



**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT
REPUBLIK INDONESIA**

**RISALAH RAPAT
KOMISI IX DPR RI**

- Tahun Sidang : 2021-2022
Masa Persidangan : III
Jenis Rapat : Rapat Dengar Pendapat
Dengan : Direktur Utama BPJS Kesehatan
Hari, Tanggal : Rabu, 19 Januari 2022
Waktu : Pukul 10.30 s.d 16.53 WIB
Sifat Rapat : Terbuka
Tempat : Ruang Rapat Komisi IX DPR RI, Gedung Nusantara I Lt. 1 Jl. Jenderal Gatot Soebroto, Jakarta
- Ketua Rapat : H. Ansory Siregar, Lc.
Acara : 1. Penjelasan Rencana Kerja dan Anggaran Tahun (RKAT) BPSJ Kesehatan Tahun 2022.
2. Penjelasan Penggunaan dana Jaminan Sosial (DJS) Tahun 2021, dan
3. Penjelasan tentang *Roadmap* Perbaikan Pelayanan Kesehatan Program JKN.
- Sekretaris Rapat : Suryatna, S.IP.
Hadir : A. Anggota DPR RI:
51 dari 51 orang Anggota Komisi IX DPR RI dengan rincian:

Pimpinan Komisi IX DPR RI

1. Felly Estelita Runtuwene, S.E. (F-P. NASDEM)
2. Charles Honoris (F-PDIP)
3. Emanuel Melkiades Laka Lena (F-P. GOLKAR)
4. Dr. Hj. Nihayatul Wafiroh, M.A. (F-PKB)
5. H. Ansory Siregar, Lc. (F-PKS)

Fraksi-Fraksi:

1. Fraksi PDI Perjuangan (F-PDIP)
10 dari 10 orang Anggota
 1. Dra. Elva Hartati, S.IP., M.M.
 2. Tuti Nusandari Roosdiono
 3. Dr. H. Edy Wuryanto, S.KP., M.Kep.
 4. Rahmad Handoyo, S.PI., M.M.
 5. Muchamad Nabil Haroen, S.Pd., M.Hum.
 6. Dr. Dewi Aryani, M.Si.
 7. Krisdayanti
 8. H. Abidin Fikri, S.H., M.H.

9. I Ketut Kariyasa Adnyana, S.P.
 10. Harvey B. Malaihollo
-
2. Fraksi Partai Golongan Karya (F-P. GOLKAR)
6 dari 6 orang Anggota
 1. Delia Pratiwi Sitepu, S.H.
 2. Drs. H. Darul Siska
 3. Hj. Saniatul Lativa, S.E.
 4. Hj. Dewi Asmara, S.H., M.H.
 5. Dra. Wenny Haryanto, S.H.
 6. M. Yahya Zaini, S.H.

 3. Fraksi Partai Gerakan Indonesia Raya (F-P. GERINDRA)
7 dari 7 orang Anggota
 1. dr. H. Suir Syam, M.Kes., M.M.R.
 2. Ade Rezki Pratama, S.E., M.M.
 3. Dr. Ir. H.A.R. Sutan Adil Hendra, M.M.
 4. Ir. Sri Meliyana
 5. drg. Putih Sari
 6. Ramson Siagian
 7. Dra. Hj. Ruskati Ali Baal

 4. Fraksi Partai Nasional Demokrasi (F-P. NASDEM)
4 dari 4 orang Anggota
 1. Irma Suryani, S.E.
 2. Nurhadi, S. Pd.
 3. Ratu Ngadu Bonu Wulla, S.T.
 4. Drg. Hj. Hasnah Syam, MARS.

 5. Fraksi Partai Kebangkitan Bangsa (F-PKB)
5 dari 5 orang Anggota
 1. Hj. Nur Nadlifah, S.Ag., M.M.
 2. H. Sukamto, S.H.
 3. Arzeti Bilbina, S.E., M.A.P
 4. Ir. Nur Yasin, M.B.A., M.T.
 5. H. Haruna, M.A., M.B.A.

 6. Fraksi Partai Demokrat (F-P. DEMOKRAT)
5 dari 5 orang Anggota
 1. Drs. H. Zulfikar Achmad
 2. Linda Megawati, S.E., M.Si.
 3. Dra. Lucy Kurniasari
 4. Hasan Saleh
 5. Hj. Aliyah Mustika Ilham, S.E.

7. Fraksi Partai Keadilan Sejahtera (F-PKS)
3 dari 3 orang Anggota
 1. Dr. Hj. Kurniasih Mufidayati, M.Si
 2. Dr. Hj. Netty Prasetuyani, M.Si.
 3. H. Alifuddin, S.E., M.M.

8. Fraksi Partai Amanat Nasional (F-PAN)
4 dari 4 orang Anggota
 1. Dr. Saleh Partaonan Daulay, M.Ag., M.Hum., M.A.
 2. Dr. (HC) H. Zulkifli Hasan, S.E., M.M.
 3. H. Sungkono
 4. Drs. H. Ashabul Kahfi, M.Ag.

9. Fraksi Partai Persatuan Pembangunan (F-PPP)
2 dari 2 orang Anggota
 1. Hj. Nurhayati
 2. Sy. Anas Thahir

B. Undangan:
Direktur Utama BPJS Kesehatan

Jalannya Rapat:

KETUA RAPAT (H. ANSORY SIREGAR, Lc.):

*Bismillahirrohmanirohim,
Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,*

**Yang terhormat Saudara Direktur Utama BPJS Kesehatan beserta jajaran semuanya tanpa disebut satu persatu,
Yang saya hormati Pimpinan dan anggota Komisi IX DPR RI, baik yang hadir di Virtual maupun yang ada di Fisik di ruangan kita ini. Serta;
Hadirin yang berbahagia.**

Pertama-tama kita bersyukur-bersyukur syukurnya kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala, *Alhamdulillah* kita masih diberikan kesehatan, *sehat walafiat* semuanya, dengan keluarga kita semuanya. Sebelum rapat ini kita mulai, alangkah baiknya kita berdoa menurut keyakinan kita masing-masing.

Berdoa dimulai.

(RAPAT: BERDO'A)

Berdoa selesai.

Pada saat ini yang mengikuti rapat secara tatap muka dan Virtual sudah kuorum, maka sesuai dengan ketentuan Pasal 24 ayat 281 ayat (1) Peraturan DPR

RI Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tata Tertib. Rapat dinyalakan kuorum serta dinyatakan terbuka untuk umum.

(RAPAT DIBUKA PUKUL 10.30 WIB)

Mengenai waktu karena sesuatu hal dari tadi apa namanya aturan jam 10, sekarang kita mulai jam 10.30, kita usahakan bisa rapat selesai jam 12, kalau aku nanti jam 12 belum selesai, bisa kita perpanjang lagi.

(RAPAT: SETUJU)

Sebelum kita mulai, saya ingin mengenalkan kepada Direktur Utama BPJS Kesehatan dan jajaran, tak kenal maka tak sayang, dan langsung saya persilahkan biar bersuara orangnya ya. Ada anggota baru kami sekarang di Komisi XI DPR RI. Yang pertama saya persilahkan Ibu Irma Suryani Chaniago.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, S.E.):

Bissmillahirrahmanirrahmi.

Terima kasih Ketua.

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Walaikumsalam.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, S.E.):

Saya Irma Suryani Chaniago dari Fraksi Nasdem. Mudah-mudahan kita bisa kerjasama ke depan dan mampu menjadi mitra yang konstruktif antara Komisi XI dan BPJS Kesehatan.

Mungkin itu saja Ketua, terima kasih.

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Walaikumsalam.

Dapil Sumsel II Nomor Anggota Ibu A-357, termasuk Singa Perlemen kita disini ya. Kemudian yang kedua, Bapak Harvey Malaihollo.

Silakan Bapak.

F-PDIP (HARVEY B. MALAIHOLLO):

Selamat pagi Bapak-bapak dari BPJS Kesehatan. Saya Harvey Malaihollo, saya dari Fraksi PDI Perjuangan. Saya baru satu minggu PAW, jadi saya masih *adjusting* di komisi ini, Komisi IX, tetapi ada banyak aspirasi dari. Saya kan sekarang

ini adalah seseorang yang berprofesi sebagai Pegawai Negeri, tetapi hobinya Seniman sekarang, dibalik, tadinya Seniman profesinya tapi sekarang dibalik. Nah, saya banyak sekali teman-teman Seniman yang yang menyampaikan aspirasi untuk bisa berbicara mewakili mereka khususnya pada pagi hari ini mengenai BPJS Kesehatan.

Itu saja terima kasih banyak Bapak Pimpinan, terima kasih.

KETUA RAPAT:

Baik Bapak Malaihollo. Nanti kalau para hadirin dan anggota pada diam semuanya, boleh juga suaranya begitu ya, biar semangat ya, biar semangat.

Baik Bapak-Ibu sekalian,

Adapun acara rapat pada hari ini adalah yang pertama:

1. Penjelasan Rencana Kerja dan Anggaran Tahunan RKAP BPJS Kesehatan Tahun 2022. Sekali lagi yang pertama, Penjelasan Rencana Kerja dan Anggaran Tahunan RKAP BPJS Kesehatan Tahun 2022.
2. Penjelasan penggunaan Dana Jaminan Sosial Tahun atau DJS Tahun 2021. Yang kedua, Penjelasan Penggunaan Dana Jaminan Sosial Tahun 2021.
3. Penjelasan Tentang *roadmap* Perbaikan Pelayanan Kesehatan program JKN ya. Ini Perbaikan Pelayanan.

Perlu kita tekankan yang cara ketiga ini Bapak Ibu sekalian, BPJS Kesehatan kita ini masih masa transisi, sehingga disana-sini masih banyak kekurangan-kekurangan, yang perlu kita terus kita tempel kalau ban bocor. Kalau Inggris kalau nggak salah itu Pak Dirut, 100 tahun baru BPJS nya itu *running well* gitu ya, kalau Jerman itu 80 tahun, kita baru 6 tahun. Tentu banyak kekurangan-kekurangan di BPJS kita ini, tapi terus kita jangan sampailah, terus kita kan kita perbaiki gitu, ya kita perbaiki, dan terus kita survei bahwa survei kita itu udah 2 kali Pak ya, bahwa BPJS Kesehatan itu masih dingin pada masyarakat sebanyak 92%. Jadi walaupun banyak disana-sini yang yang kurang pelayanan dan lain-lain, tapi masih diinginkan oleh masyarakat, tapi terus kita perbaiki. Itu i ntinya. Jadi yang ketiganya ini penjelasan tentang *roadmap* perbaikan, perbaikan Pelayanan Kesehatan program JKN.

Selanjutnya, kami persilahkan Saudara Direktur Utama BPJS Kesehatan untuk menyampaikan paparan.

Silakan Bapak Ghufroon saya persilakan. Waktunya sebentar, saya beri waktu 20 menit barangkali kurang lebih.

Silakan Bapak.

(RAPAT: SETUJU)

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN (Prof. dr. ALI GHUFRON MUKTI, M.Sc., Ph.D, AAK.):

Terima kasih. Baik.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Slamat pagi, salam sejahtera, salam sehat buat kita semua.

Yang kami hormati Bapak Pimpinan Komisi XI Pak Ansori Siregar, dan online tadi saya lihat Pak Melky dan pimpinan yang lain, Para anggota Komisi IX, Yang kami hormati terutama yang barusan diperkenalkan Ibu Irma Suryani dan juga Pak Harvey Malaihollo yang saya sejak dulu kenal sebagai penyanyi yang luar biasa.

Ya, iijinkan kami menyampaikan apa yang telah diinginkan tadi untuk kita sampaikan pada pagi hari ini.

Bapak-Ibu sekalian.

Mengenai tiga hal tadi, satu, penjelasan Rencana Kerja Anggaran Tahunan RKAP BPJS Kesehatan Tahun 2022. Lalu Penjelasan Penggunaan Dana Jaminan Sosial atau DJS Tahun 2021 dan Penjelasan Tentang Roadmap Perbaikan dan Kesehatan program JKN.

Slide berikutnya. Izinkan ada kesempatan ini, kami menyampaikan paparan pada yang Agenda pertama, yaitu penjelasan RKAP BPJS Kesehatan Tahun 2022. Sebagaimana kita ketahui bahwa dalam mengeksekusi program JKN-KIS di RKAP 2022, kami merumuskan ada 6 fokus utama Badan Tahun 2022 ini, yang terdiri dari, satu, Peningkatan Mutu Layanan. Jadi kami fokus dan berkeinginan, bagaimana Mutu Layanan Kesehatan di BPJS Kesehatan terutama program JKN-KIS itu betul-betul meningkat, nanti kita bisa uraikan, termasuk yang banyak tidak tahu itu bahwa sekarang ini peserta BPJS itu bisa pakai antrian online dari rumah tahu kapan akan dilayani, jam berapa dilayani. Ini satu hal yang luar biasa belum 100%, tapi sudah lebih dari 80%. Ini menarik, karena biasanya kan hanya Bank, itu pun tidak dari rumah, ini di rumah, dan Peserta BPJS.

Yang kedua, kami ingin fokus perluasan kepesertaan untuk meningkatkan cakupan peserta.

Yang ketiga, menjaga kesinambungan finansial program JKN-KIS untuk diketahui bahwa baru pertama kali paling tidak sejak Tahun 2016 ya kalau tidak 2014, pertama kali BPJS itu tidak defisit, biasanya kami selalu defisit dan selalu ramai di DPR. Nah sekarang tentu berbeda sedikitnya tantangannya, tetapi kami bersyukur Tahun 2021 itu sudah betul-betul tidak defisit. Tahun 2020 diakhir atau Desember 2020, pernah ya istilahnya *chas flow* positif, tetapi kalau sudah kewajibannya dijalankan, yaitu utang-utang dan lain sebagainya, jadi defisit. Nah di Tahun 2021 kami bersyukur sudah mulai belum terlalu jahat sekali, tetapi sudah positif, meskipun sekali lagi banyak orang tidak suka dibilang positif sekarang ini, sukanya dibilangnya negatif.

Nah yang ketiga, kami ingin meningkatkan *engagement* keterlibatan para pemangku kepentingan dan juga penguatan komunikasi organisasi. Untuk diketahui bahwa kami pertama kali membuat suatu program yang disebut dengan BPJS mendengar. Jadi kami ingin mendengar seluruh pemangku kepentingan dengan keterlibatan semua pihak, dan itu rupa-rupanya ribuan yang ingin didengar, dan kami analisis kami bikin semacam Renstra Rencana Strategi sampai 5 tahun. Lalu peningkatan kapabilitas badan.

Yang keenam, optimalisasi penugasan khusus dari Pemerintah, tentunya yang sesuai nantinya akan disesuaikan dengan Peraturan Perundangan yang ada. Nah fokus utama di atas, merupakan kumpulan inisiatif-inisiatif strategis yang akan dilaksanakan dalam RKAP 2022 tanpa tentunya mengesampingkan program-program kerja rutin BPJS Kesehatan yang ada di dalam RKP 2022, yang tentunya di luar fokus utama tersebut.
Nah slide.

Bapak-Ibu Anggota Dewan yang kami hormati.

PP No 87 Tahun 2013, slide, menyebutkan bahwa Dana Operasional yang dapat diambil dari DCS atau Dana Jaminan Kesehatan, bisa dibantu slidenya. Telah diterima oleh BPJS Kesehatan dan disebutkan di dalam PP tadi, paling tinggi itu adalah 10% dari total iuran yang diterima oleh BPJS Kesehatan. Besaran persentase dana operasional tersebut ditetapkan setiap tahun oleh Menteri Keuangan setelah berkoordinasi dengan Menteri Kesehatan dan DJSN. Berdasarkan *Benchmark* Besaran Dana Operasional, penyelenggara jaminan sosial di berbagai negara yang diberikan oleh WHO.

Nah itu persentasenya seperti di dalam slide, tapi sayang slidenya nggak bergerak-gerak. Di dalam slide itu ada mulai dari Katakanlah yang Philipina itu, lalu Pelayanan Informasi antara lain Penguatan, *Operasional Call Center* ada Pandawa, *Mobile Customer Service*, Penguatan Perluasan Fungsi Pemberian Informasi, Penanganan Pengaduan di Rumah Sakit dan juga di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Lalu Teknologi Informasi itu kita tingkatkan Digitalisasi Interoperable Entitas Ekosistem Digital JKN dengan KL. Penguatan keamanan PI melalui service serta *komprehensif security and property assessment* dan lain sebagainya. Itu kenaikan dana yang tambahan yang akan kita pergunakan untuk Dana Operasionalnya.

Berikutnya mengenai penggunaan BPJS Tahun 2021.

Pimpinan dan Bapak-Ibu anggota Komisi IX.

Sesuai dengan PP Nomor 87 Tahun 2013 dan perubahannya Nomor 84 Tahun 2015 serta Nomor 53 2018 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan Sumber dan Penggunaan Aset BPJS dan BPS Kesehatan diatur sebagai berikut.

1. BPJS Kesehatan sumber asetnya adalah satu, modal awal dari Pemerintah.
2. Hasil pengalihan aset BUMN waktu itu PT Askes.
3. Hasil pengembangan aset BPJS.
4. Dana Operasional yang diambil dari DJS dan atau;
5. Sumber lain yang sah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundangan serta surplus dan hibah dan atau bantuan.

Yang B, penggunaan aset Biaya Operasional, Biaya Personal, Biaya Non Personal, Biaya Pengadaan Barang dan Jasa, lalu biaya untuk Peningkatan Kapasitas Pelayanan dan Investasi. Sedangkan DJS adalah sumber aset, iuran termasuk tentunya bantuan iuran, hasil pengembangan DJS itu sendiri, lalu aset program Jaminan Kesehatan yang menjadi hak Peserta dari BUMN yang waktu itu PT Askes termasuk juga waktu integrasi dengan PT Jamsostek juga. Sumber lain yang sah sesuai dengan Peraturan Perundangan surplus DJS, surplusBPJS dan Dana

Talangan dari BPJS ya, tahun kemarin BPJS memberikan talangan sekitar 3 triliun. Bantuan, baik Pemerintah Pusat, bantuan Pemerintah Daerah, Denda akibat keterlambatan pembayaran iuran dan atau hibah dan atau bantuan lain. Penggunaan aset pembayaran manfaat Jaminan Kesehatan baik yang sifatnya promotif, preventif, kuratif rehabilitatif, termasuk obat dan bahan habis pakai. Lalu Dan Operasional dan tentunya investasi.

Slide berikutnya, mengenai Dana Jaminan Sosial 2021. Realisasi Beban Jaminan Kesehatan sampai dengan Desember 2021 adalah sebesar 90,334 triliun. Realisasi Komponen Beban Jaminan Kesehatan itu terdiri dari beban JLTP 14,782 triliun, RITP 947,413 miliar, RJTL 28,142 triliun, beban rawat inap tingkat lanjut atau yang dirawat inap di Rumah Sakit, itu 46,73 triliun, sedangkan untuk promosi prevensi, itu 314,59 miliar. Untuk diketahui Bapak-Ibu sekalian sebetulnya, di dalam Undang-Undang SJSN itu sudah dibagi secara tegas dan jelas. Tugas pokok dari BPJS Kesehatan itu menangani masalah Jaminan Kesehatan yang terkait dengan kesehatan perorangan. Jadi bukan kesehatan masyarakat. Nah yang disebut dengan UKP. Sedangkan UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) atau publik itu bukan tanggungjawabnya BPS, tetapi tentu BPJS juga bertanggungjawab untuk promosi prevensi, kurasi, rehabilitasi tetapi dalam konteks kesehatan perorangan.

Bapak-Ibu Pimpinan dan Anggota Dewan yang kami hormati.

Realiasi biaya pelayanan kesehatan kalau kita lihat Tahun 2020 yang tertinggi adalah pada tingkat Rawat Jalan tingkat lanjut 93%, kemudian Pembiayaan Kapitasi Rawat Jalan tingkat pertama, kemudian promosi promosi prevensi itu 44,82% dan peserta prolanis sampai Desember 2020 capaian pelayanan kesehatan adalah 95,512 miliar. Sedangkan pada Tahun 2021 secara keseluruhan total biaya manfaat bulan Desember masih dibawah RKAP, totalnya hampir 80%, Nah tentu termasuk promosi prevensi.

Slide berikutnya. Nah kalau kita lihat terjadinya penurunan kasus Covid-19 pada bulan Oktober, berdampak pada peningkatan kunjungan fasilitas kesehatan rawat tingkat lanjut. Jadi fasilitas tingkat lanjut itu mulai masuk di dalam fenomena atau fenomena kembali lagi. Pada bulan November 2021 terjadi kenaikan kunjungan sebesar 9,62 rawat jalan dan 99,6% pada rawat inap. Jadi sekali lagi ini menunjukkan bahwa sekarang orang sudah mulai berbondong-bondong lagi datang ke Rumah Sakit mereka yang merasa membutuhkan.

Slide berikutnya. Ini rata-rata pembayaran klaim Pelayanan Kesehatan Tahun 2021, itu umumnya di hari ke-15 dan kemudian kita percepat itu berdasarkan pada Nomor 4 2021 kurang lebih hari ke-14. Berikutnya, untuk diketahui ini Bapak-Ibu pimpinan, Bu, Pak Ansori dan Pak Melki, bahwa pertama kali di dalam BPJS, kita memberikan dan memikirkan *cashflow* Rumah Sakit, untuk apa, untuk meningkatkan mutu layanan, sehingga asal Rumah Sakit memberikan dokumen klaim belum diverifikasi oleh BPJS sudah dibayar duluan, dan ini tentunya belum pernah terjadi sebelumnya. Dan sampai sekarang Desember 2021 mulai September, itu ada uang mukanya sekitar 640,682 miliar, dan tentu ini kedepan akan bertambah lagi.

Berikutnya, nah sekarang kita tanyakan bagaimana sih kesehatan Dana Jaminan Sosial atau Katakanlah BPJS ini sehat nggak. Nah kalau sehat itu ukurannya adalah di dalam Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2015, bahwa kesehatan uang atau keuangan aset DJS diukur berdasarkan aset bersihnya DJS dengan ketentuan:

Satu, paling sedikit harus mencukupi estimasi pembayaran klaim untuk satu setengah bulan kedepan. Nah posisi sekarang dimana. Posisi sekarang adalah 4,83 bulan. Jadi ya sudah sehat meskipun belum terlalu sangat sehat, tetapi sudah sehat. Paling banyak sebesar estimasi pembayaran klaim untuk 6 bulan kedepan. Jadi kita sekitar 4,83 bulan, dan kita lihat sekali lagi *rebound phenomenon* yaitu fenomena pemanfaatan kembali setelah ya Pandemi, ini mulai terkendali meskipun sekarang *Omicron* juga mulai naik, itu kita lihat terjaga. Jadi kalau ditanya kan, lah ini kok bisa-bisanya BPJS itu jadi positif gimana ceritanya, bertahun-tahun negatif, defisit kok bisa jadi positif. Saya kira tiga hal yang menyebabkan itu, pertama adalah memang waktu rame-rame dengan termasuk dengan DPR beberapa waktu yang lalu, maksudnya rame-ramenya ini, itu adalah kenaikan penyesuaian tarif. Itu yang pertama.

Yang kedua, tentu masalah Covid, itu masyarakat ada takut ke Rumah Sakit, kecuali memang sangat perlu. Nah itu sehingga klaimnya agak turun.

Yang ketiga, pihak Manajemen tentu bekerja keras untuk bisa mengendalikan pelayanan yang tidak perlu dan kemudian mencoba juga meskipun dalam keadaan sulit pengembangan keuangannya. Nah itulah beberapahal kemudian menjadi satu jawaban mengapa BPJS kok jadi positif, biasanya bertahun-tahun defisit atau negatif. Tetapi tentu ini belum aman betul karena situasi Pandemi ini belum bisa diprediksi secara 100% ya, meski ya kalau perkiraan bisa, tetapi 100% kita belum bisa. Yaitu adanya *rebound phenomenon* yang tadi sudah kami sampaikan, dan kami dilapor dari beberapake Rumah Sakit yang termasuk RSCM, beberapa Rumah Sakit besar lain itu, mulai utilitasnya meningkat tajam. Lalu adanya rencana peninjauan dengan kenaikan tarif, teman-teman di Rumah Sakit tentunya dan di Pelayanan, wah kapan ini kami mau dinaikkan itu, dan itu kita itung-itung ya tentu ada satu maksimumnya dan ada satu kendalinya, biar tak terkendali, kalau tidak tentu tidak terkendali menjadi persoalan tersendiri.

Yang ketiga, mengenai Penetapan Kapan Pandemi Covid 19 menjadi Endemi. Nah itu kami perkiraan atau kami hitung didalam simulasi itu Tahun 2023. Nah kalau 2023 lalu katakan aku *Long Covid* Pandemi merubah menjadi Endemi, lalu BPJS yang kemudian mengelola semuanya.

Lalu yang keempat, adanya rencana perubahan Perpres yang mengakomodir kebijakan tentang Kebutuhan Dasar Kesehatan. Saya kira Kebutuhan Dasar Kesehatan itu bagus sekali ya, asal catatannya satu saja, kita tidak menurunkan mutu pelayanan dan sampai mutu untuk masyarakat itu berkurang. Nah ini menjadi persoalan. Standarisasi adalah hal bagus kita ingin meningkatkan standar ya, tetapi harus jelas dan semuanya distandarisasi. Kalau kita ingin meningkatkan katakanlah pemerataan keadilan, saya kira itu bagus, tetapi tentu tidak hanya cukup masalah kelas, kelas rawat inap standar. Nah sekarang masalah Skrining, tentu Skrining bagus ya, tetapi yang penting adalah jelas, jangan sampai pembiayaan yang tidak jelas modal Skrinignya tidak jelas. Nah BPJS tentu menginginkan Skrining yang sekarang juga sudah dijalankan oleh BPJS ada sekitar 6 Skrining, dan kita ingin seperti

pemeriksaan Kanker Payudara, itu dengan Sadanis ya, itu jauh lebih murah efektif efisien. Lalu katakan lebih banyak hal pendekatan risiko, itu jauh lebih efektif, efisien bayi baru lahir, kemudina screen dengan pemeriksaan LED yang sangat amat mahal.

Yang ketiga, mengenai penjelasan *roadmap* bagaimana peningkatan mutu layanan. Untuk diketahui Bapak-Ibu sekalian, Bapak Ibu Pimpinan, bahwa tadi sudah kami sampaikan. Sekarang ini Peserta BPJS tahu kapan jam berapa akan dilayani, jadi tidak perlu lagi nunggu 5 jam 6 jam secara umum ya tetapi belum belum 100%, sekitar 80% lebih. Nah kedepan kita juga ingin setiap titik jernih dari customer, itu kita potret, lokal nextnya dimana ingin kita tingkatkan mutu layanan, mulai dari yang pertama ini contohnya, mendapatkan informasi awal. Itu bagaimana bisa lebih cepat. Melakukan administrasi pendaftaran, menerima tagihan iuran, membayar iuran, menerima identitas peserta, mendapatkan informasi hak wajib, penggunaan manfaat pelayanan, mendapatkan bantuan informasi dan seterusnya-seterusnya sampai kata kanlah kalau ada bayar iuran kembali dan sebagainya, dan itu ingin kita tingkatkan dengan baik.

Nah berbagai macam Inovasi dan terobosan telah kita dan sedang kita lakukan, baik dengan kanal layanan administrasi, informasi, pengaduan mobile JKN sebagai contoh. Dulu sebelum Covid sebagai contoh, itu di Kantor Cabang ratusan orang di Jawa Timur itu sampai 800 sehari. Nah sekarang cukup kurang dari 30 orang rata-rata, kenapa, karena kita ada berbagai macam inovasi ini, termasuk Pandawa cukup dengan WA, tapi ini sementara nanti kita perbaiki terus. *Call Center* yang biasanya panjang 1500400, nah sekarang cukup dengan 165 Call Centernya dan ada Website, Ada Laporan, ada Medsos, ada Twitter, Instagram dan lain sebagainya. Nah ini berbagai macam baik kita juga kembangkan pendekatan ya, berbagai macam pendekatan, termasuk Mall Pelayanan Publik. Jadi BPJS kesehatan kerja Pemda dengan pemuda yang telah memiliki Mall Pelayanan Publik dengan menempatkan petugas untuk memberikan layanan kepada peserta. Lalu ada BPJS I atau BPJS siap membantu. Memang tidak setiap Rumah Sakit itu ada ini masalahnya karena keterbatasan Dana Operasional tadi, sehingga jumlah Rumah Sakit hampir 3 ribu-an sedangkan Pegawai BPJS itu tidak sampai 7 ribu.

Nah untuk Layanan Tanpa Tatap Muka, jadi ada yang tatap muka ada yang tidak tatap muka. Yang tatap muka tentunya tadi sudah kami sampaikan, baik di Kantor Cabang, Mobil Tersebut Service, Mall Pelayanan Publik, BPJS 1, BPJS Siap Membantu. Nah yang membantu yang tanpa tatap muka itu ada aplikasi Mobile JKN bisa didownload, ada BPJS Kesehatan *Call Center* tadi, ada *jikachat asisten* JKN, Website, ada Pandawa, ada Medsos berbagai macam jenisnya, Twitter, Instagram YouTube, Tik-Tok dan lain-lain, kemudian ada aplikasi namanya Laporan.

Nah berikutnya ini *lots roadmap* pelayanan peserta, prinsipnya ada dua, yang pertama adalah fase Multi Channel Layanan, yaitu model layanan yang menggunakan lebih dari satu saluran untuk layanan peserta, namun belum saling terintegrasi. Nah fase ini kami targetkan selesai dalam 2 tahun, yaitu 2021-2022 diakhir 2022 itu kami berharap Multichannel Layanan ini sudah terintegrasi. Pada tahap ini kami menyiapkan dan membuka berbagai Kanallayanan mulai dari Kanal layanan tatap muka yang konvensional, hingga layanan tanpa tatap muka, yang kami provitaskan pengembangannya menyikapi kondisi Pandemi Covid-19 dengan aplikasi Bobile JKN dengan Pandawa tadi. Nah selain Mobile JKN dan Pandawa, Kanal layanan dapat

diakses peserta untuk mendapatkan layanan administrasi dan pengaduan-pengaduan kalau ada permasalahan pengaduan, BPJS Kesehatan *Call Center* dan juga dengan *cat voice* dan lain sebagainya tadi.

Nah Bapak-Ibu sekalian, tentu hasil yang kedua adalah kami sebut sebagai Omnichannel Layanan. Nah itu kita targetkan Omnichannel Layanan ini Tahun 2023 sampai 2024 yaitu saluran komunikasi yang sifatnya universal, dengan menggabungkan berbagai saluran komunikasi pada satu bentuk interface. Fase ini merupakan kontinuitas sebetulnya dari fase sebelumnya tadi, dengan ditambahkan fokus pada penguatan antarkan Kanal Layanan antara lain ada yang melalui Kantor Cabang, Mobile JKN, *Call Center* kemudian menjadi interface begitu. Nah aplikasi Mobile JKN tentunya ditargetkan telah menjadikan layanan utama bagi Peserta JKN dan sudah mulai terkoneksi dengan Kanal Layanan lainnya. Kolaborasi dengan Faskes dalam pelayanan informasi dan pengaduan dikuatkan sistem dan pengorganisasiannya dan pada fase ini ditargetkan seluruh Kanal Layanan sudah saling terhubung dan terintegrasi, sehingga layanan pada peserta menjadi semakin mudah.

Nah pada Tahun 2025-2016, BPJS Kesehatan akan fokus kepada pematapan terhadap seluruh Kanal Layanan secara terintegrasi dalam memberikan layanan kepada peserta JKN-KIS dengan terintegrasinya semua Kanal Layanan, maka pemberian layanan kepada Peserta semakin mudah semakin cepat dan juga semakin pasti tentunya, dan akan meningkatkan kami berharap kepuasan Peserta terhadap BPJS Kesehatan. Untuk diketahui bahwa tingkat kepuasan Peserta BPJS yang dilakukan survei nya itu lebih independen itu selalu saja meningkat terakhir ini angkanya sekitar 81%.

Nah *roadmap* perbaikan tingkat pertama ini. *Roadmap* perbaikan tingkat pertama menyangkut peningkatan akses FKTP yang bermutu melalui ketersediaan FKTP, pengelolaan FKTP yang aktif retribusi peserta, tentu ini tidak mudah ya. Optimalisasi kemandirian kemandirian Faskes dalam pencegahan kecurangan. Jadi bagaimana kami kembangkan ekosistem anti *fraud*, sehingga di Faskes baik primer atau sekunder itu betul-betul ada konsen dan ada deteksi serta mitigasi dan penanganan *fraud*. Lalu digitalisasi layanan melalui antrian online yang tadi sudah kami sampaikan, telekonsultasi, telemedicine, penguatan sistem pencegahan kecurangan dengan ekosistem dan audit administrasi klaim, digitalisasi area proses pengelolaan klaim berbasis artificial intelijen, intensifikasi kapasitas data analitik dan intensifikasi promosi prevensi yang terintegrasi, melalui perluasan akses skrining riwayat kesehatan, kita pendekatan dengan manajemen risiko, peningkatan cakupan penapisan dan skrining kesehatan, lalu intensifikasi prolanis, pelayanan rujuk balik, pengembangan sistem pembayaran melalui pengembangan sistem pembayaran di FKTP. Berbasis kinerja pada masa adaptasi kebiasaan baru dan tentunya nanti kita sesuaikan, bagaimana kebijakan dikebutuhan dasar kesehatan.

Nah slide berikutnya mengenai peningkatan kualitas pelayanan kesehatan primer untuk yang seterusnya. Kita ketahui kondisi yang sekarang dan kemudian upaya peningkatan yang disebelah kanan. Jadi Bapak-Ibu sekalian, kita upaya peningkatan kualitas kesehatan primer dengan menambah FKTP bekerjasama, yang terus-menerus bertambah sampai 2021 akhir atau awal 2022 berjumlah 23.430. Upaya perbaikan pemetaan kebutuhan FKTP, publikasi kebutuhannya FKTP,

koordinasi dengan Pemerintah Pusat-Daerah serta asosiasi FKTP, yang sekarang ini ada Asosiasi Puskesmas, itu juga ada, Asosiasi Klinik ada dan lain sebagainya.

Peningkatan pemanfaatan antrian online ini sudah hampir 90% ya, 89,2% sehingga Peserta tahu kapan akan diberikan layanan. Upaya perbaikan tentunya juga tertuang dalam kewajiban FKTP di dalam kontrak kita adakan termasuk bagaimana peningkatan kinerja, ada maklumat komitmen terhadap peningkatan mutu, menjadi indikator penilaian kepatuhan FKTP terhadap kontrak dan advokasi serta sosialisasi implementasi antrian online. Peningkatan telekonsultasi untuk diketahui sampai sekarang sudah lebih dari 13,1 juta konsultasi, lalu tentu upaya kita termasuk yang tertuang di dalam kewajiban FKTP di dalam kontrak, dan indikator kepatuhan tadi serta diperhitungkan ya, kita memberikan insentif juga kepada FKTP lalu sosialisasi, telekonsultasi selain tadi dengan kedepan telemedicine yang sekarang sedang kita uji coba kan.

Nah slide berikutnya, ini masih peningkatan Layanan Primer yang jelas bahwa upaya promosi prevensi perorangan sekarang sudah, nanti kita kuat kan lagi baik melalui Website, Mobile JKN JK, Pikir,FKTP lalu fokus skrining pada keluarga besar terhadap penyakit Kronis-Prolanis dan yang kondisi saat ini sebagai contoh skrining riwayat kesehatan dari 6,6 juta peserta, ini sudah di screen.Skrining sekunder DM nah 10 ribu lebih, skrining kanker serviks dari 572.400 IVA itu 10% nya positif, demikian juga 1,1 juta yang di pap smear 2% itu positif dan sudah Stadium 1 sampai 4 dan ada 4107 yang sudah kita lakukan krioterapi. Sedangkan program pengolah penyakit kronis rujuk balik, komitmen FKTP untuk meningkat jumlah Prolanis dan rasio peserta Prolanis bisa terkendali. Peran Apoteker dalam pemantauan pengobatan PRB dan mengeluhkan ketersediaan obat PRB melalui peningkatan kepemilikan akun *imprecision* untuk Apotik PRB. Dan kondisi saat ini FKTP mengelola Peserta DM yang penyakit gula dan juga Hipertensi melalui pengelolaan Prolanis yang terintegrasi dengan pelayanan rujuk balik. Capaian Peserta Prolanis 7,1% dari 12,7 juta peserta terdiagnosa diabetes melitus, kemudian capaian hipertensi, capaian peserta PRB sebanyak 2 juta jiwa.

Nah sedangkan kami sudah dan sedang terus dikembangkan pembayaran berbasis kinerja, dan ini mendapatkan apresiasi,jadi kita kembangkan sistem pembayaran di FKTP dengan basis kinerja adaptasi tentunya dengan nanti penyesuaian-penyesuaian baru.

Bapak-Ibu sekalian.

