

REFORMASI KESEHATAN DI INDONESIA



Pidato Pengukuhan

Disampaikan pada Pengukuhan Jabatan Guru Besar
dalam bidang Ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
di Surabaya pada hari Sabtu 17 Desember 2005

Oleh

S. SUPRIYANTO

| |
|-------|
| SITAS |
| NGGA |
| K |
| 1/10 |
| p |
| |

REFORMASI KESEHATAN DI INDONESIA

fb
kbc
pg. 191 / 10
sup
r



Pidato Pengukuhan

Disampaikan pada Pengukuhan Jabatan Guru Besar
dalam bidang Ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
di Surabaya pada hari Sabtu 17 Desember 2005

Oleh

S. SUPRIYANTO

*Change is an non-avoidable parts our lives, therefore we should not
suppress change, which cannot be done, but to manage it*

(Avin Toffler)

*Change is law of life. And those who look only the past or present are
certain to miss the future*

(J.F. Kennedy)

*A healthy body means that all the different parts of the body must be
working harmoniously with each other.*

Sehat itu "mahal"

dan

"Upaya mencegah lebih murah daripada mengobati"

Dicetak: Airlangga University Press
isi diluar tanggung jawab AUP

Salam Sejahtera bagi kita semua,

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Yang terhormat,

Ketua dan Anggota Dewan Penyantun Universitas Airlangga,
Ketua Anggota Senat Akademik Universitas Airlangga,
Saudara Rektor dan Pembantu Rektor Universitas Airlangga,
Saudara Dekan, Pimpinan Fakultas, Pembantu Dekan dan Pimpinan
Lembaga di Lingkungan Universitas Airlangga,
Para Guru besar, teman sejawat dan segenap Sivitas Akademika
Universitas Airlangga,
Para Mahasiswa, dan
Para Undangan serta hadirin yang saya muliakan.

Kiranya pada pagi hari ini, patutlah kita memanjatkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, oleh karena berkat dan rahmat-Nya kita dapat hadir pada Sidang Universitas Airlangga dengan acara pengukuhan jabatan saya sebagai Guru Besar pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Pada kesempatan ini saya akan membawakan pidato pengukuhan saya berjudul:

REFORMASI KESEHATAN DI INDONESIA

Hadirin yang saya muliakan,

Pembangunan sejak tahun 1960, memang menunjukkan keberhasilan di mana kesejahteraan dalam waktu singkat baik nasional maupun global dapat diwujudkan. Namun efek negatif pembangunan seperti hidup materialistik (bisa menimbulkan sifat *greedy*: tamak), agresif, dan *inconsiderate* (tidak memperhatikan

orang lain, karena selalu berorientasi pada memenangkan persaingan), mementingkan diri sendiri (*selfish*: karena selalu berorientasi pada maksimal profit). Efek negatif ini menjadikan jumlah rakyat miskin makin bertambah, kekerasan dan peperangan terjadi di mana-mana, karena agresivitas bangsa untuk memenangkan persaingan sumber daya alam, ketidakamanan kelangsungan hidup dan kerusakan lingkungan dikarenakan hanya untuk kepentingan individu, kelompok, atau bangsa tertentu.

Globalisasi sudah terjadi, tak dapat dihindarkan, sistem ekonomi kapitalis akan mendominasi sebagai strategi utamanya untuk memenangkan persaingan. Strategi ini akan membawa persaingan ke arah kerusakan dan kepunahan. (Iwan Soetjahjo, 1998).

Tantangan abad 21 tidak hanya ancaman perang dan konflik, tetapi juga ancaman akibat kemiskinan, akibat penyakit menular yang mematikan dan degradasi lingkungan. Negara Asia Pasifik adalah negara maju secara ekonomi, tetapi ironisnya sebagian besar rakyatnya hidup miskin (Kompas, 4 Agustus 2005).

Keadaan sakit seseorang menurut Departemen Kesehatan Amerika Serikat dikarenakan (50%) berkaitan dengan perilaku, 20% berkaitan dengan lingkungan, 20% dengan genetika dan 1% berkaitan dengan perawatan medis. Di negara berkembang, termasuk Indonesia, faktor lingkungan menjadi yang utama. Dari pernyataan tersebut disimpulkan bahwa **cara hidup kita sendiri yang menyebabkan kita sakit, tetapi kita merespon sakit terutama dengan perawatan kesehatan**. Pada tahun 1983 pengeluaran untuk kesehatan di Amerika Serikat adalah 7 kali pengeluaran untuk pengendalian lingkungan, 20 kali untuk penjangaan kesehatan sendiri, peralatan *fitness* dan nutrisi.

Mengutip pernyataan seorang ekonomi Ernst Schumacher: Orang cerdas memecahkan masalah, orang jenius menghindari masalah. Mencegah penyakit lebih mudah dan lebih murah

ketimbang menghadapinya. (David Morris dalam Osborn et al., 1999).

Bagaimana dengan negara kita? Masalah Pembangunan Kesehatan di Indonesia bukan *mainstream*, tak mampu mengendalikan dampak negatif pembangunan dan kurang efektif & efisien, sehingga hasil program pembangunan kesehatan tidak memuaskan. Pembangunan kesehatan di Indonesia adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pada awal milenium ketiga, Indonesia menghadapi berbagai tuntutan perubahan yang mendasar baik internal maupun eksternal dalam melaksanakan pembangunan kesehatan. Tuntutan internal yang perlu mendapatkan perhatian dan pertimbangan antara lain terselenggaranya pemerintahan yang bebas korupsi, kolusi dan nepotisme dalam penyelenggaraan pembangunan sehingga terjadi efisiensi dan efektivitas pelayanan kepada masyarakat; pengakuan dan pentingnya peran daerah (UU No. 25 Tahun 2004: kesehatan adalah salah satu pembangunan yang di desentralisasi) dan perimbangan keuangan pusat dan daerah (UU no. 32 Tahun 2004) serta amandemen UUD R.I Tahun 1945 pada tahun 2002, yang menekankan pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia. (UUD 45 amendemen pasal 28 ayat 1: setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan; amendemen pasal 34 ayat 2: negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat; amendemen pasal 34 ayat 3: bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan dan fasilitas umum yang layak).

Tabel 1. Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Singapore, Malaysia dan Indonesia Tahun 2004

| Indikator | Singapore | Malaysia | Indonesia |
|--|--|---|---|
| Output | | | |
| CBR/1000 | 10,4 | 21,7 | 22,55 (1998) |
| TFR | 1,26 | | 2,3 |
| CDR/1000 | 4,4 | 4,5 | 7,49 (1998) |
| IMR/1000 | 2,2 | 6,2 | 35 |
| MMR/100000 | 2,7 | 30 | 240 |
| Life Expectancy | 78,9 | 73 | 67,0 |
| Adult literacy rate | 94,2 | 94 | 93,4 (lk): 89,45 |
| Rasio: | | | |
| Tempat tidur RS: Pop | 3,4/1000 | | |
| Dokter (per 10.000) | 15,03 | 7,10 | 2 |
| Perawat (per 10.000) | 43,95 | 14,40 | 3,5 |
| Bidan (per 10.000) | 0,89 | 3,7 | 3,8 |
| Alokasi Pembiayaan Kesehatan Pemerintah 2002 | 3,6% GDP | 3,8% | 3,2% |
| Health Trends | non communicable disease | Communicable + non communicable disease | Communicable + non communicable disease |
| Health Services | dual system health delivery (private & public) | national health care system | SKN (2004) |
| Pembiayaan = Private: Public for primary health care (health center) | 80% : 20% (2002)) | 80% : 20% | 64% : 36% (2002) |
| Sistem Pembiayaan | Medisave: 6-8% income; MediShield; Medifund | Pemerintah 80%. Private: 20% | Pemerintah: 30% Out of pocket: 70% |

Sumber: Data Singapura dan Malaysia: www.wpro.who.int (2003)
Data Indonesia: Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2004

Pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) ditujukan untuk mengatasi masalah kesehatan utama yang ada di masyarakat. Pelayanan kesehatan dasar meliputi upaya peningkatan gizi dan penyediaan air bersih, sanitasi, kesehatan ibu dan anak dan keluarga berencana, imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit, pendidikan kesehatan masyarakat dan pengobatan dasar penyakit umum dan kecelakaan. *Primary health care* adalah upaya kesehatan yang terintegrasi dengan pembangunan sosial dan ekonomi di masyarakat. Sayangnya kegiatan ini secara utuh kita temukan hanya di pelayanan Puskesmas.

