaan, biaya kesehatan yang dikeluarkan hanya rata-rata 2,2% dari Produk Domestik Bruto (PDB) per tahun atau rata-rata USD 12-18 per tahun. Angka idealnya paling sedikit 5% dari PDB per tahun (anjaran WHO). Alokasi pembiayaan pemerintah sebesar 30% sementara

sisanya swasta, dan sebagian besar digunakan untuk upaya kesehatan kuratif. Pemerintah juga menyadari bahwa dana pemerintah yang dialokasikan untuk sektor kesehatan belum efektif; lebih banyak dialokasikan pada upaya kuratif daripada upaya promotif dan preventif. Anggaran pemerintah di sektor kesehatan belum cukup adil dalam rangka upaya kesehatan masyarakat dan bantuan untuk keluarga miskin. Pembiayaan kesehatan dari masyarakat yang dicakup dengan jaminan baru 20% penduduk.

Hak atas layanan kesehatan diakui merupakan salah satu isu HAM yang penting. Dalam Keppres No. 40 Tahun 2004 tentang Rencana Aksi Nasional Hak Asasi Manusia Indonesia Tahun 2004-2009, pemerintah mencanangkan program/kegiatan peningkatan upaya pemenuhan hak masyarakat atas pelayanan kesehatan, terutama bagi kelompok masyarakat yang hidup di bawah garis kemiskinan, korban bencana dan pengungsi internal baik yang disebabkan oleh bencana maupun konflik, kesehatan bayi, anak dan ibu hamil. Indikator keberhasilan program ini sebagaimana ditetapkan Keppres yaitu meningkatnya pelayanan kesehatan masyarakat yang dapat diakses oleh seluruh lapisan masyarakat.

UU No.25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional Tahun 2000-2004 juga merupakan sumber hukum sebagai rujukan dalam rangka kebijakan kesehatan yang ditempuh oleh pemerintah di luar sumber-sumber hukum yang telah dibahas sebelumnya. Di bidang pembangunan sosial dan budaya, termasuk di situ isu kesehatan dan kesejahteraan sosial, arah kebijakan kesehatan pemerintah ialah, yang terpenting: meningkatkan mutu sumber daya manusia dan lingkungan yang saling mendukung dengan pendekatan paradigma sehat, yang memberikan prioritas pada upaya

peningkatan kesehatan, pencegahan, penyembuhan, pemulihan dan rehabilitasi sejak pembuahan dalam kandungan sampai lanjut usia. Poin yang sangat perlu digarisbawahi ialah pengakuan pemerintah bahwa subjek penyandang hak atas kesehatan sangat luas, yaitu mencakup janin sejak masih dalam kandungan sampai dengan lanjut usia. Poin ini menjadi suatu *evidence* bahwa prinsip non-diskriminasi dalam menikmati hak atas kesehatan merupakan preskripsi yang mengikat dan dipatuhi oleh negara/pemerintah.

B. Respon Kebijakan dan Komitmen Melakukan Perubahan

Meningkatnya perhatian pada masalah efisiensi dan pemerataan dalam penyediaan peralatan kesehatan dan terbatasnya pilihan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan menjadikan reformasi sektor kesehatan menjadi agenda penting di berbagai negara (World Bank, 1993). Kendatipun implikasi kebijakan pemerataan menjadi wacana yang menonjol intensitasnya dalam literatur-literatur akademis, namun demikian implikasi kebijakan pemerataan tidak banyak ditemukan di negara-negara berkembang. Hal tersebut sulit dilakukan karena adanya tukar imbang (*trade off*) antara efisiensi di satu sisi dan pemerataan di sisi yang lain.

Dengan demikian sudut pandang ekonomi publik, konsep dasar keterbatasan sumberdaya menyebabkan adanya keharusan untuk menetapkan prioritas sehingga alokasi sumberdaya harus memenuhi kriteria-kriteria efisiensi dan pemerataan. Di tengah keterbatasan sumber daya, berbagai kebijakan dan program diupayakan untuk memenuhi tujuan efisiensi dan sekaligus tujuan pemerataan. Pemerataan di sini dipahami sebagai ketersediaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kemampuan

membayarinya¹³. Untuk mencapai status kesehatan yang berkualitas, aktivitas program dan pelayanan kesehatan harus didefinisikan sesuai dengan konteks lokal yang sesuai dengan kebutuhannya. Namun demikian, tidak semua aktivitas yang menunjang perubahan dapat dilakukan, terutama di negara-negara berpendapatan rendah. Oleh karena itu, tujuan mencapai pemerataan dalam sistem kesehatan juga memerlukan efisiensi, dalam derajat tertentu. Pemecahan masalah untuk menentukan prioritas tersebut dialami oleh banyak negara berkembang dan berpendapatan rendah, dengan sistem politik yang relatif belum stabil¹⁴. Dalam sistem yang demikian, keberhasilan program-program pelayanan publik amat tergantung pada respon pemerintah terutama respon secara politis untuk memperoleh kebijakan yang bermanfaat bagi warga masyarakat. Dengan demikian diperlukan kecermatan dalam memutuskan pilihan pelayanan kesehatan. Hal ini utamanya karena setiap pilihan yang diambil tidak terlepas dari tukar imbang (*trade off*), antara satu alternatif dengan alternatif lainnya. Seperti yang dinyatakan oleh Dunn (1994), kebijakan (*policy*) itu sendiri merupakan pilihan dari sekian banyak alternatif kebijakan. Proses memilih dari beberapa alternatif kebijakan tersebut menjadi prioritas kebijakan tidak bisa dipahami sebagai kegiatan yang bersifat sekali jadi (*one-off*) yang bisa diisolasi berdasarkan waktu.

Kendati pun desentralisasi diharapkan akan mendorong peningkatan cakupan, kualitas, pemerataan dan efisiensi pelayanan publik, dalam praktiknya penentuan prioritas kebijakan tidaklah berjalan linier. Hal ini sangat tergantung pada kemampuan pemerintah daerah dalam merespon

¹³ Daniels, 1985, *Loc. Cit.*

¹⁴ Ariel Fiszbein, "The Emergence of Local Capacity: Lesson from Columbia" *World Development*, Vol. 25, No. 7: 1029-1043, 1997..

perubahan tersebut, karena terjadi perluasan pilihan kebijakan pada tingkat lokal¹⁵. Mekanisme dimana program-program akan dibangun dan dilaksanakan untuk mengimbangi proses desentralisasi sangat tergantung komitmen pemerintah dalam menerjemahkan problem-problem di daerah. Pengetahuan lokal dengan demikian dianggap sebagai prasyarat munculnya respon dan fleksibilitas di dalam menentukan prioritas lokal¹⁶. Dalam kenyataannya, kewenangan mengatur dan mengurus yang dimiliki pemerintah daerah tidaklah berada dalam ruang kosong (*vacuum*). Pemerintah daerah mungkin memiliki cukup otoritas dan akses pada sumber-sumber keuangan, akan tetapi jika tidak dikelola dengan seksama, desentralisasi tidak akan menghasilkan manfaat bagi daerah. Pimpinan daerah, aparat birokrasi dan para anggota legislatif di tingkat lokal tidak bebas dari nilai-nilai atau kepentingan-kepentingan tertentu. Adanya kepentingan-kepentingan individu yang sulit dilepaskan dari kewenangan yang dimiliki oleh para pimpinan di daerah untuk mengatur pelayanan publik. Dalam prakteknya, kewenangan yang dimiliki oleh pemerintahan daerah merupakan korporatisme antara kepentingan-kepentingan tersebut.¹⁷ Oleh karena itu, proses pengadopsian sistem desentralisasi memerlukan penyesuaian atas kondisi yang berlangsung. Berbagai penyesuaian yang lebih fundamental sangat diperlukan untuk membuat desentralisasi berfungsi dengan efektif. Berbagai penyesuaian

¹⁵ Thomas Bossert, "Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance", *Social Science and Medicines*. Vol. 47, No. 10 London: Pergamon Press, 1998..