Yang terakhir ini mengenai bagaimana perbaikan layanan di tingkat lanjut, tadi di tingkat primer. Ditingkat lanjut *roadmap* perbaikan dan tingkat lanjut perluasan akses kerjasama FKRTL dan terus kita tambah terus. Di Tahun 2021 yang bekerjasama dengan BPJS itu ada 2809 dan tentunya bisa terus bertambah. Peningkatan kualitas layanan administrasi digital digitalisasi layanan, rujukan online, pengembangan sistem antrian online dan pengembangan simplifikasi layanan khusus, contohnya untuk hemodialisis. Jadi tidak perlu lagi kembali lagi dirujuk lagi itu karena kemungkinan besar pasti lagi, Thalasemia itu juga begitu, Hemofilia jadi tidak bolak-balik itu. Perluasan digitalisasi layanan, rujukan online terintegrasi lalu informasi kepastian waktu tunggu dan waktu layanan tapi di Rumah Sakit yang sebagian sudah, tetapi masih banyak yang belum, kalau yang di FKTP tadi yang umumnya sudah.

Implementasi elektronik kontrak untuk kerjasama dengan Faskes, termasuk kita ingin ada maklumat, bahwa kalau ada masalah di Rumah Sakit mereka Pasien Peserta BPJS di Rumah Sakit bisa kontak tidak saja menghubungi BPJS satu BPJS bisa membantu tetapi juga bisa ada yang dihubungi. Digitalisasi layanan menyeluruh, integrasi pelayanan administrasi menyeluruh, berbasis artifisial intelijen, *integrated care* dan perluasan bahan berbasis, kapasitas kompetensi FKRTL yang pelayanan multidisiplin, termasuk bagaimana kita ingin meningkatkan akuntabilitas pelayanan di Rumah Sakit dengan digitalisasi layanan, digitalisasi pengelolaan klaim, virtual klaim, verifikasi digital, digital validation dan pengembangan utilization review, baik prospektif dan retrospektif atau current review untuk dilakukan tetapi bisa upayanya basisnya itu teknologi, demikian juga mengembangkan SIP elektronik.

Lalu perluasan digitalisasi layanan, elektronik klaim terintegrasi dengan medical record FKTL, pemanfaatan untuk utilization review, artifisial intelijen, sehingga kita bisa mengembangkan ekosistem yang lebih baik di dalam mendeteksi kecurangan dan juga mitigasinya. Digitalisasi layanan menyeluruh pada layanan seluruh aspek pengelolaan di Rumah Sakit.

Slide berikutnya. Ya ini yang terakhir ini. Upaya perbaikan dan kesehatan di tingkat rujukan lanjutan karena banyak sekali, ini kondisinya yang sebelah kiri dan kita upayakan perbaikan yang sebelah kanan. Jadi yang kita upayakan kemudahan kerjasama Faskes, dimana kondisi saat ini terdapat keluhan beberapa Faskes berupa kendala di dalam pengajuan kerjasama kepada BPJS. Nah BPJS juga akan mengembangkan semacam *roadmap*, sehingga investor atau pengembang Rumah Sakit dia tahu disebelah mana harusnya dipemerataan katakanlah di NTT pamannya, ada yang banyak yang kurang, nah itu kita bikin Petanya, sehingga para investor itu atau pengembang Rumah Sakit lebih mudah. Tidak seperti sekarang karena tidak semua orang mengembangkan maunya sendiri. Termasuk sentra-sentra *Center Of Excellent*. Disini mengembangkan alat jantung, disitu jantung padahal itu mahal dan menggerus banyak dan berdekatan begitu.

Nah lalu upaya perbaikan dengan tentunya melakukan digitalisasi proses pengajuan kerja sama. Jadi bisa tidak bertemu orangnya diajukan, sehingga kita bisa lebih transparan, lebih pers. Dan transparansi proses pengajuan kerja sama, transparansi hasil, analisis kebutuhan Faskes, transparansi kebutuhan Faskes termasuk Peta mengenai Faskes tadi, elektronik kontrak. Lalu kemudahan layanan administrasi FKRTL. Kondisi saat ini adanya kendala administrasi pelayanan, sistem rujukan yang ini tentu kita upayakan sedemikian rupa sehingga lebih mudah, lebih cepat. Kebutuhan informasi ketersediaan Faskes, layanan dan Tenaga Medis, sehingga orang itu tahu dan sampai dirujuk di Rumah Sakit, nah BOR sudah penuh, sehingga kembali lagi. Itu sudah kita atasi, sehingga tapi belum semuanya, kira-kira sekitar 80% Rumah Sakit ya, itu harus memberikan informasinya, berapa BOR nya kira-kira jadwal operasinya cuma jalur operasi lebih rendah lagi.

Upaya perbaikan lain adalah bahwa implementasi antrian online tadi sudah kita sebutkan, persediaan PT, tempat tidur sudah, pengembangan simplifikasi layanan sudah, lalu pengembangan SISROUTE dengan Kemenkes. Nah ini intinya adalah bahwa integrasi antara pelayanan di tingkat primer dan rujukan, sehingga orang itu bisa diikuti riwayat penyakitnya dan dokumennya itu terbawa kalau dia pergi ke

Faskes-fakses atau Fakses bahan kesehatan, tapi itu masih di dalam proses, jadi inirencana.

Indikator kepatuhan Faskes tentunya sekali lagi kami memberikan insentif kepada Rumah Sakit yang memberikan pelayanan yang baik dan lebih baik, dan itu kita monitor yang ada indikatornya, dan termasuk pemberian uang mukanya tadi. Uang muka semakin banyaknya kalau Rumah Sakit ini semakin patuh, semakin bagus kinerjanya dan bentuk *cash flow*nya semakin bagus. Lalu prevailing dan kapasitas pelayanan. Nah kondisi saat ini, itu kandang-kadang masih ada keluhan ketidakpastian pelayanan, ketidakjelasan informasi, distribusi dan kapasitas tenaga medis, dan sarana-prasarana di Rumah Sakit, oleh karena itu kami upayakan depan itu kita capture, mengenai Profiling Rumah Sakitnya, Tenaga Kesehatannya, Faskesnya, Fasilitas Sarana-Prasarananya, Alat-alatnya, Perhitungan Kapasitas Tenaga Medisnya dan lain sebagainya termasuk Integrasi Sistem dan Data Profiling yang lain. Mohon maaf Pimpinan, agak panjang sedikit, karena banyak yang perlu untuk kita rencanakan dan perbaiki, baik di dalam penggunaan RKAP di Tahun 2022 termasuk rencana depan bagaimana kami meningkatkan mutu layanan yang merupakan salah satu fokus utama kami, selain tentu tadi menggunakan BPJS Tahun 2021.

Sekian terima kasih.

Wassalamualaikum Warahmatullah Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Walaikumsalam

Terima kasih atas paparannya Bapak Dirut, Bapak Ghufroon.

Untuk mendapatkan masukan yang lebih konkret dan untuk mendalami, kami persilahkan kepada para anggota Komisi IX DPR-RI untuk menyampaikan pertanyaan-pertanyaan maupun tanggapan-tanggapannya. Dalam catatan saya yang pertama disini, Ibu Elva Hartati.

F-PDIP (Dra. ELVA HARTATI, S.IP.. M.M.):

Terima kasih Pimpinan.

**Pimpinan beserta teman-teman Komisi IX yang saya hormatim
Bapak Direktur Utama BPJS Kesehatan beserta jajarannya,**

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

(.....suara terputus)

ANGGOTA KOMISI IX DPR RI:

(.....suara terputus) dari sisi penegakan hukum sesuai dengan PP Nomor 86 Tahun 2013 tentang Sanksi tidak mendapatkan pelayanan publik bagi perusahaan yang tidak mendaftarkan pekerjanya ke BPJS Kesehatan. Ini memang persoalan

kepatuhan Perusahaan-perusahaan banyak Karyawan, Pekerja yang mestinya dia punya hak menjadi anggota BPJS tetapi perusahaan yang tidak mendaftarkan sebagai Peserta BPJS.

Yang keempat, untuk Peserta PB yang diaktifkan sepihak, yang saat ini menjadi permasalahan bagi rakyat miskin, mengapa BPJS kesehatan dan tidak menginformasikan tentang penonaktifan perusahaan tersebut kepada masyarakat miskin, ini apa kendalanya. Saya kira kalau kita saling melempar masalah itu antara Kemensos dan BPJS Kesehatan, saya berharap upaya aktif dari BPJS Kesehatan itu perlu dilakukan agar ada informasi yang lebih kepada rakyat miskin. Saya kira itu Pak ketua, terima kasih.

Assalamualaikum Warahmatullah Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Walaikumsalam Bang
Selanjutnya Darul Siska.
Siap-siap Ibu Irma Suryani.

F-P. GOLKAR (Drs. H. DARUL SISKKA):

Bismillahirrahmanirrahim
Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Pimpinan dan segenap teman-teman anggota Komisi IX yang saya banggakan, Pak Dirut, Para Direktur dan segenap jajaran BPJS yang hadir.

Yang pertama, tentu apresiasi terhadap beberapa rencana-rencana yang kelihatannya baru dan menarik untuk disimak, dan apresiasi juga keuangannya kelihatannya positif sudah, dan mudah-mudahan ini bisa dijaga positif terus, sehingga kita tidak lagi di ruangan ini kemudian ribut soal talangan-talangan. Berikut saya ingin menggaris bawahi tadi soal Kepesertaan, agar terlihat solusi-solusi yang akan dilakukan oleh BPJS untuk menjemput Kepesertaan yang tadi disampaikan oleh pembicara terdahulu yang diputus secara sepihak oleh Kementerian Sosial itu, karena ini memang rakyat yang perlu mendapatkan perhatian dan dukungan dari kita semua.

Ada dua sasaran yang ingin saya sampaikan, yang pertama, agar semua perbaikan-perbaikan layanan yang disajikan oleh Pak Dirut tadi itu bisa sosialisasikan Pak. Rencana-rencana perbaikan mutu layanan yang tadi Bapak sajikan, kalau bisa di sosialisasikan secara massal, agar semua masyarakat tahu ada hak-hak yang kemudian mereka bisa tuntutan dari BPJS yang memang sudah dicanangkan dan tentu belum tentu semua masyarakat tahu dan Rumah Sakit juga terbuka untuk menceritakan ada perbaikan-perbaikan yang dilakukan.

Yang kedua, *roadmap* perbaikan layanan baik tingkat pertama, tingkat primer, tingkat lanjutan yang disampaikan tadi itu, saya kira ini akan menjadi acuan bagi kita DPR dan tentu BPJS juga untuk melihat apakah *roadmap* ini berjalan apa tidak. Pada awal Tahun 2023 kita akan kembali melihat *roadmap* ini. Kalau berjalan tentu kita

senang bawa itu perencanaannya baik, kalau tidak tentu kita ingin menagih apa sih masalahnya kok *roadmapnya* tidak bisa dijalankan sesuai dengan rencana.

Yang pertanyaan Pak. Langkah-langkah apa yang sudah diambil oleh BPJS Kesehatan terkait perbincangan Menteri Kesehatan kemarin di ruangan ini, ingin penambahan manfaat JKN bagi tiga penyakit Katastropik. Sudah sejauh mana pembicaraan itu sinkron antara menteri Kesehatan dengan BPJS Kesehatan, sehingga jangan sudah diungkap oleh Menteri Kesehatan, sementara BPJS Kesehatannya belum siap melakukan penambahan manfaat layanan JKN itu.

Yang kedua adalah masih ada terngiang di telinga saya Pak, dulu diskusi di ruangan ini juga tentang pelayanan satu kelas. Nah ini sejauh mana ini wacananya dan bagaimana rencana selanjutnya, karena memang sekarang dengan pelayanan 3 kelas itu ada Rumah Sakit yang nakal juga Pak, yang dia bilang yang Kelas III, Bapak kalau mau ke Kelas II tapi nambah bayar. Nah ini juga terjadi. Oleh karena itu dulu ada wacana untuk pelayanan satu kelas. Ini ingin kami dapatkan informasinya lebih lanjut.

Yang terakhir barangkali, sederhana saja. Soal nama Pak, soal Omni, Omni ini final belum namanya Pak. Nanti dia ada sebagian orang nakal diasosiasikan dengan nama Rumah Sakit tertentu begitu loh. Nah ini kalau belum final barangkali bisa dicarikan nama lain, sehingga tidak diasosiasikan dengan Rumah Sakit tertentu, karena ini adalah BPJS Kesehatan yang milik semua kita.

Saya kira itu saja Pak ketua, terima kasih.

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Waalikumsalam

Terima kasih Bang Darul.

Selanjutnya Ibu Irma Suryani, siap-siap Bapak Sungkono.

F-P.NASDEM (IRMA SURYANI, S.E.):

Terima kasih pimpinan,

**Kawan-kawan komisi IX yang saya hormati,
Teman-teman dari jajaran Direksi BPJS Kesehatan yang saya yang saya hormati.**

Betul saya lihat paparan Bapak luar biasa bagus, tapi mohon maaf, tentu kami belum lihat hari ini dan kemarin-kemarin belum lihat implementasi dari program yang Bapak paparkan itu bagus, kenapa saya bilang begitu, banyak hal Pak, yang belum Bapak selesaikan. Yang pertama saya pengen tahu, Bapak sudah pernah belum datang ke Rumah Sakit-Rumah Sakit Mitra Bapak di 34 Provinsi, sudah pernah belum cek secara langsung, supaya Bapak nggak tahu di atas meja, jangan tahu di atas kertas saja, jangan bikin program bagus di atas kertas saja seperti hari ini. 2014-2019

tadi sudah di Komisi IX ini, dan tak tahu persis program-program *copy-paste* yang gak pernah di cek oleh Direktur Utama BPJS Kesehatan. Tolong Bapak cek Pak ya, Rumah Sakit di 34 provinsi, agar apa yang Bapak presentasikan hari ini itu sesuai dengan apa yang Bapak implementasikan di Rumah Sakit-Rumah Sakit tersebut. Pertanyaan pertama, kenaikan anggaran yang Bapak dapatkan, itu Bapak distribusikan kemana kalau ada kenaikan anggaran untuk Tahun 2002.

Kemudian yang kedua, pelayanan BPJS ke RS mempengaruhi layanan Pak ya, Bapak bayar biaya ke Rumah Sakit *cash flow* baik, maka pelayanan BPJS di Rumah Sakit itu pasti akan baik, tapi pernah nggak Bapak cek, sebenarnya *cash flow* itu Rumah Sakit itu baik, dan Bapak tahu saya kami ingin tahu ini di Komisi IX ini. Tadi Bapak bilang ada Rumah Sakit yang Bapak beri insentif kalau mereka pelayanannya bagus, saya ingin tahu Rumah Sakit mana saja yang Bapak beri insentif, kenapa diberi insentif. Jadi Rumah Sakit itu memberikan pelayanan baik kalau BPJS nya juga bayar ke Rumah Sakitnya baik, tapi mohon maaf, saya masih banyak dengan Rumah Sakit-Rumah Sakit yang di daerah *cash flow* nya jeblok, karena BPJS belum bayar-bayar. Jadi jangan bikin paparan bagus, tapi implementasinya jeblok, ini sudah biasa, kami di Komisi IX ini sudah biasa terima yang gitu-gitua. Maka saya nggak mau bicara apresiasi dengan paparan, karena nggak mau dengan implementasi bukan paparan.

Kemudian selanjutnya saya mau tanya, untuk pemeriksaan Antigen itu dicover nggak oleh BPJS, kan nggak dicover, sementara kalau orang batuk-batuk, sudah mengarah-arah kena Covid, harusnya dicover oleh BPJS. Nah ini sekarang RSUD diseluruh Indonesia, itu tidak melayani Antigen Mandiri, nggak melayani, kalau orangnya sudah kena baru mereka diperiksa oleh Rumah Sakit. Ini nggak benar ini pelayanan kayak begini, Bapak juga harus protes ke Kementerian Kesehatan, nggak boleh Bapak diam-diam saja, koordinasi sama Kementerian Kesehatan, itu nggak benar. Rakyat Indonesia yang sakit mengarah kondisinya kena Covid, harus diperiksa oleh Antigen, Rumah Sakit harus memberikan pemeriksaan itu.

Kemudian yang ketiga, saya ingin tanya lagi tadi Bapak sebutkan soal Akuntabilitas layanan di Rumah Sakit, implementasinya seperti apa. Jadi jangan cuman sekedar bicara dipaparan. Perluasan digitalisasi layanan, apakah ini berbasis IT yang sudah betul-betul baik, kenapa, karena rakyat Indonesia ini masih belum banyak yang hp nya itu bagus. Nah yang kedua, SDM yang Bapak tempatkan untuk mengelola layanan online itu sudah ada belum di Rumah Sakit, Bapak cek nggak itu SDM nya. Online-online begitu orang telepon nggak adasyang angkat, *bullshit* Pak. Cek dulu Bapak ke Rumah Sakit, jadi saya kami ini Komisi IX memerintahkan Bapak untuk datang keseluruh Rumah Sakit di 34 Provinsi, paling nggak 1 Rumah Sakit disetiap Rumah Sakit Bapak cek. Jadi nggak cuma ngomong dipaparan sini aja, online-online. Saya sudah bosan dengan online, kemarin ya Satgas Covid-19 ya kan, ada yang namanya aplikasi online kalau orang datang dari luar negeri itu bisa pilih apa namanya Hotel, mana ada, nge-chap itu, nggak ada itu, sama yang Bapak lakukan hari ini online-online, mana buktinya, nanti SDM di Rumah Sakit yang melayani nggak tersedia. Apakah SDM yang bertanggung jawab terhadap aplikasi online Bapak itu Bapak bayar di Rumah Sakit, kalau bapak nggak bayar *bullshit*, nggak akan Rumah Sakit itu melakukan itu, nggak mungkin Rumah Sakit mau bayarin SDM yang Bapak tempatkan di sana.

Kemudian yang selanjutnya Kemudahan Kerjasama Faskes. Ini kemudahan apa. Coba jelasin sama kita semua disini. Promotif-preventif tadi disampaikan mengenai Penurunan 4 Peserta PBI, kok bisa turun. Mensos, ngomong dong dengan Mensos rakyat Indonesia ini banyak yang masih miskin, rakyat Indonesia miskin akibat Covid, banyak yang di-PHK, kenapa dikurangnya PBI nya, ngomong Bapak Kemensos sana, datang Mensosnya, datangin Menteri Kesehatan, jangan cuman duduk di atas meja doang, datangin, koordinasi Pak. Kalau Bapak nggak dilayani oleh Mensos atau nggak dilayani baik oleh Kemenkes karena mereka merasa lebih tinggi posisinya dari Bapak, datang ke Komisi IX kami akan bantu. Maaf Pak saya harus terbang saya bilang seperti ini, meskipun saya kemarin tidak dikonsumsi Komisi IX, saya masih wakil rakyat sebagai LSM, dan semua rakyat Indonesia itu masih konfirmasi ke saya, terkait pelayanan BPJS, terkait pelayanan Antigen, PCR dan sebagainya. Ini sudah lebih dari 1000 triliun untuk urusan covid mengcovid ini, jadi jangan main-main, nanti Pemerintah lagi yang salahkan, utang luar negeri banyak, sementara birokrat di Pemerintahannya semuanya tidak melakukan pekerjaannya dengan baik, cuman ngomong doang, paparan doang. Mohon maaf Ketua.

Mungkin ini perlu saya sampaikan karena kita hari ini betul-betul nggak boleh main-main lagi dengan hal-hal seperti ini, jangan bermain-main di paparan, saya nggak peduli Bapak Profesor, tapi Bapak harus turun ke Rumah Sakit-Rumah Sakit itu cek secara langsung, apakah benar paparan yang Bapak buat, saya yakin itu bukan Bapak yang buat anak-anak buat, tapi Bapak yang implementasinya sudah Bapak lihat belum ke Rumah Sakit- Rumah Sakit, apa yang Bapak paparkan itu betul nggak. Sudah dilaksanakan oleh anak buah Bapak di bawah. Saya kira ini penting Pak Dirut ya, saya perlu ingatkan ini, saya akan cek nanti Pak. Semua paparan yang Bapak kasih ke saya ini, ini saya pegang Pak, dan saya akan cek ya Pak, nanti di pertemuan berikutnya, kalau ini nggak benar, pasti kita akan panggil lagi Bapak ya. Jadi tolong sekali lagi paparan bagus okelah, tapi yang paling penting bagi kami adalah sebagai Wakil Rakyat, implementasinya yang bagus, kinerjanya yang bagus, bukan cuman paparan.

Mungkin itu saja Ketua, terima kasih banyak. Mohon maaf lahir bathin.

KETUA RAPAT:

Terima kasih Ibu Irma Suryani.

Itu Pak Dirut baru gigi 2 itu, belum gigi 3, belum gigi 4 gitu ya.

Terima kasih Ibu Irma Suryani.

Selanjutnya tadi seperti yang saya bilang Pak Sungkono, siap-siap dari kanan Pak Ashabul Kahfi baru ke nanti ke Pak Saleh Daulay.

Silakan Pak Sungkono.

F-PAN (H. SUNGKONOO):

Ya terima kasih Ketua.

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

**Yang kami hormati Pimpinan dan seluruh anggota Komisi IX,
Yang kami hormati Pak Dirut BPJS,**

Saya melihat mutunya bagus Pak ya, dengan gotong-royong semua tertolong. Saya yakin yang gotong-royong itu cuman orang miskin Pak, orang yang kaya nggak butuh gotong-royong, mereka nggak mau masuk Rumah Sakit yang standar kayak gitu Pak. Jadi gotong-royong ini harusnya yang kaya menggotong yang miskin gitu ya, saya yakin prakteknya nggak seperti itu. Saya nggak pakai BPJS Pak, karena saya mampu sendiri ya, makasih. Jadi begini, Sumber Penerimaan Dana Bapak tadi sampaikan, dari aset Pemerintah melalui modal Pemerintah dan Aset BUMN bukan diserahkan. Tapi saya berfikir begini Pak, sumber penerimaan itu masih tidak dengan iuran Pak, karena rakyat kita itu tidak semuanya mampu itu, terbukti di lapangan kalau orang punya BPJS itu nggak pernah bayar, baru masuk Rumah Sakit itu kupuh dia, karena mau nggak mau harus melakukan pembiayaan dan harus diterima BPJS kalau sudah membayar. Jadi saya yakin orang di Indonesia yang punya BPJS ini banyak yang nggak bayar, karena tidak mampu betul gitu. Jadi mau negara ini melindungi, terutama yang miskin. Jadi saya berharap BPJS ini tidak mengcluster, semua rakyat Indonesia yang butuh Pelayanan Kesehatan, diberi standar, kalau mau bagus cari uang sendiri, jadi nggak perlu kita mikirin orang sakit BPJS apa nggak, gimana caranya saya.

Banyak sekali saya orang BPJS itu masuk Rumah Sakit bingung dulu Pak, padahal orang miskinnya sudah sakit-sakitnya mau mati begitu, bukan sakit yang setengah-setengah Pak. Masih bisa kerja nggak ngurus sakit begitu. Kalau masih bisa kerja cari makan lebi pikir cari makan dari pada ngurus kesehatan terbukti, yang masuk Rumah Sakit tidak kronis begitu. Jadi saya moho pola pikirnya dirubah Pak, negara harus melindungi sesuai ketentuan. Jadi itu Pak. Pertama, saya berharap Kartu BPJS tidak perlu lagi ada, karena ini juga niansanya tidak memberikan Jaminan Kesehatan karena terbukti kalau dia punya kemampuan mengangsur mereka harus bayar dulu baru dilayani, dan saya katakan Rumah Sakit kerja sama Bapak ini semuanya juga nggak siap seperti yang ditakan Ibu Suryani tadi begitu. Saya berpikir kalau pakai BPJS pelayanannya juga sepertinya orang minta, sepertinya orang minta, melahirkan pakai BPJS, oh ngapain melahirkan, nggap punya duit saja kok, ada yang ngomong begitu Susternya begitu. Ini kan karena menganggap kita ini dianggap diberi, sebut orang ngemis bahasa Jawanya ya, saya nggak terima itu sebetulnya, karena saya juga banyak keluarga miskin Pak. Jadi begitu.

Rencana kerja Bapak tadi bagus banyak inovasi silakan, tapi yang rasional disaat negara seperti ini. Segi keuangan, Bapak kalau ngomong IT mau nggak mau mengeluarkan kerja sama dengan biaya, saya yakin itu. Nggak mungkin tanpa sumber pembiayaan bisa kerja sama, karena yang diajak kerja sama kira-kira siapa ya, vendor-vendor yang besar itu pasti mengambil untung, nggak mungkin dia kerja sama untuk kepentingan bangsa kita. Bangsa Indonesia asli yang berpikir untuk bangsanya sendiri, pasti investor yang berpikir untung-rugi. Nah BPJS jangan berfikir bisnis begitu. BPJS ini adalah tanggung jawab kewajiban negara. Melalui BPJS inilah yang terdepan untuk melakukan pelayanan kesehatan bagi masyarakat banyak. Dan saya program yang baik ini, mudah-mudahan Bapak bisa laksanakan, tidak jargon-jargon. Kalau pelaksanaan bagus saya rasa kita pasti, selanjutnya kita oke Pak. Pengalaman dulu sebelum BPJS juga banyak mengalami kendala sampai ribut-ribut, direksinya gajinya gede, tapi rakyatnya susah untuk memberi pelayanan. Saya mohon program-program ke depan disusun dengan cara yang efisien menggunakan hati bukan bisnis.

Barangkali itu, terima kasih.

Assalamualaikum Warahmatullah Wabarakatuh,

KETUA RAPAT:

Terima kasih Bapak Sungkono.

Selanjutnya Bang Ashabul Kahfi dari kanan, nanti siap-siap Bang Saleh Partaonan Daulay.

F-PAN (Dr. H. SALEH PARTAONAN DAULAY, M. Ag, M.Hum, M.A.):

Sebentar Ketua, ijin.

Pak Kahfi saya duluan ya, nanti setelah saya Pak Kahfi. Nah ini boleh ini.

KETUA RAPAT:

Silakan Bang Saleh.

F-PAN (Dr. H. SALEH PARTAONAN DAULAY, M. Ag, M.Hum, M.A.):

Sebentar, ini satu poin ini saja, karena Ibu Irma dari belakang nyolek-nyolek saja dari tadi, nggak saya tegas, biasa saja, ini kan Pak Prof. Ghufron ini kan teman lama saya.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Pak Prof. Ghufron beserta seluruh jajaran yang hadir serta seluruh Pimpinan dan anggota Komisi IX yang berbahagia.

Pertama tadi mungkin kata Ibu Sri Meliyana yang sebelah kiri saya, Pak Prof. Ghufron belum memperkenalkan seluruh jajaran yang ada yang baru-baru, apa lagi dikami ada yang baru, ada Pak Harvey Malaiholo ya, Malaiholo, sorry, coba. Bayangkan namanya saja kita, lagunya yang kita lebih kenal. Jangan sampai beliau ini nanti ya salah nama, kan nggak enak, apalagi beliau ini baru kenal mungkin baru kenal soal sistem dan tata kerja BPJS Kesehatan. Tentu beliau perlu tahu ini, siapa saja orang yang bertanggung jawab apa. Itu satu.

Yang kedua, saya melihat Pak dari paparan yang pertama ini soal Biaya operasional atau dana operasional ini. Ini saya lihat Indonesia ini kan kalau kita lihat disini ini, termasuk biaya operasional yang tinggi, karena 10% dari total iuran yang terkumpul kan, meskipun pada prakteknya, praktiknya saya lihat ini 3 koma sekian persen antara 2,81 sampai 3%. Nah berkenaan ini sebetulnya, saya itu ingin Pak Dirut beserta seluruh Jajaran, untuk membuat rincian penggunaan anggaran ini ya, rincian penggunaan anggaran seperti apa. Walaupun 33% ya kan, itu jumlahnya berapa, kalau nggak salah sekitar 80 triliun ya Pak ya, berapa? 4 triliun.

Pimpinan dan segenap teman-teman anggota Komisi IX yang saya banggakan, Pak Dirut, Para Direktur dan segenap jajaran BPJS yang hadir.

4 triliun.

Ya sudah. Yang 4 triliun itu apa, karena ini di bawah ini ada penagihan iuran, pembinaan pelayanan, administrasi peserta, pemasaran sosial, kemudian apa itu layanan informasi, teknologi informasi ini kan semua pasti butuh biaya. Nah kita pingin itu sebetulnya, supaya nanti kita datang rapat lagi bisa cek ini, betul nggak anggarannya seperti ini.

Kemudian tadi ada soal administrasi kepesertaan. Ini ada Mabes Tni, Polri, BKD, BKN, Kementerian Keuangan, Kemendagri, ini betul ini Pak, tapi kok kenapa kok Kemensos nggak ada ya disini, Kemenkes nggak ada, sebab setahu kita ini Kemensos ini penting karena data-data kemiskinan itu semuanya datang dari Kemensos, itu yang kita jadikan pintu satu pintu pertama kita untuk melihat sejauh mana tingkat kesejahteraan Indonesia, menurut Undang-Undang Fakir-Miskin, memang yang mendata itu data kemiskinan itu adanya di Kemensos, loh ini pada saat pendataan peserta mereka nggak ikut ini disini. Ini perlu penjelasan.

Kemudian yang berikutnya, ini halaman berapa ini, paparan kedua, penjelasan penggunaan Dana Jaminan Sosial. Ini yang saya banyak pertanyaan. Pertama, ini kan saya bagi dua, pertama sumbernya Pak, sumber anggarannya kan, yang kedua, penggunaannya. Nah kalau kita lihat sekarang, disini BapK sebut ada hasil pengembangan. Saya mau tanya, apa yang mau dikembangkan disini. Kalau BPJS Tenaga Kerja memang ada kewajiban untuk mengembangkan anggarannya, kalau BPJS Kesehatan ini apanya dikembangkan anggarannya, apakah diinvestasikan juga, ini saya lihat kan ada nanti pertanyaan kebawah juga soal investasi. Kemudian berapa hasil dari pengembangan itu. Itu satu.

Yang kedua, ada pengalihan aset BUMN Pak. Ini tolong dijelaskan. Aset BUMN mana saja yang dialihkan, kemudian setelah dialihkan ini berapa nilainya, apakah tetapi misalnya hanya pengalihan nama saja atau justru jadikan uang, liquid jadi *cash*, bisa digunakan untuk biaya operasional. Yang ketiga, ada sumber lain. Ini nggak ada keterangan, sumber lain apa ini ya kan. Kalau dalam bahasa Islam itu ada *min haitsu la yahtasib* dari sumber-sumber yang tidak terduga, jangan-jangan itu ini, biasanya tuh lebih banyak, nah tapi ini kan nggak jelas ini, berapa. Jadi sumber lain ini berapa, pengalihan asetnya, berapa hasil pengembangannya berapa, kemudian ini tolong diceritakan kepada kita, karena disini kan ada ini sumber lain kurang lebih begini, surplus, hibah atau bantuan. Nah yang surplus itu apa. Hibah ini siapa yang mau kasih hibah atau bantuan apa, dari negara mana atau institusi mana.

Kemudian yang berikutnya iuran Jaminan Kesehatan. Kalau iuran kalau saya lihat sudah ada paparannya di belakang, saya nggak tanya lagi Pak, iurannya sudah adas. Nah tetapi yang ingin setannya adalah soal penggunaan, penggunaan ini di sini kan ada beban operasional, ini totalnya tadi 4 triliun, habisnya berapa Pak setahun, idealnya butuh berapa, mengapa Menteri Keuangan hanya kasih 3% dari 7% misalnya. Ini mohon diberikan penjelasan pada kita. Lalu apa yang bisa dilakukan oleh DPR supaya kami bisa menunjang, supaya kerja Bapak makin bagus kalau uangnya makin banyak. Itu ya.

Kemudian yang berikutnya, ini kan ada investasi Pak kiri-kanan yang biru sama yang merah, apa bedanya Pak investasi yang kiri dan investasi yang kanan, investasi apa ini, ya kan. Jangan sampai nanti yang diinvestasikan ini malah uang yang akan membayar Rumah Sakit. Nah itu akan menjadi kacau.

Yang berikutnya, ini adalah soal Peningkatan Kapasitas Pelayanan. Ini tadi sudah dijelaskan di dalam lembaran baru sebelumnya, tapi saya ingin ada rincian lebih detail Pak, kapasitas pelayanan seperti apa, karena ini selalu ini persoalan kita pembiayaan, kepesertaan dan pelayanan. Intinya ini BPJS Kesehatan itu.

Kemudian yang berikutnya Pak, ini ada Pengadaan Barang dan Jasa disini dalam penggunaan ini. Apakah ini Pengadaan Barang dan Jasa hanya pada tingkat operasional atau tingkat pelayanan, kan itu beda Pak, kalau operasional berarti kan administratif sifatnya, kalau yang pelayanan berarti di Rumah-rumah-Sakit atau katakanlah ada kebutuhan apa namanya itu pelayanan yang memang dilakukan oleh BPJS ditingkat pelaksanaan dan penyelenggaraan di lapangan.

Berikutnya, saya lihat pada halaman berikutnya ini, Biaya Pelayanan Kesehatan antara 2020-2021 ini ada penurunan Pak, dari 86,99% menjadi 79,69%. Ini disebutnya bagus ini, karena artinya makin banyak orang sehat, kan gitu, ya kan Pak, karena makin sedikit orang datang ke Rumah Sakit, makin sedikit orang datang ke FKTP. Nah tolong dijelaskan ini penyebabnya apa, jangan-jangan karena Covid, begitu dia kena Covid, lalu dia tidak klaim lagi klaim apa namanya BPJS biasa, tapi sudah langsung ditanggung oleh negara, karena menurut aturan negara siapa yang kena Covid, itu pasti di tanggung oleh negara. Dan keterangan Menkes kemarin disini, itu dananya besar sekali Pak, biaya untuk pelayanan itu untuk orang yang kena Covid itu sampai berapa puluh triliun itu, ada 80 triliun kalau nggak salah, ya kan dari Tahun 2020 sampai 2021, 80 koma sekian triliun. Ini tolong diberui penjelasan supaya kita bisa melihat, apakah benar klaim Bapak bahwa ada peningkatan, Bapak bilang tadi kan meningkat ini. Ini yang mebut Ibu Irma tadi agak semangat, ini meningkat ini kan begitu, tapi meningkat apa dulu kata Ibu Irma tadi.

Berikutnya, ini kan ada mekanisme pembayaran di depan. Ini sebetulnya bagus ini, kan terobosan yang bagus, karena sebelumnya belum ada ini terobosan pembayaran di depan. Nah saya mau tanya Pak, pembayaran di depan ini sekarang apakah ini bisa betul-betul berpengaruh pada tingkat pelayanan kesehatan bagi para peserta. Kalau misalnya ada Faskes yang ternyata setelah dikasih DP, tahu-tahu pelayanannya masih buruk. Nah apa sanksi yang diberikan oleh BPJS ya, jangan sampai enak saja, karena selama ini Pak mohon maaf, itu selalu yang dikejar oleh pihak Rumah Sakit pada pembayaran, selalu terlambat, selalu ketinggalan. Nah Berkenaan dengan pertanyaan itu, saya ingin Bapak jelaskan juga pada kami, berapa yang belum terbayar, kan ada yang sekarang mau di DP, apakah masih ada yang yang belum terbayar, karena selama ini mohon maaf Pak, Rumah-rumah Sakit Muhammadiyah Pak saya tahu itu, itu selalu komplain sampai pernah utangnya sampai 1,2 triliun itu belum dibayar. Nah sekarang apakah masih ada yang seperti itu atau belum atau sudah lunas seperti yang Bapak klaim disini.

Kemudian bagian terakhir Pak. Bagian terakhir ini hal-hal yang mempengaruhi kondisi DJS ke depan. Ini kan ada Bapak buat empat ini. Nah sekarang yang ingin saya tanya, bagaimana cara Bapak untuk memastikan bahwa poin-poin yang 4 ini, ini akan bisa terlaksana, kan misalnya gini, ada ribuan pemanfaatan layanan kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Nah kalau misalnya ribuan ini pengaruhnya seperti apa di dalam DJS itu. Kemudian kenaikan tarif pelayanan kesehatan JKN yang diatur dalam Permenkes. Nah ini pengaruhnya seperti apa, dan seterusnya kepada empat poin yang ada disini. Sebetulnya ada beberapa poin lagi yang saya tanyakan, tapi saya cukupkan sampai disitu dulu. Mohon maaf Bang Kahfi, saya ada urusan sedikit perintah Ketum saya keatas sebentar nanti balik lagi.

Terima kasih.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Walaikumsalam.

Terima kasih Bang Saleh.

Saya persilakan Bapak Ashabul Kahfi. Siap-siap Ibu Netty dari kiri.

F-PAN (Drs. H. ASHABUL KAFFI, M.Ag.):

Bissmillahirrahmanirrhani

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Sudah banyak tadi disampaikan oleh teman-teman, tapi masih ada beberapa poin yang menurut saya perlu menjadi perhatian saya, yang saya ingin disampaikan melalui kesempatan ini. BPJS ini kan didirikan sebagai perpanjangan tangan negara dalam rangka untuk perbaikan kesejahteraan sosial, khususnya di bidang kesehatan. Sehingga saya kira nggak heran mulai tadi pagi teman-teman banyak mengkomplain terkait masalah pelayanan. Nah termasuk saya yang pertama masalah peningkatan pelayanan melalui online. Dislide halaman 18 itu menyangkut masalah pengaduan, saya sampaikan Pak, ini banyak sekali pengaduan dari warga, mereka kadang melakukan aduan sampai 2-3 hari baru direspon, baik melalui twitter, itu sampai 3 hari baru direspon, kadang malah saya sendiri yang langsung telepon Pak Apdal itu teman saya ini, sampaikan keluhan-keluhan seperti ini Pak, kok layanannya lama sekali begitu. Mereka membandingkan Pak, layanan online seperti melalui indihome Indihome, Indihome Pak 1 x 24 jam langsung direspon itu kan padahal ini kan persoalan jaringan, tapi responnya cepat sekali. Nah BPJS ini kan yang dilayani manusia Pak, tapi kok responnya sampai 3 hari itu kan. Nah tolong kedepan karena ini mejadi salah satu saya lihat prioritas di Tahun 2022, sistem inline ini mungkin perlu kita perbaiki Pak ya. Itu yang pertama.