Di Singapore *primary health care* 20-50% dibiayai sistem publik dan 50-80% oleh sistem privat. Untuk Rumah sakit 80-95% oleh sistem publik dan 5-20% oleh privat. Hal serupa juga terjadi di Malaysia (Kai Hong P, 2002).

Hadirin yang saya muliakan,

Pembangunan kesehatan merupakan upaya seluruh potensi Bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah. Saya mencoba menyajikan ide/konsep reformasi kesehatan di Indonesia.

Reformasi kesehatan di manapun, di dunia ini memiliki kesamaan tujuan yaitu semua bertujuan meningkatkan akses, keadilan, kualitas layanan, efisiensi dan keberlangsungan pelayanan melalui perubahan prioritas kebijakan, program dan praktek pelayanannya, yang diikuti perubahan peraturan perundangan, struktur kelembagaan dan pembiayaannya (*Health care reform ... As a process that seeks major changes at the national policies, programs and practices through changes in health sector priority, laws, regulations, organizational structure and financing arrangements. The central goals are most often to improve access,*

equity, quality, efficiency and/or sustainability (PHR project, Harvard School of Public Health, 1997).

Reformasi dimulai dengan adanya reformasi di bidang kebijakan, kemudian dilanjutkan reformasi struktur, sistem pembiayaan, sistem pelayanan dan pengelolaan sumber daya.

KEBIJAKAN UNTUK REFORMASI KESEHATAN DI INDONESIA

Ketetapan MPR RI

Ketetapan MPR RI. Nomor X Tahun 1998 tentang Pokok-pokok Reformasi Pembangunan. Ketetapan ini mengamanatkan perlu dilakukannya pembaharuan melalui reformasi total kebijakan pembangunan dalam segala bidang. Jadi ada peluang untuk melakukan reformasi bidang kesehatan. Kebijakan ini diantisipasi dengan munculnya paradigma sehat untuk menggantikan paradigma sakit dalam penanganan bidang kesehatan. Paradigma pembangunan kesehatan Indonesia saat ini yaitu Paradigma Sehat yang inti pokoknya menekankan pentingnya kesehatan sebagai hak azasi manusia, kesehatan sebagai investasi bangsa dan kesehatan menjadi titik sentral pembangunan nasional.

Desentralisasi

Desentralisasi adalah praktek yang harus dijalankan oleh negara yang berkehendak untuk tidak mati dalam persaingan global. Desentralisasi merupakan strategi kompetitif, karena dengan menjadikan suatu negara menjadi bagian yang kecil kecil, terintegrasi akan menjadi pemerintahan yang bergerak efisien dalam mengatasi tantangan global. Desentralisasi di Indonesia dimulai dengan berlakunya UU RI No. 22 dan 25 tahun 1999, yang disempurnakan menjadi UU RI No.32 Tahun 2004 dan UU RI No. 33 Tahun 2004, tentang Otonomi Desentralisasi dan

Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

Desentralisasi adalah pemindahan kewenangan dalam urusan ke- masyarakatan dari pejabat-pejabat *politik* ke badan-badan yang relatif otonom (Vaughan P, 1991). Perubahan fungsi Pemerintah pusat yang semula sebagai regulasi, berubah menjadi lebih memberdayakan (*empowering*), memfasilitasi (*enabling and facilitating*), tetapi masih dapat mengatur dalam arti pengalokasian sumber daya kesehatan dalam konteks Negara Kesatuan Republik Indonesia. Oleh karena itu fungsi pusat menjadi penentu kebijakan dan "*steering*" atau pengendali, pengarah; pemerintah propinsi sebagai "*consulting*" atau pembinaan, serta pemerintah kabupaten/kota sebagai "*rowing*" yang melaksanakan dan menggerakkan jalannya pemerintahan daerah, khususnya sektor kesehatan. Memberikan pelayanan kesehatan adalah mengayuh dan pemerintah pusat tidak pandai mengayuh.

Mengarahkan akan sangat sulit jika energi dan otak digunakan sekaligus untuk mengayuh (Drucker P: The age of discontinuity). Kewajiban pemerintah adalah mengawasi apakah pelayanan sudah diberikan secara benar, bukan lagi melayani. Untuk mengarahkan butuh orang yang mampu melihat seluruh visi dan kemungkinan, serta mampu menyeimbangkan berbagai tuntutan yang saling bersaing untuk mendapatkan sumber daya. Untuk mengayuh butuh orang yang secara sungguh-sungguh memfokuskan pada suatu misi dan melakukan dengan baik.

Desentralisasi berarti memberikan peluang pemerintah daerah untuk mewujudkan mekanisme pasar yang dapat diartikan pembangunan yang berorientasi pada masyarakat lokal dengan campur tangan pemerintah pusat yang semakin minimum. Oleh karena itu yang dilakukan pemerintah daerah bagaimana memberdayakan sumberdaya (sumber daya manusia dan non manusia).

Semua hal tersebut hanya dapat dilaksanakan bila ada perubahan "*mindset*" atau sikap mental para manajemen daerah, termasuk penataan kembali struktur dan sistem di daerah. Kemampuan manajemen daerah untuk melakukan kegiatan "*cost effective*" (kegiatan efisien dan efektif) melalui upaya aliansi (keterpaduan kegiatan yang memberikan efek sinergis) merupakan perilaku yang harus diwujudkan. Pemerintah yang tradisional birokratis: Pusat perhatian pada penyediaan jasa untuk memerangi masalah. Sudah saatnya bergeser ke pemerintah yang partisipatif yang mengantisipasi masalah dan peluang pada masa depan. Perencanaan strategis adalah tindakan atau keputusan berdasarkan pandangan ke depan. Perencanaan strategis tidak menjanjikan keputusan yang diambil pasti benar.

1. Reformasi struktur

UU RI. No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Ps 13.e dan Ps 14.e menegaskan bahwa **penanganan bidang kesehatan menjadi urusan wajib pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kota/kabupaten**. Yang menjadi permasalahan adalah pusat kewenangan (*sentral-orbit*) penanganan di mana? Apakah di provinsi atau di kabupaten/kota? Menurut Ps 11 di mana penyelenggaraan urusan pemerintahan dibagi berdasarkan kriteria eksternalitas, akuntabilitas dan efisiensi dengan memperhatikan hubungan antar susunan pemerintahan yang saling terkait, urusan wajib dan pilihan, maka **sentral orbit penanganan kesehatan seharusnya ada di tingkat provinsi**.

2. Reformasi sistem pembiayaan

UU RI. No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Bab.V Ps 6 ayat 1. Unit pelayanan kesehatan pemerintah yaitu Puskesmas dan Rumah Sakit Daerah menjadi sumber pendapatan PAD daerah, berupa

retribusi daerah. Sumber pembiayaan kesehatan selain general taxes, asuransi juga dari out of pocket (kantung sendiri).

VISI KESEHATAN

Visi sangat diperlukan untuk memberikan arahan yang jelas akan derajat kesehatan yang ingin dicapai di masa datang; untuk memberikan motivasi tindakan apa yang harus dilakukan dan untuk menyatukan kita semua agar bertindak efisien dan efektif dalam mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Indonesia memiliki Visi Indonesia sehat 2010, dengan misi: Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan, memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat lingkungannya, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata dan terjangkau, mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat dan Strategi: (1) Pembangunan nasional berwawasan kesehatan, (2) Profesionalisme, (3) Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat dan (4) Desentralisasi.

SISTEM KESEHATAN NASIONAL (SKN)

Tanggal 10 Pebruari 2004 dengan Keputusan Menteri Kesehatan diberlakukan **SKN sebagai pedoman bagi semua pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Indonesia**. SKN dibangun atas beberapa Subsistem yaitu a) Subsistem Upaya Kesehatan, b) Subsistem Pembiayaan Kesehatan, c) Subsistem Sumber daya Manusia Kesehatan, e) Subsistem Obat dan Perbekalan, f) Subsistem Pemberdayaan Masyarakat dan g) Subsistem Manajemen Kesehatan.

Sistem Kesehatan adalah sistem sosial dan terbuka, yang mana harus dibedakan dengan sistem mekanistik (mesin) dan biologik. Dalam sistem kesehatan mencoba mengerti realitas yang lebih menekankan pada hubungan antara bagian sistem pembangunan nasional (lingkungan eksternal) daripada bagian itu

tersendiri (lingkungan internal). Oleh karena itu Sistem Kesehatan Nasional memerlukan perubahan sesuai dengan tuntutan perubahan eksternal dan internal pada setiap lima tahunan.