¹⁶ Smith, B. C., *Decentralization: The Territorial Dimension of State*, London: George Allen and Unwin, 1985.

¹⁷ Eko Pasojo, Irfan Maksum, dan Teguh Kurniawan. *Desentralisasi dan Pemerintahan Daerah: Antara Model Demokrasi Lokal dan Efisiensi Struktural*. Jakarta: DIA FISIP Universitas Indonesia, 2006.

tersebut tentu saja tidak mudah dilakukan. Apalagi pemerintah daerah pada umumnya akan berusaha mempertahankan otonomi yang baru saja mereka peroleh. Tantangan bagi pemerintah daerah adalah bagaimana mengidentifikasi kapasitas dalam sistem yang ada, sementara juga mengakomodasikan kapasitas dalam sistem yang ada, sementara juga mengakomodasi kepentingan pemerintah daerah dan masyarakatnya.

Menurut Fiszbein (1997), kemampuan untuk mengidentifikasi menyesuaikan dengan perubahan-perubahan besar dalam mengelola pemerintahan, sangat tergantung pada kemauan politik (*political will*) dari aktor-aktor yang terlibat dalam proses perubahan tersebut. Kembali ke pernyataan Prasojo, dkk (2006), kewenangan dalam mengatur dan mengurus daerah perlu memperhatikan kepentingan-kepentingan aktor yang bersangkutan. Dengan demikian, respon kebijakan yang dibuat sangat tergantung pada lingkungan kebijakan yang sedang berlangsung, yakni sistem politik dan administrasinya. Beberapa faktor yang tercakup dalam lingkup ini adalah adanya dukungan secara politis dari para aktor yang terlibat, terutama pada aktor yang memiliki otoritas yang kuat dalam proses pengambilan keputusan. Dukungan secara politis seperti yang dimaksudkan adalah komitmen secara politis dari para pimpinan dan stakeholder daerah atas isu-isu sosial, ekonomi, politik yang terjadi di dalam maupun di luar daerah. Dukungan ini dapat diidentifikasi melalui pertimbangan-pertimbangan logis dari pengambil keputusan untuk melakukan suatu aksi atau tidak terhadap masalah-masalah publik. Pertimbangan-pertimbangan logis tersebut dapat diketahui dari sejauhmana para pengambil keputusan mengetahui aspek-aspek

keberhasilan dan kegagalan yang terjadi pada persoalan-persoalan publik, sehingga bisa melakukan intervensi dalam proses pembuatan kebijakan.

Komitmen tersebut terkait pula dengan proses pengalokasian sumber yang ada, yang mencakup sumber keuangan, sumberdaya manusia, modal fisik, dan infrastruktur lain yang dimiliki pemerintah daerah setempat¹⁸. Dalam melaksanakan kewenangan mengatur dan mengelola tersebut, pengalokasian sumberdaya daerah menjadi pintu masuk penting, terutama terkait dengan perencanaan pembangunan daerah. Desentralisasi mengajarkan bahwa pembagian kekuasaan dan kewenangan dari pemerintah pusat ke daerah harus pula diikuti dengan desentralisasi keuangan (fiskal) dalam bentuk pembagian keuangan kepada daerah dan memberi kekuasaan daerah untuk menggali sumber keuangannya sendiri.

Seperti halnya desentralisasi fiskal juga menjadi perhatian dan komitmen global. Negara-negara maju terus menformulasikan kembali struktur hubungan keuangan intra-pemerintahan supaya lebih relevan dengan pasca negara kesejahteraan. Sejumlah negara yang dijuluki negara kesejahteraan tidak lagi mengelola layanan publik secara terpusat oleh otoritas sentral, melainkan telah mengalami desentralisasi ke pemerintah lokal. Sementara itu, di negara-negara berkembang tengah melakukan desentralisasi fiskal sebagai salah satu cara untuk memperbaiki tata pemerintahan yang tidak efektif dan efisien, instabilitas makro ekonomi dan ketidakcukupan pertumbuhan ekonomi.¹⁹ Pembiayaan pemerintah dalam demokrasi tidaklah

¹⁸ Kahkonen Azfar et al. *Decentralization, Governance and Public Services: the Impact of Institutional Arrangements: a Review Literature*, College Park: Iris Center, University of Maryland, 1999.

¹⁹ Wildasin, 1997, dalam, *Ibid*.

sederhana. Pemerintah secara legal harus menjamin atas tanggungjawab dan responsibilitas dari pilihan-pilihan publik, sekaligus memastikan pembiayaan tersebut untuk kepentingan masyarakat. Pengeluaran publik perlu dikonsentrasikan pada bidang-bidang yang memiliki eksternalitas positif yang luas²⁰.

Prioritas atau komitmen terhadap pemenuhan kewajiban dasar pada publik dicerminkan pada komposisi pengeluaran anggaran pemerintah pada sektor-sektor pelayanan dasar. Pada hakekatnya, anggaran merupakan salah satu instrumen untuk meningkatkan pelayanan publik dan kesejahteraan masyarakat. Struktur anggaran merupakan gambaran tentang arah dan tujuan pelayanan dan pembangunan.

Pendekatan pelimpahan keuangan kepada pemerintah daerah dilakukan melalui strategi kebutuhan dasar (*basic needs*), yaitu menentukan target-target nasional guna menjamin pelayanan pada tingkat minimum yang ditetapkan pada semua golongan penduduk. Menurut WHO (2000), di antara negara berkembang terdapat kesepahaman bahwa, jika penggunaan sumberdaya terutama pembiayaan pemerintah pada pusat kesehatan masyarakat (*primary health care*) terutama di pedesaan lebih besar dari pembiayaan pemerintah untuk rumah sakit (di perkotaan), maka pembiayaan tersebut dapat mendorong pelayanan kesehatan efisien dan merata, karena salah satu kebutuhan dasar masyarakat secara minimum terpenuhi.

Intervensi pemerintah melalui dukungan kebijakan dan politik sangat penting dan memang diperlukan dalam pasar pelayanan kesehatan. Pendapat ini mengacu pada asumsi bahwa industri pasar pelayanan kesehatan memiliki

²⁰ Rhoads, Steven E. *The Economist's View of the World: Government, Market and Public Policy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

dimensi-dimensi khusus yang tidak *applicable* dalam asumsi ekonomi pasar.²¹ Kalau asumsi-asumsi ekonomi pasar diterapkan secara tegas dalam sektor ini, dikhawatirkan akan menimbulkan ketimpangan-ketimpangan dan keterjangkauannya menjadi semakin terbatas. Asumsi di atas ternyata diperkuat dengan adanya beberapa faktor dalam sektor kesehatan, yang tidak terdapat pada sektor lain. Faktor-faktor itu adalah sebagai berikut:²²

1. *Consumer ignorance dan imperfect information*

Konsumen dalam industri kesehatan sangat tergantung pada produsen (provider) yang berkaitan dengan informasi, baik mengenai kualitas maupun kuantitas produk kesehatan baik secara kuantitas maupun kualitas lebih ditentukan oleh provider daripada konsumen atau pasien yang bersangkutan. Kompetensi petugas medis yang membedakan kedudukan antara konsumen dan produsennya. Umumnya konsumen sangat dipengaruhi oleh provider (dokter dan petugas medis lainnya) mengenai kuantitas pelayanan kesehatan yang harus dibeli. Karena faktor ini, efisiensi dalam bidang kesehatan umumnya sulit dicapai. Peran swasta yang terlalu besar tidak menjamin efisiensi yang tinggi. Contoh Amerika merupakan pelajaran yang baik, karena ketimpangan akses justru terjadi pada saat swastanisasi memasuki pasar kesehatan. Sementara itu penyediaan pelayanan oleh pemerintah saja juga sering dinilai tidak memiliki efisiensi yang tinggi. Oleh karena itu diperlukan regulasi khusus tentang standar pelayanan agar supaya konsumen tidak dirugikan.