Kemudian yang kedua, Perluasan Kepesertaan. Nah ini juga banyak keluhan Pak. Warga yang mau pindah layanan Faskes, itu butuh waktu sampai 1 bulan sampai 3 bulan, contoh, saya selama ini tinggal di Makasar Pak, kemudian pindah ke Jakarta, itu butuh 1 bulan untuk mendapatkan layanan di Jakarta, kemudian satu bulan kemudian saya pindah tugas lagi. Nah dalam aturan saya lihat disitu butuh waktu 3 bulan kemudian baru bisa dilayani. Ini mungkin perlu dievaluasi regulasi seperti ini.

Orang sudah bisa mati Pak, baru bisa dilayani kalau mau menunggu sampai 1 bulan dan 3 bulan. Kenapa umpamanya Jasindo Pak, kita bisa pakai di mana-mana saja tanpa menunggu waktu, saya masuk di Siloam, masuk di Rumah Sakit Umum waktu yang samaan nggak ada masalah gitu kan. Nah ini saya kira perlu dievaluasi kedepan.

Nah kemudian yang ketiga, ini juga Pak yang paling banyak aduan dan ini juga saya sudah sampaikan ke Pak Afdal, ini menyangkut masalah denda, denda ini kok lebih besar daripada tunggakan, kan konyol Pak. Tunggakannya 3 juta 5 ratus itu Sopir saya Pak, tapi ketika mau diambil tindakan karena cesar istrinya, dia harus membayar denda 3.750.000, kan lucu ini. Denda lebih tinggi dari tunggakan. Tolong Pak, regulasi ini perlu kita evaluasi kembali, karena kalau tidak, ini sama saja BPJS berideologi corporate, yang mengutamakan keuntungan dan tidak merugi, padahal sebenarnya kehadirannya BPJS ini semata-mata untuk perlindungan sosial di bidang kesehatan. Mas denda lebih tinggi dari pada tunggakan, leasing saja Pak tidak lebih tinggi dari pada tunggakan Pak. Nah tolong dievaluasi ini, ini sudah saya sudah komplain juga ke BPJS di Makasar terhadap pengaduan-pengaduan seperti ini, tapi ya kan mau bikin apa karena regulasinya seperti itu. Nah itu.

Nah kemudian yang terakhir ini Pak, ini mohon maaf ini, bukan kami mau terlalu banyak tahu, tapi saya hanya memandangkan. Kalau dikatakan dan operasional tahun ini relatif lebih rendah karena hanya 2,8%. Kemudian Tahun 2020 itu kan 4,9% ya, artinya dari sisi persentase jumlahnya mengalami penurunan. Tapi maaf Pak, dari segi nominal sama aja, sama-sama 4 koma sekian triliun. Itu anggaran operasionalnya. Nah hebatnya lagi BPJS Pak, dari sisi nominal kalau dibandingkan dengan lembaga negara lain, seperti BKKBN, BP2MI jauh lebih besar anggaran operasional Bapak dibanding lembaga-lembaga negara lain.

Nah hebatnya lagi Pak, kalau Bapak ini kan kami nggak bisa melakukan evaluasi secara proporsional, kenapa persetujuan anggaran Bapak itu kan cukup melalui Kementerian Keuangan, beda kalau Kementerian lain, kami bisa melakukan evaluasi, berapa anggaran operasional mereka, berapa belanja pegawai mereka, kalau ini kan tidak ada yang kamu tahu. Melalui itu mungkin tidak ada salahnya kalau Bapak sampaikan nanti transparan, 4 koma sekian triliun itu digunakan untuk apa saja Pak, kenapa, karena kadang masyarakat juga bertanya kepada kami, dan kami juga nggak bisa menjawab apa-apa karena kami nggak tahu, kalau memang itu Bapak nggak mau disampaikan, kalau nggak, nggak apa-apa. Karena gajinya orang BPJS kita nggak tahu berapa Pak gajinya, gaji Direktornya berapa, maaf ya, di Kabupaten itu berapa, petugasnya gajinya berapa nggak tahu, Belanja Pegawainya nggak tahu, dan lain-lain.

Saya kira itu Pak yang mungkin saya sampaikan melalui kesempatan ini. Sekali lagi Pak tolong pelayanan ini tolong diperhatikan Pak, jangan biarkan masyarakat itu menderita karena pelayanan kita yang tidak jelas, khususnya menyangkut masalah denda itu Pak Dirut. Tolong itu masalah denda itu mungkin perlu diperhatikan itu. Ini sudah dua, tiga, empat orang Pak yang mengadu ke saya, dan Pak Afdal juga kalau saya sampaikan ya dia juga nggak bisa mengapa-ngapain seperti itu kan, tapi kan nggak mungkinlah, masa tunggakan itu lebih besar Pak dari pada denda lebih besar dari pada tunggakan, di Adira saja itu nggak sebesar itu Pak denda, di Perbankan juga nggak sebesar itu denda. Nah pertanyaan saya, apa yang menjadi beban bagi BPJS

kok denda itu tinggi sekali, sementara kan tidak menggunakan dana Perbankan, itu kan dana gotong-royong dari kepesertaan PBI dengan Mandiri.
Saya kira demikian Pak.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Waalikumsalam.

Denda lebih besar dari pada tunggakan. Sebenarnya sudah syukur-syukur mereka bayarnya, sudah syukur mereka bayar, hapus saja tunggakan. Selanjutnya Ibu Netty, siap-siap Ibu Hasnah.

INTERUPSI ANGGOTA KOMISI IX DPR RI:

Pak ketua, interupsi Pak ketua, ada bagusnya diperpanjang dulu Pak ketua.

KETUA RAPAT:

Oh ya, mungkin nanti kita habiskan dulu, kita habiskan dulu pertanyaan ya. Saya perpanjang dulu sampai setengah satu (12.30 WIB)

(RAPAT: SETUJU)

Silakan Ibu Netty, siap-siap Ibu Hasnah, baru Ibu Sri.

F-PKS (Dr. Hj. NETTY PRASETIYANI, M.Si.):

Terima kasih Pimpinan.

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Pimpinan dan Anggota Komisi IX DPR-RI yang saya cintai saya banggakan, baik yang hadir secara Fisik maupun Daring.

Pak Dirut beserta seluruh jajaran hadir juga Dewan Pengawas.

Saya pikir sudah banyak tadi apa yang sudah disampaikan oleh teman-teman, namun memang ada beberapa hal yang ingin saya katakan lagi, karena memang ini adalah awal Tahun 2022 yang memberikan harapan sebetulnya ya bagi masyarakat setelah Pandemi ini berjalan 2 tahun, tentu saja kita tidak bisa bersembunyi dibalik Pandemi, katanya kalau Anggota Dewan atau kemudian Karyawan, sekarang masih bisa ngumpet dengan diksi WFH, tapi yang namanya pelayanan kesehatan tidak bisa bersembunyi dengan alasan Pandemi. Naholeh karena itu Pak Dirut, yang pertama saya ingin menyampaikan bahwa dalam setiap kunjungan saya ke daerah, ini ada satu fenomena yang menarik. Jika kita tanyakan soal BPJS atau kita bicara soal BPJS, maka yang mereka ingat, mereka tahu, mereka jelaskan adalah BPJS Kesehatan ya.

Jadi hampir ketika kita berkunjung yang namanya BPJS Ketenagakerjaan tidak populer diantara masyarakat di tengah masyarakat. Jadi artinya ini sebetulnya memberikan dua sisi pada kita, satu karena memang begitu banyak masalah yang harus diselesaikan. Yang kedua adalah peluang bagi kita untuk terus melakukan perbaikan-perbaikan sekaligus tadi yang menjawab keinginan atau harapan teman-teman bagaimana caranya kita bisa memperluas atau sertakan, yang hari ini kesehatan memang bukan segalanya, namun segala sesuatu tidak dapat kita lakukan tanpa kesehatan yang melekat pada diri kita. Itu yang pertama. Jadi artinya memang hari ini kita perlu memiliki semacam pemahaman yang filosofis ya bahwa keberadaan kita baik di jajaran Direksi maupun Dewan Pengawas ya, mudah-mudahan ini dimaknai sebagai peluang untuk bisa melakukan amal ibadah tertinggi ya, memberikan manfaat yang luas bagi masyarakat. Itu yang pertama.

Kemudian yang kedua, sebetulnya tadi sudah disinggung tentang tiga pilar utama yang menjadi soko guru dari BPJS Kesehatan ini, yang pertama adalah Kepesertaan, yang kedua adalah Pelayanan dan yang ketiga adalah Pembiayaan. Namun yang memang krusial hari ini kalau kaitkan dengan bahwa dana operasional itu didapatkan dari iuran yang dilakukan oleh peserta aktif, maka lagi-lagi kita harus berpikir bagaimana caranya kita memperbesar, memperbanyak, memperluas peserta aktif. Peserta aktif ini kan maknanya adalah peserta penerima bantuan iuran dengan peserta bukan penerima upah dan peserta yang lainnya ya, memang membayar. Seperti itu. Nah pertanyaan saya, kalau kita kaitkan dengan rapat yang lalu Pimpinan, Sekjen Kemensos itu dengan kalimatnya yang saya enggak tahu ya kalimat yaitu empatik atau apa *apology*ya begitu ya. Ketika Septian Kemensos mengatakan, mohon maaf 12 juta APBI ini ya harus kami bekukan ya, mohon dimaklumi. Kalimat seperti itu tentu saja bukan menjadi kalimat yang sebetulnya ya yang menggembirakan buat masyarakat, kenapa, karena hari ini saya sepakat, Pandemi ini sudah menambah banyak ya orang dengan kemiskinan baru, orang dengan ketimpangan ya, tadi Ibu Irma kemudian Pak Saleh dan Ibu-Bapak lainnya, Pak Darul juga sudah menyampaikan.

Nah kalau kemudian ini hanya diterima sebagai sebuah upaya untuk data cleansing, namun bagi kami Wakil Rakyat nggak bisa kalimat ini berhenti, titik ya, 12 juta di fresh, 12 juta dibekukan, kan harus ada jalan keluarnya. Disebelah saya ini adalah Bu Hasna, Istri Bupati Kabupaten Baru di Sulawesi Selatan Pak Dirut ya. Beliau baru saja cerita ke saya, kalau ada orangnya kaya mungkin nggak ada masalah ketika ada warganya yang di fresh, kemudian APBD nya mengadvokasi bisa mengcover, tapi bagaimana dengan daerah-daerah yang anggarannya sangat terbatas, sangat minim, boro-boro daerah yang jauh dari Pusat Pemerintahan, di Kota Cirebon pun terkaget-kaget Pak di Dapil saya ketika ada 10 ribu warganya yang kemudian di fresh begitu. 10 ribu itu bukan angka yang kecil loh Pak, kalau kita bicara tentang biaya kesehatan. Nah menurut saya ini juga perlu apa pikirkan ya, perlu dikomunikasikan agar jangan sampai ada semacam fenomena silo ya, itu kan urusan Kemensos yang ngefresh, saya nggak ada urusan. Nah mudah-mudahan itu nggak terjadi.

Kemudian yang ketiga, saya mengulang lagi Pak Dirut, karena saya khawatir, bukan khawatir sih memang selama ini juga banyak sekali dari masyarakat tentang fenomena kehamilan tidak diinginkan, tentang anak yang lahir dari pasangan-pasangan yang tidak terikat pernikahan yang sah, sehingga banyak sekali lembaga

pengada layanan, lembaga Swadaya Masyarakat kita mengadvokasi anak-anak yang lahir dari kehamilan yang tidak diinginkan ini. Nah saya ingin meminta kepada Pak Dirut sebagaimana juga harapan Ibu dan Bapak yang lainnya, bagaimana caranya ini dicarikan jalan keluar, kenapa, karena kalau kita bicara Permenksos yang mengatakan ada 26 kluster pelayanan kesejahteraan sosial mulai dari fakir, miskin, gelandangan, anak terlantar, anak berhadapan dengan hukum, anak dengan disabilitas, perempuan yang dilacurkan, anak dilacurkan sampai kelompok masyarakat adat, itu semuanya wajah kemiskinan, seperti itu ya. Nah yang menarik kalau kita kaitkan dengan bahasa manajemen, yang namanya kemiskinan itu cenderung sembunyi ya, seperti itu, artinya seringkali suaranya nggak terdengar. Terdengar ketika mereka memang akhirnya sudah terpaksa harus membutuhkan layanan ya. Nah ini menurut saya anak yang tadi lahir dari kehamilan yang tidak diinginkan, anak terlantar dan 26 pemerlu pelayanan pelayanan sosial, ini harus dicarikan jalan keluar, nggak mungkin kemudian kita hanya berlindung dari kalimat Sekjen Kemensos bahwa sekian belas juga sedang difresh.

Nah berikutnya pertanyaan saya masih terkait dengan paparan Pak Dirut tadi ya, ada yang menarik. Saya pikir Pimpinan yang bisa investasi hanya BPS Ketenagakerjaan, ternyata BPJS Kesehatan juga ada investasinya ini, nampaknya apa saya juga tertarik untuk menanyakan kalau bicara tentang investasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan, bentuk kasasinya apa saja ya Pak Dirut, artinya ini akan memberikan gambaran pada kita seperti apa sih kekuatan finansial dari BPJS Kesehatan selain dari sumber-sumber dana yang lain seperti itu. Dan kira-kira kalau berinvestasi apa namanya seberuntung BPJS Ketenagakerjaan nggak yang katanya banyak menaruh investasi diberbagai proyek strategis ya, seperti itu.

Nah berikutnya yang juga ingin saya tanyakan, sebenarnya ini bukan pertanyaan, tapi harapan dari kemarin kami menerima audiensi dari Asosiasi Rumah Sakit Swasta seluruh Indonesia ya. Dalam Audiensi itu teman-teman Arsy menyampaikan harapannya bahwa, mereka ingin sekali ya ada kebijakan affirmative dari Pemerintah yang memastikan bahwa semua penyelenggara layanan kesehatan itu menjadi penyelenggara BPJS Kesehatan ya, termasuk Layanan Kesehatan Swasta, termasuk Rumah Sakit Swasta, kenapa, karena kalau saya apa renungkan, ya ada benarnya, karena bagaimanapun Rumah Sakit Umum Daerah atau Rumah Sakit Vertical milik Pemerintah, nggak semua bisa mengcover ya apa yang dibutuhkan oleh masyarakat ya. Sehingga tadi yang disampaikan oleh Pak Dirut ya sama dengan teman-teman, saya berharap itu bisa diimplementasikan dalam bentuk ya kemudahan ya dalam membangun kerja sama dengan Rumah Sakit Swasta, termasuk juga persyaratan perpanjangan perizinan sebagai penyelenggara layanan kesehatan, saya pikir ini perlu dibuka seluas-luasnya tentu saja dengan aturan ya.

Nah berikutnya terkait dengan layanan Pak ya, karena kalau kita bicara tentang layanan berarti kita bicara tentang *satisfactory* begitu ya. Nah ternyata kalau kita baca dari time line maupun dari aduan masyarakat, masih saja ada keluhan masyarakat, ada peserta yang disuruh pulang dalam kondisi belum layak pulang, kemudian diminta beli obat sendiri ya, kemudian juga sistem rujukan yang relatif menyulitkan peserta. Nah saya ingin mengaitkannya dengan program BPJS mendengar ya. Nah kira-kira dimana Pak bridgingnya. Dari masyarakat yang mengeluh tadi ya beli obat dan sendirinya. Ini nggak jauh-jauh, anak saya juga kemarin Bu ini nggak bisa nggak dicover ini harus beli sendiri, nggak apa-apa beli

saja. Seperti itu kan, ya kalau kenanya kepada keluarga sejahtera mungkin tidak ada masalah, tapi kalau kita bicara tentang keluarga Pra Sejahtera yang mau diliris oleh BKKBN jumlahnya 16,95% dari total Kepala Keluarga di Indonesia yang jumlahnya 68 juta, itu banyak sekali Pak. 17% dari 68 juta itu kan kalau di kali 4 saja skema keluarga kecil, berapa banyak itu ya, keluarga miskin, keluarga Pra Sejahtera di Indonesia ya. Nah tentu ini juga harus diselesaikan dengan program-program yang tadi sebetulnya sudah membangun image BPJS Kesehatan, tapi tentu saja ini betul-betul harus implementatif dan *riceball* gitu Pak, bisa dijangkau, bisa diakses gitu ya. Kalau dengan Anggota Dewan mungkin gampang Pak, saya kalau ke Dapil ketemu Kepala Cabang dan sebagainya itu mudah sekali, tapi ini yang harus kita sampaikan adalah bagaimana supaya kita bisa *to risk the unrated* begitu ya, bisa menjangkau orang-orang atau warga selama ini sulit ya mengakses layanan.

Nah berikutnya juga yang ingin saya tanyakan adalah dipaparan Bapak tentang biaya promotif dan preventif Pak ya. Biaya Preventif dan Promotif Ini kalau kita lihat angkanya Pimpinan 435 miliar. Jadi kalau kita buat presentasinya ini hanya 0 kurang lebih saya menghitung 0,38% Pak, padahal kemarin Pak Menkes ayo-ayoan di rapat ya, mengeluhkan ada penyakit Katastropik yang menghabiskan dana JKN kita luar biasa, dan itu muaranya pada perilaku dan gaya hidup. Jadi artinya kita nggak bisa ya, secara pasif menunggu orang datang ke layanan dan kita membayari ya setiap pelayanan yang diberikan, tapi harus ada sebuah upaya, sebuah sikap proaktif bagaimana caranya BPJS juga mengambil peranan penting untuk bisa mendorong upaya promotif-preventif ini Pak. Kemarin saya sempat sampaikan bahwa ternyata belanja yang dilakukan oleh masyarakat kita tertinggi adalah beli beras Pak, yang kedua beli rokok, seperti itu, baik di perkotaan maupun di pedesaan. Meskipun iklannya rokok dapat membunuhmu Pak, tapi ternyata itu masih menjadi apa komoditi apa yang paling diminati kedua setelah beras ya, bahkan lebih tinggi lebih tinggi daripada protein yang seharusnya mereka beli, mereka konsumsi untuk keluarganya, seperti itu. Jadi artinya ini juga jadi catatan penting untuk BPJS bagaimana caranya membangun komunikasi dengan para mitra, upaya promotif-preventif ini juga bisa dilakukan secara bersama-sama.

Nah yang terakhir ini tentang ya masih ada kaitannya dengan pembiayaan Pak. Jadi kalau kemudian tahun yang lalu kelihatannya kita surplus, karena memang sebetulnya keluarga pada takut payah ke Rumah Sakit itu atau kemudian tadi ya sebetulnya tertanggulangi oleh status Covid ya dibayari oleh Pemerintah. Nah kira-kira ada nggak Pak klaim yang tertunggak begitu, kalau ada, berapa, karena tadi yang disampaikan oleh Ibu Irma jangan sampai ada apa Nakes kita, ada Rumah Sakit kita yang nangis, kering nangis, kering tidak bisa nangis lagi ya, karena keterlambatan pembayaran ya Bu Felly yang sering ngomongin itu. Dan kira-kira jika ada kasus klaim seperti ini yang tertunggak, kalau kemarin klaim Covid Pak, ada apa namanya klaim yang baru apa kadaluarsa ya, yang sulit untuk dibayar atau mungkin yang lebih lebih berat lagi ya statusnya. Nah kira-kira bagaimana desain kita atau proyeksi kita untuk pembayaran manfaat kedepan ya. Karena saya yakin dengan pandemi 2 tahun, kemudian juga dengan pergeseran pola dan juga gaya hidup kita, pastinya yang dimitigasi oleh Pak Menkes dalam rapat dua hari yang lalu, ini akan menjadi beban bagi BPJS.

Nah terakhir, ini aja Pak, saya tergelitik aja. Kalau kemudian ada apa namanya biaya operasional di BPJS Kesehatan, yang terbesar itu untuk apa Pak. Seperti itu.

Itu mungkin Pimpinan yang ingin saya tanyakan, terima kasih.

*Wabillahi Taufiq Wal Hidayah.
Assalamualaikum Warahmatullah Wabarakatuh.*

KETUA RAPAT:

Waalaikumsalam.

Terima kasih Ibu Netty.
Selanjutnya Ibu Hasna. Siap-siap Ibu Sri Mulyana.

F-P. NASDEM (Drg. Hj. HASNAH SYAM, MARS.):

Terimakasih.

*Bismillahirrahmanirrahim,
Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,*

**Bapak-Ibu, Pimpinan, teman-teman Komisi IX yang saya hormati,
Bapak Dirut BPJS Kesehatan bersama jajarannya yang saya hormati.**

Tadi sudah ada teman yang menyampaikan terkait kepesertaan, karena memang cenderung 2 tahun terakhir ini jumlah Peserta Aktif terus menurun dan jumlah Peserta Tidak Aktif terus meningkat. Pertanyaan saya, kira-kira langkah dan strategi atau terobosan yang akan dilakukan oleh BPJS Kesehatan untuk memaksimalkan potensi kepesertaan ini, terutama sekali peserta yang belum terdaftar dan yang sudah terdaftar namun menjadi peserta pasif, karena mekanisme ini harus berjalan lancar karena akan berdampak langsung kepada kualitas layanan kepada masyarakat. Yang pertama itu.

Yang kedua, di dalam slide halaman 6 dalam pemasaran sosial, salah satu upaya untuk memaksimalkan kepesertaan ialah adanya kader JKN. Saya ingin tahu berapakah anggaran yang dialokasikan untuk kader JKN ini, terus kemudian bagaimana kinerja dan capaian kinerjanya. Saya meminta perekrutan kader JKN ini juga bisa bermitra dan berkolaborasi dengan berbagai unsur masyarakat seperti Organisasi Paguyuban, Asosiasi yang memang memiliki basis anggota yang kuat, dan sejauh ini bagaimana pelibatan untuk masyarakat tersebut.

Yang ketiga, tadi juga sudah disampaikan oleh ibu Netty, terkait pembatalan sepihak partisipasi peserta PBI yang tercover APBN oleh Kementerian Sosial. Jadi kami di Dapil memang banyak mendapat banyak aduan, karena banyak yang tidak terlayani dengan adanya pemutus ini tanpa sepengetahuan pihak atau masyarakat. Mohon penjelasannya agar kami ada kejelasan informasi, sehingga nanti kita juga menjelaskan bisa menjelaskan kepada masyarakat yang di Dapil kami.

Yang keempat ini, saya juga ingin meminta kepada Dirut BPJS beserta jajaran, untuk menggenjarkan sosialisasi edukasi kepada generasi muda yang terdiri dari generasi milenial, oleh karena masih ada cara pandang program JKN ini lebih fokus dan diperuntukkan untuk orang tua, maka dari itu saya menyarankan untuk

berkolaborasi dengan organisasi kepemudaan, komunitas dan instansi pendidikan dasar menengah dan pendidikan tinggi, untuk mendorong generasi muda ini ikut dalam program ini, yang tentunya ini untuk meningkatkan juga kepesertaan. Itu dari saya, sekian.

*Wabillahi Taufik Wal Hidayah,
Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,*

KETUA RAPAT:

Walaikumsalam

Terima kasih Ibu Hasna.
Selanjutnya Ibu Sri Melyana. Siap-siap Pak Sukamto.

F- P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Terima kasih Ketua.

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

**Ketua, Pimpinan dan anggota Komisi IX yang saya sayangi dan banggakan,
Bapak Direktur Utama BPJS Kesehatan beserta jajaran yang saya hormati,**

Tadi saya bisik-bisik dengan Pak Saleh, Pak itu kenal nggak, sebelumnya kenal nggak, saling tegur sapa nggak, ternyata jawabnya belum Pak, tapi kalau sama Pak Direktur kita kenal lama, kami dulu pernah di Komisi X. Saya rasa perkenalan itu perlu Pak, menunjukkan Deputi mana, Deputi mana, yang kerja samanya seperti apa. Saya lihat di BPK itu ada catatan-catatan kerjasamanya kurang terintegrasi dan lain-lain. Hari ini kami tidak melihat struktur organisasi itu dan tidak juga belum juga diperkenalkan, mumpung masih baru Pak Direktur, jadi kita masih bisa mengawali dengan tegur sapa yang lebih akrab. Tidak saling lewat-lewat aja di Gang itu Pak, seperti tamu yang mau datang sekali saja, padahal Bapak akan datang berkali-kali dan sering. Ketua, mungkin kita harus ada perkenalan lebih baik lagi begitu, atau saya sendiri ini yang belum kenal. Saya kira Mas Hervey belum, Ibu Irma belum karena baru, sebelah juga belum. Jadi Pak kita kenalan setelah ini.

Saya buka dari depan dulu dari halaman 10. Tadi kata Bu Netty promotif dan preventif rendah, ternyata realisasi selatannya pun rendah Pak, cuma 72,30%. Ini membuktikan bahwa kita itu konsentrasi sama ngobatin aja. Promotif dan preventif yang anggarannya rendah, serapannya juga rendah. Kami jadi ingin tahu dimana dan seperti apa BPJS ambil bagian dalam promotif dan preventif ini, sehingga serapannya masih rendah.

Kemudian pada halaman selanjutnya pada halaman 12. Realisasi pembayaran biaya FKTP Tahun 2021. FKTP itu 10,576 triliun, kalau dibandingin anggaran besarnya cuma 9,33%. Distribusi anggaran, menurut saya ini kecil Pak, padahal FKTP itu gerbang utama peserta untuk mendapatkan layanan kesehatan. *Padaroadmap* perbaikan pelayanan tingkat pertama halaman 20. Peningkatan akses FKTP bermutu ini menjadi langkah pertama BPJS Kesehatan untuk melakukan perbaikan pelayanan.

Pertanyaan saya, sejauh mana tanggung jawab BPJS Kesehatan terhadap mutu FKTP. Pada beberapa daerah Pak yang kami pernah kunjungi contohnya di Papua Barat, Kepala Daerahnya itu memasukkan hampir semua masyarakatnya menjadi Peserta BPJS Kesehatan, tapi ironisnya Pak, rumah sakitnya nggak ada, nggak cukup gitu loh, mereka minta-minta tolong bangun Rumah Sakit. Jangan sampai sudah menjadi peserta membayar iuran walaupun dilakukan oleh Pemerintah Daerah, kita tutup mata, boleh dilayani atau boleh tidak dilayani.

Kepulauan-kepulauan itu Pak, luar biasa susahnyanya mencapai FKTP. Jadi mungkin ini Bu Netty yang disebut investasi tadi. Ini mungkin, Bapak harus berinvestasi kalau di mana daerah-daerah yang sudah mencapai lebih dari 95% dan masyarakat bisa harusnya bisa mencapai apa kemudahan untuk mencapai kesehatan, disitu BPJS Kesehatan harus beraksi juga, mereka menjadi Peserta, BPJS bertanggung jawab untuk menjamin bahwa ada tempat berobat. Itu tidak serta merta menjadi tanggung jawab apa dan inisiasi dari Kemenkes saja, mungkin ini yang disebut investasi dari BPJS. Kalau nggak ada alat ini, nggak ada alat itu, ada Pasien yang harus dirujuk ke FKTP, maka disitulah BPJS Kesehatan hadir. Kalau tadi ada surplus, ada kelebihan, ada yang lain-lain. Nah coba Pak. Apresiasi daerah-daerah yang sudah mengikut sertakan masyarakatnya kepesertaan BPJS dengan memperhatikan apa kemudahan mereka mendapat pelayanan kesehatan. Jangan sampai jadi beserta, tapi nggak bisa berobat, bukan karena nggak ada dananya, bukan karena nggak ada jaminannya, nggak ada rumah sakitnya. Mulai menjadi tanggung jawab BPJS Kesehatan untuk ikut serta Pak. Itulah yang mungkin disebut Bu Netty dan teman-teman sebagai investasi.

Kemudian pemanfaatan uang muka Telkes sesuai Perdir 55-2021 di halaman 14. Ini macam-macam Pak, adat Kepil 1, Kepil 2, Kepil 3, naik, turun, tinggi, ada yang bahkan 0, Kepil berapa itu 9. Pemberian uang muka itu atas pertimbangan apa Pak, kan ini ada uang mukanya katanya, pencairan uang muka itu berdasarkan apa, ada Kepil yang 0, kenapa mereka tidak ada uang muka. Rincian penggunaan dana BPJS Kesehatan per Provinsi dan Kabupaten/kota. Bisa enggak kami dapat itu Pak. Kami hanya ingin mengidentifikasi jangan sampai dana BPJS Kesehatan ini habis di Perkotaan dan Pulau Jawa saja, ditempat kami itu Pak, morat-marit juga Pak. Jadi kami lihat kami ingin lihat. Kalau Bapak bisa memetakan habisnya uang BPJS ini dimana dan dimana, maka Bapak juga bisa merencanakan perkuatannya.

Kemudian rincian penggunaan penggunaan BPJS Kesehatan perbasis penyakit, apakah sudah dipetakan, penyakit apa yang dominan yang menghabiskan banyak dana, intervensi apa yang dilakukan oleh BPJS untuk mengendalikan ini. Itu mungkin masuk promotif dan preventif tadi, apa sih yang paling banyak dijamin oleh BPJS dibiayai oleh BPJS. Nah pemetaan-pemetaan seperti ini menjadi dasar Bapak, untuk melakukan perbaikan. Saya setuju Bu Irma, ini pelaporannya saja, kemudian landasan dari pemetaan-pemetaan pemetaan itu sebagai landasan, akan menjadi jalan lurus bagi BPJS Kesehatan untuk bisa juga menilai dirinya sendiri suatu hari nanti. Selain itu mumpung ingat Pak, mohon penjelasan untuk kasus Section Cesar ya Pak, yang tahun Seksio ya, yang tahun-tahun lalu itu angkanya sangat tinggi. Bagaimana kebijakan BPJS Untuk masalah ini.

Kemudian pada halaman 24. Upaya Perbaikan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan. Pada kondisi terdapat keluhan Faskes berupa kendala dalam

pengajuan kerjasama, dilakukan kemudahan kerjasama Faskes. Saya sendiri merasakan ini sulit Pak, saya sudah coba, tapi ini sulit. Upaya perbaikannya di digitalisasi proses pengajuan kerjasama. Dimana saja yang itu bisa dilakukan digitalisasi itu Pak. Transparansi proses pengajuan kerjasama. Ini bagus semua loh Pak. Transparansi hasil analisis kebutuhan Faskes dan lain-lain. Semoga ini menjadi kenyataan Pak.

Kemudian yang terakhir. Kami hanya ingin menyampaikan Pak, banyak sekali keluhan masyarakat atau Pasien BPJS Kesehatan kepada DPR-RI, namanya juga kami di Komisi IX siapa tahu bisa membantu apa untuk apa komunikasilah pada pihak-pihak yang membutuhkan. Mohon kiranya Pak dari BPJS Kesehatan ini ditunjuk 1 PIC saja Pak yang bisa berkoordinasi dengan kami, sehingga kalau ada yang minta tolong tengah malam, entah darurat, kami punya satu 1 PIC Pak. Yang menjaga kehormatan kami sebagai anggota Komisi IX DPR RI. Sudah telepon Komisi IX tetap aja kayak gitu, sedih kami Pak, seperti bukan Wakil saja, kami tidak minta apa-apa, tapi kami minta kami bisa menolong orang yang minta pertolongan kepada kami sebagai komisi yang berkomunikasi langsung dengan BPJS Kesehatan.

Itu yang dapat saya sampaikan Ketua. Semoga perbincangan kita pagi ini memperlancar kerja kita selanjutnya dari pagi sampai siang Bapak. Mudah-mudahan Ketua membuat banyak perbaikan baik bagi BPJS Kesehatan, bagi komunikasi kita juga sebagian mitra dari BPJS Kesehatan dan bagi masyarakat Indonesia yang sangat mengharapkan uluran pangan dari pihak pengelola BPJS Kesehatan membayar iuran sesuai dengan mendapatkan pelayanan kesehatan.

*Wabillahi Taufiq Wal Hidayah,
Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh*

KETUA RAPAT:

Waalaikumsalam.

Terima kasih Ibu Sri Melyana.

Selanjutnya Bapak Sukamto. Siap-siap dari kanan Bapak Nur Yasin.

F-PKB (H. SUKAMTO, SH.):

*Bismillahirrahmanirrahim.
Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.*

Pimpinan yang terhormat, baik Ibu anggota Komisi IX yang bapak sangat saya hormati.

Dari Pak Profesor, beserta seluruh jajarannya.

Cukup banyak yang telah disampaikan oleh Bapak dan Ibu tadi, kalau dijawab secara rinci itu 12 jam nggak selesai itu. Pertama apresiasi Pak, pelayanan perlu ditingkatkan sudah bisa bertanya dari rumah ya, melalui sudah dengan online sudah bisa dilayani, karena selama ini yang menjadi permasalahan besar, yaitu pelayanan antri yang cukup banyak Pak. Nah ini Bapak mungkin di Pusat tidak melihat secara langsung. Sekali-kali Pak berkeliling-keliling, saya melihat secara langsung dan

sangat diberi tahu singkat. Jadi supaya seperti apa. Memang seperti apa yang disampaikan Bapak-Ibu tadi, kaya seorang, kayak pengemis ya, lama sekali saya dapat tunggung ditunggak. Saya rasa ini benar-benar ini bagaimana terobosan sebagai service pada masyarakat diberikan suatu pelayanan yang baik. Apa yang Bapak sampaikan tadi cukup bagus ya bisa online dari rumah, tapi tidak semuanya para Pasien itu bisa online Pak, karena rata-rata adalah BPJS itu menengah kebawah. Ini yang belum mendapatkan satu perhatian. Namun demikian juga sangat apresiasi juga Tahun 2021 yang mana itu pada saat Pandemi yang baru tinggi-tingginya, tapi ternyata tidak defisit. Ya ini sangat menggembirakan, kiat-kiat yang ditempuhnya luar biasa.

Bapak-Ibu, Saudara-saudara sekalian.

Mohon maaf, tidak berarti kami mengingatkan, tapi karena kami akan mengatakan bahwa Komisi IX adalah mitra daripada BPJS dan Kesehatan. Tapi Pak, ada suatu hal yang perlu saya sampaikan bahwa, Pimpinan kemarin sudah saya sampaikan, yaitu Kartu KIS Pak. Kalau KIP ini melalui Komisi IX, sehingga begitu ternyata, maaf Komisi X, sehingga ternyata di daerah ini dia punya KIP yang setiap proses atau suatu saat bisa dibawah. Tolong Pak, kita saling membantu antara Komisi IX dengan BPJS, KIS ini harap diberikan pada anggota Pak. Coba ini kalau yang yang Komisi X, maaf kita tidak singgung-singgung, sekarang untuk contoh saja. Ada salah satu komisi yang satu anggota membawa KIP ribuan. Ya kita saling membantulah bagaimana istilahnya kekurangan-kekurangan yang ada ini kita benahi bersama ya, bukan berarti kita fungsi pengawasan bukan berarti kendorkan ya. Jadi kalau istilahnya Bapak-Ibu tadi agak keras ya.

Memang mengawasi seperti itu Pak, mengawas seperti itu. Kalau pengawas nuwun sewu, mungkin tidak ada peningkatan kebaikan ya, dan itu mungkin nuwun sewu-nuwun sewu hanya orang-orang Jogja, orang Solo. Kebetulan Prof. ini tetangga saya Pak Pimpinan, jadi ini tetangga saya, rumahnya jejer dengan saya hanya selang 3 kilo saja kali ya, jadi satu daerah. Tolong Pak, Kartu KIS itu diberikan pada anggota Pak, biar sama-sama mempunyai ketenaranlah ya. Kalau komisi yang lain bisa membantu KIP kepada rakyat, wah itu luar biasa Pimpinan, kalau ini bisa dilaksanakan, dan kenapa tidak, saya ini sudah keliling Pak ya, dari Komisi II ke Komisi V, rata-rata Pak Menterinya itu yes, apa yang dikehendaki anggota Komisi yang berkait. Nah untuk itu sekian kalilah, tapi juga jangan dikatakan seperti mengemis-mengemis, kita mitra, berdiri sama tinggi, duduk sama rendah. Tolong KIS bisa disalurkan melalui anggota.

Terima kasih Pimpinan.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Walaikumsalam.

Selanjutnya Bapak Nur Yasin. Siap-siap Bapak Yahya Zaini.

F-PKB (Ir. NUR YASIN, M.A, MBA.):

Terima kasih Ketua.
Bismillahirrahmanirrahim
Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

**Pak Dirut BPJS Kesehatan dan Direksi serta Staf yang saya hormati,
Teman-teman Komisi IX dan Pimpinan rapat yang saya hormati.**

Saya tadi sempat ikut online dari mobil waktu awal-awal Pak Dirut menjelaskan. Pertama yang ingin saya ungkap adalah adanya saldo positif atau kondisi keuangan yang Tahun 2021 itu sangat baik, karena klaimnya tidak melampaui dari yang ditargetkan. Tentu hal itu baik dalam arti bahwa tidak mengurangi permasalahan yang ribut pada tahun-tahun sebelumnya, dimana selalu ke kami itu datang suatu laporan atau pengaduan tentang klaim, klaim, klaim Rumah Sakit yang tidak terbayar, sehingga waktu kita habis untuk melayani hal-hal seperti itu yang harus yang seharusnya tidak perlu. Nah hanya dalam kondisi positif atau baik 2021 ini, mohon dijelaskan Pak, atau distudi apa penyebabnya, apa karena Covid kan begitu. Kalau kena Covid, orang tidak ke Rumah Sakit, sehingga menjadi klaimnya lebih rendah. Maksudnya begini, ini harus diketahui oleh BPJS, apa penyebabnya dan kita jadiin acuan kedepan.