Sistem Kesehatan merupakan kumpulan disiplin ilmu yang beragam (kedokteran, kedokteran gigi, farmasi, keperawatan, kesehatan masyarakat) dan memiliki saling ketergantungan yang besar. Kondisi ini akan mengarah pada situasi yang merusak, situasi yang menghasilkan konflik dan potensi konflik bila tidak dikelola dengan baik. Karena itu perlu dirancang secara spesifik, sehingga konflik tersebut dapat diatasi secara produktif, hasilnya akan menjadi pemikiran yang lebih orisinal, pemecahan yang lebih kreatif terhadap masalah kesehatan, serta upaya pelayanan yang lebih inovatif. (Kotter J.P,1997).

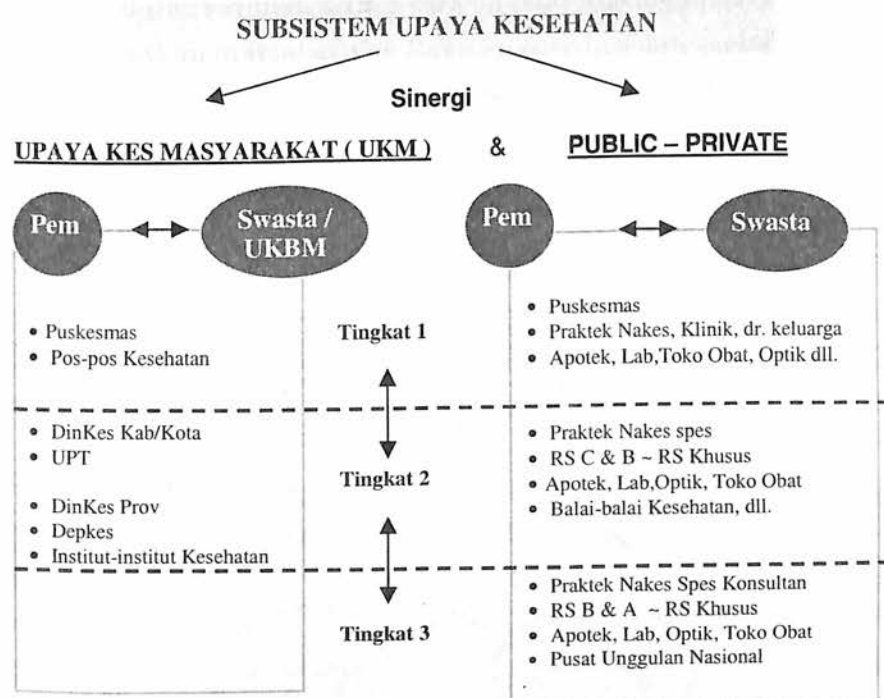
Karena itu dalam menjalankan sistem memerlukan siapa (*stewardship*) yang mengelola dan mengendalikan sistem.

Subsistem Upaya Pelayanan Kesehatan

Kesemua itu merupakan tuntutan sekaligus tantangan untuk melakukan reformasi kesehatan di Indonesia. Kebutuhan ini menjadi sangat mendesak dengan diberlakukannya globalisasi di segala pembangunan dengan efek negatif yang ditimbulkannya.

Upaya Pelayanan kesehatan di Indonesia menggunakan **dual sistem**, yaitu pelayanan pemerintah dan pelayanan swasta (*private*), melalui upaya **pelayanan menyeluruh, berjenjang dan terpadu**, baik dari pelayanan tingkat pertama, kedua dan ketiga. Upaya kesehatan dikelompokkan menjadi upaya kesehatan perorangan (UKP: lebih menekankan upaya penyembuhan) dan upaya kesehatan masyarakat. (UKM: lebih menekankan upaya promosi dan pencegahan). Penanganan bidang kesehatan merupakan urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan provinsi dan kabupaten/kota (UU RI. Nomor 32 Tahun 2004, Ps. 13 dan 14).

1. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)
Setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta untuk memelihara, meningkatkan kesehatan serta mencegah dan **menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat**. UKM mencakup upaya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakit menular, kesehatan jiwa, pengendalian penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan penggunaan zat aditif (bahan tambahan makanan) dalam makanan dan minuman, pengamanan narkotika, psikotropika, zat aditif dan bahan berbahaya, serta penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan.
2. Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

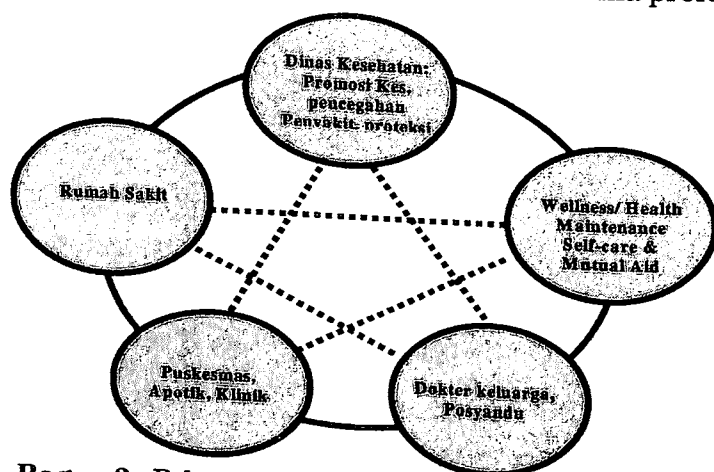


Bagan 1. Subsistem Upaya Kesehatan

Setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta untuk memelihara, meningkatkan kesehatan serta mencegah dan **menyembuhkan serta memulihkan kesehatan perorangan** UKP mencakup: Upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditujukan terhadap perorangan. Pengobatan tradisional dan alternatif, pelayanan kebugaran fisik dan kosmetika. Di tingkat masyarakat yaitu Upaya pelayanan Posynadu, Polindes dan Upaya kesehatan keluarga mandiri.

Prinsip Penyelenggara UKM dan UKP

- a. UKM terutama diselenggarakan oleh pemerintah dengan peran aktif masyarakat dan swasta. UKP diselenggarakan oleh masyarakat, swasta dan pemerintah
- b. Penyelenggaraan oleh swasta harus memperhatikan fungsi sosial
- c. Bersifat menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, terjangkau, berjenjang, profesional dan bermutu
- d. Tidak bertentangan dgn kaidah ilmiah (termasuk tradisional-alternatif)
- e. Sesuai norma sosial budaya serta moral & etika profesi



Bagan 2. Pelayanan Kesehatan yang berkelanjutan

Bagan 2 menunjukkan adanya keragaman dan kesalingtergantungan yang tinggi antara organisasi pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Keragaman dan kesalingtergantungan yang tinggi, menurut Kotter J.P., 1997; bila tidak dikelola dengan baik akan menimbulkan banyak konflik kepentingan, perselisihan birokrasi, politik yang picik sehingga menurunkan efisiensi, meningkatkan biaya layanan dan membunuh inovasi. Sebaliknya bila dikelola dengan baik akan menimbulkan pemikiran yang orisinal, penyelesaian masalah yang kreatif, jasa layanan yang inovatif, yang akhirnya membuat layanan kesehatan yang efisien, efektif, adaptif, dan responsif terhadap masalah kesehatan.

Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Setiap sistem kesehatan memiliki tanggung jawab tidak hanya meningkatkan kesehatan masyarakat yang dilayani, tetapi juga melindungi masyarakat terhadap biaya finansial akibat sakit dan meningkatkan martabatnya. Saya mengutip salah satu pernyataan pakar; *Every health system has the responsibility not just to improve the health of the population it serves, but also to protect the people against the financial cost of illness and to treat them with dignity. Major financing reform in the health sector concerns securing sustainable financing for health care. (Than Sein U, 2002).* Ide ini membuktikan bahwa **kesehatan harus bekerjasama dengan pembangunan sector lain, khususnya pembangunan ekonomi.**

Subsistem pembiayaan kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya **penggalian (collecting), pengalokasian (pooling) dan pembelanjaan sumber daya keuangan (purchasing)** secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuan subsistem pembiayaan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan

berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

1. Penggalian sumber daya keuangan

Dalam system pembiayaan kesehatan di dunia ada dua konsep yang dianut yaitu; (1) *Egalitarian concept (you get what you need, regardless of your socio-economic status)* dan (2) *Libertarian concept (you get what you pay for) relates it with your payment*. Di Indonesia constitution places social justice and humanity as the basic principles for development (Pancasila), sehingga lebih dekat dengan *egalitarian concept*.

Sumber pembiayaan kesehatan diperoleh dari (1) Pajak umum Negara (APBN dan APBD), (2) Asuransi dan (3) Bayar langsung (*out of pocket*), (4) Program keamanan social (*social security*: program kemiskinan, usia lanjut (*Medicare*), Penyandang cacat (*Medicaid*), Kesehatan Masyarakat (*Public Good*), (5) lain lain (donor). Di beberapa Negara untuk produk yang memberikan dampak negatif (rokok, minuman keras, dll) terhadap kesehatan baik individu dan masyarakat diberlakukan "*earmark tax*", yaitu pajak untuk pembiayaan kesehatan.

