

Tgl 30 Juni 2011 Hotel Saphir

Sesi I : Arahan Sekretaris jendral tentang peningkatan kapasitas pejabat struktural di daerah dalam era desentralisasi sesuai pasal 128 UU32/2004 Oleh dr. Krishnajaya, MSc

Begitu cepat berubah, dahulu kepala dinas sekarang sudah berubah kembali. Maka dalam UU 32 akan kita batasi dan benahi. Harapannya kalau ini sudah menjadi PP dapat menjadi adil bagi semuanya. Harapannya NSPK yang telah dibuat oleh teman-teman dari kementerian kesehatan semoga dapat sesuai dengan teman-teman dari daerah. Kelembagaan didaerah, merujuk pada UU NO 32 tahun 2004 Ps 13 dan 15 “Penanganan kesehatan merupakan urusan yang wajib dilaksanakan oleh pemda baik provinsi maupun kabupaten kota”. Tujuannya adalah untuk memenuhi pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Karakteristiknya urusan kesehatan adalah urusan konkuren. Bobot kesehatan secara manajerial semakin tambah kompleks. Dan dari sini timbul pemikiran kembali, di dalam UU 32 revisi, muncul tenaga strategis. Menteri pendidikan meminta bahwa tenaga medis dan tenaga kesehatan tertentu menjadi tenaga di pusat.

Penataan pejabat struktural didaerah (PP 41 thn 2007)

Perangkat pemerintah daerah

Pelaksana urusan pemerintah di daerah sebagai wakil pemerintah pusat gubernur/ bupati. Walikota dan perangkat daerah (Ps 1 ayat 3)

Dalam menjalankan tugasnya mempunyai perangkat yang disebut lembaga teknis daerah yang berbentuk kantor badan dan rumah sakit (Ps. 8)

Pada juknis No. 26/ menkes/sk/III/2008, disana tidak disebutkan gizi.

Persyaratan jabatan.. (lihat table judul warna hijau KEPMENKES No. 267/MENKES/SK/III/2008)...

Idealnya berdasarkan Kepmenkes RI/ Menkes/ SK/III/2008 (untuk menjamin profesionalitas, pejabat kesehatan daerah yang diangkat yaitu berpendidikan dokter, dokter gigi, skn, apoktekr dan sarjana kesehatan lainnya).

Permasalahan :

pembagian wewenang pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/ kota belum jelas kerana adanya perbedaan persepsi dari penyelenggaraan pemerintah. Hal ini menyebabkan:

- Rendahnya kerjasama antar pemerintah pemda dan lembaga
- Pengorganisasian kelembagaan belum efektif dan efisien

Perlunya pengembangan kapasitas pejabat struktural. Kabupaten/kota untuk mengantisipasi perubahan, oleh karena :

- Masih terbatas dan rendah kapasitas SDM baik dalam jumlah dan profesionalisme
- Belum ada sistem dan regulasi yang memadai dalam rekrutimen dan pola karir aparat pemerintah, sehingga rendahnya SDM berkualitas yang menjadi aparatur pemerintah

Tindak lanjut:

- menata kelembagaan sehingga lebih terintegrasi dan kokoh
- pengembangan kapasitas pejabat structural dengan :
 - memperjelas pola karir pegawai
 - pendidikan dan latihan (diklat)
 - diklatpim
 - diklat teknis
 - pelatihan
 - fungsional
 - manajerial (khusus)

Harapannya dari tindak lanjut ini ke depan adalah pelayanan masyarakat menjadi lebih baik dan efisien, hubungan kerja antar tingkat pemerintah, DPRD, masyarakat dan lembaga non pemerintah menjadi lebih optimal sesuai dengan peran dan fungsi masing-masing dan menyiapkan aparatur pemerintah berkualitas secara professional di seluruh wilayah

Diskusi :

Pertanyaan:

Stelah melihat revisi 32, terus terang di daerah sangat gembira sekali, karena dari permasalahan yang terjadi, ini adalah inti untuk teman-teman di daerah. Kalau di daerah birokratnya bukan orang yang paham akan sulit sekali. Kami di Sulawesi utara gubernur sangat keras, jd pengangkatan pegawai harus berdasarkan persetujuan, .. dilantik dahulu baru dikonsultasi dan disetujui. Kami sudah pernah membahas pejabat inti di daerah seperti apa dan bagaimana. Usulan, pejabat di tingkat kabupaten kota, ujung tombak kami disini, kami menyusun kriteria pejabat di daerah propinsi, tetapi di daerah / puskesmas bukan kita yang menyusunnya makan itu akan percuma. Karena kegiatan yang sering dibuang oleh kementerian kesehatan adalah langsung ke daerah / kabupaten. Sekarang yang menjadi masalah adalah peran propinsi ke puskesmas, seharusnya propinsi adalah hanya untuk mensupervisi. Jadi pembagian-pembagian ini yang belum jelas, ada tidak juknisnya untuk ini memperjelas ini. Lalu bagaimana kriteria untuk kepala puskesmas. Kemudian yang terakhir, PP 38 sangat bagus, hal ini diharapkan bukan hanya sekedar usulan tetapi harus dipikirkan,

Respon :

Tolong BUK untuk mencatat masukannya dari pak mark. Kalau menunggu UU ini menjadi lama. NSPK itu standarnya apa. Sekarang kalau puskesmas tidak ada dokter, itu dikatakan

puskesmas tidak? Jadi tolong NSPK dibuat utk puskesmas seperti apa, rumah sakit juga seperti apa. Jadi hal-hal seperti itu difasilitasi saja dan ada cantolan hukumnya. PP 19 itu agak banci, karena payung hukum di atasnya tidak kuat, di PP 32 itu tidak diejlaskan. Jadi peran gubernur sebagai orang pusat bisa kuat. Jadi kita bisa menguatkan bahwa kepala dinas kesehatan itu langsung ditentukan oleh pusat bukan dari gubernur.

Arahan direktur jendral BUK tentang Penguatan kapasitas dan sinkronisasi kelembagaan di daerah dalam era desentralisasi Oleh Dr. Supriyanto, Sp. P. MARS

Terkait dengan penguatan-penguatan ini Beberapa kendala penguatan kapasitas kelembagaan di daerah ..

Pelayanan kesehatan di BUK diarah tidak mungkin. Anggaran rs vertical hanya 15 %. Sedangkan untuk ke daerah sekitar 55 %. Penanganan.

Kasus-kasus gizi buruk sudah banyak program-program, tetapi masih perlu sinkronisasi dengan dinas-dinas di daerah. Hospital bukan untuk rs yang beranggarn tinggi, tetapi jgan jadi alasan untuk pembangunan rs yang jauh lebih baik. Saat ini pembangunan rs lebih ke arah fisiknya. Banyaknya pasien-pasien kita yang keluar negeri, sbgn besar krn sikap kita dalam pelayanan yang kurang care dan juga karena SDM nya yang kurang dapat memberikan hasil yang baik. Untuk itu kami melakukan akreditasi dan sekarang menggunakan JCI.. sehingga standar keperdulian terhadap pasien ditingkatkan. Saran pada manajemen rs., Saasaran pada pasien safety, sasaran pada MDGs. Dan standarnya akan berjenjang pratama, madiya, utama dan paripurna. Dan paripurna ini sudah limit international. Bukan lagi akreditasi 5 pelayanan atau 12 pelayanan.

Prinsip penguatan kapasitas daerah :

1. Pengembangan kapasitas bersifat multi – dimensional, mencakup beberapa kerangka waktul jangka panjang, jangka menengah dan jangka pendek.
2. Pengembangan kapasitas menyangkut “multiple stakeholders”
3. Pengembangan kapasitas harus bersifat “demand driven”, dimana kebutuhan tidak ditentukan dari atas / luar, tetapi harus datang dari stakholdernya sendiri dan
4. Pengembangan kapasitas mengacu pada kebijakan nasional seperti PRJMN 2010 -2014 dan rencan kerja pemerintah (contoh PP 20 / 2004)

Beberapa kendala dalam penguatan kapasitas kelembangaan di daerah untuk mendukung kebijakan kesehatan :

1. Regulasi

Kelengkapan regulasi masih menyisakan persoalan yang berarti dan akan dapat terjawab dengan penyelesaian, kejelasan, sinkronisasi dan kemantapan regulasi, termasuk pengenaan sanksi.