Contoh Pak, orang naik motor tidak pakai jaket nyampe pulang di rumah gregesan ya, kalau orang Jawanya bilang gregesan, mau masuk angin. Nah karena dia punya Kartu BPJS, dia ke Puskesmas ke Rumah Sakit, padahal dia makan Panadol saja sudah sembuh kan gitu, apa termasuk hal-hal semacam itu penyebabnya. Kalau memang semacam itu, tentu BPJS bisa merancang sosialisasi apa-apa dan sakit apa dan bagaimana masyarakat ke Rumah Sakit, supaya juga di rumah sakitnya tidak terlalu penuh untuk hal-hal yang sebetulnya bisa ditangani tidak harus Rumah Sakit Pak Dirut. Nah ini celah kemudahan, kalau diibarat banyaknya suatu persoalan disuatu negara seperti kita kemarin Covid, ada satu celah dimana kita bisa memanfaatkan hal-hal positif disitu. Kalau menurut saya ini memenuhi syarat itu dalam artian bahwa kemudahan bagi BPJS sehingga akhirnya tidak tidak tinggi, tapi setelah itu harus terjawab, supaya bisa diaplikasikan dilaksanakan untuk kedepan. Itu nomor satu.

Nomor dua, pertanyaan saya masih berkata dengan keuangan. Padahal yang inovatif sebetulnya Bapak lakukan, BPJS lakukan, yaitu pembayaran *Advan Payment*, apa itu namanya, pembayaran dimukalah. Kira-kira untuk yang sudah melakukan tagihan tapi belum diverifikasi. Ini sangat positif Pak, sangat positif, karena sebelumnya hasil kunjungan spesifikasi untuk Rumah Sakit-Rumah Sakit seperti itu, kadang-kadang mereka dengan mengagunkan bangunan yaitu Pinjam ke Bank Pak, dengan mengagunkan asetnya pinjam ke Bank, aset apa yang dia punya, ya tentu tidak cocoklah, pengelola Rumah Sakit urusan dengan Bank kan, urusan kredit itu kan rasanya kurang tepat kan, tidak akan banyaklah ahlinya masalah keuangan di di Rumah Sakit. Nah dengan cara seperti itu tentu baik. Persoalannya bagaimana Bapak memberikan *Advance payment* itu.

Diakhir presentasi Pak Dirut, semestinya Bapak sudah menjawabnya. Bahwa bagi mereka yang bagus kinerjanya itu akan mendapatkan apa *Advan Payment* tadi. Masalahnya bagaimana Bapak menilai bagus. BPJS ini melayani bukan puluhan juta Pak, ratus juta begitu besar korporatonya seluruh Indonesia, bagaimana objektivitas

untuk menilai. Karena sekali tidak objektif menilai, disitu juga aturan Bapak akan dilecehkan atau tidak dihormati oleh para Peserta atau para merekayang berkepentingan. Tentu Bapak pasti sudah memikirkanlah. Ini kan banyak Direktur, Direktur pasti sudah ahli. Hanya yang saya inginkan tolong segera dibuat modelnya secara *compute risk*, sehingga Rumah Sakit itu hanya mau mengisi item-item yang mana Bapak mau menilai, begitu dipencet dia keluar, oh skors nya ini 60 katakan, oh ini skors nya 80 dan seterusnya. Sehingga tidak ada unsur objektivitas, subjektivitas yang Bapak nilai dengan demikian itu. Itu murni objek dari yang Bapak nilai. Dengan demikian itu tidak akan ada komplain atau minimum-minimalis komplain dan hal-hal yang positif tadi bisa Bapak teruskan, karena memang sedih Pak kalau ingat 2019-2020, komplain terus itu urusan itu. Kami di ruangan ini sama saudara saya Pak Saleh itu paling keras itu kalau bicara itu, sehingga ya kita abang waktu.

Nah yang ketiga, saya ingin mendukung pendapatnya Bu Irma tadi. Jadi kita ini bagus semua Bapak, ya tetap saya appreciativelahkaren ajuga di lapangan nggak bagus, presentasi nggak bagus ada juga, tapi disini presentasi sudah bagus Pak. Hanya seperti Ibu Irma bilang tadi, di lapangannya bagaimana. Saya akan menyoroti satu hal saja Pak, antrian. Saya memang punya data 2 tahun yang lalu di Rumah Sakit besar di Bogor, dibeberapa Rumah Sakit karena saya sering ke Bogor. Saya amati antrian BPJS itu Pak mohon maaf sangat tidak manusiawi, selain padat, duduknya keleran dimana-mana. Nah ini ngeres gitu loh, orang sakit harus antri berjam-jam dengan kondisi antrinya yang tidak memenuhi syarat. Nah kalau karena ini data 2 tahun Pak. Mudah-mudahan yang Bapak presentasikan itu benar, tadi disebut kalau nggak salah di mobil saya dengan 70 atau 80% sudah terlayani, artinya sudah bagus itu Pak. Nah hanya kami nanti mau kunjungan spesifik mau kami usulkan kepada Ketua, supaya mengunjungi antrian-antrian dilayanan BPJS itu, benar enggak data Bapak.

Saya pikir itu saja Ketua, terima kasih.

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Walaikumsalam.

Terima kasih Bang Nur Yasin. Selanjutnya Bapak Yahya Zaini. Siap-siap Bapak Haruna.

F-P. GOLKAR (H. YAHYA ZAINI, SH.):

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Selamat siang salam sejahtera bagi kita semua,

Yang saya hormati Pimpinan, para anggota yang hadir Fisik mupun Virtual, Tamu undang kita Pak Dirut beserta jajaran, Pak Dewas serta seluruh anggota Dewas.

Ada beberapa hal yang ingin saya pertanyakan. Yang pertama soal kepesertaan. Dari data yang saya punya memang ada peningkatan kepesertaan sebanyak 83,8% betul ya Prof. ya. menjadi 229 juta. Menurut RPJM Tahun 2020 sampai 2025, ini target 2024 seharusnya 98% untuk HC nya. Jadi kalau kita lihat dari data sekarang 83 ke 98 ini kan lebih dari 10% Pak. Kira-kira bisa tercapai tidak per Tahun 2024 untuk mendapatkan *universal health coverage* sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang RPJPN. Nah kira-kira strategi dan langkah-langkah apa Pak, bisa enggak dijelaskan Tahun 2022 ini targetnya berapa, Tahun 2023 targetnya seperti apa, dan Tahun 2024 seperti apa, sehingga mencapai 98%. Kalau kita lihat kira-kira segmen mana yang masih bisa jeruk pasarnya cukup luas. Kalau PBI ini sudah ditentukan, tetapi juga ada kendala seperti disampaikan Ibu Netty tadi. Ada data 12 juta yang belum celar di DTKS. Ini berpengaruh terhadap BPI ini. Kalau ini tidak diclearkan, maka tentu akan mengurangi ya kan, jumlah kepesertaan BPJS Kesehatan pada Tahun 2022 ini. Sementara mereka itu berdasarkan verifikasi dan validasi yang dilakukan dan kita pernah rapat diini dan kita jelaskan memang mereka ingin mengurangi, kira-kira kan begitu semangatnya. Sementara ini implikasinya sangat besar terhadap PBI.

Nah terkait dengan kepesertaan PPU, ini ada kasus Pak Dirut di Dapil saya ini di Mojokerto. Peserta untuk menjadi peserta segmen PPU itu dasar nyakan UMK, sementara tidak bisa tidak semua perusahaan bisa membayar UMK sesuai dengan yang ditetapkan. Di Mojokerto itu sangat tinggi Pak setelah Surabaya, 4 juta UMK nya. Sementara banyak sekali perusahaan-perusahaan yang tidak mampu membayar UMK, apalagi selama masa pandemi. Nah dengan demikian mereka tidak bisa menjadi peserta Pak, karena ada Perpresnya ini yang mengatur ya kan, yang dasarnya itu atau basisnya adalah UMK. Nah kira-kira jalan keluar apa yang bisa kita lakukan Pak, karena kalau tidak ini kan tidak adil juga. Ada pekerja yang bekerja di perusahaan yang perusahaannya tidak mampu membayar UMK karena ketentuan Perpres tersebut maka tidak bisa menjadi peserta, sementara yang bersangkutan sangat memerlukan ya kan apa namanya Kartu KIS itu.

Di lapangan ini ada beberapa implikasi Pak, akhirnya apa, dia menjadi peserta PBI Pak, dengan membayar Pak lurahnya Pak. Jadi ini yang kasus ini. Jadi semestinya mampu karena dia bekerja Mungkin lah gajinya katakanlah 3 juta atau 2 juta kira-kira begitu, tapi untuk menjadi peserta tidak bisa karena ada ketentuan yang mengatur yang membatasi, dia datang ke Lurah nya mungkin bayar ke Luarnya jadi peserta PBI, ini kan tidak adil Pak. Ini sehingga membatasi atau menutup akses orang apa orang miskin dan tidak mampu. Nah ini tolong dicarikan jalan keluar, apakah misalnya tidak bisa direvisi Perpres itu bahwa dasarnya itu jangan UMK, tetapi UMP misalnya kira-kira begitu. Kalau UMP lebih rendah Pak daripada UMK, jadi Upah Minimum Provinsi, ya kan lebih rendah daripada UMK, karena tidak semua daerah itu sama UMK nya. Ini yang pertama saya kira.

Nah yang kedua, saya juga memberikan apresiasi ini kepada Pak Dirut jajaran ini, karena penerimaan iurannya di atas 100% ya kan, targetnya 138, penerimaannya capaiannya 139 ya kan, sementara biaya Jaminan Kesehatannya kalau tidak salah sebanyak 81 triliun kira-kira, kurang lebih ya Prof. ya, 90, ya. Artinya ada surplus *cash flow* sebesar 50 triliun lebih kurang lebih kan begitu. Nah mestinya dengan adanya surplus *cash flow* ini harus dikelola dengan baik dan berimplikasi kepada semakin meningkatnya pelayanan, ya kan. Tadi teman-teman banyak menanyakan

ini, berapa sih tagihan yang belum terbayar kira-kira. Seharusnya dengan membayarnya keuangan, makanya tagihannya semakin mengecil kan begitu, ya kan. Kami ingin menanyakan juga ini. Di lapangan banyak sekali kasus-kasus pelayanan yang masih dihadapi oleh masyarakat. Nah di Dapil saya Pak, tadi di Mojokerto yang kasusnya, sekarang di Dapil saya di Jombang ini Pak. Ada 2 anggota keluarga tim saya yang ditolak oleh Rumah Sakit untuk operasi, masih ditemukan kasus-kasus semacam ini ya kan, dia sakit apa mau operasi tulang pinggangnya, datang dua kali ke Rumah Sakit alasannya baru ada Pasien yang dioperasi, sehingga tidak mencukupi biayanya katakan begitu, ini kan prinsipnya Rumah Sakit tidak boleh menolak Pasien itu. Yang ingin kami tanyakan sejauh mana pengawasan yang dilakukan oleh unit terkecil BPJS di tingkat Kabupaten terhadap Rumah Sakit pelayanan Rumah Sakit, ya kan. Kalau misalnya ada laporan semacam ini, apakah ada sanksi yang harus diberikan kepada Rumah Sakit yang bersangkutan, karena mereka punya kartu KIS Pak ya.

Yang ketiga, terkait dengan Dana Operasional. Tadi telah disebutkan bahwa ada penurunan dari segi prosentase dari 2,96 menjadi 2,81 dari DJS, tetapi dari segi volumenya justru bertambah ya kan, dari 4,09 triliun menjadi 2,27 triliun. Nah kami belum mendapatkan penjelasan ini Pak, yang ada adalah program-program yang akan dilaksanakan dengan Dana Operasional tersebut, tetapi penggunaan Dana Operasionalnya tidak dijelaskan disini, untuk apa saja ya kan, dan berapa jumlahnya ya kan. Kami ingin mendapatkan apa namanya penjelasan secara detail penggunaan Dana Operasional sebesar 4,27 triliun dan Tahun 2022. Yang ketiga.

Yang keempat, mengenai Efisiensi Dana Kapitasi. Nah Dana Kapitasi inikan diberikan kepada FKTP ya kan, sementara pelayanan yang diterima oleh masyarakat tidak sebanding dengan dana yang diberikan oleh BPJS Kesehatan. Nah kami ingin mendapatkan penjelasan, berapa Dana Kapitasi yang diberikan dan berapa yang digunakan. Nah bagaimana kaitannya dengan kebijakan Kemenkes yang ingin melakukan revitalisasi Puskesmas, dengan mengedepankan program promotif-preventif, sehingga biaya pengobatan akan menurunkan kan begitu, apa titik tekannya. Apakah nanti ke depan Dana Kapitasi dari BPJS ini akan dialihkan ke Swasta Pak, dalam tanda kutip "Klinik-klinik Swasta", karena dari segi pembiayaan di FKTP Puskesmas kan ada perubahan orientasi ya kan, lebih banyak promotifnya daripada kuratifnya kan kira-kira begitu. Ini yang keempat.

Nah yang kelima, sebagaimana kita ketahui bahwa di Aceh itu Pak, itu layanannya kan berbasis Syariah. Nah sejauh ini bagaimana penerapan JKN di Aceh Pak, apakah dilaksanakan atau tidak, dan kalau tidak dilaksanakan karena tidak ada BPJS berbasis Syariah, nah langkah-langkah kedepannya seperti apa, apakah memang Aceh tidak mendapatkan pelayanan dari JKN, ini kan tidak adil juga. Menurut saya ini harus dicarikan jalan keluar ya kan, apakah khusus untuk Aceh misalnya ada skema BPJS Kesehatan berbasis Syariah khusus Aceh. Nah kami mohon penjelasan ini, selama ini seperti apa.

Yang terakhir, mengenai Pelaksanaan Asas Portabilitas, dimana semua peserta bisa dilayani di seluruh Indonesia, ini kan asas Undang-Undang ini Pa, ya kan. Sementara yang terjadi selama ini basisnya dan domisili dengan batasan waktu. Apakah tidak mungkin dengan sistem digital bisa terap ke asas portabilitas ini. Sebab misalnya ada Pasien atau apa katakanlah ada seorang Peserta KIS yang punya Kartu

KIS bepergian ke Bali misalnya, tiba-tiba di Bali sakit, untuk mengurus ya kan karena kita harus pulang ke rumahnya, orang sakitnya di Bali itu, ya kan. Nah kalau asas ini tidak diterapkan, itu kan dia tidak adil menurut saya. Jadi dengan sistem digitalisasi yang semakin maju, mesinnya bisa dimana saja orang berobat begitu, tidak harus berdasarkan domisili untuk dapatkan apa namanya pelayanan dan rujukan saya kira. Nah ini tolong dicarikan jalan keluar.

Saya kira itu Pak ketua beberapa catatan yang dapat saya sampaikan, mudah-mudahan dapat direspon dengan baik oleh Pak Dirut beserta jajaran dan oleh Dewas. Sekian, terima kasih.

KETUA RAPAT:

Waalaikumsalam.

Bang Yahya.
Selanjutnya Bang Haruna.
Silakan.

F-PKB (H. HARUNA, M.A, MBA.):

Terima kasih Ketua.

Bismillahirrahmanirrahim.

**Yang saya hormati Ketua,
Teman-teman, Pak Direksi dan DJS seluruh jajaran,**

Assalamualaikum Warrahmatullahi WAbarakatuh.

Selamat siang salam sejahtera buat kita semua.

Saya langsung Pak, tiga pertanyaan.

Tadi baru saya tanggap dari Pak Yahyah. Rencana Pemerintah melaksanakan revitalisasi Puskesmas. Pertanyaan saya, kita kan masih banyak Kecamatan tidak punya Puskesmas Pak, yang man lebih penting revitalisasi dari pada pengadaan. Terkait juga mendukung pertanyaan Ibu Irma. Kalau nanti BPJS nya 90% penduduk kita, sementara RUMah Sakitnya mampu melayani 70% Pak. Saya kira ini perlu dipertimbangkan ini Pak, revitalisasi atau pengadaan, karena kita kemarin masih berapa 83 Kecamatan, 38 belum punya Puskesmas. Ini dianukan ini Pak, diperhitungkan ini revitalisasi. Kemungkinan kalau Pemerintah Daerah sumbang lokasi Pak, paling tidak miliaran biayanya Puskesmas Pak, kalau gratis lokasi Pemerintah Daerah, palig ya 700-800 Pak. Jadi kalau 80 Kecamatan cuma 860 miliar, sudah tertutupi per Indonesia. Ini pertanyaan nomor satu Pak, sekaligus mendukung pertanyaan Ibu saya ulang Pak. Kalau penduduknya sudah 90% peserta BPJS dan lancar, sementara Rumah Sakitnya mampu melayani cuma 70%. Dikemanakan yang 20% itu Pak, orang lancar. Ini pertanyaan pertama Pak.

Pertanyaan kedua, saya kemarin kan baru rses Pak. Tim kredensial Bapak itu yang menilai untuk melanjutkan perpanjangan kerja sama Pak, rata-rata mencari

salah Pak, mencari kekurangan Rumah Sakit. Nah kalau memungkinkan Pak, kita kan Rumah Sakit kemarin Pasiennya yang sakit Pak, sekarang Swasta Pak 90% rumah sakitnya yang sakit, kan dulu cuma Pasiennya yang sakit, sekarang Rumah Sakit yang sakit, pertama keterlambatan dari dipembayaran dari Covid kemarin, berarti Rumah Sakit yang sakit. Nah sementara anggaran dari Bapak semua itu kan untuk Rumah Sakit Pemerintah semua Pak.

Nah sekaligus pertanyaan ketiga, apa Pak sumbangan buat Rumah Sakit Swasta yang memungkinkan tidak menjadikan temuan. Saya kira apa Pak bisa dimodifikasi, alat apa yang kita bantukan di Rumah Sakit, sebab rakyat ini Pak, tarohlah 300 juta Pak,, 200 juta Swasta yang lalyani Pak, itu pun pelayanannya lebih hebat dari Bapak. Karena kita kalau Perawat tidak beres dengan Pasien kita langsung kasih SP1, Bapak bisa kontrol di bawah, mana bagus Swasta dari pada Pemerintah. Sementara Pemerintah dukungan dananya Pak 3 kali, 4 klai malah. Dukungan Pemerintah Kabupaten/kota, dukungan Gubernur, dukungan Menteri Kesehatan, dukungan BPJS Kesehatan, dukungan WHO, Swasta Pak dukungannya dari mana. Ini yang perlu artinya mumpung hadir semua disini Direksi-direksi yang memberikan bisa memberikan kontribusi, apa uluran tangan Pemerintah kepada Swasta Pak, sementara dia melayani rakyat 200 juta. Nah itu yang ketiga Pak.

Terakhir, tentang Pemutihan Tunggakan. Saya kira ada jalan keluarnya Pak, semua yang menunggu itu berapapun tunggakannya suruh bayar 3 bulan, baru aktifkan. Kemarin kan banyak sekali tunggakan Pak, tidak mampu bayar. Makanya saya kira ini bisa dilaksanakan ya pemutihan sementara 70% untuk merangsang kembali semua, supaya tunggakan kita tidak tambah bengkak, pesertanya banyak Pak, tapi tunggakan juga banyak. Ini perlu dipikirkan Pak, Pak Jaka saja Pak tidak menyangkut nyawa bisa sampai 90% pemutihan Pajak Kendaraan. Ini apa lagi ini pajak nyawa Pak. Meski dibikinkan teka-teki silang pasti Bapak menang, dimana kebijakan keringanan nyawa keringanan kendaraan.

Nah saya kira itu 4 poin Pak. Kalu ini terkabul semua, luar biasa Pak, apa lagi tadi Bapak banyak apresias, saya juga ikut apresiasi.

Terima kasih.

*Wallahul muwaffiq ila aqwamit tharieq
Assalamualaikum warrahmatullahi wabarakatuh.*

KETUA RAPAT:

Waalaiikumsalam Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Dari Ibu Felly tadi kita tadi dari jam 10 an, rencana kita tadi mau Ishoma itu setengah satu, sekarang jam 1 kita belum Ishoma, masih ada yang belum bertanya. Kira-kira mau dihabiskan pertanyaan, baru Ishoma atau bagaimana?
Silakan Ibu Dewi Asmara, selanjutnya nanti Bapak Harvey.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Baik, terima kasih Pimpinan.
Yang kami hormati,

Oh, arus bawah, arus bawah, ya sudah kita tunggu saja dulu, arus bawah.

ANGGOTA KOMISI IX DPR RI:

Pimpinan daftar pimpinan. Saya daftar Pimpinan.

ANGGOTA KOMISI IX DPR RI:

Pimpinan dari Virtual daftar Pimpinan, dari virtual. Pimpinan dari Virtual juga daftar pimpinan.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Terima kasih

Yang saya hormati Mitra Kerja BPJS Kesehatan dan Pimpinan serta rekan-rekan Komisi IX.

Hari ini adalah RDP KOMisi IX pertama kali dengan agenda tunggal dengan Direksi BPJS sejak dilantik Presiden Februari kemarin 2021. Nah tentunya dalam hal ini saya akan melakukan pendalaman sebagai berikut. Langsung saja ya.

Yang pertama, dari paparan Dirut BPJS, kelihatannya diakhir Tahun 2021 kan surplus 23 triliun. Ini memang lebih besar dari proyeksi 18,74 triliun. Ini memang capaian yang positif sejak diluncurkan BPJS Tahun 2014 lalu defisit. Nah namun tentunya kita masih ingat betapa Pemerintah memberi **bailout** lebih dari 40 triliun sejak 2014. Nah kami minta penjelasan, apakah surplus ini sudah menutupi kekurangan DJS Tahun 2020 sebesar 6,36 triliun dan apakah Tahun 2021 ada yang belum terbayarkan misalnya, **outstanding claim** ataupun **claim in cure but not reported** IBRN yaitu klaim yang sudah terjadi namun belum ditagih kan oleh Faskes, seharusnya kan ada diproyeksikan itu dalam perencanaan, dan juga termasuk hutang BPJS Kesehatan. Kami pahami kondisi Pandemi dan pelayanan Covid yang dibiayai anggaran PEN, tentunya berpengaruh pada tingkat utilitas JKN pada penggunaan DJS. Dengan adanya trend, kan mulai ada tren sejak Oktober 2021 itu **inbond**, terlihat Bapak paparkan slide nomor 11. Nah apakah sudah ada proyeksi terhadap tren ini untuk mengembalikan **youtility** JKN sebelum Pandemi, seperti misalnya jangan sampai ketika nanti terjadi **inbond** seperti Tahun 2019, bagaimana proyeksinya terhadap Omicron, karena kemarin ini ada keluhan dari beberapa Rumah Sakit masyarakat, Rumah Sakit tidak mau menerima Pasien Covid, karena khawatir nanti tidak ada kejelasan apakah dibayar atau tidak oleh BPJS. Nah ini apakah sudah ada proyeksi **Impact Omicron** terhadap proyeksi DJS Tahun 2022.

Kemudian dari Rencana Kerja dan Anggaran Tahun 2021 di slide 10, kami pahami layanan Rawat Inap, Rawat Jalan itu di bawah target, dan kami harap bisa ditingkatkan dengan berbagai inovasi, namun capaiannya ternyata tetap di bawah target yaitu 72,3% meskipun naik signifikan dari Tahun 2020. Yang menjadi perhatian saya pada hari ini, saya minta untuk dijelaskan dan dipersiapkan. Kemarin Pak Menkes mengatakan akan ada skrining terhadap 14 jenis penyakit, yang akan terutama penyakit Katastropik yang selama ini memakan biaya paling besar pada JKN, seperti Jantung, Stroke, kemudian Kanker, diabetes dan lain-lain, sehingga kalau itu sudah

terjadi akan memakan biaya lebih besar. Jadi akan diarahkan lebih kepada awal tahap-tahap awal di treatment, sehingga akan ada biaya untuk skrining 14 penyakit yang butuh biaya diperkirakan 1 triliun dan disampaikan oleh Menkes akan dibebankan kepada BPJS.

Nah untuk itu kami ingin tanyakan, apakah proyeksi kebutuhan anggaran ini sudah dimasukkan kedalam rencana penggunaan DJS tahun ini, meskipun mungkin nanti kami akan bahas lebih detail dalam rapat bersama dengan Menkes dan BPJS minggu depan, karena hari ini justru kami sebagai Komisi IX ingin mengetahui lebih dahulu, persiapannya seperti apa, proyeksi apa sudah dimasukkan atau tidak. Nah karena memang kalau kita lihat di dalam paparan Bapak tidak banyak memuat hal yang detail, saya ambil contoh saja. Kalau kita kutif Pasal 43 ayat (1) Undang-Undang BPJS mengenai Aset Dana Jaminan Sosial, itu kan bersumber dari berbagai hal, misalkan iruan, kemudian hasil pengembangan dana dan sebagainya. Ini disini Bapak tidak menjelaskan di dalam paparannya secara lebih dalam, tidak menginformasikan secara rinci, berapa sebetulnya hasil pengembangan DJS, apa bentuk investasinya, karena begini, mengapa kami menjadi tertarik, oleh karena kami minta penjelasan tentang pengembangan aset BPJS Kesehatan yang memang bisa dilaksanakan BPJS, berapa hasil pengembangan aset Tahun 2021, portfolionya apa saja dan pengembangan aset ini untuk apa saja. Mengapa, karena pada periode-periode yang lalu kami ingat secara persis, bahwa ketika JKN defisit, hasil pengembangan aset pernah digunakan untuk membantu *cash flow* sebesar 1 triliun rupiah ya, itu dilakukan pada periode DPR yang lalu.

Nah jadi disamping Pemerintah menyuntikkan sudah sekian 40 triliun, tapi BPJS mampu memakai dana dari investasi sebesar 1 triliun. Nah pada periode ini terutama kan ini Bapak baru nih, rekan-rekan Bapak dan Ibu mungkin ya. Makanya kami ingin tahu, supaya paling tidak kami dapat gambaran, kira-kira ada nggak sih kesiapan daripada jajaran Direksi ini seandainya terjadi defisit, sebelum minta lagi ke Pemerintah suntikan dana, hasil investasinya kan harusnya bisa juga membantu, sekarang kelihatan oke, oke, mungkin karena Pandemi, Rumah Sakit kan nggak terima penyakit lain, bukan karena masyarakatnya sehat, ya kalau sehat kan itu kita tujuan bersama, tetapi saya ingin tahu. Jadi makanya kami harap itu pengembangan aset itu tadi yang kami sebutkan bisa dilaporkan.

Kemudian yang berikutnya Program Kerja dan Peningkatan Kualitas Pelayanan JKN. PR besar pada saat ini adalah data peserta JKN. Tadi sudah dielaborasi juga oleh rekan-rekan terdahulu Pak Yahya dan teman-teman. Adalah tentang data peserta JKN ini khususnya PBI, baik itu mengenai *data cleansing* dan yang menjadi jobdesknya BPJS. Nah waktu itu dari total 208 juta peserta terdapat 27,4 juta data peserta bermasalah, termasuk 17 juta peserta tidak ada NIK nya. Nah kami ingin dapat penjelasan bagaimana ini perubahan *data cleansing* dan penguatan koordinasi ke KL terkait tentang data ini, paling tidak apa sudah selesai apa belum, kalau belum paling tidak bagaimana repot progresnya, karena kalau dibidang tidak ada NIK, kita ini kan menuju *single identity*, apalagi dari Vaksin. Kalau benar itu sudah divaksin berapa, kita sudah 70% berarti paling nggak mungkin 170 juta kita sudah divaksin berarti ada data, nah dari situ kan nggak mungkin kita nggak bisa **trashier**. Dari data vaksin barangkali itu bisa juga dijadikan komparasi, apapun itu bagaimana prosesnya. Dan khusus menangani dan potensi *fraud* claim yang juga merupakan permasalahan sistemik. Nah ini kita kan sudah pernah bahas berdasarkan

hasil audit BPKP. Hasil audit BPKP per Mei 2019 menyebutkan ada potensi pengurangan defisit DJS Kesehatan sebesar 8,2 triliun.

Nah ini tentunya kita ingat bahwa BPJS Kesehatan harus menata manajemen claimnya. Nah ini kira-kira apa ini, apakah ada strategi baru bagaimana mengenai menata dari pada claim ini. Dan untuk jangka panjang kami mendesak Pemerintah termasuk BPJS untuk mempertimbangan bauran kebijakan yang bisa menjadi kebijakan jangka panjang dalam rangka mencegah defisit JKN. Nah inilah yang kami maksudkan antarlain mengapa kami ingin tahu investasinya bukan, karena bukan apa-apa, pernah ada institusi yang mengatakan, kami hanya memberi laporan keuangan kepada Presiden, pernah. Ada di era dahulu ketika kami tanyakan, pertanyaan itu kepada salah satu Menkes, Menkes mengatakan ya karena kalau BPJS itu laporan keuangannya nggak pernah kepada kami Bu, kami nggak tahu, itu kepada Presiden. Nah kami disini bukan ingin secara teknikal financial analysisnya, tetapi kami harus tahu mengenai pengembangan investasinya, karena kami ingat yang kami konsen sudah benarkah dan adakah proyeksi hasil investasi dikemudian hari jika terjadi apa-apa, bisa membayarkan menyumbang untuk pembayaran defisit sebelum meminta injection kepada Pemerintah.

KETUA RAPAT:

Bisa dipersingkat Bu.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Demikian yang terakhir adalah mengenai Biaya Operasional. Walaupun itu kelihatannya turun Pak, tapi secara angka itu nggak turun, itu naik ya. Walaupun turun persentasenya tapi naik. Nah ini mohon penjelasan, karena kami ingin itu *linier* dengan manfaat yang diberikan. Mungkin itu saja, terima kasih.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Walaikumsalam.

Terima kasih Ibu Dewi Asmara.
Selanjutnya dicatat Bapak Harvey Malaihollo.

F-PDIP (HARVEY B. MALAIHOLLO.):

Terima kasih Bapak Pimpinan dan teman-teman di Komisi IX,

Yang terhormat juga Bapak Direktur Utama BPJS Kesehatan.

Saya sebetulnya sedikit saja. Sudah banyak yang dibicara oleh teman-teman Komisi IX. Saya hanya tergelitik, tadi pagi saya sempat lihat di apa namanya Sosial Media, ada rekan seniman Dorce yang sedang sakit, terus memohon bantuan dari Ketua Umum partai saya, bantuan keuangan untuk medis, biaya medis. Nah ini adalah

satu hal yang salah satu dari sekian banyak Seniman yang akhirnya seperti ini. Nah mungkin ini juga bisa menjadi apa namanya mereka-mereka ini sebetulnya adalah *influencer* dan mungkin ini bisa menjadi apa ya *warning* kita bahwasanya mesti ada kemitraan juga dengan para Seniman untuk menyadarkan bahwasanya sudah saatnya, jangan sampai kita sudah sakit baru minta-minta kesana kemari, tapi inilah saatnya kita harus menyadarkan, mungkin juga ini yang harus kita kerja sama untuk hubungan dengan sosialisasi. Mungkin juga ini bisa jadi apa menyangkut kepesertaan dari BPJS itu sendiri. Jadi itu saja dari saya masukan bahwasanya banyak akan bisa kita dapat hubungannya dengan kepesertaan kalau kita melibatkan para *influencer* dalam hal ini.

Terima kasih Pak Pimpinan.

KETUA RAPAT:

Baik terima kasih Bapak Harvey Malaihollo.
Selanjutnya Ibu Nadlifa.

F-PKB (Hj. NUR NADLIFAH, S.Ag., M.M.):

Terima kasih Pimpinan.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Pimpinan dan Bapak-Ibu anggota Komisi IX yang saya hormati.

Pak Dirut Pak Dirut beserta seluruh jajarannya yang saya hormati, Saya tidak akan mengulangi apa yang sudah disampaikan oleh teman-teman, hanya ingin menghighlight apa tentang apa yang disampaikan oleh Ibu Dewi, yaitu Pasal 43 ayat (1) terkait dengan pengembangan investasinya. Kemudian yang berikutnya di Paparan Pak Dirut itu apa fokus utama BPJS Tahun 2026 adalah ada 6 fokus. Nah, dari 6 fokus itu, bagaimana langkah monitoringnya dan apakah sudah ada target waktu yang akan dicapai, dan disitu tidak dimasukkan.

Kemudian yang berikutnya, apa sajakah yang menjadi pertimbangan dalam menentukan skema jumlah data biaya operasional berdasarkan kebutuhan atau berdasarkan pengeluaran di Tahun 2021. Nah ini kebutuhan 2022 benar-benar rill kebutuhan dengan estimasi atau berdasarkan dengan 2021. kemudian yang berikutnya adalah pengembangan asset penggunaannya diperbolehkan untuk investasi. Bagaimana kondisi dana investasinya hari ini, apakah sudah ada juknis dan SoP dalam melakukan investasi itu dalam menggunakan asset itu, kemudian strategi apa yang dilakukan untuk menjaga agar tidak lost.

Mungkin itu saja yang bisa saya sampaikan untuk melengkapi pendalaman dari teman-teman. Terima kasih Pimpinan, kurang lebihnya mohon maaf.

*Wallahul Muwaffiq Ila AqwamitTharieq
Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.*

KETUA RAPAT:

Walaikumsalam.

Silakan dari Virtual, Ibu Ruskati.

F-P. GERINDRA (Dra. Hj. RUSKATI ALI BAAL.):

Terima kasih Pimpinan.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

**Pimpinan beserta Bapak-Ibu anggota yang saya hormati,
Bapak Direktr BPJS Kesehatan yang saya hormati, beserta jajarannya.**

Tentu saya juga tidak terlalu lama, karena sudah disampaikan dari pada teman-teman yang ada lewat Fisik tadi. Tentu yang pertama, saya membuka pada halaman 9, disini target penerima iuran JS sebesar (*Seratus Tiga Pulun Delapan Empat Triliun*). Saya pribadi juga memberikan apresiasi dengan capaian ditarget Tahun 2021, karena bisa mencapai sampai 100,838% ini lewat dari pada 100%. Sedangkan kalau kita melihat dihalaman 5. Dari proyeksi penerimaan iuran sebesar 138,4 triliun, BPJS hanya menggunakan Dana Operasional sebesar 2,96%. Kemudian karena ini berkaitan terus di halaman 8, sumber dan penggunaan aset disini kami kembali di halaman 8, kembali bahwa informasi bahwa untuk operasional sebesar 10%, sedangkan kami belum melihat seperti asset BPJS ini investasi peningkatan kapasitas pelayanan, kemudian barang dan jasa. Berapa banyak yang harus di presentasikan besaran pos-pos yang kami sebutkan investasi peningkatan kapasitas dan pengadaan barang jasa. Ini tidak tercantum di dalamnya, kami belum melihat besarnya, kira-kira berapa. Itu yang pertama.

Kemudian ada lagi di halaman 14. DJS Kesehatan dikategorikan sehat karena mampu memenuhi 4,83 bulan estimasi pembayaran claim kedepan. Ini ada di halaman 14 sampai dengan tanggal 31 Desember Tahun 2021. Namun ada hal yang ingin saya tanyakan, bagaimana BPJS menyikapi peserta yang sudah menunggak beberapa bulan dan tidak mampu membayar atau menebus iuran dalam jumlah besar. Banyak sekali yang seperti ini. Biar kami di daerah Sulawesi Barat banyak seperti ini, karena akibat Covid, sehingga banyak yang terputus, karena ini banyak yang membayar seperti BPJS Mandiri yang dimaksud. Kira-kira apa solusinya untuk bisa kembali ikut serta di dalam BPJS Mandiri, apakah dibayar tunggaknya karena itu mungkin tidak mampu lagi, karena sudah mengurang atau penghasilan.

Kemudian yang ketiga, ini saya melihat *roadmap* perbaikan pelayanan tingkat lanjutan. Disini ada perluasan akses kerjasama, fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Kami juga memberi apresiasi koordinat terobosan seperti ini bisa dilakukan, karena memang semakin banyak pelayanan kesehatan rujukan tingkat atas memang semakin bagus, karena ini meningkatkan pelayanan diseluruh Indonesia. yang diinginkan oleh masyarakat kita. Maaf semuanya ya seperti itu. Tetapi hanya saya tentu ada persyaratannya ya, maksudnya ada prosesnya karena di Tahun 2020 kerja samanya itu ada 2507 kerjasama, sampai dengan 2021, 2022, 2023. Hanya saya tentu ada persyaratan untuk menambah daripada kerjasama. Tentu banyak akan

banyak akreditasi. Akreditasi itu tentu ada proses akreditasi yaitu ada proses survei untuk memberikan hasil. Ini biasa keluar dari Rumah Sakit karena proses survenya ini terlalu lama hasil dari penilaiannya. Kalau bisa jangan terlalu lama penilaiannya, agar Rumah Sakit yang sudah diakreditasi bisa cepat untuk bisa melayani masyarakat secara apa BPJS. Ini juga akreditasi selama ini dilakukan setiap 3 tahun, apakah bisa akreditasi ini bisa ditambah menjadi 5 tahun, baru kita kembali apa kembali mensurve kembali, sehingga Rumah Sakit ini, karena kalau sekarang 1 tahun, 2 tahun, 3 tahun cepat sekali. Kita mau ya ini keluhan dari Rumah Sakit yang cepat, 3 tahun tambahlah sampai dengan 5 tahun baru dinilai kembali.