2. *Mixture of Consumption and Investment Elements.*

Biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan biasanya digunakan untuk mengurangi sakit. Hal seperti ini dikategorikan sebagai pengeluaran untuk konsumsi. Di pihak lain, beberapa pelayanan kesehatan digunakan sebagai pengeluaran untuk investasi. Sebagai contoh, program imunisasi merupakan program kesehatan yang membentuk manusia lebih imun terhadap penyakit dan sehat, sehingga akan melahirkan tenaga kerja yang lebih produksi, serta bisa dikategorikan sebagai pengeluaran untuk *human capital*. Status

²¹ Feldstein, 1983:506

²² Mooney, 1986:28

kesehatan yang tinggi akan mengurangi jumlah hari produktif yang hilang, dan secara kumulatif akan meningkatkan produktivitas nasional, yang merupakan investasi SDM jangka panjang.

Karena dua sifat tersebut, kebijakan bidang kesehatan di negara manapun berusaha untuk menyeimbangkan antara ketiga faktor tersebut dapat dilakukan dengan perpaduan peran pemerintah dan swasta dalam kombinasi dan pembagian kerja yang pas, baik dari segi pembiayaan maupun pembagian kerja yang tepat dan oleh karenanya diperlukan pengembangan organisasi dan manajemen yang serius.

C. Implementasi Kewajiban Negara/Pemerintah dalam Tugas-Tugas Mengurus

Sesuai teori hukum HAM, negara merupakan penanggung jawab utama atas HAM.²³ Negara dibebani kewajiban korelatif utama atas klaim atau tuntutan HAM. Sedasar dengan itu. Normanya ialah negara harus menyediakan atau mengupayakan terwujudnya derajat kesehatan yang optimal bagi penyandang hak. Norma bahwa negara harus menyediakan atau mengupayakan terwujudnya derajat kesehatan yang optimal bagi rakyatnya masih dapat dipilah menjadi dua kewajiban fundamental: menyediakan sarana/layanan kesehatan serta melindungi kesehatan rakyatnya. Implementasi kewajiban pemerintah dalam rangka merealisasikan hak atas derajat kesehatan yang optimal dapat ditempuh melalui instrumen yang disebut tindak pemerintahan (*bestuurs handling*).²⁴ Fokus Sub-judul ini dikaitkan dengan

²³ Namun, tidak menutup kemungkinan aktor lain sebagai penanggung jawab HAM. Tentunya ini masih perlu suatu justifikasi teoritis supaya tidak terjadi inkoherenasi dalam sistematik penulisan secara keseluruhan.

²⁴ Ada beberapa jenis instrumen pemerintahan yang lazim dikenal dalam rangka penyelenggaraan fungsi pemerintahan.

permasalahan yang hendak dibahas ialah tentang implementasi kewajiban negara/pemerintah melalui tugas mengurus (yaitu menyediakan sarana/layanan kesehatan serta pemerataan aksesnya kepada seluruh rakyat Indonesia sebagai penyandang hak yang membutuhkan). Kewajiban demikian, telah diatur secara eksplisit dalam Pasal 34 ayat 3 UUD 1945.

Implementasi kebijakan kesehatan pemerintah dalam rangka tugas mengurus dilakukan pemerintah melalui instrumen *feitelijke handelingen*. Kewajiban tersebut sudah ditegaskan misalnya oleh UU No. 9 Tahun 1990. Penjelasan Pasal 8 UU No. 9 Tahun 1960: pemerintah berusaha agar kesempatan untuk pengobatan dan perawatan bagi rakyat diberikan secara merata di seluruh wilayah Indonesia, dengan biaya bagi rakyat yang seringannya sampai kepada cuma-cuma. Untuk itu diadakan rumah sakit, poliklinik, lembaga-lembaga, rombongan kesehatan (umpamanya untuk jemaah haji), dan sebagainya. Dalam PP No. 7 Tahun 1987 ditetapkan kewajiban daerah untuk mendirikan dan memelihara sarana kesehatan sebagai tempat penyelenggaraan upaya kesehatan yang meliputi: Puskesmas Pembantu; Puskesmas; Rumah Sakit Umum Kelas D; Rumah Sakit Umum Kelas C; Rumah Sakit Umum Kelas B; Laboratorium; Sekolah Kesehatan (Pasal 11).

Langkah-langkah pemerintah melakukan pengadaan sarana-sarana kesehatan, mempermudah akses masyarakat yang kurang mampu untuk memperoleh layanan kesehatan, melakukan tindakan pencegahan dan pemberantasan wabah penyakit dengan program imunisasi/vaksinasi/pengasapan untuk memberantas jentik nyamuk demam berdarah, menjaga sanitasi lingkungan bersama-sama masyarakat, pernaikan

gizi masyarakat, penyuluhan tentang bahaya penyakit tertentu, dll merupakan bentuk penggunaan instrumen pemerintahan yang dalam teori hukum administrasi disebut tindakan nyata (*feitelijke handeling*). Salah satu langkah konkret yang dapat dilihat telah dipenuhi pemerintah ialah memperluas ketersediaan sarana kesehatan. Hal itu dapat ditelusuri dalam beberapa Instruksi Presiden dalam rangka Program Bantuan Pembangunan Sarana Kesehatan. Antara lain: Inpres No. 4 Tahun 1976, Inpres No. 4 Tahun 1977, Inpres No. 7 Tahun 1978, Inpres No. 13 Tahun 1979, Inpres No. 7 Tahun 1980, Inpres No. 6 Tahun 1981, Inpres No. 5 Tahun 1982, Inpres No. 8 Tahun 1983. Namun, apakah langkah-langkah konkret atau nyata yang telah ditempuh pemerintah tersebut sudah merupakan upaya optimal yang dapat dilakukan sesuai dengan sumber daya yang tersedia tentu memerlukan penelitian diluar disiplin ilmu hukum. Problemantik dari implementasi tugas-tugas mengurus juga telah diakui sendiri oleh pemerintah (Kep.Men.Kes RI No. 131/Men.Kes/SK/2004)²⁵.

Kebijakan pemerintah dalam rangka tugas mengurus yang terkait langsung dengan isu penyediaan/pemerataan akses sarana dan layanan kesehatan ialah instrumen kartu sehat. Dasar hukum pemberlakuan instrumen kartu sehat guna memberikan kemudahan bagi keluarga tidak mampu/miskin untuk memperoleh layanan kesehatan tersebut diatur dalam Kep.Men.Kes RI No. 1122/Men.Kes/SK/XI/1994. Beberapa poin pengaturan antara lain:

- a. Kartu sehat diberikan kepada keluarga tidak mampu/miskin sebagai tanda pengenal untuk memperoleh layanan kesehatan secara cuma-

²⁵ Tim Redaksi Tata Nusa, 2001, *Petunjuk Peraturan Perundang-undangan Indonesia 1945-2000*, Jakarta:Tata Nusa, hlm. 410. cf. Naning Mardiniah, et.al., 2005, *Meneropong Hak atas Pendidikan dan Layanan Kesehatan*, Jakarta: CESDA & LP3ES, hlm. 68-67

- cuma pada sarana layanan kesehatan yang ditunjuk baik milik pemerintah atau swasta;
- b. Kartu sehat diberikan oleh Lurah/Kepala Desa setempat dan diketahui oleh Kepala Puskesmas di wilayah yang bersangkutan;
 - c. Kartu sehat hanya dapat dipergunakan oleh mereka yang namanya tercantum dalam kartu sehat untuk memperoleh layanan kesehatan dasar dan rujukan yang meliputi rawat jalan dan rawat inap;
 - d. Penggunaan kartu sehat diutamakan di sarana layanan kesehatan di wilayahnya, kecuali dalam keadaan tertentu;
 - e. Kartu sehat ditarik atau dicabut apabila keluarga yang bersangkutan terbukti sudah mampu membiayai keluarganya untuk hidup sehat atau di desa/kelurahan tempat tinggalnya sudah terbentuk dana sehat/jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JKPM) dan yang bersangkutan menjadi pesertanya.²⁶ (*a cotrario*, jika tidak menjadi kartu sehat).
 - f. Pembiayaan yang timbul dari program kartu sehat dibebankan kepada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara/Anggaran Pendapatan dan Belanja Provinsi atau Kabupaten/kota.