Sumber pembiayaan kesehatan di Indonesia 30% berasal dari pemerintah, sisanya 70% bersumber dari masyarakat, termasuk swasta (SKN, 2004). Secara rinci, saat ini Indonesia memiliki lima kategori sistem asuransi kesehatan yang meliputi 16% dari 203 juta penduduk tahun 2002. Kondisi ini menempatkan Indonesia jauh tertinggal dengan Negara lain di Asia Tenggara. Lima kategori asuransi kesehatan adalah: Askes (*social health insurance schemes for civil servants*), Jamsostek (*conditional mandatory health insurance for private employees*), Asuransi Kesehatan komersial (*traditional commercial health insurance schemes*), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPKM= *managed care schemes*) dan

employer provided health care. Cakupan ASKES dan Jamsostek berkisar 17 juta atau 8% penduduk. Premi AKSES adalah 2% gaji pokok/bulan, sedangkan Jamsostek 3% dari yang lajang dan 6% yang sudah berkeluarga. (Thabrany, Hasbullah, 2002).

Saat ini Indonesia memiliki Undang Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Badan penyelenggara jaminan sosial adalah PT JAMSOSTEK, TASPEN, ASABRI, dan PT ASKES. Diharapkan melalui program ini setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan karena sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun.

SJSN juga tersirat dalam UU No. 32 Tahun 2004 pasal 22: Daerah mempunyai kewajiban mengembangkan sistem jaminan sosial. SJSN adalah program yang telah dilakukan di banyak Negara. Pertanyaannya kapan program ini di implementasikan?

2. Pengalokasian

Beberapa masalah utama masa lalu yang kita hadapi adalah **alokasi pembiayaan kesehatan yang rendah**. Alokasi dana pemerintah untuk kesehatan 1.85% tahun 1990 dan menjadi 2,6% PDB tahun 2001 dan menjadi 2,2% tahun 2004 (SKN, 2004). Angka relatif kecil dibandingkan dengan rerata negara berkembang di dunia yaitu 5,5%. WHO menyarankan minimal 5% Produk Domestik Bruto (PDB). Dalam SKN 2004 untuk UKP dan UKM sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran APBN setiap tahunnya.

Pengalokasian pembiayaan harus mempertimbangkan mutu layanan, baik upaya pelayanan promotif, preventif dan kuratif yang terjangkau (*affordable*) dan dapat dimanfaatkan (*accessible*) seluruh masyarakat Indonesia. Pengalokasian dana bersumber

pemerintah yang dikelola sektor kesehatan belum begitu efektif. Dana pemerintah lebih banyak dialokasikan untuk upaya kuratif, sementara itu untuk upaya promotif dan preventif sangat terbatas. (SKN, 2004., Sri Astuti S, 2005).

3. Pembelanjaan

Kematian bayi berbanding lurus dengan tingkat belanja publik di sektor kesehatan. Kami orang Malaysia sangat beruntung dapat menikmati "sistem medicare" di mana setiap orang dijamin untuk akses ke kesehatan. Penduduk miskin dan pegawai negeri dapat dilayani paripurna di rumah sakit pemerintah, sementara yang mampu dapat mencari fasilitas privat, di mana alokasi dana pemerintah yang ada hanya 2% PDB, tetapi dapat melayani masyarakat secara Cuma-Cuma (Chan Chee Khoo, 1996).

Pembelanjaan dana pemerintah belum adil untuk mengedepankan upaya kesehatan masyarakat dan bantuan untuk masyarakat miskin, masih lebih dialokasikan upaya kuratif (SKN, 2004). *World Bank Study* menyebutkan bahwa alokasi pembiayaan untuk Negara berkembang di mana upaya preventif dan *primay care* adalah program yang *cost effective* (Shepard et.al., 2002).

Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jumlah penduduk Indonesia tahun 2004 adalah 224 juta merupakan penduduk terbanyak nomer empat setelah China, India dan Amerika Serikat.

Kualitas SDM Indonesia "rendah". Indeks Pembangunan Manusia (Human Development Index) Ranking 109 dari 180 tahun 2000 dan 112 dari 175 negara tahun (UNDP, 2003) dan ranking ke 111 tahun 2005 diatas Vietnam yang menduduki ranking ke 112. (Indikator HDI: Kesehatan-angka kematian bayi, Ekonomi-pendapatan dan Pendidikan-melek huruf). HDI penting untuk meningkatkan daya saing Bangsa Indonesia dalam menghadapi era

globalisasi. Indonesia penduduk termiskin terbanyak kedua di ASEAN setelah Vietnam (Jawa Post, 28/5-2005).

Rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk masih rendah. Produksi dokter sekitar 2500 per-tahun di mana Ratio dokter: Penduduk = 1 : 5000, Perawat/Pend = 1 : 2.850, Bidan/pend = 1 : 2.600. Perencanaan, mutu SDM masih membutuhkan pembenahan, Pemanfaatan/penyerapan SDM kesehatan oleh jaringan pelayanan kesehatan masih terbatas/kurang, serta Distribusi tidak merata (SKN, 2004; Sri Astuti S, 2005).

Pada tahun 2015 jumlah penduduk di atas 60 tahun (lansia) adalah sekitar 11% atau 24 juta. Sebagian besar penduduk lansia tersebut di prediksi tidak akan memiliki jaminan pensiun dan jaminan kesehatan. Jumlah pensiunan pegawai negeri sipil dan TNI sudah sama dan melebihi jumlah PNS/TNI yang aktif. Kenyataan ini akan sangat memberatkan APBN. Oleh karena pensiunan PNS dan TNI dibayar melalui APBN (Sulastomo, 2004). Kurang lebih 58% penduduk Indonesia hidup dibawah US \$ 2 per hari, sehingga mereka rentan menjadi miskin karena kejadian sakit yang parah atau kecelakaan. Apalagi pembiayaan pelayanan kesehatan 60% masih harus dibayar sendiri (*out of Pocket*) (Biro perencanaan DepKes, 2002).

Kuatkan Sistem Kesehatan melalui upaya kesehatan dasar (*primay health care*).

Sistem Obat dan Perbekalan Kesehatan

Masalah dibidang sumber daya obat dan perbekalan kesehatan adalah ketersediaan, keamanan, manfaat serta mutu dengan jumlah dan jenis yang cukup serta terjangkau, merata dan mudah diakses oleh masyarakat. Meskipun mutu industri farmasi telah berhasil distandarasi, yakni dengan ditetapkan cara pembuatan obat yang baik (CPOB). Kebijakan obat generic yang mencakup 220 jenis obat.

Pengawasan perbekalan dan alat kesehatan sejak dari produksi, distribusi sampai pemanfaatannya juga belum dilakukan dengan optimal. Sedangkan pengadaannya untuk sarana kesehatan pemerintah belum sesuai dengan kebutuhan (SKN, 2004).

Subsistem Pemberdayaan Masyarakat

Desentralisasi menjadikan tanggung jawab yang lebih besar kepada masyarakat (keluarga dan perorangan) untuk berpartisipasi dalam menetapkan prioritas, perencanaan kegiatan kesehatan dan memberi umpan balik kepada para pengelola kesehatan, selain itu juga harus aktif hidup bersih dan sehat. UU No. 32 tahun 2004: Sumber dana Kesehatan berasal dari Dana Alokasi Umum, artinya kesehatan harus meyakinkan sektor lain untuk memperoleh anggaran kesehatan. Oleh karena itu, upaya kesehatan yang dibiayai sumber masyarakat menjadi alternatif pilihan jalan keluar yang dapat diambil, terutama untuk upaya kesehatan perorangan. Sedangkan upaya masyarakat dan upaya kesehatan masyarakat keluarga miskin tetap menjadi tanggung jawab pemerintah. Adanya kebijakan desentralisasi bidang kesehatan dari kewenangan pemerintah pusat kemudian diserahkan kepada pemerintah daerah (kabupaten dan kota), maka besar alokasi dana kesehatan menjadi bergantung pada pemerintah kabupaten dan kota. Kemampuan negosiasi bagi tenaga kesehatan kabupaten dan kota untuk meletakkan kesehatan sebagai prioritas pembangunan daerah sangat menentukan. Bahkan konflik kepentingan sering terjadi di mana penggunaan jasa publik baik rumah sakit, Puskesmas menjadi salah satu sumber pendapatan daerah.