Itu saja Pak ketua, usulan saya kepada BPJS Kesehatan. Semoga BPJS Kesehatan semakin Jaya pada masa akan datang.
Sekian.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Walaikumsalam.

Ibu Ruskati, sudah setengah 2, kita skors sampai Pukul: 02:00 WIB ya untuk Ishoma ya.
Terima kasih.

(RAPAT DISKORS PUKUL 13.30 WIB)

KETUA RAPAT (H. ANSORY SIREGAR, Lc.):

Masih ada yang di luar?
Skors saya cabut.

**(SKORS DICABUT DAN
RAPAT DIMULAI KEMBALI PUKUL 14:11 WIB)**

Baik Bapak-Ibu sekalian.

Sekarang saya persilakan Bapak Dirut untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan para anggota, mungkin Pak Dirut bisa menjawab yang urgent-urgent saja ya.

Baik silakan Pak Dirut.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Terima kasih atas kesempatannya Bapak Pimpinan dan Bapak-Ibu anggota, tentu sebetulnya banyak sekali tadi pertanyaannya, tetapi kerana yang ada disini Pak Harvey Malaihollo akan kami dahulukan. Jadi pertama adalah bahwa seperti Ibu Dorce yang Seniman, bagaimana kitamemberikan semacam kerjasama dan advokasi, agar kemudian sadar bahwa tidak sampai terlambat, tentu itu akan kami lakukan dan

kami dengan senang hati nanti kerjasama dengan Seniman termasuk Pak Harvey yang tidak saja Seniman, tapi juga Politisi, tentu kita akan dengan tangan terbuka.

Nah yang berikutnya, tentunya kepada Bu Sri, ya itu sebentar, tadi bagaimana pertanyaannya. Mohon maaf, karena banyak sekali pertanyaan, sehingga dan tulisannya kayak tulisan dokter gitu, kadang sulit dibaca. Jadi satu, mengenai promotif-preventif yang masih rendah serapannya, dan lokasinya juga tidak terlalu tinggi, lalu bagaimana sebenarnya peran BPJS. Ini kami jelaskan dulu. Menurut Undang-Undang ASN, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004, itu dijelaskan termasuk juga di Undang-Undang Nomor 11 tahun, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Bahwa tugas pokoknya BPJS itu memberikan jaminan pelayanan untuk kesehatan perorangan, itu. Nah ini kami jelaskan dulu, karena saya lihat tadi banyak campur aduk antara kesehatan *public health* dan kesehatan perorangan kesehatan perorangan. Kesehatan *public health* atau masyarakat yang disebut dengan UKM, itu adalah bukan tugas BPJS. BPJS secara eksplisit dan jelas ditegaskan di dalam Undang-Undang tadi adalah terkait dengan pelayanan kesehatan perorangan, artinya apa, menyangkut memang promosi, provinsi, kurasi rehabilitasi, tetapi perorangan. Apa bedanya perorangan dan *public health*. Untuk kesehatan perorangan itu kesehatan yang diakibatkan oleh orang perorang dan merupakan tanggung jawab orang perorang. Jadi kalau umpamanya pemberdayaan masyarakat secara luas memahami tentang kesehatan, itu bukan tugas BPJS.

Jadi promosi mengumpulkan orang seluruh masyarakat disebuah Kabupaten, nah tentang katakanlah TBC itu bukan tugas dari BPJS. Ini perlu kami sampaikan, karena saya lihat *nicsap*, karena ini sudah jelas dan eksplisit diatur di dalam Undang-Undang DJSN dan Undang-Undang BPJS, tetapi meski begitu karena tadi bahwa upayanya termasuk promosi, provinsi, kurasi, rehabilitasi, maka yang upaya promosi prevensi sifatnya perorangan, termasuk bagaimana orang dengan DM memahami bahwa penyakit DM atau Diabetes Melitus atau penyakit gula, itu dia harus bisa mengendalikan kadar gulanya, makannya teratur dan lain sebagainya. Nah, itu perorangan. Nah mohon maaf ini, kadang-kadang tidak begitu mudah untuk bisa membedakan itu adalah upaya kesehatan perorangan atau masyarakatnya yang umumnya promosi-presensi, tetapi untuk promosi-prevensi memang tidak seluas yang non BPJS. Saya tidak salah menyebutkan karena ini ada Pemerintah Pusat katakanlah Kementerian Kesehatan ada Pemerintah Daerah Dinas Kesehatan. Nah termasuk sebetulnya sarana-prasarana yang tadi disampaikan apa investasinya, kami memikir juga, tetapi bagaimana membangun Puskesmas utamanya, itu bukan tugasnya BPJS. Membangun Puskesmas sarana-prasarana menempatkan dokter, pemeratakan dokter bukan tugasnya BPJS. Ini yang perlu berbeda ini yang perlu sekarang dulu sebelum kita. Nah ini bagaimana gitu.

Nah memang kami tentu kalau tadi disampaikan bahwa Kementerian Kesehatan akan merevitalisasi, tadi pengadaan apa revitalisasi tadi pertanyaan. Nah kemudian ingin melakukan sebuah semacam reformasi di pelayanan kesehatan primer, ini kita tentu BPJS sangat mendukung, sangat membantu. Nah seberapa kalau itu semua dananya diberikan ke BPJS atau BPJS yang menanggung, tentu BPJS akan menghitung dan kami itu sudah menghitung. Jadi kami menghitung kira-kira berapa ya, contohnya tadi ada pertanyaan, apa enggak kenaikan tarif, ya kami rencanakan untuk memang naik tarif, tetapi katakanlah maksimum itu 5%, sehingga ada biaya yang paling tinggi yang sebetulnya sudah tinggi nggak perlu naik, contohnya

apa, adalah banyak sekali contohnya, ini satu contoh saja untuk Hemodialisis. Nah tadi ada yang punya Klinik Hemodialisis. Nah Hemodialisis itu unit *cost* nya 450.000 bisa ya. Nah BPJS membayar untuk tipe C saja itu sekitar 800.000, untuk tipe A membayarnya 1,2 sampai 1,3 juta dari 450.000 seperti itu. Apakah seperti itu atau mau dinaikkan lagi. Saya kira tidak *Wais* dimana *resources* kita sumber daya kita itu terbatas dan kita harus pintar untuk bisa mencukupkan mana yang prioritas dan mana yang penting. Itu Bu Sri Meliyana. Kemudian FKTP sejauh mana peran BPJS FKTP dengan investasi. Tadi saya kira mengenai sarana-prasarana dan ini ya sudah kami sampaikan.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Melalui Ketua.

Kalau kita hubungkan Prof. dengan halaman 20, *roadmap* nya itu kan memperbaiki pelayanan tingkat pertama.

1. Peningkatan akses FKTP bermutu.
 - a. ketersediaan FKTP.

Apa itu menjadi tanggung jawab BPJS, karena dituliskan jelas disini.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya. Kami jelaskan dulu. Jadi ketersediaan itu bukan berarti membangun, tetapi ketersediaan itu kami mempercepat tadi dan mempermudah Faskes bahan kesehatan primer itu bisa Puskesmas miliknya Pemerintah Daerah atau bisa Swasta. Jadi kita akan kerjasama begitu, sehingga tersedia gitu. Jadi sekali lagi ini mohon maaf, tugas Kemenkes dimana, Dinas Kesehatan diman atau Pemda ya, dan kemudian BPJS dimana. Ini sering dan PR tersendiri bagi kami, karena apa, karena ya persepsinya tidak sama, padahal sudah diatur secara clear ya dan jelas di dalam Undang-Undang yang mengatur itu, termasuk ini sebagai contoh ini, tambahan pekerjaan ya, yang bukan merupakan tugas pokok fungsinya BPJS, maka seorang Menteri tidak bisa memerintahkan, artinya dengan SK Menteri saja tidak cukup. Nah ini juga tidak tahu, karena dianggapnya ini BUMN dan lain sebagainya. Jadi ini yang harus kita sama-sama pahami untuk tertegaknnya tata kelola dan *goodgovernance* yang baik sehingga bisa terimplementasi dengan baik semua bisa lancar, yang jelas BPJS Kesehatan akan sangat mendukung kebijakan Kementerian Kesehatan ya, tetapi tentu kita istilahnya harus memenuhi satu tata kelola prosedur Peraturan Perundangan yang bagus yang sesuai, dan juga tentu kita menghitung, jangan sampai yang merupakan fokus utama BPJS yaitu keberlangsungan salah satunya.

Progam JKS KIS yang sangat dibutuhkan masyarakat itu kemudian mohon maaf, defisit seperti dulu atau macet ya. Ini tidak kita inginkan begitu.

Demikian.

F-P.NASDEM (FELLY ESTELITA RUNTUWENE, S.E./KETUA KOMISI IX):

Interupsi Prof. Interupsi dulu.

Ada kaitan dengan apa yang disampaikan Ibu Meliyana.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya silakan.

F-P. NASDEM (FELLY ESTELITA RUNTUWENE, S.E.):

Jadi biar diperjelas, artinya BPJS disini bekerja sama ketika fasilitas kesehatan sudah ada disitu kan, bukan membangun kan.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Bukan membangun.

F-P. NASDEM (FELLY ESTELITA RUNTUWENE, S.E.):

Ya jadi memang nanti sudah. Nah ada pertanyaan berikutnya, karena sebelumnya sudah ada pertanyaan tadi. Jadi bagaimana orang-orang yang sudah menjadi Peserta BPJS, kemudian Faskesnya tidak ada ditempat mereka, ini seperti apa, bagaimana dari BPJS menyikapi hal seperti ini, karena ini harus terintegrasi semuanya ya Pak ya. Mungkin itu yang tadi mungkin Ibu Meliyana, supaya karena ada dihalaman itu. Nah biar diperjelas, berarti ini nanti sudah ada, sudah ada baru BPJS disini bekerja sama baik itu apa namanya yang pengganti kalau bukan Puskesmas apa itu, Klinik-klinik ya, Klinik dari Swasta, baru dikerjasamakan ya, seperti itu ya Prof. ya, biar clear.

Terima kasih.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Sebetulnya clearnya seperti itu ya, tetapi kami mikir juga begitu mikir yang ini belum Peraturan Perundangannya kami masih mencari ya. Bagaimana kalau kemudian kami katakanlah tadi seperti alat-alat atau memikirkan begitu ya membantu, tapi belum ini. Ini nanti jangan dicampur adukan, itu presentasi saja, nggak ini memang belum, tapi sudah ada pikiran untuk kita bahkan membangun sebuah Rumah Sakit atau Klinik atau kerjasama dengan Rumah Sakit itu memberikan fasilitas seperti alat dan lain sebagainya yang kami bisa sebetulnya, cuma secara Peraturan Perundangan, kami kan juga untuk Badan Pemeriksa, pemeriksanya itu bisa kita sebutkan banyak lebih dari 5 yang memeriksa BPJS itu, institusi ini ya, na mulai BPK, BPKP ya, ada OJK, ada macam-macam, ada Badan Independen ya. Nah ini juga tidak mau disalahkan begitu. Tetapi kami mikir kadang-kadang mikir begitu ingin membantu begitu.

Nah oleh karena itu dan kami tahu berapa sih alat ini harganya dan bagaimana, tapi yang sebetulnya sulit itu bukan ini Bu Pimpinan. Jadi bukan masalah sarannya, sarannya juga sulit, tapi yang lebih sulit lagi adalah SDM, SDM itu lebih sulit daripada sarana. Kebetulan saya dulu pernah jadi Dekan, pernah jadi Rektor, Dekan Ketua Dekan-dekan seluruh dokteran seluruh Indonesia. Jadi memahami betul bagaimana kami ikut membantu mendistribusikan SDM. Contoh di Kaltim, kemarin kalau nggak salah Pak Pimpinan ikut juga ke Kaltim itu, dibangun Faskesnya, tapi SDM nya nggak

ada atau kekurangan itu. Nah ini menjadi persoalan sendiri, tapi sebentar sekali lagi, ini yang sering dikeluhkan dan itu bukan tanggung jawabnya BPJS untuk menempatkan mendistribusikan SDM.

F-PDIP (HARVEY B. MALAIHOLLO):

Interupsi sedikit Pimpinan.

Nggak apa menyambung pembicaraan Ibu Sri tadi, bahwasanya contohnya itu ada di Papua Barat, kebetulan daerah apa namanya pemilihan saya Pak. Nah memang mungkin seperti yang dikatakan Bapak, bukan tugas-tugasnya BPJS dalam hal ini, tetapi kan ini menyangkut mereka yang sudah memiliki Kartu, apa lagi sudah ada dari Gubernur, Gubernur sudah mau. Jadi tolong di tolong apa namanya dikoordinasikan dengan apa namanya Kementerian Kesehatan mungkin dan juga berapa Kementerian yang berhubungan kali Pak, karena ini bicaranya mengenai BPJS jadi *otomaticly* biar pun bukan bukan tugasnya Bapak untuk mendirikan, tetapi ada hubungannya dengan pemilik BPJS itu, mereka yang memiliki hak untuk berobat gitu loh, tapi kalau fasilitasnya nggak ada ya, ya percuma juga gitu Pak.

Terima kasih.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya jadi begini. Kita tentu koordinasi dengan Kementerian Kesehatan dan dengan Dinas Kesehatan karena dengan Adinkes (Asosiasi Dinas Kesehatan) itu kita terus berkoordinasi ya, dan kami mengembangkan contohnya umpamanya yang sebetulnya bukan ini, tapi kita kembangkan mobile seperti Ambulans gitu, ya untuk bisa membantu memberikan pelayanan. Kita memikirkan bentuk kompensasi lain apa itu, tetapi tentu ini sebetulnya yang pokoknya itu adalah pembangunan tadi, karena fasilitasnya nggak ada, dan pembangunan itu karena itu memang bukan tugasnya dari BPJS, BPJS membantumu dalam tanda petik “mensosialisasi, memprovokasi” kerjasama agar segera untuk bisa terbangun. Seperti itu. Dan itu luas di Indonesia banyak tidak mohon maaf, tidak hanya Papua, di beberapa tempat di Maluku Utara, Pulau-pulau dan lain sebagainya. Ini memang ya PR bersama, ya tetapi ya tentu kita juga melakukan analisis itu, kira-kira yang katakanlah *Universal Health Coverages* seperti di Kaltim, di Papua itu kita upayakan sedemikian rupa untuk bisa memiliki akses gitu. Dan kedepan kami juga memikirkan tentang kompensasi semacam itu, tapi belum ya, belum-belum umpamanya.

Demikian.

Nah kami bisa lanjutkan.

Baik. Nah kalau singkat-singkat saja, karena pertanyaannya cukup banyak. Yang masalah Kepesertaan nanti akan dijawab. Tadi Bu Sri menyampaikan mengenai perkenalan, oleh karena itu kami perkenalkan yang pertama mungkin dari sisi.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Prof. bisa nggak nanti tunggu sebentar, sementara teman-teman yang lain menuju kesini.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Oh, ya.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Jadi sekali berkenalan semua jadi kenal Prof, jadi itu bisa di ujung ketika sudah Peserta.

Terima kasih.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Baik terima kasih.

Nah kemudian tentang Investasi. Banyak pertanyaan tentang Investasi tadi. Nah Investasi ini pada prinsipnya, BPJS ini diberikan kesempatan. Jadi jadi ada dua jenis dana di BPJS, yaitu yang disebut dengan DJS (Dana Jaminan Sosial) yang dari iuran peserta dan itu merupakan dana istilahnya titipan atau dana amanat. Nah yang kedua adalah Dana BPJS, yang dulu dari PT. Askes berubah menjadi BPJS ada Kekayaan dan kemudian ada Hasil Investasi dan lain sebagainya. Nah Investasinya dua ini agak sedikit berbeda, yang di DJS ini dari Investasi adalah untuk keamanan yang yang pertama. Jadi *yeald of infestation* nya lebih dipentingkan keamanannya, sehingga bentuk-bentuk Investasi itu sangat terbatas ya, bisa katakanlah Surat Negara, kemudian Deposito seperti itu.

Nah yang nanti Bapak Pak Arif akan menjelaskan berapa hasil dari Investasi dan kemudian berupa apa saja. Nah tentu dana itu yang sering orang tidak tahu di BPJS terutama DJS (Dan Jaminan Sosial) itu, selain *heavily regulated* jadi diatur secara ketat karena demi keamanan, kalau sewaktu-waktu harus bayar Rumah Sakit harus bisa begitu. Nah itu adalah apa namanya uangnya itu tidak langsung masuk banyak itu tidak, sehingga uang itu ngendon apa kangen, jadi mengendap lama terus bisa kita investasikan kayak gitu, nggak seperti itu. Jadi dananya itu dikumpulin orang setor masuk harus bayar ke sana lalu kayak begini, tapi dari sekian ada yang ngendon ada ya, ada 2 bulan, 3 gitu, 4 bulanlah. Itu makanya ada dana yang bisa diinvestasikan, tapi sangat berbeda dengan BPJS Tenagakerjaan yang sifatnya itu *longterm*, sehingga bisa bertahun-tahun dananya enggak dipakai, tapi kalau BPJS Kesehatan tidak bisa seperti itu, itu nah secara umum.

Nah kemudian ada lagi pertanyaan tentang Skrining. Skrining sebetulnya BPJS Kesehatan sekarang ini sudah melakukan skrining, minimum ada 6 skrining yang dilakukan, termasuk untuk Cancer, untuk Cancer Payudara termasuk Hipertensi dan juga DM, itu kita lakukan Skrining semua. Dan pendekatannya tentu nanti kalau ditambah lagi secara bertahap, nah dia ingin mendekatkan dengan pendekatan risiko, Manajemen Risiko. Manajemen Risiko itu kita identifikasi mana yang berisiko, caranya bagaimana bisa dengan *onlineskrining*, bisa dengan wawancara dan bisa kerjasama dengan FKTP dan lain sebagainya. Jadi sebagai contoh kalau tadi Ibu Irma menyampaikan orang Covid ya. Orang Covid kalau kita tanya dia, kontak nggak dengan penderita, apakah dia katakanlah hilang bau, hilang rasa kayak gitu. Nah itu harus kita screen. Jadi nah ini untuk Bu Irma.

Saya kira terima kasih atas sarannya yang mantap. Untuk kami sampaikan bahwa tadi sampaikan tidak main-main, tentu kami tidak main-main Bu, kami serius. Kami kerja sangat serius dan mohon maaf, belum dilantik, kami sudah rapat Bu, dan sudah menyusun Winnya apa, dan sudah beberapa perubahan-perubahan untuk diketahui, dan kami sudah mengunjungi banyak Rumah Sakit Bu, bukan duduk di atas meja begitu nggak. Kalau Ibu bisa tahu satu saja Rumah Sakit yang Ibu sebut banyak Rumah Sakit nggak, kami contohkan satu saja Bu, akan kami bayar secepat-cepatnya kalau itu ada, kalau Ibu bisa menunjukkan satu saja.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, S.E.):

Melalui Ketua, maaf ketua. Sedikit.

KETUA RAPAT:

Silakan.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Silakan.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, S.E.):

Ada, tapi saya nggak mungkin bicara disini.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Oke. Nanti bisa.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, S.E.):

Karena mereka nggak mungkin, saya kalau ngomong sama mereka, tentu mereka juga punya resiko, mereka nggak mau saya bicara langsung.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Resikonya apa Bu? tapi nggak apa-apa.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, S.E.):

Itu kan memang kondisinya seperti itu. Jadi begini saja deh, Bapak lihat yang memang masih *cash flow* nya masih kucar-kacir itu, Bapak perbaiki. Itu saja. Kita nggak perlu berdebat dari yang mana, yang mana, yang mana. Intinya kan itu. Terus yang kedua, Bapak turun kesemua Rumah Sakit Provinsi, cek, apakah Alkesnya sudah lengkap, kemudian kalau belum lengkap Bapak koordinasi dengan Menkes, itu saja. Karena pelayanan BPJS itu akan tergantung sekali dengan ketersediaan Alkes dan obat-obatan yang ada di Rumah Sakit. Begitu Pak Profesor.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya, baik.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, S.E.):

Ya. Jadi nggak perlu berdebat. Apa pun yang kami sampaikan periksa, kan nggak mungkin kita debat kusir, saya bilang A, Bapak bilang B, Bapak periksa saja itu Rumah Sakitnya. Bisa?

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya, kami periksa.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, S.E.):

Terima kasih.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya baik terima kasih.

Baik. Nah untuk berikutnya mengenai itu, Dana Investasi sudah, Pengadaan Barang dan Jasa, sehat. Nah ini banyak tentang Kepesertaan. Oleh karena itu kami mohon kan pada Pak David bisa menjawab mengenai Kepesertaan baik target-targetnya, terutama yang PBI tadi yang tidak diberitahu untuk diputus dan upaya-upaya BPJS apa dan lain sebagainya.

DIREKTUR KEPESERTAAN BPJS KESEHATAN (DAVID BANGUN):

Baik, terima kasih Pak Dirut.

**Bapak dan Ibu Pimpinan Komisi IX,
Serta seluruh anggota anggota Pimpinan IX, Komisi IX,**

Perkenalkan saya David Bangun, saya Direktur Kepesertaan. Saya akan menjawab beberapa hal yang terkait dengan Kepesertaan. Pertama tadi ditanyakan mengenai pencapaian dan target kepesertaan masing-masing segmen, artinya pencapaian 2021 dan target untuk 2022. Jadi dapat kami sampaikan bahwa sampai dengan akhir tahun 2021, jumlah Kepesertaan adalah 235,7 juta Peserta, dan itu adalah 86% dari total penduduk. Jadi memang kami akui bahwa pada akhir Tahun 2021, jumlah Peserta tersebut didalamnya termasuk yang statusnya menunggak dan termasuk juga yang statusnya adalah non aktif. Jadi yang menunggak itu kurang lebih 16,8 juta. Ini dari segmen Peserta Mandiri yang tidak bisa mampu akibat kemungkinan adalah *ability to pay* nya menurun 16,8 juta, sementara yang 31,8 juta itu statusnya bukan menunggak, tetapi nonaktif, karena di nonaktifkan, misalnya PHK dari Perusahaan dinonaktifkan dari PBI, juga dinonaktifkan sebagai Peserta yang didaftarkan oleh Pemda. Jadi memang angkanya besar.

Jadi yang menunggak dengan yang non aktif tadi jumlahnya kurang lebih 49 juta. Nah, sementara di target di Tahun 2022, kami telah ditetapkan targetnya adalah

untuk mencapai cakupan 88,5% dari jumlah penduduk, dan itu *ekuivalen* dengan 245 juta Peserta. Jadi untuk Tahun 2022 kami ditargetkan untuk merekrut kurang lebih 9,3 juta Peserta baru. Nah untuk mencapai target tersebut, kami telah menyusun strategi-strategi berdasarkan masing-masing segmennya, yang pertama adalah segmen PBI. Untuk segmen PBI kuota telah diteapkan sebesar 96,8, sementara sampai dengan akhir tahun 2021 adalah 85 juta. Jadi memang hampir 12 juta sisa kuota yang perlu ditambahkan untuk mencapai kuota 2022. Apa yang kami lakukan, pertama adalah memfasilitasi penyelenggaraan kelas konsultasi, kelas konsultasi dengan seluruh Pemda, Kabupaten/kota seluruh Indonesia, bersama dengan KemenkoPMK, Kemos, Kemendagri untuk mendorong pengisian kuota yang sebesar 12 juta tersebut. Jadi kami telah dilakukan di akhir tahun kemarin, kelas konsultasi ini dirasakan efektif, karena memang kadang-kadang Dinas Sosial di masing-masing Kabupaten/kota mempunyai pemahaman yang kurang dalam, gitu mengenai sistem Sig NG nya, sistem untuk mendaftarkan PBIJK.

Selain itu kami juga mendorong dalam arti memberikan data-data bagi seluruh Dinas Sosial di Kabupaten/kota, data-data yang kami dorong untuk bisa didaftarkan sebagai peserta PBIJK, misalnya anak-anak dari peserta PBI. Jadi orang tuanya sudah peserta PBI, tetapi anak-anaknya yang berada usia dibawah 17 tahun belum terdaftar. Kami punya namanya detailnya yang kami dapatkan dari Dukcapil, kami sampaikan kepada Dinas Sosial untuk didaftarkan. Kami juga mendaftarkan artinya mendorong melalui Dinas Sosial, pekerja-pekerja yang PHK dan setelah lewat 6 bulan ternyata masih tidak bekerja. Data itu kami sampaikan juga kepada Dinas Sosial serta juga peserta PPBU Kelas 3 yang menunggak lebih dari 6 bulan, kami ajukan ke Dinas Sosial untuk didaftarkan melalui sistem Sig NG Kemensos. Jadi kami harapkan bahwa di dalam Tahun 2022 dari posisi awal Tahun 85 juta, diakhir tahun bisa capai sesuai kota 96,8. Itu segmen PBI.

Segmen berikutnya adalah untuk PPUBU. Kami bagi dua strateginya adalah untuk Badan Usaha yang kelas besar dan menengah, kami yang pertama dilakukan adalah menggali potensi datanya, itu kami lakukan pepadanan data dengan BPJS JK dengan Kemenaker, dengan berbagai pihak mengenai Perusahaan-perusahaan mana yang belum bergabung di JKN. Nah sejauh ini memang Kami memperoleh data kurang lebih 1,3 juta pekerja di BPJSJK yang masih belum terdaftar, walaupun memang dalam kondisi sebaliknya, ada juga satu setengah juta Peserta di BPJS Kesehatan yang terdaftar di kami, tapi belum terdaftar di BPJSJK. Jadi dengan pertukaran data ini, masing-masing BPJS mendapatkan data potensi yang bisa ditindaklanjuti, ditindaklanjuti saat ini adalah dengan melakukan *passing* secara fisik maupun melakukan telemarketing ke Badan-badan Usaha yang belum bergabung. Jadi kami infokan saat ini kurang lebih ada 600 juta BPJS yang bertugas untuk melakukan telemarketing bagi Badan-badan Usaha yang belum bergabung tersebut.

Selanjutnya untuk Segmen Usaha Kecil dan Mikro. Karena kami sadari bahwa Usaha Segmen Kecil dan Mikro inilah yang paling banyak belum bergabung dengan JKN. Nah kami bekerja sama sinergi dengan Kementerian Koperasi dan UMKM untuk mencari solusi, khususnya mungkin terkait dengan Usaha Mikro dan Kecil ini, sulit untuk membayar pekerjaannya sesuai dengan UMK. Nah salah satu solusinya yang kami inikan adalah karena sesuai dengan Undang-Undang Cipta Kerja, Usaha Kecil dan Mikro sebenarnya sudah dikecualikan, untuk harus membayar sesuai UMP atau UMK. Sementara lama sesuai dengan kebijakan yang ada terkait dengan Perpres 82,

2018, pengecualian ini harus dikuatkan oleh penangguhan dari Kepala Daerah dalam hal ini Gubernur, Provinsi. Nah ketika ini bisa kami harmonisasikan, maka ada solusi untuk para Usaha-usaha Mikro dan Kecil untuk bisa mendaftarkan pekerjanya kedalam JKN.

Nah selain itu untuk yang segmen berikutnya adalah Segmen Mandiri. Jadi segmen PBPUI kami selalu berupaya melakukan sosialisasi tentunya bersama dengan toko-toko agama, toko masyarakat dan juga tadi juga mungkin kami dengan *inpresure* akan kami lakukan. Saat ini memang Grand Ambassadors kami masih sangat sedikit ya, artinya kita baru menggunakan Ade Rai untuk sebagai Grand Ambassador tentunya nanti kita akan perluas dengan senang hati untuk bisa melakukan sosialisasi terhadap peserta yang belum ataupun peserta yang tidak aktif saat ini. Nah kami juga melakukan forum dengan di Desa-desa, di Kelurahan, diberbagai komunitas untuk merangkul mereka yang masih belum bergabung.

F-P. NASDEM (FELLY ESTELITA RUNTUWENE, S.E.):

Boleh Pimpinan saya interupsi.

Tadi yang dijelaskan Bapak, kan ada kuota yang tadi Bapak bilang, nanti anak-anaknya datanya sudah ada. Pertanyaan saya Pak, kan ada yang di Press oleh Pemerintah Daerah, karena tidak ada kemampuan untuk membayar ya, itu banyak di Kabupaten/kota, jangankan Pemerintah Daerah, Pusat pun dan begitu, tahu-tahu dia menghilangkan sekian banyak. Apakah ada pemberitahuan dari BPJS kepada penerima bantuan iuran, bahwa mereka itu sudah tidak sudah tidak diikutsertakan lagi, ada nggak pemberitahuan dari BPJS. Ini perlu saya tanyakan, karena begini Pak. Mereka yang pemegang Kartu ini ya, dia berharap itu masih aktif, jadi ketika sakit baru ketahuan, di Rumah Sakit bahwa dia sudah binggung mereka, tidak ada pemberitahuan, tahu-tahu sudah, terus mau dari mana. Nah ini kan penting Pak.

Jadi mungkin kalau bicara pelayanan penyempurnaan dan lain sebagainya, yang begini dulu deh Pak mungkin. Ini salah satu, karena ini kayak dijebak mereka, ketika sakit dia berharap dibayarkan oleh Pemerintah Daerah atau dari Pusat, tahu-tahu itu sudah di free sudah nggak dibayarkan lagi dengan macam-macam, dengan diclesnsinglah, apalah, tapi mereka memang betul-betul tidak mampu, kemudian didiamkan ini kan seperti apa. Mungkin ini juga perlu penjelasan dari pihak BPJS. Sudah dilakukan belum itu kepada masyarakat, supaya mereka tahu bahwa mereka itu bukan Peserta lagi sudah tidak dibayarkan lagi, mungkin mereka bisa cari jalan keluar, apabila mereka mampu untuk membayar mereka bisa bayarkan, atau kalau tidak mungkin ini mereka ini bisa juga di yang tadi, ada kuota tadi, mereka dimasukkan. Kita mau bilang yang belum yang tadi yang Bapak bilang, yang banyak kan yang di PHK sekian banyak, tapi mereka-mereka dulu ini Pak, ini kan penting, mereka dulu. Karena memang selama ini diberikan seperti itu tentunya ada alasan. Nah kita sudah mau kasih yang lain sementara mereka ini diputuskan begitu sepihak tanpa pemberitahuan, nah ini butuh penjelasan Pak.

Kemudian mungkin sekaligus ya, tadi saya karena mungkin saya keluar sebentar dari Pimpinan memberikan kesempatan untuk bertanya. Begini Pak, kami ada kasus ya untuk Pelecehan Seksual, anak di bawah umur. Nah pelecehan seksual ini rata-rata orang yang tidak mampu, kemudian sebegitu lihat ternyata ada aturan, ada Kepres ya, yang tidak membayarkan, sementara mereka tidak mampu. Ini seperti

apa Pak, terus siapa yang mau tanggung, sekarang ada tagihan 50 an juta, sekarang sementara Pak, dia anak ini 10 tahun dikerjakan oleh 2 orang ya laki, dan di Rumah Sakit tagihan sudah 50 an juta, kebetulan ada di Sulawesi Utara, dan ini banyak Pak. Ini salah satu yang harus saya ungkapkan rapat yang terhormat ini. Ini seperti apa, dia ini Peserta BPJS, tapi itu tidak ditanggung. Peserta BPJS tapi karena itu aturan itu.

DIREKTUR KEPESERTAAN BPJS KESEHATAN:

Akibat kekerasan.

F-P. NASDEM (FELLY ESTELITA RUNTUWENE, S.E.):

Ada aturan Pak. Ya saya mungkin bisa bacakan yang Keppres Nomor berapa ini.

DIREKTUR KEPESERTAAN BPJS KESEHATAN:

82 Bu.

F-P. NASDEM (FELLY ESTELITA RUNTUWENE, S.E.):

Ya 82, 20218 ya. Nah mumpung mungkin ada akan perubahan kedepan. Boleh Pak ini menjadi perhatian khusus, karena mereka-mereka yang menjadi korban, ini rata-rata orang keluarga-keluarga yang tidak mampu. Sudah sudah ketiban tangga, kemudian ini apa, belum harus selesaikan masalah sikisnya, kemudian dibebankan lagi ini keluarga harus membayar mentah mau cari dari mana mau hutang, sementara mungkin makan saja sudah susah. Ini harus menjadi bagian siapa, dia harus menjadi perhatian Pemerintah. Jadi kami mendesak ini harus segera ada karena mumpung ada perubahan kedepan ya, yang tidak sesuai dengan Pelayanan Dasa itu, mungkin ini sekaligus dimasukan Pak. Karena sekali lagi saya harus garis bawah. Rata-rata mereka yang menjadi korban orang-orang yang tidak mampu, rata-rata yang menjadi korban pelecehan seksual mereka ini orang tidak mampu ya. Ya mungkin tambahan kami, terima kasih.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Saya kalau boleh manambahkan sedikit.

KETUA RAPAT:

Silakan Pak Dirut.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Jadi yang pertama masalah pemberitahuan tadi, terima kasih sekali, dan itu tentu akan kami upayakan, karena ya kita bisa bayangkan orang tidak tahu, tiba-tiba datang ke Rumah Sakit sudah nggak masuk. Itu kita upayakan. Memang tidak semuanya kita tahu, kadang-kadang, artinya BPJS juga nggak tahu juga kadang-

kadang, tapi ada yang tahu, ada yang tahu ada yang tidak tahu. Kalau yang tahu akan kita upayakan untuk kita beritahu. Itu yang pertama.

Yang kedua, mengenai korban kekerasan seksual dan lain sebagainya. Memang di dalam Peraturan Presiden tadi diatur. Nah kita upayakan nanti ada. Kalau itu memungkinkan dari perubahan, kita upayakan untuk perubahan, tetapi tentu kalau yang sudah ini kebetulan dulu saya membantu katakanlah DIY, itu ada semacam supplement, supplement untuk kekerasan seksual.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, S.E.):

Ketua, sedikit ketua.

KETUA RAPAT:

Silakan Ibu Irma.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, S.E.):

Begini Pak, Direktur apa, Kepesertaan.

DIREKTUR KEPESERTAAN BPJS KESEHATAN:

Saya Kepesertaan Bu.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, S.E.):

Ya, sekarang saya tanya sama Bapak. Ini masalah ini masalah klasik. Dari 2014 sampai hari ini, data kepesertaan Bapak itu di BPJS itu nggak jelas. Tadi Ibu Ketua tanya kan, bahwa yang sudah tidak discover PBI itu harusnya kalian punya data, harus, dan itu harus disampaikan juga ke mereka, ketika mereka tidak lagi menjadi anggota BPJS, kaerena sudah distop oleh BPJS, karena sudah distop oleh Mensos. Itu loh maksudnya. Jadi nggak usah kemana-mana, nggak usah alasan ini alasan itu, data itu harus ada. Nah penyakit kita itu Bapak tahu, penyakit kita itu cuma satu, mau Menteri Kesehatan, mau BPJS, mau apa namanya Menteri Tenaga Kerja, sama, bank datanya lemah. Itu Pak. Jadi itu perlu Bapak pikirkan baik-baik yang disampaikan Ibu Ketua tadi, nggak usah ngeles kemana-mana itu fakta, bahwa data kalian lemah. Kalau data kalian bagus, Ibu Ketua tadi tanya kalian sudah bisa jawab. Begitu loh. Ya sudah bisa jawab, Bu, PBI yang distop oleh Kemenson, sekian ribu, sekian juta, alasannya a, b, c, d. Harusnya begitu jawabannya. Itu baru kerja namanya.

Terima kasih Ketua.

KETUA RAPAT:

Baik silakan Pak Dirut dilanjutkan.

DIREKTUR KEPESERTAAN BPJS KESEHATAN:

Baik, mungkin ijin saya. Jadi ijin untuk menyampaikan bahwa komunikasi kita dengan Kementerian Sosial saat ini benar-benar sifatnya detail berdasarkan *data by name, by address*, jadi ketika Kementerian Sosial menerbitkan setiap bulan sejak September, itu menerbitkan setiap bulan Peserta PBI yang didaftarkan tambahan, Peserta PBI yang dihapuskan, itu kita selalu menggunakan *data by name by address* dan semuanya berdasarkan NIK. Jadi kita menggunakan NIK sebagai itu nya, ID nya. Jadi ketika Kemensos menerbitkan penghapusan pertama di bulan September, saat itu kami melakukan upaya sosialisasi, memang terbatas di kanal-kanal layanan yang kami miliki, pertama adalah tentunya Sosial Media, kami juga ada waktu itu punya slot di TVRI ya, slot di TVRI untuk mengupayakan menyampaikan informasi mengenai penonaktifan tersebut. Nah memang kalau di data PBI yang kamu dapatkan adalah nomor telepon ataupun alamatnya kadang-kadang sudah ini, tapi kamu langsung berkoordinasi dengan seluruh **Pendel-pendel** diseluruh Indonesia.