Kelemahan Kep.Men.Kes ini sebagai bentuk instrumen peraturan kebijaksanaan (*policy rule; beleidsregels*) adalah tidak memuat definisi konsep keluarga miskin/tidak mampu. Padahal konsep keluarga tidak mampu/miskin tersebut sangat penting karena kedudukannya selaku adresat yang hendak dituju oleh Kep.Men.Kes guna memperoleh manfaat langsung dari kartu sehat.

Dewasa ini, pemerintah juga menjamin secara khusus pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu. Jika kebijakan ini berjalan sebagaimana mestinya tidak akan ada lagi masyarakat miskin yang kehilangan haknya untuk memperoleh pelayanan kesehatan hanya karena kesulitan dalam masalah pembiayaan. Pelayanan yang dijamin meliputi pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan jaringannya, pelayanan

²⁶ Tentang JKPM infra Bab III Sub-Judul E.

kesehatan rujukan rawat jalan dan rawat inap kelas III di rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta yang ditunjuk (Kep.Men.Kes.RI No. 1202/Men.Kes/SK/VIII/2005). Sementara pembiayaan atas kebijakan ini ditempuh melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin yang dananya dikelola oleh PT. ASKES (Kep.Men.Kes.RI No. 332/Men.Kes/SK/V/2006).

Untuk menjamin akses dalam rangka memperoleh layanan kesehatan di sarana layanan kesehatan swasta bagi penderita yang kurang dan tidak mampu, Per.Men.Kes.RI No. 523/Men.Kes/Per/XI/1982 telah menentukan : Pelayanan Medik Swasta khususnya yang dilengkapi dengan sarana rawat tinggal harus menyediakan sekurang-kurangnya 25% dari jumlah tempat tidur yang ada, bagi pelayanan rawat tinggal penderita yang kurang dan tidak mampu. Pasal 25 Per.Men.Kes RI No. 159b/Men.Kes/Per/II/1988 menegaskan bahwa setiap Rumah Sakit harus melaksanakan fungsi sosialnya dengan jalan menyediakan fasilitas untuk merawat penderita yang tidak/kurang mampu untuk di Rumah Sakit. Pemerintah mengalokasikan sekurang-kurangnya 75% dari kapasitas tempat tidur yang tersedia, sementara Rumah Sakit Swasta 25% dari kapasitas tempat tidur yang tersedia. Dalam Pasal 3 Per.Men.Kes RI No. 378/Men.Kes/Per/V/ 1993 jo Pasal 3 ayat 4 Kep.Men.Kes/SK/III/1993 lebih dirinci lagi mengenai penentuan jumlah dan ketersediaan tempat tidur kelas III/kelas terendah untuk masyarakat yang kurang/tidak mampu di Rumah Sakit Swasta:

- a. Rumah Sakit Swasta yang dimiliki yayasan, perhimpunan, perkumpulan sosial dan Rumah Sakit BUMN yang melayani pasien umum minimal 25%.
- b. Rumah Sakit Swasta yang dimiliki pemilik modal minimal 10%.

Dalam Per.Men.Kes ini juga didefinisikan konsep golongan masyarakat yang kurang mampu dan golongan masyarakat yang tidak mampu (Pasal 1 angka 3 & 4). Golongan masyarakat yang kurang mampu adalah masyarakat yang penghasilannya hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan dasar yang minimal; sementara golongan masyarakat yang tidak mampu adalah masyarakat yang penghasilannya hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan dasar yang minimal dan yang tidak mampu mempunyai penghasilan tetap untuk dapat menunjang kebutuhan pokoknya. Pengaturan demikian bertujuan menjamin pemerataan akses layanan kesehatan kepada setiap orang tanpa membedakan status ekonominya. Hal ini ditindaklanjuti pemerintah dalam pola penerapan tarif pelayanan pada rumah sakit Swasta. Pasal 4 ayat 2 Kep.Men.Kes RI No. 282/Men.Kes/SK/III/1993. Penetapan besaran tarif pelayanan Rumah Sakit dilakukan dengan mempertimbangkan adanya subsidi silang bagi tarif pelayanan pasien kelas III. Sedangkan dalam ayat 3: tarif tertinggi untuk pelayanan pasien kelas III ditetapkan oleh Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan setempat dengan memperhatikan kepentingan masyarakat kurang/tidak mampu. Tarif untuk kelas II, kelas I dan kelas utama ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit. Untuk Rumah Sakit Pemerintah, penetapan besaran tarif diatur dengan Kep.Men.Kes RI No. 66/Men.Kes/SK/II/1987. Prinsip yang mendasari penetapan tarif di Rumah Sakit Pemerintah ialah tidak mencari laba, gotong royong dan adil dengan mengutamakan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah (Pasal 2 ayat 3).

Ketentuan di atas dalam teori hukum dapat digolongkan sebagai norma kabur (*vague normen*). Apa yang dimaksud dengan penetapan tarif yang tidak

mencari laba, gotong royong, sdil dan mengutamakan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah adalah konsep-konsep yang tidak jelas yang menjadi dasar dalam penorma-an. Tentang konsep kabur atau tidak jelas Bruggink²⁶ berpandangan bahwa hal ini menjadi porsi tugas hakim untuk menyelesaikan, memberi isi/makna pada konsep yang tidak jelas tersebut dengan memperhitungkan keadaan konkret dari kejadian yang harus dinilai. Secara filosofis, masalah pembebanan tarif pelayanan Rumah Sakit yang adil, baik Swasta maupun Pemerintah, harus berlandaskan pada, meminjam teori keadilan Rawls, prinsip differen: mengakomodasikan kepentingan pihak yang paling tidak beruntung tanpa mengorbankan kepentingan pihak yang lebih beruntung. Isunya ialah apakah prinsip subsidi silang sesuai dengan prinsip differen ini, dan rumah sakit tidak diberatkan? Kedua, apakah subsidi silang efektif? Dua isu ini sangat dilematis.

Sehubungan pemerataan akses layanan kesehatan, pemerintah juga mengatur mengenai perencanaan, pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan. Pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan bertujuan memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang merata bagi seluruh masyarakat (Pasal 6 ayat 1 PP No. 32 Tahun 1996). Supaya pengadaan dan penempatan dapat mencapai tujuannya, diadakan perencanaan nasional tenaga kesehatan (Pasal 6 ayat 2). Perencanaan nasional tenaga kesehatan ditetapkan dengan mempertimbangkan beberapa faktor: jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat; sarana kesehatan; jenis dan jumlah tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan (Pasal 6 ayat 2 & 3). Menurut Pasal 15, dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan, pemerintah

²⁶ J.J.H. Bruggink, 1999, *Refleksi tentang Hukum*, Bandung: Citra Aditya Bakti, hlm. 64.

dapat mewajibkan tenaga kesehatan untuk ditempatkan pada sarana kesehatan tertentu untuk jangka waktu tertentu (cara masa bakti). Penempatan tenaga kesehatan dengan cara ini dilaksanakan dengan mempertimbangkan beberapa faktor: kondisi wilayah tempat tenaga kesehatan yang bersangkutan ditempatkan; lamanya penempatan; jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat; prioritas sarana kesehatan (Pasal 17).