Subsistem Manajemen Kesehatan

Derajat kesehatan individu maupun masyarakat ditentukan oleh banyak faktor. Faktor yang berpengaruh langsung tersebut dikelompokkan menjadi faktor genetik, faktor upaya pelayanan

kesehatan, faktor masyarakat, khususnya perilaku hidup sehat dan faktor lingkungan (biologis, sanitasi, pencemaran). Faktor tidak langsung tetapi kuat pengaruhnya adalah lingkungan sosial-ekonomi.

Pembangunan kesehatan selalu memerlukan **pendekatan holistik dan Sistem**; melibatkan semua sektor pembangunan, dan dilaksanakan secara komprehensif, terpadu. Oleh karena itu, akan menghindari pembangunan sektoral yang menimbulkan efek negatif langsung maupun tidak langsung pada kesehatan individu maupun masyarakat.

Kelemahan Sistem Kesehatan Nasional yang kita miliki, belum muncul kebijakan kelembagaan, yang artinya belum tersirat integrasi penataan struktur dan sistem, hubungan sektor kesehatan dengan sektor yang lain di mana pembangunan kesehatan juga menjadi tujuan pembangunan sektor yang lain.

1. Kecenderungan/Orientasi Manajemen

Beberapa kecenderungan atau pergeseran paradigma pembangunan kesehatan di Indonesia saat ini dan di masa mendatang adalah (1) *Fee for service (out of pocket)* ® Prabayar (asuransi), (2) *Medical care* ® *Health care*, (3) Mobilisasi ® Kemitraan, (4) *Need* ® *Demand*. (5) Birokrasi ® Wirausaha, (6) Pemerintah ® Swasta, (7) Konsumtif ® Investasi, (8) *Centralized* ® *Decentralized*. World Health Organization (WHO, 1999), menyatakan bahwa kecenderungan global dalam pelayanan kesehatan adalah: (1) Perubahan arah pembangunan kesehatan dari *disease centred* menjadi *people-centred*; dari *reactive curative* menjadi *proactive preventive*; dari *hector alone* menjadi *multi secvtoral shared*, (2) pendekatan upaya pelayanan yang holistik meliputi *preparation for life, protection of life and quality of life*, sehingga memungkinkan semua orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Peran Pemerintah dalam mengantisipasi kecenderungan ini adalah mengarahkan (*steering*) melalui perumusan kebijakan, pelaksanaan dan bimbingan teknis serta melaksanakan pengawasan bukan mengayuh (*rowing*). Memberikan pelayanan adalah mengayuh, dan pemerintah tidak pandai mengayuh. Mengarahkan akan sulit jika energi dan otak digunakan sekaligus untuk mengayuh kewajiban pemerintah bukan melayani melainkan mengarahkan, memberikan wewenang, mengawasi apakah pelayanan sudah diberikan (Osborne D., Gaebler T, 1999).

Untuk mengarahkan butuh orang yang mampu melihat seluruh visi dan kemungkinan, serta mampu menyeimbangkan berbagai tuntutan yang saling bersaing untuk mendapatkan sumber daya. Untuk mengayuh butuh orang yang secara sungguh-sungguh memfokuskan pada suatu misi dan melakukannya dengan baik. Sayangnya saat ini pemerintah tidak hanya mengemudikan, tetapi juga mengayuh dan bahkan memancing. Umumnya organisasi pemerintah tidak digerakan oleh misi mereka, melainkan oleh dua hal, yaitu "Peraturan" dan Anggaran". Untuk menanamkan misi organisasi pada anggota, pemimpin harus membangun suatu budaya berdasarkan misi tersebut dan menanamkan nilai-nilai serta model perilaku yang mereka inginkan.

Administrasi (Sentralistik, *top down*, Anggaran 75% dari pusat terlambat, kebijakan uniform; tidak lokal spesifik); Perencanaan dan Anggaran: Facility based; historical budget); *Capacity building* daerah terbengkalai; sistem surveillans lemah dan kemampuan advokasi rendah.

Reformasi atau perubahan yang sukses memerlukan 70 sampai 90 persen kepemimpinan dan hanya 10 sampai dengan 30 persen manajemen (Kotter J.P, 1996). Hal ini juga berlaku untuk reformasi kesehatan di Indonesia. Tantangan ini dapat dirasakan saat ini dengan banyaknya para pengambil keputusan di tingkat Provinsi, Kabupaten dan Kota yang termotivasi belajar Ilmu Administrasi

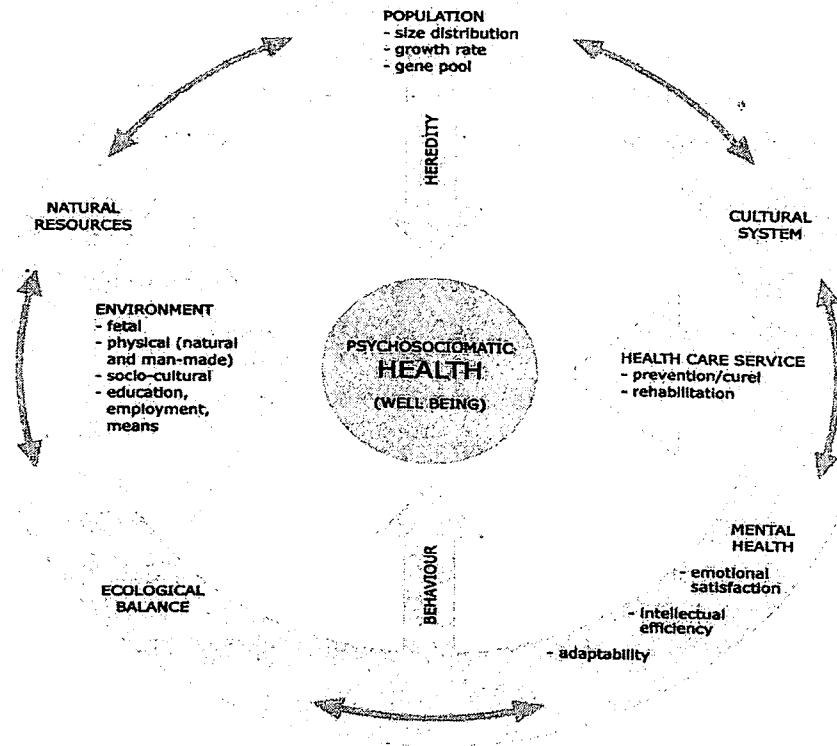
dan Kebijakan Kesehatan secara *off or on the job training*, sayangnya hanya sedikit yang belajar kepemimpinan. Administrasi dan Manejemen merupakan hal utama dalam reformasi kesehatan, karena memang diperlukan.

2. Pendekatan Holistik (sistemik, meyeluruh)

Pola dasar dan Dinamika Sistem Kesehatan: Hubungan diatur oleh prinsip dinamika sirkularitas, jarang memiliki hubungan kausal langsung satu persatu, sebab akibat dianggap tidak memiliki hubungan linier. Lima karakteristik berpikir sistem.

1. Tiap sistem memiliki peran/fungsi dan tujuan dalam sistem yang lebih besar
2. Semua bagian sistem harus ada keterkaitan dan ketergantungan agar sistem dapat melaksanakan fungsi dan mencapai tujuan secara optimal
3. Suatu bagian sistem harus dirancang secara spesifik agar dapat berfungsi dan mencapai tujuannya
4. Sistem berubah sebagai respon dari umpan balik
5. Sistem mempertahankan stabilitasnya dengan cara melakukan penyesuaian/adaptasi berdasarkan umpan balik.

Bagan 3 adalah suatu bukti bahwa kesehatan seseorang dan masyarakat tidak lepas dari pengaruh faktor lingkungan fisik, biologis, lingkungan sosial ekonomi dan perilaku masyarakat itu sendiri. Munculnya masalah busung lapar (multifaktorial), flu burung, (zoonosis) akhir-akhir ini di negara kita, juga sebagai bukti adanya kesalingtergantungan pembangunan antar sektor dalam meningkatkan derajat kesehatan individu dan atau masyarakat. Peran pelayanan kesehatan adalah relatif kecil. Oleh karena itu, pendekatan holistik dan sistem menjadi keharusan agar derajat kesehatan masyarakat setinggi tingginya bisa terwujud. Pendekatan ini cocok untuk mencegah dampak negatif globalisasi.