Jadi bahkan ketika SK itu diterbitkan seluruh 514 Kabupaten/kota mendapatkan informasi mengenai siapa yang dihapus di masing-masing Kabupaten/kota itu, PemerintahPemda itu mendapatkannya dari kami. Jadi kami yang menginformasikan. Memang dalam menjangkau kepesertanya belum tentu semuanya tersampaikan, tetapi memang mekanismenya sesuai dengan Permensos 21, itu dimungkinkan itu dimungkinkan dan itu selalu terbuka. Untuk peserta yang dinonaktifkan untuk diri aktivasi, syaratnya hanya satu, mengurus Surat Keterangan dari Dinas Sosial. Ketika peserta tersebut mendapat Surat Keterangan dari Dinas Sosial, maka BPJS akan langsung mengaktifkan peserta tersebut yang sudah dinonaktifkan sebelumnya oleh Kemensos, khususnya untuk Peserta yang Rawat Inap, itu diberi waktu 3 x 24 jam untuk mengurus Surat Keterangan tersebut. Jadi sejauh ini memang dengan sejak September, proses reaktivasi sangat tinggi, kalau sebelumnya.

F-PAN (Dr. SALEH PARTAONAN DAULAY, M. Ag, M. Hum, MA.):

Ijin, Interupsi dulu Ketua.

KETUA RAPAT:

Silakan Bang Saleh.

F-PAN (Dr. SALEH PARTAONAN DAULAY, M. Ag, M. Hum, MA.):

Pak Direktur, ini juga Pak Dirut ini. Jadi ini sebetulnya masalah kita ini, itu ini Bapak mau coba katakanlah membuat persepsi kita bahwa ini tidak ada masalah soal data-data ini, bahwa komunikasi Bapak dengan Kemensos itu bagus, sebetulnya itu faktanya nggak begitu, saya kan disini rapat terakhir kita, ingat itu, ada BPJS, ada Menteri Kesehatan, ada Sekjen Kemensos, saya ingat itu. Ada satu lagi yang anu. Yang saya buktikan, kalau data itu nggak beres, kan saya buktikan orang 3 lembaga ini, Kemensos, Kemenkes, BPJS, datanya beda. Itu saja bukti kok kalau bahwa itu memang sudah nggak benar. Dan Bapak tahu sekarang ini, ini baru naik di berita. Pak baru naik di berita ini, itu Sekjen Kemensos, itu lagi diusir itu dari Komisi VIII, lagi disuruh keluar ini barusan ini, berarti kan tidak baik-baik saja begitu loh. Kami ini sudah

bagus banget ini Komisi IX, kita rapatnya bagus-bagus, kenapa sempat diusir, coba bayangkan, berarti komunikasinya tidak baik-baik saja, saya lihat alasannya karena komunikasi buruk. Jangan-jangan antara Komunikasi Bapak dengan dia itu buruk, makanya data juga nggak beres, kan ini bisa terjadi begitu. Terus terang saja sampaikan dikita, ngapain Bapak belahin disana nggak beres. supaya ini public tahu. Itu loh Pak. Ini kan begini loh, saya selalu inilah saya ingatkan sekali lagi, BPJS Kesehatan itu fundamental urusannya itu 3, Kepesertaan, Pelayanan, Pembiayaan, selalu itu, yang lainnya kan yang Bapak terangkan disini-sini.

Sepanjang apa pun diceritakan disini larinya nggak sempat lari dari yang tiga itu, pasti yang 3 tiga itu, mau Bapak inovasi komunikasi public kah, ya kan, mau inovasi pelayanan kah, mau bayar DP di depan kah, itu semua 3 itu saja itu. Jadi semestinya Bapak kasih tahu saja ini ada masalah, supaya kita sudah ini soal pendataan ini belum beres. Jangan membuat kami senang padahal sebetulnya Bapak tidak tenang, karena masih belum beres, kan begitu. Nah mestinya kan ini-ini, ini persoalan ini, ini baru sekali ini kita rapat ini dengan BPJS soalnya ini, yang lainnya selalu berbarengan dengan yang lain ya, kalau ini khusus. Kami kemarin nggak mau disandingkan dengan Dewas juga, biarkan saja Dewas itu sendiri ya kan, ini Direksi dulu. Jadi kami minta apa yang Bapak rasakan sampaikan kepada kami, supaya nanti kita ini terbuka saja.

Pak Pelayanan kesehatan di Republik ini, sukses tidak suksesnya tergantung BPJS Kesehatan, kenapa, karena menurut Undang-Undang diwajibkan seluruh rakyat ini terdaftar menjadi Peserta BPJS Kesehatan, mau dia melalui jalur PBI kah, mau melalui jalur Perusahaan PPU apa namanya itu, Pekerja Penerima Upah, PBPU, mau Jalur Mandiri, semua harus tetapkan. Berarti ini BPJS ini fundamentalnya begitu. Kalau kami panggil Kemenkes nanya BPJS, dia nggak ngerti Pak, dia cuma bayar, kan dia cuma bayar saya, kalau dia nggak bayar, Bapak protes sama kita, kita panggil dia. Nah sekarang kalau Bapak nggak beres mengurus pelayanannya, ini kan menjadi problem. Jadi saya kira Ketua, diarahkan kesitu dulu, ini supaya Ibu Ketua tadi apa merasa, ya ini bukan baik-baik saja, ya nggak Ibu Ketua, apa lagi Ibu Ketua sekarang lagi kurang enak badan kan, kurang baik dia, saya tahu Ibu Ketua lagi kurang baik.

Terima kasih Pimpinan.

KETUA RAPAT:

Terima kasih Bang Saleh.

Silakan Pak Dirut dilanjutkan yang lainnya. Masih ada, silakan Pak, hijau, biru.

DIREKTUR KEPESERTAAN BPJS KESEHATAN:

Ya baik. Terima kasih Pak.

Memang kami tidak bisa mengatakan bahwa datanya sudah sangat baik, belum ya. Jadi terus terang ada saat ini dari 235 juta yang teridentifikasi misalnya Data Kependudukan yang belum lengkap itu kurang lebih 1,2 juta. Jadi memang itu yang kami selalu secara rutin melakukan pemadaman dengan Dukcampi. Jadi satu tahun 4 kali kami rencanakan, kami serahkan 230 juta data tersebut ke Dukcapil satu untuk dianalisis mana yang sudah padan datanya, tanggal lahirnya, jenis kelaminnya, domisilinya dan itu memang proses yang berkelanjutan.

Mungkin saya terakhir mau menyampaikan strategi perluasan tadi adalah.

F-P. GOLKAR (EMANUEL MELKIADES LAKA LENA/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Interupsi dulu Pimpinan melalui pimpinan. Langsung saja ini Pak, biar nanti jangan lagi pertanyaan yang sama. Terkait dengan data yang ternyata yang sudah hilang atau sudah dicoret sama Kemensos. Pertanyaan dari teman-teman tadi adalah apakah kita bisa memberi tahu dia bahwa dia sudah tidak menjadi lagi anggota enggak, dari kita dari BPJS Kesehatan yang memberi tahu kepada Peserta dicoret ini, biar dia sudah tahu bahwa dia sudah dicoret dan dia sudah mempersiapkan diri lagi. Itu bagaimana itu Pak?

DIREKTUR KEPESERTAAN BPJS KESEHATAN:

Yang kami upayakan koordinasi dengan Desa atau pun Kelurahan, karena kami punya datanya, dari setiap Desa-Kelurahan dari seluruh Indonesia, mana anggota masyarakatnya yang dihapuskan. Nah itu mungkin kami nanti akan koordinasi juga dengan Pemda Kabupaten/kota untuk supaya terkomunikasikan langsung begitu.

F-P. GOLKAR (EMANUEL MELKIADES LAKA LENA):

Begitu Pak, kalau boleh kami dapat gambaran kongkrit begini, karena ini juga persoalannya riil, sudah terjadi. Jadi sejauh mana sekarang progress dari rencana ini dan bagaimana kita melihat ada percepatannya Pak. Jadi jangan sampai orang sudah masuk Rumah Sakit baru ketahuan bahwa dia ternyata sudah hilang dan itu membuat, ini kami semua pasti pusing yang sama ini, karena pasti larinya itu ke Komisi IX, kami masih kontak lagi Kepala Daerahnya, mestinya kontak BPJS setempat, dan minta tolong Bapak-Ibu lagi. Nah biar kita menyempit bola Pak. Itu beri kita beritahu sebelum dia ke atau dia belum sakit ke Rumah Sakit.

DIREKTUR KEPESERTAAN BPJS KESEHATAN:

Yang bisa kami sampaikan untuk saat ini baru bahwa seluruh data yang dihapus tersebut sudah kami sampaikan kepada Pemerintah, Kabupaten/kota, tetapi untuk level di bawahnya, Desa, Kelurahan atau bahkan nanti RT/RW, terus terang belum kami lakukan saat ini, nanti kami akan koordinasikan dengan Pemerintah-Kabupaten/kota untuk bagaimana mekanisme paling efektif.

F-P. NASDEM (FELLY ESTELITA RUNTUWENE, S.E.):

Interupsi Pak.

Jadi begini, kalau bicara Kelurahan/Desa, mereka sendiri itu kan Pak, begitu ditanya ini datanya dari mana, dibidang di desa yang mengambil yang kasih, terus ada yang bilang enggak tahu, mereka sendiri enggak tahu. Nah ini susah Pak, kalau seperti itu. Yang saya maksud Pak, ini kan Kantor BPJS kan ada tuh di daerah tuh, kan di harusnya tahu, dia regional mana, dia membawahi berapa Kabupaten/kota, nah data nya kan ada di dia. Harusnya kan kalau data Bapak itu bagus terintegrasi sampai Pusat, harusnya ada, yang mana kolomnya aktif, yang mana yang enggak aktif, nomor berapa nanti kan diperkecil diregional mana, mereka yang harus cari Pak, di Kantor-

kantor cabang yang disana yang harus tahu yang harus menyurati. Jadi kalau yang cuman pemerintahan melalui Kanal-kanal, nggak akan sampai, kenapa Pak, tidak semua orang punya handphone smart, smartphone, tidak semua, orang di desa-desa yang begitu Pak.

Kalau dia punya handphone begitu, sinyalnya belum ada, anak-anak masih belajar di Jalan Raya, nyari-nyari signal. Jadi itu menurut kami belum maksimal Pak untuk urusan itu. Jadi serahkan saja ke kantor-kantor yang ada di daerah, dia membawai kalau kayak di Sulawesi Utara itu ada dua begitu, dia yang mana ke Nusa Utara dan Kota Manado, mana yang Bolmong gitu, dan Minahasa sebagaimana Minasaha. Nah cuma ada dua kantor itu. Itu saja Pak, yang semacam itu contoh ditempat saya ya Dapil saya. Daerah lain kan bisa dilakukan seperti itu, kan clear, namanya siapa dan segala macam. Kalau mau cari di desa lebih rumit, sampai, minta maaf Pak, saya harus sampaikan, sampai kiamat nggak sampai selesai ini, kiamat dunia nggak akan selesai. Bapak tahu memang kita punya persoalan, data dari waktu ke waktu, Dukcapil berbeda dengan data dari BKBN dan lain sebagainya. Ini beda Pak, yang kemarin apa yang tadi disampaikan oleh Pak Saleh Daulay, itu sudah puluh lima ribuan, 25 juta itu Pak selisinya, beda Pak.

Jadi memang mungkin menurut saya kalau memang ini data clear, yang sudah harusnya bisa, disuratin Pak mereka. Yang saya kasihan kami ini saya sudah berapa kali, saya juga sudah di Rumah Sakit orangnya nggak bisa keluar, begitu juga ada yang baik, akhirnya kami pun ya tergerak apa yang bisa kami lakukan, tapi kan tidak selalu seperti itu Pak, tidak selalu. Jadi ini yang harus kita sampaikan. Jadi yang kantor itu harus menyurat Pak, kalau misalkan clear, datanya sekalian, biar kita bisa menyaksikan, bagaimana kerja BPJS kalau itu data pun kita harus mencari-mencari apa ini, kan kalau misalkan memang clear itu data, harusnya bisa melalui kantor-kantor yang ada di daerah. Mereka yang harus suratin itu keluarga-keluarga bahwa mereka itu sudah tidak aktif atau dari PBI pusat kah atau dari daerah yang sudah non aktifkan mereka, jadi biar mereka pikirkan kedepan seperti apa itu. Mungkin yang kedua yang tadi yang masih ada slot, mungkin mereka dimasukan kembali.

Mungkin itu pak. Terima kasih.

DIREKTUR KEPESERTAAN BPJS KESEHATAN:

Baik Bu, nanti kami inikan.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, S.E.):

Pimpinan, pimpinan sedikit pimpinan.

KETUA RAPAT:

Silakan Ibu Irma.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, S.E.):

Ya terima kasih Pimpinan.

Begini Ketua, saya ingin tanya sama Direktur Kepesertaan ini, apa sulitnya untuk mendapatkan data Kepesertaan PBI. Itu yang pertama. Kerja BPJS Kesehatan

apa kalau nggak punya data itu. Kemudian yang kedua, data PBI yang sudah dihilangkan atau yang sudah tidak diaktifkan lagi Kemensos, itu harusnya, harusnya BPJS Kesehatan punya, nggak boleh bilang nggak punya. Apa kalian duduk disitu sebagai Direksi kalau nggak bisa komunikasi sama Kemensos, itu yang kita ketok disini itu, anggaran itu kita yang ketok, Komisi IX yang ketok. Anda boleh berkirim surat kesana, kalau nggak hari ini saya akan bicara ke Media, bahwa BPJS nggak becus. Masa nggak tahu berapa yang tidak PBI yang tidak diaktifkan lagi oleh Kemensos, artinya anda-anda semua tidak kredibel menjadi manajemen BPJS Kesehatan dong, masa begitu saja nggak ngerti, ini forum terhormat loh, ini akan kami pertanggungjawabkan kepada rakyat. Kami minta Ketua dengan hormat, Direktur BPJS Kesehatan harus memberikan data Kepesertaan PBI kepada kami, begitu juga Kepesertaan yang sudah di non atifkan oleh Kemensos, kita harus dapat datanya. Kalau nggak, saya juga akan bicara ke Presiden, nggak ada gunanya itu Direksi semuanya, karena nggak ngerti dengan data. Untuk apa kita ada disini, cuma mau minta anggaran ke Komisi IX, pertanggungjawabannya apa. Mohon maaf Ketua. Itu harus segera disampaikan oleh Direktur dan Direktur BPJS Kesehatan. Kita minta 2 minggu setelah hari ini, data itu sudah ada di Komisi IX.

Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Baik, memang kami apa yang disampaikan semuanya termasuk Ibu Irma, termasuk kagetlah ya dengan adanya penghapusan itu begitu, kaget sekali kita, langsung dia mau berobat nggak sudah makai itunya BPJS nya begitu, nggak ada aba-aba, nggak ada aba-aba. Ini perlu kita musyawarahkan kedepannya ya.

Dilanjutkan silakan Pak Dirut, lainnya. Ini menjadi keputusan kita nanti kesimpulan rapat kita nanti.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Kesimpulan.

KETUA RAPAT:

Lanjut yang lain.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Baik. Jadi terima kasih. Jadi nanti akan kita upayakan untuk bisa pemberitahuan dan datanya tadi, dan ini yang dari Ibu Dewi Asmara, mengenai apakah sudah termasuk yang defisit 6 triliun hutang dan juga pending claim, IBAR apakah sudahantisipasi proyek *reborn* dan proyeksi Omicron. Ini sudah Bu, kecuali yang Omicron. Omicron kita belum tahu persis, tetapi kitaantisipasi kira-kira kalau Tahun 2023, tetapi yang lain tadi yang disebutkan dalam pertanyaan itu sudah kita perhitungkan di dalam perhitungan yang kemudian ada positif tadi.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Interupsi Pimpinan.

KETUA RAPAT (FELLY ESTELITA RUNTUWENE, S.E.):

(PENGGANTIAN KETUA RAPAT)

Silakan Ibu Dewi.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Kalau memang sudah, bisa ditayangkan nggak Pak? sudah itu berapa. Jadi kayak misalnya tadi kan pertanyaan saya, apa ada *outstanding*, berapa sih jumlahnya. Jadi kan kalau semuanya jawabannya cuma sudah, sudah, sudah jadi kan itu kan namanya kayak jawab pendek, pendek ya Pak, kita itu kan juga butuh data seperti misalnya, yang saya tanyakankah misalnya tadi, apakah surplusnya sudah menutupi kekurangan sebesar 6,36 triliun. Kalau sudah, sudah sejumlah itu atau misalnya baru 4 koma berapa triliun.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya. Boleh saya.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Masih ada nggak kewajiban yang belum dibayar sisanya berapa, terus sudah begitu IBNR nya berapa *incure but not triported*. Nah jadi itu seperti apa. Nah jadi seperti itu. Jadi artinya.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Baik. Bisa kami sampaikan?

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Nah itu.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Silakan.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Jadi untuk asset persisnya Bu, asset netto nya 39,45. Nah kemudian tentu.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Tayangannya Pak. Kalau angka ini semuanya imajiner ya. Data Pak, kita itu butuh data bukan dogeng. Nah tolong ditayangkan ya.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya. Mungkin bisa ditayangkan, posisi keuangan ya.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Sambil disiapkan barangkali Pak, melalui Pimpinan. Yang itu yang saya tanyakan tadi. Bagaimana mengenai proyeksi kebutuhan anggaran 1 triliun untuk skrining 14 penyakit yang disampaikan oleh Pak Menkes kemarin akan dibebankan pada BPJS, walaupun kita rapat minggu depan, paling tidak kita tahu bahwa BPJS ini siap, kalau tidak siap, kita kan harus butuh persiapan juga pada rapat yang akan datang, *so what gitu loh*. Jadi apa persiapannya, karena bagaimanapun juga anggarannya PBI nya, pesertanya yang Bapak atur-aturnya itu kan sebetulnya memang anggarannya itu jadi kelihatan anggaran kesehatan besar, padahal anggaran kesehatan itu kan terbesarnya adalah untuk Subsidi PBI itu dan itu mata anggarannya masuk di anggaran Kemenkes.

Nah jadi makanya kita ingin tahu juga, sudah dimasukan nggak proyeksinya. Jangan-jangan apaan tadi disampaikan Bu Irma, misalnya soal data, kurang koordinasi antara misalnya Direktur Kepesertaan dengan Kemensos. Nah ini juga sama ini. Jangan-jangan kok Kemenkes bisa bilang oh ya, untuk skrining 14 penyakit yang selama ini banyak membebani JKN kita sudah putuskan kitamau adakan skrining saja, biar nanti *in the long run* mengurangi bebannya, itu 1 triliun dan akan dibebankan pada BPJS. Sah-sah saja Menkes berbicara seperti itu, lah wong anggarannya memang ada di anggaran Kemenkes dan untuk *in the long run* nya kan itu akan jadi *shaping*, sebetulnya itu seperti investment. Namanya kita ingin lihat juga gitu loh, bahwa itu memang dibuat, kalau tidak, berarti ada koordinasi. Nah ini entah Kemenkesnya yang belum koordinasi atau entah BPJS-nya, apapun itu kita sebagai pengawas ingin lihat. Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Ya. Silakan Pak direspon.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Baik. Jadi dari *cash flow* 63, ya itu yang tadi disebutkan Pak Yahya tadi, sekitar 50-an itu. Nah kemudian aset bersih kita setelah kita memiliki dan tentu ada utang, ada beberapa yang harus menjadi kewajiban kita, untuk kita IBAR sekitar 20, IBAR 28,03 triliun yang termasuk di dalamnya *disputed* dalam claim 787 miliar dan pending claim 1,96 triliun. Sehingga total 2,75 triliun. Sehingga dengan demikian kita apa namanya memiliki total kewajiban 29,9. Nah dari situ masih ada aset bersih sekitar 39.

Nah kemudian pertanyaan berikutnya, apakah skrining yang 14 itu semuanya sudah di istilahnya sudah dikoordinasikan, ya sudah kita koordinasikan, tetapi belum sampai satu titik tertentu gitu, tapi dalam proses koordinasi ya. Nah tentu kita ingin bahwa sustainability program JKN-KIS itu tidak terganggu oleh sebuah perubahan-perubahan yang mendasar, karena kita ingin program JKN-KIS itu bisa berjalan dengan baik. Jadi untuk itu masalah skrining tadi, itu adalah kita mengantisipasi tapi

belum memproyeksikan menghitung sampai detail, sebetulnya karena itu bertahap. Jadi arti bertahap ini yang perlu kita terjemahkan, tahun ini berapa, ini berapa dan lain sebagainya itu belum kita belum sampai kesitu, yang kita sampaikan adalah kita sudah koordinasi, akan ada skrining, dan BPJS juga sudah melakukan skrining paling tidak ada 6 skrining penyakit seperti Stroke, yaitu Hipertensinya, seperti DM dan kemudian juga Cancer termasuk juga beberapa penyakit Kronis. Nah dengan penambahan skrining, nah itu perlu kita proyeksikan, benar sekali tadi berapa begitu, dan kami sudah menghitung kalau keseluruhannya dan semuanya langsung tidak pakai Manajemen Risiko, itu akan tidak cukup uangnya, sehingga kita memang harus pelan-pelan, berhati-hati untuk itu.

Demikian.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Interupsi Pimpinan.

KETUA RAPAT:

Silakan Ibu Dewi.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Ya. Jadi kalau memang seperti itu, berarti jawabannya mungkin sedang disusun ya Pak, tapi sudah terkomunikasikan. Nah sehingga kemudian menjadi konsen kami dan sebetulnya tadi mengapa kita tanyakan juga investasinya, berarti yang menjadi rana BPJS yang belum terkomunikasikan Bapak kepada kami adalah bagaimana utilisasi dari manfaat kalau kita conver dengan kolektibilitas Bapak. Apa lagi juga dengan tadi kan dananya surplus, terus ada kolektibilitas, kita kan ingin tahu ini Pak. Dengan Direksi yang baru tentu kan kita harus melihat, namanya kinerja salah satu ukurannya adalah manfaat dari kolektibilitasnya Bapak, kemudian investasinya Bapak. Itu bagaimana kira-kira **propersion** manfaat kepada pelayanannya.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Baik.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Nah itu. Itu kan belum tergambar secara jelas kepada kami hari ini, padahal ini kan tujuan utama dari paparan dari Direksi, sehingga kita bisa mengatakan oh ya Direksi barunya ini memang waktu Fit Proper Pemerintah nggak salah pilih ini, kayaknya dia memang cukup cerah, kita cukup menaruh harapan, karena kalau dari sisi harapan yang pertama mungkin Bu Melly dan teman-teman mengatakan, ditelepon saja agak sulit ini, itu tadi ya kan, dan memang saya dengar seperti itu. Jadi saya harap juga komunikasi isinya jadi lebih baik dengan Komisi IX. Itu yang pertama. Itu baru dari sisi komunikasi. Tapi kalau dari sisi kinerja yang lain, itu yang kamu ingin lihat sebetulnya, apakah ada terobosan baru dimana dari kolektibilitas, dari investasi akan kah ada proyeksi manfaat yang lebih baik, atau bisnis as ussual, mau Direksi lama, mau Direksi baru ya gitu-gitu saja gitu, nggak ada perbedaan, apalagi Bapak kan dulu di Kemenkes ya Pak ya, saya kenal sekali. Jadi kan pasti sudah kalau ada

perkataan serahkan pada ahlinya kan, sudah ahli Pak. Nah jadi coba itu digambarkan bagaimana utilitasnya tadi.

Silakan.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Baik terima kasih.

Mungkin kalau tadi apakah seperti biasa-biasa atau ada suatu perubahan-perubahan, ya tentu katakanlah dari sisi antrian ya. Kalau biasanya sebelum kami dilantik ya, itu keluhan-keluhan banyak sebagai contoh, saya sebagai Peserta BPJS harus menunggu 5 sampai 6 jam, sekarang bisa menunggu hanya setengah jam, tergantung yang bersangkutan kalau dia *online*, kemudian tanya dan dia tahu kira-kira kapan mau dilayani, nah kemudian nomor berapa urutannya, dan itu saya udah cek di Balikpapan saja di Bali dan di beberapa tempat. Nah tentu tidaknya disitu, banyak hal kalau saya cerita mengenai perubahan ini mungkin terlalu panjang, kecuali diizinkan, saya akan cerita perubahan-perubahan yang terjadi, tetapi tidak usah itu ya, karena pertanyaan tentang investasi dan kemudian apa namanya kira-kira penggunaan uangnya itu, oleh karena itu kami persilahkan Direktur Arif, untuk Direktur Dirkuin ya, Direktur Keuangan dan Investasi.

Kami persilakan Pak Arif.

DIREKTUR KEUANGAN DAN INVESTASI BPJS KESEHATAN (PAK ARIF):

Terima kasih Pak Dirut.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Yang terhormat Bapak-Ibu Pimpinan dan Anggota Komisi IX yang saya hormati.

Mungkin pertama terkait dengan tadi misalnya beberapa anggota yang terhormat, terkait dengan kolektibilitas iuran. mungkin dipaparkan awal sudah disampaikan oleh Pak Dirut. Bahwa dari target penerimaan iuran 138 triliun kita bisa mengkolek 139,5 triliun, artinya memang melampaui dari target yang ditetapkan di RKP 2021. Kemudian kalau dilihat dari tingkat kolektabilitas memang terjadi peningkatan dari terget 94,72 kita bisa mencapai rasio kolektabilitas 97,04%.

F-PAN (Dr. SALEH PARTAONAN DAULAY M. Ag. M.Hum, MA.):

Saya interupsi dulu Ketua.

KETUA RAPAT:

Silakan Pak Saleh.

F-PAN (Dr. SALEH PARTAONAN DAULAY M. Ag. M.Hum, MA.):

Jadi ini kan kolektabilitasnya oke bagus ini dipaparkan, tapi begini Pak, saya mau mendengar dari 100 koma berapa persen tadi, pokoknya lebihlah dari 100% itu, itu yang PBI nya berapa Pak? karena PBI ini kan jumlahnya 96,8 juta kurang lebih, karena nggak jelas kemarin data itu, yang jelas diperbolehkan kan sekitar 40% dari

total penduduk paling miskin itu sekitar situ lah 96,8%. Saya mau tahu Pak, kira-kira berapa anggarannya itu, berapa persen dari 100 sekian persen berapa persen, karena kalau misalnya ternyata tinggi dari PBI itu, ya itu bukan prestasi, kenapa, karena itu *given*, negara harus bayar kok itu. Yang dimaksud kolektabilitas itu ya kalau kita berhasil mengkolek dari orang-orang yang mandiri. Nah itu baru kolektabilitas berhasil namanya, kalau yang dari PBI ya sudah pasti bayar, atau dari PPU (Pekerja Penerima Upah) itu juga bukan prestasi, karena perusahaannya harus bayar, ya kan, walaupun mungkin ada beberapa perusahaan yang agak malasan ya, tapi saya kira itu kan menurut Undang-Undang itu kan nggak bisa itu, ya nggak. Yang susah itu kan yang Mandiri itu. Nah itu baru nanti kita lihat berhasil apa nggak. Jangan merasa sudah lebih dari 100% sudah selesai, belum tentu, kita dengar dulu.

Terima kasih Ibu Ketua.

KETUA RAPAT:

Baik. Silakan Pak direspon.

DIREKTUR KEUANGAN DAN INVESTASI BPJS KESEHATAN:

Terima Ibu Pimpinan.

Jadi tadi apa yang disampaikan Pak Saleh Daulay, untuk PBI itu targetnya 48,7 triliun Bapak, karena ada pengurangan peserta sehingga tergolek di 2021 itu 46,9 triliun dari 139,5% triliun total. Nah kemudian terkait dengan kolektabilitas PPBU kami laporkan juga dalam kesempatan ini, memang terjadi peningkatan. Jadi kolektabilitas tahun lalu itu 74,6% untuk PPBU atau Mandiri saat ini kolektabilitas kita bisa mencapai 80,62% cukup bagus. Uangnya PPBU 11,6 triliun Pak. Kalau kita lihat memang di Dana Jaminan Sosial ini Pak, halaman kedua ya.

Ya ijin kami lanjutkan.

Kelihatannya kalau kita lihat kenapa ada peningkatan cukup signifikan dari 80,62, ini terlihat mulai ada efektivitas dari Chanel pembayaran yang kita sediakan. Saat ini BPJS untuk PBU Mandiri kami sudah menyediakan 696 ribu 569 Kanal pembayaran untuk mempermudah Peserta PPBU dalam melakukan pembayaran. Kalau kita lihat dari 150 juta transaksi di 2021 ternyata terlihat 75% transaksi atau 112,6 juta transaksi ini sudah dilakukan melalui Mitra PPOB, sedangkan 38,2 juta ini masih melalui Perbankan Konvensional. Kalau kita dari nominal juga 67% ini sudah melalui konstitusi PPOB. Contoh yang besar itu mungkin Indomaret, Alfamart, PT. Pos, Pegadaian dan kemudian beberapa BCA juga. Ini kelihatannya cukup efektif untuk mempermudah pembayaran di di PBU. Kemudian kita juga melalui *telecollecting* dan Kader JKN. Saat ini tadi pertanyaan juga sudah 2109 Kader JKN diseluruh Indonesia yang tidak hanya bertugas untuk melakukan kolecting tapi juga melakukan sosialisasi dan komunikasi dengan peserta-peserta di wilayahnya.

Berikutnya terkait dengan Pengembangan Investasi. Tadi disampaikan oleh Bapak Dirut. Bahwa investasi untuk BPJS Kesehatan diatur dalam PP 87 Tahun 2013 tentang Pengolaan Aset Jaminan Kesehatan Sosial. Memang ada perbedaan signifikan antara pengeloan Dana DJS dengan Dana BPJS. Dimana Dana DJS ini memang hanya investasi jangka pendek, tercermin dari instrument investasi yang diperbolehkan. Hanya diperbolehkan untuk deposito dan itu dibatasi maksimal 3 bulan itu. Kemudian yang kedua adalah di Surat Berharga Negara. Yang ketiga di

Surat Berharga Bank Indonesia. Nah sehingga dari dana tadi yang disampaikan 62,5 triliun tersebut, hampir 99% itu kami tempatkan di deposito, terutama dikelompok bank buku 4 dan buku 3. Karena memang tadi kita mengutamakan keamanan dana, dan 564 miliar kami tempatkan di SBN atau Surat Berharga Negara yang kurang dari 1 tahun. Kalau dilihat hasil *yield on investment* DJS di Tahun 2021 adalah 3,83%. Ini masih di atas rata-rata Suku Bunga kelompok modal inti 4 yaitu 2,5% dan kelompok bank modal inti tiga 3,25%. Kalau dilihat dari nominal mencapai memperoleh nominal 1,427 triliun. Nah tentunya hasil investasinya akan langsung kembali mengakumulasi dana DJS.

Berikutnya ijin kami sampaikan terkait dengan Investasi BPJS. Karena ini terkait dengan investasi badan, asset badan, sehingga instrument yang diperoleh oleh PP lebih luas lagi. Jadi bisa ditempatkan pada deposito, SBN, SBI, Surat Hutang Korporasi, Saham, Reksa Dana, Penyertaan Modal dan Tanah atau Bangunan. Namun kami tetap dalam melakukan investasi itu lebih prudent, sehingga kami tetap menjaga bahwa komposisi instrument dipendapatan tetap, itu di atas 75%. Jadi saat ini 76% kami tempatkan di deposito, ini 4,3 triliun, dan obligasi 4,1 triliun, dan oblikasi juga kami hanya membeli obligasi dengan *rating* minimal single E, bukan khusus untuk obligasi infrastruktur dan diutamakan diobligasi BUMN. Sedangkan untuk non pendapatan tetap, kami tempatkan di Reksa Dana ini 2,4 triliun, tapi ini berbasis Reksa Dana SBN, underlyingnya adalah Surat Berharga Negara. Dan juga di Saham sekitar 244 miliar. Namun untuk Saham kami sangat hati-hati Bapak-Ibu, kami hanya menempatkan di Saham yang masuk kategori LQ45 dan Kompas 100. Sehingga memang Alhamdulillah sampai saat ini pun untuk investasi di BPJS selalu di audit oleh OJK-BPK belum ada temuan sampai saat ini, alhamdulillah. Dan hasilnya kalau kita dari sisi OI, tahun ini bias mencapai OI Bruto 5,74% atau nettonya 5,02% dengan hasil nominal 577 miliar.

Mungkin, kemudian.

F-PAN (Dr. SALEH PARTAONAN DAULAY M. Ag. M.Hum, MA.):

Ini sudah penjelasan soal investasi?

DIREKTUR KEUANGAN DAN INVESTASI BPJS KESEHATAN:

Untuk tadi disampaikan oleh Bu, Bapak-Ibu juga. Apabila DJS defisit, maka memang kami harus mempersiapkan sesuai PP, Dana Talangan maksimal 35% dari asset BPJS, sehingga kita harus memimpin tadi kalau 11,5 artinya harus kita 3,95 triliun ini kami tempatkan dalam instrument yang likuid, sewaktu-waktu diperlukan oleh BPJS harus kita talangkan ke DJS.

Kemudian terakhir Bapak-Ibu. Terkait dengan Aturan Regulasi Investasi BPJS. Kami laporkan tadi mengacu ke PP 87 Tahun 2013 yang perubahannya di PP 53 Tahun 2018, dan juga diatur di Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 49 Tahun 2011 tentang Pedoman Kebijakan Investasi DJS dan BPJS, serta Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Manajemen Resiko Investasi.

Mungkin demikian Bapak-Ibu Pimpinan Anggota Dewan terhormat, serta Pak Dirut yang dapat kami sampaikan.

Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Silakan Pak Dirut, lanjutkan.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya baik. Jadi yang Bu tadi juga sama ya, mengenai Investasi dan SOP. Ya untuk yang Pak Yahya Zaini menenai UMK. Jadi memang untuk UMK itu sebetulnya mengikuti UMK, tetapi tentu jika UMK nya tidak ada, nah itu bisa mengikuti UMP atau jika ditangguhkan cuma proses penangguhan itu lama. Nah itu akan mendapatkan dispensasi tersendiri. Tetapi tentu kami terutama untuk UMKM yang dimana upahnya itu di bawah UMK biasanya. Nah ini sedang kita proses bagaimana agar mereka itu dapat, tapi selama yang terjadi adalah lalu persennya itu menjadi manaik. Seperti itu.

Nah kemudian masalah ditolak Rumah Sakit ada Pasien yang dioperasi, bagaimana peran terkecil di unit BPJS. Tentu kami ada beberapa hal yang bisa dilakukan, meskipun kami tidak langsung membayar Rumah Sakit ya. Kemarin ada sebuah Rumah Sakit yang kesulitan untuk mengabsen dokternya, karena dokternya berapa kali tidak masuk, akhirnya itu didiskusikan sama lokal BPJS, lalu membantu membuat absensi atau persensi. Nah itu kemudian menjadi persolan. Nah yang jelas bukan merupakan kebijakan, tetapi kadang-kadang kesulitan untuk mengatur dokternya itu. Nah oleh karena itu kami kerjanya, ini kan berbasis kontraktual. Jadi kontrak dengan Rumah Sakit, sehingga kami akan memberikan semacam yang pertamakali di dalam BPJS itu, uang muka sampai 60% kalau kinerja Rumah Sakit itu bagus. Jadi kalau dia jelek tidak bisa mengoperasikan, kemudian bilang ada ruangnya nggak ada, padahal ada dan lain sebagainya, tentu menjadi catatan. Dan nanti kedepan, apalagi sampai *fraud* ya, itu akan kita putus hubungan kerjanya. Jadi seperti itu.

Nah kemudian Dana Kaputasi apakah diberikan kepada Swasta kedepan. Nah yang jelas kami membuka kalau ada Klinik Swasta mau bekerjasama ingin Kaputasi, silakan, asal memenuhi persyaratan. Seperti itu. Nah kalau kemudian redistribusi apakah yang dari Puskesmas dipindah, ya tentu kita ingin sebagus mungkin. Seperti itu. Jadi tidak berbondong-bondong orang kita pindah ke Swasta seperti itu, tidak seperti itu. Tetapi bagaimana Peserta atau Klinik yang bagus memberikan pelayanan yang bagus, itu dipilih oleh Peserta. Nah sedang portabilitas bahwa orang sebetulnya di Indonesia ini kapan pun, contohnya di Manado waktu masih di Jakarta, butuh Rumah Sakit Emergency, boleh silakan, dimana saja dari Madura mau kemana boleh. Nah tetapi karena basisnya itu adalah kapitasi, jadi dia harus memilih memiliki pelayanan primernya dimana. Kalau kemudian memilih pelayanan primer katakanlah di Sidoarjo, nah kemudian dia kepingin pindah, itu dipersilakan, setelah 3 bulan dipindah di Sidoarjo itu ganti dokter disilakan. Nah ini banyak yang tidak tahu, nah tapi boleh oleh BPJS.

Kemudian kalau kemudian dia pergi kemana katakanlah Kuliah di Jakarta, lalu mengurus pindah, nah itu juga dibolehkan. Tetapi memang karena ini kapitasi jadi basisnya itu dia harus memilih pelayanan primernya dimana.

Saya kira itu, semuanya sudah.

F-P. GOLKAR (M. YAHYA ZAINI SH.):

Pimpinan.

KETUA RAPAT:

Ya silakan Pak Yahya.

F-P. GOLKAR (M. YAHYA ZAINI SH.):

Sebelum clear dari Prof. yang selalu UMK, UMP tadi Prof. Bagaimana, jalan keluarnya seperti apa itu.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Yang apa?