Committee on Economic, Social and Cultural Rights menetapkan empat unsur esensial dan saling berkaitan dalam rangka pemenuhan hak atas kesehatan. Pandangan *Committee* tersebut sangat penting untuk dipertimbangkan secara khusus sehubungan pelaksanaan tugas mengurus dalam rangka pemenuhan hak atas layanan kesehatan. Ke empat unsur tersebut antara lain: *availability*, *accessibility*, *acceptability* dan *quality*. Aspek *availability* menekankan pada pemungisian ‘*public health and health care facilities, goods and services*’ dan program-program kesehatan agar tersedia dalam kuantitas yang memadai (hal ini bergantung kepada taraf pembangunan yang sudah dicapai negara). Aspek *accessibility* menekankan pada harus dapat diaksesnya oleh setiap orang ‘*health facilities, good and services*’. Aspek *accessibility* meliputi empat dimensi yang saling tumpang tindih. Non diskriminasi, *physical accessibility* (dalam jangkauan yang aman oleh semua lapisan masyarakat), *economic accessibility* (pembiayaan sesuai *principle of equity*) dan *information accessibility*. Aspek *acceptability* menekankan pada penghormatan terhadap etika medis dan memadai secara kultural (*culturally appropriate*). Aspek *quality* menekankan pada penghormatan terhadap etika medis dan memadai secara kultural (*culturally*

appropriate). Aspek *quality* menekankan pada kelayakan secara medis maupun ilmiah dalam pengertian kualitasnya mesti bagus.²⁷

Tidak dapat dipungkiri beratnya beban yang harus ditanggung pemerintah sehubungan kewajiban pemerintah dalam rangka realisasi hak atas layanan kesehatan. Apakah kewajiban tersebut telah dipenuhi secara maksimal merupakan soal lain. Jawaban atas persoalan ini sangat tepat jika dilakukan dengan pendekatan faktual: wabah polio, busung lapar atau bahkan demam berdarah yang setiap tahun hampir selalu memicu polemik tetapi solusi yang dihasilkan tidak pernah memuaskan. Bertolak dari fakta *self-evident* tersebut dapat disimpulkan, mengacu pada doktrin *res ipsa loquitur* dalam hukum pembuktian, vonis bahwa pemerintah tidak kompeten dalam tugas mengurus i.c menyediakan sarana kesehatan dan akses setiap orang selaku penyandang hak untuk memperoleh layanan kesehatan yang memadai cukup beralasan. Di sisi lain juga tidak proporsional menyalahkan pemerintah sebagai satu-satunya pihak paling bertanggung jawab. Masalah rumit dan kompleks (Pasal 10-48 UU No. 36 Tahun 2009) sehingga wajar jika secara struktural dalam pemerintahan perlu diadakan Departemen Kesehatan. Akan tetapi, hal ini juga hendaknya tidak menjadi alasan pembenar maupun pemaaf kekurangsigapan pemerintah: hak atas derajat kesehatan yang optimal adalah HAM sehingga pemerintah harus selalu siap menghadapi gugatan dalam hal kegagalan memenuhi kewajibannya.

Tidak adanya tolok ukur yang pasti tentang batas-batas realisasi kewajiban pemerintah dalam tugas mengurus memang menyulitkan untuk menilai apakah pemerintah telah menjalankan tugas mengurusnya secara patut

²⁷ Committee on Economic, social and Cultural Rights, 2000: I.13

atau justru melalaikannya. Panduan memadai tentang tolok ukur realisasi kewajiban pemerintah dalam tugas mengurus dapat mengacu pada Pasal 2 ayat 1 ICESCR berikut interpretasi yang telah diberikan oleh Limburg Principles. Tanpa adanya tolok ukur yang jelas sebagai standar pencapaian negara dapat menjadi polemik ketika menuntut akuntabilitas apalagi tanggung gugat kepada pemerintah. Sulitnya menghindari karakter norma kabur (*Vague normen*) pada hak-hak sosial yang menjadi kendala dalam rangka implemementasinya justru mengafirmasi kritik terhadap eksistensi hak-hak sosial itu sendiri. Penulis tidak setuju dengan kritik tersebut serta mempunyai pendapat sendiri di samping sepakat dengan Howard: hak-hak sosial sangat penting sebagai public alarm untuk mengingatkan pemerintah akan tugas-tugasnya di bidang kesejahteraan. Jika masih dilalaikan, pada saat hak untuk menentukan pemerintahan sendiri dikembalikan kepada rakyat, pemerintah yang tidak melaksanakan tugasnya tidak perlu dipilih lagi. Dengan kata lain, realisasi hak-hak sosial juga merupakan sumber legitimasi bagi kekuasaan pemerintahan yang demokratis.

D. Desentralisasi/Otonomi Daerah dan Isu Kesehatan

Desentralisasi menjadi semacam keniscayaan, *sine qua non*, sehubungan dengan gagasan demokratisasi dalam penyelenggaraan kekuasaan negara. Desentralisasi merupakan salah satu pilar gagasan konstitusionalisme yaitu pembagian kekuasaan secara vertikal/spasial²⁸, tetapi di sisi lain, desentralisasi/otonomi ternyata dapat memperumit pelaksanaan fungsi dan tugas-tugas pemerintahan secara umum dan secara khusus dalam masalah

²⁸ Budiardjo, 1997, *Op. Cit.*, hlm. 138.

kesehatan (jika tidak dilandasi suatu *virtue* bersifat kelembagaan). Beberapa isu krusial antara lain: kesenjangan antar daerah yang berbanding lurus dengan masalah sosial seperti kelaparan, gizi buruk, wabah penyakit, dll. Yang menimpa daerah-daerah yang minus secara ekonomi (dalil ini tidak sepenuhnya valid, misal kasus gizi buruk, eufemisme busung lapar versi pemerintah, justru terjadi di NTB yang notabene merupakan salah satu kawasan lumbung beras nasional). Pengaturan yang semakin rumit dan koordinasi pusat-daerah juga rawan menjadi lahan pertengkaran memperebutkan wewenang (ini terjadi dalam pelaksanaan UU No. 22 tahun 1999 yang banyak melahirkan raja-raja kecil di daerah kabupaten atau kota). Terakhir, perbedaan geografis dan demografis tidak selalu bermakna negatif tetapi juga dapat bermakna positif. Daerah yang diuntungkan oleh kondisi geografis maupun demografisnya tentu dapat bertindak lebih leluasa dalam merumuskan kebijakan pemerintahan maupun implementasinya. Oleh karena itu, sebagai konsekuensinya, kewenangan pusat-daerah di bidang kesehatan harus diperjelas. Hal ini berkenaan dengan siapa yang bertanggung jawab dalam masalah kesehatan dan bertanggung gugat jika terjadi gugatan karena pelanggaran kewajiban hukum.

Kewajiban negara/pemerintah dalam rangka realisasi hak atas derajat kesehatan yang optimal sangat jelas dipengaruhi oleh isu desentralisasi/otonomi daerah: Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan pelbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik masing-masing daerah.²⁹ Masalah ini akan dikaji dari perspektif hukum pemerintahan daerah yang salah satunya mengatur tentang

²⁹ Departemen kesehatan, 1999: 53.

pola pembagian kewenangan pusat-daerah dikaitkan dengan kewenangan-kewenangan pemerintah di bidang kesehatan serta tentang perimbangan keuangan pusat-daerah dalam rangka pembiayaan kesehatan supaya terjadi pemerataan antar daerah atau minimal tidak terjadi ketimpangan yang mencolok.

E. UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah

Ada empat konsep fundamental dalam UU No. 32 Tahun 2004. Konsep-konsep itu antara lain: otonomi daerah, desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas pembantuan.

- a. Otonomi daerah adalah hak, wewenang dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan (Pasal 1 angka 5).
- b. Desentralisasi adalah penyerahan wewenang pemerintahan oleh Pemerintah kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dalam Sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia (Pasal 1 angka 7).
- c. Dekonsentrasi adalah pelimpahan wewenang pemerintah oleh Pemerintah kepada Gubernur sebagai Wakil pemerintah dan/atau kepada instansi vertikal di wilayah tertentu (Pasal 1 angka 8).
- d. Tugas Pembantuan adalah penugasan dari Pemerintah kepada daerah dan/atau desa serta dari pemerintah provinsi kepada kabupaten/kota dan/atau desa serta dari pemerintah kabupaten/kota kepada desa untuk melaksanakan tugas tertentu (Pasal 1 angka 9).

Masalah kesehatan dalam perspektif hubungan antara pemerintah pusat dan daerah tidak dapat dipisahkan dari pola desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas pembantuan.

Mengenai pola pembagian urusan pemerintahan, ketentuan Pasal 10 ayat 1 menyatakan bahwa pemerintahan daerah menyelenggarakan urusan

pemerintahan yang menjadi kewenangannya kecuali urusan pemerintahan yang oleh undang-undang ini ditentukan menjadi urusan pemerintah (pusat). Artinya, pola pembagian urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah ditentukan secara residu dari kewenangan pemerintah pusat yang dinyatakan secara tersurat maupun tersirat dalam undang-undang. Adapun yang dimaksud dengan urusan pemerintahan pusat antara lain: politik luar negeri, pertahanan, keamanan, yustisi, moneter dan fiskal, dan agama (Pasal 10 ayat 3). Urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan pemerintah pusat di atas dapat diselenggarakan sendiri atau dapat pula dilimpahkan kepada perangkat pemerintah atau wakil pemerintah di daerah atau dapat menugaskan kepada pemerintahan daerah dan/atau pemerintahan desa (Pasal 10 ayat 4). Urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan pemerintah daerah berdasarkan pola residu di atas lebih sempit karena pemerintah pusat masih memiliki urusan pemerintahan di luar enam bidang yang ditetapkan Pasal 10 ayat 3. Sehubungan dengan itu, pemerintah pusat dapat antara lain: menyelenggarakan sendiri sebagian urusan pemerintahan; melimpahkan sebagian urusan pemerintahan kepada Gubernur selaku wakil Pemerintah; atau menugaskan sebagian urusan kepada pemerintahan daerah dan/atau pemerintahan desa berdasarkan asas tugas pembantuan (Pasal 10 ayat 5).

Mengikuti konsep otonomi daerah, urusan pemerintahan menjadi kewenangan pemerintah daerah dapat diselenggarakan berdasarkan otonomi seluas-luasnya untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan (Pasal 10 ayat 2). Konsep otonomi seluas-luasnya ini *contradictio in terminis* dengan konsep bahwa

otonomi itu sendiri harus berada dalam kerangka prinsip negara kesatuan.³⁰ Hak daerah dalam menyelenggarakan otonomi meliputi: mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahannya; memilih pimpinan daerah; mengelola aparatur daerah; mengelola kekayaan daerah; memungut pajak daerah dan restribusi daerah; mendapatkan bagi hasil dari pengelolaan sumber daya alam dan sumber daya lainnya yang berada di daerah; mendapatkan sumber-sumber pendapatan lainnya yang sah; mendapatkan hak lainnya yang diatur dalam peraturan perundang-undangan (Pasal 21).

Kewajiban daerah dalam menyelenggarakan otonomi yaitu: melindungi masyarakat, menjaga persatuan, kesatuan dan kerukunan nasional, serta keutuhan Negara Kesatuan Republik Indonesia; meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat; mengembangkan kehidupan demokrasi; mewujudkan keadilan dan pemerataan; meningkatkan pelayanan dasar pendidikan; menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan; menyediakan fasilitas sosial dan fasilitas umum yang layak; mengembangkan sistem jaminan sosial; menyusun perencanaan dan tata ruang daerah; mengembangkan sumber daya produktif di daerah; melestarikan lingkungan hidup; mengelola administrasi kependudukan; melestarikan nilai sosial budaya; membentuk dan menerapkan peraturan perundang-undangan sesuai dengan kewenangannya; dan kewajiban lain yang di atur dalam peraturan perundang-undangan (Pasal 22). Tugas pengurusan dalam rangka realisasi hak atas derajat kesehatan yang optimal sudah tercakup dalam kewajiban daerah dalam rangka penyelenggaraan otonomi; menyediakan fasilitas sosial dan fasilitas umum yang layak serta mengembangkan sistem jaminan sosial (khusus tentang sistem jaminan sosial

³⁰ Muljadi, 2005, *Op. Cit.*, hlm. 34.

periksa infra Bab III)³¹. Sementara, tentang tugas pengaturan juga sudah tercakup dalam rumusan Pasal 22 di atas yaitu membentuk dan menerapkan peraturan perundang-undangan sesuai dengan kewenangannya. Kata kuncinya ialah sesuai dengan kewenangan daerah. Kewenangan daerah di bidang pengaturan ini tentunya mengikuti pola desentralisasi.

PP No. 7 Tahun 1987 tentang Penyerahan Sebagian Urusan Pemerintahan dalam bidang Kesehatan Kepada Daerah menetapkan kegiatan yang diselenggarakan sebagai urusan daerah di bidang kesehatan yang meliputi: kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana; perbaikan gizi; hygiene dan sanitasi; penyehatan lingkungan pemukiman; pencegahan penyakit dan pemberantasan penyakit; penyuluhan kesehatan masyarakat; pengobatan termasuk pelayanan kesehatan karena kecelakaan; kesehatan sekolah; perawatan kesehatan masyarakat; kesehatan gigi dan mulut; laboratorium sederhana; pengamatan penyakit; pembinaan dan pengembangan peran serta masyarakat; pelayanan penyakit; rehabilitasi medik; perawatan; kesehatan rujukan; pengadaan obat dan alat kesehatan (Pasal 4). Dalam Pasal 5 juga diatur ketentuan tentang tugas pembantuan di bidang pencegahan dan pemberantasan penyakit menular tertentu yang termasuk penyakit karantina dan penyakit wabah (jis. Pasal 6-9 PP No. 40 Tahun 1991). PP No. 7 Tahun 1987 merupakan pelaksanaan UU No. 5 tahun 1974 tentang Pokok-pokok Pemerintahan di Daerah. Sampai dengan saat penelitian ini dilakukan undang-

³¹ Dalam hal kewajiban pemerintah daerah mengembangkan sistem jaminan sosial terjadi antinomi dengan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Pasal 5 yang menutup peluang pemerintah daerah mengembangkan sistem jaminan sosial. Melalui proses uji materiil di Mahkamah Konstitusi isu antinomi tersebut sudah diselesaikan. Mahkamah Konstitusi menyatakan Pasal 5 ayat 2, 3 dan 4 UU No. 40 Tahun 2004 tidak berlaku lagi (Perkara No. 007/PUU-III/2005).

undang tentang pemerintahan daerah sudah berganti dua kali; UU No. 22 Tahun 1999 dan UU No. 32 tahun 2004. Sepengetahuan penulis belum ada peraturan pemerintah baru pengganti PP No. 7 Tahun 1987. Sementara, dalam ketentuan penutup UU No. 32 Tahun 2004 dinyatakan: Semua peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pemerintahan daerah sepanjang belum diganti dan tidak bertentangan dengan Undang-undang ini dinyatakan tetap berlaku (pasal 238 ayat 1). Oleh karena itu, PP No. 7 Tahun 1987 tetap berlaku sampai dengan diadakan peraturan pemerintah lebih baru (*lex posterior derogat legi priori*).