Masih perlu banyak PP dan peraturan pelaksana lainnya untuk operasionalisasi, sementara otonomi daerah harus tetap berjalan. Akibatnya penyelenggaraan otonomi daerah yang kini berjalan ditanggapi secara beragam, dan bahkan menimbulkan eksekse berupa konflik kepentingan antara berbagai strata pemerintah di pusat dan daerah.

Tidak jarang daerah membuat peraturan daerah yang justru bertentangan dengan peraturan yang lebih tinggi dan bahkan menimbulkan eksekse (konflik) di tingkat loka atau antar daerah.

Koordinasi

Proses koordinasi pelaksanaan otonomi daerah antara instansi pemerintah pusat (khususnya yang terkait dengan penyusunan peraturan dan pedoman baru) belum berjalan dengan baik sehingga berakibat pada kurangnya konsistensi peraturan yang dikeluarkan oleh instansi-instansi pemerintah pusat dimaksud yang justru menimbulkan kebingungan di daerah.

Persepsi

Proses keterbukaan yang berkembang telah berdampak pada munculnya kecenderungan keragaman persepsi menyikapi otonomi luas. Akibat perbedaan persepsi tersebut menyebabkan friksi antar berbagai tingkatan pemerintahan terutama yang berkaitan dengan distribusi kewenangan

Waktu :

Euforia otonomi daerah yang begitu tinggi di era reformasi ini menuntut kecepatan dan ketanggapan yang tinggi oleh pemerintah untuk menyusun berbagai peraturan dan kebijakan lainnya dalam kerangka desentralisasi, sementara pemerintah tidak punya cukup waktu untuk sesegera mungkin menyusun berbagai peraturan pelaksanaan dan kebijakan-kebijakan lainnya yang memang belum lengkap.

Keterbatasan sumberdaya

Rendahnya kualitas sumber daya manusia termasuk aspek mental dan moral, di pusat maupun daerah jelas merupakan faktor yang dominan dalam hal ketidakmampuan memberdayakan kapasitasnya masing-masing. Aparatur pemerintah ditingkat pusat belum sepenuhnya memahami luasnya cakupan kebijakan otonomi daerah dan implikasinya terhadap mekanisme kerja pemerintah pusat. Sementara daerah sendiri belum mempunyai penyedia layanan yang

memadai untuk mendukung percepatan desentralisasi. Demikian juga dengan kesiapan stakeholders lainnya.

Penguatan Kapasitas dan sinkronisasi kelembagaan di daerah dilakukan dengan memperhatikan:

1. Regulasi

Adanya kejelasan, sinkronisasi antara pemerintah pusat dan daerah serta kemantapan regulasi termasuk penerapan sanksi

2. Koordinasi

Adanya koordinasi antara pemerintah pusat dengan daerah agar konsistensi peraturan yang dikeluarkan oleh instansi-instansi pemerintah pusat dimaksud yang justru tidak menimbulkan multitafsir di daerah.

3. Persepsi

Adanya persamaan persepsi agar tidak menjadi friksi antar berbagai tingkatan pemerintah terutama yang berkaitan dengan distribusi kewenangan

4. Waktu

Adanya cukup waktu bagi pemerintah bersama untuk sesegera mungkin menyusun berbagai peraturan pelaksanaan dan kebijakan-kebijakan lainnya yang memang belum lengkap

5. Keterbatasan sumber daya

Adanya peningkatan kualitas sumber daya manusia termasuk aspek mental dan moral, sehingga memadai untuk mendukung percepatan desentralisasi diimbangi dengan kesiapan stakeholders lainnya.

Diskusi:

Sasangka, muntilan:

UU 26 Tahun 2004 mengenai regulasi mengatur secara umum dan dibagi dalam PP 41 untuk perangkat organisasinya. Kalau membahas PP 38 sinkron dengan PP 41 dan juga harus disinkronkan dengan UU spesialisnya. UU 36 ini harus dijabarkan dalam bentuk PP dan kepmenkes / permenkes. Jadi ada tim penyalaras dan penjabaran dari UU spesialis dan rnh sakit, jangan sampai nanti tidak sinkron. Mahzabnya pemda itu UU 32 dan penjabarannya di UU 38 dan 41 termasuk dinkes dan rs. . Mohon agar ada keselarasan dan keserasian implemetnasi pejabat struktural sudah diatur dimana kompetensi direktur sudah ada. Kemarin dalam draf pembuatan untuk kepala RS adalah tenaga medis yang mempunyai kemampuan melalui pendidikan dan kompetensi khusus mengetahui tentang kewirausahaan dan renstra bisnis. Dan mohon ada diklat untuk melakukan hal seperti ini. Reformasi birokrasi yang telah dicanangkan oleh kemenkes, implemetnasinya terhadap struktur itu diterapkan di daerah / kabupaten itu bagaimana?