Bagan 3. Faktor Lingkungan dan Kesehatan

pembangunan, tetapi tetap berorientasi meningkatkan lingkungan hidup, berorientasi pada kesejahteraan. Pembangunan yang berkonsentrasi pada pembangunan ekonomi tidak secara otomatis memberikan keuntungan bagi perekonomian, sekaligus pula tidak otomatis membawa sumbangan bagi kesehatan dan kesejahteraan. Sehat menurut WHO adalah (*Health ...a condition of physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity.*) Definisi sehat menurut WHO lebih ke arah kebahagiaan (*happiness*) dan merupakan tujuan akhir untuk kebanyakan orang. Jadi upaya kesehatan yang baik bila mampu menjadikan orang secara fisik dan mental secara penuh berpartisipasi dalam kegiatan social ekonomi. Oleh Karena itu, upaya pelayanan kesehatan yang efektif merupakan upaya/alat

upaya pelayanan kesehatan yang efektif merupakan upaya/alat sentral untuk merealisasikan sasaran pemerintah dalam menurunkan kemiskinan. **Kesehatan harus menjadi *mainstream* pada setiap sektor pembangunan.**

Hadirin yang saya muliakan,

Kesehatan adalah pelayanan publik. Kesehatan adalah pelayanan yang memiliki keanekaragaman dan kesalingtergantungan yang tinggi, baik internal organisasi kesehatan dan dengan lingkungannya, karena itu langkah reformasi kesehatan di Indonesia harus memiliki karakteristik sebagai berikut:

Pembangunan Indonesia berwawasan kesehatan

Pembangunan visi bersama (*shared value*) didasarkan pada sikap yang memandang suatu organisasi sebagai suatu Set Komunitas-Suatu kesatuan (berpikir holistik dan sistem) yang saling terkait dan saling mempengaruhi satu sama lain yang dibentuk di atas makna bersama. Menyadari bahwa “lem” terkuat yang mengikat orang-orang dalam organisasi bukanlah “apa yang mereka dapat” dari organisasi, melainkan apa yang mereka kontribusikan kepada masyarakat.

Peran Pemerintah dalam pembangunan/perubahan (Osborne D, 1999)

- Sebagai katalis: mengarahkan (*steering*) ketimbang mengayuh (*rowing*)
- Pemerintah milik Masyarakat: memberi wewenang ketimbang melayani (*Serving*)
- Pemerintah menyuntikkan Persaingan ke dalam Pemberian Pelayanan
- Pemerintah yang berorientasi hasil: Membiayai hasil, bukan masukan
- Pemerintah berorientasi pelanggan: Memenuhi Kebutuhan Pelanggan, bukan Birokrasi

- Pemerintah Wirausaha: Menghasilkan Ketimbang Membelanjakan
- Pemerintah Antisipatif: Mencegah daripada Mengobati
- Pemerintah Desentralisasi lebih memberdayakan masyarakat lokal
- Pemerintah Berorientasi Pasar: Mendongkrak Perubahan Melalui Pasar

Untuk mendukung proses kreatif ini, orang-orang perlu mengetahui bahwa mereka mempunyai kebebasan nyata untuk mengatakan apa yang mereka inginkan tentang tujuan, makna dan visi, tanpa batas rintangan atau balas dendam.

Para manajer senior harus mengesampingkan KETAKUTAN mereka bahwa "kita harus menentukan batas-batas di mana orang-orang bisa menciptakan visi, atau mereka akan lepas kendali. Visi bersama mempunyai suatu cara untuk tersebar melalui hubungan pribadi. Untuk menghubungkan berbagai komunitas ini, organisasi tergantung pada jaringan informalnya, saluran-saluran komunikasi di mana orang-orang berbicara secara mudah dan bebas (bertemu pada acara makan bersama di mana masing-masing orang membawa makanan untuk dibagikan, acara-acara partisipatif, acara kumpul-kumpul informal lainnya).

KEBIJAKAN REFORMASI

Segera dilaksanakan isi UU Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Sistem Kesehatan Nasional dalam setiap perencanaan strategi, dan kebijakan serta program yang lebih operasional secara terpadu (keterkaitan antar komponen sistem) dan memiliki kelembagaan yang jelas. Perencanaan strategi dan perencanaan operasional yang menggunakan pendekatan *Participatory Rapid Appraisal*-PRA (partisipasi masyarakat lokal dan tokoh kunci, keragaman tim perencana, kelenturan memilih perangkat yang tetap).

STRUKTUR KELEMBAGAAN

Struktur mempengaruhi perilaku sistem. Kalau diletakkan di dalam sistem yang sama, setiap orang meskipun berbeda cenderung

mengeluarkan hasil yang serupa. Contoh: Mantan pejabat pemerintah menjadi kritis ketika pensiun; Orang Indonesia yang menjadi disiplin di Singapore.

PENDEKATAN SISTEM DAN HOLISTIK

Berbeda dengan organisme hidup yang lain. Sistem sosial: *multiminded, multidimensional* dan pola-pola interaksi tidak bersifat on-time proposisi. Unity belum menjadi identitas. Unity masih selalu dalam perjuangan. Sistem sosial peka terhadap keadaan lingkungan dan kehidupan yang selalu berubah, perubahan terjadi baik dari pengaruh lingkungan eksternal maupun internal.

Sistem sosial selalu dalam proses menjadi, dan proses membangun identitas unity. Oleh karenanya sistem sosial adalah ***learning system, selalu dalam proses membangun unity***. Dalam organisasi sosial setiap anggota mempunyai tujuan, tercermin dalam pilihan cara dan tujuan (*multiminded*). Pola interaksi dilakukan berdasarkan pilihan bebas komponen (*tidak given*).

Hubungan antara elemen diatur menurut nilai kebersamaan dan cara yang disepakati bersama. Sebab dan akibat saling terkait; sebab berbeda memiliki akibat sama. Sebab yang sama memiliki akibat berbeda (konsep timbulnya penyakit).

SIMPULAN

Hadirin yang saya muliakan,

Beberapa simpulan yang perlu dicermati dan diperhatikan dalam reformasi kesehatan di Indonesia saat ini adalah:

RE-ORIENTASI

Pembangunan berwawasan kesehatan. Untuk bisa mewujudkan reformasi kesehatan di Indonesia perlu adanya komitmen semua sektor pembangunan dan partisipasinya pada setiap pembangunan selalu berwawasan kesehatan.

- Yang perlu direnungkan dalam reformasi kesehatan di Indonesia: Kesehatan harus masuk arus utama (*mainstream*) dalam kebijakan pembangunan nasional dan daerah. Pembangunan nasional (sektor ekonomi, pertanian, dst) yang berwawasan kesehatan.
- Masih perlu perjuangan berat dan panjang. Untuk mencapai tujuan umum tersebut program yang dilaksanakan lebih ditekankan pada upaya yang bersifat promotif, preventif, surveilan yang didukung dengan upaya kuratif dan rehabilitatif sesuai dengan kebutuhan. Prioritas program adalah penggerak program yang mempunyai dampak terhadap penurunan angka kematian bayi, ibu, dan anak Balita
- Stop kerusakan yang lebih lanjut akibat efek negatif pembangunan oleh semua **pembangunan sektoral yang secara single** dan menjamin kelangsungan hidup manusia. Menyediakan pedoman yang *appropriate* untuk semua sektor. Mengembangkan pendekatan **holistik dan sistem** dalam mewujudkan keseimbangan lingkungan hidup dan upaya kesehatan guna meningkatkan kesejahteraan manusia. Holistik menjamin adanya keterpaduan dan kesalingtergantungan antara upaya kesehatan (*primary, secondary dan tertiary health care*). Sistem artinya sebagai satu kesatuan dari pembangunan semua sektor lingkungan terkait dalam mencapai tujuan bersama yaitu investasi sumber

daya manusia (*human capital investment*) melalui upaya sistematis guna terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Ini merupakan kondisi yang diperlukan untuk kebahagiaan yang terkait langsung dengan kehidupan dan secara otomatis meningkatkan kehidupan.

- Kebijakan kesehatan hendaknya bersifat partisipatif, artinya keputusan harus melibatkan daerah sebagai fungsi "*rowing*" dalam pelaksanaan kebijakan. Jadi daerah tidak hanya sebagai pelaksana kebijakan saja tetapi juga ikut memberi masukan dalam perumusan kebijakan. Peran pemerintah pusat lebih banyak ke "*steering*".

RE-STRUKTURISASI

Upaya pelayanan secara holistic dan menyeluruh memerlukan perubahan struktur kelembagaan; keterkaitan pembangunan kesehatan dengan pembangunan sektor yang lain. Pendekatan holistik bukan menyerahkan kewenangan dan urusan kesehatan ke sektor lain, melainkan *sharing of management competence*. Tujuan pendekatan holistik dan re-strukturisasi adalah membuat pembangunan kesehatan dapat dipadukan dengan pembangunan sektor lain sehingga menghasilkan sinergis atau berlipat hasilnya jika hanya di kerjakan oleh sektor kesehatan saja dalam meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pendekatan holistik menjadikan pembangunan kesehatan sebagai indikator kemajuan yang tepat di mana akan memprioritaskan pembangunan manusia sebagai ganti ketamakan.