Yang menjadi pertanyaan ialah apa sajakah kewenangan daerah di bidang kesehatan (yang dimaksud dengan daerah di sini adalah provinsi dan kabupaten/kota)? Undang-undang tidak mengatur secara rinci kewenangan tersebut. Untuk jelasnya, pemberian makna atau interpretasi terhadap kewenangan tersebut dapat ditemukan jawabannya dalam Surat Edaran No. 1107/Menkes/E/VII/2000 yang merupakan suatu bentuk *policy rule* atau *beleidregels*, jadi bukan salah satu bentuk peraturan perundang-undangan yang mengikat secara umum, tetapi hanya berlaku secara internal dalam institusi pemerintah yang dituju oleh surat edaran tersebut.

Pertama, kewenangan provinsi sebagai wilayah administrasi di bidang kesehatan:

1. Penetapan sistem kesehatan provinsi;
2. Perencanaan pembangunan kesehatan wilayah provinsi;
3. Perencanaan dan pengadaan obat pelayanan kesehatan dasar yang sangat esensial;
4. Pengawasan aspek/dampak perencanaan tata ruang dan pembangunan terhadap kesehatan;
5. Pembinaan dan pengawasan penerapan kebijakan, standar, pedoman dan pengaturan bidang kesehatan.

6. Perizinan dan akreditasi upaya/sarana kesehatan serta sistem pembiayaan kesehatan skala provinsi;
7. Penyelenggaraan upaya/sarana kesehatan tertentu skala provinsi dan yang belum dapat diselenggarakan oleh kabupaten/kota;
8. Penyelenggaraan sistem kewaspadaan pangan dan gizi skala provinsi;
9. Penyelenggaraan sistem informasi kesehatan skala provinsi;
10. Penyelenggaraan upaya kesehatan lingkungan termasuk kesehatan pelabuhan domestik;
11. Melaksanakan registrasi dan uji dalam rangka sertifikasi tenaga kesehatan;
12. Memfasilitasi pendayagunaan tenaga kesehatan;
13. Kewenangan lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Kedua, kewenangan minimal yang wajib tetap dilaksanakan oleh kabupaten/kota di bidang kesehatan:

1. Perencanaan pembangunan kesehatan wilayah kabupaten/kota;
2. Pengaturan dan pengorganisasian sistem kesehatan kabupaten/kota;
3. Perizinan kerja/praktik tenaga kesehatan;
4. Perizinan sarana kesehatan;
5. Perizinan distribusi pelayanan obat skala kabupaten/kota (apotek dan toko obat);
6. Pendayagunaan tenaga kesehatan;
7. Pengembangan sistem pembiayaan kesehatan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dan atau sistem lain;
8. Penyelenggaraan upaya/sarana kesehatan kabupaten/kota;
9. Penyelenggaraan upaya dan promosi kesehatan masyarakat;
10. Pencegahan dan pemberantasan penyakit dalam lingkup kabupaten/kota;
11. Survelans epidemiologi dan penanggulangan wabah/kejadian luar biasa skala kabupaten/kota;
12. Penyelenggaraan upaya kesehatan lingkungan dan pemantauan dampak pembangunan terhadap kesehatan lingkup kabupaten/kota;
13. Perencanaan dan pengadaan obat pelayanan kesehatan dasar esensial;
14. Pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan obat, narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya lingkup kabupaten/kota;
15. Pengaturan tarif pelayanan kesehatan lingkup kabupaten/kota;
16. Penelitian dan pengembangan kesehatan kabupaten/kota;

17. Penyelenggaraan sistem kewaspadaan pangan dan gizi lingkup kabupaten/kota;
18. Bimbingan dan pengendalian kegiatan pengobatan tradisional;
19. Bimbingan dan pengendalian upaya/sarana kesehatan skala kabupaten/kota;
20. Bimbingan dan pengendalian upaya kesehatan lingkungan skala kabupaten/kota;
21. Pencatatan dan pelaporan obat pelayanan kesehatan dasar;
22. Penyelenggaraan sistem informasi kesehatan kabupaten/kota;
23. Pengembangan kerja sama lintas sektor;
24. Bimbingan teknis mutu dan keamanan industri rumah tangga makanan.

Deskripsi di atas masih merupakan gambaran yang sifatnya sementara tentang penyerahan kewenangan di bidang kesehatan kepada pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota mengikuti pola desentralisasi. Yang dimaksud dengan gambaran sementara ialah karena surat edaran Menteri Kesehatan di atas masih mengacu pada UU No. 22 Tahun 1999 yang sudah digantikan dengan UU No. 32 tahun 2004. Namun, makna surat edaran itu penting karena memperjelas apa saja kewenangan provinsi dan kabupaten/kota di bidang kesehatan karena undang-undang tidak merinci secara detail dan limitatif kewenangan-kewenangan tersebut. Dengan surat edaran tersebut menjadi jelas, meski secara tersirat, kewenangan pemerintah pusat di bidang kesehatan yaitu yang tidak termasuk kewenangan provinsi dan kabupaten/kota. Dasar alur berpikirnya dilandasi oleh prinsip hukum di bidang pembagian kewenangan vertikal: hal-hal yang sifatnya nasional hendaknya tetap menjadi kewenangan pemerintah pusat dan hal-hal yang sifatnya lokal menjadi kewenangan pemerintah daerah.³²

³² Hadjon & Djatmiati, 2002: 10

Dari pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa daerah (provinsi maupun kabupaten/kota) memiliki kewenangan dalam pembentukan aturan hukum baik bersifat legislasi maupun regulasi di bidang kesehatan sesuai prinsip desentralisasi yang melahirkan otonomi daerah. Sedasar dengan itu, produk aturan hukum yang menjadi objek kajian penelitian ini dibatasi hanya produk aturan hukum di tingkat nasional/pusat baik bersifat legislasi maupun regulasi (infra Sub-judul D).

F. UU No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah

UU No. 33 Tahun 2004 pada hakikatnya mengatur tentang perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Isu mengenai perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah sehubungan pembiayaan kebijakan kesehatan dan implementasinya di daerah ialah berkenaan dengan apakah kebijakan kesehatan dan implementasinya tersebut termasuk ranah otonomi daerah atau kewenangan pemerintah pusat yang didekonsentrasi atau tugas pembantuan.

Yang dimaksud dengan perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah adalah suatu sistem pembagian keuangan yang adil, proporsional, demokratis, transparan dan efisien dalam rangka pendanaan penyelenggaraan desentralisasi, dengan mempertimbangkan potensi, kondisi dan kebutuhan daerah serta besaran pendanaan penyelenggaraan dekonsentrasi dan tugas pembantuan (Pasal 1 angka 3). Sedasar dengan itu, undang-undang menetapkan suatu dana perimbangan. Yang dimaksud dengan dana perimbangan adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang

dialokasikan kepada daerah untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi (Pasal 1 angka 19). Sehubungan perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah ini terdapat beberapa konsep penting dalam undang-undang:

1. Dana Bagi Hasil adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah berdasarkan angka persentase untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi (Pasal 1 angka 20).
2. Dana Alokasi Umum adalah dana yang bersumber dari Pendapatan APBN yang dialokasikan dengan tujuan pemerataan kemampuan antar-daerah untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi (Pasal 1 angka 21)
3. Dana Alokasi Khusus adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai prioritas nasional (Pasal 1 angka 23)
4. Dana Dekonsentrasi adalah dana yang berasal dari APBN yang dilaksanakan oleh gubernur sebagai wakil pemerintah yang mencakup semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi, tidak termasuk dana yang dialokasikan untuk instansi vertikal pusat dan di daerah (Pasal 1 angka 26).
5. Dana Tugas Pembantuan adalah dana yang berasal dari APBN yang dilaksanakan oleh daerah yang mencakup semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka pelaksanaan tugas pembantuan (Pasal 1 angka 27).
6. Dana Darurat adalah dana yang berasal dari APBN yang dialokasikan kepada daerah yang mengalami bencana nasional, peristiwa luar biasa dan/atau krisis solvabilitas (Pasal 1 angka 29).