Agus, Rembang

Tentang pembinaan rumah sakit, jadi dengan otonomi daerah rs menjadi aparatnya daerah. Yang menjadi masalah sebenarnya bagaimana pembinaan dari rs ini, klo diserahkan oleh dinas kesehatan. tahu persis bahwa tidak ada kemampuan dinkes untuk mengawasi atau membina rs di daerah tsb. Bagaimana misalkan ada sebuah kasus kematian ibu, maka yang melakukan audit itu adalah dokter rumah sakit itu sendiri. Jad dalam audit itu dibawa ke rs dan ternyata, saat itu pimpinan auditnya itu ya spesialisnya. Jadi kalau ini dibilang sebagai penguatan propinsi, jadi rs benar-benar tetep dibawahnya dinkes propinsi. Apakah memungkinkan bila sistemnya seperti itu?

Sistem-sistem yang telah dijelaskan tadi bagus maksudnya, tetepi jangan sampai ini menjadi proses besar. Selama ini kami dari daerah ke pusat itu berhaap bisa cepat . jangan sampai ini hanya membawa rantai birokrasi yang terlalu lambat. Kalau propinsi mau dibuatkan, serahkanlah bagian dari pusat untuk ke propinsi itu untuk dikerjakan oleh propinsi, biarkan propinsi untuk mengembangkannya.

Yang ketiga setuju revisi ini dikatikan dengan PP 41

Basuki, Kab.Hulu sungai tengah Propinsi Kalimantan Selatan

Dengan adanya dana jampersal, dari pusat sudah menurunkan dana tsb, tetapi juga ada PR tabahan utk kepala dinas. Klo melihat jampersal mmg ini merupakan dana bantuan sosial tetapi klo melihat juknis. Hal tsb kembali pada mekanisme daerah. Tetapi kalau dana tsb sudah di klaim maka dana itu milik istitusi pemerintah, berlakukalah pp no 41 dan 38. Bahwa penggunaan tsb tdk boleh dignakan langsung dan ini sudah menjadi kendala tersendiri. Kami sudah berkoordinasi dgn bagian keuangan dan inspektorat. Bahkan waktu saat ada audit dan bpk, tetap dana tsb tidak bisa dgunakan langsung dan hal ini menyulitkan. Tetapi pelaksanaannya juga byk yg tdk terlaksana.

Keberadaan dokter spesialis, semakin hari smakin berkurang. Disebabkan saat ini di rumahsakit blm menjadi BLU, sehingga disana saat diaudit oleh pihak BPK jadi permasalahan. Jadi jasa pelayanan umum dianalogikan sebagai upah umum. Insha allah thn rumahsakit kami akan ini menjadi blud. Melihat kaca mata seperti itu. Bisa tidak dokter spesialis disebar secara merata. Dan akhir-akhirnya itu adalah UUD, apakah memungkinkan dokter atau spesialis itu agar mendapatkan insentif sama untuk diseluruh Indonesia dan agar tidak ada iri satu sama lain dan pelayanan bisa menjadi merata. Kesalahan persepsi dari direktur rs di suatu kabupaten dan juga direjennya tentang sistem pengadaan terutama alat kesehatan,

Toni, Kabupaten Siak

Ada masukan , banyak kebijakan yang dibuat oleh kementerian kesehatan dan saat diaplikasikan di daerah sering tdk berjalan. Saya berharap semua kebijakan itu dpt berjalan jd peran dari kementerian LN sangat dibutuhkan.

Senang rs sudah masuk dalam dirjen BUK, artinya harapannya kalau puskesmas itu selalu dibina oleh dinas kesehatan dan dinkes kota kordinasi dgn dinas propinsi. shg kadang2 tidak ada yg membawahi rs. Tetapi saya berharap rs propinsi sudah berjalan eksis, diberikan tugas utk memberikan pembinaan ke rumah sakit – rumah sakit yang sedang berkembang.