Perubahan struktur kelembagaan meliputi:

- a. Pemerintah Pusat lebih berkonsentrasi sebagai *Steering* dan Pemerintah kabupaten/Kota lebih berfungsi *rowing*.
- b. Pusat orbit pelayanan kesehatan yang semula ada di kabupaten dan kota menjadi di provinsi.
- c. Upaya *primary health care* (pelayanan kesehatan dasar) harus menjadi tanggung jawab bersama antara pemerintah, maupun masyarakat termasuk swasta. Upaya pelayanan kesehatan dasar

80% dilaksanakan oleh masyarakat/swata, sedangkan pelayanan tingkat kedua dan ketiga peran pemerintah lebih besar.

- d. Meningkatkan fungsi Puskesmas selain upaya pelayanan kesehatan dasar, yang menjadi pelayanan wajib minimal, juga memberikan peran pelayanan rawat inap sederhana dan darurat sesuai dengan kemampuannya.

SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

Saat ini banyak model sistem asuransi yang berkembang di Indonesia, tetapi cakupannya rendah. Sistem pembiayaan di Indonesia di masa datang sebaiknya menggunakan Asuransi Kesehatan Sosial (*Social Health Insurance = SHI*) yang bersifat universal dan wajib, mandatori bagi seluruh masyarakat Indonesia. Indonesia harus melakukan ini, karena sebagian besar Negara ASEAN telah melakukannya. SHI adalah pilihan sebagai strategi anti kemiskinan. SHI dapat menurunkan beban finansial masyarakat miskin sehingga bisa akses keberbagai pelayanan kesehatan, menurunkan beban orang kaya untuk terhindar dari dampak bencana besar pengeluaran (*catastrophic impact of household expenditure on health expenditures*), meningkatkan keterpaduan sistem pelayanan (*Promote integrated health system - public and private*) dan menurunkan kesenjangan derajat kesehatan antara kaya dan miskin (*Reduce spatial differences on health outcome*).

Orang miskin pembiayaan ditanggung Negara sesuai dengan UUD 45 pasal 34 ayat 2 yang menyebutkan bahwa Negara mengembangkan jaminan social bagi seluruh rakyat. Hal senada juga dimunculkan dalam UU SJSN ps 14 ayat 2, Ps 17 ayat 4; SKN 2004.; UU Kesehatan Nomor 23., 1992, UU RI. Nomor 32 Tahun 2004.

KEMITRAAN

Mengembangkan kemitraan yang luas dengan sektor pemerintah, universitas, pemerintah daerah, masyarakat, swasta untuk bekerja sama dalam mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Kita semua sepakat bahwa pembangunan kesehatan bukan hanya kebutuhan dan tanggung jawab sektor kesehatan saja, tetapi merupakan kebutuhan riil serta tanggung jawab semua masyarakat Indonesia. Visi, misi, dan strategi pembangunan daerah, termasuk budaya pengelolaan potensi daerah harus dirubah agar sesuai dengan perkembangan lingkungan eksternal (lingkungan politik, sosio-ekonomi, kesehatan). Kemitraan internal di antara pusat layanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik dan Praktek swasta) harus berjalan dulu sebelum menggalang kemitraan dengan eksternal.

PEMBERDAYAAN (*EMPOWERMENT*)

Pemberdayaan adalah term yang digunakan sebagai wujud pemberian otorita pada bawahan untuk mengambil keputusan. Pemberdayaan juga berarti memberikan pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang memadai untuk membuat keputusan. Provinsi dan pemerintah pusat harus memberikan bantuan sumber daya (manusia, sarana dan fasilitas, termasuk obat), pengetahuan dan ketrampilan kesehatan kepada pemerintah kabupaten/kota.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kepada Pemerintah Republik Indonesia saya menghaturkan terima kasih saya atas kepercayaan yang diberikan untuk memangku jabatan Guru Besar dalam bidang ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, pada Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga.

Kepada saudara rektor Universitas Airlangga Prof. Dr. Med Puruhito, dr., Sp.B, Sp.BTKV dan Anggota Senat Universitas Airlangga, Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Prof. DR. H. Tjipto Soewandi, dr., MOH., Sp.OK. dan Guru Besar di lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Universitas Airlangga, saya sangat berterima kasih atas persetujuannya untuk menerima saya dalam lingkungan saudara.

Saya berhutang budi kepada Prof Sabdoadi, dr., MPH almarhum dan Prof. Soemarto Danusughondo, dr., MPH., Dr.PH almarhum yang telah membimbing saya sebagai promotor disertasi saya. Beliau yang selalu membimbing, memberi bekal pengalaman dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Kepada mantan Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Prof. Dr. Hj. Rika Subarniati, SKM yang selalu membimbing dan memberi arahan, dukungan, dan bantuan yang tulus untuk kemajuan saya.

Kepada senior saya Widodo Puji Raharjo, dr., MPH., Dr.PH., Kepada Ketua Bagian Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg, MKes dan semua dosen di Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat, saya sampaikan terima kasih atas kerja samanya dalam mengembangkan karier saya.

Ucapan terima kasih juga saya haturkan kepada semua guru saya mulai dari SD, SMP, SMA, dan Fakultas kedokteran serta seluruh sivitas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, sebab tanpa bimbingan dan didikannya tidak mungkin saya menjadi seperti sekarang ini.

Pada hari yang berbahagia ini saya sampaikan hormat saya kepada almarhum ayah saya Soegeng Soeprapto dan ibu saya Y. Soeyati, yang telah memberi cinta kasih, pendidikan dan suri tauladan, sebagai bekal hidup saya. Kasih sayang tidak terlupakan saya tujukan pula kepada almarhum mertua saya Askabul dan Wijayanah. Kepada semua almarhumah, saya selalu mendoakan arwahnyanya, semoga diterima disisi Tuhan Yang Maha Esa.

Kepada semua saudara dan ipar saya, Dahlan Prasetya., Drs. Rusdi Zaenul, Soepraktino, Drs. Sigid, Prof. Ir. Paul Indiyono, PhD, Marwan Ir. Agus Subagyo, Ir. Kuncoro, Kuncahyono, Joko Santosa Ir. Soegeng Supriyono dr., Sp.Rad., saya sampaikan terima kasih saya atas saling pengertian dan kerja sama yang tulus dalam membentuk kehidupan keluarga yang harmonis.

Kepada istri saya tercinta M.T Kunderwati BA, yang telah mendampingi saya, menjalani kehidupan ini selama 26 tahun, yang selalu giat mendidik anak-anak, yang menanamkan dan memberi kepercayaan diri saya dalam menjalani kehidupan ini, saya sampaikan terima kasih.

Kepada ketiga anak saya Dendy Cahyanto S.E., David Prakasa S.Ked dan Dimas Rio Balti: semua yang saya cintai, saya sampaikan terima kasih atas segala perhatiannya yang mendalam kepada saya.

Ucapan terima kasih saya sampaikan pula kepada Panitia Upacara Pengukuhan ini yang diketuai oleh Muhammad Sumedi, M.H, S.H, dan Dr. Nyoman Anita D. drg., MKes. dan segenap anggotanya, anggota paduan suara dan semua pihak yang telah membantu terselenggaranya upacara ini sehingga dapat berlangsung dengan sangat baik dan lancar.

Mengakhiri orasi ini, sekali lagi saya menyatakan syukur dan terima kasih kepada Tuhan Yang Maha Esa, sebab tanpa Rahmat, Kuasa dan Karunia-Nya, tanpa Bimbingan-Nya dalam menjalankan tugas, kewajiban dan tanggung jawab saya, tidak mungkin saya mencapai kedudukan ini. Kedudukan ini memikul tanggung jawab

lebih besar bagi saya untuk kemanusiaan, nusa dan bangsa dan saya selalu berdoa untuk memohon kekuatan.

Saya mohon maaf bila dalam orasi ini terdapat kesalahan atau tutur kata yang kurang berkenan di hati. Bersama ini pula saya sampaikan terima kasih kepada hadirin yang telah dengan sabar dan penuh perhatian mengikuti seluruh upacara ini.