Sehubungan isu desentralisasi dan perimbangan keuangan pusat-daerah, anotasi sementara yang dapat penulis berikan adalah sebagai berikut (persoalan lain yang masih ada kaitannya dengan hal ini masih akan dibahas di bawah): tugas pemerintah pusat yang utama adalah melakukan pengaturan dalam rangka melindungi kesehatan seluruh ranyat Indonesia. Tugas

pemerintah daerah baik tingkat provinsi, kabupaten/kota yang utama adalah melakukan tugas-tugas mengurus sehubungan prinsip otonomi daerah dan dalam rangka tugas mengatur melakukan pengawasan/penegakan hukum sesuai kewenangannya (cf. Surat Edaran No. 1107/Menkes/E/VII/2000). Untuk daerah yang secara keuangan masih belum dapat melaksanakan otonominya secara memadai, pemerintah menyediakan sejumlah dana yang dapat digunakan oleh pemerintah daerah dalam rangka memenuhi kewajiban mewujudkan hak atas derajat kesehatan yang optimal.

G. Kesimpulan

Berdasarkan kesimpulan dapat diajukan beberapa koreksi agar terciptanya sektor kesehatan yang efisien dan akan menghasilkan sumber daya yang berkualitas, dengan kesehatan yang baik akan meningkatkan kesempatan bagi individu untuk menghasilkan pendapatan, kemampuannya untuk merawat keluarga dan meningkatkan partisipasinya dalam aktivitas komunitas.

Tingginya tingkat efisiensi sektor kesehatan masing-masing daerah di Provinsi, bukan berarti pemerintah harus puas, pemerintah tetap meningkatkan kinerjanya melalui peningkatan program kesehatan yang berhubungan secara langsung dengan kondisi kesehatan masyarakat. Pemerintah juga bisa lebih memberdayakan fungsi dari fasilitas kesehatan yang sudah ada agar semakin meningkatkan perannya dan meningkatkan pelayanan agar bisa dijangkau seluruh lapisan masyarakat. Peningkatan status kesehatan tidak hanya dapat dilakukan oleh pemerintah tetapi juga dibutuhkan

peran serta warganya dengan cara meningkatkan kesadaran warga atas pentingnya kesehatan.

Variabel di luar sistem kesehatan yang mempengaruhi tingkat efisiensi sektor kesehatan yang digunakan adalah PDRB per kapita dan anggaran pemerintah untuk sektor kesehatan. PDRB perkapita dalam hal ini memiliki pengaruh positif dengan tingkat efisiensi teknik sektor kesehatan, dalam hal ini yang bisa dilakukan oleh pemerintah adalah menjamin kondisi yang kondusif seperti, terjaminnya keamanan, adanya kepastian hukum dan pemberian insentif bagi industri agar lebih berkembang, sehingga masyarakat bisa meningkatkan aktivitas ekonomi dan akan lapangan pekerjaan. Selain itu pemerintah juga menjamin adanya pelayanan kesehatan yang tidak saja terjangkau oleh orang kaya, tetapi juga penduduk dengan pendapatan rendah, sehingga tingkat kesehatan penduduk secara keseluruhan akan meningkat.

Anggaran pemerintah untuk sektor kesehatan perkapita menunjukkan pengaruh yang negatif. Hal ini kemungkinan diakibatkan kecenderungan overconsumpt terhadap fasilitas yang disediakan pemerintah. Hasil ini bukan berarti pemerintah harus mengurangi anggarannya untuk kesehatan, akan tetapi justru menambah pengeluaran untuk kesehatan dengan tujuan meningkatkan target tingkat kesehatan bagi masyarakat, dan penambahan pengeluaran ini dibarengin dengan pelaksanaan program yang lebih efisien dan menjangkau seluruh lapisan masyarakat, sehingga kondisi kesehatan masyarakat meningkat dan merata di semua lapisan. Hal ini dikarenakan salah satu tujuan dari pengeluaran pemerintah adalah peningkatan kesejahteraan masyarakatnya, dan sifat dari sektor kesehatan yang memiliki sifat intrinsik dan instrumental value dimana pengeluaran untuk sektor kesehatan tidak

hanya bermanfaat bagi individu yang menerimanya tetapi juga lingkungan sekitarnya.

DAFTAR PUSTAKA

Ariel Fiszbein (1997), "The Emergence of Local Capacity: Lesson from Columbia" *World Development*, Vol. 25, No. 7: 1029-1043.

B. C. Smith (1985), *Decentralization: The Territorial Dimension of State*, London: George Allen and Unwin.

Bruggink, J.J.H. (1999), *Refleksi tentang Hukum*, Bandung: Citra Aditya Bakti.

Committee on Economic, social and Cultural Rights, 2000, *General Comment on the Right to Health*, E/C.12/2000/4, Geneva.

Eko Pasojo, Irfan Maksum, dan Teguh Kurniawan, (2006), *Desentralisasi dan Pemerintahan Daerah: Antara Model Demokrasi Lokal dan Efisiensi Struktural*. Jakarta: DIA FISIP Universitas Indonesia.

Hermien Hadiati Koeswadji (1998), *Hukum Kedokteran: Studi tentang Hubungan Hukum dalam mana Dokter Sebagai Salah Satu Pihak*, Bandung: Citra Aditya bakti.

_____ (2001) , *Hukum Untuk Perumahan*, Bandung: Citra Aditya Bakti.

Kahkonen Azfar et al (1999), *Decentralization, Governance and Public Services: the Impact of Institutional Arrangements: a Review Literature*, College Park: Iris Center, University of Maryland.

Naning Mardiniah et.al. (2005), *Meneropong Hak atas Pendidikan dan Layanan Kesehatan*, Jakarta: CESDA & LP3ES.

Paul J. Feldstein (1983), *Health Care Economics*. Second Edition, John Wiley & Son.

Philipus M. Hadjon (1997), *Tentang Wewenang*, Yuridika, Nomor 5 dan 6.

_____ Et.al. (2002), *Pengantar Hukum Administrasi Indonesia*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Siti Sundari Rangkuti (2000), *Hukum Lingkungan dan Kebijaksanaan Lingkungan Nasional*, Surabaya: Airlangga University Press.

Steven E. Rhoads (1995), *The Economist's View of the World: Government, Market and Public Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.

Thomas Bossert (1998), “Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance”, *Social Science and Medicines*. Vol. 47, No. 10 London:Pergamon Press.

Tim Redaksi Tata Nusa (2001), *Petunjuk Peraturan Perundang-undangan Indonesia 1945-2000*, Jakarta:Tata Nusa.

William N. Dunn (1994), *Public Policy Analysis: An Introduction*, New Jersey: Prentice-Hall International,1994.

World Bank (1993), *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.

World Health Organization (2000), “Health Systems: Improving Performance”. *World Health Report 2000*. Geneva: World Health Organization.