F-P. GOLKAR (M. YAHYA ZAINI SH.):

Yang basis penetapan PPU, itu kan UMK berdasarkan Perpres ya kan, sementara dalam kenyataan terutama masa Pandemi ini, banyak sekali Perusahaan-perusahaan yang nggak mampu membayar sesuai UMK, sementara Karyawannya ingin menjadi Peserta BPJS Kesehatan itu. Ini kan secara solusi ini ya kan. Apakah ada jalan tengah misalnya ya kan, sebelum ada perubahan Perpres itu di lapangan, kalau nggak, nggak terlayani ini, karena nggak terlayani dia kemana-mana itu, Prof. ini. Maka seperti yang saya sampaikan tadi ada yang datang ke Lurahnya, bayar Lurahnya dapat.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya. Itu mohon maaf, itu kasus dan tidak benar itu.

F-P. GOLKAR (M. YAHYA ZAINI SH.):

Ya, itu makanya, itu kan kenyataan.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya harusnya tidak seperti itu.

F-P. GOLKAR (M. YAHYA ZAINI SH.):

Nah saya harus ada jalan keluar ini. Banyak itu Prof. bukan satu dua perusahaan ini kan, ribuan mungkin perusahaan sekarang yang mengalami kondisi yang berat itu selama masa Pandemi.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Betul. Jadi ada tiga jalan keluar. Yang pertama kita berusaha untuk merubah Perpresnya itu, mengusulkan itu. Itu yang pertama. Yang kedua, kita memberikan

kesempatan yang nunggak itu untuk bisa dalam tanda kutif “mencecil”. Mencecil sebetulnya dulu ada semacam relaksasi, tetapi waktunya sudah habis dan itu diatur di Perpres lagi, dan kalau Perpresnya memang kita nggak bisa merubah, karena tergantung Presiden ya. Jadi nggak merubah secara cepat, tapi kita bisa mengusulkan. Nah untuk itu kita usulkan perpanjangan relaksasinya. Yang kedua, kita upayakan untuk dia mencecil. Nah mencecil kalau jumlahnya sudah pas, nah itu kemudian bisa ikut. Yang ketiga, nah tentu kita bisa kalau pesertanya itu mampu dan mau, tetapi tidak pengusahanya, nah itu dia bisa kita tarik membayar mandiri seperti itu, tetapi mungkin ada jalan lain, kami persilakan Direktur Kepesertaan.

DIREKTUR KEPESERTAAN BPJS KESEHATAN:

Ya jadi memang di Perpres itu kan UMK atau UMP Pak ya. Sebenarnya di Perpres diberi jalan keluar dengan penangguhan. Ini yang selama ini kami advokasi ke Gubernur atau pun untuk memberikan penangguhan kepada Badan-badan usaha yang memang tidak mampu membayar sesuai UMK. Nah ketika surat itu bisa terbit misalnya, tentunya kami sesuai dengan Perpres 82, memang akan mengizinkan iurannya bukan mengikuti UMK atau UMP Pak. Nah ini memang masih belum ada sih ini Pak yang Bupati atau Gubernur yang menerbitkan penangguhan itu, padahal sebenarnya untuk usaha mikro dan kecil kan dikecualikan untuk membayar sesuai UMK. Ini kami terus berupaya Pak, untuk mengkomunikasikan dengan Pemerintah Daerah, supaya mereka mau menerbitkan itu, sehingga menjadi dasar bagi BPJS untuk tidak menerapkan iuran sesuai dengan UMK atau UMP.

F-PAN (H. SUNGKONO):

Ketua, interupsi ketua.

KETUA RAPAT:

Ya. Silakan Pak Sungkon.

F-PAN (H. SUNGKONO):

Ya terima kasih.

Terima kasih Ketua. Pak Dirut, saya melihat asuransi ini nggak bedanya dengan asuransi umum Pak, karena masih membayar premi, masih komersial, disaat orang itu belum membayar punya tunggakan, disaat punya masalah kesehatan dia harus bayar dulu, artinya kewajiban Negara melindungi kesehatan warganya itu harusnya hadir dulu, bukan tanpa Kartu BPJS mereka sulit masuk, apa lagi yang orang-orang yang tidak disiplin administrasi terutama orang-orang, mohon maaf, orang-orang kampung yang mungkin yang penting bisa makan begitu. Jadi saya mohon maaf Pak ketua. Saya tadi sampaikan BPJS ini tidak melihat kluster Pak, semua harus discover, dengan aturan apa, ya Bapak buat Negara komunikasi dengan Menteri Keuangan dengan yang lain. Karena melindungi segenap warga Negara itu harus dengan komersial. Perusahaan BPJS itu Badan BPJS ini kan orientasinya kan untuk Negara, istilahnya jangan sampai memberatkan ya, tidak komersial, tidak mengambil keuntungan sebanyak-banyaknya.

Saya tahu Bapak melakukan investasi, tujuannya untuk meningkatkan likuiditas Bapak. Jangan sampai mengalami kesulitan, seperti tahun dulu nggak mampu membayar klaim. Saya ingin Pak, sungguh saja karena yang menikmati BPJS ini tidak orang-orang mempunyai uang, apa lagi yang Bapak sampaikan industry-industri yang mampu membayar UMKM harus dipotong harus membayar BPJS, padahal Pelaku Usaha itu tidak hanya besar Pak, kecil juga Pelaku Usaha begitu. Usaha itu tidak harus punya PT, punya CV atau punya warung saja itu usaha namanya. Dimana mereka yang selama ini belum bisa coverkan, melalui sosialisasi BPJS yang mungkin selama ini kami bantu melalui program sosialisasi BPJS Kesehatan ya Pak ya. Jadi ini saya ingin jangan sampai ini jadi alasan Negara untuk mempersulit melayani kesehatan masyarakat. Kalau itu dibarkan Pak, saya ini agak perlu belajar di Negara lain barangkali kalau pantut dicontoh.

Saya melihat di Cina, saya banyak teman saya karena saya sedikit banyak teman. Itu di Cina umur 60 tahun sudah tidak lagi bayar BPJS, apa lagi disana tidak ada BPJS, justru mereka dikasih makan, dikasih biaya, hidup itu perpersenan, bukan per keluarga, disini kan bantuan sosial itu berupa keluarga. Jadi perorang ratus ribu perberapa bulan, kalau disana kan per jiwa itu. Nah saya mohon benar-benar serius Pak. Saya setuju Bapak mencari sumber pendanaan yang bisa mengcover seluruh kebutuhan, yang penting Negara bertanggungjawab, Negara mengambil alih tugas, jangan sampai kita seperti bisnis seperti ini, faktanya kalau orang nggak bayar nggak dilayani, dia punya hutang nggak dilayani. Pengusaha yang tadi disampaikan oleh saudara kita dimuka, itu juga seperti itu, banyak kasus. Artinya Pemerintah Daerah membuat keputusan. Apa lagi Pemerintah Daerah nggak semuanya mempunyai **were** ya, bagaimana rakyatnya yang nggak punya BPJS.

Kalau di daerah tertentu di klaim dibayar oleh Pemerintah Daerah, yang punya pikiran positif Kepala Daerah, yang tidak dibiarkan rakyatnya berkompetisi melakukan kewajiban untuk menjaga kesehatan melalui kewajiban membayar premi itu. Jadi saya mohon ini apa bedanya Perusahaan BPJS dengan Perusahaan-perusahaan asuransi yang lain begitu. Saya mohon Pak dijelaskan, karena mereka yang menggunakan asuransi kesehatan yang kualitasnya tinggi, pasti orang-orang yang punya uang begitu. Jadi mohon ini Perusahaan yang kalau saya bilang perusahaan nggak pantas ini, Badan Pelayanan Kesehatan untuk rakyat kan jadi milik Negara. Jangan sampai ini diarahkan pemikirannya untuk cari untung itu.

Barangkali itu, terima kasih Pak ketua. Mohon diberikan penjelasan. Kenapa saya kok minta seluruh rakyat itu tidak perlu kartu, semua sakit pasti dilayani. Hari ini Pak, orang itu kalau sakit orang kampung, kamu punya BPJS, aku duwe, aku nggak punya, tapi nggak bayar sudah lama saya. Saya jujur Pak, hari minggu kemarin keluarga saya, tetangga saya meninggal dunia, sebelum masuk Rumah Sakit itu sampai bayar 1,5 juta lebih, karena dia tidak membayar premi hampir 1,5 juta. Mohon maaf, saya bantu keuangan, saya keluarkan Rumah Sakit pakai uang saya, tapi waktu masuk ke Rumah Sakitnya dengan segala cara dia harus bisa dilayani, ada kan dia komplikasi sudah lama beberapa kali masuk Rumah Sakit, ternyata dia harus membayara dulu kewajiban mereka, ini loh bedanya, kalau Swasta kan begitu kewajiban, kalau Negara pasti harus menunggu dia bayar dulu baru dilayani. Mohon maaf Pak ketua.

Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Ya silakan Pak diluruskan, karena dianggap hampir sama seperti asuransi itu kira-kira, tapi ini BPJS harus melebihi dari Negara ya. Mungkin bisa diberikan.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Baik terima kasih Pak Sungkono.

Saya kira apa yang dilakukan Pak Sungkono ini luar biasa dan kami tentu apresiasi, tetapi tentu sebagai masyarakat luas tidak bisa semuanya ditolong perindividu, tapi harus sebuah lembaga dan bersama-sama, dan untuk itulah BPJS hadir sebetulnya. Dan kebetulan saya ikut juga mulai dari awal Pak, itu memang sebetulnya sangat berbeda, antara BPJS sebagai asuransi sosial dengan katakanlah asuransi komersial ya. Sekarang satu saja dulu masalah harga. Tidak ada harga yang semurah BPJS, tolong tunjukkan satu asuransi kesehatan konvensional di Indonesia atau mungkin di luar negeri, yang lebih murah dari BPJS Kesehatan, bayangkan 35 ribu rupiah Pak atau 42 ribu, 7 ribu di Subsidi. Itu yang pertama. Dengan paket manfaat yang hampir tidak ada batasnya, hampir tidak ada batasnya.

F-PAN (H. SUNGKONO):

Boleh sedikit, sedikit ya.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Belum, ini belum ini.

F-PAN (H. SUNGKONO):

Mohon ijin, saya sedikit saja. Barangkali nanti. Begini Pak, saya bukan artinya bukan besar kecilnya nilai uang. Mungkin Bapak itu percaya saya, saya sosialisasikan masyarakat itu nilai manfaatnya saya sosial, kita hanya berapa ribu rupiah. Itu sudah saya bantu Pak, tapi bagi orang tidak mampu ternyata disaat klaim dia harus membayar kewajiban, ini kan masalah, kalau murah, murah, saya yakin murah, saya percaya, maka selalu turun kemasyarakatan membantu selama di Komisi IX ini. Saya asuransi BPJS Kesehatan dan Tenaga Kerja. Kalau saya pengusaha Pak, saya milik ini, karena nilainya besar, tapi bagi yang mampu membayar itu mungkin nggak menjadi masalah, bagi yang tidak mampu dan banyak sekali yang tidak mampu. Mohon Pak, yang orang-orang di gunung-gunung itu nggak punya Pak kemampuan 30 ribu sebulan kadang-kadang nggak, saya tahu makanya rumput kasaran sayuran ambil dipohon-pohon.

Saya tahu persis keluarga kita banyak yang makan hanya pakai ikan asin. Kita buktikan, mereka nggak mengerti itu, yang penting saya bisa makan, bisa hidup sudah cukup begitu ya. Tapi kewajiban Negara melindungi, jangan hanya mengerti saja, yang nggak mengerti pun harus dipikirkan begitu. Jadi ini yang namanya komersial, bukan besar untung ruginya Pak, rakyat untung, cuma berapa sih klaimnya asuransi kesehatan ini, kecil sekali kalau saya orang bisnis, tapi kan nggak semua mampu Pak.

Jadi mohon kalau Bapak jelaskan, insya Allah saya sudah paham. Ini untung, tapi yang tidak mau membayar bagaimana solusinya, jangan diperlakukan harus membayar premi, itu maksud saya. Nggak butuh, tadinya butuhnya subsidi untuk yang lain, nilainya apa di dalam Bapak itu, di ini, gotong-royong semua tertolong, betul, tapi yang digotong-royong menengah, posisi menengah bukan atas. Yang perlu kayak tadi saya sampaikan, saya nolong orang gratis Pak, pakai uang saya sendiri, karena nggak tega Pak. Nah kalau kejadian itu banyak sekali bagaimana kira-kira. Saya yakin tidak ada satu-dua Pak, pasti banyak masalah seperti itu. Ini solusinya bagaimana. Jangan kami membiarkan perusahaan Bapak atau lembaga Bapak ini tanpa uang, dijamin APBN, bila perlu disubsidi sebanyak-banyaknya. Nggak masalah itu urang rakyat kembali ke rakyat begitu loh.

Barangkali itu Pak, terima kasih.

KETUA RAPAT:

Ya.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, SE.):

Interupsi Ketua, sedikit ketua.

KETUA RAPAT:

Silakan Ibu Irma.

F-P. NASDEM (IRMA SURYANI, SE.):

Ya, saya meluruskan saja bahwa BPJS ini kan memang sistemnya adalah subsidi silang. Itulah yang namanya keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Karena kalau kita pukul rata seluruh bangsa Indonesia ini semuanya nggak bayar premi, itu juga nggak adil namanya. Yang kaya harus bayar untuk yang miskin. Itulah keadilan, tapi, tapi sekali lagi saya ingin kepada apa namanya manajemen BPJS Tenaga Kerja Kesehatan, tolong seperti yang kami sampaikan tadi, mohon diperbaiki. Kalau BPJS ini saya sampaikan ya, BPJS ini sangat berguna banget bagi Bangsa Indonesia, bagi rakyat Indonesia sangat berguna, yang dulu orang nggak bisa dirawat, sekarang bisa dirawat karena ada BPJS, hanya saja kami di Komisi IX tentunya berharap teman-teman BPJS bekerja lebih kencang lagi, lebih keras lagi. Begitu loh Pak, Pak Dirut lebih cerdas lagi. Begitu ya. Yang sudah dilakukan selama ini sudah baik, hanya saja ada beberapa yang memang harus lebih diperbaiki lagi. Kalau soal Subsidi Silang, itu sudah regulasi dan itu sudah disepakati. Itu ya. Jadi nggak usah khawatir soal itu.

Soal ada rakyat Indonesia yang belum mendapatkan haknya, itulah yang akan kita perjuangkan, ya toh, melalui Menteri Sosial, ada juga itu *positioning* disana begitu, BPJS ada juga *positioning* disini, soal juru bayar, tapi jangan cuma jadi juru bayar. Ada diskresi-diskresi yang memang harus dikedepankan begitu. Tapi kalau soal Subsidi Silang, itu sudah menurut saya, dan itu tidak bisa diganggu gugat lagi, karena memang yang miskin, yang kaya memang harus mensubsidi yang miskin, karena Negara ini bukan Negara, Negara ini juga sama-sama kita tahu ya kan. Jadi kalau yang itu nggak usah kita bahas lagi, itu sudah menjadi regulasi. Yang paling penting

adalah teman-teman dari BPJS Kesehatan, apa yang sudah disampaikan oleh kawan-kawan Komis IX Pak, itu diterjemahkan saja, diimplementasi dalam kinerja, implementasi dalam kinerja. Itu saja sebenarnya yang kami inginkan ya. Tadi yang minta data, minta bagaimana pelayanan diperbaiki, jangan cuma apa namanya yang bagus cuma presentasinya saja, nggak usah diperdebatkan menurut saya, silakan perbaiki. Nah dimasa sidang yang akan datang, kita akan tagih, kita akan lihat lagi, sudah benar nggak, kalau nggak benar kita kan tinggal bilang dengan Presiden, ganti itu semuanya, nggak ada urusan, begitu loh. Setuju ya Pak ya, diperbaiki saja ya, begitu.

Terima kasih Ketua.

KETUA RAPAT:

Baik.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Interupsi Ketua.

KETUA RAPAT:

Silakan.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Ya. Mungkin begini pada Direksi BPJS ya. Memang dalam masa pandemi ini kan terus terang banyak juga yang kehilangan pekerjaan, menjadi kekurangan kemampuan pendapatan, sehingga yang tadinya mampu untuk membayar menjadi pada situasi yang tidak mampu. Tolong dipikirkan dan dibicarakan dengan Kemensos, bagaimana prosedur untuk yang tadinya Mandiri kalau tidak mampu dia menjadi PBI, walaupun dilakukan tetap nanti melalui Kemensos, tapi di loket di BPJS ada jumlah selebaran, sehingga kalau dia sudah menunggak sekian banyak, dia kan memang tidak akan mampu bayar, ya sudah, berarti dia yang tadinya tidak miskin sudah menjadi miskin, yang tadinya mampu sudah menjadi tidak mampu karena Pandemi, maka dia harus yang tadinya Mandiri masuk saja menjadi PBI. Nah itu bagaimana prosedurnya, cukup dari BPJS ada selebaran atau apa, sehingga masyarakat-masyarakat itu bisa disurati, silakan Bapak-Ibu kalau sudah merasa tidak mampu menghubungi kepada Depsos atau apalah, jadi ada tahapannya. Itu pertama.

Kemudian yang kedua, sekaligus juga tolong disampaikan, karena kami pernah juga ajukan kepada Kemenkes. Kalau ada Orang Tua PBI melahirkan, nah Bayinya itu kan pasti juga sudah PBI, jangan mesti didaftarkan lagi. Bayi-bayinya itu tiba-tiba kok mau mendapatkan pelayanan susah, kan otomatis kalau Orang Tuanya PBI nggak mungkin si Bayi juga langsung mampu, kecuali nanti dia sudah bekerja begitu, jadi otomatis. Jangan orang sudah punya anak ketika sakit dipersulit dengan alasan, oh anaknya ini belum mampu, belum terdaftar sebagai PBI, lah kalau Orang Tuanyay BPI juga sudah pastilah begitu dia punya anak lahir, jebrol itu Bayi itu sudah jadi PBI. Nah itu tolong ya, karena banyak sekali yang mereka melahirkan dan punya anak PBI, biasanya BPJS itu Rumah Sakit nggak mau terima dengan alasan anaknya belum terdaftar di PBI. Nah itu saja tambahan, supaya prinsip keadilannya jalan.

Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Baik terima kasih Dewi.
Masih ada tambahan Pak Dirut.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya itu sudah otomatis Bu. yang disampaikan Bu Dewi Asmara tadi, Bayi lahir, itu otomatis menjadi Bayi Peserta.

KETUA RAPAT:

Ya. Terakhir sudah ada. Silakan.

F-P. GOLKAR (M. YAHYA ZAINI, SH.):

Ada pertanyaan saya belum dijawab Pak.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Oh iya, yang Aceh itu.

F-P. GOLKAR (M. YAHYA ZAINI, SH.):

Yang Aceh Pak ya.

KETUA RAPAT:

Oh iya, silakan.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Jadi Aceh itu kami begini kami sudah sampaikan dan sudah diluncurkan memang, kami berikan khusus untuk Aceh itu untuk pelayanan Syariah.

Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Baik. Tadi Ibu Meliyana mau tambahkan, silakan.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Tambahan Ketua.

Untuk membentuk pemahaman Pak. Disini kami lihat ada di table 9 yang tadi kita bicarakan target penerimaan iuran, itu paling banyak dari PBI ya Pak. Yang kami ingin tahu sejauh mana PBI ini utilitasnya Pak, sejauh mana dia memanfaatkan dana yang besar ini, jangan-jangan pihak-pihak yang lain ini yang menikmati, sementara PBI yang iurannya besar itu, tertinggal, tidak menikmati. Oleh iuran besar ini

menyumbang banyak kepada sektor-sektor lainnya itu. Kami ingin lihat petanya Pak. Dari 48 atau 46 triliun lebih itu, berapa manfaat yang dimanfaatkan oleh PBI. Jangan-jangan sektor yang kecil-kecil ini yang memanfaatkan, yang iurannya lebih kecil maksud saya, karena menurut penelitian orang miskin itu susah Pak, walaupun sudah PBI, menurut penelitian UGMini loh Pak. Justru yang bayar banyak ini karena mereka banyak, maka bayarannya, tapi yang menggunakan apa manfaatnya sedikit yang dirasakan oleh PBI. Kami ingin melihat Petanya ini Pak, sejauh mana orang miskin ini benar-benar memanfaatkan 46 triliun yang disediakan oleh Pemerintah, tidak malah mensubsidi pihak-pihak lain yang lebih memanfaatkan, ada nggak Pak itu datanya?

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ada.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Oke, kami minta itu Pak. Mungkin tidak sekarang, supaya.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Tetapi yang jelas begini, baik yang miskin atau yang PBI ya, itu pemanfaatannya selalu meningkat. Jadi mereka peningkatannya itu jauh. Jadi sekarang sudah jarang kita dengar seperti itu buku di Jogja itu orang miskin dilarang sakit itu jarang sekarang kita dengar, meskipun masih ada, tetapi pemanfaatannya itu terus meningkat. Demikian juga yang non PBI itu juga meningkat. Nah itu datanya ada nanti kita berikan kapan.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Bapak kami ingin sandingannya bukan rincian biaya manfaat, tapi sandingannya siapa yang memanfaatkan, PBI berapa, itu berapa, karena ini lebih pers saya rasa, yang bayar lebih besar menikmati, tujuan kita kan itu.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya baik.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Menolong pihak-pihak, jangan sampai yang besar justru tertinggal Pak. Itu saja. Terima kasih Ketua.

KETUA RAPAT:

Baik. Pak Dirut mungkin masih ada pertanyaan yang belum dijawab. Dari Pak Alifuddin tadi ya. Yang ditanyakan bahwa kenapa denda lebih besar dari tunggakan. Mungkin ini perlu dijawab.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Baik. Jadi itu memang diaturnya itu di Perpres. Jadi kami saya sudah sampaikan berkali-kali, ini juga adil, tidak adil. Jadi samalah, pikiran kita sama. Termasuk dari Pak Sungkono tadi juga kita sama pikirannya seperti itu, bahkan tidak hanya didenda lebih besar, bisa lebih dari satu kali dalam 3 bulan. Kalau dia sakitnya itu sampai 3 bulan itu, sakit lagi, dalam 45 hari maaf, 45 hari, sakit lagi, sakit lagi 45 bisa didenda lebih dari sekali, kenapa ini dibikin karena dulu defisit, itu. Jadi ya makanya ini mari ramai-ramai kita upayakan untuk kita rubah, jadi kita sama-sama pikirannya.

Demikian.

Cuma belum berhasil karena aturannya di dalam Peraturan Presiden, dan beberapa itu tadi yang sampaikan itu yang mengatur di Peraturan Presiden. Jadi kita harus berupaya.

Demikian.

KETUA RAPAT:

Ya baik Pak.

Karena rapat kita hari ini ada 3 (tiga) poin. Penjelasan Rencana Kerja, Penjelasan Penggunaan Dana Jaminan, dan yang paling banyak yang dibahas dan ditanyakan, ini masalah perbaikan pelayanan kesehatan program JKN ya Pak. Jadi mungkin yang tadi mulai dari anak-anak yang tidak mampu, pelecehan seksualnya itu, kemudian denda-dendanya ini mereka kan juga susah ya. Jadi mungkin karena ada perubahan kedepan, kita mohon kami Komisi IX mohon untuk ini dilihat kembali ya, dikeluarkan, itu orang sudah bayar Pak, sudah bagus Pak, terus dikasih denda, kasihan Pak. Itu kenyataan itu di bawah itu bukan mereka mampu loh Pak, karena memang terdesak, dia tidak dibayarkan oleh Pemerintah Daerah, tidak masuk dalam PBI, nah akhirnya dia dengan susah payah membayar, lalu disuruh denda lagi, ini ya keadilan itu Pak yang kita minta, karena kita bisa lihat di bawah seperti apa ya.

F-PAN (H. SUNGKONO):

Ketua sedikit ketua.

KETUA RAPAT:

Pak Sungkono.

F-PAN (H. SUNGKONO):

Saya lain Bu, masalah lain ya, barangkali bisa diterima.

KETUA RAPAT:

Silakan Pak Sungkono, sebelum kita masuk ke itu kesimpulan.

F-PAN (H. SUNGKONO):

Terima kasih Ibu Ketua.

Pak Dirut, ya saya ini kok melihat Rumah Sakit-Rumah Sakit yang kualitasnya tinggi, itu kok nggak melayani BPJS. Memang kerjasama dengan BPJS ini tidak seluruh Rumah Sakit atau memang berhak Rumah Sakit menolak kerjasama dengan BPJS, karena saya melihat Rumah Sakit yang pelayanannya sudah bagus itu, nggak ada BPJS, artinya yang kaya memang perusahaan-perusahaan komersial Rumah Sakit elit itu harganya tingginya, mungkin nggak menguntungkan kalau menggunakan BPJS barangkali. Saya mohon kenapa tidak dipakai BPJS semua Rumah Sakit yang sudah mampu standar operasionalnya itu harus bekerjasama dengan BPJS itu, dipaksa Pak seperti pengembang, kalau pengembang harus ada rumah-rumah menengah dan rumah kecil dengan prosentase sebagai ketentuan Undang-Undang begitu, kenapa tidak dilakukan itu Pak.

Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Ya baik.

Silakan Pak Darul.

F-P. GOLKAR (Drs. H. DARUL SISKA):

Pak Dirut, tadi ada satu pertanyaan saya, jawabannya singkat saja. Soal wacana layanan satu kelas itu Pak.

Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Silakan Pak.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Baik.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Sekalian deh yang tadi. Melalui Pimpinan.

KETUA RAPAT:

Ya silakan.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Tadi belum dijawab Pak, sampai ditanya kembali oleh Ibu Mely, kan saya tanya utilitynya Pak. Tadi kan yang berkaitan dengan collecting. Kenyataannya kalau PBI bagus, PBI itu kan memang *givent*, non PBI itu kurang bagus misalnya collectingnya, tapi kenyataannya mengenai pemanfaatan, tadi kan saya bicara utility. Nah ada atau tidak, tolong dikasih kita datanya, kalau tidak ada, ya nanti disiapkan diberikan ke kita

tertulis. Kenyataannya Pak ya, mereka ini yang tidak tertib membayar yang non PBI, menikmati fasilitas lebih besar dari rakyat yang miskin yang ditanggung Pemerintah, kalau begini tidak diperbaiki sistemnya oleh BPJS, lama-lama negara ini bangkrut, subsidi terus, orang sebagian besar itu PBI dan PBI nya masuk dianggarkannya di Kementerian Kesehatan, nah karena apa, manfaat utilitynya itu yang banyak mempergunakan adalah bukan PBI, padahal Pemerintah Subsidi, supaya yang nggak mampu itu kesehatannya terjamin. Itu paling besar kan PBI nya, 46 triliun. Nah ini, ini bagaimana. Nah makanya itu yang tadi saya tanya, sampai Ibu Mely secara tadi kita diskusi jumlah lagi. Kita ingin tahu ini kan bicara topiknya antarlain pelayanan. Nah itu yang kita ingin tanyakan.

Bagaimana bisa penyeteroran premi itu siapa, ya Pemerintah, dalam bentuk apa, PBI, itu kan cuma tindakan kantong kiri pindah kantong kanan, nanti dibayar sama BPJS, ya masuk kantong Pemerintah lagi, kantongnya Rumah Sakit ya kan, ada yang nanti bisa jadi BLU dan lain sebagainya. Pertanyaannya itu adalah yang memanfaatkan pelayanan kesehatan utilitynya itu lebih banyak yang non PBI. Nah ini bagaimana. Itulah mungkin sebabnya mengapa 14 skrining penyakit itu dibebankan 1 triliun nanti kepada BPJS, supaya PBI orang yang nggak mampu itu bisa skrining lebih banyak 14 penyakit itu, jadi bisa dimanfaatkan benar-benar oleh orang nggak mampu, kalau di sakit jantung, dia strok atau kanker atau apa pun. Nah itu tolong, ada apa nggak, kalau nggak ada tolong dibuat, jadi kita nggak maksimalkan. Bapak ngomong, tapi baru ngomong-ngomong, tampilin, itu yang dimaksud Ibu Mely. Jadi kita nggak dongeng saja Pak, ada tampilannya.

Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Pak Dirut, tambahan sedikit menyangkut apa yang disampaikan. Ini ada sedikit Rumah Sakit ya Pak Dirut, kalau dibilang PBI pelayanannya keorang PBI tidak maksimal. Kemudian orang yang bayar Mandiri itu cepat sekali Pak, di bagaimana, ini, mungkin ini boleh turun Pak. Boleh turun, bahkan ini dilakukan oleh Rumah Sakit Pemerintah. Mungkin kita maklum karena begitu saya suka cari tahu ya, mereka nggak tahu saya siapa, karena mereka bilang ya mungkin pembayaran sering terlambat dan lain sebagainya. Kemudian ada lagi Pak, bahwa tidak ada perubahan pembayaran pelayanan di Rumah Sakit sekian tahun begitu. Jadi akhirnya yang rasakan langsung, ya itu Pasien atau masyarakat itu sendiri Pak, karna mereka sudah bilang, ini bayar dokter hanya sekian, dari PBI itu cuma bayar dokter sekian. Jadi semacam mungkin manusiawi ya ada dokter yang memang betul-betul dia pelayanan, ada yang memang hitung-hitungan, jadi kayak ogah-ogah begitu loh Pak. Nah ini di depan mata kita Pak, baik di Rumah Sakit Swasta maupun Rumah Sakit Pemerintah. Nah mungkin harus ada sesuatu Pak yang dilakukan, supaya memang betul-betul mereka melayani maksimal, jangan dilihat PBI ogah-ogahan, loh kan itu duit yang dibayarkan itu gede sekali bahkan. Kenapa mereka melihat orang yang dibayar oleh PBI itu tidak maksimal pelayanannya, kalau yang Mandiri cepat sekali, apa lagi yang Kelas II, Kelas I itu cepat sekali Pak dilayani. Boleh mungkin Pak berikan penjelasan begitu, kenapa dan lain sebagainya.

Silakan Pak.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya jadi itu memang betul dan terjadi ya, tetapi saya mau sampaikan yang termasuk tadi judul ya mengenai kelas dihapus itu atau satu kelas, ya. Sekarang kita bayangkan, belum apa-apa tadi, artinya masih ada Kelas I, Kelas II, Kelas III, itu sudah dianak tirikan, bisa dibayangkan tidak nanti kalau cuma ini JKN hanya satu kelas, apa tidak di dalam tanda petik “diskriminasi lebih lagi” karena akan didorong oleh seseorang untuk dia bisa pindah kelas untuk bayar lagi. Seperti itu. Jadi itu yang kemungkinan bisa terjadi. Jadi maka harus hati-hati betul masalah satu kelas, karena pasti Rumah Sakit nggak akan dia jualan satu kelas, pasti ada kelas ini kelas. Kenapa sih VIP dibikin, untuk apa. Ya kan untuk orang memang ada pasarnya, seperti disana. Nah sehingga memang itu terjadi apa yang disampaikan tadi mengenai katakanlah kalau bayar cash, itu beda ya. Padahal dokter itu dimanapun di Indonesia ini bahkan di luar negeri pun, dilarang kelar membeda-bedakan pelayanan berbasis pada suku, agama ataupun status sosial ekonomi apakah dia punya kartu atau tidak punya kartu, itu tidak boleh, tetapi dokter sering di dalam Rumah Sakit itu dia di bawah owner oleh Rumah Sakit begitu. Nah ini kemudian kan menjadi persoalan tersendiri Pak.

Nah memang Rumah Sakit pun, kalau Pak Sungkono sampaikan itu ada 3 jenis paling tidak itu. Memang yang Swasta, Swasta itu ada dua, Swasta Komersial, Swasta Sosial. Nah itu perilakunya memang berbeda, nah kemudian Pemerintah. Nah sekarang kembali. Sebetulnya BPJS membayar kepada Rumah Sakit, itu memang sifatnya itu paket, jadi berbasis diagnosis. Dignosisnya apa, ada yang kelebihan, ada yang kekurangan. Nah ini PR kita bersama terutama juga BPJS untuk bisa menjelaskan, karena di Rumah Sakit ya kadang-kadang mohon maaf, belum bisa membagi secara baik, tetapi gampangnyalah ini gara-gara BPJS ya, karena nggak boleh dan sekian banyak nggak naik yang junior, senior dianggap sama saja begitu, padahal itu adalah urusan adalah urusan bagaimana manajemen di Rumah Sakit ya, dan banyak terjadi seperti yang Bayi baru lahir ya, itu kalau bedah cesar, nah dokter ada dokter anak sudah datang, kemudian dokter oskin, dokter anak sudah datang, ternyata anaknya sehat. Nah BPJS membayarnya adalah paket Bedah Cesar, sehingga dokter anaknya tidak dianggap tidak terhitung, tapi sebetulnya sudah terhitung dalam satu paket. Nah Rumah Sakit kemudian banyak dokter anaknya tidak dikasih atau dikasih sedikit sekali atau tidak dikasih. Nah sehingga dianggap itu BPJS itu, padahal BPJS membayarnya itu ada yang lebih ada yang kurang, jadi *approved*. Nah buktinya apa, setahun apakah sebuah Rumah Sakit yang kontrak dengan Rumah Sakit itu tambah berkembang atau tambah tadi sakit atau defisit. Itu Rumah Sakitnya.

Nah jadi sebetulnya itu adalah manajemen. Nah ini yang kita masyarakat umum sering tidak bisa membedakan, jadi atau pun mohon maaf, sebagian keluarga kita di Rumah Sakit kadang-kadang juga tidak begitu paham, jadi dikira termasuk umpamanya obat, ini kok obatnya nggak dijamin sama BPJS ya, obatnya kosong ya. Padahal kita obatnya diberi apa pun ya, asal biasanya yang sudah ada diformularium, nah itu masuk itu. Nah jadi artinya ini adalah urusan manajemen di dalam Rumah Sakit. Nah ini yang harus dibedakan, dan itu PR karena belum seluruh Rumah Sakit begitu dan memang Rumah Sakit boleh Pak Swasta untuk tidak kerjasama. Tetapi untuk diketahui sekitar 280 Rumah Sakit 2800 Rumah Sakit, 2800 lebih sedikit ya, dari 3 ribu, 3 ribuan Rumah Sakit itu sudah bekerja sama. Jadi tinggal sekitar 200 an Rumah Sakit seluruh Indonesia yang tidak bekerjasam. Nah oleh karena itu kami

sekarang upayakan yang tadi dibilang mengenai terobosan, kami upayakan ada maklumat. Jadi Rumah Sakit harus mampang satu pengumuman, bahwa tidak membedakan pelayanan atau kalau ada masalah hubungi dimana begitulah nanti kami ada hubungannya kontraktual dengan Rumah Sakit, nah akan kita bahas di dalam perpanjangan kontrak atau kalau sudah lebih daripada katakanlah ada *fraud* ada macam-macam, ketidakpuasan. Nah maka sebelum kontrak selesai, kita akan reevaluasi lagi itu.

KETUA RAPAT:

Sebelum Bapak lanjut. Maklumat yang Bapak maksud, justru saya mungkin kami butuh maklumat dari BPJS Kesehatan, tempelkan disetiap Rumah Sakit apabila ada persoalan itu ada masalah hubungi kontak person atau apa begitu nomor telepon begitu, yang memang betul-betul bisa dihubungi Pak, jangan sampai nggak bisa dihubungi begitu, dia sibuk terus, nah ini kan susah. Nah ini yang dibutuhkan Pak, karena ada Rumah Sakit, Rumah Sakit Swasta yang bekerja sama dengan BPJS, nakal. Jadi kelasnya ada begitu, ada tempatnya, dibilang penuh. Jadi Pasien ini dia bisa lihat dia naik sendiri di ruangan itu dia mau cek, benar nggak ini penuh, dan ternyata kosong Pak, tapi dia tidak mau dilayani. Nah Rumah Sakit-Rumah Sakit yang kerja sama dengan BPJS ini kan boleh menjadi perhatian apakah mau diperpanjang dengan mereka atau di stop. Mungkin itu Pak, karena ini di depan mata kami begitu.

Silakan Pak Darul.

F-P. GOLKAR (Drs. H. DARUL SISKA):

Ya saya interupsi *point of clarification* ya.

Prof. saya tidak dalam kapasita tadi mengusulkan pelayanan satu kelas, tapi dalam bertanya, apa kebijakan BPJS apakah akan masih mewacanakan soal pelayanan satu kelas. Kalau tadi jawaban Prof. itu, agak membawah wanti-wanti kalau mau melakukan pelayanan satu kelas, maka jawabannya adalah bagaimana BPJS mencegah pelayanan Rumah Sakit yang tadi mengusir orang dari Kelas III dia katakana penuh, adanya Kelas II, kalau mau naik ke Kelas II Bapak harus bayar. Nah ini yang saya maksudkan, kalau memang tidak mau diwacanakan pelayanan satu kelas, maka harus diwaspadai kelakuan Rumah Sakit yang mengupgrade orang supaya dia dapat pembayaran, padahal untuk kelas yang dia minati ada tersedia, cuma dia nakal saja Rumah Sakit. Itu yang saya mau klarifikasi Prof. saya tidak dalam mengusulkan pelayanan satu kelas.

Terima kasih.

F-PAN (H. SUNGKONO):

Pak Dirut mohon ijin. Pak ketua.