Jawaban:

Bener sekali bicara 38 tentu bicara 41 karena ini menyangkut organisasi daerah. Tetapi mungkin tidak dibahas bersama dan sudah disinkronkan supaya tidak ada overlap. Tetapi kalau masih ada mohon diberikan masukan. Tetapi dgn pp 38 ini direvisi, jadi ada catatan utk revisi 41. Kami akan akomodasi magister-magister umum, misalnya MM, tetapi saya punya pengalaman, nanti akan dibuat pelatihan-pelatihan terkait tersebut. Sehingga betul-betul seorang manajer dapat menjalankan rumahsakit dengan baik.

Kemudian tentang reformasi birokrasi, dalam forum-forum seperti ini ini harus bisa menjembatani sehingga bisa mengikat masalah sampai ke bawah, ini tidak dapat berhasil tanpa ada dukungan dari jajaran kesehatan. Saling kepedulian itu pun sangat diperlukan. Kita adalah satu. Visi kementerian kesehatan itu adalah betul-betul memperhatikan kebutuhan daerah.

Kemudian terkait dengan yang disampaikan dari rembang, tentang khawatirnya birokrasi akan menjadi lebih panjang, memang segala sesuatunya ada konsekuensinya dan alai kita bisa menjalankan dengan baik maka tidak akan menjadi panjang.

Utk pengadaan barang kami tidak memberikan kepada propinsi yang sering banyak datang. Kekawatiran yg lbh panjang ini sudah kita antisipasi. Mmg ini msh di BOK. Sehingga nantinya ke depan pengajuan yg tidak teredit dlm planning tertentu tidak akan masuk dalam usulan kita. Salah satu juga boleh memotong itu, klo ini kewenangannya dinkes maka itu perlu adanya kewenangan utk itu. Diluar itu kami masih boleh mempersilahkan tembusan kepada kami sebagai fungsi kota. Bila ada masalah maka akan kami lakukan cross check.

Jampersal mengenai pencairan dana dan bagaimana, ternyata sudah dapat terjawab sendiri. Bahwa agar dana itu dapat terpakai sendiri maka rumah sakit memang harus sudah BLUD. Memang kalau belum BLUD, semua pendapatan akan masuk ke kas daerah lalu baru dapat digunakan. Kalau memang masih seperti itu, maka hal itu dapat diantisipasi pada saat perencanaan jauh sebelumnya.

Semakin berkurangnya dokter spesialis, ini sebagian terakomodasi di UU pendidikan kedokteran, jadi kita sudah berusaha agar ada keterikatan, jadi kita memberikan beasiswa kepada dokter ataupun dokter spesialis sehingga. Disamping itu dengan program sekolah yang sudah berjalan itu sudah jadi solusi, jadi mereka sudah diikat dan begitu kembali ke daerah mereka langsung mengisi kekosongan dokter di wilayah tersebut. Saat ini sudah ada.

Ternyata kemarin dari hasil diskusi, ada sebagian dokter yang mendapatkan beasiswa tersebut belum terikat penuh oleh daerah. Maka mohon dilaporkan kepada kami berapa dokter spesialis yang dibutuhkan dan berapa yang sedang belajar. Dan juga tolong disebutkan kebutuhan lainnya. Maka kami sudah bisa punya beberapa alternatif. Maka mohon kepala dinas untuk melakukan penghitungan ulang dan tolong diprediksi dokter spesialis tersebut kapan akan lulus dan dipastikan kelengkapan alat kesehatannya ditempat itu sudah terpenuhi. Jadi tolong dipersiapkan kebutuhan alatnya tersebut, jadi ketika dokter spesialis tersebut mulai untuk bekerja mereka tidak akan menjadikan alasan bahwa ditempat tersebut alat tidak siap sehingga mereka memutuskan untuk memilih dan kembali ke kota.

Tentang usul insentif itu juga sudah menjadi pemikiran kita dan masih dalam proses. Lalu terkait dengan pengadaan, coba tolong diikuti saja apa yang sudah tertera didalam uu pengadaan tersebut dan coba untuk dapat dipenuhi syarat yang diminta.

Terima kasih untuk masukannya dan kami perlu proses kontrol dan kami sengaja melibatkan daerah. Jadi dari kebijakan-kebijakan yang ada dari pusat ini mana yang masih sulit untuk dilakukan oleh daerah, sehingga bisa sinkron.