Salam Sejahtera bagi kita semua,
Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin A., 2004. *Berpikir Sistem*. Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan Badan Litbangkes Depkes RI. Surabaya.
- Chan Chee Khoon., 1996. *Privatization and The Health Care Sector*. The Second Penang Economic Seminar: Promoting Penang as a Center for High Quality Health Service. Sep. 1996.
- Compas. 2005. *Kemiskinan Merupakan Salah Satu Ancaman.*, Abad 21. 04/08/05.
- DepKes RI. 2004a. *Macroeconomics and Health, INDONESIA COUNTRY PROFILE*. Biro Perencanaan.
- DepKes RI. 2004b. *Sistem Kesehatan Nasional*. KepMenKes RI No. 131/Menkes/ SK/ II/ 2004, Tanggal 10 Pebruari 2004.
- Hong PK. 2002. *Health System of Singapore-The Public-Provate Mix*. Dept of Community, Occupational and Family Medicine, National University of Singapore and the Institute of Policy Studies, Singapore
- Iwan Soetjahja *Health System is the Best*. Health All Development International Foundation Former Regional Advisor of The World Health Organization. Manila Bulletin. Thurs., March 19. 1998.
- Kai Hong P, 2002. *Health System In Singapore, The Public-Private Mix*. National University of Singapore, the Institute of Policy Studies.
- KepMenKes RI. No. 131/Menkes/SK/II/2004, Tanggal 10 Pebruari 2004 menetapkan SKN agar digunakan sebagai pedoman bagi semua pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Indonesia.
- Kotter J.P., 1996. *Leading Change*. Harvard Business School Press. Singapore.
- Kotter J.P., 1997. *Power and Influence: beyong formal authority* (Alih bahasa: Hendra Teguh).Simon & Schuster Ltd. Jakarta.

- Kuhlmann E., 2002. Biennial International Congress "Health and Society in Europe" European Society for Health and Medical Sociology. 29.8-31.8.2002, Groningen, Netherlands. Center for Social Policy Research, University of Bremen.
- Osborne D, Gaebler T., 1999. Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector. (Alih bahasa, cetakan kelima). CV Teruna Grafika. Jakarta.
- Shepard PS, Savedoff W, Hong PK. 2002. Health Care Reform Initiative in Malaysia. Report of a consultation with the Planning and Development Division MOH.
- Sri Astuti S. 2005. Program Upaya Kesehatan Perorangan Tahun 2006. DirJen Pel. Medis.
- Stierle, Friedeger. 2002. UNIVERSAL COVERAGE AND EQUITABLE ACCESS TO HEALTH CARE, The European and German Experience. Asia Pacific Summit on Health Insurance and Managed Care, Jakarta, 22-24 May 2002.
- Thabrany, Hasbullah. 2002. The Indonesian Health Insurance Systems: Equity Perspectives. Asia Pacific Summit on Health Insurance and Managed Care, Jakarta, 22-24 May 2002.
- Than Sein U, 2002. Health Financing Reforms in South-East Asia. Department of Evidence and Information for Policy, WHO Regional Office for South-East Asia New Delhi, India, February 2002.
- UU RI. 1992. Undang-undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992. Jakarta.
- UU RI. 2004. Sistem Jaminan Sosial Nasional Nomor 40., 19 Oktober.
- UU RI. 2004. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
- UU RI. 2004. Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004: tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Jakarta.

- Tunggal H.S. 2005. UU RI. No. 40 Tahun 2004, tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Harvarindo.
- UU Dasar 1945 Hasil Amandemen dan Proses Amandemen. Sinar Grafika. Jakarta, 2005.
- WHO, 2004. INDONESIA Environmental Health County Profile. Nov. 19.

RIWAYAT HIDUP

Nama Lengkap : Prof. Dr. Stefanus Supriyanto dr., MS
NIP : 130675544
Tempat dan tanggal lahir : Tulungagung, 16 September 1949
Agama : Katolik
Status Keluarga : Menikah, dengan tiga orang anak
Nama Istri : M. T. Kunderwati, BA
Pangkat : IV/c
Jabatan : Guru Besar dalam Ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga

RIWAYAT PENDIDIKAN

Pendidikan Dasar

1. Tahun 1962 : Lulus Sekolah Dasar Pontianak
2. Tahun 1966 : Lulus Sekolah Menengah Blitar
3. Tahun 1969 : Lulus Sekolah Menengah Atas Negeri Trenggalek
4. Tahun 1977 : Lulus Dokter Fakultas Kedokteran UNAIR
5. Tahun 1983 : Lulus Magister Ilmu Kedokteran Dasar UNAIR
6. Tahun 1994 : Lulus Doktor dalam Ilmu Kedokteran, Program Pascasarjana UNAIR

Pendidikan Tambahan

1. Health Planning Course, 1985. Johns Hopkins University, School of Public Health USA
2. Health Financing, 1992. Boston University, International Health, USA

RIWAYAT PEKERJAAN**Pengalaman Jabatan/Pekerjaan:**

1. Calon P.N.S. (Asisten Ahli Madya, Gol. III/a) 1 Pebruari 1978
2. Pegawai Negeri Sipil (Penata Muda, Gol. III/a) 1 Pebruari 1979
3. Asisten Ahli (Penata Muda Tk. I, Gol. III/b) 1 April 1982
4. Lektor Muda (Penata, Gol. IIIc) , 1 April 1985
5. Lektor Madya (Penata Tk. I, Gol. III/d) 1 April 1990
6. Lektor (Pembina, Gol. IV/a) 1 Oktober 1997
7. Lektor Kepala (Pembina Tk I, Gol. IVb) 1 April 2002
8. Guru Besar 1 Desember 2004, Pembina Utama Muda, Gol. IV/c
1 April 2005

Struktural

1. Dokter Kepala Puskesmas Kedamean & Puskesmas Slempit Kabupaten Gresik, tahun 1979–1981
2. Dokter Puskesmas Benjeng Kab. Gresik, Tahun 1980–1981
3. Kepala Bagian Administrasi Kesehatan Masyarakat FKM Unair 1995–1999
4. Ketua Minat AKK Program Studi IKM Pascasarjana 1995–2000 Pascasarjana Unair
5. Ketua Minat Program Magister Pelayanan Kesehatan Pascasarjana Unair 1999–2005
6. Pembantu Dekan I FKM Unair 2000–2001
7. Pembantu Dekan II FKM Unair 2003–2005

KEANGGOTAAN ORGANISASI DAN PROFESI**Dalam Negeri**

1. Anggota IDI Surabaya, Tahun 1980–sekarang
2. Anggota IAKMI Surabaya, Tahun 1981–sekarang

38

Luar Negeri

1. Anggota AHA (American Hospital Association, Tahun 1992–sekarang)

KARYA ILMIAH (2000–2005)**International**

Studi Pengembangan Model Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat. Asia Pacific Summit on Health Insurance and Managed Care. Djakarta, 22–24 May 2002. Penyaji.

Nasional

1. Studi Pengembangan Model Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, 2001–2002, RUT VIII/2/2002. Author
2. Sistem Kesehatan Nasional, Sistem Kesehatan Wilayah Sebagai Dasar Perencanaan Kesehatan Kota dan Kabupaten. Majalah Kesehatan Perkotaan. Vol. 10 No.2 Desember 2003. Akreditasi Dirjen Dikti No. 34/DIK/Kep/2003. Author
3. Team Learning. Majalah Administrasi dan Kebijakan. Vol. 1 No. 3 September 2003. ISSN 1412–8853. Author
4. Tantangan dan Peluang Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut di Masa Mendatang. Majalah Jurnal Kedokteran Gigi Dental. Vol. 37 No. 2 April 2004. Akreditasi. Dirjen Dikti No. 34/DIKTI/Kep/2003. Author
5. Strategi Pelayanan Rumah Sakit Melalui Strategi Re-Organisasi. Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Vol. 2 No. 2 Januari 2004. ISSN 1412–8853. Author
6. Pelaksanaan Analisis SWOT di Instalasi Gigi dan Mulut RSUD Soetomo Surabaya. Majalah Kedokteran Gigi Dental Journal Vol. 35 No. 3 Juli 2002. Co-author

39

7. Health Sector Reform: A Case Study On Decentralization of Health Care Management In East Java Province. Author. The Indonesian Journal of Public Health. Vol. 1, No. 1, Juli 2004. ISSN 1829-7005. Author

Buku

1. Modul Pelatihan Negosiasi, tahun 2001 (Tim)
2. Buku Manajemen Mutu, tahun 2001
3. Buku Kewirausahaan, tahun 2002
4. Buku Manajemen sumber daya manusia, tahun 2003
5. Buku Metodologi Riset, tahun 2003
6. Buku Strategi Pemasaran jasa, tahun 2004
7. Buku Perencanaan dan Evaluasi Bidang Kesehatan, tahun 2005 (Tim)