Pak Dirut sebentar, tadi jawaban saya kurang lengkap.

Rumah Sakit yang tidak mau kerja sama yang Rumah Sakit kayak itu ada alasan apa Pak, apa kita harus nggak paksa melayani itu. Apa tidak dipaksa untuk melayani BPJS, karena mereka kan bukan cari yang komersial tok saja yang untungnya besar itu.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya jadi itu kan tanya pada Rumah Sakit yang persis mengapa dia tidak bekerja sama, tetapi yang jelas banyak Rumah Sakit ingin bekerja sama. Jadi lebih dari pada 80% ya Rumah Sakit itu bekerja sama, dan banyak rata-rata Rumah Sakit itu 80 an persen Pasiennya itu Pasien BPJS itu, kondisinya seperti itu.

Baik, saya kalau boleh komentar yang Pak Darul tadi. Ya, jadi begini, memang kita berkeinginan bahwa mutuhnya pelayanan itu akan menjadi lebih baik. Kalau Rumah Sakit itu lalu mendorong Pasiennya untuk pindah ke atas agar bayar, nah termasuk kalau nggak sedang dibayar, makanya kami di BPJS termasuk di cabang-cabang, itu ingin memotret kinerjanya dari Rumah Sakit masing-masing itu untuk kita evaluasi di dalam kontrak itu. Jadi di dalam *burden sharing* dan perpanjangan MOU itu akan kita lihat, termasuk ini yang pertamakali juga dalam sejarah BPJS, itu kita memberikan uang muka kalau kinerjanya bagus, dia tidak mendorong-dorong pindah kelas, kemudian tidak membuat Pasien-pasien katakanlah ketidakpuasannya meningkat segala macam dan kepatuhannya tinggi. Nah itu kita berikan bisa sampai 60% dari dia belum kita verifikasi sudah kita sudah berikan uang muka, seperti itu, ada reward. Termasuk juga yang tadi mengenai tidak saja. Kalau yang tadi disampaikan Bu Estelita tadi sebetulnya kita sudah, cuma kadang-kadang tulisannya kecil, tetapi nah mungkin, mungkin perlu diperbesar dan kita ingin juga dari Rumah Sakit selain dari BPJS ada semacam pengumumanlah begitu untuk lebih mudah mengaduh atau menyampaikan persoalannya itu. Tapi itu memang tidak mudah karena tadi ada yang masih membayar sendiri uangnya kelihatannya lebih cepat begitu.

KETUA RAPAT:

Bapak-Ibu sudah terjawab?

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Belum. Tadi belum dijawab Pimpinan. Melalui Pimpinan. Ya tadi itu belum dijawab Pak, mengenai utilitas itu saya masih penasaran, karena.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Tadi sudah kami jawab, pertanyaan Ibu Sri tadi. Jadi nanti kami sudah ada Bu.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Nggak, saya juga tanya kan Pak.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya, makanya Bu.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Belum. Belum dijawab, mana. Dijawab kan datanya, saya minta ditayangkan.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Yang sudah ada bahwa ini tapi sekali lagi datanya belum ada disini, nanti kira kirimkan, tetapi yang jelas bahwa untuk PBI ini kami koreksi Bu, bukan yang terbesar. Jadi PBI itu adalah dari keseluruhan 33% Bu. Jadi 48 triliun itu, 46 triliun ya, dari 139 ya, yang Tahun 2021. Jadi itu sekitar 33%, tapi okelah itu satu hal. Tetapi yang kita inginka bahwa para Peserta PBI itu peningkatan utilisasinya meningkat, semua meningkat ya, termasuk yang non PBI. Tetapi meningkatnya tajam yang mana, itu yang perlu kita lihat, saya nggak hafal itu, begitu.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Melalui Pimpinan.

KETUA RAPAT:

Silakan.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Karena data yang ada pada kami dari hasil penelitian UGM, utilasi pelayanan kesehatan itu yang PBI yang malah *lab hain*. Itu faktanya. Jadi yang utilasi yang banyak itu justru adalah non PBI.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya, itu harus hati-hati di dalam membacanya. Begini Bu, di Indonesia, tidak hanya di Indonesia di dunia dimana pun, orang yang pendidikannya kurang ya, status sosial ekonominya kurang, kebutuhan terhadap kesehatannya kurang. Jadi memang orang yang lebih pendidikannya tinggi apa lagi lebih kaya ya, itu biasanya lebih takut mati Bu, sedikit ke Rumah Sakit, sedikit ke dokter, itu seperti itu. Jadi kalau orang miskin itu kalau kalau nggak sakit betul itu, kurang ke pelayanan, itu benar. Jadi itu datanya seperti itu, tetapi apakah tidak ada kenaikan setelah menjadi Peserta BPJS. Itu saya kira tidak bena. Jadi data seperti itu tidak benar, kalau menunjukkan setelah ikut penjadi Peserta BPJS utilisasinya tidak meningkat begitu.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Interupsi Pimpinan.

Maksudnya begini ya Pak. Tadi kan Ibu Ketua juga sudah sampaikan, bahwa orang-orang yang tidak mampu yang PBI ini kan sering ditolak. Jadi maksud kami kalau Bapak bilang data ini nggak benar, bahwa.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Apanya dulu Bu.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Nggak maksudnya Bapak mau bilang dimana-mana mungkin yang saya tangkap ya Pak, kalau saya keliru tolong dikoreksi. Bapak tadi menyampaikan seolah-olah karena mungkin pendidikannya kurang, kurang mengerti dan paham mengenai kesehatan dia nggak takut mati, ya sudah pasrah saja. Sementara orang dengan pendidikan yang lebih tinggi lebih mengerti kesehatan lebih sering ke dokter ya, artinya seperti itu kira-kira analognya ya. Nah yang saya maksud disini antarlain itulah juga tugas BPJS, kan paling banyak menerima iurannya dari PBI, terangkanlah, kan tadi ada itu yang apa itu, yang tukang tagih atau apalah yang untuk kolektor, juga bisa mensosialisasikan dong pada rakyat kecil, bagaimana memakai kartu itu, dan sebagainya. Jadi rakyat kita yang sudah memiliki kartu itu, tahu apa kegunaannya, karena mohon maaf, Bapak-bapak dan Ibu yang ada disini, gajinya itu dibayar dari preminya, premi itu dibayar dari oleh Negara adalah untuk rakyat. Jadi kan kalau membiarkan bahwa rakyat kecil, ya karena memang nggak pakai, orang mereka nggak paham, maksudnya kita jangan mengadakan pembiaran, justru kita juga harus mengajarkan kepada rakyat, mungkin mereka takut ada yang malu mau masu ke Rumah Sakit dan sebagainya.

Salah satu tugas mensosialisasikan bahwa Negara bertanggungjawab pada kesehatan rakyat melalui BPJS yang nota bene Direksinya itu adalah Bapak antarlain Dirutnya, itu kewajiban BPJS, itu kan harusnya ada **pabrik relitation** atau apa yang menerangkan ke masyarakat, kan yang paling banyak subsidi gaji Bapak-bapak dan Ibu disini itu ya yang bayar iuran PBI, yang nota bene Pemerintah juga, jangan karena yang juga Pemerintah ya, santai-santai saja, kita kan melihatnya sayang, justru rakyat yang paling butuh nggak pakai, mereka yang mampu bayar yang lebih banyak menerima manfaat hanya karena mereka lebih cerdas, ya kan bukan salah mereka Pak, mereka kurang pendidikan, apa kurang begitu ya tugas kita memfasilitasi, apa lagi Bapak-bapak yang gajinya itu dari operasional 2 koma sekian triliun dari total premi yang dibayar begitu loh. Nah itu maksud saya. Kan kita harus ada nurani juga. Sama kayak kitalah DPR kita berjuang buat rakyat kita, kalau nggak ada mereka kita nggak duduk disini, ya Bapak juga, kalau nggak ada yang bayar premi, nggak jadi nggak dipilih jadi Direksi disini. Tolong ada itu Pak. Nah itu yang saya minta, makanya dari tadi, kan isu kita hari ini bagaimana meningkatkan pelayanan, sudah bagus, tapi bagaimana yang bagus itu bisa dirasakan dan digunakan oleh rakyat kecil. Itu salah satu tugas Misi dari pada Asuransi Sosial. Kalau orang yang mampu-mampu, ya dia iseng-iseng berhadiah barangkali pakai BPJS, nggak ada BPJS juga dia bisa pakai asuransi yang lain. Itu salah satu tugas politik yang ada di Bapak, karena memang BPJS itu badan politik yang juga dibikin oleh Negara untuk menanggung kesehatan rakyat.

Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Baik. Pak Dirut.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Bisa saya sampaikan datanya, yang ditanyakan tadi.

KETUA RAPAT:

Mau disampaikan atau kita dikirim saja? Dikirim saja Pak ya.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Baik.

KETUA RAPAT:

Jadi dikirim saja.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Jadi kalau ini cuman satu datanya.

KETUA RAPAT:

Ya nggak apa-apa Pak, dikirim saja apa yang diminta. Kemudian tadi mungkin Ibu Meliyana juga ada minta sadingan itu. Mungkin dikirim saja Pak, datanya itu dikirim ke kami.

Baik kita masuk ke kesimpulan sementara. Terima kasih untuk penjelasan, jawaban yang diberikan oleh Pak Dirut. Kita masuk ke kesimpulan. Boleh ditampilkan draf kesimpulan sementara kita.

Draf kesimpulan Rapat Dengar Pendapat Komisi IX DPR-RI dengan Direktur Utama BPJS Kesehatan, hari Rabu, 19 Januari 2022.

1. Demi meningkatkan mutu program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Komisi IX DPR-RI mendesak BPJS Kesehatan Republik Indonesia untuk:
 - a. Melakukan peningkatan mutu layanan kesehatan, efektivitas pembiayaan dan kolektabilitas Iuran Peserta untuk menjaga kesinambungan finansial dan program JKN.
 - b. Meningkatkan upaya terobosan untuk perluasan kepesertaan dan melakukan pembaruan data Peserta PBI dengan melibatkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Kementerian Sosial Republik Indonesia, Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia, serta Pemerintah Daerah; dan,
 - c. Mensosialisasikan secara masif kepada masyarakat tentang perubahan layanan kesehatan dan penggunaan teknologi-informasi dalam memberikan layanan serta digitalisasi, mekanisme, kerja sama dengan fasilitas kesehatan.

Bapak-Ibu, Pimpinan dan anggota tolong dilihat lagi satu persatu, kata demi kata. Untuk poin 1a sampai 1c.

Kami persilakan. Ini dari kami dulu. Pak Dirut boleh matikan ini, matikan Pak, ya terima kasih.

Ada masukan penyempurnaan kalimat atau penambahan, kami persilakan.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Pimpinan.

KETUA RAPAT:

Silakan.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Yang mungkin sebelum lebih jauh. Ini yang C ya. Mensosialisasikan secara masif pada masyarakat. Ini kan tentang perubahan. Sebelum perubahan itu penggunaan Pimpinan. Karena seperti tadi, kan disampaikan sendiri berdasarkan assessment atau pun apa tadi yang disampaikan Pak Dirut. Bahwa sedikitnya pengguna BPJS dari PBI, karena mereka tidak paham, nah orang miskin itu biasanya nggak banyak berpikir, sehingga dia kalau nggak benar-benar atau sudah mau mati, baru dia ke Rumah Sakit.

KETUA RAPAT:

Kita tambahkan ya.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Ya. Jadi bagaimana mensosialisasikan ini punya Kartu BPJS ini buat apa, bisa keman, bagaimana cara memakainya. Nah itu harus ada. Jadi penerangan kepada public terutama bagi masyarakat yang tidak mampulah yang PBI, yang kalau yang Mandiri dia kalau dia nggak tahu manfaat, ngapain pula dia bayar-bayar. Kan ceritanya seperti itu. Tolongin poinnya yang disitu.

KETUA RAPAT:

Ya tolong dilihat kembali. Bisa dibaca lagi karena sudah ditambahkan. Untuk yang point 1a sudah Bapak-Ibu sekalian?

Setuju itu?

(RAPAT: SETUJU)

Oke. Untuk 1b?

Upadating datalah ya itu. Ada untuk mau ditambahkan disempurnakan kalimat ini?

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Ya Pimpinan, mungkin itu kalau yang B, mungkin bekerja sama atau apa, kalau mereka yang melakukan pembaharuan data, kan datanya bukan kewenangan mereka, tapi apa, kerja sama barangkali, karena rananya kan mereka sebenarnya juga user.

KETUA RAPAT:

Bu Dewi itu dengan melibatkan itu dengan beberapa Kementerian.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Ya, tapi mereka bukan leadernya, mereka bukan leading sektor, mereka ini user, jadi ada kalimatnya. Tolong TA itu kalimatnya mereka itu justru user, tapi berkoordinasi mereka wajib begitu untuk selalu *followup-followup* sampai dimana, tapi mereka bukan leading sektor. Menyempurnakan atau apa begitu. Karena yang sering terjadi yang disempurnakan oleh Depsos, ternyata pasti disempurnakan BPJS lain lagi, salah lagi. Nah itu kan itu harus di *followup* kembali oleh kedua belah pihak.

KETUA RAPAT:

Ya.

F-PKS (Dr. Hj. NETTY PRASETIYANI, M.Si.):

Ijin Ketua.

KETUA RAPAT:

Silakan Ibu Netty.

F-PKS (Dr. Hj. NETTY PRASETIYANI, M.Si.):

Mungkin kita bisa minta tolong TA untuk mengecek terkait dengan pembaharuan data PBI kan terakhir kita rapat itu dengan Kemensos, maksudnya biar nggak kontradiktif ya.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Biar nggak kontradiktif.

F-PKS (Dr. Hj. NETTY PRASETIYANI, M.Si.):

Ya, terima kasih.

KETUA RAPAT:

Sudah ya.

Ini sudah dicek dan informasi dari TA sudah dicek ya.
Bagian B, Bapak-Ibu sudah?

F-P. GOLKAR (M. YAHYA ZAINI, SH.):

Ibu Ketua.

KETUA RAPAT:

Ya silakan Pak Yahya.

F-P. GOLKAR (M. YAHYA ZAINI, SH.):

Saya kira urut-urutannya, kalau koordinasi soal Kepesertaan itu dengan Kemensos dulu,

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Menson duluan.

KETUA RAPAT:

Mensos ya.

F-P. GOLKAR (M. YAHYA ZAINI, SH.):

Baru dengan Kemenkes dan lain-lain.

KETUA RAPAT:

Ya, karena dia yang paling pertama ya, dia penentu untuk data itu. Baik, coba dirubah kembali. Sudah ya. Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri.

Satu B bagaimana Bapak-Ibu?

Meningkatkan upaya terobosan untuk perluasan Kepesertaan, oke?

(RAPAT: SETUJU)

1c. berkoordinasi dengan Kementerian Sosial Republik Indonesia.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

1c itu tentang penggunaan layanan kesehatan dari BPJS Kesehatan ketua?

KETUA RAPAT:

Berkoordinasi,

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Eh kok salah, C apa B?

KETUA RAPAT:

Ini untuk data ya. Pembaruan data Bu Mely.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

B, Ketua.

KETUA RAPAT:

Jadi bagian C sudah oke.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Ya sudah.

KETUA RAPAT:

Sudah ya bagian C.

(RAPAT: SETUJU)

Lanjut D.

Mensosialisasikan secara masif kepada masyarakat tentang penggunaan layanan kesehatan.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Dari BPJS Kesehatan.

KETUA RAPAT:

Secara masif kepada masyarakat tentang penggunaan layanan kesehatan. Itu yang di atas Bu sudah ada.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Ini kalimatnya nggak lengkap, layanan kesehatan dari mana, itu loh. Dari BPJS Kesehatan kan.

KETUA RAPAT:

Karena satu bagian atas demi meningkatkan mutu program Jaminan Kesehatan Nasional. Komisi IX DPR-RI mendesak BPJS Kesehatan.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Kita mendesak supaya mensosialisasikan manfaat dari BPJS Kesehatan.

KETUA RAPAT:

Untuk mensosialisasikan. Oke. Secara masif kepada masyarakat tentang penggunaan layanan kesehatan dari.

Cukup itu?

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Serta perubahan, serta peningkatan atau pun perubahannya bila ada, maksudnya kan pasti ada perubahan peningkatan pelayanan atau apa.

KETUA RAPAT:

Dan atau serta.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Ya dicocokin saja kalimatnya, belang itu kan ada perubahannya.

KETUA RAPAT:

Peningkatan perubahan.

F-P. GOLKAR (Hj. DEWI ASMARA, SH., MH.):

Serta apabila ada peningkatan/perubahan pelayanan. Jadi pelayanan yang ada sama nanti kalau perubahannya kan wajib diinformasikan. Seperti kemarin kita bilang sama Kemenkes apa itu, sosialisasi kepada masyarakat sebelum kebijakan ada, apa itu kemarin kesimpulan kemarin.

KETUA RAPAT:

Mensosialisasikan secara masif kepada masyarakat tentang penggunaan layanan kesehatan dari BPJS Kesehatan serta apabila ada peningkatan/perubahan layanan, penggunaan technology-informasi dalam memberikan layanan, serta digitalisasi mekenisme kerja sama dengan fasilitas kesehatan...

(RAPAT: SETUJU)

Sekarang kita masuk poin 2.
Point 2.

2. Komisi IX DPR-RI mendesak BPJS Kesehatan untuk mempersiapkan proyeksi *cash flow* jangka pendek maupun jangka panjang atas kondisis financial Dana Jaminan Sosial atau DJS selama masa pandemi maupun paska Pandemi Covid-19.

Silakan kalau ada yang mauditambahkan atau perubahan untuk poin 2.

Pak Yahya?
Cukup?
Sebelah kiri?
Cukup?

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Itu selama masa pandemi maupun paska pandemi, apa perlu ditulis masanya. Dia harus selalu memeberikan kita kondisi *cash flow* berkala begitu.

KETUA RAPAT:

Jadi nggak pakai itu ya, dihilangkan ya.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Ya.

KETUA RAPAT:

Oke. Sampai disitu saja. Oke begitu.

(RAPAT: SETUJU)

Point3.

3. Komisi IX DPR-RI meminta BPJS Kesehatan untuk memberikan data-data terkait.
 - a. Rincian penggunaan Dana Jaminan Sosial Tahun 2021 per Provinsi dan Kabupaten/kota.
 - b. Rincian penggunaan Dana Operasional BPJS Kesehatan dan Hasil Pengembangan Dana Jaminan Sosial atau DJS Tahun 2021.
 - c. Rencana Kera dan Anggaran Tahunan RKAT BPJS Kesehatan Tahun 2022, termasuk Recanan Pengelolaan, Pengembangan Dana Jaminan Sosial DJS, dan;
 - d. Rincian pemasukan dari sumber lain atau hibah Tahun 2021.
 - e. Rincian pembiayaan penyakit Katastropik Tahun 2021.
 - f. Rincian utilisasi manfaat antar segment Peserta JKN, dan;
 - g. Rincian perubahan Data Peserta PBI Tahun2021.

Silakan Bapak-Ibu sekalian.

Cukup? Sudah.

(RAPAT : SETUJU)

Dan paling lambat tanggal 26 Januari 2022.

Untuk point 4.

Komisi IX DPR-RI mendesak BPJS Kesehatan untuk menyelesaikan klaim pelayanan kesehatan tertunggak di fasilitas kesehatan.

Normatif saya kira ini.

F-P. GOLKAR (M. YAHYA ZAINI, SH.):

Menyelesaikan pembayaran klaim barangkali.

KETUA RAPAT:

Menyelesaikan pembayaran ya. Pelayanan kesehatan tertunggak di fasilitas kesehatan.

Cukup Bapak-Ibu poin 4?

Silakan dilihat kalimat kata.

Bagaimana Pak Yahya cukup, sebelah kiri saya, Bapak-bapak dan Ibu-Ibu?

F-PAN (H. SUNGKONO):

Ketua sedikit. Ibu Ketua sedikit.

KETUA RAPAT:

Menyangkut ini Pak?

F-PAN (H. SUNGKONO):

Bisa masuk atau tidak, ini sedikit.

KETUA RAPAT:

Kalau menyangkut apa kesimpulan Pak.

F-PAN (H. SUNGKONO):

Bukan-bukan, nggak apa-apa. Cuma sedikit saja, saya memberikan wacana sedikit. Tadi keluhan dari Direktur masih ke Sidoarjo ya. Cuma begini Pak, nggak perlu dimasukan atau tidak, bagi Pak Dirut. Tadi Direktur Rumah Sakit salah satu Rumah Sakit mengatakan, perlu sosialisasi bagi pemegang BPJS, kalau masuk Rumah Sakit jangan disembunyikan posisinya dia menggunakan dana BPJS, kan itu mengganggu rencana administrasi di Rumah Sakit. Itu yang perlu, karena banyak klaim setelah ditarik biaya-biaya ternyata saya gunakan kartu. Padahal dalam pelaksanaan itu yang diberikan kadang-kadang melebihi dari pada standar operasional yang dilakukan BPJS.

Itu barangkali, terima kasih.

KETUA RAPAT:

Oh ya. Baik kita kembali ke kesimpulan kita.

F-PKS (Dr. Hj. NETTY PRASETIYANI, M.Si.):

Ijin Ketua.

KETUA RAPAT:

Silakan.

F-PKS (Dr. Hj. NETTY PRASETIYANI, M.Si.):

Tadi ada satu tema yang diangkat oleh teman-teman saya Bu Mely, kemudian ada beberapa tentang perluasan kerja sama dengan penyelenggara kesehatan itu, kan Pak Dirut juga akan memudahkan kemudahan untuk perizinan.

KETUA RAPAT:

Bu Netty coba lihat di 1d, apakah sudah terakomodir. Coba boleh dibantu mungkin satu, dibikin poin tersendiri saja kalau begitu. Dibantu mungkin redaksinya.

F-PKS (Dr. Hj. NETTY PRASETIYANI, M.Si.):

Mempermudah perluasan kerja sama dengan semua penyelenggara layanan kesehatan.

KETUA RAPAT:

K-H, K nya diganti H. ya.

F-PKS (Dr. Hj. NETTY PRASETIYANI, M.Si.):

Menjadi penyelenggara BPJS Kesehatan.

KETUA RAPAT:

Oke, suda, cukup ya.
Kita kembali lagi ke poin berapa tadi, 4 ya.
Bu Netty, coba lihat itu sudah ditambahkan di 1e.

F-PKS (Dr. Hj. NETTY PRASETIYANI, M.Si.):

Ya, ya sudah Ketua.
Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Kita kembali ke poin berapa tadi 4 ya.

Point 4.

Komisi IX DPR-RI mendesak BPJS Kesehatan untuk menyelesaikan pembayaran pelayanan kesehatan terkoneksi.

Point 5 sekarang. Ya point 4 sudah ya.

(RAPAT: SETUJU)

Point 5.

Komisi IX DPR-RI meminta jawaban tertulis atas pertanyaan anggota. Itu apa itu, ngga terbaca itu, tertutup apa itu. Nah dalam Rapat Dengar Pendapat hari ini dan diserahkan paling lambat 26 Januari. Itu masih.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Ya Ketua, setuju.

KETUA RAPAT:

Ya.

(RAPAT: SETUJU)

F-PAN (H. SUNGKONO):

Ketua, Bu ketua saya mohon ijin.

Saya ini bicara bukan atas pribadi Pak, Bu Ketua. Mohon suara saya didengar. Tidak ada kesan dalam sidangnya. Saya tadi mengatakan usulan itu belum tentu diterima atau tidak, bukan masuk di dalam kesimpulan, tapi kan saya bisa ada kesempatan ini menyampaikan Pak Dirut, supaya persoalan di daerah yang mungkin juga mengganggu proses kinerja bersama antara mitra BPJS dengan Rumah Sakit, tadi kan saya sampaikan. Banyaknya penanganan menggunakan BPJS ini setelah berjalannya pelayanan, itu baru menggunakan BPJS. Jadi ada keluhan dari pihak Rumah Sakit. Nah ini kan harus ditampung juga, supaya kerja sama antara pemegang BPJS dengan Rumah Sakit berjalan dengan baik gitu loh. Itu saja. Saya supaya didengar bukan untuk diputus atau tidak, ini forum resmi ya, jangan kesan ada saling memotong ya, saya lahir bathin tidak ada kepentingan siapa pun.

Terima kasih Ketua.

KETUA RAPAT:

Baik Pak. Tadi ada ruang untuk tanya jawab, tapi ketika kita sudah masuk ke kesimpulan, mungkin apa yang Bapak sampaikan tadi sudah didengar, dan nanti ada jawaban tertulis ya. Bisa ya begitu ya Pak Sungkono ya. Baik kita serahkan ke Mitra ke Pak Dirut untuk melihat lagi kesimpulan, apakah ada perubahan atau seperti apa. Kami persilakan satu persatu Pak.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya yang pertama yang c, 1c itu, berkoordinasi dengan Kementerian Sosial RI, Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri RI, terutama Dukcapil.

KETUA RAPAT:

Ditambahkan ya.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya Dukcapil.

KETUA RAPAT:

Dukcapil. Ditambahkan silakan.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Kependudukan dan Catatan Sipil.

KETUA RAPAT:

Kependudukan ya Pak, penting sekali itu.
Lanjut Pak.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Sudah yang 1e.

KETUA RAPAT:

1e.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Mempermudah perluasan kerja sama dengan fasilitas kesehatan sesuai dengan prosedur yang berlaku untuk menjadi Mitra BPJS Kesehatan.

KETUA RAPAT:

Sesuai dengan prosedur yang berlaku. Apa tadi Pak?

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya, sesuai dengan prosedur yang berlaku untuk menjadi Mitra BPJS Kesehatan.

KETUA RAPAT:

Untuk menjadi Mitra. Oke.
Lanjut Pak.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya. Baik, apakah dari rekan-rekan Direksi ada tambah. Oh iya, itu kalau boleh yang jadi dua itu, Komisi IX DPR-RI mendesak BPJS Kesehatan untuk mempersiapkan proyeksi financial Dana Jaminan, proyeksi ketahanan, ya Dana Jaminan Sosial, baik jangka pendek atau pun jangka panjang. Jadi *cash flow* nya itu

dicoret, karena orang tidak memahami betul *cash flow*, padahal *cash flow* itu artinya belum membayar keseluruhan kewajiban, jadi utang-utang belum dibayarkan. Kalau bisa itu lebih jelas, lebih riil.

KETUA RAPAT:

Mungkin Bapak-Ibu bisa mengikuti ya.
Bapak-Ibu bisa lihat poin 2 ini ada perubahan sedikit dari Mitra kita.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya. Proyeksi kesehatan financial mungkin lebih tepatnya dari pada ketahanan, sama sebetulnya.

KETUA RAPAT:

Proyeksi ketahanan financial jangka pendek.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ketahanan atau kesehatan, kesehatan financial. Ketahannya dicoret.

KETUA RAPAT:

Oke, baik. Oke. Alternatifnya ini dipakai.
Lanjut Pak poin 3.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya. Yang ketiga,

KETUA RAPAT:

Sudah-sudah, anggota sudah setuju.

(RAPAT: SETUJU)

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Yang ketiga, coba terus ke atas. Oke ya, perubahan data.

KETUA RAPAT:

Oke. Empat Pak, sudah.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya.

KETUA RAPAT:

Baik. Terima kasih, dengan adanya koreksi berupa masukan dan saran, apakah rumusan kesimpulan ini dapat disetujui menjadi keputusan rapat hari ini?

(RAPAT: SETUJU)

Dengan demikian rumusan kesimpulan dapat disetujui menjadi keputusan rapat pada hari, dan akhirnya kami atas Pimpinan beserta segenap anggota Komisi IX DPR-RI mengucapkan terima kasih dan mohon maaf bila mana terdapat hal-hal yang kurang berkenal. Sebelum rapat ini kami akhiri, kami persilakan Pak Dirut untuk menyampaikan sepatah dua patah kata sebagai penutup.

F-P. GERINDRA (Ir. SRI MELIYANA):

Sekalian perkenalan Pak Dirut.

KETUA RAPAT:

Sekalian Pak dikenalkan masing-masing sebelum kata penutup.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Baik, untuk itu kami perkenalkan, yang pertama Bapak David Bangun, Beliau adalah Direktur Kepesertaan Perluasan Kepesertaan, yang mengurus tentang data-data PBI, tentang Peserta memperkuat katakanlah Peserta berbagai macam segmennya, demikian pengumuman nanti kalau sudah tidak menjadi Peserta dan lain sebagainya.

Kemudian.

F-PKS (Dr. Hj. NETTY PRASETIYANI, M.Si.):

Ijin Ketua.

KETUA RAPAT:

Silakan.

F-PKS (Dr. Hj. NETTY PRASETIYANI, M.Si.):

Pak Dirut, mohon nanti kita diberi nomor, supaya bisa berkomunikasi dengan semua jajaran Direksi.

KETUA RAPAT:

Ya. Pak Dirut.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Nomor HP, ya, ya siap, ya.

KETUA RAPAT:

Dan mungkin tadi ada permintaan Pak, kalau ada ya siapa yang menjadi PIC yang bisa setiap saat anggota bisa menelepon untuk menyampaikan persoalan-persoalan di bawah yang biar bisa dibantu.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Baik. Jadi PIC nya adalah Pak Mundi Harno, oh ya, lagi keluar. Ya siap, nomor teleponnya nanti kita berikan.

KETUA RAPAT:

Diberikan Pak ya.
Lanjut Pak perkenalnya.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Atau kami persilakan mengenal sendiri-sendiri saja biar lebih mantap.

KETUA RAPAT:

Ya Pak. Silakan masing-masing boleh juga, biar tahu.

DIREKTUR PERENCANAAN, PENGEMBANGAN DAN MANAJEMEN RESIKO BPJS KESEHATAN (MAHIL RUBY):

Ya, terima kasih Pak Dirut.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakuh.

**Selamat sore, salam sejahtera untuk kita semua,
Yang saya hormati Pimpinan dan Bapak-Ibu anggota Komisi IX,**

Nama saya Mahil Ruby, yang saya sebagai Direktur Perencanaan Pengembangan dan Manajemen Resiko, dalam hal ini terkait dengan mungkin tadai RKAT, Penyerapan Anggaran dan sebagainya ada dibagian saya. Yang terkait dengan hal-hal yang terkait Perencanaan, Pengembangan misalnya apa mungkin ada saran, mau dilakukan seperti ini, perubahan, mungkin nanti akan kita diskusi secara bersama.

Terima kasih Bapak-Ibu sekalian.
Saya kembali ke Pak Dirut.

KETUA RAPAT:

Terima kasih.
Lanjut Pak.

DIREKTUR KEUANGAN DAN INVESTASI BPJS KESEHATAN (ARIF WICAKSONO YON PUTRO):

Baik. Perkenalkan Bapak-Ibu Pimpinan, anggota komisi yang terhormat. Nama saya Arif Wicaksono Yono Putro, saya sebagai Direktur Keuangan dan Investasi BPJS Kesehatan. Ya, Jawa Bu, Jowo Bu. Kebetulan saya dari internal Bu. Dari internal BPJS sendiri, saget Pak, saget-saget. Jadi kalau Bapak nanti ada pertanyaan terkait dengan iuran, kemudian pengelolaan keuangan, nanti bisa kontak dengan saya.

Terima kasih Pak Dirut.

KETUA RAPAT:

Baik, selanjutnya.

DIREKTUR PENGAWASAN PEMERIKSA BPJS KESEHATAN (MUNDI HARNO):

Baik, terima kasih.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakuh.

Selamat sore,
Salam sejahtera,
Shalom,

Nama saya Mundi Harno, ya saat ini menduduki sebagai Direktur Pengawasan Pemeriksaan dan Hubungan Antra Lembaga. Hal yang ingin dikomunikasikan bisa melalui kami. Nanti kami akan mengkoordinasikan dengan Direksi lain.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Sekaligus PIC untuk ke DPR.

KETUA RAPAT:

Sekaligus jadi PIC nya.

DIREKTUR KEUANGAN DAN INVESTASI (ARIF WICAKSONO YON PUTRO):

Saya sempat WA juga ke Bu Dewi, tapi nggak dibalas. Memperkenalkan diri. Baik barangkali itu, terima kasih.

KETUA RAPAT:

Ya ini, kok bisa ya cuma Ibu Dewai Asmara ya, ada Pak Saleh Daulay ini dapat dari mana WA Pak Saleh Daulay.

Lanjut Pak.

DIREKTUR SDM DAN UMUM BPJS KESEHATAN (ANDI AFDAL ABDULLAH):

Baik, terima kasih.

*Bismillahirrahmanirrahim
Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.*

Ijin Ibu Pimpinan,

Bapak dan Ibu Anggota Dewan yang terhormat,

Nama saya Andi Afdal, saya bukan orang Jawa Bu Dewi. Kalau namanya Andi berarti. Saya urusannya dalam negeri BPJS, saya Direktur SDM.
Terima kasih Bu.

KETUA RAPAT:

Baik terima kasih.
Lanjut.
Silakan.

DIREKTUR JAMINAN LAYANAN KESEHATAN BPJS KESEHATAN (LILY KRENOWATI):

Terima kasih.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Bapak-Ibu Sekalian,

Ijin perkenalkan nama saya Lily Krenowati, saya Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan. Jadi beberapa dari anggota Komisi IX sudah sering WA dengan saya untuk urusan Paskes.
Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Kan bicaranya beberapa, beberapa, belum semua Pak Saleh.

F-PAN (Dr. SALEH PARTANONAN DAULAY, M.Ag., M.Hum, MA.):

Harus clear semua disini, beberapa itu siapa saja, itu loh.

KETUA RAPAT:

Penting itu ya Pak Saleh ya.
Lanjut.

DIREKTUR TEKNOLOGI INFORMASI BPJS KESEHATAN (EDWIN ARISTIAWAN):

Baik, terima kasih.
Terima kasih.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Salam sejahtera,
Shalom, Om Swastiastu
Nama Budhaya,
Salam sehat, salam kebajikan.

Nama saya Edwin Aristiawan, saya sebagai Direktur Teknologi-Informasi BPJS Kesehatan.

Terima kasih.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakuh.

KETUA RAPAT:

Waalaikumsalam.

Masih ada lagi?

F-PAN (Dr. SALEH PARTANONAN DAULAY, M.Ag., M.Hum, MA.):

Ibu yang jilbab biru tadi namanya siapa Bu?

DIREKTUR JAMINAN LAYANAN KESEHATAN BPJS KESEHATAN (LILY KRENOWATI):

Saya Lily Kresnowati Pak. Lily Pak.

F-PAN (Dr. SALEH PARTANONAN DAULAY, M.Ag., M.Hum, MA.):

Ini Pak ketua, memang jilbab biru, kan saya tanya nggak ada masalah toh. Ada yang mau saya tanya Pak Dirut, satu, Sestamanya siapa? Nah ini tolong dulu, ini berdiri dulu, ini kadang-kadang ini Sestama ini periode yang lalu yang mengatur segala macam. Kita mau lihat ini yang Sestama mana. Jangan selama ini main di belakang terus nggak kelihatan. Kita mau tunjuk berdiri dulu, kalau bisa saya mau lihat kenal dulu. Oh, ya ini dia. Berarti kan sudah ganti kan Ibu yang kemarin kan, masih ada kan, tapi berganti posisi saja, oh ya, berarti Bapak bertanggungjawab ya, ini dicatat. Nanti nomor yang ini juga perlu Pak, Bapak ini.

Terima kasih.

DIREKTUR UTAMA BPJS KESEHATAN:

Ya, siap. Ini namanya Pak Arif Pak, kebetulan kita banyak Arif ada tiga, Pak Arif, Pak Arif, satu lagi Pak Arif juga. Mungkin yang lain perlu atau tidak, cukup. Ya

saya sendiri sebetulnya saya biasa dipanggil Ghufron, sebelumnya saya di Kementerian Kesehatan, pernah Wakil Menteri, Pernah Plt. Menteri, kemudian Rektor Tri Sakti dan Dirjen Dikti dan beberapa Konsorsium riset untuk Covid, kemudian ke BPJS. Dan tentu kami sampaikan terima kasih atas rapat RDP yang pertama yang luar biasa menurut saya dengan dinamika dan sangat menarik, apa lagi Ibu Irma sangat terkesan saya, luar biasa betul-betul, tentu yang lain kan sudah, kecuali kalau Pak Harvey ya pertama juga, tetapi saya kira akan tindaklanjuti untuk kerja sama yang baik, dan semuanya Pimpinan Bu Felly dan tentu Pak Melky dan semuanya, saya kira ini suatu pertemuan pertama dan saya kira tidak pertama kesan pertama terserah anda, atau selanjutnya terserah anda, tapi kita ingin lebih baik lagi kedepan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat kita Peserta BPJS dan lebih baik lagi.

Demikian terima kasih.

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Terima kasih.

Wassalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Sebelum rapat ini saya tutup, ada baiknya kita berdoa menurut agama dan kepercayaan kita masing-masing.

Berdoa mulai.

(RAPAT: BERDO'A)

Berdoa selesai.

Dengan mengucapkan Puji Syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, Rapat saya tutup. Selamat malam.

Wassalamualaikum,
Selamat sore.

Wassalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.
Shalom Om santi, santi, santi om
Namo Budhaya,

(RAPAT DITUTUP PUKUL 16.53 WIB)

Jakarta, 19 Januari 2022

A. n. KETUA RAPAT

Sekretaris Rapat

ttd

Suryatna, S.IP

NIP. 196408241986031003