

INTISARI

Otonomi luas dimulai dengan diundangkannya UU No 22 Tahun 1999 Tentang Pemerintah Daerah. Berdasarkan UU No 22 Tahun 1999, kewenangan mengatur yang sebelumnya ada pada pemerintah pusat menjadi kewenangan pemerintah daerah. Hal tersebut menimbulkan perubahan yang signifikan bagi pemerintah daerah. Lebih dekatnya pemerintah daerah dengan masyarakat diharapkan menjadikan kebijakan yang dibuat bisa lebih tepat untuk peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat. Penelitian ini mempunyai tiga masalah, yaitu: **(1)** bagaimanakah arah kebijakan pengaturan bidang kesehatan pada era otonomi luas? **(2)** bagaimanakah realisasi pengaturan bidang kesehatan pada era otonomi luas dan bagaimana implikasinya terhadap pelayanan kesehatan? dan **(3)** bagaimanakah arah kebijakan pengaturan bidang kesehatan pada era otonomi luas yang ideal?

Penelitian ini merupakan penelitian hukum yang bersifat normatif. Selain melakukan penelitian melalui bahan pustaka atau data sekunder, penelitian ini juga melakukan wawancara kepada narasumber. Penelitian ini menggunakan 3 pendekatan, yaitu pendekatan Undang-Undang (*statuta approach*), pendekatan konseptual (*conceptual approach*) dan pendekatan historis (*historical approach*).

Hasil penelitian ini menunjukkan, *pertama*, perubahan arah kebijakan pengaturan bidang kesehatan di era otonomi luas dapat dikelompokkan menjadi 2 gelombang, yaitu: periode pertama adalah perubahan dari sentralisasi menjadi desentralisasi (ruang mengatur sempit menjadi ruang mengatur luas), yaitu pada saat perubahan UU 5/1974 menjadi UU No. 22/1999; dan periode kedua adalah desentralisasi menjadi "re-(sentralisasi)" (perubahan dari ruang mengatur luas menjadi ruang mengatur sedang), yaitu ketika terjadi perubahan dari UU No 22/1999 menjadi UU No.32/2004 dan UU No 23/2014. *Kedua*, realisasi kewenangan mengatur di bidang kesehatan oleh pemerintah daerah di Indonesia sangatlah variatif, baik dari segi jumlah maupun substansi pengaturannya. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan kewenangan mengatur tidak selalu linier dengan besarnya ruang mengatur, tetapi lebih ditentukan oleh kemauan dan kemampuan daerah. Selain itu,



pelaksanaan di daerah menunjukkan bahwa ketergantungan daerah terhadap pengaturan pusat cukup tinggi. Pada era diberlakukannya otonomi luas, secara nasional, pelayanan kesehatan tetap meningkat yang mana ditunjukkan dengan peningkatan IPM dan pencapaian MDGs. Akan tetapi, kesenjangan IPM di tingkat provinsi dan kabupaten/kota di Indonesia selama lima tahun terakhir masih cukup tinggi. *Ketiga*, untuk mewujudkan pengaturan bidang kesehatan yang ideal, pemerintah harus memastikan bahwa proses re-sentralisasi yang terjadi adalah untuk evaluasi dan penataan menuju desentralisasi luas dan asimetris. Pemerintah harus memberikan waktu transisi kepada daerah untuk meningkatkan kemampuannya. Harus ada evaluasi pemerintah terkait kinerja pemerintah daerah dalam melaksanakan desentralisasi kesehatan. Selain itu, pemerintah juga harus menerbitkan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan yang diamanatkan UU Pemerintahan Daerah dan UU Kesehatan.

Kata-kata kunci: desentralisasi kesehatan, otonomi luas, kewenangan mengatur, pelayanan kesehatan

ABSTRACT

Broad autonomy was started by the enactment of Law No. 22 of 1999 on Regional Government. In Act No. 22 of 1999, the authority to regulate transferred from central government to local governments. This raises a number of significant changes to the local government roles. Local government is believed to be closer to the people so that policies can be expected to significantly increase the quality of community's health services. This study has three problems, namely: 1) how is state policy on health sector in the era of broad autonomy? 2) how does the local government implement their right to regulate in the field of health in the era and how is its implications toward health services? 3) how is the ideal arrangement?

This research is a normative research. In addition to conducting research through the library materials or secondary data, this study also conducted interviews to experts. There were 3 approaches used in this research: statute approach, conceptual approach and historical approach.

The results of this study indicate: *first*, the changes of policy directions in health in the era of broad autonomy can be grouped into two 2 perodes, namely: the first period is a change from centralized to decentralized; and the second period is the change from decentralization to the "re- (centralization)". *Second*, the implementation of the authority to regulate in the field of health by local governments in Indonesia is very varied, both in terms of quantity and substance. This shows that the realization of the authority to regulate is not always linear to decisional space given by central government, but rather is determined by the willingness and ability of the region. In addition, the realization in the area shows that the dependence of the local government toward regulation (guidance issued) of central government is high enough. Furthermore, after extensive decentralization, the national health services continue to increase, which is indicated by an increase in IPM and the achievement of the MDGs. However, gaps in IPM provincial and district/city in Indonesia during the last five years is still quite high. *Third*, there are several ways that the government can do to improve regulatory policy in the field of health: the government must ensure that the objective of re-centralization process which existing now is for the evaluation and structuring towards broad and asymmetric decentralization. The government must provide a transition to the region to enhance its capabilities. There should be a government evaluation about the performance of local governments in implementing the decentralization of health. In addition, the government also had to publish legislation in the field of health as mandated by the Regional Government Law and Health Law.

Key words: health decentralization, extensive decentralization, authority to regulate, health services.